

FORVALTNINGSREVISJON AV
SAMHANDLINGSREFORMEN



RANDABERG KOMMUNE
mai 2015

INNHOOLD

Denne rapportens målgrupper er kontrollutvalget, andre folkevalgte, formelt ansvarlige i administrasjonen og utførende fagfolk i administrasjon. Rapporten er et offentlig dokument og skal være tilgjengelig også for media og andre interesserte. Behovene varierer, men her er en leserveiledning med to nivåer for hvor dypt rapporten kan behandles:

1. Innholdsfortegnelsen, sammendraget og rådmannens kommentarer
2. Hovedrapporten med innledning, fakta og vurderinger, oppsummering og anbefaling samt vedlegg

Innhold.....	2
Sammendrag	3
Rådmannens kommentar	6
Rapporten	9
1 Innledning	11
1.1 Formål og problemstillinger	11
1.2 Revisjonskriterier og metode.....	11
1.3 Definisjoner	12
2 Fakta og vurdering	13
2.1 Føringer og intern organisering	13
2.2 Håndtering av utskrivningsklare pasienter.....	15
2.3 Pasientløpet etter utskrivning fra sykehuset og økonomisk intensiv	23
2.4 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	27
2.5 brukere med psykiske lidelser og rusproblematikk.....	29
Vedlegg	33

Formålet med dette prosjektet er å vurdere kommunens håndtering av utskrivningsklare pasienter og vurdere hvordan insentivet virker inn mht. prioritering av pasienter. Prosjektet ser også nærmere på ressursfordeling og prioritering av pasienter med rusproblematikk og psykiske lidelser.

Hovedfunn

- Randaberg kommune har hatt en betydelig økning i antall utskrivningsklare pasienter etter innføringen av samhandlingsreformen.
- Det har vært en økning i antall vedtak og brukere i den ambulerende hjemmetjenesten.
- Kommunen hadde frem til 2015 kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter på sykehjemmet eller hjemme, men har hatt en sterk økning i liggedøgn i 2015.
- Kompetansen på sykehjemmet og i hjemmetjenesten synes å være god, men ikke alle ansatte i hjemmetjenesten er like flinke til å registrere opplysninger i Gerica.
- Kommunen får ikke alltid nødvendig informasjon o.l. i fra sykehuset for utskrivningsklare pasienter.
- I 2014 var det en sterk økning i antall reinnleggelser.
- Kommunen samarbeider med Stavanger kommune om et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Randaberg kommune disponerer én seng på Stokka sykehjem, men legene henviser i liten grad pasienter til tilbudet.
- Kommunen gjør for lite for å finne boliger og gi tilbud til personer med alvorlig rus- og psykiatriproblematikk. Det virker som ansvaret internt er uklart.

Utskrivningsklare pasienter, pasientløpet og økonomiske prioriteringer

Randaberg kommune har hatt en betydelig økning i antall utskrivningsklare pasienter etter innføring av samhandlingsreformen. Kommunen har rutiner for å ta imot utskrivningsklare pasienter som synes å fungere greit, men har ikke utarbeidet tildelingskriterier for sykehjemsplass.

Frem til 31.12.14 hadde kommunen god kapasitet på sykehjemsplasser, noe som ga fleksibilitet og mulighet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Når kommunen gjennom flere år hadde et stort underbelegg på sine sykehjemsplasser, var det behov for å gjøre noe. Randaberg kommunen har nå 15 sykehjemsplasser, noe som er lavere enn gjennomsnittlig belegg for sykehjemmet i 2013 og 2014. Dette har ført til at kommunen i 2015 ikke har klart å ta imot alle utskrivningsklare pasienter på utskrivningsdagen, og kommunen har så langt hatt flere liggedøgn enn kommunen hadde til sammen i 2012-2014. Dette skyldes i stor grad en topp av utskrivningsklare pasienter innenfor en periode på 14 dager, noe det er vanskelig å planlegge for.

Det har vært en økning i antall vedtak og økning i brukere i den ambulerende hjemmetjenesten (hjemmetjeneste i private hjem) etter innføring av samhandlingsreformen.

Kompetansen på både sykehjemmet og i hjemmetjenesten synes å være god. Sykehjemmet har god legedekning i forhold til andre kommuner. Hjemmetjenesten har hatt utfordringer med at viktige opplysninger ikke blir registrert i fagsystemet Geric. Det er positivt at kommunen nå har tatt tak i dette, og Rogaland Revisjon regner med at dette følges opp fremover.

Siden kommunen har hatt god kapasitet på sykehjemmet og få avslag om sykehjemsplass, er det ikke noe som tyder på at pasienter fra sykehuset har blitt sterkere prioritert enn dem som bor hjemme. Kommunen synes å ha en god gjennomstrømming av korttidsplassene sine, men med færre sengeplasser kan det være behov for å bedre gjennomstrømmingen ytterligere.

De pasientene revisjonen har snakket med, er i stor grad fornøyde med pasientløpet og den hjelpen de får fra kommunen. Randaberg kommune har hatt en kraftig økning i antall reinnleggelser i 2014, men har færre reinnleggelser enn gjennomsnittet i Helse Vest.

Det er til tider utfordringer i samarbeidet med sykehuset med tanke på at informasjonen som kommunen mottar om pasienten, er mangelfull, rekvisisjoner mangler og medisiner ikke alltid blir sendt med. Kommunen har også utfordringer i samarbeidet internt, men dette er noe kommunen jobber med.

Kommunen har inngått et vertskommunesamarbeid om øyeblikkelig hjelp døgntilbud i Stavanger. Randaberg disponerer en sengeplass på Stokka sykehjem. Denne plassen har vært i bruk en gang.

Brukere med rus og psykiatriproblematikk

Det har vært en økning i antall innbyggere med psykiatrilidelser og rusproblematikk som er til skade for personens funksjonsnivå og relasjoner til andre. Likevel er antall årsverk innenfor dette området, blitt redusert. Informantene revisjonen har snakket med, er tydelige på at kommunen ikke gjør nok for å skaffe boliger og et tilfredsstillende tilbud til den tyngste gruppen med rus- og psykiatriproblematikk.

Kommunen har utarbeidet retningslinjer for tildeling av kommunale boliger. Innbyggere med sterk rus og psykiatriproblematikk er ikke egnet til å bo i kommunens bofelleskap, og tilfredsstillende ikke nødvendigvis kriteriene for kommunale boliger på grunn av at de kan ha lav boevne. Dermed kan denne gruppen fort «havne mellom to stoler». Det ser ut som det ikke er tydelig avklart internt i organisasjonen hvem som har ansvaret for å jobbe med boliger og tilbud til denne gruppen.

Vi anbefaler kommunen å:

- følge med hvordan utviklingen blir med hensyn til om 15 sykehjemsplasser er tilstrekkelig, og eventuelt vurdere tiltak for å kunne ha flere pasienter hjemme, iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttidspasienter og utarbeide tildelingskriterier for sykehjemsplass.
- ta opp utfordringene i samarbeidet mellom sykehuset og kommunen, gjennom samarbeidsorganene.
- kartlegge årsakene til økningen i reinnleggelser for å kunne målrette eventuelle tiltak.
- informere legene om øyeblikkelig hjelp døgntilbudet på nytt, og avklare med Stavanger kommune at sengeplassen brukes fleksibelt, slik det fremgår av avtalen at den skal.
- avklare ansvars- og oppgavefordeling med hensyn til å jobbe med å bedre boligsituasjonen for innbyggere med sterk rus- og psykiatriproblematikk, og oppfølgingen av dem.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Kommentarer til anbefalingene som kommer frem i rapporten

1. Følge med hvordan utviklingen blir med hensyn til om 15 sykehjemsplasser er tilstrekkelig

Det var forventet at reduksjon fra 21 til 15 sykehjemsplasser ville bety at det som oftest er fullt belegg og dermed også redusert mulighet for mer eller mindre akutte innleggelses fra hjemmet. Det var også forventet flere overliggdøgn på sykehuset. For å håndtere dette ble det i budsjettet for 2015 vedtatt å sette av 1 mill kr for å dekke eventuelle utgifter som følge av reduserte sykehjemsplasser.

I tillegg er hjemmetjenesten forberedt på at flere pasienter blir utskrevet fra sykehus direkte til hjemmet. Frem til årsskiftet fikk pasientene oftere et korttidsopphold på sykehjemmet etter sykehusoppholdet. Hjemmetjenesten er også forberedt på at brukerne i mindre grad enn tidligere kan få et korttidsopphold på sykehjemmet når/hvis tilstanden forverrer seg.

Konkret innebærer dette at hjemmetjenesten har justert noen rutiner, anskaffet seg noe mer utstyr og generelt er mer parat til å gi høykvalifiserte tjenester til brukere på kort varsel.

Sykehjemmet har de siste årene hatt stort fokus på aktiv rehabilitering og korttidsopphold. Det har vært stor sirkulasjon av pasienter, og periodevis flere ledige plasser. Hvis behov har det vanligvis vært mulig å få plass nærmest på dagen. Pr. nå er de fleste pasientene på sykehjemmet enten langtidspasienter eller i påvente av omsorgsbolig/bofellesskap. Behovet akkurat nå tilsier at kommunen burde hatt flere plasser i bofellesskap, og da særlig for brukere med demenslidelse. Det er vanskelig å sikre faglig gode nok tjenester til aleneboende brukere med demenslidelse. For de som bor sammen med ektefelle eller andre pårørende, opplever disse en betydelig belastning som tilsier at bofellesskap eller sykehjemsplass faktisk er det eneste alternativet.

