

FORVALTNINGSREVISJON AV
SAMHANDLINGSREFORMA



TIME KOMMUNE
NOVEMBER 2016

INNHALD

Innhald	2
Samandrag	3
Rådmannens kommentar	8
Rapporten	10
1 Innleiing	11
1.1 Føremål og problemstillingar	11
2 Faktabeskrivelse.....	12
2.1 Innleiing.....	12
2.2 Nokre viktige utviklingstrekk etter innføring av samhandlingsreforma.....	13
2.3 Utvikling i talet på pasientar	14
2.4 Pasientforløp etter utskriving.....	17
2.5 Sirkulasjon/gjennomstrauming	20
2.6 Økonomiske insentiv og prioriteringar	22
2.7 Reinnleggingar	23
2.8 Kompetanse, kapasitet og utstyr.....	33
2.9 Samarbeid.....	37
2.10 Jæren Øyeblikkeleg hjelp	43
Vedlegg	48

SAMANDRAG

BAKGRUNN

I januar 2012 tredde fleire av dei sentrale elementa i samhandlingsreforma i kraft, blant anna kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar. Pasientar som skrivast ut frå sjukehuset og som ikkje kan kome seg heim sjølve, meldast kommunen som utskrivingsklare. Dei som har behov for kommunale helse- og omsorgstenester etter utskrivninga, definerast som utskrivingsklare pasientar. Ein pasient er utskrivingsklar når legen på sjukehuset vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta.

Etter innføringa av samhandlingsreforma har kommunen fått ei betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar frå første dag etter at dei er meldt utskrivingsklare. I 2016 må kommunane betale 4500 kroner frå første dag etter at de er meldt utskrivingsklare. Før januar 2012 betalte kommunen 1600 kroner frå den tiende dagen etter ferdigbehandling.

Betalingsplikta gjeld somatikk og behandling av fysiske sjukdomar.

FØREMÅL

Føremålet med prosjektet har vore å vurdere Time kommunens handtering av utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset, samarbeidet med SUS og korleis insentivet virker inn m.o.t. prioritering av brukarane.

Problemstillingane er belyst gjennom ei rekke datakjelder, mellom anna sentrale nøkkeltal, sentrale dokument og intervju. Vi har intervju 13 tilsette i kommunen, 8 sjukehusstilsette og leiar for Jæren Ø-hjelp.

FUNN

Fleire og sjukare pasientar. Det har vore ein kraftig vekst i utskrivingsklare pasientar. Fra 2012 til 2015 har talet auka med 70 prosent, og det ser ut til at veksten held fram ([sjå faktadel](#)).

Samstundes er **pasientane** som kjem **sjukare enn før samhandlingsreforma**. Dei som tidligare ville ha vore på sjukehus til den medisinske behandlinga var avslutta, meldast nå utskrivingsklare så snart ein ser at behandlinga virker og pasienten er i betring.

Det ser ut til at **kommunehelsetenesta har skifta karakter i retning av behandling og pleie, som er meir kortvarig og meir spesialisert.**

Den sterke pasientveksten frå sjukehuset vert i all hovudsak tatt hand om av heime-tenesta. Dei som meldast utskrivingsklare frå SUS får enten rehabiliteringsopphald på

Sivdamheimen eller vert sende heim med oppfølging fra heimetenesta, primært heime-sjukepleien. Ei berekning vi har gjort syner at ein stadig større del av pasientane vert sende heim. I 2012 vart nesten 30 prosent av pasientane sende heim, mens det tilsvarende talet i 2015 var 50 prosent.

Sterk pasientvekst frå sjukehuset og stadig sjukare pasientar har utfordra Time kommune på fleire område. Hovudinstrykket vårt er at kommunen i all hovudsak har handtert desse utfordringane på ein god måte.

Men det kan sjå ut til at oppbygginga av **kompetansen** i heimetenesta ikkje står i forhold til den auka straumen av stadig sjukare pasientar frå sjukehuset. Sjukepleiardekninga i heimetenesta er nokså lik det den var før innføringa av samhandlingsreforma, og dei tilsette i heimetenesta opplever at det er for få sjukepleiarar, spesielt om kveldane og i helgene. Sjukepleiardekninga er spesielt sårbar ved sjukefråver og når fleire pasientar har behov for spesielle sjukepleiarprosedyrar.

Det er også slik at delen med høgskoleutdanning innanfor pleie- og omsorgssektoren er nokså uendra i Time kommune etter innføringa av samhandlingsreforma. Den er også lågare enn i Hå og betydeleg lågare enn i Klepp kommune ([sjå faktadel](#)).

Vi tilrår kommunen å styrke sjukepleiarkompetansen i heimetenesta.

I tilbakemeldingane frå heimetenesta er det fleire som tar til orde for at ein først og fremst treng fleire spesialiserte sjukepleiarar, til dømes kreftsjukepleiarar. Det er utanfor vårt mandat å vere så detaljerte i tilrådingane, men dette er noko kommunen kan vurdere opp i mot behovet.

Ei styrking av sjukepleiarkompetansen er ikkje synonymt med fleire tilsette. Ein kan til dømes tenke seg at ein endrar kompetansesamansettinga, dvs. fleire sjukepleiarar og færre med lågare utdanning. Det har ein gjort ved Sivdamheimen, og det har ein også gjort ved geriatrik avdeling ved SUS. Etter innføringa av samhandlingsreforma auka behandlingstempoet ved denne avdelinga. Dette auka behovet for spesialiserte sjukepleiaroppgåver, noko som resultera i at ein endra kompetansesamansettinga i avdelinga.

Reinnleggingar. Eit sentralt siktemål med samhandlingsreforma og samarbeidsavtalen mellom helseføretaket og kommunane er å sikre gode prosessar for pasientane og kostnadseffektive løysingar som kan gje pasientane eit like godt eller betre tilbod.

Ein mogleg utilsikta effekt av betalingsansvaret for utskrivingsklare pasientar er at talet på reinnleggingar på sjukehus aukar fordi pasientane skrivast raskare ut og er skrøpelegare enn før.

Det har vore ein veldig kraftig vekst i talet på reinnleggingar for dei utskrivingsklare pasientane i Time kommune, og veksten har vore sterkare i Time enn i Hå og Klepp ([sjå](#)

[faktadel](#)). I 2010 var det 12 reinnleggingar for denne pasientgruppa i Time, mens talet hadde auka til 103 i 2015.

I 2015 utgjorde reinnleggingane ein fjerdedel av alle sjukehusinnleggingane for dei utskrivingsklare pasientane. Det ser ut til at eit fåtall av pasientane står for dei aller fleste reinnleggingane og at dei fleste som vert reinnlagt, kjem heimanfrå.

I [faktadelen](#) har vi gått nærare inn på årsakene til at fleire vert reinnlagt. Desse kan delast inn i *faktorar som er vanskelege å påverke* og *faktorar det går an å påverke*. Eit eksempel på det første er at sjukehuset behandlar folk lenger enn før, dvs. at det sjeldan settast kun aldersgrenser for behandlinga. Det fører igjen til eldre og meir skrøpelege pasientar i retur til kommunane.

Både frå kommunen og frå sjukehuset peikast det på at fleire reinnleggingar er uheldige for pasienten og at det kan forhindrast. Det momentet som oftast går igjen i i våre intervju er at planlegginga av enkelte utsette pasientars behandling blir for kortsiktig og at samhandlinga og kommunikasjonen rundt desse ikkje er god nok. For mange av desse pasientane bruker både kommunane og sjukehuset mykje ressursar, tilsynelatande til liten nytte.

