

FORVALTNINGSREVISJON AV

# SAMHANDLINGSREFORMEN



SOLA KOMMUNE  
SEPTEMBER 2017



# INNHold

<b>Innhold</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Rådmannens kommentar</b> .....	<b>10</b>
<b>Rapporten</b> .....	<b>11</b>
1    Innledning .....	12
1.1    Formål og problemstillinger .....	12
2    Faktabeskrivelse.....	13
2.1    Innledning.....	13
2.2    Noen viktige utviklingstrekk etter innføringen samhandlingsreformen .....	14
2.3    Pasientstrøm fra sykehuset .....	15
2.4    Økende betalinger til sykehuset .....	16
2.5    Flere blokkeringer .....	19
2.6    Hvorfor kapasitetsutfordringer? .....	22
2.7    Færre sykehjemsplasser i årene fremover .....	25
2.8    Pasientforløpet etter utskrivning fra sykehuset.....	26
2.9    Samarbeid med sykehuset .....	28
2.10    Intern samhandling i kommunen .....	31
2.11    Samarbeid med fastlegene .....	36
2.12    Øyeblikkelig hjelp .....	38
2.13    Tilstrekkelig kompetanse? .....	41
2.14    Reinnleggelser .....	44
<b>Vedlegg</b> .....	<b>49</b>
2.15    Andre forbedringsområder .....	52
2.16    Det gode pasientforløpet.....	52

# SAMMENDRAG

## 1.1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL

Pasienter som skrives ut fra sykehuset, og som ikke kan komme seg hjem selv, meldes kommunen som utskrivingsklare. Etter innføringen av samhandlingsreformen har kommunen fått en betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. I 2017 må kommunene betale 4622 kroner fra første dag etter utskrivning. Før januar 2012 betalte kommunen 1600 kroner fra den tiende dagen etter ferdigbehandling. Betalingsplikten gjelder somatikk og behandling av fysiske sykdommer.

**Formålet** med dette prosjektet har vært å vurdere kommunikasjon og samhandling ved overføring av utskrivingsklare pasienter til kommunen. Prosjektet har vært avgrenset til å gjelde utskrivning av somatiske pasienter.

## 1.1.2 FUNN

Det har vært en betydelig vekst i utskrivingsklare pasienter fra sykehuset. Fra 2012 til 2016 har antallet økt med 43 prosent. Samtidig er **pasientene som kommer sykere enn før samhandlingsreformen**. De som tidligere ville ligge på sykehus til den medisinske behandlingen var avsluttet, meldes nå utskrivingsklare så snart man ser at behandlingen virker og pasienten er i bedring. Det ser ut til at kommunehelsetjenesten har skiftet karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og mer spesialisert karakter.

Hovedbildet er at kommunen har **god kompetanse** til å ta i mot de utskrivingsklare pasientene. Kompetansen innen pleie- og omsorgssektoren har vært høy over tid i Sola, og har også økt etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder både sykepleiere, leger og fysio- og ergoterapeuter.

## KAPASITETSUTFORDRINGER

Gjennomgangen vår tyder på at Sola kommune per i dag ikke har god nok kapasitet til å håndtere pasientstrømmen fra sykehuset, og behovet blant brukerne. Dette gir seg utslag i at kommunen har **svært høye utgifter til pasienter som ligger i sykehus-seng etter ferdigbehandling**. Per august 2017 har Sola kommune betalt sykehuset ca. 2 millioner kroner i forbindelse med såkalte overliggere. Til sammenligning betalte Hå, Klepp og Time til sammen 266 000 for hele 2016. Sola kommune betalte samme år 1,4 millioner kroner.

**Kapasitetsutfordringene gir seg også utslag på andre måter, blant annet i form av stadig flere såkalte «blokkeringer», dvs. brukere som har fått langtidsplass, men som venter i en korttidsseng.** «Blokkeringene» innebærer at plassene ikke er tilgjengelige for den opprinnelige målgruppen. Tidligere har det vært vanlig med blokkeringer i 2-3 senger, dvs. ca. 10 prosent av korttidsplassene. Dette er en relativt lavt andel, og utgjør

ingen stor utfordring mht. tilgjengeligheten til korttidsplassene. Men i 2017 har andelen økt kraftig og de siste månedene har det vært 9-12 plasser som har vært blokkert, noe som betyr at 40-50 prosent av korttidssengene ikke lenger er tilgjengelige for de som har behov for et slikt opphold. Blokkeringene har ført til at gjennomsnittlig liggetid i korttidsseng har gått kraftig opp det siste året. Eksempelvis har 10 av pasientene på korttidsavdelingen (15 plasser) på Sola sykehjem hatt en liggetid på over 100 døgn, per september 2017.

Blokkeringene reduserer kommunens muligheter til å kunne ta i mot pasientene som skrives ut fra SUS, eller de som bor hjemme. Det ser ut til at kommunen har kommet inn i en negativ spiral: Brukerne som venter på en langtids plass er for dårlige til å bo hjemme, og blir liggende å vente på langtids plass i en korttidsseng. Dette innebærer at færre av de som er i målgruppen for korttidsplass, får et slikt tilbud. Dermed risikerer man at deres helsetilstand svekkes, at de får raskere behov for en langtids plass, noe som øker etterspørselen etter langtids plasser. Dette vil kunne bidra til å forsterke kødannelsene. Det er ingen god løsning for brukerne, og det er sannsynligvis også en dyrere løsning for kommunen på sikt.

I intervjuene pekes det også på at enkelte brukere blir lagt inn på sykehus fordi kommunen mangler tilgjengelige korttidsplasser og at enkelte legges inn på sykehus fordi man tror at dette øker sjansene for å få en korttidsplass etterpå.

**Et annet symptom på kommunens kapasitetsutfordringer er at Øyeblikkelig hjelpssengen i Sola, som for øvrig har svært lavt belegg, av og til brukes til å ta i mot pasienter fra SUS.** Dette er riktignok i helt spesielle tilfeller, der SUS melder om en presset situasjon og pasienten har ligget flere dager etter ferdigbehandling. Men det er likevel et symptom på kapasitetsutfordringene, ettersom hensikten med Ø-hjelpssengene er å avlaste sykehuset for innleggelser, og ikke kommunene mht. utskrivinger.

#### ÅRSAKER TIL KAPASITETSUTFORDRINGENE

Det er vanskelig å peke på en enkelt årsak til Solas kapasitetsutfordringer, men intervjuene gir noen indikasjoner.

**En del sykehjemsbeboere kunne vært ivaretatt i et bofellesskap.** Sola kommune har en høy dekning av sykehjemsplasser. Men hvis vi ser på institusjonsplasser og plasser i heldøgns bemannede boliger samlet, er dekningen i Sola relativt lav. Dekningen er også blitt lavere de siste årene. I Sola er det dessuten svært få av beboerne i omsorgsboliger som er åtti år eller eldre. Denne aldersgruppen utgjør hoveddelen av brukerne som skrives ut fra sykehuset og som har fått behandling for fysiske sykdommer.

Kommunens omsorgsboliger for denne brukergruppen har ikke kjøkken, spiserom, aktivitetsrom etc., dvs. fellesarealer som kjennetegner et bofellesskap.

De fleste vi har intervjuet i kommunen mener at dette er en stor svakhet med pleie- og omsorgstilbudet i Sola, og er en viktig forklaring på kapasitetsutfordringene. Dette begrunnes slik: En del eldre er ensomme, har angst/depresjon og er for utrygge til å bo hjemme, men for fysisk friske til å bo på sykehjem. Men fordi det etter hvert ikke er forsvarlig å la disse brukerne bo hjemme, blir institusjonsplass løsningen. Dette fører til at funksjonsnivået går opp og at brukerne blir boende lenge på institusjon. Det problematiske med dette er at det fører til at de opptar en dyr institusjonsplass, som brukere med større behov kunne hatt nytte av. De intervjuede mener at en plass i et bemannet bofellesskap ville vært det riktige omsorgsnivået for å sikre disse brukerne den nødvendige tryggheten.

I gjennomgangen ba vi Sola sykehjem om å forsøke å **tallfeste hvor mange av deres langtidsbeboere som kunne klart seg med et lavere omsorgsnivå**, dvs. som ville vært kandidater for et bemannet bofellesskap. Det viste seg å være totalt 11 beboere, som utgjør 16 prosent av plassene.

**Liten fleksibilitet når situasjonen topper seg.** Vi er kjent med at flere andre kommuner har en slags beredskap når det topper seg. Dette kan være et ekstra rom eller to, som kan benyttes i perioder med mange utskrivninger. Men det kan også være å dele enkelte rom mellom to eller tre brukere, noe som vil kunne fungere for en kortere periode. Vi får opplyst at Sola sykehjem ikke har store nok rom til å romme to pasienter.

**Det bør legges til at det de siste to-tre årene har det stått syv ledige plasser ved Tananger bo- og behandlingssenter.** Flere peker på at disse rommene er store nok til å romme to pasienter, i motsetning til korttidsplassene ved Sola sykehjem. Til tross for betydelige kapasitetsproblemer i nesten hele 2017 (per midten av september), har ikke disse plassene blitt tatt i bruk. Vi får opplyst at dette skyldes tre ting: 1) Det er et kommunalt mål om at dekningsgraden for institusjonsplasser skal reduseres. 2) Det har ikke vært midler til å bemanne plassene. 3) Innen årets slutt skal syv pasienter flyttes fra Soltun til disse plassene ved Tabo.

**Forventninger** som blir skapt tidlig i pasientforløpet ser ut til å øke presset på korttidsplassene i kommunen. Det er kommunenes ansvar å definere pasientenes omsorgsnivå i kommunen, mens sykehuset skal beskrive hva pasienten trenger og eventuelt ønsker. En av hovedutfordringene knyttet til samhandlingen med sykehuset, sett fra kommunale ledes ståsted, er at sykehuset definerer pasientenes omsorgsnivå. Et eksempel på dette er at det i rapportene fra sykehuset står at *Pasienten skrives ut til korttidsopphold*, uten at kommunen har gjort denne vurderingen. Dermed skapes uriktige og urealistiske forventninger til det kommunale tjenestenivået. Fra kommunen pekes det å at sykehuset ofte «lukker» diskusjonen fordi de definerer løsningen (korttidsplass) uten å beskrive hva pasienten trenger. Dette opplever kommunen som et stort problem, og bestillerkontoret bruker mye tid og krefter på å overbevise brukerne og pårørende om at de kan få et forsvarlig og godt tilbud hjemme.

Selv om dette er forhold som er med på å forsterke presset på korttidsplassene, ser det ut til at denne situasjonen noen ganger også oppstår på grunn av kapasitetsutfordringene i Sola. Både fra bestillerkontoret og fra SUS pekes det på at man er enige om at enkelte brukere trenger en korttidsplass, men det er ikke ledige plasser.

**I Sola er det ikke overgangsplasser**, slik det er i mange større kommuner, som Stavanger og Sandnes. Dette er plasser som brukes dersom man er usikker på hvilken type oppfølging pasientene trenger etter at de er ferdig utskrevet. Dette medfører et ekstra stopp i forløpet for pasienten, noe som kan være en ulempe for han eller henne. Overgangsplasser har imidlertid den fordel at kommunen får litt bedre tid til å vurdere pasientene og planlegge den videre oppfølgingen. Dette vil kunne redusere uoverensstemmelsene mellom sykehus og kommune mht. hva som er riktig omsorgsnivå og samtidig avklare forventningene med brukerne.

Men hvis en eventuell overgangsplass går på bekostning av andre korttidsplasser eller langtidsplasser, er det ikke sikkert dette vil ha den helt store effekten.

#### VEIVALG FREMVER

Kommunen kan velge å fortsette å betale sykehuset for overliggerne, men det er ingen god løsning, verken for brukeren, sykehuset eller kommunen. Det er heller ikke god samhandling. For sykehuset betyr mange betalingsdøgn propper i behandlingslogistikken og at færre pasienter kan behandles. For pasienten betyr det at man ikke får et fullgodt pleie- og omsorgstilbud, etter utskrivning. Kommunen vil i stedet for å betale sykehuset, kunne bruke pengene på å utvikle et eget tjenestetilbud, enten permanent eller i form av en beredskapsløsning.

Det er i dag en mismatch mellom de kapasitetsutfordringene vi ser i 2017 og kommunens politiske mål om å bygge ned institusjonsplassene i årene fremover. Målet er fremtidsrettet og i tråd med paradigmeskiftet vi har sett innen pleie- og omsorgssektoren de siste årene – det vil si en dreining mot hjemmetjenestene for at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig. Men de kapasitetsutfordringene vi ser i dag må både adresseres og håndteres, slik at kommunen blir bedre til å ta unna de periodevise «pasient-top-pene».

Den nåværende «toppen» har vart over et halvt år, noe som er en indikasjon på at dette skyldes mer grunnleggende kapasitetsmessige utfordringer i kommunen. Det kan selvfølgelig tenkes at toppen den forsvinner av seg selv, men det bør etableres en beredskap for å kunne håndtere slike topper på en raskere måte neste gang. Det er vanskelig å spå fremtiden, men det er spesielt fire forhold som gir grunn til å tro at situasjonen vil vedvare eller raskt kunne oppstå igjen. 1) I 2016 var det en fullstendig utskiftning av beboere på langtids sykehjemsplass. Dette gir grunn til å tro at utskiftningen blir langt mindre i år og neste år. 2) Det har vært mange «blokkeringer» i korttidssenger over tid. 3) Det er en betydelig andel sykehjemsbeboere med et relativt høyt funksjonsnivå.

4) Antallet pasienter som er skrevet ut til SUS har vokst jevnt de siste årene, og pasientene er skrøpeligere enn før.

---

## ANDRE FUNN

---

**Intern samhandling i kommunen.** Det skrives for mange vedtak per bruker. Hver tjenstemottaker i Sola får i gjennomsnitt tre vedtak i snitt, og mange får flere. Gjennomgangen viser ganske tydelig at den nåværende vedtaksstrukturen gjør at hjelpen som ytes blir for fragmentert. Dette svekker bestillerkontoret og tjenesteyternes evne til å vurdere brukerens samlede behov ([se faktadel](#)).

Sola kommune har nylig startet opp et prosjekt der man ser på mulighetene for å samordne vedtakene bedre. Vi er kjent med at Randaberg kommune har startet et slikt arbeid. I Randaberg har de startet med tjenstemottakere under atten, og disse brukerne har nå fått redusert antall vedtak fra flere til ett vedtak per bruker. Dette omtales som en suksess. Sola kommune bør etter vår vurdering se nærmere på Randabergs erfaringer med å begrense antall vedtak.

I datamaterialet finner vi indikasjoner på at vedtakene for korttids plass noen ganger er for lange og for vage. Dette fører til lengre opphold enn det som er nødvendig. Korttidsoppholdets og mål og varighet bør i sterkest mulig grad være rettet mot at pasienten skal hjem og kunne klare seg hjemme.

Tilbakemeldingene fra sykehjemmet tyder på at bestillerkontoret tidvis utviser liten fleksibilitet mht. overføring av pasienter ved fravær, og at dette fører til at nødvendige beslutninger ikke blir tatt. Det vises til at det da kan gå en til to uker før det blir tatt nødvendige beslutninger, for eksempel mht. hjemreise fra sykehjem eller tildeling av sykehjemsplasser. Det er uheldig at pasientflyten svekkes på grunn av manglende intern samhandling ved fravær, på bestillerkontoret.

**Øyeblikkelig hjelp-tilbudet** i Sola har en veldig lav beleggsprosent, og per i dag gir det sykehuset lite avlastning mht. å forebygge innleggelser, slik intensjonen er. I faktadelen går vi nærmere inn på [årsaker til dette](#). Kommunen bør se nærmere på hva man kan gjøre for å øke belegget, i samråd med fastleger og legevaktsleger.

**Reinnleggelser.** Etter vår vurdering er det ikke andelen reinnleggelser som utgjør den største utfordringen knyttet til samhandlingen mellom Sola kommune og SUS. Like fullt blir om lag hver femte utskrivingsklare pasient reinnlagt på sykehuset ([se faktadel](#)).

Kommunen bør følge utviklingen i antall reinnleggelser nøye, og vurdere om det kan være aktuelt å sette i verk lokale tiltak for å hindre unødvendige reinnleggelser.



---

**ANBEFALINGER**

---

- **Vi anbefaler** kommunen å sette i verk tiltak for å håndtere kapasitetsutfordringene innen helse og omsorg.
- **Vi anbefaler** kommunen å se nærmere på vedtakslengde og vedtaksinnhold for korttidsplasser, for å sikre raskere og bedre overganger fra korttidsplass til hjem
- **Vi anbefaler** bestillerkontoret å utvise større smidighet ved fravær, slik at dette ikke svekker pasientflyten
- **Vi anbefaler** kommunen å gå i dialog med sykehuset for å få slutt på at sykehussansatte definerer omsorgsnivået i kommunen
  - Bestillerkontoret bør vurdere å foreta flere vurderingsbesøk på sykehuset. Dette vil kunne styrke samhandlingen i form av bedre forventningsavklaringer ([se faktadel](#))
- **Vi anbefaler** Sola kommune å se nærmere på mulighetene for å redusere antall vedtak per mottaker av helse- og omsorgstjenester, og knytte dette opp mot det pågående arbeidet med å forenkle, forbedre og fornye.
- **Vi anbefaler** kommunen å se nærmere på hva som kan gjøres for å øke kapasitetsutnyttelsen ved øyeblikkelig hjelp-plassene.

# RÅDMANNENS KOMMENTAR

*Rådmannens kommentar, datert 06.10.17:*

Funnene i rapporten er i tråd med det rådmannen ser som de nåværende utfordringer i levekårsområde.

Rapporten viser at Sola kommune har god fagkompetanse, og dermed gode forutsetninger til å klare å ta imot utskrivningsklare innbyggere. Kommunen har stor kapasitet på sykehjemsplasser, og erfaringene frem til 2016 har vært at kapasiteten i helse- og omsorgstilbudet samlet sett også har vært god. I 2017 har vi imidlertid erfart kapasitetsutfordringer i det samlede tilbudet som følge av lav sirkulasjon på korttidsplassene. Rådmannen vurderer at øvrige anbefalinger vil kunne bidra til å løse disse utfordringene. Kommunestyret vedtok i juni Kommunedelplan for helse- og velferdstjenesten i Sola kommune 2017-2029. Planens handlingsdel gir føringer for å ha en større andel korttidsplasser i institusjon enn i dag. Dette er et tiltak som vil bedre kommunens mulighet for å ta imot utskrivningsklare innbyggere.