Det er ikke utarbeidet tildelingskriterier for sykehjemsplass, og det er heller ikke planer om å utarbeide kriterier. Hver bruker blir vurdert individuelt etter omfang av helseutfordringer, egne og pårørendes ønsker, samt rammer, ressurser og forutsetninger generelt for å kunne gi god pleie og omsorg i hjemmet.

2. utfordringer i samarbeidet mellom kommunen og sykehuset

Utfordringer tas opp fortløpende på lavest mulig nivå, fortrinnsvis muntlig pr. telefon eller via e-linksystemet. Utfordringer av generell og prinsipiell karakter tas opp gjennom samarbeidsstrukturen som er etablert på bakgrunn av samarbeidsavtalen.

Randaberg kommune er, i likhet med de andre kommunene, bevisste sitt ansvar for selv å vurdere hvilke tjenester som skal tilbys utskrivningsklare pasienter. I noen tilfeller mener sykehuset at pasienten er utskrivningsklar til sykehjem, men ikke til hjemmetjeneste. Dette blir fortløpende påpekt og akseptert fra sykehusets side. Men helt fra samhandlingsreformen trådte i kraft, har dette vært en gjentakende utfordring.

3. Kartlegge årsakene til økning i antall reinnleggelser

At antall reinnleggelser var så høyt, var ukjent for oss inntil revisjonsarbeidet startet. Kartlegging av reinnleggelser krever gjennomgang av navngitte unike brukere for å finne årsaker til reinnleggelser og vurdering av om noen av disse evt. burde vært unngått gitt annet tjenestenivå eller tjenestetype i kommunen. Reinnleggelse defineres som ny innleggelse med samme hoveddiagnose innen 30 dager etter siste utskrivelse. Reinnleggelse kan indikere flere forhold. Det kan indikere at pasienten er utskrevet for tidlig fra sykehuset, og/eller at helsetjenestene i kommunen ikke var tilstrekkelige i forhold til pasientens situasjon. Reinnleggelser er derfor et viktig anliggende for både sykehuset og kommunehelsetjenesten. Målet er at kommunehelsetjenesten er i stand til å «ta imot stafettspinnen i hver eneste veksling». Reinnleggelser kan også indikere at sykehuset er lett tilgjengelig når pasienten trenger innleggelse. For noen pasienter er det best å få være mest mulig hjemme og kun korte opphold på sykehuset når det er absolutt nødvendig. Disse pasientene vil takle omstillingen, prosedyrene ved innleggelse og utskriving, transport, osv. For andre pasienter er det en stor belastning å bli reinnlagt til stadighet.

Som oppfølging av revisjonsrapporten, vil vi skjerpe fokus på forhold rundt reinnleggelser. Stikkprøvekontroll av journaler er mer realistisk enn full gjennomgang av alle reinnleggelser.

4. Informere legene om øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Alle fastleger er godt kjent med at kommunen har en seng ved Stokka sykehjem for øyeblikkelig hjelp. Legene er kjent med intensjoner, kriterier for innleggelse og de har

fortløpende blitt informert om hvordan sengen er brukt. Det er en generell utfordring i de fleste kommuner å få fastlegen til å benytte det kommunale øyeblikkelig-hjelp-tilbudet etter intensjonene, og Randaberg er ikke noe unntak. Etter hvert som erfaringene øker, vil forhåpentligvis også holdningene endres og legene bli trygge på hva tilbudet faktisk innebærer.

Fleksibel bruk av sengene er allerede tatt opp i samarbeidsforumet, og endring av praksis og regelverk vil bli endret i samsvar med opprinnelig avtale.

5. Avklare ansvars- og oppgavefordeling rundt botilbudet til innbyggere med rus-/psykiatriproblemer

Randaberg kommune mangler egnet botilbud for noen få brukere som sliter med omfattende rusmisbruk. Dette gjelder brukere som har sammensatt lidelse preget av psykiske vansker, rusatferd, somatiske lidelser og kriminalitet. Disse brukerne er i lange perioder lite motivert for å ta i mot pleie- og omsorgstjenester. Utfordringene rundt disse brukerne strekker seg langs flere akser: De trenger bolig, men er uønsket i etablerte bo-områder. Hvis flere av disse brukerne bor sammen, forsterkes ofte problematikken og det vil utvikles «reir» som igjen blir base for flere utfordringer. De er i behov av pleie- og omsorgstjenester, men klarer ikke i særlig grad å forholde seg til avtaler og oppfølging. De er i behov av behandling, men i liten grad motivert for behandling. For disse brukerne kan det beste tilbudet være å kjøpe en omsorgsplass av en ekstern tilbyder (offentlig eller privat).

Selv om det er vanskelig å tilby virksomme tjenester som brukeren er i stand til å nyttiggjøre seg, er kommunen vedvarende på tilbudssiden når det gjelder helse- og omsorgstjenester der brukeren måtte befinne seg.

Kommunen har ingen konkrete planer for nye boliger til denne brukergruppen ut over det behovet som fremkommer i boligsosial handlingsplan, vedtatt juni 2014

Revisjonsrapporten påpeker at det er uklart i organisasjonen hvem som har ansvar for å skaffe bolig til innbyggere med alvorlig rus- og psykiatriproblemer. Dette ansvaret er i dag lagt til en tverrfaglig gruppe sammensatt av representanter fra flere tjenesteområder. Rådmannen vil vurdere organisatoriske endringer for å tydeliggjøre ansvaret mellom tjenesteområdene på dette feltet.

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Bakgrunnen for prosjektet følger av kommunens plan for forvaltningsrevisjon. I planen er det prioritert et prosjekt om samhandlingsreformen. Mandat for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget i møtet 08.04.14.

Det fremgår av kontrollutvalgets bestilling at følgende problemstillinger skal besvares:

Utskrivningsklare pasienter

- Har antallet pasienter som er meldt utskrivningsklare økt etter innføringen av samhandlingsreformen? Hvor stor andel utgjør pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, og hvordan har antallet i disse brukergruppene utviklet seg over tid?
- Hvordan skjer pasientløpet etter utskrivning fra sykehuset, og hvordan oppleves dette av brukerne?
- Har kommunen tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta i mot pasientene som skrives ut fra sykehuset? Hvordan sikrer eventuelt kommunen tilstrekkelig kompetanse (og kapasitet) til å ta i mot de utskrivningsklare pasientene?
- Dersom det er mulig å fremskaffe tall for dette, vil prosjektet også ta sikte på å kartlegge om antall reinnleggelser har økt for utskrivningsklare pasienter fra Randaberg, etter innføringen av samhandlingsreformen (se metodedel).

Økonomiske insentiver og prioritering

- I hvilken grad spiller det økonomiske insentivet for å ta i mot utskrivningsklare pasienter inn på hvordan kommunen prioriterer mht. sykehjemsplass?
- Er det slik at pasienter som kommer fra sykehuset får en sterkere prioritering enn de som kommer hjemmefra?
- Hvilke innleggelser er kommunen med å finansiere og hvordan har medfinansieringsinsentivet fungert?

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som brukes for å vurdere funnene i undersøkelsene. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, for eksempel lovverk og politiske vedtak.

I dette prosjektet er det utarbeidet revisjonskriterier med bakgrunn i følgende kriteriegrunnlag:

- Delavtale nr. 5 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten mellom Helse Stavanger HF og Randaberg kommune.
- Randaberg kommune sin plan for helse- og omsorgstjenestene 2009-2020.
- Generelle hensyn

Kriteriene er nærmere spesifisert i det enkelte delkapittel.

Rogaland Revisjon har tidligere gjennomført forvaltningsrevisjon om samhandlingsreformen i Stavanger-, Sandnes- og Strand kommune. Parallelt med denne forvaltningsrevisjonen ble det gjennomført en forvaltningsrevisjon om samhandlingsreformen i Gjesdal kommune. Der det er sammenlignbare tall, har vi sammenlignet Randaberg kommune med andre kommuner. Vi har også benyttet oss av statistikk for samhandlingsreformen som utgis av helsedirektoratet. Det er benyttet data fra Stavanger universitetssykehus og fra Randaberg kommune. Det er foretatt noen manuelle opptellinger som øker risikoen for feil. På grunn av sykemeldinger blant personer i kommunen og at andre måtte fungere i andre stillinger, har vi ikke fått samlet inn alt data som vi ønsket. Vi har gjennomført rutinekartlegging og dokumentgransking.

Vi har gjennomført individuelle intervjuer av tolv ledere og ansatte i kommunen. I denne forvaltningsrevisjonen ønsket vi også å høre hvordan pasienter opplever pasientløpet. Vi ønsket å snakke med pasienter som hadde vært utskrevet fra sykehuset i februar, men dette viste seg å være vanskelig. Dette på grunn av at en del pasienter var demente, var veldig dårlige eller noen var døde. Vi har derfor kun gjennomført intervjuer av fire pasienter, og dette er ikke representativt for hele gruppen, men må ses på som eksempler. For å få brukerstemmen frem gjennomførte vi intervju av kommunens eldreråd.

En nærmere omtale av kilder ligger i vedlegg 1. Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang har gitt et tilstrekkelig grunnlag til å besvare prosjektets formål og de problemstillinger kontrollutvalget vedtok.

1.3 DEFINISJONER

Utskrivningsklare pasienter: er pasienter som er ferdigbehandlet ved SUS og som har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etterpå.

Liggedøgn: det antall døgn som pasienten ligger på sykehus etter at pasienten er meldt utskrivningsklar.

eLink: elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus og kommunen.

Ambulerende hjemmetjeneste: Hjemmetjeneste i private hjem.

2 FAKTA OG VURDERING

2.1 FØRINGER OG INTERN ORGANISERING

2.1.1 EKSTERNE FØRINGER

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud og frigjøre kapasitet på sykehusene. I januar 2012 trådte også ny folkehelselov i kraft.

Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Kommunenes finansielle ansvar ble endret med samhandlingsreformen.