Pasientane blir gjerne reinnlagt fleire gonger med same problem som sist og ofte like dårlege gong etter gong. Tiltaka ber gjerne preg av ein ad hoc-tenking i fleire ledd når pasienten etter ei stund vert dårlegare. Eit eksempel på dette: Pasientens tilstand vert forverra og heimetenesta klarer ikkje meir og kontakter lege, lege legg pasienten inn på sjukehuset, sjukehuset behandlar og melder utskrivingsklar, kommunen tar i mot pasienten og sender ho heim etter endt opphald. Så blir pasienten gradvis verre, har dårleg buevne og det same gjentar seg på nytt.

Ad-hoc-tenkinga heng gjerne saman med at sjukehuset har press på seg for å få pasienten utskrivingsklar slik at ein kan ta i mot nye pasientar, mens kommunen har press på seg til å ta i mot dei utskrivingsklare pasientane.

SUS er i skrivande stund i ferd med å tak i denne utfordringa gjennom det såkalte VIP-prosjektet. VIP står for «very important patients». Målsettinga med prosjektet er å lage meir langsiktige planar for pasientar med mange uønska innleggingar for å betre nytta av ressursbruken. Eit sentralt siktemål her er å sikre ei arbeidsdeling og ein handlemåte som bidrar til å unngå at dei kjem så langt ned i funksjonsnivå at det ender med ein unødvendig innlegging.

Vi tilrår kommunen å vurdere å sette i verk lokale tiltak for å hindre unødvendige reinnleggingar.

VIP-prosjektet er i dag i støypeskeia og skal dekke heile Helse Stavangers geografiske nedslagsfelt, dvs. ein folkesetnad på 360 000 innbyggjarar. Vi trur derfor at Time kommune vil kunne profitere på å vere pro-aktiv, og sjølv initiere til nettverksmøter med sjukehuset for pasientar ein meiner bør vurderast for ein VIP-status.

Øyeblikkeleg hjelp. Kommunane har frå januar 2016 hatt plikt til å tilby døgnopphald for pasientar og brukarar med behov for øyeblikkeleg hjelp. Siktemålet med dette er å minske presset på sjukehusa ved å etablere lokale behandlingstilbod. Øyeblikkeleg hjelp er for pasientar med kjent sjukdom og avklart diangose, der risikoen for akutt forverring er liten.

Øyeblikkeleg hjelp-sengene til Time dekkast av Jæren Ø-hjelp, som er eit interkommunalt samarbeid med Sandnes, Klepp og Gjesdal kommune. Gjennomgangen vår tyder på at Jæren Ø-hjelp har fungert veldig godt. Tilbodet er godt kjent blant legane og brukarane er veldig fornøgde. Eininga har også tatt grep for å utvide pasientgrunnlaget, i samråd med SUS.

Til trass for dette er beleggsprosenten bare 56 prosent. Sjølv om dette er høgare enn mange andre plassar, er det likevel lågare enn Jæren Ø-hjelps eigne ambisjonar (75-80 prosent).

I intervjuet er det fleire som meiner at meir bruk av Jæren Ø-hjelp vil kunne forhindre enkelte reinnleggingar. Frå leiar ved Jæren Ø-hjelp får vi opplyst at Klepp kommune for nokre år sidan hadde enkelte pasientar som stod for mange reinnleggingar. Men etter at desse vart innlagde på Jæren Ø-hjelp, opplevde kommunen at det vart færre reinnleggingar på sjukehuset. Dette vart forklart med at pasientane gjerne fekk ligge der ein eller to dagar ekstra etter ferdig behandling.

Meir bruk av Jæren Ø-hjelp vil også for Time kunne vere eit mogleg verkemiddel for å førebygge reinnleggingar.

Prioriteringar. Ein annan mogleg utslakta verknad av utskrivingsinsentivet er at pasientar som skrivast ut frå sjukehuset prioriterast til korttids plass framføre dei som bur heime og mottek heimesjukepleie. Hovudinntrykket vårt i Time er likevel at pasientar frå sjukehuset ikkje prioriterast til korttids plass framføre pasientar som kjem heimanfrå, til trass for at det er eit sterkt økonomisk insentiv for å gjere dette. Det er først og fremst brukarens behov som avgjer prioriteringa.

Men i enkelte periodar er det høgt press på korttids plassane. Dette kan skyldast låg gjennomstrøming i langtidssenger eller høgare etterspurnad etter pleie- og omsorgstenester, eller begge deler. I slike periodar kan det vere vanskeleg å få korttids plass, enten ein kjem frå sjukehuset eller heimanfrå. I desse periodane opplever representantane frå heimetenesta at det ofte er brukarane som bur heime som trekk det kortaste strået.

Samarbeidet med SUS. Intervjua våre tyder på at samarbeid og samhandlinga mellom sjukehuset og Time kommune i all hovudsak fungerer veldig bra. Og det er langt betre nå enn før samhandlingsreforma.

Dei ulike samarbeidsavtalene og samhandlingsstrukturen rundt avtalane synes å vere viktige suksessfaktorar her. Den daglege kontakten og den elektroniske meldingsutvekslinga synes også å fungere veldig bra.

Som vi har vore inne på er det særlig planlegginga og samhandlinga rundt pasientar med mange uønska reinnleggingar som er det viktigaste forbetripunktet. I rapportens faktadel har vi også peika på andre [forbetripunkt](#), som vi ikkje går nærare inn på i samandraget.

Forventingar til det kommunale pleie- og omsorgstilbodet. Det er kommunens ansvar å definere pasientanes omsorgsnivå. I nokre tilfeller definerer likevel dei sjukehusstilsette omsorgsnivået, sjølv om dette skjer sjeldnare enn før samhandlingsreforma. Nokre gonger ber dette preg av at dei sjukehusstilsette ikkje har god nok kunnskap om kommunehelstetenesta.

Den bilaterale hospiteringsordninga er et viktig verkemiddel for å gi partane kunnskap om kvarandre. Gjennomgongen tyder på at det er stadig fleire ved sjukehuset som hospiterer i kommunane, men dei velger sjeldan Time.

Vi tilrår Time kommune å stimulere til at fleire sjukepleiare ved sjukehuset hospiterer i kommunen.

TILRÅDINGAR SAMLA

Vi tilrår Time kommune:

- Å styrke sjukepleiarkompetansen i heimetenesta
- Planleggja meir langsiktige behandlingsforløp for utsette pasientar, i samarbeid med SUS
- Å vurdere å sette i verk lokale tiltak for å hindre unødvendige reinnleggingar
- Å forsøke stimulere til at fleire sjukepleiarar ved sjukehuset hospiterer i kommunen

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rådmannens kommentar, datert 10.11.16:

Rapporten beskriv på ein god og realistisk måte korleis Time kommune har handtert utfordringane med tilpassing av helse-og omsorgstenestene etter samhandlingsreforma vart innført i 2012. Time kommune var godt budd på dei endringane som kom. I tråd med nasjonale og kommunale føringar på vridning frå institusjonsteneste til at folk skal kunna få bu heime lenger, viser det at Time kommune følgjer dette opp på ein god måte. Me har ikkje stor venteliste på heildøgnsinstitusjonsplassar. Og me ser at folk ønskjer å bu heime så lenge som mogleg. Tilsette gir brukarar og pårørande tryggleik på at dei får den hjelpa dei treng heime.