Revisjonen påpeker at andre kommuner i perioder med kapasitetsutfordringer benytter dobbeltrom i korttidsavdelingene. Det vil i nær fremtid settes i gang et prosjekt som vil se på mulighetene for å gjøre om enmannsrom til tomannsrom i perioder med kapasitetsutfordringer. Rådmannen mener at dreining fra institusjonsrettet tjenester til hjembaserte tjenester vil avhjelpe kapasitetsutfordringene som er i dag. Sola kommune vil arbeide for at innbyggere med behov for lavere omsorgsnivå enn langtids plass i institusjon, kan ivaretas i hjemmet eller i omsorgsbolig.

Rogaland Revisjon anbefaler i tillegg at Sola kommune ser nærmere på vedtakenes lengde, innhold og antall vedtak. Det pågår en FFF prosess som arbeider med overnevnte utfordringer. Samtidig ser rådmannen at det er behov for en gjennomgang av nåværende rutiner ved fravær på bestillerkontoret. Kapasiteten ved kommunens Ø-hjelpsseng benyttes ikke fullt ut. Det pågår en kartlegging blant fastlegene, legevakt og sykehjemslegene for å finne årsaker til lav bruk av plass. Kartleggingen skal gi forslag til tiltak som kan øke bruken av ø-hjelpsplassen.

# RAPPORTEN

# 1 INNLEDNING

## 1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med dette prosjektet er å vurdere kommunikasjon og samhandling ved overføring av utskrivingsklare pasienter til kommunen.

### Aktuelle problemstillinger:

- Hvordan har utviklingen i antall pasienter som er meldt utskrivingsklare vært etter innføringen av samhandlingsreformen?
- Hvordan skjer pasientforløpet etter utskrivning fra sykehuset - hvilket tilbud får pasientene i kommunen?
- Hvordan fungerer den interne samhandlingen i kommunen?
- Hvordan fungerer samhandlingen med fastlegene?
- Hvordan fungerer samhandlingen med sykehuset?
- Hvor mange reinnleggelseser er det og i hvilken grad kan reinnleggelsene forhindres?
- I hvilken grad benyttes kommunens Øyeblikkelig hjelp-plasser?
- I hvilken grad har kommunen god nok kompetanse til å ta i mot pasientene fra sykehuset?

I Kontrollutvalgsmøte den 15.02.17 ble følgende tillegg vedtatt:

- Identifisering av utgiftsøkning etter samhandlingsreformen.
- Hvordan har endingene vært i tjenestetilbudet/produksjon.

Revisjonskriterier og metode er omtalt nærmere i rapportens [vedleggsdel](#).

Førstnevnte tema er løst ved å se nærmere på utviklingen i antall betalingsdøgn over tid og sammenligne Sola med andre kommuner. Sistnevnte tema er løst ved å se på kommunens tjenestetilbud i relasjon til de kapasitetsutfordringer som identifiseres.

## 2 FAKTABESKRIVELSE

### 2.1 INNLEDNING

Sentrale mål i samhandlingsreformen er å skape gode pasientforløp, og gi flere tjenester nærmere der pasienten bor.

I januar 2012 trådte flere av de sentrale elementene i samhandlingsreformen i kraft. Dette gjaldt blant annet den kommunale medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. Kommunal medfinansiering ble avvirket januar 2015.

**Pasienter som skrives ut fra sykehuset, og som ikke kan komme seg hjem selv, meldes kommunen som utskrivingsklare.** En pasient er utskrivingsklar når legen på sykehuset vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Etter innføringen av samhandlingsreformen har kommunene fått en betalingsplikt for utskrivingsklare fra første dag etter utskrivning. I 2017 må kommunene betale 4622 kroner fra første dag etter utskrivning. Før januar 2012 betalte kommunen 1600 kroner fra den tiende dagen etter ferdigbehandling. Kommunene har fått kompensert for dette i rammetilskuddet<sup>1</sup>.

**Betalingsplikten gjelder somatikk og behandling av fysiske sykdommer.** Betalingsplikten gjelder ikke behandling innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner<sup>2</sup>.

Kommunen skal varsles dersom pasienten vurderes å ha behov for et helse- og omsorgstilbud etter utskrivning. Forholdet mellom kommune og helseforetak reguleres av en pliktig tjenesteavtale.

**Føringer.** Det finnes en egen samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket vedrørende ansvars- og oppgavefordeling i forbindelse med utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten<sup>3</sup>. Denne gjelder kun somatikk, og inkluderer også pasienter til poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi.

**Formålet** med avtalen er å **bidra til gode rutiner for samarbeidet** mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om den enkelte pasient, samt å medvirke til **bedre ressursutnyttelse** i helse- og omsorgssektoren ved å sørge for at **helsetilbudet blir gitt på rett nivå**.

<sup>1</sup> I 2012 ble kommunesektoren eksemplevis styrket med 560 millioner for å håndtere dette.

<sup>2</sup> Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasienter, § 2.

<sup>3</sup> Delavtale 5, Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, datert 22. februar 2016.

Avtalen skal bidra med å **klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver** vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk.

**Avtalen skal bidra til:**

- Å **klargjøre** helseforetakets og kommunens **ansvar og oppgaver** gjennom hele pasientforløpet for at pasienten skal oppleve en **best mulig sammenhengende helsetjeneste**
- Et godt **løsningsfokuset samarbeid** om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten får rett tilbud på rett sted til rett tid
- Å sikre en **effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt** mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- Å redusere risikoen for uheldige hendelser
- Å **skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger** som kan gi pasientene et like godt eller bedre tilbud

## 2.2 NOEN VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK ETTER INNFØRINGEN SAMHANDLINGSREFORMEN

### 2.2.1 SYKEHUSET BEHANDLER LANGT FLERE PASIENTER ENN TIDLIGERE

**Pasientstrømmen til sykehuset har økt, sykehuset behandler langt flere pasienter enn tidligere.** Det er blitt en større utskiftning av pasienter, og langt flere pasienter blir behandlet. Før samhandlingsreformen var det nokså vanlig at pasientene lå i en sykehusseng og ventet på å få et tilbud av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Nå tas de ut nesten med en gang, og det er som regel få som venter på et kommunalt tilbud<sup>4</sup>.

Som vi skal se under skiller Sola seg ut med et meget høyt antall pasienter som er ferdigbehandlede på sykehuset, men som venter på et kommunalt pleie- og omsorgstilbud.

### 2.2.2 DÅRLIGERE PASIENTER SKRIVES UT TIL KOMMUNEN

**Pasientene som blir skrevet ut er langt dårligere enn tidligere.** Dette er det bred enighet om i intervjuene, både blant sykehusrepresentantene og helse- og omsorgspersonellet i kommunene<sup>5</sup>. Et eksempel lungeavdelingen ved SUS: «*Våre pasienter blir dårligere og kommunens pasienter blir dårligere. Vi får flere intensivpasienter, mens kommunene får flere pasientene som tidligere ble behandlet på sykehuset.*»

<sup>4</sup> Tilbakemeldinger fra sykehusansatte i tilsvarende forvaltningsrevisjoner i Time og Bærum kommune, i hhv. 2016 og 2017. Tallene tydet på det samme.

<sup>5</sup> Både fra sjukehus- og kommunalt ansatte. Kilde: Intervjuer i Sola, Time og i Bærum kommune.

Det blir også pekt på at sykehuset i starten etter innføringen av samhandlingsreformen «...var veldig aggressive på å få pasientene ut, ofte før de var avklart. De var enormt kjappe. Nå er det blitt bedre, det er mer sunn fornuft nå». Men det er fremdeles noen som mener enkelte pasienter fremdeles skrives ut før de er tilstrekkelig avklart.

## 2.3 PASIENTSTRØM FRA SYKEHUSET

### 2.3.1 NÅR ER EN PASIENT UTSKRIVINGSKLAR?

---

Pasienter som skrives ut fra sykehuset, og som ikke kan komme seg hjem selv, og som vil ha behov for kommunale tjenester, meldes kommunen som utskrivingsklare. En pasient er utskrivingsklar når legen på sykehuset vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Dette betyr at det er sykehuslegene som har definisjonsmakten mht. når en pasient skal skrives ut fra sykehuset. Dette er som regel når pasienten har fått en diagnostisk avklaring og utredning og det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. At en pasient er ferdig utskrevet innebærer *ikke* at pasienten er ferdigbehandlet. I mange tilfeller er det kommunens helsepersonell som fullfører behandlingen.

### 2.3.2 UTVIKLINGEN I ANTALL UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER

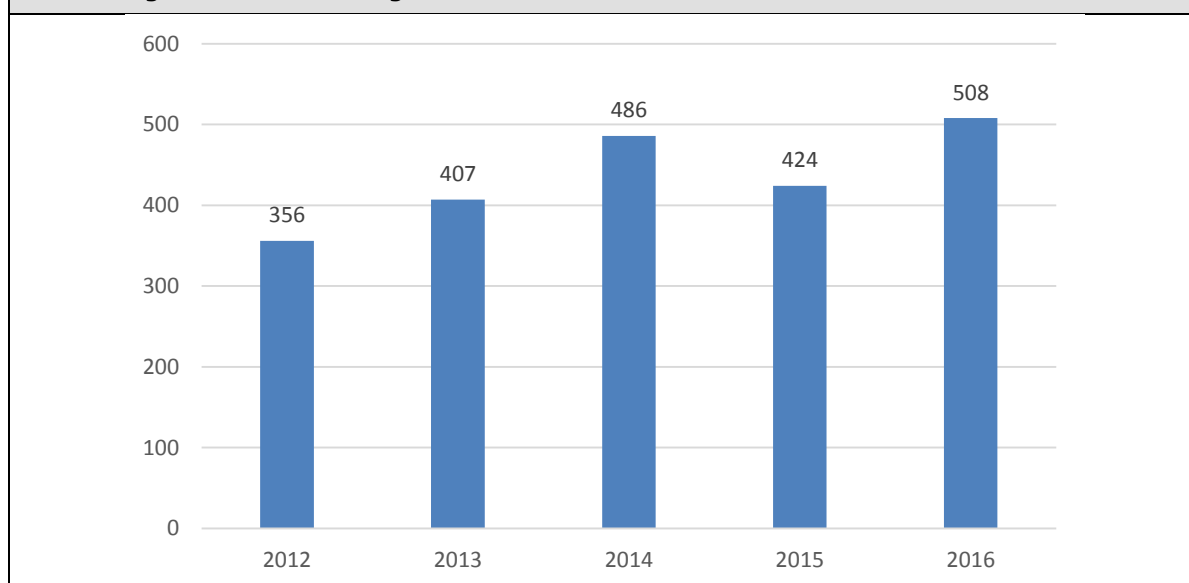
---

I figuren under viser vi hvordan utviklingen i antall pasienter som er meldt utskrivingsklare har vært etter innføringen av samhandlingsreformen

I figuren under viser vi hvordan utviklingen i **antall pasienter som er meldt utskrivingsklare** har vært etter innføringen av samhandlingsreformen<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Tall fra Helse Stavanger, mottatt 27.03.17. Vi har ikke tatt med tallene for 2010 og 2011, fordi disse tallene var upålitelige i årene før samhandlingsreformen. Opplyst fra SUS i dette prosjektet og i forbindelse med tidligere forvaltningsrevisjoner.

**Figur 1 - Utvikling i antall utskrivningsklare pasienter fra Sola kommune, medisinske utskrivninger fra Helse Stavanger<sup>7</sup>**

- Figuren viser at det har vært en betydelig vekst i pasienter som skrives ut fra sykehuset, og som har behov for helse- og omsorgstjenester i Sola kommune.
- Fra 2012 til 2016 har pasientantallet økt med 43 prosent
- Tallene fra Helse Stavanger viser at det har vært flest behandlinger for disse pasientene ved ortopedisk avdeling (316). Men det har også vært mange behandlinger ved kardiologisk avdeling (222), avdeling for blod- og kreftsykdommer (220), observasjon- og behandlingsavdelingen (198) og geriatrik avdeling (193)<sup>8</sup>.

## 2.4 ØKENDE BETALINGER TIL SYKEHUSET

Det er stadig flere som ligger i sykehusseng etter utskrivning i Sola kommune. Veksten har vært meget høy de siste to årene, spesielt det siste året. I tabellen under viser vi utviklingen mht. antall liggedøgn, og hvor mye kommunen må betale.

**Tabell 1 - Utvikling i antall betalingsdøgn og utgifter for Sola kommune<sup>9</sup>**

	2012	2013	2014	2015	2016	August 2017
Liggedøgn	10	131	280	132	321	449
Betalingsatts	4 000	4 125	4 255	4 387	4 505	4 622
Sum utgifter for kommunen	40 000	540 375	1 191 400	579 084	1 446 105	2075278

Til sammenligning kostet et beboerdøgn i institusjon 3526,- kroner i Sola kommune i 2016.

<sup>7</sup> Tall mottatt fra Helse Stavanger i august 2017. Utskrivninger knyttet til rus og psykiatri er ikke med i tallene. Dette gir hovedbildet av utviklingen.

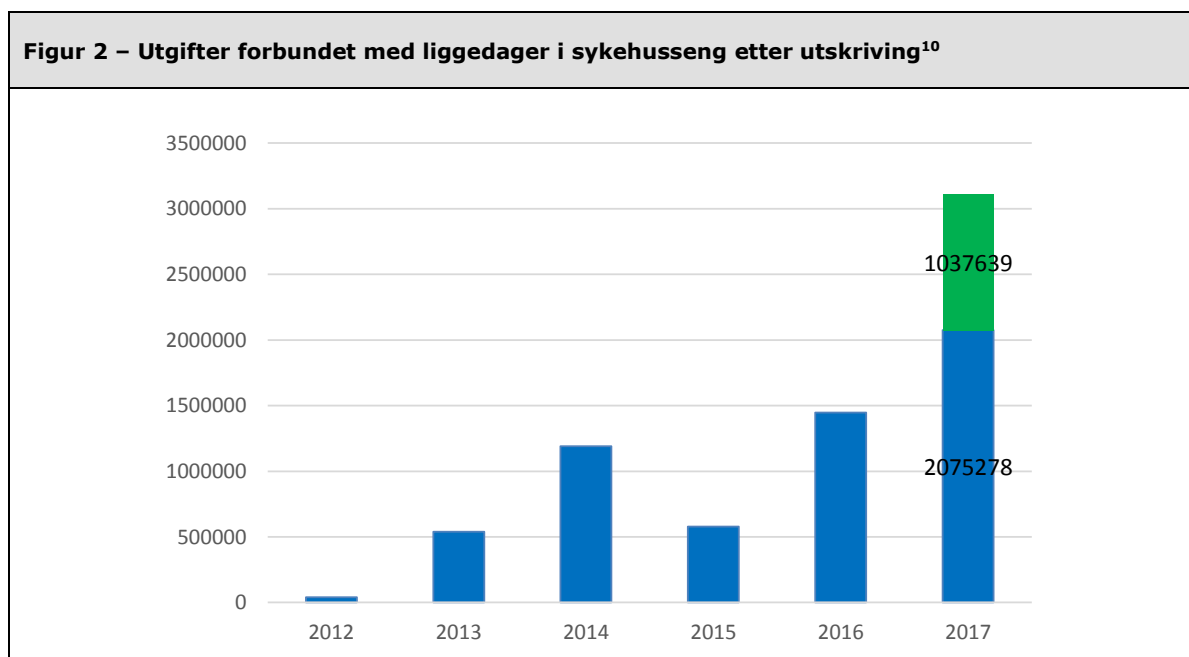
<sup>8</sup> Dette er i tidsrommet 2012 og frem til 29.03.2017.

<sup>9</sup> Tall fra 2012 til 2012, mottatt fra kommunen i 11. mai 2017. Tall fra 2017 er mottatt 11.09.17, fra SUS.



I figuren under viser vi utviklingen i betalingsdøgn, fremstilt grafisk. 2017 er delt opp i to: Det faktiske beløpet så langt i år, dvs. januar til august, og det estimerte beløpet for resten av året, dersom vi tar utgangspunkt i gjennomsnittet for de åtte første månedene.

Det er vanskelig å gi et godt estimat av hvor mye sluttbeløpet vil bli, ettersom antallet betalingsdøgn kan variere ganske mye fra måned til måned (508 000 i mai, 18 500 i juni). Men det vi kan si med sikkerhet er at sluttsummen i år kommer til å være betydelig høyere enn de foregående årene.

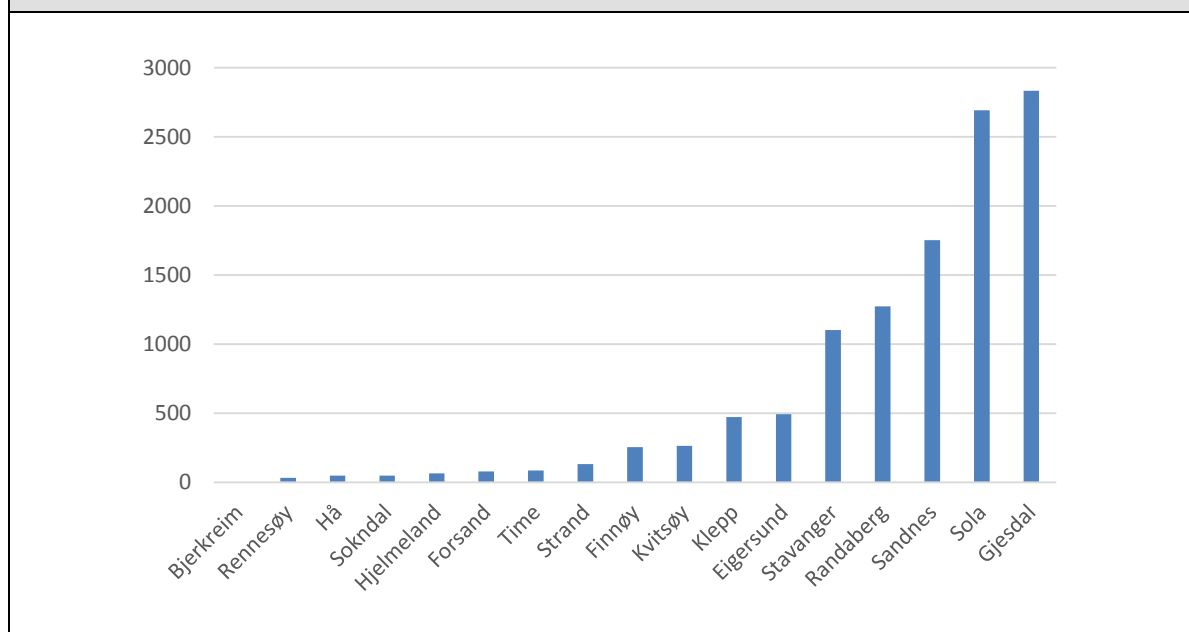


I figuren under har vi laget et forholdstall, slik at det er mulig å sammenligne kommunenes utgifter forbundet med betalingen til sykehuset. Da har vi tatt utgangspunkt i utgiftene til kommunene i Helse Stavangers nedslagsfelt, i perioden januar-august 2017<sup>11</sup>.