Finansieringsordningen omfatter i dag tre finansielle virkemidler:

- betaling for utskrivningsklare pasienter
- finansieringsordning for opprettelse og drift av et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Frem til 01.01.15 måtte kommunene betale 20 prosent av sykehusregningen (kommunal medfinansiering). Det gjaldt medisinske behandlinger for alle aldersgrupper. Hensikten med dette var å gi kommunene et økonomisk insentiv til å bli mer bevisste på å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud.

Alle kommuner skal innen 01.01.16 ha etablert et tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp døgntilbud). Tilbudet er for pasienter med kjent sykdom og avklart diagnose, hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten og som kan behandles på et allmennt medisinsk nivå. Kommunen får utbetalt et øremerket tilskudd til dette.

Samhandlingsreformen innebærer at kommunen har en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som kommunen ikke klarer å ta imot etter at de er ferdigbehandlet på sykehuset. Per 01.01.15 er døgnseten kroner 4387. Før januar 2012 betalte kommunene 1600 kroner fra den tiende dagen etter at pasienten var ferdigbehandlet.

2.1.2 INTERN ORGANISERING

Alle virksomheter og avdelinger som er omfattet av samhandlingsreformen er lagt under helse- og oppvekstsjef.

Virksomhet heldøgnstjenester

Virksomheten for heldøgnstjenester gir heldøgns helse- og omsorgstjenester til personer over 18 år. Virksomheten består av fire avdelinger: Vardheim bofellesskap, Vardheim sykehjem/natttjenesten, Vestre Goa bofellesskap og Vistestølen bofellesskap. Vardheim sykehjem yter heldøgnsomsorg og pleie til eldre. Frem til 31.12.14 hadde sykehjemmet 21 sengeplasser. Kommunestyret vedtok i desember 2014 at antall plasser på sykehjemmet skulle reduseres til 15 fra og med 01.01.15.

Vestre Goa bofellesskap gir miljø- og hjemmetjenester til personer med alvorlig psykiatriproblematikk og eventuelt rusproblematikk. Vistestølen bofellesskap er et bofellesskap for demente.

Hjemmetjenesten

Virksomheten hjemmetjenester består av fire avdelinger: hjemmesykepleien, psykisk helse og rus, fysio- og ergoterapi og kjøkken. I virksomheten gis helse og omsorgstjenester til personer over 18 år som bor i egne hjem. Tjenestene som ytes er hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysio- og ergoterapi, hverdagsrehabilitering og kreft/palliativ sykepleie.

Psykisk helse og rus følger opp brukere med psykiatri og/eller rusproblematikk som bor hjemme, i bofellesskap eller i kommunale boliger. De driver miljøtjenester og tjenesten er frivillig.

Tjenesteplanlegging

Avdeling for tjenesteplanlegging, tidligere kalt mottakskontoret, saksbehandler og foretar vurderingsbesøk av alle søknader fra personer over 18 år som faller inn under tjenester i pleie og omsorgstjenesten. Dette er tjenester knyttet til hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleie, hjemmehjelp, miljøarbeidstjenester, opphold på sykehjem eller i bolig, dagtilbud ved Vardheim og Vistnesveien, personlig assistanse, trygghetsalarm eller omsorgslønn. Avdelingen innstiller til vedtak, men det er den enkelte tjenesteleder som formelt fatter vedtaket. I tillegg inngår tjenesteplanlegging i en tverrfaglig gruppe som fungerer som boligkontor.

NAV

NAV består både av en kommunal del og en statlig del. Den kommunale delen har blant annet ansvar for LAR (rusbehandling), oppfølging av innbyggere, livsoppholdsytelse og midlertidige boliger.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunen har etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud sammen med Stavanger kommune. Det er lokalisert på Stokka sykehjem, og Randaberg kommune har én sengeplass der.

2.2 HÅNDTERING AV UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I forbindelse med samhandlingsreformen ble det juni 2012 inngått en overordnet samarbeidsavtale og 14 delavtaler mellom Helse Vest og Randaberg kommune.

2.2.1 ANTALL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Delavtale nr. 5 regulerer ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Når en pasient legges inn på sykehuset, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. Sykehuset skal varsle kommunen innen 24 timer etter innleggelsen dersom pasienten vurderes å ha behov for slik hjelp.

Antall pasienter som er meldt utskrivningsklare

Ifølge Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk for 2013-2014 har antall utskrivningsklare pasienter på landsbasis økt med 260% i perioden 2011 - 2014¹.

Tabell 1 viser antall utskrivningsklare pasienter for perioden 2011 - 2014:

Tabell 1 – Utskrivningsklare pasienter fra Randaberg kommune. Kilde: Stavanger universitetssykehus				
	2011²	2012	2013	2014
Antall utskrivningsklare pasienter	20	80	121	160

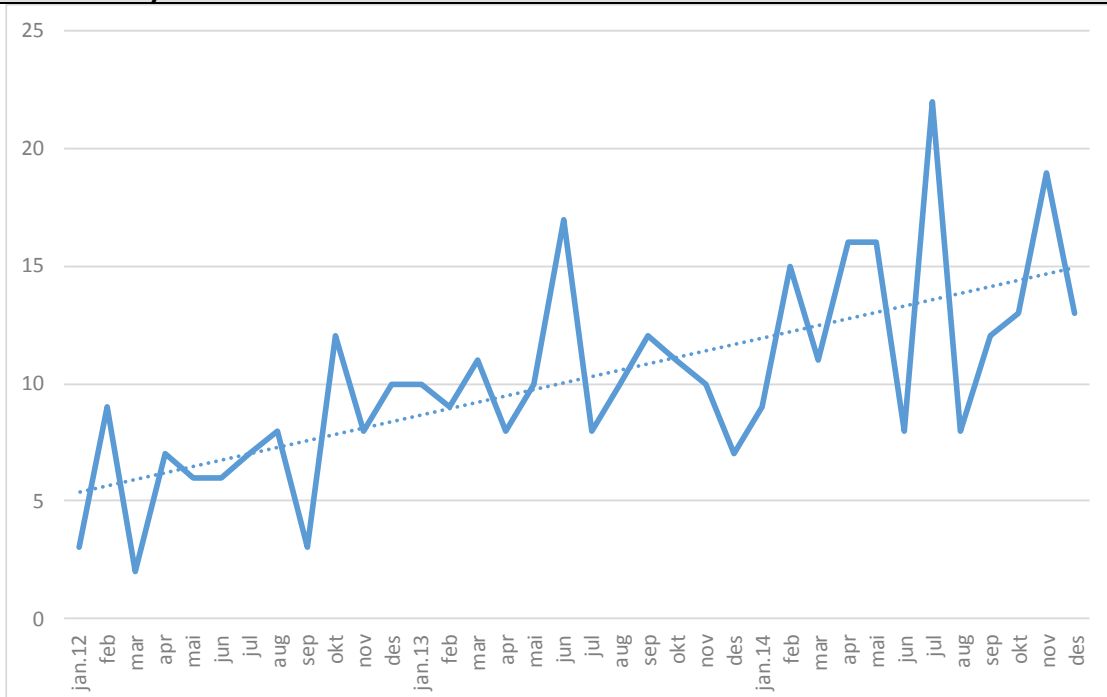
Tabellen viser at Randaberg kommune har hatt en betydelig økning i antall utskrivningsklare pasienter etter at samhandlingsreformen startet. Økningen i Randaberg fra 2011 til 2014 er på hele 700 prosent. Tilsvarende tall for Gjesdal kommune er på 248 prosent. Det kan ligge inne en feilkilde her i og med at sykehuset har hatt ulike registreringspraksis før og etter samhandlingsreformen.

I figuren på neste side fremgår den månedlige utviklingen i antall utskrivningsklare pasienter.

¹ Utskrivningsklare pasienter er pasienter som er ferdig behandlet ved sykehus, og som har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etterpå.

² Tall fra 2011 er ikke nødvendigvis 100% korrekt da sykehuset har hatt ulike registreringspraksis før og etter samhandlingsreformen.

Figur 1 – Oversikt over utskrivningsklare pasienter per måned fra 2012-2014. Kilde: Stavanger universitetssykehus.



Grafen viser at kommunen har hatt en jevn stigning i antall utskrivningsklare pasienter. I 2013 og 2014 var antall utskrivningsklare pasienter størst i sommermånedene.

2.2.2 RUTINE FOR Å TA IMOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I delavtale nr. 5 fremgår en beskrivelse av ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. I dette delkapittelet skal vi se nærmere på hvilken rutine Randaberg kommune har for å ivareta ansvar og oppgaver i tråd med delavtale nr. 5.

Revisjonskriterier

- Kommunen har rutine for å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Rutine for utskrivningsklare pasienter

Når en pasient er utskrivningsklar, sender sykehuset en elektronisk melding til kommunen i perioden mellom kl. 8.00 og 16.00 på hverdager. I helgene og helligdager skal utskrivningsklare pasienter meldes mellom kl. 12.00 og 16.00. Kommunen har en responstid på inntil tre timer for å gi en tilbakemelding til helseforetaket om kommunen kan ta imot pasienten, og på hvilket tidspunkt. Dersom kommunen ikke klarer å ta imot pasienten på utskrivningsdagen, blir kommunen fakturert for liggedøgn.

I ukedagene, før kl. 15.00, er det kontoret for tjenesteplanlegging som har hovedansvar for å sjekke om det kommer utskrivningsklare pasienter og organisere mottak av pasienten. Men også hjemmesykepleien og sykehjemmet sjekker om det er pasienter som skal utskrives til dem. Vakthavende sykepleier i hjemmetjenesten skal sjekke e-Link minimum hver 3. time. Etter kl. 15.00 eller i helger er det hjemmesykepleien på vakt eller nattevaktene som har ansvar for å følge opp dersom de får melding om utskrivningsklare pasienter. Det er ikke så ofte kommunen får pasienter i helgene.