Antal brukarar i heimetenesta har ikkje auka nemneverdig, men oppgåvene som er overførte til kommunen har auka. Nokre av oppgåvene er meir komplekse enn andre og krev høgare kompetanse. Oppgåvene kan variera frå enkle sårskift, antibiotikabehandling til krevjande behandling og omsorgsoppgåver av større omfang.

Den brukargruppa som har vore den største utfordringa for heimetenesta, er auka antal terminale kreftpasientar. Dei ønskjer i større grad å få avslutta livet heime. Det krev høgare sjukepleiekompetanse for å sikra god behandling og fagleg forsvarleg teneste. Me har kreftkoordinator i kommunen som er ein viktig medspelar for brukar og pårørande.

Når me nå opnar to lindrande senger på Sivdamheimen og legeteneste tilknytta, vil dette betra tilbodet til denne gruppa. Fastlegane kan leggja brukarar inn i desse sengene. Med dette tiltaket vil kompetanse på kreft og palliasjonsomsorg auka.

Det er rett slik rapporten seier at det ikkje er nødvendigvis fleire stillingar som trengst, men ein bevisst bruk av kompetansen på riktig plass.

Omsorg har ein kompetanseplan som set ei retning på kva kompetanse me treng. Det er lagt til rette for stipendordningar og permisjonar for å motivera tilsette til å ta vidareutdanning.

Det har vore lita utskifting av personale i heimetenesta samanlikna med institusjon, og dermed færre stillingar som kan gjerast om til høgskulestillingar.

Det ein må først og framst sjå på er korleis høgskule-ressurane er fordelte utover døgnet på dei tre verksemdene for å imøtekoma behovet for sjukepleiarar på kveld og helg.

Jæren øyeblikkeleg hjelp (JØH) har betre dekning enn mange andre tilvarende tilbod i landet, men me er likevel ikkje heilt i mål med å utnytta kapasiteten på denne tenesta som alternativ til innlegging på sjukehus. Det er fastlegane som kan leggja inn pasientar på JØH.

Vi er samd i det rapporten peikar på at reinnleggingar kan reduserast ved bruk av JØH. I tillegg meiner me at reinnleggingar på kreftpasientar i siste fase også vil reduserast ved å bruka Lindrande senger på Sivdamheimen.

Institusjonslegen jobber med å informera fastlegane om å nytta Jæren ø-hjelp og Lindrande senger ved Sivdamheimen i staden for sjukehusinnlegging.

Med ein gong brukaren vert innlagt korttid/rehabiliteringsavdelinga på Sivdamheimen vert brukaren si «reise» planlagt. Frå innlegging til dei er vel heime.

Det er sett igang eit gjennombrotsprosjekt internt i kommunen om pasientløpet med deltakarar frå institusjon, heimetenesta og fysio/ ergoterapitenesta.

Det er eit mål om saumlaust pasientforløp.

Tilrådingane samla i rapporten er eit godt insentiv til å utføra oppgåvene våre på ein endå betre måte der brukarene sine behov vert det førande grunnlaget for alle tenestene våre.

RAPPORTEN

1 INNLEIING

1.1 FØREMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Kontrollutvalet vedtok den 13.06.16 ein forvaltningsrevisjon av samhandlingsreforma.

Føremålet med prosjektet er å vurdere Time kommunens handtering av utskrivingsklare pasientar fra sjukehuset, samarbeidet med SUS og korleis insentivet virker inn m.o.t. prioritering av brukere.

Aktuelle problemstillingar:

- Korleis har **utviklinga i talet på pasientar som er meldt utskrivingsklare** vore etter innføringen av samhandlingsrefomen?
- Korleis skjer **pasientutviklinga** etter utskriving fra sjukehuset?
 - Kva slags tilbod får pasientane i kommunen?
 - Korleis er gjennomstrauminga/sirkulasjonen i korttidsplassane?
 - Kor mange reinnleggingar er det, og korleis har utviklingen vore over tid?
 - I kva grad kan reinnleggingane hindrast?
- I kva grad har kommunen **tilstrekkeleg kompetanse, kapasitet og nødvendig utstyr** til å ta i mot pasientane frå sjukehuset?
- **Korleis fungerer samarbeidet med SUS** i samband med pasientmottak og reinnleggingar?
 - Kva er grensene for kva slags pasientgrupper/ behandlingar kommunen skal kunne handtere?
 - I kva grad har sjukehuset og kommunen ulike forventingar om kva kommunen skal handtere?
- I kva grad spelar det økonomiske insentivet for å ta imot utskrivingsklare pasientar inn på korleis kommunen prioriterer m.o.t. korttidsplass?

I kontrollutvalsmøtet den 13.06.16 peika rådmannen på at **Ø-hjelpsordninga** har mykje å seie i denne samanhengen. Vi er einige i at dette er ein viktig brikke i samhandlinga mellom kommune og sjukehus, og har derfor inkludert ein kort oversikt over Ø-hjelpstilbodet i Time kommune. Vi har sett på beleggsprosenten, synspunkt på tilbodet og i kva grad tilbodet kan utnyttast betre.

Revisjonskriterier og metode blir omtalt i rapportens [vedlegg](#).

2 FAKTABESKRIVELSE

2.1 INNLEIING

I januar 2012 tredde fleire av dei sentrale elementa i samhandlingsreforma i kraft. Dette gjaldt blant anna den kommunale medfinansieringa og den kommunale betalingsplikta for utskrivingsklare pasientar. Kommunal medfinansiering vart avvikla januar 2015.

Pasientar som skrivast ut frå sjukehuset og som ikkje kan komme seg heim sjølve, meldast kommunen som utskrivingsklare. Ein pasient er utskrivingsklar når legen på sjukehuset vurderer at det ikkje er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetenesta.

Etter innføringa av samhandlingsreforma har kommunen fått ei betalingsplikt for utskrivingsklare fra første dag etter at dei er meldt utskrivingsklare. I 2016 må kommunane betale 4500 kroner frå første dag etter at dei er meldt utskrivingsklare. Før januar 2012 betalte kommunen 1600 kroner frå den tiende dagen etter ferdigbehandling.

Betalingsplikta gjeld somatikk og behandling av fysiske sjukdomar. Betalingsplikta gjeld ikkje behandling innan psykisk helsevern eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling eller opphald i private rehabiliteringsinstitusjoner¹.

Kommunen skal varslast dersom pasienten vurderast å ha behov for et helse- og omsorgstilbod etter utskriving. Forholdet mellom kommune og helseføretak regulerast av ein pliktig tenesteavtale.

Føringar. Det fins ein eigen samarbeidsavtale mellom kommunen og helseføretaket om ansvars- og oppgåvefordeling i samband med utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta². Denne gjeld kun somatikk, og inkluderer også pasientar til poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi.

Føremålet med avtalen er å **bidra til gode rutiner for samarbeidet** mellom spesialisthelsetenesta og kommunens helse- og omsorgsteneste om den enkelte pasient, samt å medverke til **betre ressursutnytting** i helse- og omsorgssektoren ved å sørge for at **helsetilbodet blir gitt på rett nivå.**

Avtalen skal bidra med å **klargjere helseføretakets og kommunens ansvar og oppgaver** i samband med opphald i og utskriving frå spesialisthelsetenesta av pasientar innan somatikk.

¹ Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar, § 2.

² Delavtale 5, Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i og utskriving av pasientar fra spesialisthelsetenesta, datert 22. februar 2016.