Vi ser at det er store forskjeller mellom kommunene, og at Sola er blant de to kommunene med klart høyest utgiftene (og antall betalingsdøgn) per innbygger over åtti.

<sup>10</sup> Samme kilder.

<sup>11</sup> Vi får opplyst at tallene for august ikke er «vasket», dvs. kvalitetssikret med kommunen. Dette vil imidlertid ikke gjøre store utslag mht. det totale bildet.

**Figur 3 – Utgifter forbundet med liggedager i sykehusseng etter utskrivning, per innbygger over åtti (januar-august 2017)<sup>12</sup>**

**Kommentar:** De fleste kommuner vi har undersøkt har et visst antall betalingsdøgn hvert år. Herfra pekes det på at det er et bevisst valg at antall liggedøgn ikke er null eller ned mot null. Et annet moment, som en del fremhever, er at null liggedøgn *kan* være en indikasjon på at det er *for god* institusjonsdekning i kommunen.

Et annet moment som går igjen i andre kommuner, er at det som regel er planlagt og et bevisst valg når pasientene må ligge et ekstra døgn på sykehuset. Da trenger gjerne kommunene mer tid for å skaffe til veie utstyr/spesialkompetanse, for å kunne ta i mot pasienten på en god måte.

**I Sola derimot, synes det høye antallet betalingsdøgn først og fremst å være et utslag av manglende kapasitet til å ta i mot pasientene.** Både antallet betalingsdøgn, og tilbakemeldinger fra både kommune- og sykehusansatte er tydelige indikasjoner på dette. Hovedtilbakemeldingen fra de sykehusansatte er samhandlingen med kommunen i all hovedsak fungerer bra, men at kapasitetsproblemene i kommunen noen ganger gjør samhandlingen utfordrende. En av de intervjuede sa det slik: «De (pasientene, vår anm.) *trengte et høyere omsorgsnivå, men det var ingen sirkulasjon i sengene og dermed ikke plass i kommunen. Det var ingen uenighet mellom oss og Sola, men det var ikke plass.*» En av de intervjuede i kommunen sa det slik: «Det er en felles frustrasjon over at vi ikke har et godt nok tilbud å henvise pasientene til.»

<sup>12</sup> Vi bruker antallet innbyggere over åtti i nevner fordi de over åtti utgjør hoveddelen av de somatiske pasientene som skrives ut fra sykehuset og som skal ha pleie- og omsorgstjenester fra kommunen etterpå. Tallene fra august er ikke endelig kvalitetssikret i noen av kommunene.

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at det er en felles frustrasjon blant sykehus- og kommuneansatte om at Sola ikke har et godt nok tilbud å henvise pasientene til.

Både fra sykehuset og fra kommunen pekes det på at kapasitetsutfordringene først og fremst har gjort seg gjeldende i 2017. En av samhandlingskontaktene på sykehuset sa det slik: «Vi har ikke snakket om dette før i vår. Plutselig ble Sola nevnt i hvert møte.»

## 2.5 FLERE BLOKKERINGER

Kommunens kapasitetsutfordringene gir seg også utslag på andre måter, blant annet i form av stadig flere såkalte «blokkeringer», dvs. brukere som har fått langtidsplass, men som venter i en korttidsseng.

### 2.5.1 KORTTIDSPLASSER

Det er totalt 24 korttidsplasser i kommunen<sup>13</sup>, dvs. plasser som er satt av til midlertidige institusjonsopphold. Av disse er 8 rehabiliteringsplasser, 7 korttidsplasser, 6 plasser i lindrende avdeling og 3 vekselplasser. Alle plassene er ved Sola sykehjem, med unntak av en veksel-plass (Tananger bo og behandlingssenter).

Gjennomgangen vår tyder på to ting: Det er blitt langt flere blokkeringer i korttidssengene, og gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn i korttidssenger har økt kraftig fra 2016 til 2017. Dette betyr at korttidssengene er tilgjengelig for færre i målgruppen.

### 2.5.2 LANGTIDSPASIENTER SOM VENTER I KORTTIDSSENG

Vi får opplyst at før 2017 som regel har ligget mellom to-tre pasienter som har fått langtidsplass og som venter i en korttidsseng<sup>14</sup>. I mai/juni 2017 var mellom 7 og 10 plasser blokkert, og i slutten av august var antallet økt til tolv<sup>15</sup>.

I august-september 2017 har antallet blokkeringer variert mellom 9 og 12 senger<sup>16</sup>. I den siste eposten vi mottok den syvende september fra Sola sykehjem, var det i alt 10 blokkeringer<sup>17</sup>. I den siste samtalen med leder for bestillerkontoret, den 19.09, fikk vi opplyst at syv pasienter ventet på langtidsplass i sykehjem, en ventet hjemme og en på sykehuset. I tillegg hadde seks personer som hadde korttidsplass søkt om langtidsplass, men disse var ikke konkludert. Gjennomgangen viser ganske tydelig at det har vært stabilt mange på vent i korttidsseng i hele 2017, primært i lindrende senger og korttidssenger.

<sup>13</sup> Det er i tillegg en Øyeblikkelig-hjelp-plass. Denne regnes ikke med her, ettersom det ikke er en korttidsplass (jf. avsnitt om Øyeblikkelig hjelp)

<sup>14</sup> Vi har ikke tall på dette.

<sup>15</sup> Opplyst i to ulike informasjonsskriv og i intervjuer. Siste gang fra bestillerkontoret, 23.08.17.

<sup>16</sup> Tilbakemelding i ulike intervjuer og eposter.

<sup>17</sup> 6 i korttidsseng, 1 i rehabiliteringsseng, to ved lindrende enhet og en vekselsseng.

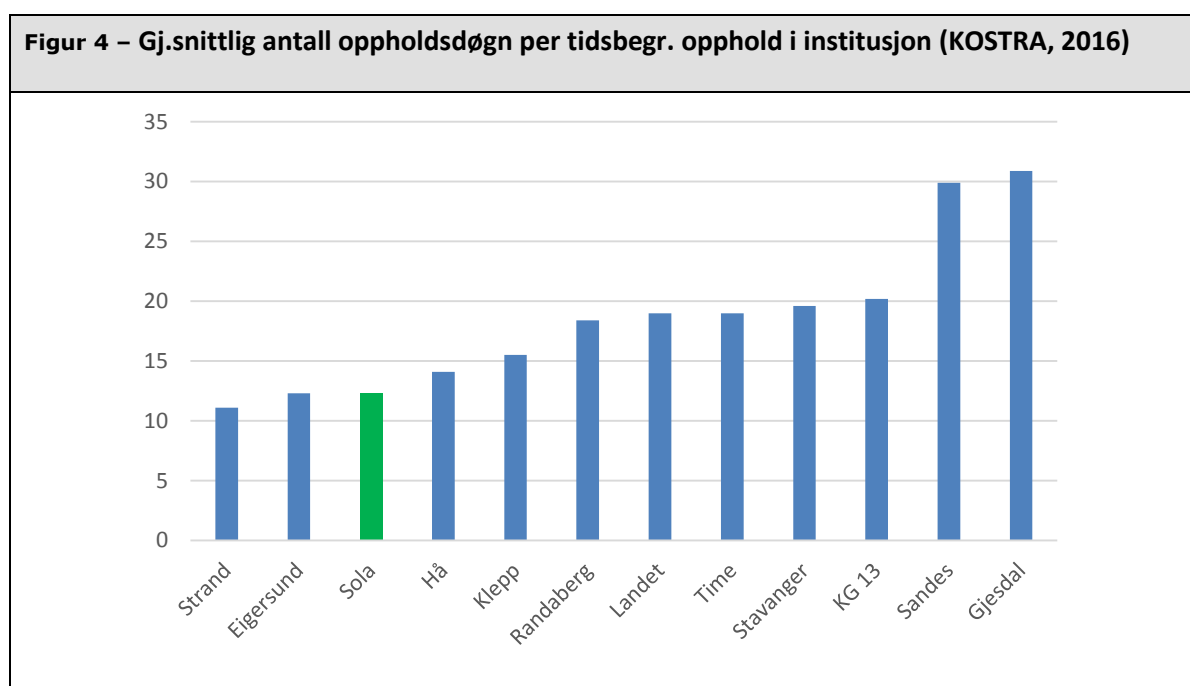
Det finnes også en vekselsseng ved Tabo, som er rettet mot personer med demens. Vi får opplyst av virksomhetsleder at belegget ved denne sengen er bestemt et halvt år i forveien. Dette innebærer eksempelvis at en ikke kan bruke denne sengen ved akutte behov.

To-tre blokkeringer i snitt betyr drøyt 10 prosent av korttidsplassene. Dette er relativt lavt, sammenlignet med andre. I en relativt fersk tilsvarende forvaltningsrevisjon fra Bærum var andelen blokkerte plasser på rundt 20 prosent, i Time varierte andelen mellom 20 og 38 %, i tidsrommet 2012 til 2015.

Ti til tolv blokkeringer innebærer at 40-50 prosent av korttidsplassene ikke lenger er tilgjengelige for den opprinnelige målgruppa. Dette er en høy andel, sammenlignet med andre kommuner.

### 2.5.3 GJENNOMSNIITTLIG LIGGETID I KORTTIDSSENG

Figuren under viser at gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn i korttidsseng var nokså lavt i Sola i 2016, sammenlignet med andre kommuner. Dette bildet er kraftig endret i 2017.



«Alle» vi har intervjuet peker på at liggetiden vil bli langt høyere i 2017. Vi har ikke direkte sammenlignbare tall, ettersom KOSTRA-tallene for 2017 først blir klare i mars 2018.

Vi har imidlertid mottatt tall fra sola sykehjem<sup>18</sup>, som kan illustrere dette:

- Korttid lindrende (per 31.08) 38 døgn

<sup>18</sup> Sola sykehjem har alle korttidsplassene, med unntak av en vekselplass, som er på Tabo.

- Korttid/rehabiliteringsavdeling (per 07.09) 32 døgn

Brukerne blir i utgangspunktet plassert på de avdelingene som er tilpasset deres målgruppe. Men det er en fleksibel bruk av sengene når det er manko på korttidsplassene. Dette innebærer at andre enn de som er i målgruppen får opphold ved de ulike avdelingene. Trenden ved lindrende enhet det siste året er at det har blitt mye lenger gjennomsnittlig liggetid per pasient og stadig færre er palliative pasienter, dvs. færre pasienter i avdelingens målgruppe:

- Fra januar til august 2016 var gjennomsnittlig liggetid 28 dager, mens det var 38 dager i 2017.
- I 2016 var 65 prosent av brukerne i målgruppen, mens det var 42 prosent i målgruppen i 2017.
- Det har blitt stadig flere korttidspasienter, rehabiliteringspasienter og pasienter som venter på en langtidsplass.
- Enheten har i 2017 dessuten hatt fem meget lange opphold og dette har ikke vært palliative pasienter. En beregning viser at hver av disse har en gjennomsnittlig liggetid på ca. 4 måneder.<sup>19</sup>

Korttids- og rehabiliteringsavdeling (ikke ØHD) har femten plasser, 8 korttids- og 7 rehabiliteringsplasser. Antallet liggedøgn per syvende september 2017 har variert mellom 1-239 dager. Ti av pasientene har vært i avdelingen i over 100 døgn.

Beleggsprosenten for korttidsoppholdene har økt siden innføringen av samhandlingsreformen i 2012 til 2016, fra 77 til 91 prosent. Foreløpige tall for 2017 viser en beleggsprosent på 99 prosent<sup>20</sup>. Det ser altså ut til at det store presset som har vært på korttidsplassene også ser ut til å påvirke beleggsprosenten. Det er stadig færre eller kortere perioder der plassene står tomme.

#### 2.5.4 VURDERING

Det har vært en kraftig økning i antall blokkeringer og gjennomsnittlig liggetid i korttidsseng det siste året, noe som selvfølgelig henger sammen.

Ti til tolv blokkeringer innebærer at 40-50 prosent av korttidsplassene ikke lenger er tilgjengelige for den opprinnelige målgruppa. Dette er en relativt høy andel, som etter vår vurdering kan skape betydelige utfordringer i kommunens pasientlogistikk.

Det ser ut til at kommunen har kommet inn i en negativ spiral: Brukerne som venter på en langtidsplass er for dårlige til å bo hjemme, og blir liggende å vente på langtidsplass i en korttidsseng. Dette innebærer at stadig færre av de som er i målgruppen for korttidsplass, får

<sup>19</sup> Beregningen viser 116,4 dager, hvorav en fremdeles ligger i en seng i lindrende enhet. Utskrivingsdatoen er derfor uvisst.

<sup>20</sup> Jf. skriv fra kommunen 31.05.17.

et slikt tilbud. Dermed risikerer man at deres helsetilstand svekkes fortere, noe som øker etterspørselen etter langtidsplasser eller bemannede bofellesskap. Men som vi skal se i neste avsnitt, har kommunen få plasser i bofellesskap for eldre. Dette innebærer at det først og fremst er etterspørselen etter langtidsplasser som øker. Dette vil kunne bidra til å forsterke kødannelsene, det er ingen god løsning for brukerne, og det er sannsynligvis en dyrere løsning for kommunen på sikt.

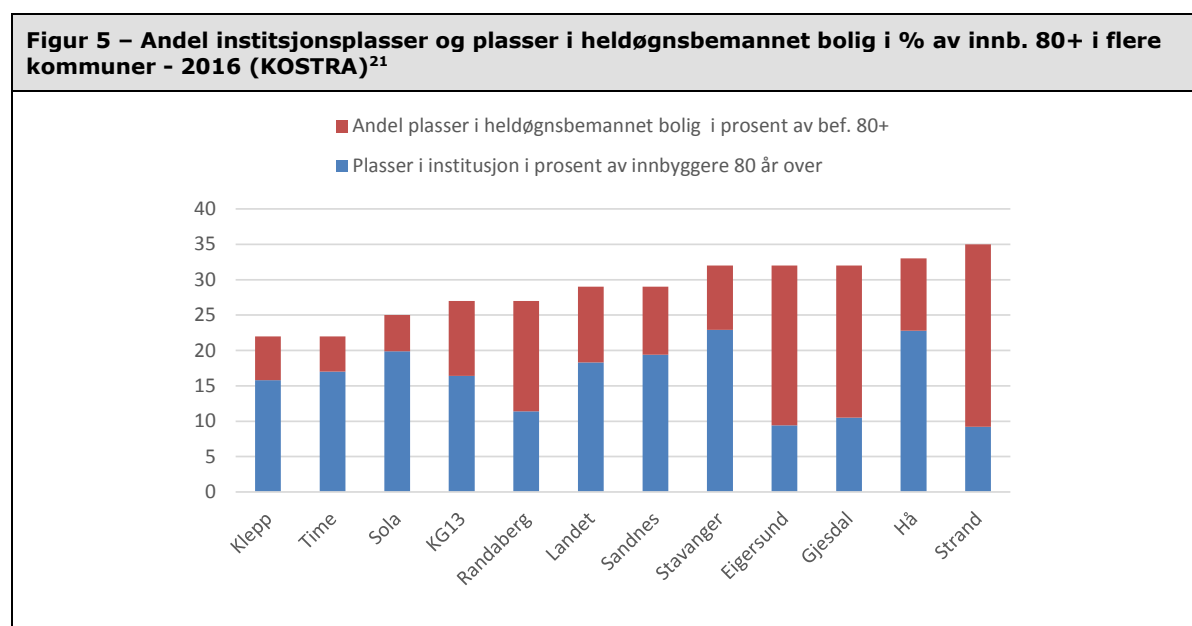
Under halvparten av pasientene ved lindrende enhet var i målgruppen, de første åtte månedene i 2017. Dette kan være en indikasjon på at kommunen har for mange lindrende plasser i forhold til behov. Kommunen bør vurdere antallet plasser ved avdelingen. En eventuell flytting av plassene vil imidlertid ikke løse kommunens kapasitetsutfordringer, ettersom de lindrende plassene allerede har blitt brukt av pasienter utenfor målgruppen.

## 2.6 HVORFOR KAPASITETSUTFORDRINGER?

I denne gjennomgangen har vi forsøkt å finne ut hvorfor disse kapasitetsutfordringene oppstår. Det er vanskelig å peke på en enkelt årsak, men intervjuene og nøkkeltallene gir noen ganske klare indikasjoner.

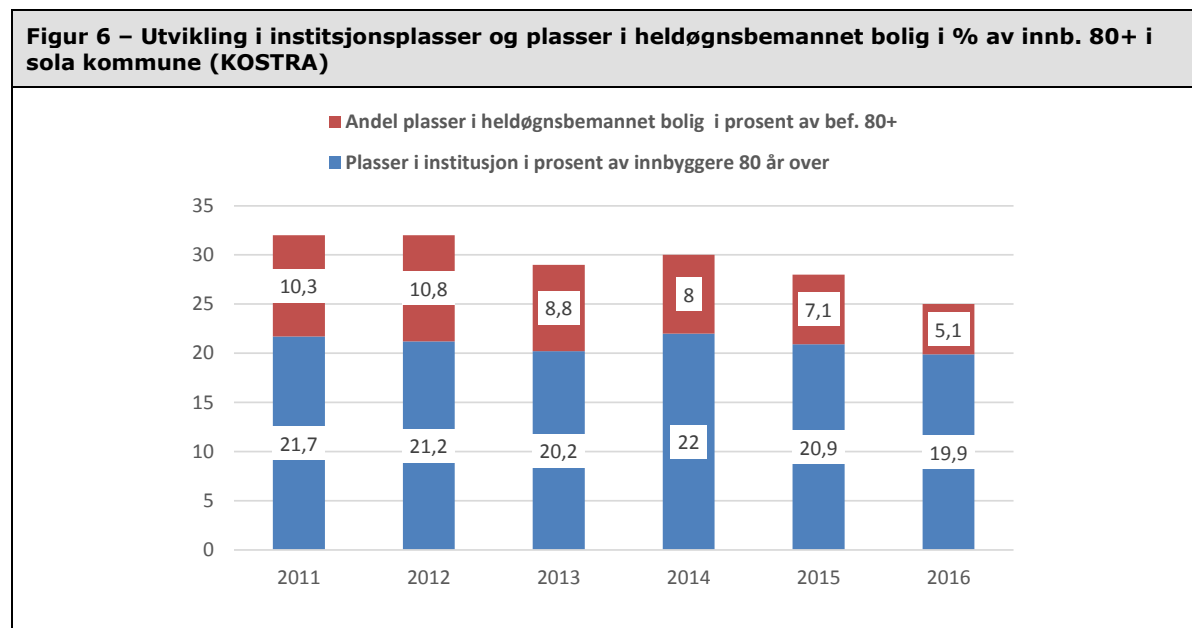
### 2.6.1 KOMMUNEN MANGLER BEMANNEDE BOFELLESKAP MED FELLESAREALER

Sola kommune har en høy dekning av sykehjemsplasser, sammenlignet med andre kommuner. Men hvis vi ser på institusjonsplasser og plasser i heldøgnsbemannede boliger samlet, er dekningen i Sola relativt lav.