Det er den enkelte pasients helsetilstand og hvilke muligheter det er til å ha pasienten hjemme, som avgjør om pasienten får sykehjemsplass eller kommer direkte hjem. Dermed er den beskrivelsen som tjenesteplanlegging får om pasientens tilstand og funksjon i forkant av utskrivningen, viktig. Noen ganger reiser saksbehandlere fra tjenesteplanlegging inn på sykehuset for å sjekke behovet til pasienten, men dette har de ikke kapasitet til i alle tilfeller. Det er kontoret for tjenesteplanlegging som har ansvar for å avgjøre hvor pasienten skal, men dette gjøres i samarbeid med sykehjemmet og hjemmetjenesten. Det formelle vedtaket om sykehjemsplass og hjemmetjeneste fattes likevel av den enkelte virksomhetsleder. Kontoret for tjenesteplanlegging opplever økt arbeidsbelastning på grunn av en økning i utskrivningsklare pasienter, og fordi flere vedtak må fattes.

Kommunen har ikke utarbeidet kriterier for når en pasient bør få sykehjemsplass. Dette er gjort i Gjesdal kommune.

En gang i uken avholdes det et koordineringsmøte med representanter i fra tjenesteplanlegging, hjemmetjenesten, sykehjemmet, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Sykehjemmet har en stilling som fagkoordinator, som blant annet har til oppgave å koordinere pasienter som kommer i fra sykehuset til sykehjemmet. Sykehjemmet har også kontakt med sykehuset for eksempel med tanke på medisiner av utskrivningsklare pasienter som skal på sykehjemmet. I hjemmetjenesten er det vakthavende sykepleier som har ansvar for å koordinere pasientløpet på dagtid. Per april 2015 er det to sykepleiere som deler på dette koordineringsansvaret. En stor del av utskrivningsklare pasienter som enten kommer direkte hjem fra sykehuset eller via sykehjemmet, har allerede hjemmetjenester, slik at de ofte er kjente for hjemmetjenesten. Det har vært noe intern uenighet om hvem i hjemmetjenesten kontoret for tjenesteplanlegging skal kontakte i forbindelse med utskrivningsklare pasienter, men dette jobbes det nå med å avklare.

En mer detaljert beskrivelse av pasientløpet fremgår i kapittel 2.3.1.

Vurdering

Randaberg har rutiner for å ta imot utskrivningsklare pasienter. Rutinen synes å fungere godt. Når kommunen har færre sykehjemsplasser, kan det bli vanskeligere for innbyggere å få sykehjemsplass.

2.2.3 KOMMUNENS MULIGHET TIL Å TA IMOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Tidligere utskrivning av pasienter fra sykehuset innebærer at mer av behandlingen skjer i etterkant av sykehusoppholdet, noe som krever at kommunen har kapasitet til å ta imot pasientene og kompetanse til å behandle dem. Randaberg kommune har vedtatt en omsorgsplan «aktiv omsorg 2020» og i den står det blant annet

«Vi har tilstrekkelig antall sykehjemsplasser.

Vi har godt kvalifisert personale med fokus på behandling og rehabilitering

Vi har god sirkulasjon av plassene.»

Revisjonskriterier

- Kommunen har kapasitet til å ta imot pasientene fra sykehuset.
- Kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å ta imot pasientene fra sykehuset.
- Kommunen har hatt en reduksjon i antall liggedøgn.
- Det er en god gjennomstrømming av korttidsplasser ved sykehjemmet.

Kompetanse

Etter samhandlingsreformen opplever sykehjemmet at de har fått mer komplekse pasienter med tyngre pleiebehov. Dette krever et større behov for sykepleiere med videreutdanning. Noen av informantene mener at det å jobbe på sykehjem nå, nesten er det samme som å jobbe på sykehus. På sykehjemmet har de ansatte med høy kompetanse, og de har sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie, i geriatri, i palliasjon og en som tar videreutdanning i demensomsorg. I tillegg har tre fagarbeidere videreutdanning i palliasjon.

Mer komplekse og dårligere pasienter vil også kreve bedre legedekning. Tabell 2 viser oversikt over legedekning på sykehjem i tre kommuner og landet totalt.

Tabell 2 – Legedekning på sykehjem i 2014. Kilde: SSB, kostrastatistikken.

	Randaberg	Gjesdal	Sandnes	Landet totalt
Antall legetimer per beboer per uke	0,57	0,44	0,61	0,50

Legedekningen på sykehjemmet var i 2014 på 0,57 timer per uke per pasient i 2014. Dette er høyere enn landsgjennomsnittet, som ifølge KOSTRA var på 0,50 timer per beboer.

Legedekningen har ikke blitt redusert etter at kommunen reduserte antall plasser, og legedekningen er per i dag på 0,8 time per beboer per uke.

Ifølge ledelsen i hjemmetjenesten har hjemmetjenesten høy fagkompetanse, og 75% av de ansatte er sykepleiere. En har egne team som har fokus på demens, KOLS o.l.

Hjemmetjenesten har også satset på kompetanse innenfor hverdagsrehabilitering, og har opprettet en egen gruppe som arbeider med dette, bestående av ergoterapeuter,

fysioterapeuter, hjelpepleiere og en sykepleier. Pasienter/brukere som kan ha behov for hverdagsrehabilitering blir henvist til tilbudet, eller kommunen foreslår dette tilbudet for brukeren. Det er per i dag få brukere som får hverdagsrehabilitering, så kommunen ønsker å markedsføre tilbudet bedre, slik at tilbudet kan nå ut til innbyggere som er aktuell for å få hjemmetjenester o.l. Kommunen har positiv erfaring med hverdagsrehabilitering i form av at det har gjort noen pasienter/brukere mer selvhjulpne.

I hjemmesykepleien er det ansatte som ikke har god nok kompetanse eller har høy terskel for å bruke fagsystemet Gerica. Dette har ført til at dokumentasjon som skulle vært journalført, ikke er blitt registrert. Enkelte informanter uttrykker at dette har skapt frustrasjon både internt i hjemmesykepleien, på sykehjemmet og hos kontoret for tjenesteplanlegging. Revisjonen har fått opplyst at ledelsen i helse og oppvekst nå har tatt tak i dette, og at det nylig er gitt mer opplæring.

Kapasitet sykehjemmet

Randaberg kommune hadde frem til 31.12.14, god kapasitet på sykehjemmet med 21 sengeplasser. Dette gjorde at kommunen hadde mulighet til å ta imot utskrivningsklare pasienter raskt. I tillegg kunne sykehjemmet ta imot brukere som bodde hjemme, der det var behov for avlastning eller brukere som hadde endrede behov. Tabellen nedenfor viser en oversikt over belegg og gjennomsnittlig antall senger i bruk i årene 2011-2014.

Tabell 3 – Oversikt over belegg sykehjem i prosent. Kilde: Randaberg kommune.		
	Totalt belegg i prosent	Gjennomsnittlig antall senger
2011	86,2%	18,1
2012	60,5%	12,7
2013	74,3%	15,6
2014	75,7%	15,9

Vi ser av tabellen at belegget de to siste årene har vært på ca. 75 prosent, noe som gjør at sykehjemmet har hatt ca. fem senger ledig til enhver tid.

Sengeplassene på sykehjemmet brukes fleksibelt i forhold til korttids- og langtids plasser. I årene 2012 – 2015 har sykehjemmet hatt mellom fire og seks langtids plasser. Dersom en pasient som er inne på korttids plass får innvilget langtids plass, omgjør sykehjemmet plassen til en langtids plass. På grunn av at kommunen har hatt ledig kapasitet på sykehjemmet gjennom flere år, og det var behov for budsjettkutt, vedtok kommunestyret 18.12.14 at en sykehjemsavdeling med seks plasser skulle legges ned.

Reduksjonen i sengeplassene krever en omstilling for kontoret for tjenesteplanlegging, sykehjemmet og hjemmetjenesten. Nå må flere pasienter sendes direkte hjem med hjemmesykepleie, istedenfor at de kunne komme til sykehjemmet der det blant annet ble tatt

en vurdering av pasientens videre behov. De to første månedene i 2015 har beleggsprosenten på sykehjemmet sett slik ut:

Tabell 4 – Oversikt over belegg sykehjem i prosent 2015. Kilde: Randaberg kommune.	
År	Totalt belegg
Januar 2015	91,3%
Februar 2015	96,7%

En ser av tabellen at sykehjemmet ikke hadde fullt belegg i januar og februar. Randaberg kommune opplevde i slutten av februar en stor pågang av pasienter fra sykehuset. I perioden 19.02.15– 03.03.15 var det syv pasienter kommunen ikke klarte å ta imot, og kommunen hadde i denne perioden 19 liggedøgn.

Dette skyldtes at sykehjemmet var fullt.

Tabellen nedenfor viser oversikt over gjennomsnittlig oppholdstid for en korttids plass i årene 2011 – 2014.

Tabell 5 –Gjennomsnittlig oppholdstid korttids plass i tre kommuner. Kjelde: Gjesdal kommune, Randaberg kommune og Strand kommune.				
	2011	2012	2013	2014
Strand kommune	12,6	11,8	12,7 ³	
Randaberg kommune	19,8	15,3	15,3	16,6
Gjesdal kommune	28	24,7	26	30

Av tabellen ser en at et gjennomsnittlig korttidsopphold i årene 2011 til 2014 varierte fra 15,3 dager til 19,8 dager. Kommunen har vesentlig kortere korttidsopphold enn Gjesdal kommune, men lengre enn Strand kommune.