Avtalen skal bidra til:

- å **klargjere** helseføretakets og kommunens **ansvar og oppgaver** gjennom heile pasientforløpet for at pasienten skal oppleve ein **best mogleg samanhengande helseteneste**
- et godt **løysingsfokusert samarbeid** om pasientar med forventna behov for kommunale tenester etter utskrivning frå spesialisthelsetenesta, slik at pasienten får rett tilbod på rett sted til rett tid
- å sikre ein **effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt** mellom og innanfor behandlings- og omsorgsnivåa
- å redusere risikoen for uheldige hendingar
- å **skape gode pasientforløp** og **kostnadseffektive løysingar** som kan gi pasientane et like godt eller betre tilbod

2.2 NOKRE VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK

2.2.1 SJUKEHUSET BEHANDLAR LANGT FLEIRE PASIENTAR ENN TIDLIGARE

Pasientstraumen til sjukehuset har auka, sjukehuset behandlar langt fleire pasientar enn før samhandlingsreforma. Det har vorte ein større utskiftning av pasientar, og langt fleire pasientar blir behandla ved avdelinga. Eksempel fra geriatrisk: Avdelinga har seksten senger. Før samhandlingsreforma var det nokså vanleg at det i ti av sengene låg pasientar som var ferdig utskrivne og som venta på å få eit tilbod av den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Nå takast dei ut nesten med ein gong: *«i forrige veke var det ingen som venta. Dei takast ut og gis eit tilbod i den kommunale pleie- og omsorgstenesta».*

Alle vi har intervjuar har merka seg denne forskjellen. Ved lungeavdelinga opplevde dei før samhandlingsreforma at enkelte pasientar venta opp mot tre månader på ein kommunal sjukeheimplass (ikkje Time, dette er et generelt poeng). Ein ringte nesten dagleg og fekk høyre at det ikkje var ledig plass i kommunen, noko som førte til at denne pasienten opptok ein sengeplass om kunne vore brukt til behandling.

Også frå ortopedisk sengepost peikast det på at **«tunge sjukeheimspasientar»** blokkera plassane for folk som trengte behandling. Dette har ført til at dei pleiefaglege oppgåvene har blitt lettare på sjukehuset.

I starten etter innføringa av reforma opplevde ein ved observasjons- og behandlingsavdelinga (OBA) at mottaket vart tømt for pasientar om natta. Dette har likevel endra seg: *«Nå er det nesten alltid pasientar her».*

2.2.2 DÅRLEGARE PASIENTAR SKRIVAST UT TIL KOMMUNEN

Pasientane som blir skrivne ut er langt dårlegare enn før samhandlingsreforma. Dette er det brei einighet om i intervjuar, både blant sjukehusrepresentantane og helse-

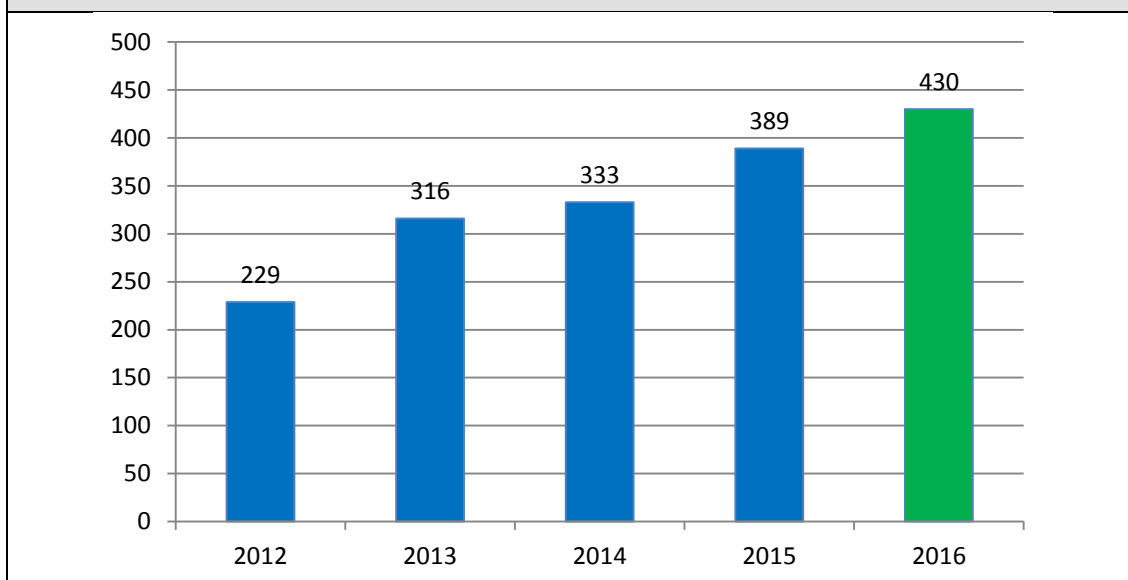
og omsorgspersonellet i kommunen. Eit døme frå lungeavdelinga ved SUS: «*Våre pasientar blir dårlegare og kommunens pasientar blir dårlegare. Vi får fleire intensivpasientar, mens kommunane får fleire pasientane som tidligare blie behandla på sjukehuset.*»

Det blir også peika på at sjukehuset i starten etter innføringa av samhandlingsreforma «*...var veldig aggressive på å få pasientane ut, ofte før dei var avklart. Dei var enormt kjappe. Nå er det blitt betre, det er meir sunn fornuft nå*». Men det er framleis nokre som meiner at enkelte pasientar ennå skrivast ut før dei er tilstrekkeleg avklart.

2.3 UTVIKLING I TALET PÅ PASIENTAR

I figuren under viser vi korleis utviklinga i talet på pasientar som er meldt utskrivingsklare vore etter innføringa av samhandlingsreforma³.

Figur 1 – Utvikling i talet på utskrivingsklare pasientar fra Time kommune, medisinske utskrivningar frå Helse Stavanger (Antall utskrivningar)⁴



- Figuren viser at det har vore ein kraftig vekst i pasientar som skrivast ut fra sjukehuset, og som har behov for helse- og omsorgstenester i Time kommune.
- Fra 2012 til 2015 har pasienttalet auka med 70 prosent.
- Talet for 2016 er eit estimat basera på det månadlege gjennomsnittet for årets sju første månader. Dette indikerer at veksten held fram i 2016.
- I vedleggsdelen fins det ein oversikt over kva slags sjukehusavdelinger denne pasientgruppa har fått behandling i. Det har vore flest behandlingar ved ortopedisk avdeling, men det har også vore mange på avdeling for blod- og kreftsjukdomar, hjerteavdeling og observasjons- og behandlingsavdelinga ([sjå vedlegg](#)).

³ Vi har ikkje tatt med tallene for 2010 og 2011, fordi disse tallene var upålitelige i årene før samhandlingsreforma. Opplyst fra SUS i dette prosjektet og i samband med tidligere forvaltningsrevisjoner.