<sup>21</sup> KG 13 = Kommunegruppe tretten. Kommunegruppe tretten består av store kommuner utenom de fire største byene.

Figuren under viser at det har vært en andelsmessig nedgang de siste årene i Sola, både mht. heldøgnsbemannede boliger og institusjonsplasser.



En av de intervjuede i kommunen sa det slik: «Tilbudet var bra før. Det var god institusjonsdekning, god institusjonsdekning var et nasjonalt mål og Sola kommune var blant de flinkeste i klassen.»

I Sola er det dessuten svært få av beboerne i omsorgsboliger som er åtti eller eldre. Denne aldersgruppen utgjør hoveddelen av de som skrives ut fra sykehuset og som har fått behandling av fysiske sykdommer. Sola rapporterte ikke tall på denne indikatoren i 2016, men tallene fra de to foregående årene viser at det da var 5 og 6 beboere i omsorgsboliger i Sola kommune, i alderen åtti pluss<sup>22</sup>. Dette er svært lavt sammenlignet med andre kommuner (se fotnote)<sup>23</sup>. Til sammenligning var det hhv. 24 og 22 beboere i denne aldersgruppen i denne type boliger i 2010 og 2011.

**Et siste moment er at omsorgsboligene i Sola ikke har fellesskapsløsninger**, som felles kjøkken, spiserom, aktivitetsrom etc. Omsorgsboligene mangler fellesarealer som beboerne kan benytte som møteplass til sosiale aktiviteter, slik som kjennetegner et bofellesskap.

Tilbakemeldingene i intervjuene oppsummeres i punktene under:

- En del av de som bor hjemme og får oppfølging fra hjemmetjenesten er ensomme, har angst/depresjon og er utrygge i egen bolig, spesielt på kvelds og nattestid. Det er ikke forsvarlig å la dem bo i egen bolig, men de har samtidig for høyt fungeringsnivå til å

<sup>22</sup> Det var ni beboere i omsorgsboliger i Sola alderen 67-79 i 2016.

<sup>23</sup> Antallet beboere i bolig til pleie og omsorgsformål i alderen åtti og over i Randaberg har vært 38 og 24 i 2015 og 2016. I Klepp har antallet hhv. 29 og 22, Gjesdal 20 begge år, og Time 10 og 6. Dette er antall. Vi har ikke korrigerert i forhold til kommunestørrelse, aller antall innbyggere over åtti, noe som ville bidratt til å øke forskjellene ytterligere.

bo på institusjon. Man har forsøkt styrking hjemme, korttids- og vekselopphold, men dette fungerer ikke tilfredsstillende.

- «Mitt klare inntrykk er at vi i kommunen mangler et nivå mellom hjemme med hjemmesykepleie og sykehjemsplass». Det man tenker seg er en type bofellesskap med en lavere bemanning enn institusjon, for eksempel personal tilstede dag og kveld (og ev. hjemmesykepleier om natten). Det er viktig at det finnes sosiale møteplasser og arealer med felles måltider, fordi dette vil være med å skape glede, mestring, ro og sosial trygghet.
- Kommunens nåværende omsorgsboliger mangler fellesskapsløsninger, samt fast personal på dag/kveldstid (de får besøk av hjemmesykepleien).
- Kommunens bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser vil ikke passe for denne brukergruppen, fordi det blir for urolig og for mange utagerende medpasienter der, noe som gjør at disse gamle og skjøre pasientene blir redde og utrygge.
- En plass i et bemannet bofellesskap for eldre ville vært det riktige omsorgsnivået for å sikre disse brukerne den nødvendige tryggheten, hevdes det. Men fordi det ikke er bofellesskap for disse brukerne i kommunen, blir langtids sykehjemsplass løsningen. Dermed går funksjonsnivået opp og brukerne blir boende lenge på institusjon. Det problematiske med dette er at det fører til at de opptar en institusjonsplass som brukere med større behov kunne hatt nytte av.
- Det blir også pekt på at mange av disse brukerne har hatt hyppige korttidsopphold før de til slutt får en langtidsplass.

I gjennomgangen ba vi Sola sykehjem om å forsøke å **tallfeste hvor mange av deres langtidsbeboere som kunne klart seg med et lavere omsorgsnivå**, dvs. som er kandidater for et bemannet bofellesskap. Gjennomgangen<sup>24</sup> viser følgende:

- *Det er totalt 11 sykehjemspasienter som er kandidater for bofellesskap.*
  - Åtte av disse har fått tildelt langtidsplass i sykehjem
  - Tre av disse opptar korttidssenger i påvente av en langtidsplass
- Med totalt 70 sykehjemsplasser, utgjør dette 16 prosent av plassene.

Fra sykehjemmet understrekes det at alle pasienter blir godt ivaretatt, men på et høyere (og dyrere) omsorgsnivå enn det som er nødvendig.

## 2.6.2 STOR UTSKIFTING AV INSTITUSJONSBEBOERE I FJOR

En viktig faktor som påvirker presset på korttidsplassene er tilgangen på langtidsplasser (i tillegg til endringer i behovet).

---

<sup>24</sup> Gjennomgangen ble utført av sykehjemsoverlege, i samarbeid med den andre sykehjemlegen og virksomhetsleder.



I intervjuene vises det til at det var uvanlig mange dødsfall ved Sola sykehjem i 2016. Totalt var det over 70 dødsfall i et sykehjem som har 70 plasser. Dette betyr en utskiftning på over hundre prosent. Vi får opplyst at det så langt i 2017 har vært langt færre dødsfall enn samme periode i fjor.

I tillegg er det i 2017 en nokså høy andel institusjonsbeboere som kunne klart seg med et bemannet bofellesskap.

Disse faktorene gjør at det er grunn til å tro at kapasitetsutfordringene vi ser i 2017, også vil kunne vedvare i 2018, dersom det ikke foretas grep for å forhindre dette.

## 2.7 FÆRRE SYKEHJEMSPASSER I ÅRENE FREMOVER

I 2016 var det nesten 20 prosent institusjonsplasser i Sola, i prosent av innbyggere over åtti år. Dette er en relativt høy andel, sammenlignet med andre (Se figur 5 over).

Kommunestyret i Sola vedtok i mars 2017 at målet for dekningsgrad for sykehjemsplasser skulle settes til 18 prosent fra 2020. Dette innebærer syv færre plasser.

Begrunnelsen for dette var kommunens høye sykehjemsdekning, samt at man ønsket å dreie tjenestetilbudet mer i retningen av hjemmebaserte tjenester, for at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig i eget hjem. Kommunen ønsker å utvikle arbeidsmetoder som ruster innbyggerne til å klare seg selv mest mulig skal utvikles i årene fremover. I tillegg skal hjemmetjenestene styrkes og arbeide med å integrere velferdsteknologi i tjenestene skal fortsette. Omsorgslønn skal også vurderes når pårørende tar på seg tyngende omsorgsarbeid og med det bidrar til at familiemedlemmene skal bo hjemme<sup>25</sup>.

For at innbyggerne skal kunne bo hjemme, vil rådmannen også gå fra høy andel langtidsplasser til en høyere andel korttidsplasser: «*Dette vil bedre ivareta behov for avlastning, samt behov for kortvarige opphold, for eksempel etter sykehusinnleggelse.*»

Befolkningsframskrivninger kommunen selv har gjort tyder på at antallet innbyggere over åtti vil øke med 92 personer i Sola, fra 2017 til 2020, dvs. 12 prosent<sup>26</sup>. I samme tidsrommet vil antallet over nitti øke med 36 personer, dvs. en økning på 30 prosent.

De aller fleste vi har intervjuet er meget skeptiske til denne utviklingen, så lenge man ikke bygger opp noe annet, for eksempel bemannede bofellesskap. En av de intervjuede sa det slik: «*Nå bygger vi ned, uten å ha noe alternativ.*»

<sup>25</sup> Orientering om nedtrapping av institusjonsplasser, Utvalg for levekår 31.05.17, arkivsaksnr.16/3510-9 Arkiv: G20

<sup>26</sup> Beregning av behov for institusjonsplasser, arkivsak 16/3510 (Kommunestyret 09.02.17).

Flere peker også på at forutsetningene har endret seg etter at saken som lå til grunn for prioriteringen som ble gjort i mars 2017, Analysene og vurderingene ble gjort høsten 2016: «I høst var det nesten ingen pasienter som lå på vent, så snur det i februar.»

**De siste to-tre årene har det stått syv ledige plasser ved Tananger bo- og behandlingssenter (Tabo)<sup>27</sup>.** Flere peker på at disse rommene også er store nok til å romme to pasienter, i motsetning til korttidsplassene ved Sola sykehjem. Til tross for betydelige kapasitetsproblemer i nesten hele 2017 (per midten av september), har ikke disse plassene blitt tatt i bruk. Vi får opplyst at dette skyldes tre ting: 1) Det er et kommunalt mål om at dekningsgraden for institusjonsplasser skal reduseres. 2) Det har ikke vært midler til å bemanne. 3) Innen årets slutt skal syv pasienter flyttes fra Soltun til disse plassene ved Tabo.

## 2.8 PASIENTFORLØPET ETTER UTSKRIVNING FRA SYKEHUSET

### 2.8.1 INNLEDNING

I punktene under gis en kort beskrivelse av hvordan pasientforløpet skjer internt i kommunen, etter utskriving fra sykehuset:

- Dialog mellom sykehuset og bestillerkontoret skjer primært via elektronisk system. Pasient/innbygger blir innlagt SUS og melding kommer elektronisk via nettet til bestillerkontoret.
- Utøvende virksomhet skal straks, og senest innen 24 timer respondere med en innleggelsesrapport til SUS. Innleggelsesrapporter innehar informasjon til SUS om nåværende tjenestetilbud som kommunen yter.
- SUS skal oppdatere helseopplysninger.
- SUS melder utskrivingsklar pasient, Bestillerkontoret må svare innen 3 timer av meldingen. Tilbud skal gis innen kl. 24.00 samme dag.
- Utskrivningsrapport går til utøver av tjenesten.
- SUS kan avmelde en utskrivingsklar pasient senest påfølgende dag.
- Melding om utskrevet pasient går til utøvende tjeneste.
- Epikrise påfølgende dag går til den utøvende tjenesten

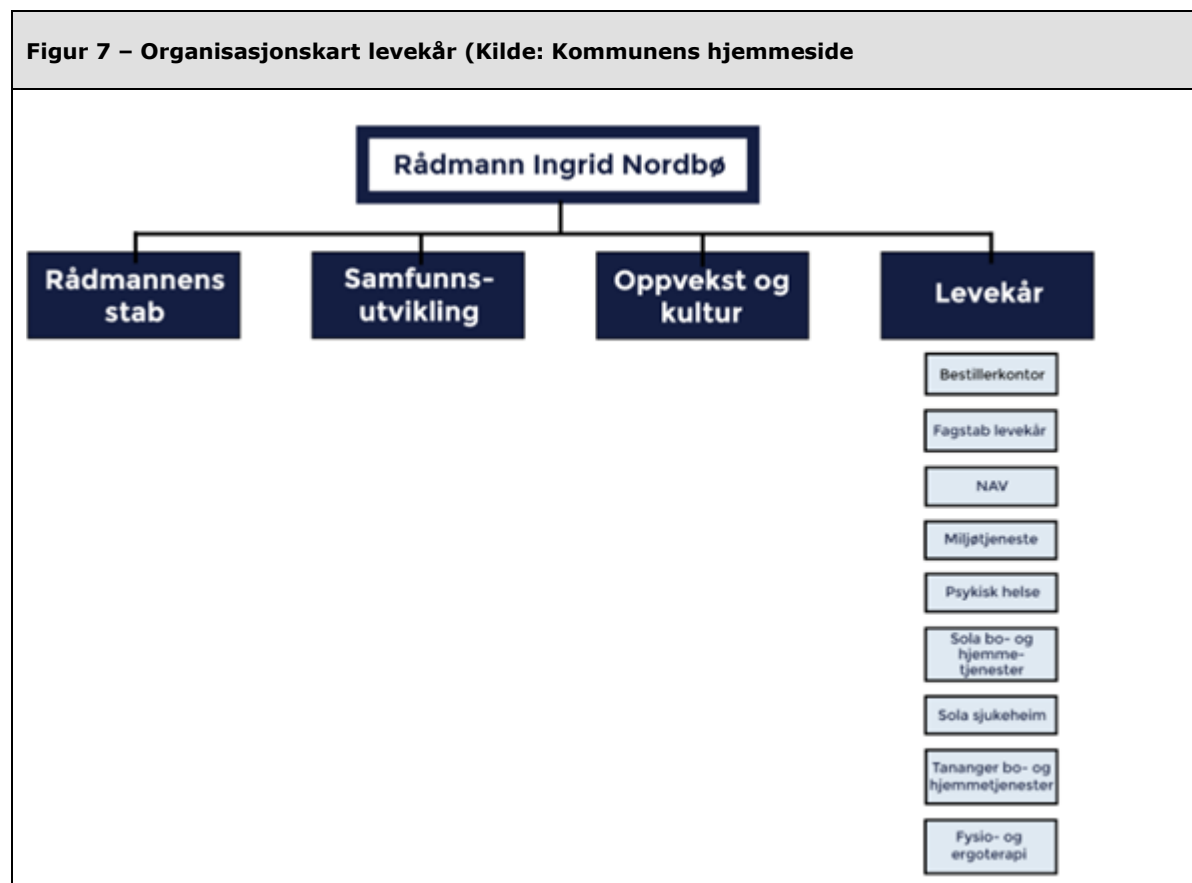
### 2.8.2 OVERSIKT OVER KOMMUNALE PLEIE OG OMSORGSTJENESTER

I figuren på neste side illustrerer vi hva som skjer etter utskriving fra sykehuset. Bestillerkontoret fatter vedtak, og tildeler tjenester på lavest mulig omsorgsnivå.

---

<sup>27</sup> Opplyst i intervjuer.

Det er saksbehandlerne ved bestillerkontoret som har den daglige kontakten med sykehuset og som er ansvarlige for å tildele pleie- og omsorgstjenester til disse brukerne. Bestillerkontoret mottar og behandler søknader om helse- og omsorgstjenester i Sola kommune. Bestillerkontoret er også sykehusets kontaktpunkt ved overføring av utskrivingsklare pasienter.



### 2.8.3 TJENESTETILBUDET TIL DE SOM SKRIVES UT FRA SYKEHUSET

De som meldes utskrivingsklare fra sykehuset blir i all hovedsak enten skrevet ut til hjemmet, med oppfølging av hjemmesykepleien, eller får et tidsbegrenset opphold.<sup>28</sup>

I andre samhandlingsrapporter har vi illustrert dette med tall, som viser utviklingen over tid. Dette har det ikke vært mulig å fremskaffe i Sola, ettersom det ikke har latt seg gjøre å skille utskrivninger innen rus og psykiatri fra disse tallene.

Trenden andre steder er at stadig flere skrives ut til eget hjem, med oppfølging fra hjemmesykepleien.

<sup>28</sup> Mange pasienter som får oppfølging fra hjemmesykepleie har også en rekke andre tjenester, som trygghetsalarm, praktisk bistand eller dagopphold.

## 2.8.4 VURDERING

Det er altså vanskelig å si hvordan utviklingen har vært i Sola, ettersom vi ikke har tall som kan belegge dette. Kommunen kan vurdere å undersøke om det fremover vil være mulig å fremskaffe denne type data på en relativt enkel måte. Dette er etter vår vurdering nyttig styringsinformasjon som kan brukes til å planlegge fremtidig dimensjonering av tjenestetilbud og ressurstildeling.

## 2.9 SAMARBEID MED SYKEHUSET

Samhandlingen med helseforetaket/sykehuset er regulert av en overordnet samarbeidsavtale, med tilhørende tjenesteavtaler, som følges opp jevnlig (<https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/samhandling/samarbeidsavtaler#sola-kommune>).

Intervjuene tyder på at samarbeid og samhandlingen mellom sykehuset og kommunen i all hovedsak fungerer bra. Og den synes å være langt bedre nå enn før samhandlingsreformen.

Samtidig tyder gjennomgangen på at samhandlingen på enkelte områder har et betydelig forbedringspotensial, noe det bør tas tak i. Den viktigste utfordringen behandles i avsnittet under. Vi finner også en del mindre samhandlingsutfordringer/forbedringsområder. Disse er plassert i [vedleggsdelen](#).

### 2.9.1 SYKEHUSET DEFINERER PASIENTENES OMSORGSNIVÅ

Det er kommunens ansvar å definere pasientenes omsorgsnivå i kommunen. Til tross for dette forsøker sykehusansatte å definere omsorgsnivået, noe som skaper uriktige og urealistiske forventninger til det kommunale tilbudet.

Vi har fått en rekke eksempler på dokumenter der sykehuset definerer omsorgsnivået på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten<sup>29</sup>.

- Pasienten skrives ut til et korttidsopphold
- Pasienten kan ikke utskrives til egen bopel slik situasjonen er nå (...) Pasienten skrives ut til sykehjemsplass i hjemkommunen.
- Hvordan ligger det an med ledige plasser i dag? Pasienten kan ikke utskrives til hjemmet, men har behov for noen dager på korttidsopphold.
- Pasienten blir værende på sykehuset til hun får plass. Har behov for korttidsopphold og kan ikke reise hjem med hjemmesykepleie.
- Slik situasjonen er nå har pasienten behov for korttidsplass
- Pasienten trenger et korttidsopphold.
- Pasienten har behov for korttidsopphold for videre opptrening

<sup>29</sup> Helseopplysning ved søknad (tidligmelding), melding om utskrivingsklar pasient, helseopplysningsskjema, utskrivningsrapport.