Liggedøgn på sykehuset

Tabellen nedenfor viser hvor mange liggedøgn pasienter fra Randaberg hadde i årene 2012-2014 fordi kommunen ikke klarte å ta imot pasienten på utskrivningsdagen.

Tabell 6 –Antall liggedøgn. Kilde: Stavanger universitetssykehus.			
	2012	2013	2014
Antall	15	1	5

En ser av tabellen at Randaberg kommune hadde få liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i 2013 og 2014.

³ Kun for de 3 første månedene i 2014

Ifølge Helsedirektoratet gikk sum liggedager for utskrivningsklare pasienter betydelig ned i alle regioner og nesten alle kommuner etter innføring av samhandlingsreformen, men den økte fra 2013 - 2014. I 2013 var liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter på 11 dager per 1000 innbyggere, men i 2014 var denne 15⁴ dager per 1000 innbyggere. Randaberg kommune hadde i 2014 en liggedagsrate på ca. 0,5 døgn per 1000 innbyggere, noe som er langt under landsgjennomsnittet. Dersom utviklingen i antall liggedøgn for 2015 fortsetter, vil Randaberg ha en markant økning i liggedagsrate i 2015.

I budsjettsaken for 2015 står det følgende om konsekvensen vedrørende stenging av en avdeling: «Konsekvensen kan bli økte utgifter til SUS på grunn av døgnbetaling for pasienter vi ikke kan ta imot. Det er vanskelig å beregne hva totalsum for døgnbetaling vil bli i løpet av året.» I budsjettet ble det på grunn av nedleggelsen av sengeplasser innvilget 1 million kroner ekstra til bruk innenfor helse for å kunne håndtere utskrivningsklare pasienter. Disse pengene er det leder for helse og oppvekst som styrer. Midlene kan benyttes til å betale for liggedøgn, hjemmesykepleie eller ved å ta inn flere pasienter på sykehjemmet enn gjeldende plasser.

Kapasitet hjemmetjenesten

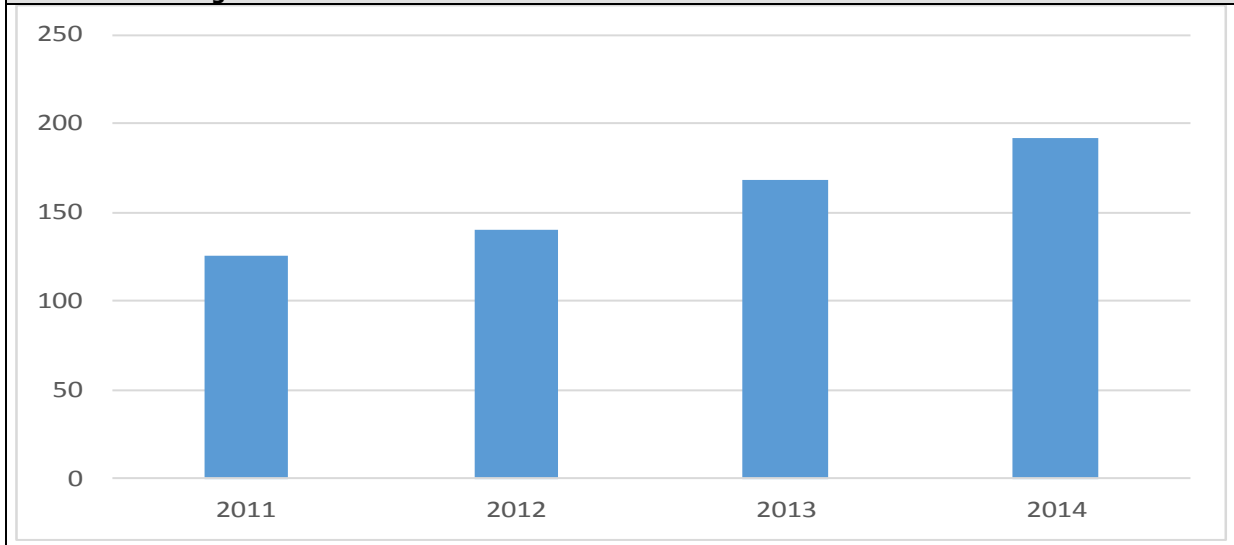
Kapasiteten i hjemmetjenesten henger sammen med budsjetttramme, antall pasienter og pasientens omsorgsbehov.

Etter innføring av samhandlingsreformen opplever hjemmetjenesten at det er flere pasienter som er dårligere og har et større hjelpebehov enn tidligere. I tillegg opplever de at hjemmetjenesten må ta imot pasienter tidligere, noe som krever at de fort må kunne snu seg om. Etter at antall sykehjemsplasser ble redusert, har hjemmetjenesten opplevd en mer travel periode, da flere pasienter kommer direkte hjem.

Brukere som får tildelt hjemmesykepleie, får det etter behov. I tabellen på neste side er det en oversikt over antall brukere som mottok hjemmesykepleie i private hjem (den ambulerende hjemmesykepleien) i 2011-2014.

⁴ Det er gjort en endring i hvilken dato som benyttes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av sykehusopphold. Iflg helsedirektoratet (samhandlingsstatistikk 2013-2014) utgjør effekten av dette omtrent 10 prosent flere liggedager enn i 2013.

Figur 2 – Oversikt antall brukere med hjemmesykepleie i den ambulerende hjemmetjenesten. Kilde: Randaberg kommune



Figuren viser at antall brukere som mottok hjemmetjenester har økt vesentlig i perioden 2011-2014. Fra 2011 til 2014 er økningen på 54%.

I tabellen nedenfor finner en oversikt over antall vedtak om hjemmesykepleie i den ambulerende hjemmesykepleien.

Tabell 7 –Antall vedtak om hjemmesykepleie– ambulerende hjemmetjenesten. Kilde: Randaberg kommune.

	2011	2012	2013	2014
Antall vedtak	274	276	328	383

En ser av tabellen at det også skrives flere vedtak. Antall vedtak har økt med 40%.

Vurdering

Randaberg kommune har hatt en betydelig økning i antall utskrivningsklare pasienter, men hadde frem til 31.12.14 god sykehjemsdekning som ga fleksibilitet og mulighet til å ta imot pasientene. Dette, sammen med at kommunen prioriterer hjemmetjeneste høyt, har gjort at kommunen ikke har møtt den store utfordringen med å ikke ha nok sykehjemsplasser, slik en del andre kommuner har opplevd.

Når kommunen gjennom flere år hadde et stort underbelegg på sine sykehjemsplasser, var det behov for å redusere antall plasser. Kommunen har nå 15 sykehjemsplasser, noe som er lavere enn gjennomsnittlig belegg for sykehjemmet i 2013 og 2014. Dette kan gi utfordringer. Ved behov bør det vurderes å ta i bruk ledige rom dersom det er forsvarlig.

Etter at antall sengeplasser ble redusert, har liggedøgnene gått opp, og kommunen hadde de første månedene flere liggedøgn enn de hadde totalt for årene 2012-2014. Dette hang

sammen med at sykehjemmet hadde fullt belegg. Det kan se ut som dette var en topp som det er vanskelig å planlegge for. Kommunen ser ut til å per i dag ha tilstrekkelig kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Kommunen synes å ha en god gjennomstrømming av korttidsplassene sine, men færre sengeplasser kan øke behovet for å bedre gjennomstrømningen ytterligere.

Det har vært en økning i antall vedtak og brukere i den ambulerende hjemmesykepleien.

Kompetansen på både sykehjemmet og i hjemmetjenesten synes å være god. På sykehjemmet er det god legedekning. Hjemmetjenesten har hatt utfordringer med at ikke alle ansatte registrerer nødvendige opplysninger i Gerica. Det er positivt at kommunen nå har tatt tak i dette, og Rogaland Revisjon regner med at dette følges opp fremover.

Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å følge med hvordan utviklingen blir med hensyn til om 15 sykehjemsplasser er tilstrekkelig, og eventuelt vurdere tiltak for å kunne ha flere pasienter hjemme, iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttidspasienter og utarbeide tildelingskriterier for sykehjemsplass.

2.3 PASIENTLØPET ETTER UTSKRIVNING FRA SYKEHUSET OG ØKONOMISK INTENSIV

Ifølge forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13 skal kommunen betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus, i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunene fikk et langt sterkere økonomisk insentiv til å håndtere pasienter som kom fra sykehuset, etter 1. januar 2012. Når det økonomiske insentivet blir så sterkt, er det en risiko for at dem som bor hjemme kommer lengre nede på prioriteringslisten for inntak til sykehjemsplasser.

2.3.1 PASIENTLØP

Når pasienter meldes utskrivningsklare fra sykehuset, havner de enten på sykehjemmet eller hjemme, eller de blir liggende på sykehuset til kommunen kan ta imot pasienten.