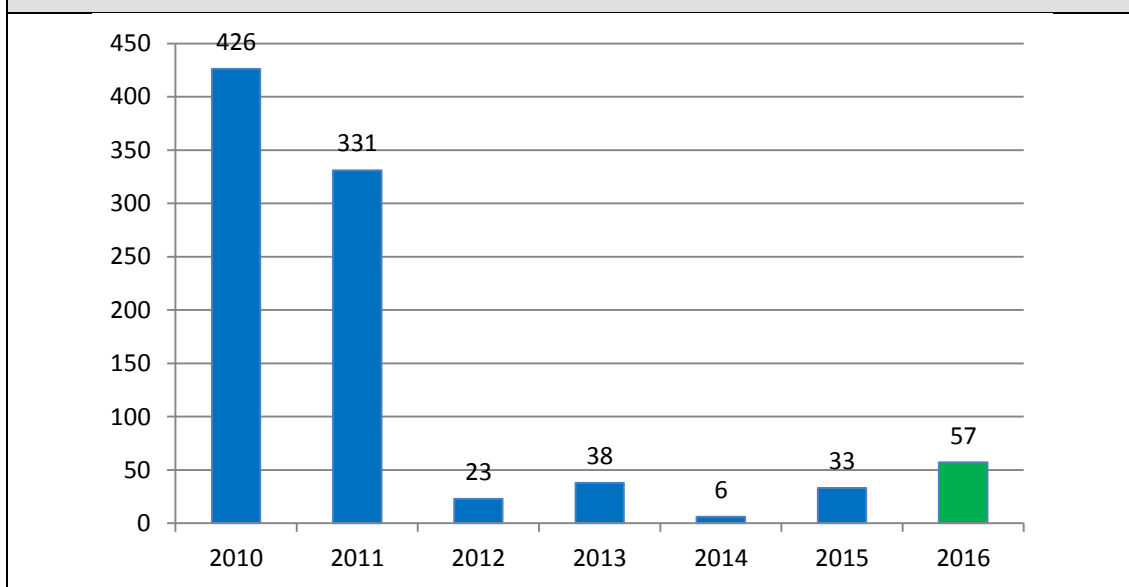
⁴ Tall motteke fra Helse Stavanger i august 2016. Utskrivninger knyttet til rus og psykiatri er ikkje med i tallene. Dette gir hovedbiletet av utviklingen. I 2015 og så langt i 2016 er det kommet hhv. to og fire utskrivningar fra Haukeland universitetssjukehus.

2.3.1 EIT FÅTALL LIGG I SJUKEHUSSENG ETTER UTSKRIVING

Til trass for den kraftige veksten i talet på utskrivingsklare pasientar, og til trass for at pasientane er dårlegare enn før, er det få som ligg i sjukehusseng etter utskriving.

I figuren under ser vi at talet på liggedøgn etter at pasientane er meldt utskrivingsklare er redusert kraftig etter 2012.

Figur 2 – Talet på liggedøgn for pasientar frå Time etter at dei er meldt utskrivingsklare⁵



Tala i figuren over er fra SUS. I realiteten er det faktisk enda færre liggedøgn etter at ein pasient er meldt utskrivingsklar, såkalla betalingsdøgn. For meir om forklaring på forskjellane, sjå fotnote⁶.

Men tendensen er altså lik i figuren og tabellen.

Tabell 1 – Talet på betalingsdøgn og sum betaling for utskrivingsklare pasientar (2016 er eit estimat)⁷

År	2012	2013	2014	2015	2016
Antall døgn	6	12	4	17	28
Sum	24000	49500	16500	71400	126140

⁵ Tal frå Helse Stavanger, motteke 05.08.16. Talet for 2016 er eit estimat for heile året basert på talet på døgn for dei sju første månadene. Det er enkelte avvik mellom kommunens tal og Helse Stavangers tal. Dette blir det gjort greie for under, når vi ser nærare på kor mykje kommunen har betalt for pasientar som har lege på sjukehuset etter at dei er ferdig utskrivne.

⁶ Enkelte faktorar kan føre til færre betalingsdøgn enn talet på liggedøgn etter ferdigbehandling. Eksempel på dette: SUS kan ha meldt ein pasient utskrivingsklar uten å varsle kommunen.

SUS gjer beskjed om utskrivingsklar pasientar, kommunen er klar til å ta i mot, men så har ein ikkje kapasitet til å transportere pasienten heim. I slike tilfelle betaler ikkje kommunen for liggedøgnet.

⁷ Kilde: Tal frå omsorgssjef, 22.08. Per juni 2016 var det 14 betalingsdøgn. Talet i tabellen er eit estimat basera på dei seks første månadene.

Sjuehuskontaktane ved SUS peiker på at Time og Jær-kommunane er raske (og gode) til å ta i mot pasientane som blir skrivne ut.

Det er som regel planlagt dersom dei ligg et døgn til. Då treng kommunen meir tid fordi det eksempelvis er ein del utstyr som må skaffast for å kunne ta i mot pasienten på ein god måte. Dette blir det også peika på frå kommunen: Dersom pasientar blir liggande eitt eller fleire døgn på sjukehuset etter ferdig utskriving, er dette resultat av eit bevisst val. Som regel skyldast dette at ein frå kommunen si side ikkje vurderer det som fagleg forsvarleg å ta imot pasientane, fordi ein ikkje har den nødvendige medisinske kompetansen. Eit eksempel kan vere at det ikkje er lege tilgjengeleg, så velger ein i staden å la pasienten ligge på sjukehus. Det er «...godt grunngeve når vi ikkje kan take i mot.»

I nokre tilfelle treng kommunen opplæring for å kunne følge opp bestemte pasientar etter utskriving. Sjukehuset er pliktig til å gje kommunen opplæring og som regel kjem dei på kort varsel. Men nokre gonger kjem pasientane om ettermiddagen og ein rekk ikkje å organisere eit opplæringsopplegg før dagen etterpå.

Frå kommunen peikast det også på at sjukehuset har vorte betre til å undersøke om kommunen har den nødvendige kompetansen for å ta vare på pasienten. Før måtte kommunen i større grad etterlyse dette, mens nå er sjukehuset meir på tilbodssida.

Fleire ved sjukehuset gjev uttrykk for at dei er imponerte over kor raskt dei utskrivne pasientane blir tilbakeført og handtert av kommunane. Samhandlingssjefen sa det slik: «Før hadde vi førti til seksti pasientar til ein kvar tid som var ferdig utskrivne, og som det ikkje var plass til i kommunane. Nå er det ein ikkje-situasjon, det skjer sjeldan. Denne endringa kom veldig fort etter innføringa av samhandlingsreforma» Samstundes spør ein seg kvifor ikkje denne endringa skjedde før.

Det blir også peika på at kommunane er «meir på hogget» m.o.t. kva dei kan tilby av helse- og omsorgstenester, for eksempel kva slags sjukepleie og behandling som kan ystast heime.

2.3.2 VURDERING

Det har vore ein kraftig vekst i utskrivingsklare pasientar etter at samhandlingsreforma tredde i kraft. Likevel er talet på liggedøgn på sjukehuset etter utskriving redusert kraftig etter 2012.

Dette tyder på to ting:

- Det økonomiske insentivet har fungert svært godt,
- og Time kommune har i stor grad greid å ta i mot pasientane same dag dei er meldt utskrivingsklare, til trass for sterk pasientvekst.