Fra bestillerkontoret pekes det på at sykehuset «lukker» diskusjonene fordi de ofte definerer løsningen – korttid - uten å beskrive pasientens behov. Dette opplever bestillerkontoret som et stort problem, fordi det deretter blir veldig vanskelig å fatte vedtak om hjemmetjenester, dersom dette vurderes som det riktige omsorgsnivået.

Flere pasienter eller pårørende gir også uttrykk overfor bestillerkontoret at sykehusansatte har «lovet» dem et korttidsopphold i kommunen.

De vi har intervjuet hevder at disse forholdene er med på å øke innbyggernes forventninger til korttidsplass etter endt sykehusopphold. Dette oppleves som et stort problem, og de ansatte ved bestillerkontoret bruker mye tid på å overbevise brukerne og pårørende om at de kan få et forsvarlig og godt tilbud hjemme, dersom det er tilfelle.

Det hevdes at den tradisjonelt høye institusjonsdekningen i Sola også bidrar til at folk gjerne har forventninger til en institusjonsplass. Dette gjør det ekstra vanskelig å stå i mot slike anbefalinger eller «løfter».

De kommuneansatte opplever defineringen av tjenesten som et uttrykk for at sykehuset ikke har tillit til tjenestene og vurderingene som gjøres i kommunen: *«De har manglende forståelse for hvordan kommunen jobber, de har lite tillit til oss. De ser våre brukere i en veldig sårbar situasjon. (...). De vil helst at alle skal inn på institusjon.»*

De intervjuede savner at de sykehusansatte snakker opp hjemmetjenesten. *«Vi bruker mye krefter og ressurser på å overbevise brukerne om at det som sykehuset har sagt ikke er riktig. Det sitter langt inne å snu denne tankegangen. Den holdningsendringen er utrolig viktig. En liten setning under legevisitten vil kunne gjøre brukeren mer positivt innstilt til å flytte hjem.»*

Det pekes videre på at sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har oppmerksomheten rettet mot ulike forhold: *«Sykehus er opptatt av helse, mens vi er opptatt av funksjonsnivå, dvs. hva helsetilstanden gjør med funksjonsnivå. Det kan være at en pasient har svært dårlig helse, men at vedkommende klarer å ivareta sine primærbehov. Sykehus ser en pasient i blå pyjamas, som gjerne er litt omtåket etter behandlingen. Men de kjenner ikke hvordan vedkommende bor hjemme eller hvordan boforholdene er.»*

Samtidig er bestillerkontoret noen ganger er enige med sykehuset i at de utskrevne trenger et korttidsopphold<sup>30</sup>. I tilfeller der et korttidsopphold ikke er å oppdrive og det ikke er forsvarlig å sende pasienten hjem, blir pasienten liggende i sykehusseng til en korttidsplass blir ledig.

---

<sup>30</sup> Opplyst i intervjuer.

Fra sykehuset pekes det på at de er veldig klare over at det er kommunen som bestemmer omsorgsnivået. De gir også uttrykk for at de har tillit til de Sola kommunes helse- og omsorgstjenester og at samarbeidet er godt: «*Vi vet at Sola er gode på hjemmerehabilitering.*» Utfordringene som oppstår skyldes i første rekke kommunens kapasitetsutfordringer, hevdes det.

Et av de momentene flere av de intervjuede på SUS mener skiller Sola fra de andre kommunene, er at bestillerkontoret i større grad stiller motspørsmål<sup>31</sup> for å finne ut om pasientene kan hjem, og at de oftere konkluderer med at pasientene kan hjem. Samtidig pekes det på at kontakten og samhandlingen med bestillerkontoret er personavhengig.

Flere sykehusansatte tror at mangelen på overgangsplasser i Sola (slik man har i Sandnes og Stavanger) skaper «litt kork» i systemet. Periodevis har det vært mange som har ligget og ventet. «*De trengte et høyere omsorgsnivå, men det var ingen sirkulasjon i korttids plassene.*». Dermed ble pasientene liggende. Vi får opplyst at enkelte pasienter har ligget så lenge som tolv og fjorten dager i sykehusseng, etter ferdigbehandling, men at dette er ikke vanlig.

I arbeidet med å avklare pasientenes omsorgs- og hjelpebehov etter utskrivning, kan bestillerkontoret gjøre vurderingsbesøk på sykehuset. Det er imidlertid ikke et krav om dette.

Gjennomgangen tyder på at bestillerkontoret sjelden foretar vurderingsbesøk av pasientene på sykehuset. Dette innebærer at de fleste pasientene ikke blir observert av bestillerkontoret før det fattes vedtak. Fra sykehuset får vi opplyst at denne praksisen er vanlig i de fleste kommunene. I mange tilfeller er det slik at brukerne har tjenester fra kommunen fra før. Vurderingene gjøres på bakgrunn av elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og kommune - enkelte ganger supplert med telefonsamtaler med sykehusansatte. Vi får også opplyst at det samhandles tett med brukere og deres pårørende under hele prosessen.

## 2.9.2 VURDERING

I mange tilfeller definerer sykehuset pasientenes omsorgsnivå i kommunen. Dette er i strid med samarbeidsavtalen med sykehuset.

Når sykehuset definerer omsorgsnivået skapes det uriktige og urealistiske forventninger til det kommunale tjenestenivået hos pasient og pårørende. Fra kommunen pekes det på at sykehuset ofte «lukker» diskusjonen fordi de definerer løsningen (korttids plass) uten å beskrive hva pasienten trenger. Dette opplever kommunen som et stort problem, og de ansatte bruker mye tid og krefter på å overbevise brukerne og pårørende om at de kan få et forsvarlig og godt tilbud hjemme.

---

<sup>31</sup> De sykehusansatte gir uttrykk for at det også er positivt å bli utfordret av bestillerkontoret.

Selv om dette er forhold som er med på å forsterke presse på korttidsplassene, ser det ut til at denne situasjonen noen ganger også oppstår på grunn av kapasitetsutfordringene i Sola. Både fra kommunen og fra SUS pekes det på at man er enige om at enkelte brukere trenger en korttidsplass, men at det er ikke ledige plasser.

Bestillerkontoret sjelden gjør vurderingsbesøk av de utskrevne pasientene på sykehuset. Det samme er tilfelle i mange andre kommuner. Etter vår vurdering ser behovet for slike besøk ut til å være større i Sola enn i andre kommuner, av to grunner: 1) Kommunen har svært mange betalingsdøgn, sammenlignet med andre kommuner. 2) Gjennomgangen tyder på at det er betydelige uoverensstemmelser mellom sykehus og kommune mht. hva som er riktig omsorgsnivå, og de vi har intervjuet opplever at de sykehusansatte ikke har tillit til det kommunale tjenestetilbudet. Vi tror flere vurderingsbesøk vil kunne styrke samhandlingen, i form av en bedre forventningsavklaring, og samtidig styrke tilliten mellom partene.

Samtidig viser gjennomgangen ganske tydelig at bestillerkontoret er presset på tid, og at de har en stor arbeidsbelastning som følge av kapasitetsutfordringene. Kommunen bør derfor foreta en prioritering av hvilke pasienter som skal besøkes på sykehuset. Aktuelle grupper her er pasienter som ikke før har mottatt pleie- og omsorgstjenester fra kommunen, pasienter kommunen (og sykehuset) er usikre på, og de som beskrives å ha et omfattende pleie- og omsorgsbehov.

Flere vurderingsbesøk vil på kort sikt være noe mer ressurskrevende, men vi tror dette vil kunne styrke den videre samhandling og saksbehandling, noe som vil kunne gi en kvalitets- og effektiviseringsgevinst på lengre sikt.

## 2.10 INTERN SAMHANDLING I KOMMUNEN

I dette avsnittet går vi nærmere inn på den interne samhandlingen i kommunen. Målet med kommunens FFF-satsing (forenkle, forbedre og fornye) er, blant annet, å skape gode tjenester sammen.

Gjennomgangen tyder fremfor alt på at kommunens kapasitetsutfordringer utfordrer det interne og eksterne samarbeidet. Ifølge tilbakemeldingene fører manko på korttidsplasser til at spesielt bestillerkontoret står i et meget utfordrende krysspress av forventninger fra sykehus, brukere, pårørende og kommunale virksomheter. Flere peker også på at den vanskelige situasjonen i 2017 har ført til at bestillerkontoret har hatt et høyt arbeidspress.

Vi får opplyst virksomhetene noen ganger kan være uenige med bestillerkontoret, og at de ikke alltid deler samme syn. Dette er noe man etter vår mening bør regne med, ettersom de ulike partene har ulike roller.

I resten av denne delen løfter vi frem det vi oppfatter som hovedutfordringene knyttet til den interne samhandlingen, basert på tilbakemeldingene i intervjuene.

### 2.10.1 FRAGMENTERT TENKNING RUNDT BRUKEREN

Flere av de vi har intervjuet gir uttrykk for at oppmerksomheten rundt pasienten er for fragmentert og lite helhetlig i kommunen. Dette er mest synlig når man har brukere med mange utfordringer/diagnoser og vedtak som involverer flere virksomheter: «*Det er ikke definert når den ene slutter og den andre overtar*<sup>32</sup>.»

Fragmenteringen kommer veldig tydelig til uttrykk i vedtakene, som er med på å opprettholde fragmenteringen.

Vi får blant annet opplyst at en bruker fikk fire vedtak på et sår (sårklinikk, hjemmesykepleie, miljøtjeneste og rehabilitering), noe som innebærer fire egne vedtaksbrev for brukeren. Det vises også til eksempler der det er blitt sendt flere vedtak til brukere med nokså stor stabilitet i utfordringsbildet: *Vi skriver utrolig mange vedtak*. Vi får opplyst at dette er noe som har utviklet seg over tid, og at det nå i gjennomsnitt fattes tre vedtak i året, per pleie og omsorgsmottaker i Sola<sup>33</sup>. Flere gir uttrykk for at dette ikke er i brukers interesse, og at det ville vært mest ryddig om brukeren fikk ett vedtak.

Vi ønsker å illustrere dette ytterligere. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 1. ledd nr 6, bokstav a står det at kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie). Dette kan, i sin ytterste konsekvens, resultere i fem ulike vedtak:

- Hjemmesykepleie/psykisk helse(virksomheten)
- Hjemmesykepleie/miljøtjenesten(virksomheten)
- Hjemmesykepleie/hjemmetjenesten(virksomheten)
- Hjemmesykepleie/sårklinikken
- Hjemmesykepleie/hverdagsrehabilitering

I samme paragraf, bokstav b står det at kommunen skal tilby personlig assistanse. Også dette kan i teorien resultere i fem ulike vedtak:

- Praktisk bistand/psykisk helse
- Praktisk bistand/miljøtjenesten
- Praktisk bistand/hjemmetjenester
- Fritidskontakt
- BPA

<sup>32</sup> Vi har tjenesteledere innen somatiske tjenester og ikke innen rus-, psykiatri og miljøtjenester.

<sup>33</sup> Opplyst av leder for bestillerkontoret.



Et eksempel vi har fått fra bestillerkontoret: Bruker 85 år. Vedkommende har diabetes og nå fått kreft. Han klarer ikke å ivareta medisiner sine lenger og har behov for praktisk bistand til rengjøring. Han har pådratt seg et sår som må stelles hver dag. Han er i tillegg deprimeret og angst for fremtiden. Dette kan resultere i:

- Vedtak Hjemmesykepleie av hjemmetjenesten, som skal ivareta medisinsansvar og sårstell (de dagene sårklinikken ikke er åpen)
- Vedtak hjemmesykepleie utført av sårklinikken
- Vedtak Hjemmesykepleie av psykisk helse til samtale ift. depresjon og angst
- Vedtak praktisk bistand til rengjøring.

Dette innebærer fire vedtak, hvorav tre av disse er i henhold til bokstav a i loven. Ifølge bestillerkontoret er dette noe man bør kunne samordne.

Det blir samtidig pekt på at en rekke strukturelle forhold bidrar til fragmenteringen, og til å vanskeliggjøre samhandlingen. For det første er vedtakene knyttet til tjenesteområder, dvs. somatikk, rus, psykiatri, fysio- og ergo. For det andre måles den enkelte virksomhet på budsjett og tjenesteproduksjon. Enhetene blir målt på nøkkeltall og vedtakstimer, noe som brukes til å bestemme ressurstildelingen. For det tredje er det blitt en mer begrenset tilgangsstyring i fagsystemet de siste årene<sup>34</sup>. Dette innebærer at de ulike virksomhetene ikke kan lese hverandres journaler. Hjemmetjenestene kan eksempelvis ikke lese journalene fra korttidsoppholdet. For det fjerde trenger man vedtakene for å kunne dokumentere oppfølgingen i etterkant.

Det bør legges til at mange brukere med sammensatte behov har individuell plan (IP). Men de enkelte tiltaksplanene i IPen er sektorvise, dvs. at det er en ved sykehjemmet, en hos fysio- og ergo, en i psykisk helse, en i miljøtjenesten og en i hjemmetjenesten. Tiltaksplaner er innenfor samme målområdene, men virksomhetene ser ikke hverandres tiltaksplaner pga. begrenset tilgangsstyring.

Ifølge våre informanter er dette strukturer som bidrar til å svekke evnen til å se brukerens samlede behov. Strukturene bidrar også til å svekke den interne samhandlingen og den kollektive evnen til «å tenke ut av boksen».

Flere mener likevel at det er fullt mulig å gjøre dette på en annen måte. Det synes å være bred enighet blant våre informanter om at det er behov for færre og mer helhetlige vedtak, der en vurderer brukerens samlede behov. Mer helhetlige vurderinger skaper bedre løsninger for den enkelte bruker, hevdes det.

---

<sup>34</sup> Opplyst i flere intervjuer.

En må kort sagt tenke mer helhetlig, både rundt den enkelte bruker og for tjenesteområdet (for eksempel i form av mer felles mål): «*Vi trenger lekkasjer mellom siloene. Vi må samordne for å samhandle.*»

Det vises i den forbindelse til det nylig (per 19.09) er startet opp et prosjekt for å se på mulighetene for å samordne vedtakene bedre.

### **2.10.2 VEDTAKSLENGDE- OG VEDTAKSINNHOOLD**

I intervjuene får vi opplyst at en del av korttidsvedtakene ofte er for lange, gjerne tre uker. Det pekes på at noen har behov for lengre korttidsvedtak, men at man i flere tilfeller kunne fått kortere enkeltvedtak, med mulighet for forlengelse. Problemet med lange vedtak i starten er at det preger brukerens forventninger: «*Når fru Olsen får lov å være i tre uker, så innstiller hun seg på det.*» Det hevdes at bestillerkontoret litt for lett forlenger korttidsoppholdet, til tross for at man ved sykehjemmet mener at pasienten kan klare seg hjemme. Bestillerkontoret burde vært litt mer «på» mht. å få brukerne hjem fra korttidsopphold, hevdes det.

Det blir samtidig pekt på at målene for korttidsoppholdene ofte er litt vage. Det står gjerne at brukeren skal ha opptrening eller «*komme seg litt*», etter utskrivning fra sykehuset. Men informantene våre savner en sterkere konkretisering, for eksempel på hvilken måte skal de komme seg litt? Hva er problemet hjemme? Og hva er viktig å trene på for at brukeren skal kunne fungere hjemme? Kort sagt: Hva er pasientens oppdrag under korttidsoppholdet? Informantene mener at målene under korttidsoppholdet i langt sterkere grad må rette oppmerksomheten mot at pasienten skal hjem.

Det hevdes at kortere og mer konkrete vedtak vil kunne føre til en kortere liggetid i korttids seng og samtidig sikre en bedre overgang til hjemmet. Samtidig pekes det på at dette vil føre til en del mer papirarbeid både for bestillerkontoret og sykehjem, ettersom kortere vedtak krever kjappere evaluering etc.

Fra bestillerkontoret får vi opplyst at de forsøker å ha korte vedtak og at skal være mest mulig klare på målene. Samtidig erkjennes det at det nok kan være noen enkeltsaker der vedtakene er i lengste laget eller der målformuleringene er nokså vage.

### **2.10.3 MANGLENDE SMIDIGHET VED FRAVÆR**

Saksbehandlerne ved bestillerkontoret har ansvar et knippe faste tjenestemottakere hver. Fra bestillerkontoret får vi opplyst at det er en fast rutine på å bytte saksbehandler ved fravær. Unntaket er når saksbehandler er borte noen få dager og det ikke er en hastesak.

Fra sykehjemmet får vi imidlertid opplyst at de har opplevd det motsatte, og at det ikke byttes saksbehandler ved fravær: Dvs. at bestillerkontoret tidvis utviser liten fleksibilitet mht. overføring av pasienter ved fravær, og at dette fører til at nødvendige beslutninger ikke blir tatt.

Det vises til at det da kan gå fra en til to uker før det blir tatt nødvendige beslutninger, for eksempel mht. hjemreise fra sykehjem eller tildeling av sykehjemsplasser.

Fra sykehjemmet pekes det også på at man savner mer muntlig kontakt med bestillerkontoret, og at den elektroniske kommunikasjonen ikke alltid er tilstrekkelig: *Det meste av kommunikasjonen foregår elektronisk. Dette er vel og bra, men i enkelte tilfeller er det nødvendig å snakke sammen. Enkelte ting er vanskelig å kommunisere elektronisk.»*

#### 2.10.4 VURDERING

Gjennomgangen viser ganske tydelig at den nåværende vedtaksstrukturen gjør at hjelpen som ytes blir for fragmentert. Dette svekker bestillerkontoret og tjenesteyternes evne til å vurdere brukerens samlede behov og til å skape gode tjenester sammen.

**Vi anbefaler** Sola kommune å se nærmere på mulighetene for å redusere antall vedtak per bruker innenfor helse og omsorg, og knytte dette opp mot kommunens pågående arbeid med å forenkle, forbedre og fornye.

Vi er kjent med at Randaberg kommune, som har samme fagsystem som Sola (Gerica), har startet et slikt arbeid. I Randaberg har de startet med tjenestemottakere under atten, og disse brukerne har nå fått redusert antall vedtak fra flere til ett vedtak per bruker.

Erfaringene fra Randaberg er meget positive, selv om prosessen med å redusere antall vedtak har vært ressurskrevende<sup>35</sup>. Det blir pekt på at et samlet vedtak per bruker er effektivt for kommunen, og brukerne gir uttrykk for at dette er mer ryddig og oversiktlig enn å motta flere vedtak.