Revisjonskriterier

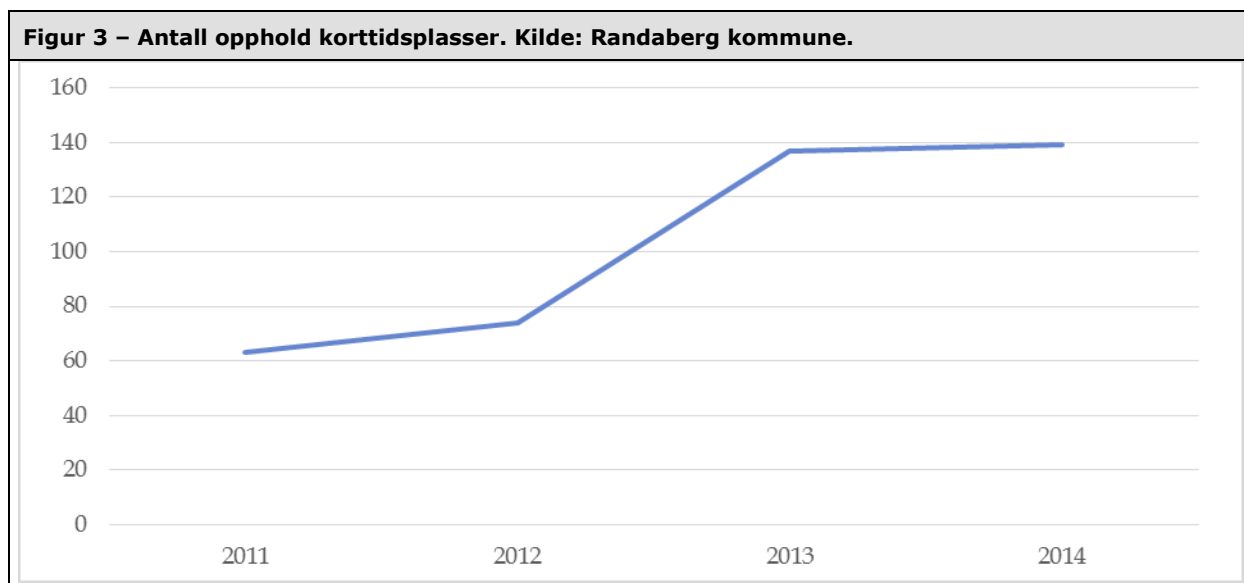
- Søkere som kommer fra hjemmefra, blir prioritert likt som pasienter som kommer fra sykehuset.
- Pasienter opplever et trygt og godt pasientløp.

I Randaberg har en, på grunn av god kapasitet, latt en stor del av pasientene komme direkte til sykehjemmet, hvor sykehjemmet har gjort en vurdering av hvilket behov pasienten har videre. Etter at antall sengeplasser ble redusert, oppgir kommunen at det har vært en økning i antall pasienter som sendes direkte hjem, og at det er et behov for økt gjennomstrømning i sykehjemsplassene.

En av bekymringene med samhandlingsreformen er at utskrivningsklare pasienter fra sykehuset blir prioritert til sykehjemsplass foran søkere som kommer hjemmefra. Sykehjemmet hadde frem til 2015 ledig kapasitet, og dermed var det rom for å ta imot søkere som kom hjemmefra, som hadde endrede behov eller der det var behov for et avlastningsopphold. Siden kapasiteten på sykehjemmet var god, har vi kun kartlagt hvor mange av de utskrivningsklare pasientene som ble skrevet ut direkte til sykehjemmet i 2014, og ikke for tidligere år. I 2014 ble 65% av de utskrivningsklare pasientene utskrevet direkte til sykehjemmet.

Når en pasient skal overføres fra sykehjemmet til hjemmetjenesten, holdes det utskrivningsmøter der representant fra sykehjemmet, hjemmetjenesten, pasient og pårørende er med. På dette møtet planlegger en og avklarer omfanget av hjemmetjenesten, behov for medisin, hjelpemidler og lignende. Kommunen har gode erfaringer med dette, og opplever at et slikt møte bidrar til mindre utrygghet hos pasient og pårørende. Både sykehjemmet og hjemmetjenesten opplever dette møtet som nyttig.

Figur 3 viser antall pasienter som i årene 2011-2014 fikk korttidsopphold på sykehjemmet.



Det har vært en sterk økning i antall korttidsopphold siden 2012. Dette henger sammen med økt antall utskrivningsklare pasienter. Fra 2013 til 2014 er antallet korttidsopphold relativt stabilt. Dersom en sammenligner med Gjesdal kommune, så hadde Gjesdal kommune ca. 82 korttidsopphold i 2014, mens gjennomsnittlig oppholdstid i Gjesdal hadde lenger varighet.

Kommunen gir nesten ingen avslag på søknad om sykehjemsplass. I 2011 var det fem avslag om korttidsopphold og i 2014 ett avslag på avlastningsopphold.

Samarbeid og kommunikasjon i forhold til pasientløpet

For at pasientløpet skal gå greit og pasienten skal få korrekt behandling, er en avhengig av at samarbeidet og kommunikasjonen mellom alle instanser fungerer godt.

I starten av samhandlingsreformen opplevde kommunen at pasientene ble skrevet ut svært raskt fra sykehuset, men dette opplever informantene nå som bedre. Noen av våre informanter oppgir at det varierer hvordan samarbeidet med sykehuset fungerer, og at det er veldig personavhengig. Kommunen sendte i 2014 23 avvik til sykehuset, og har per 06.05.15 sendt inn 18 avvik. Det ble sendt inn 3 avvik i 2013, men kommunen har ikke en samlet oversikt som viser antall avvik som ble sendt til sykehuset i 2012.

De utfordringer som kommunen møter i samarbeidet går blant annet på at informasjonen som sykehuset sender på eLink om pasienten, er mangelfull, medisiner ikke blir sendt med pasienten, rekvisisjoner mangler og at andre dokumenter ikke følger med.

Tjenesteplanlegging opplever også utfordringer med at sykehuset gir uttrykk for at pasienten må på sykehjem, men i flere tilfeller har det vist seg at kommunen likevel kunne behandle pasienten hjemme. Kommunen opplyser at dette har ført til liggedøgn i 2015.

Det har i noen tilfeller vært dårlig intern kommunikasjon mellom sykehjemmet og hjemmetjenesten, og hjemmetjenesten og tjenesteplanlegging. Det har gått både på vært uklarheter og mer faglige uenigheter. Noen av informantene oppgir at de har vært bekymret om hjemmesykepleien er i stand til å gi tilstrekkelig pleie til noen av pasientene som skrives ut fra sykehjemmet, mens representanter fra hjemmetjenesten er av den oppfatning at pasientene blir godt ivaretatt. Helse- og oppvekstsjef har tatt tak i situasjonen, og kommunen har leid inn ekstern hjelp i denne prosessen. Rogaland Revisjon har derfor valgt å ikke gå nærmere inn denne saken.

Pasientenes opplevelser

Som redegjort for i kapittel 1.2.1, er det begrenset antall pasienter revisjonen har intervjuet. Alle pasientene hadde vært innom sykehjemmet, enten ved denne innleggelsen eller ved tidligere sykehusinnleggelse. Tre av pasientene oppgir at de likte seg på sykehjemmet, mens en ikke likte seg der på grunn av at det var vanskelig å sove fordi det var en annen pasient som skrek høyt. Alle opplevde å få god hjelp. En av pasientene uttrykte at det eneste som var dumt, var at det var få andre pasienter å snakke med, fordi det fleste som var på sykehjemmet var demente.

Alle var fornøyde med den hjelpen de fikk i fra hjemmetjenesten, både med hensyn til hjelpen fra hjemmesykepleien og fra hjemmehjelp som vasket.

Eldrerådet har inntrykk av at pasienter trives på sykehjemmet. De opplever også at brukere av hjemmetjenesten skryter av hjemmetjenesten, og at innbyggere får raskt hjelp. Eldrerådet

uttrykker bekymring over at kommunen ikke har noen strategi over hvordan de skal løse den fremtidige forventede økningen av innbyggere med demens.

Vurdering

Siden kommunen har hatt god kapasitet på sykehjemsplassene, er det ikke noe som tyder på at pasienter fra sykehuset blir sterkere prioritert enn dem som bor hjemme. Kommunen har få avslag om sykehjemsplass. Når kommunen nå har færre sykehjemsplasser, anbefaler revisjonen kommunen å følge med på om det blir vanskeligere for hjemmeboende å få plass på sykehjemmet.

Et godt samarbeid med sykehuset og mellom avdelinger i kommunen er viktig for å ha et godt pasientløp. Kommunen opplever til tider utfordringer i samarbeidet, med tanke på at kommunen ikke får tilstrekkelig informasjon om pasienten, det mangler rekvisisjoner og nødvendige medisiner ikke blir sendt med. Kommunen sender inn avvik til sykehuset. Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å ta opp utfordringene i samarbeidet mellom sykehuset og kommunen, gjennom samarbeidsorganene.

Kommunen har også utfordringer i samarbeidet internt, men dette jobbes det med. Pasientene er i stor grad fornøyde med pasientløpet og den hjelpen de har fått og får.

2.3.2 REINNLEGGELSER

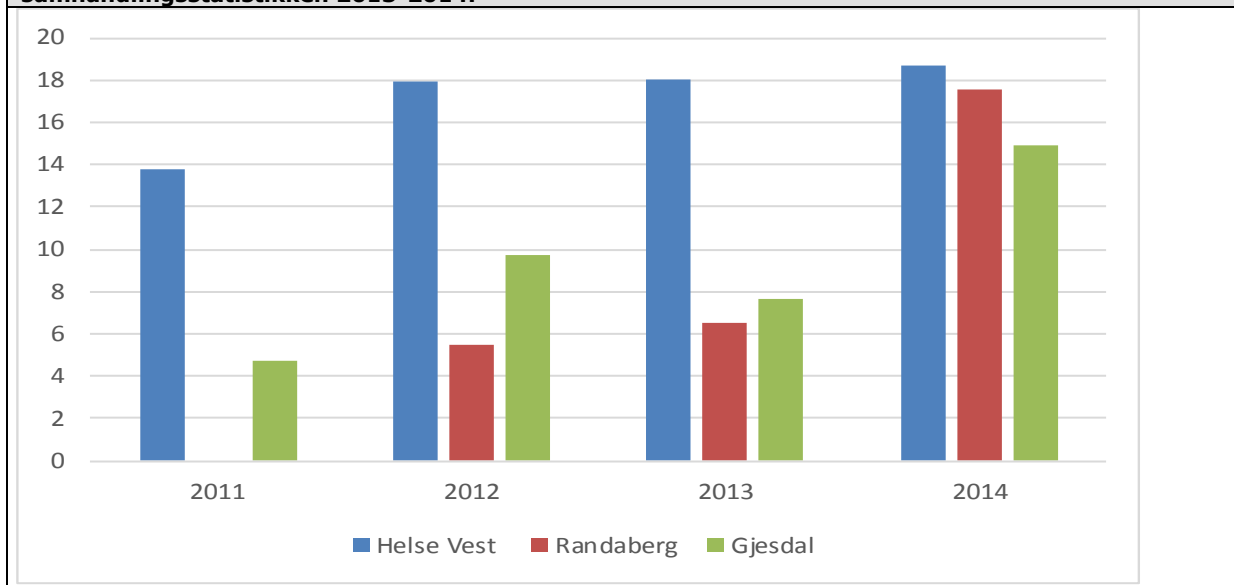
En reinnleggelse er definert som øyeblikkelig hjelp innleggelse i løpet av de 30 første dager etter siste innleggelse. Det vil alltid være en risiko for reinnleggelse. Reinnleggelser kan blant annet være knyttet til sykdomsutviklingen, at behandlingen ikke har vært den riktige, at det inngår som en del av behandlingsforløpet eller at pasienten skrives ut for tidlig.