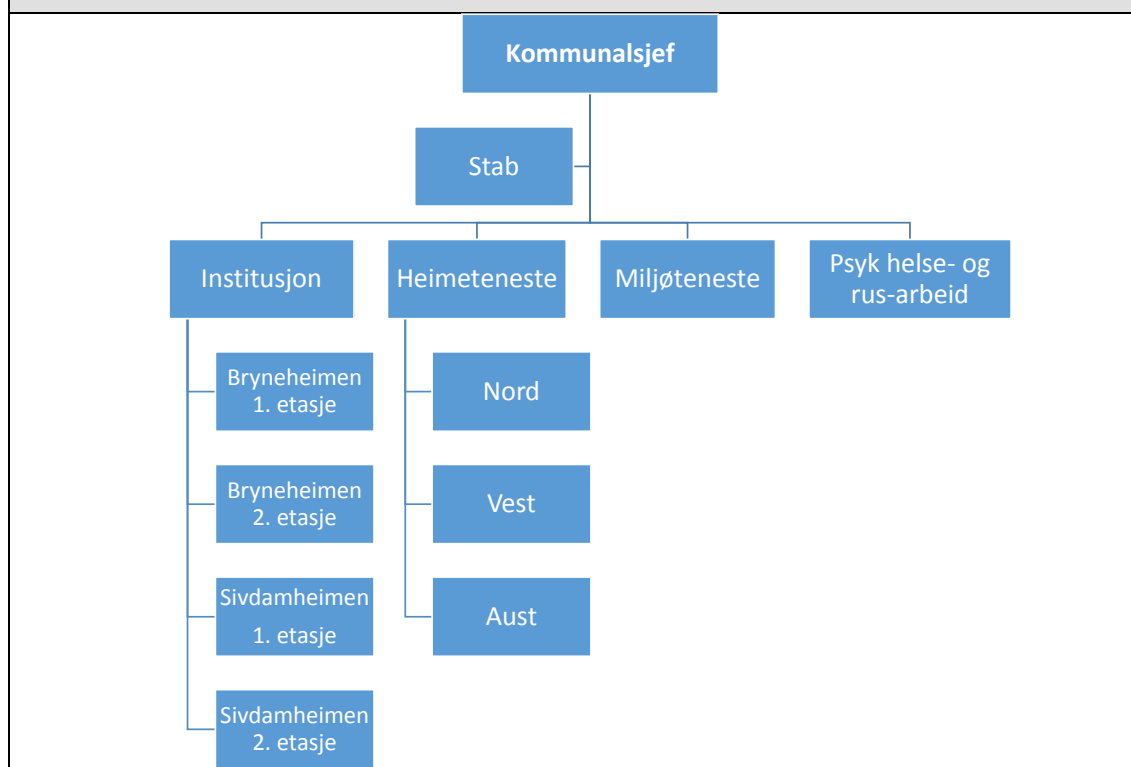
2.4 PASIENTFORLØP ETTER UTSKRIVING

2.4.1 ORGANISERING AV OMSORGSSEKTOREN I TIME KOMMUNE

I figuren under viser vi ei forenkla utgåve av organiseringa av omsorgssektoren i Time kommune.

Vi har bevisst bare tatt med underorganiseringa innanfor institusjon- og heimetenester, ettersom pasientane som kjem frå SUS får oppfølging fra ein av desse tenestane.

Figur 3 – Organisasjonskart omsorgssektoren, forenkla med fokus på institusjons- og heimetenester



2.4.2 REHABILITERINGSOPPHALD ELLER HEIMESJUKEPLEIE

Dei som meldast utskrivingsklare fra SUS får enten eit korttidsopphald på rehabiliteringsavdelinga eller vert sende heim med oppfølging fra heimetenesta, primært heimesjukepleie.

Time kommune har to sjukeheimar: Sivdamheimen har korttids-/rehabiliteringplassar og plassar for demente, mens Bryneheimen har langtidsopphald. I 2010 og 2011 hadde Time kommune 11 korttidsplassar og frå 2012 har det vore 20 korttidsplassar ved Sivdamheimen. Det er rehabiliteringsavdelinga ved Sivdamheimen som tek i mot dei utskrivingsklare pasientane frå SUS. Dei aller fleste av pasientane som har eit rehabiliteringsopphald er dei som er meldt utskrivingsklare frå sjukehuset. **I tabellen under viser vi talet på opphald fordelt på de ulike tenestetypene ved Sivdamheimen.**

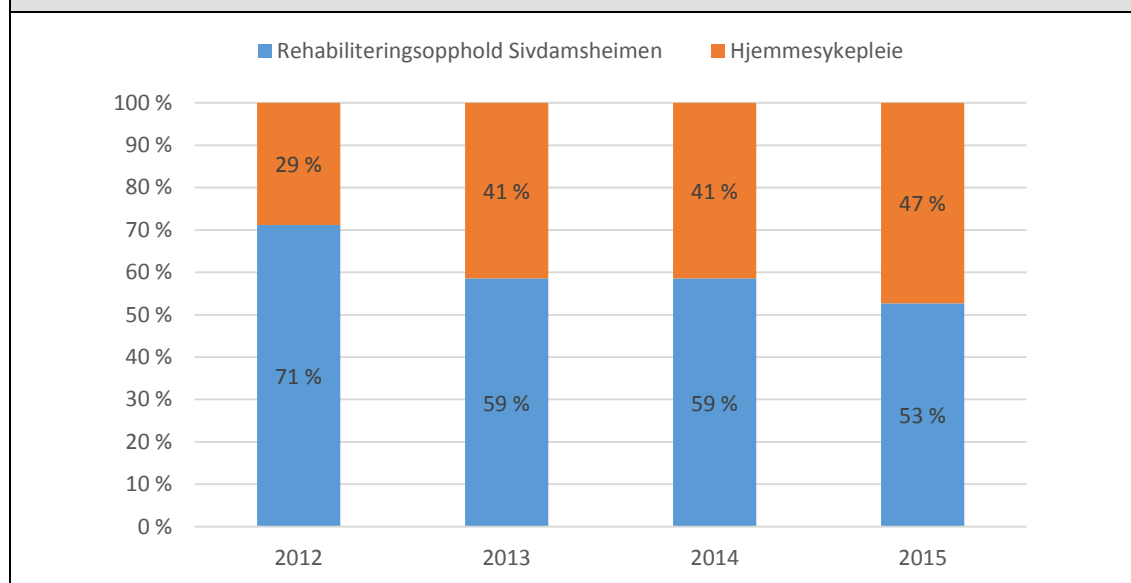
	2012	2013	2014	2015	Per 18.08.2016
Korttid - Avlastning	13	19	13	16	22
Korttid - Rehabilitering	172	195	205	216	123
Korttid - Rullerande/veksel	8	4	3	7	31
Korttid - Utredning/behandling	1	3	14	8	7
Langtid	49	47	38	37	15

Time kommune har ikkje historiske tal som viser korleis pasientforløpet har endra seg etter innføringa av samhandlingsreforma⁸. Difor har vi gjort ein berekning av dette. Berekninga er i all hovudsak basera på utskrivingstala frå Helse Stavanger og tal på rehabiliteringsopphald i Time kommune⁹.

2.4.3 DEN STØRSTE VEKSTEN TAS HAND OM AV HEIMETENESTA

Sjølv om desse tala ikkje er hundre prosent korrekte, gjev dei etter vår mening likevel eit godt bilete av utviklinga frå 2012 til 2015. Den sterke veksten i antall pasientar som blir skrivne ut frå SUS vert i all hovudsak tatt hand om av heimetenesta.

Figur 4 – Delen av utskrivne fra SUS som blir skrivne ut til heimetenester eller rehabiliteringsopphald (estimat)



⁸ Kommunen har tal for 2015.