Vi får også opplyst at Randaberg har klart å løse de rapporteringsmessige utfordringene mht. å rapportere vedtakstimene på rett virksomhet (som har betydning for ressurstildelingen).

Sola kommune bør etter vår vurdering se nærmere på Randabergs erfaringer med å begrense antall vedtak. Vi tror at færre og mer helhetlige vedtak vil gi bedre vurderinger av brukernes samlede behov. Dette vil kunne bidra til bedre og mer målrettede tjenester for brukeren, og en bedre ansvarsdeling og samhandling i kommunen. Det kan for eksempel tenkes at unødvendig dobbeltarbeid unngås eller avdekkes gjennom helhetlige vurderinger av brukernes behov.

Vi anbefaler kommunen å starte i det små, dvs. velge ut noen få brukere til dette endringsarbeidet, for eksempel yngre brukere eller et utvalg brukere med sammensatte behov. Deretter

---

<sup>35</sup> Opplyst i intervju.

kan man gradvis utvide brukergruppen. Det kan være krevende å gjennomføre et slikt endringsarbeid samtidig som man skal håndtere den daglige driften. Derfor er det viktig at man ikke «*gaper over for mye*» på en gang.

**Vedtakspraksis.** Etter vår vurdering bør kommunen se nærmere på vedtakslengde og vedtaksinnhold for korttidsplasser, for å sikre raskere og bedre overganger fra korttidsplass til hjem. Korte og mer presise vedtak vil kunne skape bedre forutsetninger for at brukeren skal kunne klare seg hjemme etter endt opphold. Det vil også kunne bidra til å øke tilgjengeligheten til korttidsplassene for flere innbyggere og kunne redusere kapasitetsutfordringene noe.

En endring av denne typen vil skape mer «*papirarbeid*» i form av vedtak (bestillerkontoret) og evalueringer/oppfølging (primært sykehjem). Etter vår vurdering bør kommunen se nærmere på hvordan man kan løse disse utfordringene.

*En mulighet* for bestillerkontoret er å se nærmere på om man kan prioritere annerledes. Vi er gjort kjent med at det gjøres en revurdering av alle vedtak, minimum en gang i året. Dette er ikke et lovkrav og det er heller ikke vanlig praksis i mange andre kommuner<sup>36</sup>. Dersom det er grunn til å tro at tilstanden vil være lik i overskuelig fremtid, er det ikke nødvendig med årlige revurderinger, men heller gjøre vedtaksendringer dersom funksjonsnivået endrer seg. I slike tilfeller vil det være mulig å kutte ut sluttdato eller tidfeste vedtakene flere år frem i tid. Vi er kjent med at Randaberg kommune ikke opererer med sluttdato på vedtak der tjenestebehovet er stabilt (Downs, kronikere osv.).

Kommunen og bestillerkontoret bør derfor se nærmere på om en kan få til en strammere prioritering mht. hvilke vedtak som er viktigst å fatte.

**Fraværpraksis.** Det er uheldig at manglende intern samhandling ved fravær ved bestillerkontoret svekker pasientflyten.

## 2.11 SAMARBEID MED FASTLEGENE

Veksten i helsesektoren har hovedsakelig vært i spesialisthelsetjenesten, og med samhandlingsreformen ønsker en å bremse/reversere denne trenden. Dette innebærer å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten ut i kommunene, både mht. å forebygge innleggelser og mht. å ta i mot ferdigbehandlede pasienter. I noen tilfeller skrives pasientene ut til korttidsplass, i andre tilfeller skrives pasientene ut til hjemmet med oppfølging av hjemmetjeneste og fastlege.

Fastlegen har behandlingsansvaret når pasienten bor hjemme. Samhandlingsreformen innebærer større og flere oppgaver for fastlegene. Eksempler her er koordinering og orga-

---

<sup>36</sup> Opplyst i intervjuer.

nisering av pasientforløp, økt behov for sykebesøk til sykere pasienter i hjemmet, oppfølging av pasienter som tidligere ble fulgt opp av spesialisthelsetjenesten, tettere samarbeid med hjemmetjenesten og innleggelse av pasienter til kommunens Øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Til tross for økte oppgaver for fastlegene og tettere samarbeid med den kommunale helsetjenesten, er inntrykket vårt at fastlegene har hatt en nokså **perifer rolle** i samhandlingsreformen. Dette ble det også pekt på i en relativ fersk forvaltningsrevisjon i Bærum og i fjorårets forvaltningsrevisjon i Time. I Sola hevdes det også at man føler seg litt distansert i forhold til samhandlingsprosessen, både mht. innleggelse og utskrivning av pasienter.

I likhet med det som har blitt forfektet i andre kommuner, pekes det også i Sola på at fastlegene **burde vært mer delaktige i overgangen fra sykehus til hjemmet**. Spesielt gjelder dette i saker der pasienten ikke har hatt hjemmetjeneste tidligere. I disse tilfellene vil legenes kjennskap til hjemmesituasjon og familie være viktig for å kunne sikre en best mulig overgang, hevdes det.

Vi får opplyst at kommunen har etablert en **ny rutine med legebesøk etter utskrivning fra sykehuset for de som trenger hjemmetjenester**. Den nye rutinen innebærer at hjemmetjenestene bestiller legetime innen 14 dager etter utskrivning.

En annen utfordring for fastlegene, er at de som regel ikke varsles når pasientene skrives ut fra sykehuset. De blir heller ikke varslet når pasientene legges inn. Det pekes på at det hadde vært en fordel om fastlegene kunne blitt varslet i rimelig tid før pasientene ble skrevet ut til kommunen: *«Det er som regel ikke mange pasienter på de ulike legelistene som har vært innlagt på sykehuset. De er det ofte noe mer alvorlig med. Fra vår side ville det vært interessant og nyttig å få den informasjonen.»*

Årsaken til disse utfordringene er at det per i dag ikke elektronisk meldingsutveksling mellom sykehuset og fastlegene<sup>37</sup>. Vi får opplyst at fastlegene både får innleggelsesmelding og epikrise. Sykehuset har en frist på syv dager til å sende en epikrise, og normalt går det tre til syv dager før fastlegene får denne<sup>38</sup>. En del pasienter blir skrevet ut med betydelige endringer i medisinalistene, men så lenge meldingsutvekslingen ikke er digitalisert, finnes ofte ikke dette i legejournalen når hjemmesykepleien kontakter dem. Dette fører til en situasjon der fastlegene oppdateres om endringer medisinalister fra hjemmesykepleien, i stedet for motsatt.

---

<sup>37</sup> Vi er imidlertid kjent med at sykehuset er i gang med et pilotprosjekt, som involverer et legekantor i Stavanger, jf. forvaltningsrevisjon i Time kommune.

<sup>38</sup> Jf. tilsvarende forvaltningsrevisjon i Time kommune.

Gjennomgangen tyder på at det er spesielt informasjonen underveis i forbindelse med en innleggelse, fastlegene savner (Når startet behandlingen, hvilken type behandling, valg av medisin osv.). Dette tilsvarer funnene fra et tilsvarende prosjekt i Time kommune.

Mer informasjon om slike forhold på et tidlig tidspunkt skaper bedre rammebetingelser for skape et godt pasientforløp.

I intervjuene understrekes det samtidig at fastlegene er en veldig heterogen profesjonsgruppe, som har høy grad av autonomi (privat praksis). Vi får opplyst at ønskene om involvering i de ulike pasientforløp nok vil variere en del fra fastlege til fastlege.

Dette bekreftes i intervjuene med en rekke ledere og leger i kommunen. De hevder at de har et godt samarbeid med fastlegene, men at det er personavhengig. Det vises både til eksempler der fastlegene er imøtekommende og lette å samarbeide med, og det motsatte. Det vises blant annet til at det i enkelte tilfeller tar svært lang tid å få kontakt eller få svar på henvendelser om ny dosering av medisin. En leder innenfor pleie og omsorg sa det slik: «*Det er de som henviser oss til legevakten på dagtid*». Men det vises også til eksempler der samarbeidet har fungert veldig bra, og der hjemmesykepleien har vært i stand til å ivareta bruker i omsorgsbolig fordi fastlege stiller opp med regelmessige hjemmebesøk og er veldig tilgjengelig.

## 2.12 ØYEBLIKKELIG HJELP

### 2.12.1 INNLEDNING

Sentrale mål i samhandlingsreformen er å skape gode pasientforløp, og gi flere tjenester nærmere der pasienten bor. Et av virkemidlene for å nå disse målene er etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Kommunene har fra januar 2016 hatt plikt til å tilby døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, enten alene eller i et interkommunalt samarbeid.

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-5).

Siktemålet med ØHD-tilbudet er å minske presset på sykehusene ved å etablere lokale behandlingstilbud.

Det kommunale tilbudet fullfinansieres av staten ved at midler blir overført fra de regionale helseforetakene til kommunene.

Kommunen har utarbeidet egne retningslinjer for øyeblikkelig-hjelp-tilbudet. Vi går ikke detaljerte inn på disse, men de inneholder formålet med tilbudet, hvilke samarbeidsavtaler som ligger til grunn (mellom Helse Stavanger HF og Sola kommune HF), hvem som omfattes av tilbudet – herunder inklusjon- og eksklusjonskriterier, kompetanse og kvalitet og rutiner for innleggelse.

Øyeblikkelig hjelp er for pasienter med kjent sykdom og avklart diagnose, hvor risikoen for akutt forverring er liten, og hvor pasientenes allmenntilstand tilsier at et slikt tilbud kan være like godt, eller bedre enn innleggelse på sykehus. For å kunne ha sirkulasjon på ØHD er det viktig at plassene brukes til dette formålet, jf. retningslinjer.

Vi får opplyst fra kommunen at man har avvist en del søkere fordi man har vurdert disse som kandidater for korttids plass eller sykehusinnleggelse.

### 2.12.2 LAVT BELEGG

Sola kommune har fra september 2014 til august 2016 hatt et interkommunalt samarbeid med Stavanger kommune om drift av 2 ØHD-senger, på Stokka sykehjem. Fra 01.09.16 drifter Sola kommune selv 1 seng på Sola sykehjem, avdeling korttid- rehab.

Sola kommunes ØHD-tilbud har i all hovedsak hatt svært lavt belegg<sup>39</sup>.

- **Stokka sykehjem, Stavanger:**
  - **15 prosent i 2015** (Stokka - 2 plasser), 19 personer og 110 av 728 liggedøgn
  - **67 prosent fra januar til august 2016** (Stokka - 1 plass)<sup>40</sup>, 22 personer og 162 liggedøgn av 243
- **Sola sykehjem (1 plass):**
  - **23 prosent i 2016** (September-desember): Brukt 28 døgn, 7 pasienter med liggetid fra 3 – 7 døgn. Gjennomsnittlig liggetid er 4 døgn.
  - **26 prosent så langt i 2017, dvs. 01.01 til 08.09:** Brukt 65 døgn, 16 pasienter med liggetid fra 1 – 7 døgn. Gjennomsnittlig liggetid er 4,1 døgn.
  - **Totalt 25 prosent belegg ved Sola sykehjem.** Brukt 93 døgn, 23 pasienter

Øyeblikkelig hjelp-tilbudene i Bærum og Time kommune (som vi nylig har vurdert) hadde hhv. 61 og 56 prosent belegg på vurderingstidspunktet. Øyeblikkelig-hjelpssengene til Time dekkes av Jæren Ø-hjelp, som er et interkommunalt samarbeid med Sandnes-, Klepp- og Gjesdal kommune. Gjennomgangen vi foretok i fjor tydet på at Jæren Ø-hjelp (12 senger)<sup>41</sup> har fungert veldig godt, og betraktes som en suksesshistorie. Til tross for dette er beleggsprosenten bare 56 prosent. Selv om dette er høyere enn mange andre steder, er det likevel lavere enn Jæren Ø-hjelp egne ambisjoner (75-80 prosent).

### 2.12.3 HVORFOR LAVT BELEGG?

Det er fastleger eller legevaktsleger som kan henvise pasienter til Øyeblikkelig hjelp-sengen. Vi får opplyst i intervjuene at det stort sett er fastlegene i kommunen som henviser pasienter

<sup>39</sup> Tallene fra Stokka er mottatt fra bestillerkontoret i Sola kommune 06.06.17. Tallene fra ø-hjelpstilbudet på Sola sykehjem er mottatt fra avdelingsleder ved korttidsavdelingen, 08.08.17.

<sup>40</sup> Først ble det etablert 2 plasser på Stokka sykehjem, dette ble redusert til en plass da kommunen mente det ikke var behov for flere senger.

<sup>41</sup> Sandnes har seks senger, mens de andre kommunene har to senger hver.

til tilbudet. Dette er et ganske annerledes bilde enn i Bærum, der legevaktslegene står for over åtti prosent av innleggelsene. Ved Jæren Ø-hjelp fordelte innleggelsene seg ganske jevnt mellom fastlege og legevakt, med en liten overvekt av innleggelser fra legevaktsleger

- **Liten tilgjengelighet.** Tilbudet er litt for lite tilgjengelig til at det er lett å bruke. I starten var det to senger med inntak hele døgnet, mens nå er det ikke inntak om nettene eller i helgene.<sup>42</sup> I helgene er ikke pasientene garantert legevisitt før på søndagen. Disse forholdene svekker antall innleggelser, fordi legene i større grad må tenke over om tilbudet er åpent når kveldspasienter kommer frem. Det er også en større risiko for at sengen er opptatt når behovet er der. Dersom legene møter på denne type problemer når de ønsker å henvise pasienter til tilbudet, er det mindre sannsynlig at de gjør det neste gang.
- **Volumproblem.** For de fleste leger skjer det nokså sjelden at det er aktuelt å henvise pasienter til øyeblikkelig-hjelp-tilbudet. Dette fører til at det er lettere å glemme ut tilbudet.  
Et annet moment, er at legene enkelte ganger handler på autopilot «*i kampens hete*», dvs. henviser til sykehuset, og «*glemmer*» Ø-hjelpstilbudet.
- **Liten robusthet.** Med sin ene seng har ikke tilbudet i Sola samme robusthet som eksempelvis Jæren Ø-hjelp.
- **Behov for plass har ikke vært så stort.** Det blir i intervjuene også vist til at behovet for ø-hjelp har vært moderat.
- **Det tar tid å innarbeide ordningen og få optimal drift.**

Det bør legges til at kommunelegen i disse dager gjennomfører en spørreundersøkelse som er rettet mot fastlegene i kommunen. Hensikten med undersøkelsen er å undersøke fastlegenes opplevelser med Øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

#### 2.12.4 ENDRET BRUK I SÆRLIG PRESSEDE SITUASJONER

I mars 2017 ble rutinen endret. Da åpnet Sola kommune opp for at ØHD-sengen også kunne benyttes av personer som ble skrevet ut fra SUS, under gitte vilkår. Dette gjelder dersom pasient blir liggende på SUS over ca. 5 døgn og når det er flere enn 5 pasienter som venter på plass i institusjon, og når kommunen får melding fra SUS om en presset situasjon. I slike tilfeller skal alle mulige løsninger vurderes, dvs. også omsorgsbolig TABO og ØHD-seng. I den endrede rutinen står det også at ØHD-sengen etter kl. 13.00 på fredager kan tildeles frem til mandag da ingen pasienter blir tatt inn etter dette tidspunktet.

Vi får opplyst fra Sola sykehjem at dette har skjedd seks ganger i perioden mars-mai, dvs. at man har lagt inn korttidspasienter i Ø-hjelpsseng. Dette var i perioder der det var mange utskrivingsklare pasienter på SUS.

---

<sup>42</sup> Inntaket er mellom 08.00 og 22.00 i ukedagene (opplyst i intervjuer).



### 2.12.5 VURDERING AV 2.8 OG 2.9

Øyeblikkelig-hjelp-tilbudet i Sola har en veldig lav beleggspersent, og per i dag gir det sykehuset lite avlastning mht. å forebygge innleggelser, slik intensjonen er. Kommunen bør se nærmere på hva man kan gjøre for å øke belegget, i samråd med fastleger og legevaktsleger.

Kommunen bør også se nærmere på om det kan være aktuelt å involvere fastlegene tettere i overgangen fra sykehus til hjemmet. Dette gjelder primært saker der pasientene ikke har hatt hjemmetjenester tidligere, eller mht. særlig utsatte pasienter, der legenes kunnskaper om hjemmesituasjon, familie og sykdomshistorie vil være viktig for å sikre en best mulig overgang og et godt pasientforløp.

Vi tror det er viktig å tenke igjennom hva som er mulig for begge parter og hva som bør prioriteres høyest. Den kommunale arbeidshverdagens organisering og rammebetingelser er veldig ulik fastlegenes, noe som vanskeliggjør samhandlingen. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, har mange pasienter, er presset på tid og kan være vanskelige å få tak i.