Tabell 8 –Antall reinnleggelser i prosent. Kilde: Stavanger universitetssykehus.				
	2011	2012	2013	2014
Ca. antall i prosent	0,0	5,5	6,5	17,6

Tabellen viser at Randaberg kommune har hatt en økning i antall reinnleggelser fra ca. 5,5 prosent reinnleggelser i 2012 til 17,6% i 2014. Det har vært ulike pasientløp hos de reinnlagte pasientene. Noen har blitt reinnlagt fra sykehjemmet og noen har blitt reinnlagt hjemmefra. Revisjonen har fått opplyst at mange av pasientene som kommer til sykehjemmet, er alvorlig syke pasienter, der balansen mellom om de burde være på sykehus eller sykehjem er hårfin. I noen tilfeller har pasienten blitt innlagt igjen på grunn av at behandlingsopplegget som er iverksatt, ikke har hatt tilstrekkelig effekt, og det har vært behov for mer oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

I figuren nedenfor er en oversikt over andel reinnleggelser i Helse Vest, Randaberg kommune og Gjesdal kommune.

Figur 4 – Oversikt over antall reinnleggelser i prosent⁵. Kilde: Stavanger universitetssykehus og samhandlingsstatistikken 2013-2014.



Vi ser av figuren at andel reinnleggelser totalt i Helse Vest har vært økende etter samhandlingsreformen trådte i kraft. Både Randaberg kommune og Gjesdal kommune har hatt en betydelig økning i reinnleggelser i 2014. Begge kommunene har likevel færre reinnleggelser enn gjennomsnittet i Helse Vest.

Vurdering

Når pasienter skrives tidligere ut fra sykehuset, øker nok sannsynligheten for flere reinnleggelser enn før samhandlingsreformen. Randaberg kommune har hatt en stor økning i antall reinnleggelser fra 2013 til 2014 sammenlignet med totale tall fra Helse Vest. Det kan være flere årsaker til dette, og revisjonen har ikke hatt mulighet til å gjøre en nærmere analyse av hva som er mulig årsak.

Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å kartlegge årsakene til økningen i reinnleggelser for å kunne målrette eventuelle tiltak.

2.4 ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD

Randaberg kommune inngikk i 2014 et vertskommune samarbeid med Stavanger kommune om øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Avtalen trådte i kraft fra og med 01.09.14. Avtalen innebærer at Randaberg disponerer én sengeplass lokalisert ved Stokka sykehjem i Stavanger. Sola kommune har en tilsvarende avtale med Stavanger. Formålet er å gi

⁵ Tallene fra Helse Vest er tom 2. tertial de aktuelle årene.

innbyggerne i samarbeidskommunene et forskriftsmessig døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

I særavtalen mellom Randaberg kommune og Helse Stavanger HF står det:

«Tilbudet vil være rettet mot pasienter som har en allmenntilstand og et nettverk som gjør at det ikke er forsvarlig å behandle pasienten i eksisterende omsorgsnivå, det vil si pasienter som:

- Har akutt forverring av kjent tilstand og hvor kjent utløsende årsak er avklart*
- Har akutt nyoppstått sykdom som krever observasjon og behandling, men ikke spesialiserte helsetjenester*
- Har lett til moderat funksjonstap og hvor det ikke er mistanke om alvorlig diagnose eller sykdomsutvikling*
- Kan behandles med allmennmedisinske metoder og hjelpemidler*
- Har en tilstand som tilsier liten risiko for akutt livstruende forverring*

Pasientene skal kunne forventes å skrives ut i løpet av maks. tre dager.»

Som en del av avtalen skal enhetens plasser kunne brukes fleksibelt de første driftsårene. Det er fastleger og legevaktsleger som har mulighet til å legge pasientene inn på ø-hjelpstilbudet. Fastlegene i Gjesdal har fått informasjon om tilbudet flere ganger. Per 31.03.15 har Randaberg kommune kun benyttet tilbudet én gang, hvor en pasient var innlagt i to døgn. Stavanger kommune har i snitt hatt et belegg på 60% av sine plasser.

Revisjonen har fått opplyst at plassene per i dag ikke brukes fleksibelt. Det vil si at sengeplassen som Randaberg disponerer står tom dersom det ikke er en pasient i fra Randaberg som er innlagt på ø-hjelpen. Dette selv om en pasient fra Stavanger eller Sola kunne hatt behov for plassen. Dette innebærer at det, med unntak av to døgn, har stått en ledig seng som ikke er brukt av Randaberg kommune.

Vurdering

Ved oppstart av andre øyeblikkelig hjelp døgntilbud, som Jæren ø-hjelp, har en sett at det tar noe tid å få etablert en praksis om å bruke tilbudet. Når kommunen har fått færre sykehjemsplasser, kan det i seg selv føre til at ø-hjelpstilbudet etter hvert blir tatt mer i bruk. Det fremstår som unødvendig at den ene sengeplassen til Randaberg kommune ikke blir benyttet fleksibelt, dersom innbyggere fra Stavanger- eller Sola kommune har behov for å benytte sengeplassen.

Revisjonen vil anbefale kommunen å informere legene om tilbudet på nytt, og avklare med Stavanger kommune at sengeplassen brukes fleksibelt slik det fremgår av avtalen at den skal.

2.5 BRUKERE MED PSYKISKE LIDELSER OG RUSPROBLEMATIKK

Det er ikke krav til at kommunene skal ta imot pasienter som blir utskrevet fra psykiatriske institusjoner eller rusbehandlingsteder på dagen, slik som det er ved somatiske avdelinger. Disse pasientgruppene er således ikke omfattet av samhandlingsreformen med mindre de innlegges på sykehus med en somatisk sykdom.

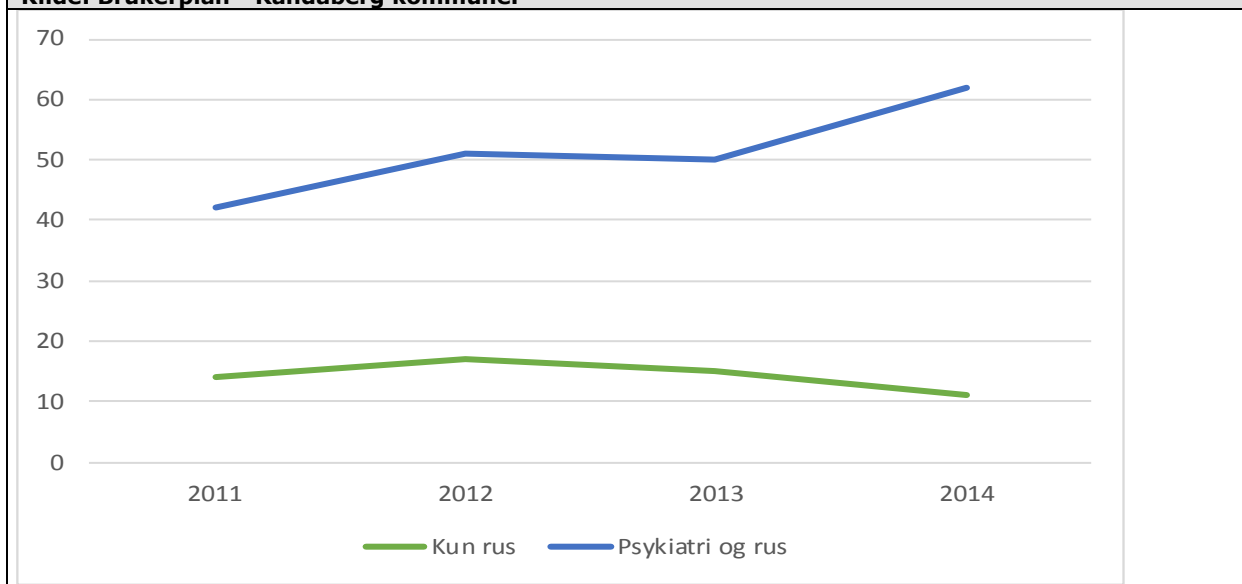
Når brukere med denne problematikken er innlagt på psykiatriske institusjoner eller rusbehandlingsteder, holdes det ansvarsgruppemøter hvor representanter fra kommunen deltar. Både NAV og helse og oppvekst har oppgaver med hensyn til innbyggere med rusproblemer og/eller psykiatrilidelser.

Brukerplan

Kommunen utarbeider årlig en brukerplan. Brukerplan er et verktøy for å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelbruk blant brukerne av kommunens helse, omsorgs- og velferdstjenester. Rusmiddelbruk er her definert som bruk av rusmidler som er til skade for personenes funksjonsnivå og relasjoner til andre.