⁹ Basert på utskrivingstal frå sjukehuset, motteke i august 2016 og talet på rehabiliteringsopphald, motteke av kommunen 18.08.16, tatt ut fra fagsystemet Profil. Vi har gjort et estimat fordi det ikkje føreligg historiske tal på dette i kommunen for andre år enn i 2015. Estimaten er basera på at talet på avmeldingar er teke ut av tala frå sjukehuset, noko tala frå kommunen frå 2015 tyder på. Vi er informert om at folk som bur heime av og til får rehabiliteringsopphald, men at hovuddelen kjem frå sjukehuset. Vi har lagt til grunn at fem prosent av rehabiliteringsopphalda kvart år gjes til dei som kjem heimanfrå. Dette utgjer om lag 10 opphald i året. I det talet som får heimetenester er også tenestae tryggingssalarm, matombringning og heimhjelp. De fleste som får heimetenester av utskrivne pasientar har heimesjukepleie.» (tilbakemelding frå omsorgssjef, 22.08.16).

Det kjem enkelte pasientar frå andre helseføretak, for eksempel Helse Bergen. Tilbakemeldingane tyder på at desse utgjer ein veldig liten del og at hovudstraumen kjem frå SUS. Difor har vi sett bort frå desse i denne framstillinga.

2.4.4 I ALL HOVUDSAK EI VILLA UTVIKLING...

Tilbakemeldingane i intervjuar tyder på at dette i all hovudsak er ei villa utvikling. Pasientane vil som regel heim og tiltaksteam/fagkonsulent vurderer alltid først om pasienten kan reise heim: «*Kan dei klare seg heime med hjelp? Det er alltid det første spørsmålet som stillast. Dei får avslag på korttid dersom vi meiner at dei kan klare seg heime*».

Intervjuar tyder altså ikkje på at denne utviklinga er eit uttrykk for at det ikkje er kapasitet på Sivdamheimen. Hovudinntrykket vårt er at det i all hovudsak er god nok kapasitet der til å ta i mot dei pasientane fra sjukehuset som har behov for eit rehabiliteringsopphald.

2.4.5 ...MEN HØGT PRESS PÅ KORTTIDSPLOSSANE I NOKRE PERIODAR

Men fleire peiker på at det i enkelte spesielle periodar har vore eit høgt press på plassane og vanskeleg å få plass, for eksempel for om lag eitt år siden. Frå heimetenesta hevdast det blant anna at dette førte til at «*alt for dårlege pasientar vart sende heim, noko som førte til reinnleggingar og det heile*.» I intervjuar peikast det på at ein viktig årsak til dette var ein lågare gjennomstrauming i langtidssengene enn det som var vanleg, gjerne kombinert med sesongmessige variasjonar i etterspurnaden etter hels- og omsorgstenester. Lågare gjennomstrauming i langtidssenger fører til at ein del pasientar venter på langtidsplass i ei korttidsseng (såkalla «*blokkeringar*»), noko som går utover tilgjengelegheten til ein korttidsplass.

2.4.6 «BLOKKERINGAR»

I figuren under har vi illustrert dette. Denne viser ikkje dei månadlege, men dei årlege variasjonane. Vi ser at 2015 og spesielt 2013 skiller seg ut som dei åra det er flest «*blokkeringar*». Kor mange blokkeringar det er har samanheng med både kor mange som har behov for ein langtidsplass og den ledige sengekapasiteten ved avdelinga.

Tabell 2 – Talet på korttidsplasser og blokkeringar.				
År	2012	2013	2014	2015
Tal på korttidssenger	20	20	20	20
"Blokkeringar"	4,8	7,5	4,1	5,3
Andel blokkeringar	24 %	38 %	20 %	27 %
Reell korttidskapasitet	15,2	12,5	15,9	14,7

Intervjuar tyder på at det samla sett er eit høgt press på både heimetenester og rehabiliteringsavdelinga. Dette gjev ulike utfordringar. For heimetenesta er utfordringane eller usikkerheita i første rekke knytt til mengde, dvs. kor mange pasientar ein må handtere på ein gong. For rehabiliteringsavdelinga er mengda eller talet på pasientar nokså konstant, mens utfordringane i første rekke er knytt til utskiftningstempoet.

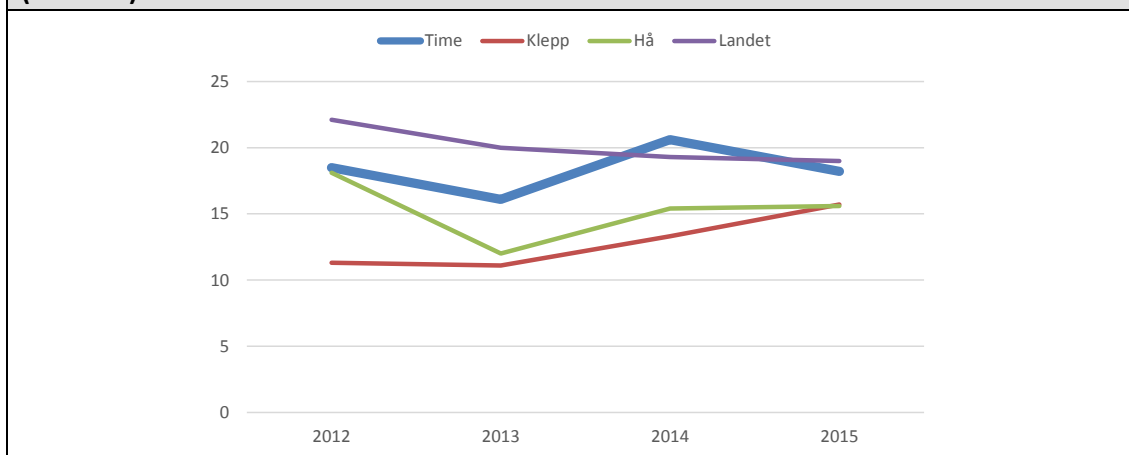
I tillegg kjem sjølvsagt variasjonsbredda i dei ulike pleiefaglege utfordringane både rehabiliteringsavdelinga og heimesjukepleien støyter på.

2.5 SIRKULASJON/GJENNOMSTRAUMING

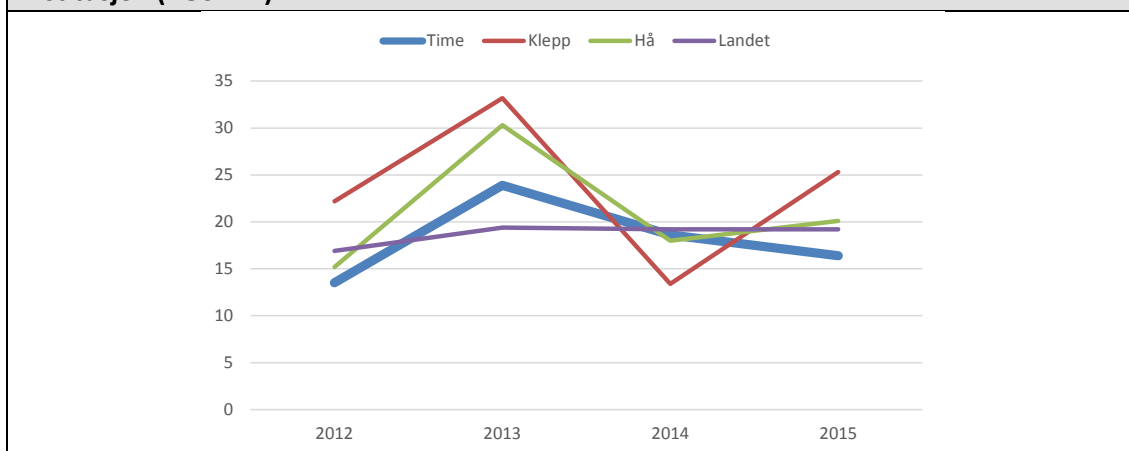
Sirkulasjon i korttidssengene er viktig for å kunne handtere pasientane på ein god måte. Dersom det er god sirkulasjon i korttidssengene, aukar dette tilgjengeligheita til sjukeheimplassar. Dette gir betre moglegheiter for å kunne handtere pasientstraumen frå sjukehuset og for at brukarane skal kunne bu heime lengst mogleg (og redusere behovet for langtids plass).