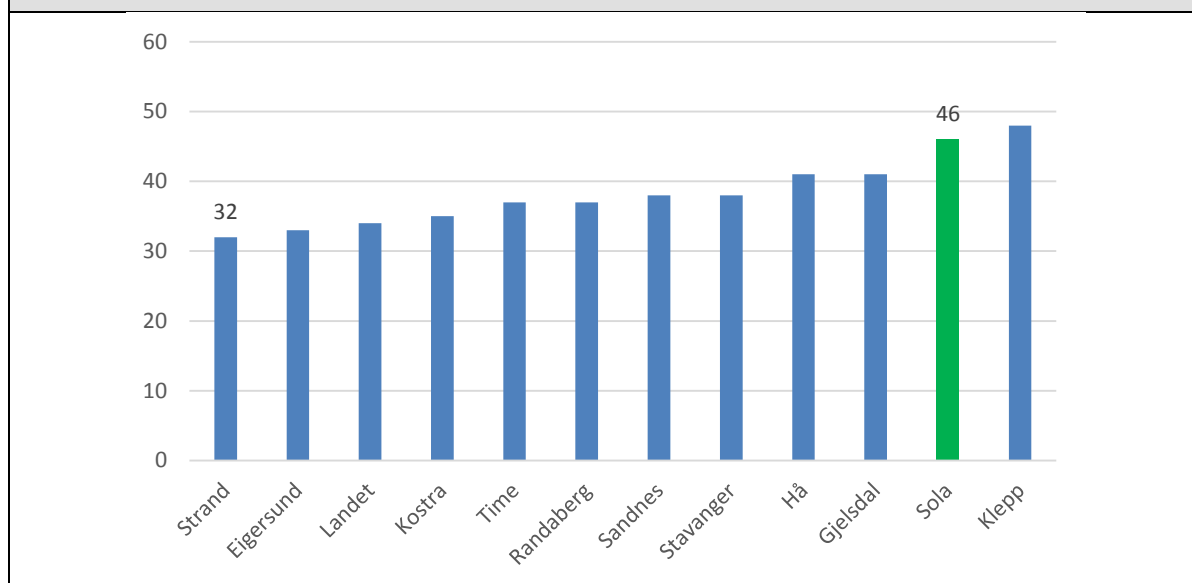
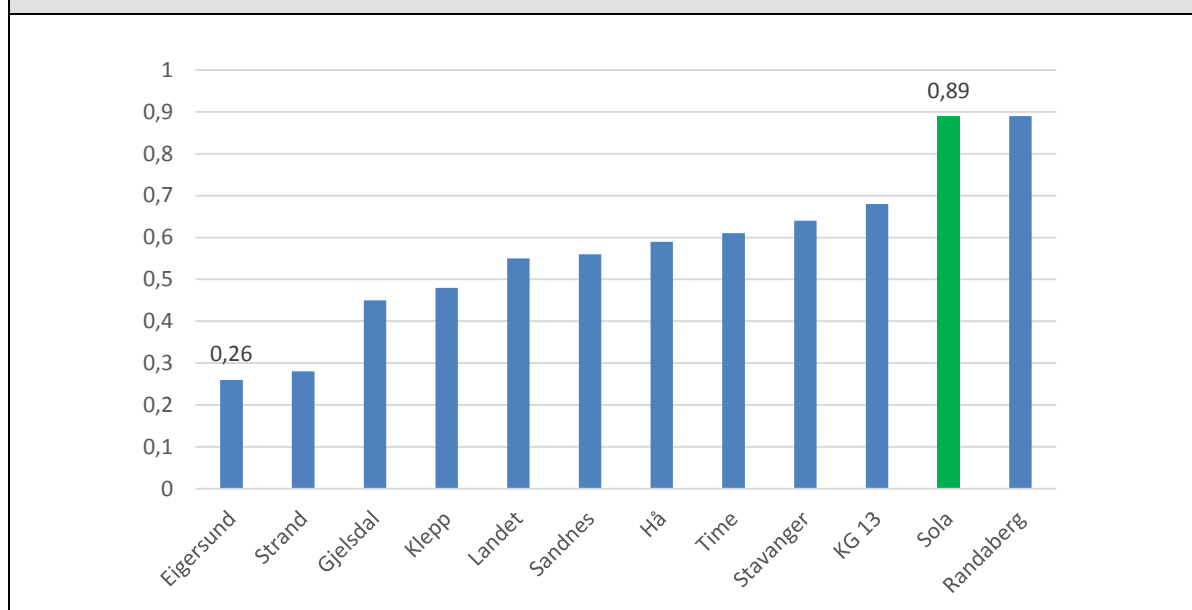
Vi er informert om at Sola kommune skal søke om å delta i helsedirektoratets pilotprosjekt med primærhelseteam, i samarbeid med to fastlegepraksiser. Dette vil etter vår vurdering kunne svare på den utfordringen som skisseres i de to avsnittene over. Primærhelseteamene består av fastlege, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser, og målet er å stryke fastlegekontorene, slik at pasienter som trenger ekstra hjelp og oppfølging skal få det bedre enn i dag. Typiske brukere vil kunne være kronikere, skrøpelige eldre og utviklingshemmede, dvs. brukere som gjerne har store og sammensatte behov.

## 2.13 TILSTREKKELIG KOMPETANSE?

Det er ingen klare føringer mht. hva som regnes som tilstrekkelig kompetanse. Som regel vil behovet være avgjørende for hva som trengs, og behovet er igjen en funksjon av endringer i pasientmengde og kompleksitet i pasientens sykdomsbilde. Ettersom vi allerede har funnet at det skrives ut flere pasienter fra sykehuset og disse er sykere enn før, ser vi nærmere på kompetansesituasjonen i Sola, sammenlignet med andre kommuner. Vi ser også på de siste års utvikling i høyskole- eller universitetsutdannede årsverk, primært sykepleiere, fysioterapeuter og leger.

### 2.13.1 HØYSKOLEUTDANNEDE

I figurene under ser vi at Sola kommune har høy fagkompetanse innen pleie- og omsorgssektoren, sammenlignet med andre kommuner.

**Figur 8 - Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutd fra høyskole/univ (2016)<sup>43</sup>****Figur 9 - Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (KOSTRA)**

I intervjuene får vi opplyst at kommunen nesten ikke bruker assistenter. De brukes primært som vikarer i helgene.

<sup>43</sup> Kilde: KOSTRA. Sola kommune har også nest høyest andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning (også videregående skole er inkludert i denne indikatoren).

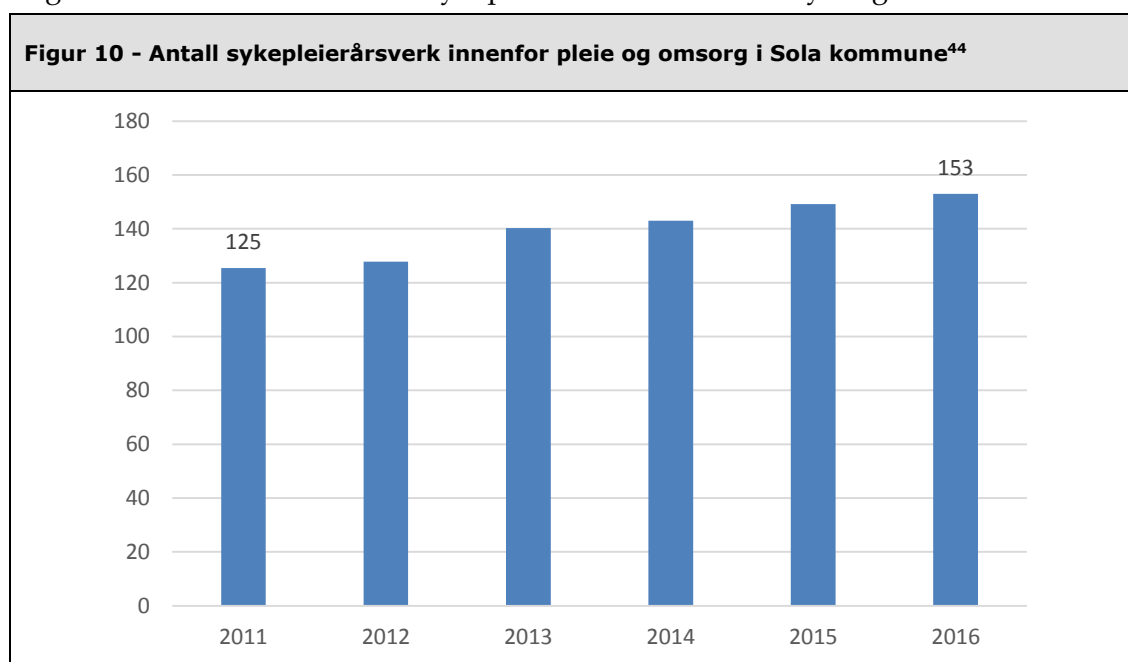
### 2.13.2 UTVIKLING KOMPETANSEINDIKATORER

I tabellen og figuren under ser vi nærmere på hvordan utviklingen har vært over tid for Sola kommune langs en del relevante kompetanseindikatorer innen pleie og omsorg.

Hovedbildet er at kompetansenivået har vært høyt over tid innen pleie- og omsorgsektoren i Sola, men at kompetansenivået likevel har økt noe etter innføringen av samhandlingsreformen.

<b>Tabell 2 – Utvikling kompetanseindikatorer – Sola kommune (KOSTRA)</b>						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,61	0,62	0,62	0,58	0,77	0,89
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,34	0,35	0,52	0,27	0,49	0,41
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutd	77	76	78	79	78	81
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutd fra VGS	33	32	33	34	33	35
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutd fra høysk/univ	44	44	45	45	46	46

I figuren under ser vi at antallet sykepleierårsverk har økt betydelig siden 2011.



Kommunen får også opplæring fra sykehuset i forbindelse med utførelse av spesielle prosedyrer. Dette skjer ved behov, når kommunen melder inn behov om dette.

<sup>44</sup> Kilde: KOSTRA. Vi har også tatt med psykiatriske sykepleiere her, (reduksjon fra 7 til 6 årsverk).

Til tross for at pleie- og omsorgspersonalet i Sola har høy kompetanse, sammenlignet med de andre kommunene, er kommunens lønnsutgifter per årsverk omtrent på landsnittet (746 500 i Sola mot 742 500 for landet), og lavere enn i Stavanger, Randaberg og Sandnes (KOSTRA).

### **2.13.3 VURDERING**

---

Revisjonen mener at Sola kommune kompetansemessig er godt skodd til å håndtere utfordringene i kjølvannet av samhandlingsreformen. Kompetansen innen sektoren har vært høy over tid og har også økt etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder både sykepleiere, leger og fysio- og ergoterapeuter.

## **2.14 REINNLEGGELSER**

Et sentralt siktemål med samhandlingsreformen og samarbeidsavtalen med helseforetaket og kommunene er å sikre gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasientene et like god eller bedre tilbud.

En mulig utilsiktet effekt av betalingsansvaret for utskrivingsklare pasienter er at antallet reinnleggelser på sykehus øker fordi pasientene skrives raskere ut og er skrøpeligere enn før.

I debatten om samhandlingsreformen har en del kommuner hevdet at sykehusene skriver ut pasientene tidligere enn før, noe som medfører sykere pasienter i primærhelsetjenesten, som igjen betyr flere reinnleggelser og svingdørspasienter. I denne gjennomgangen har vi sett nærmere på om det faktisk er slik.

En reinnleggelse er definert som øyeblikkelig-hjelp innleggelse i løpet av de 30 første dager etter siste innleggelse. En reinnleggelse har altså en tidsdefinisjon, og fanger ikke opp om reinnleggelsen gjelder det samme pasienten ble lagt inn for første gang.

Dette innebærer at det regnes som en innleggelse dersom en person som har vært innlagt for blindtarmbetennelse, brekker foten tjue dager etterpå. Det bør samtidig understrekes at denne type hendelser forekommer sjelden, og at de fleste reinnleggelser er innleggelser som er knyttet til samme problem som vedkommende først ble innlagt for.<sup>45</sup>

Dette er altså en metodisk svakhet i tallmaterialet, men den gir sannsynligvis nokså små utslag.

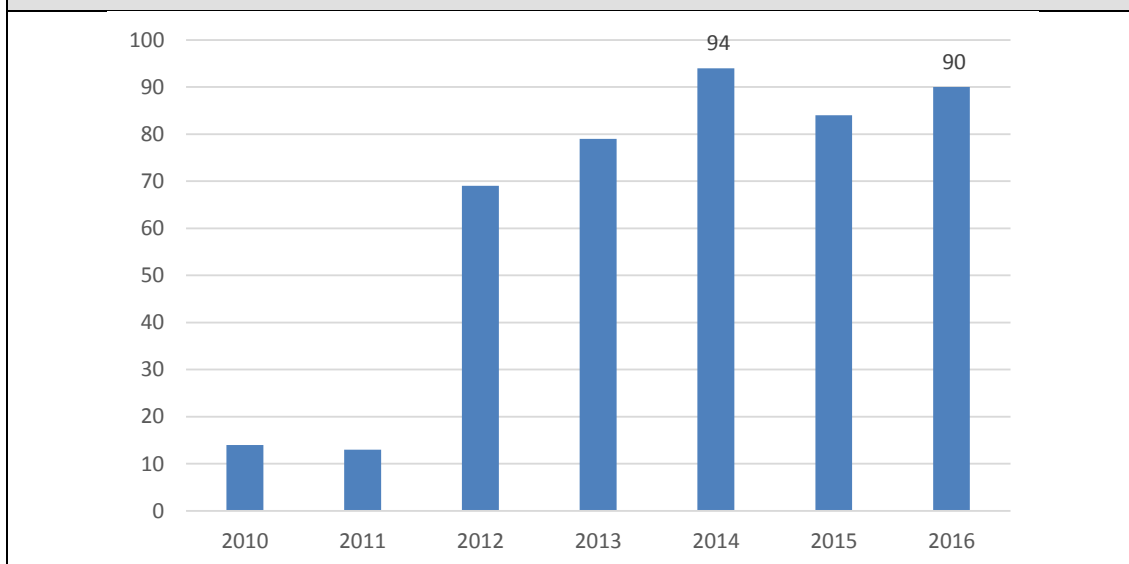
---

<sup>45</sup> Opplyst i intervjuer.

### 2.14.1 EN SVAK ØKNING

I figuren ser vi på antallet reinnleggelser i Sola for utskrivingsklare pasienter, dvs. de som har behov for oppfølging fra kommunen etterpå. De siste årene antallet reinnleggelser holdt seg nokså konstant, til tross for en betydelig økning i antall utskrivninger<sup>46</sup>.

**Figur 11 – Antall medisinske reinnleggelser for utskrivingsklare pasienter fra Sola kommune, utvikling over tid<sup>47</sup>**

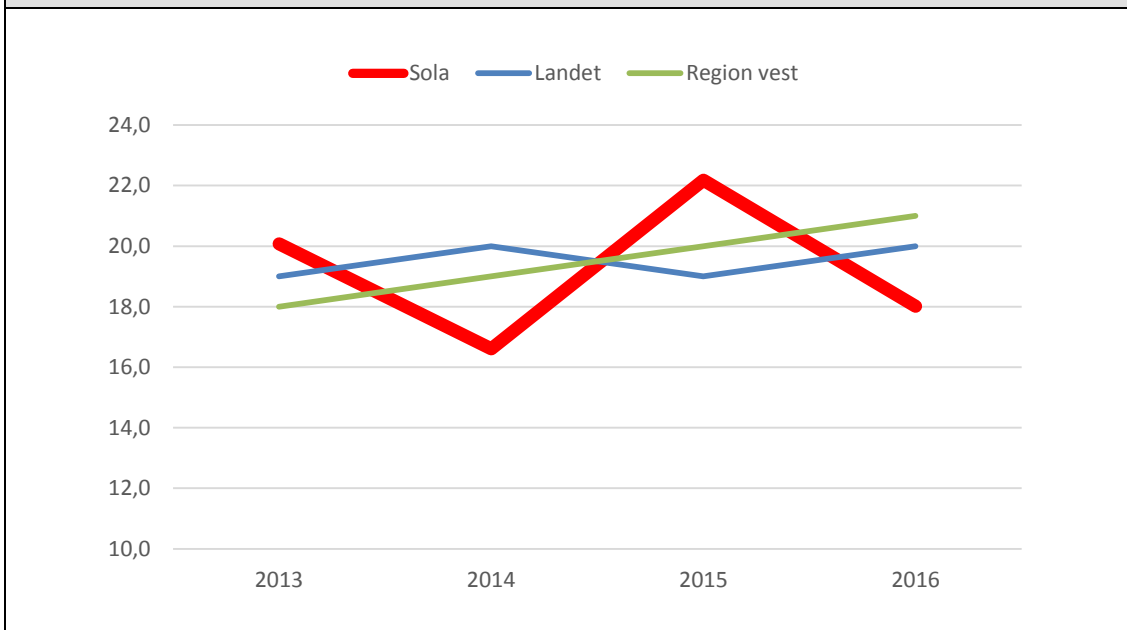
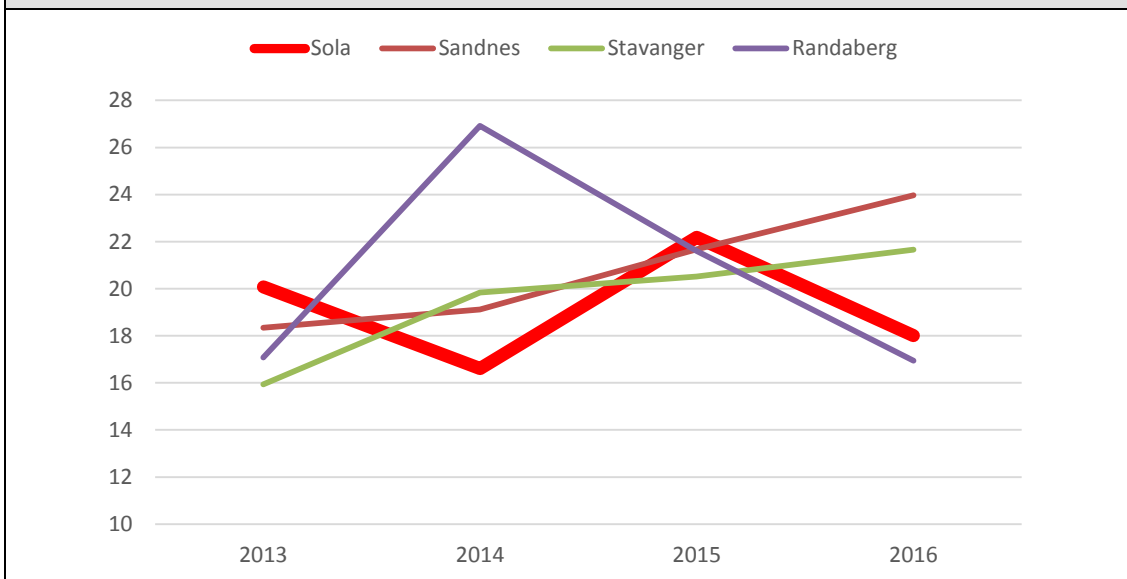


I figurene under ser vi nærmere på hvor høy andelen reinnleggelser for UKPer er i Sola, sammenlignet med andre kommuner. I første figur sammenligner vi Sola med det nasjonale og regionale snittet, i neste figur sammenligner vi Sola med tre nabokommuner.

Vi ser at andelen i Sola varierer litt fra år til år, men snittet for Sola de siste fire årene (19,2 %) er noe lavere enn det nasjonale snittet (19,5 prosent) og nabokommunene (19,5 til 20,8 prosent).

<sup>46</sup> Det kan tenkes at overgangen fra 2011 til 2012 skyldes underrapportering før reformen, men det kan også skyldes et langt høyere utskrivningstempo fra sykehuset etter reformen, dvs. en reell økning.

<sup>47</sup> Tall fra helsedirektoratet, tatt ut i august 2017

**Figur 12 – Andel reinnleggelser blant pasienter som er meldt utskrivingsklare, Sola sammenlignet med land og regionssnitt<sup>48</sup>****Figur 13 – Antall medisinske reinnleggelser for utskrivingsklare pasienter fra Sola kommune, utvikling over tid<sup>49</sup>**

**For ordens skyld:** Andelen reinnleggelser er langt lavere dersom vi ser på alle sykehuspasientene, som både inkluderer UKPer og deg og meg. I Sola har andelen de siste fire årene ligget mellom 6 og 8 prosent (nokså likt andre kommuner), noe som betyr at UKPene er overrepresentert i reinnleggesstatistikken.