Figuren nedenfor viser en oversikt over antall brukere med psykiatriproblemer og rusproblemer i årene 2011-2014, med utgangspunkt i kommunens brukerplan.

Figur 5 –Oversikt over antall brukere med rusproblemer eller rus og psykiatriproblemer 2011-2014.
Kilde: Brukerplan - Randaberg kommune.



En ser av figuren at det fra 2013-2014 var en stor økning i antall brukere med både rus- og psykiatriproblemer. Dette skyldes ikke nødvendigvis at det er blitt flere med disse diagnosene, men kan også forklares med at kommunen er blitt bedre til å kartlegge brukere. Det er sannsynlighet for at det reelle antall brukere er høyere, da ikke alle som for eksempel sliter med alkohol, har tjenester fra helse, omsorg eller NAV.

Kommunens tilbud

Det er avdeling psykisk helse og rus som har ansvar for innbyggere som sliter med psykisk helse og/eller rus, og som enten bor hjemme, i bofellesskap eller i kommunale boliger. Avdelingen yter både miljøtjenester og psykiatrisk helsetjeneste, og samarbeider ofte med NAV.

Kommunen har per i dag åtte boliger for innbyggere med rusproblemer.

Kommunen har ett bofellesskap, Vestre Goa, som gir miljø- og hjemmetjenester til personer over 18 år med alvorlig psykiatriproblematikk. I forbindelse med etableringen hadde virksomheten en høy bemanning for å blant annet kunne bidra til en stabil overgang for beboere, hvor flere kom fra Ryfylke DPS. Informant oppgir at en har klart å skape en god trygghet rundt beboerne.

Tabellen nedenfor viser antall årsverk for avdeling psykisk helse og rus og Vestre Goa.

Tabell 9 –Antall årsverk for psykisk helse og rus. Kilde: Randaberg kommune – tekstdel budsjett.			
	2010	2012	2014
Avdeling psykisk helse og rus (Nyvol)	10	10	8,58
Vestre Goa	13,90	13,90	12,30
Sum	23,90	23,90	20,88

En ser av tabellen at det har vært en reduksjon i årsverk for disse to avdelingene med 3,02 stillinger fra 2010 til 2014. Etter det revisjonen har fått opplyst, var det planlagt at antall årsverk i Vestre Goa skulle reduseres på sikt. Bemanningen ble redusert med 1,5 stillinger fra 2014 til 2015.

Tabellen nedenfor viser antall brukere i Randaberg kommune med vedtak om psykiatriske helsetjenester.

Tabell 10 –Antall brukere over 18 år med vedtak på psykiatrisk helsetjeneste. Kilde: Tekstdelen i budsjett 2015 og økonomiplan 2015-2018. Randaberg kommune.				
	2011	2012	2013	2014
Antall	79	72	47	29

Av tabellen ser en at det er færre som får vedtak om psykisk helsetjeneste. Kommunen oppgir at forklaringen kan være at avdeling for psykisk helse og rus jobber noe annerledes enn tidligere. En gir ikke tilbud om langvarig psykisk helsetjeneste til personer som ikke har effekt av det, men tilbyr heller miljøtjeneste. Det kan være utfordrende å få gitt miljøarbeidertjeneste da tjenesten i utgangspunktet er frivillig, og brukerne ikke alltid er til stede på avtalt tidspunkt.

Bolig og hjelp til brukere med rus- og psykiatriproblemer

Kommunen har retningslinjer for tildeling av kommunale utleieboliger i kommunen. Boligene tildeles prioriterte grupper som vanskeligstilte boligsøkere som flyktninger, vanskeligstilte som enten har gjennomført rusbehandling, behandling for psykiske lidelser, har vært i fengsel, er under 30 år eller har omsorg for barn under 18 år. Boligene tildeles som hovedregel for tre år om gangen. Kommunen har noen kommunale boliger, men leier også boliger hos private.

Gjennom intervjuer har vi fått oppgitt at leiekontrakten i noen tilfeller blir automatisk forlenget, uten at det tas en ny vurdering om leietakerne fremdeles tilfredsstillende kriteriene for tildeling av kommunal bolig.

Flere av informantene vi intervjuet er tydelige på at kommunen har store utfordringer i forhold til å sikre boliger til personer med alvorlig rus- og psykiatriproblematikk. Disse personene har ofte i tillegg utfordringer knyttet til kriminalitet og nettverket sitt. De innbyggere dette gjelder, er ikke egnet til å bo i kommunens nåværende bofelleskap, blant annet fordi det følger en del utfordringer med dem, som kan skape forstyrrelser og utrygghet for resten av beboerne. I tildelingskriteriene for kommunale boliger fremgår det at boliger kun skal tildeles søkere som har boevne, det vil si at søkeren med eller uten hjelp er i stand til å ivareta de forpliktelser som påhviler leietaker i henhold til leiekontrakt og husleielovgivning. Noen informanter uttrykker at ikke alle med alvorlig rus- og psykiatriproblematikk har boevne, og således kan falle utenfor retningslinjene. Likevel har kommunen ansvar for å skaffe et sted å bo til denne gruppen. I noen tilfeller har kommunen kjøpt omsorgsplasser utenfor kommunen, men kommunen har noe reelt boalternativ til dem etterpå. Noen er innom hospits, men det fungerer heller ikke alltid like godt.

Det fremstår som det er uklart i organisasjonen hvem som har ansvar for å skaffe bolig til innbyggere med alvorlig rus- og psykiatriproblemer.

I dokumentet «*Boligpolitisk handlingsplan 2009-2015*» fremgår det at kommunen har bostedsløse personer, og at personer med rusvansker en av gruppene som mangler tilfredsstillende boligtilbud i Randaberg. Det ser likevel ikke ut som det i denne perioden er iverksatt tiltak for å bedre boligsituasjonen for denne gruppen. Kommunen skal utarbeide en ny boligpolitisk handlingsplan i 2015.

Gjennom prosjektmidler fra fylkesmannen har kommunen fått innvilget en stilling som skal jobbe med å forebygge og bekjempe bostedsløshet for ungdom og barnefamilier som er i kontakt med sosiale tjenester i NAV.

Vurdering

Det har vært en økning i antall brukere med rus- og psykiatriproblematikk som er til skade for personenes funksjonsnivå og relasjoner til andre. Likevel er antall årsverk blitt redusert.

Kommunen har utarbeidet retningslinjer for tildeling av kommunale boliger. Innbyggere med sterk rus- og psykiatriproblematikk tilfredsstiller ikke nødvendigvis kriteriene for kommunale boliger på grunn av at noen kan ha lav boevne. Dermed kan denne gruppen fort «havne mellom to stoler». Det ser ut som det ikke er tydelig avklart internt i organisasjonen hvem som har ansvaret for dette. Kommunen har utfordringer med å skaffe bolig og gi tilfredsstillende tilbud til denne gruppen.

Når husleiekontrakten for kommunale boliger nærmer seg utløp, må det vurderes om behovet for kommunal bolig fremdeles er til stede.

Revisjonen anbefaler kommunen å avklare ansvars- og oppgavefordeling med hensyn til å jobbe med å bedre boligsituasjonen for innbyggere med sterk rus- og psykiatriproblematikk, og oppfølgingen av dem. I den forbindelse må det vurderes hvilket tilbud som vil være det rette for denne gruppen, om det er behov for å samarbeide med andre kommuner, og om det er behov for styrket botjeneste.

VEDLEGG

Vedlegg 1

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 fylkestingets/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.

Denne rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Elin Fagerheim Bjerke under ledelse av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon Bernt Mæland.

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, for eksempel lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgende kriterier anvendt:

Metode

Følgende personer er intervjuet:

Cathrine Langseth, ergoterapeut og leder for hverdagsrehabiliteringsgruppen
Elisabeth Sande, fagsjef helse og omsorgstjenester
Janne Magnussen, leder Vestre Goa
Kel Tighe, leder NAV
Lene Møller Fosen, virksomhetsleder hjemmetjenester
Mary Rydland, leder psykisk helse og rus
Mona Herheim, leder tjenesteplanlegging
Ole Bernt Lenning, kommuneoverlege
Ann Kristin Schmidt Thomson
Silje Knutsen, leder hjemmetjenesten
SiwDiana Myhre Johanson, leder sykehjem/natt
Svein Olav Kristensen, helse og oppvekstsjef
Inger Elin Myhre, fagkoordinator
4 pasienter sykehjem/brukere av hjemmetjenester
Eldrerådet

Vi henviser til følgende kilder:

Interne (kommunen)

Analyse av styringsdata fra sykehuset
Belegg sykehjem

Bolig politisk handlingsplan

Delavtale nr. 5 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten

Diverse statistikk fra kommunen

Overordnet samarbeidsavtale mellom Stavanger universitetssykehus og Randaberg kommune

Protokoll kommunestyremøte 18.12.15

Rutiner og fremgangsmåter for hverdagsrehabiliteringsteamet

Tekstdelen budsjett 2015 og økonomiplan 2015-2018

Tiltak budsjett 2015 og økonomiplan 2015-2018

Plan for helse- og omsorgstjenestene 2009-2020.

Eksterne (lovregler, sentrale føringer, diverse eksterne kilder)

Delavtale nr. 5. Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk for 2013-2014.

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell fra Helsedirektoratet. 2014.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Melding om prosedyresvikt ved overføring av pasienter mellom primærhelsetjenesten og sykehuset. Stavanger universitetssykehus.

Statistikk mottatt fra Helse Vest.

Rogaland Revisjon

Forvaltningsrevisjon av økonomiske insentiver i samhandlingsreformen i Strand kommune. 2014.

Forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen i Gjesdal kommune.

Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99