Vi får opplyst at det har vært en del reinnleggelser våren 2017, men vi har ikke tall på dette. I de andre kommunen vi har vurdert, er gjennomgangstonen at det er et relativt

<sup>48</sup> Tall fra helsedirektoratet, tatt ut i 10. august 2017. Dataene for 2016 er ikke komplette, men inneholder nøkkeltall fra 2. tertial. <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/ddc22355-84dc-437d-9899-3c86d259442a?e=false&vo=viewonly>

<sup>49</sup> Tall fra helsedirektoratet, tatt ut i august 2017

lite antall pasienter som står for de aller fleste innleggelsene. Tilbakemeldingene i Sola tyder på at det samme er tilfelle her.

Det er gjerne brukere med medisinske diagnoser, som gjerne drikker og røyker i tillegg, noe som forverrer problemene. Pasienten selv ønsker ikke selv å gjøre det som skal til for å bli bedre, noe som vanskeliggjør situasjonen. De ser ikke sitt eget beste. De vil ikke ta i mot behandling. Det finnes også de med en kombinasjon av somatiske og psykiske lidelser, som i tillegg har rusproblemer. Selv om de blir skrevet inn på sykehjem etter endt sykehusopphold, skriver de seg gjerne ut dagen etter innkomst. Deretter går pasientforløpet inn i en nedadgående spiral. Pasientens helsetilstand forverres hjemme og til slutt kontaktes lege, som legger pasienten inn på sykehuset, sykehus behandler og melder utskrivingsklar.

## 2.14.2 VURDERING

Til tross for en betydelig pasientvekst og til tross for at kommunen har hatt problemer med å gi enkelte pasienter et velegnet pleie- og omsorgstilbud, er ikke andelen reinnleggelser spesielt høy for utskrivingsklare pasienter i Sola.

Nasjonal samhandlingsstatistikk viser at andelen reinnleggelser er litt lavere for de som er meldt utskrivingsklare to eller flere dager etter utskrivning<sup>50</sup>. En kraftig økning i antallet overliggere fra Sola fra 2015 til 2016 kan derfor være en forklaring på nedgangen i reinnleggelser i 2016. Tallene viser en samvariasjon mellom antallet overliggingsdøgn på sykehuset og lav andel reinnleggelser. I 2014 og 2016 har pasientene fra Sola kommune mange liggedøgn etter ferdigbehandling, og det er også disse årene andel reinnleggelser er lavest. Bilde er motsatt i 2013 og 2015.

Det skal bli spennende å se hvordan det høye antallet overliggere i 2017 slår ut mht. reinnleggelser. Det kan godt tenkes at vi får se en ytterligere nedgang i andelen reinnleggelser blant de utskrivingsklare pasientene. Men det kan også tenkes at lav tilgjengeligheten på korttidsplasser vil motvirke denne effekten.

Etter vår vurdering er det ikke andelen reinnleggelser som utgjør den største utfordringen i samhandlingen mellom Sola kommune og SUS. Like fullt blir om lag en av fem av denne pasientgruppen reinnlagt på sykehuset.

SUS har relativt nylig satt i verk et prosjekt for å ta tak i denne utfordringen, gjennom det såkalte VIP-prosjektet (Very important patients). Målet med prosjektet er å forebygge de uønskede innleggelsene for pasienter som har mange slike, gjennom en mer langsiktig planlegging av pasientforløpet. Dette er bedre for pasienten og en bedre ressursutnyttelse totalt sett. Et sentralt siktemål med prosjektet er å sikre en arbeidsdeling og en handlemåte som bidrar til å unngå at de kommer så langt ned i funksjonsnivået at det ender med en unødvendig innleggelse.

<sup>50</sup> Se for eksempel vår rapport i Bærum kommune, januar 2017.

Kommunen bør følge utviklingen i antall reinnleggelser nøye, og vurdere om det kan være aktuelt å sette i verk lokale tiltak for å hindre unødvendige reinnleggelser. VIP-prosjektet er i dag relativt nytt og skal dekke hele Helse Stavangers geografiske nedslagsfelt, dvs. en befolkning på 360 000 innbyggere. Vi tror derfor at Sola kommune vil kunne profitere på å være pro-aktiv, og selv initiere til nettverksmøter med sykehuset for pasienter de mener bør vurderes for en VIP-status.



# VEDLEGG

## Om forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærmere utdypet i revisjonsforskriftens [kapittel 3](#) og kontrollutvalgsforskriftens [kapittel 5](#).

Revisjon i norsk offentlig sektor omfatter både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor hvor kun regnskapsrevisjon (finansiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontrollutvalget i kommunen. Arbeidet er gjennomført i henhold til [NKRF](#) sin standard for forvaltningsrevisjon, [RSK 001](#). Les mer på [www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no).

Prosjektleder for denne rapporten har vært senior forvaltningsrevisor, Svein Kvalvåg. Rapporten har blitt kvalitetssikret av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon, Bernt Mæland, og oppdragsansvarlig Rune Haukaas.

## Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som revisjonen bruker for å vurdere funnene i undersøkelsene. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgende kriterier anvendt:

- Sammenligninger med andre kommuner, og sammenligninger med seg selv over tid.
- Samarbeidsavtaler mellom Sola kommune og Helse Stavanger HF. Her vurderte vi å gå gjennom enkeltpunkter i avtalen, for eksempel de ulike føringene for meldingsutveksling ved inn og utskrivning eller hvordan avvikssystemet mellom Helse Stavanger HF og Sola kommune fungerer. Vi har intervjuet relativt mange både på sykehuset og i kommunen, og det viste seg relativt tidlig at samhandlingen knyttet til disse forholdene i all hovedsak fungerte bra. **Vi har derfor fokusert på formålet og de overordnede føringene med delavtale 5<sup>51</sup>, blant annet at «den skal sikre gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasientene et like god eller bedre tilbud».** Ifølge samarbeidsavtalen er det dessuten kommunens ansvar å definere omsorgsnivået i primærhelsetjenesten.
- **Intern samhandling.** Målet med kommunens FFF-satsing (forenkle, forbedre og fornye) er, blant annet, å skape gode tjenester sammen.
- Det bør presiseres at ikke alle problemstillingene har revisjonskriterier i dette prosjektet. Eksempelvis er problemstillingene knyttet til utviklingen i antall pasienter og pasientforløp rene prosessbeskrivelser.

## Metode

Problemstillingene er belyst gjennom en rekke kilder, blant annet en rekke nøkkeltall, sentrale dokumenter og intervjuer med en rekke sentrale aktører i kommunen og på sykehuset (se vedlegg).

I prosjektet har vi foretatt en såkalt metodetriangulering av data. Dette innebærer at de ulike problemstillingene belyses gjennom bruk av forskjellige datakilder. Trianguleringen bidrar til å utvide og forsterke datagrunnlaget i analysen, og forskjellige innsamlingsmetoder gir ulike perspektiv på analysegrunnlaget. For eksempel er antakelser basert på intervjuer, dokument- og nøkkeltallsanalyser testet ut i de påfølgende

---

<sup>51</sup> Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

gruppeintervjuer. Påstander i intervjuene ble deretter testet ut gjennom å hente inn nye talldata/oppfølgings- eller verifiseringssamtaler.

## Intervjuer

Vi har intervjuet til sammen 25 personer.

### Vi har intervjuet følgende av kommunen/fastlegene:

- Rådmann og kst. Levekårssjef (oppstart).
- Kommuneoverlege, leder for almenlegeutvalget og overlege ved Sola sykehjem.
- To representanter for bestillerkontoret. Vi har hatt flere runder med leder.
- Ni tjeneste- og avdelingsledere innen pleie og omsorg<sup>52</sup>.
- **Totalt 16 personer**

Vi har også gjennomført oppfølgingsamtaler/intervju med kst. Levekårssjef, leder for bestillerkontoret og flere av lederne underveis i prosjektet. Fastlegedelen er verifisert av leder for ALU og kommuneoverlege.

### Representanter fra sykehuset

- Det er den enkelte avdeling/seksjon/sengepost ved sykehuset som har den daglige kontakten med kommunen. Og hver enhet har en egen kommunekontakt, vanligvis avdelingssykepleier/assisterende avdelingssykepleier.
- Ved SUS er det en rekke samhandlingskontakter, som har den daglige kontakten med kommunen i forbindelse med utskrivingsklare pasienter. Disse er som regel avdelingssykepleiere eller assisterende avdelingssykepleiere. Vi har også intervjuet et utvalg samhandlingskontakter ved Bærum sykehus. Det sentrale utvalgskriteriet for oss var at de representerte avdelinger som hadde relativt mye erfaring med utskrivingsklare pasienter fra kommunen, dvs. et nokså stort volum. Et annet utvalgsriterium var at de hadde nokså lang erfaring, dvs. både før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Vi har intervjuet **totalt åtte representanter fra sykehuset**:
  - Seks representanter fra ulike sengeposter ved sykehuset
  - Fagsjef og samhandlingskoordinator

Vi har også gjennomført intervju/samtale med leder for tjenestekontoret i Randaberg.

## Tall

- Tall Helse Stavanger om antall medisinske utskrivinger og utvikling i antall betalingsdøgn.
- KOSTRA-tall
- Tall fra bestillerkontoret
- Tall fra Sola sykehjem
- Tall fra helsedirektoratet vedrørende reinnleggelser: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/ddc22355-84dc-437d-9899-3c86d259442a?e=false&vo=viewonly>

## Dokumenter

- Revisjon samhandling – tilbakemeldingsskriv på vår forespørsel. Og et skriv som gir svar på ytterligere spørsmål
- Handlingsplan 2017-2020, side 117.
- Orientering om nedtrapping av institusjonsplasser, Utvalg for levekår 31.05.17, arkivsaksnr.16/3510-9 Arkiv: G20
- Beregning av behov for institusjonsplasser, arkivsak 16/3510 (Kommunestyret 09.02.17).
- Samarbeidsavtaler

<sup>52</sup> Virksomhetsledere for Sola sykehjem, Tabo, Sola bo- og hjemmetjeneste, to avdelingsledere Sola bo- og hjemmetjenester, avdelingsleder korttid/rehab, avdelingsleder lindrende, avdelingsleder Tabo og verneombud.

- Forvaltningsrevisjoner samhandling, Bærum (januar 2017) og Time (november 2016).

## 2.15 ANDRE FORBEDRINGSOMRÅDER

- **Informasjonen bestillerkontoret får SUS stemmer ikke alltid** overens med det som senere kommer i utskrivningsrapport og epikrise.
- **Sykehuset gir ikke ytterligere helseopplysninger om flere av pasientene**, som er nødvendige for at bestillerkontoret skal kunne gjøre en god vurdering av hvorvidt pasient trenger korttid eller kan hjem<sup>53</sup>.
- Det er **små avvik** knyttet til opplysninger som mangler, for eksempler resepter. **Men det er bedre etter at man startet med elektronisk samhandling.**
- Vi får opplyst at kommunen sjelden skriver avviksmeldinger ved avvik. Årsaken til dette er at det er tidkrevende og at man ikke alltid får respons på dette<sup>54</sup>.
- **Ukurante tidspunkt for utskrivning**, men som er innenfor rammen av avtalen (se avsnitt over). Flere peker på at uforholdsmessig mange meldes utskrivingsklare fredag etter lunsj, noe som kan være utfordrende å håndtere. Dette er gjennomgangstenen i flere kommuner vi har undersøkt.
- **Mer informasjon tidlig for å styrke planlegging.** De intervjuede peker på at det meste av kommunikasjonen mellom kommunen og sykehuset foregår innenfor rammen av avtalen. Men de savner mer utfyllende informasjon i forbindelse med tidligmeldingen fra sykehuset, slik at hjemkomsten kan planlegges best mulig. Et konkret eksempel på dette er utskrivning av pasient som blir skrevet ut fredag ettermiddag og som har behov for medisiner som må bestilles fra apoteket. Hjemmetjenesten har behov for å vite dette i god tid før utskrivning for å sikre en best mulig tilrettelegging av hjemkomst. Dette gjelder imidlertid ikke bare medisiner, men også praktiske ting (f.eks. hjelpemidler) som skal være på plass i brukerens hjem for at brukeren skal kunne ivaretas med oppfølging av hjemmesykepleien. Dess raskere kommunen blir informert om medisinbehov, praktiske forhold og hjelpemidler, dess tidligere kan de kommuneansatte starte planleggingen.
- **Økt arbeidspress - mindre tid til å finne plasser til pasientene.** En del pasienter skrives inn og ut samme dag, og da kan det være utfordrende å finne en ledig plass. I intervjuene pekes det på at regelen om at kommunen må ta i mot pasientene som meldes ut samme dag (før 16.00), kan være ressurskrevende for kommunen. Et eksempel på dette: Dersom en dårlig pasient skrives ut til korttidsopphold sent på ettermiddagen må det ofte leie inn ekstra personell. Pasientene er som regel ikke på sykehjemmet før i syv åtte-tiden. Dersom det er feil eller uklarheter i utskrivningsrapport eller medisinliste, bruker de ansatte mye tid på å finne ut av dette, ettersom den utskrivende legen som regel har gått av vakt. Det blir pekt på at man kunne spart mye dersom reformen var lagt opp slik at man kunne vente til dagen etter med å ta i mot pasienten.

## 2.16 DET GODE PASIENTFORLØPET

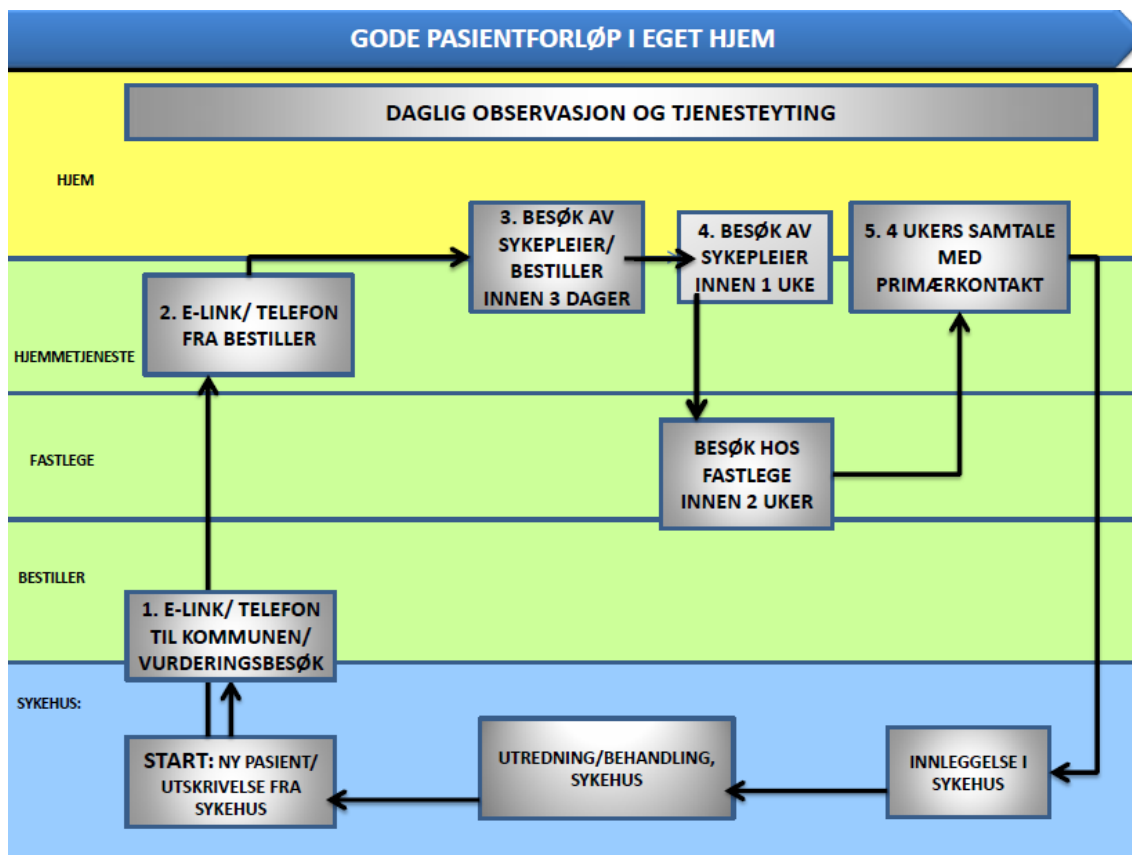
Helt til slutt kan det nevnes at Sola kommune er med i et læringsnettverk som heter det **Det gode pasientforløpet**<sup>55</sup>. Målgruppen for dette er alle pasienter som skal hjem etter opphold fra sykehus eller sykehjem. Et grunnleggende prinsipp er å involvere brukerne mer i pasientforløpet. Brukerne skal være mer deltakende i sin egen rehabilitering, både hjemme og i institusjon. Egne mål som er satt ut fra «*hva er viktig for deg*» skal overføres videre fra sykehjemsopphold til hjemmetjenesten. Oppmerksomhet rettet mot hjelp til selvhjelp og egenmestring. I dette ligger det også kortere vedtak for deretter vurdere om pasientens funksjonsnivå har andre seg, og om ressursinnsatsen skal endres.

<sup>53</sup> Begge disse punktene er opplysninger som kommer fra bestillerkontoret.

<sup>54</sup> Avvikssystemet mellom Helse Stavanger HF og samarbeidende kommuner benyttes til å melde fra om uønskede hendelser i samhandlingen. Det skal meldes avvik i forhold til samarbeidsavtalen om inn- og utskrivingsklare pasienter.

<sup>55</sup> Arbeidet er finansiert av helse og omsorgsdepartementet og eies av KS. I styringsgruppen sitter også Helsedirektoratet, FFO, Mental helse og Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

Det er utarbeidet egne prosedyrer og et eget flytdiagram for dette (se under). Vi får opplyst fra kommunen at man ikke har tall som viser hvordan vedtakstiden har endret seg for de brukerne kommunen har gjennomført det gode pasientforløpet på. Det siste året har ikke kommunen hatt målinger, fordi en oppdaget at kommunens verktøy for dette ikke fungerte tilfredsstillende.





**Rogaland Revisjon IKS**

Lagårdsveien 78  
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00  
Faks 51 84 47 99

**[www.rogaland-revisjon.no](http://www.rogaland-revisjon.no)**