I figurane under ser vi nærare på korleis Time kjem ut samanlikna med nabokommunane og landssnittet.

Figur 5 – Gjennomsnittleg tal på opphaldsdøgn per tidsbegrensa opphald i institusjon (KOSTRA)¹⁰



Figur 6 – Gjennomstrøming opphald per plass 31.12 på tidsbegrensa opphald i institusjon (KOSTRA)



¹⁰ Avlastningsopphald er ikkje med i tala.

KOSTRA-tala tydar på at eit gjennomsnittleg korttidsopphald i Time er på nivå med landssnittet dei to siste åra, men dei varar lengre enn i dei to nabokommunane. Eit nokså likt bilete viser seg m.o.t. talet på opphald per plass¹¹. Vi ser at gjennomstrauming varierer litt frå år til år, og at den har gått litt ned sidan 2013, dvs. at det er blitt nokre færre opphald per plass.

KOSTRA-tala er nokså grovkorna og gjev ikkje eit presist bilete av gjennomstrauminga i rehabiliteringsplassane, der pasientane frå sjukehuset hamnar.

Det blir peika på at det er **om lag ti korttidsplassar** som reknast som rehabiliteringsplassar ved Sivdamheimen. Dette talet er ikkje fast, det varierer litt m.o.t. antall personar som har avlastning/vekselopphald og kreftpasientar som får palliativ behandling. Der- som vi legg dette talet til grunn, fører det til at talet på opphald i kvar rehabiliteringsseng har auka gradvis dei siste åra, frå drøyt 17 i gjennomsnitt per seng i 2012 til knapt 22 i gjennomsnitt per seng i 2015.

Det gjennomsnittlige talet på dagar per rehabiliteringsopphald ligg mellom 21 og 17 dagar dei siste tre åra.

Parallelt med denne forvaltningsrevisjonen arbeider vi med ein tilsvarende forvaltningsrevisjon i Bærum kommune. Måлтаlet for det gjennomsnittlige talet på dagar i ei rehabiliteringsseng i Bærum er på 28 dagar, og dei siste seks kvartala har snittet variert frå 28 til 44 dagar.

2.5.1 OPPSUMMERING

I periodar har det vore høgt press på korttidsplassane i Time kommune. Ei viktig årsak til dette var ein lågare gjennomstrauming i langtidsengene enn det som var vanlig, gjerne kombinert med ein større etterspurnad etter helse- og omsorgstenester. Dette bidrar til såkalla «blokkeringar», dvs. at ein del pasientar på langtids plass venter i ei korttidsseng, noko som reduserer tilgjengelegheita til ein korttidsplass for dei som er i målgruppa. Frå 2012 til 2015 har i gjennomsnitt drøyt fem korttidsplasser vore belagt med langtids pasientar.

Eit gjennomsnittleg korttidsopphald i Time er på nivå med landssnittet, men varer lenger enn i nabokommunane. Gjennomstrauminga varierer litt frå år til år, og den er gått litt ned sidan 2013, dvs. at det har vorte litt færre opphald per plass (KOSTRA).

KOSTRA-tala er likevel nokså grovkorna og gjev ikkje eit presist bilete av gjennomstrauminga i rehabiliteringsplassane, der pasientane frå sjukehuset hamnar.

¹¹ I utgangspunktet skulle ein tru at bilete i dei to figuraene var spegelbilete. Grunnen til at det likevel ikkje er slik kan henga saman med forskjellar i dekningsgradar eller rapporteringstidspunkt. Dei siste åra har den total dekningsgrad på korttidsplassane variert frå 86 til 96 prosent.

Gjennomstrauminga i rehabiliteringssengene er betydelig høgare i Time enn i Bærum kommune, som vi har liknande tal frå. Det er vanskeleg å seie noko sikkert om kva som kan vere årsakane til dette. Sjølv om vi begge stader har tal frå «reine» rehabiliteringsplassar, og eventuelle «blokkeringar» vert heldne utanfor, kan det likevel tenkast at det er skilnadar i pasientanes behov. Det er derfor vanskeleg å trekke bastante konklusjonar.

2.6 ØKONOMISKE INSENTIV OG PRIORITERINGAR

Ein mogleg utilsikta verknad av utskrivingsinsentivet er at pasientar som skrivast ut frå sjukehus vert prioritert til korttidsplass framføre dei som bur heime og tek imot heime-sjukepleie.

Dei aller fleste av dei intervjuja meiner at pasientar fra sjukehuset ikkje vert prioritert framføre pasientar som kjem heimanfrå. Det kjem flest pasientar frå sjukehuset til korttidsplassane, men det blir peika på at ein i kommunen er bevisst på å prioritere dei som bur heime. Det hevdast at ein heller betaler for at enkelte pasientar blir liggende nokre dagar etter utskrivning enn å nedprioritere dei som bur heime, og som har behov for ein korttidsplass.

Heimetenesta opplever at pasientar heime innimellom blir nedprioritert til føremon for dei som kjem frå sjukehuset, men dette er som regel i periodar der det er stort press på korttidsplassane. Høgt press på desse plassane oppstår gjerne når pasientvolumet frå SUS aukar, når sirkulasjonen i langtidsplassane er låg eller når behovet for avlastning heime aukar. Presset blir naturleg nok spesielt stort i periodar der desse faktorane inn-treff samstundes, og det er gjerne i slike fasar der det kan vere utfordrande å prioritere.

Både leiare og tilsette i heimetenesta synes det kan vere vanskeleg å få korttidsplass for dei som bur heime i slike fasar. Nokre gonger opplever dei at pasientane må innom sjukehuset for å få ein plass på sjukeheimen.

Avlastningsopphald er for personar som har spesielt tunge omsorgsoppgåver heime, og det kan enten vere for dei sjølve eller for den dei pleier. Eit eksempel på dette er gamle og til dels sjuke menneske som pleier sine ektefeller, som er slitne og treng avlastning, men som ikkje befinn seg i ien krisesituasjon. Gjennom eit avlastningsopphald ivaretas desse brukarane med med ferie og «*eit pusterom i kvardagen.*» Avlastningsopphald kan vere med å sikre at folk kan bu lenger heime, og dermed førebygge behovet for ein langtidsplass.

I figuren under ser vi på utviklinga i talet på avlastnings- og rulleringsopphald. Sistnemde er for heimebuande personar som har behov for jevnlege korttidsopphald for å mestre kvardagen og for å kunne bu heime lengre. Vi ser at det er ei betydeleg auke i begge typer opphald det siste året.

Tabell 3 – Antall ulike typer av institusjonsopphald, utvikling over tid¹²

	2012	2013	2014	2015	Per 18.08.2016
Korttid - Avlastning	13	19	13	16	22
Korttid - Rehabilitering	172	195	205	216	123
Korttid - Rullerande	8	4	3	7	31
Korttid - Utredning/behandling	1	3	14	8	7
Langtid	49	47	38	37	15

Det har vore ein del årlege variasjoner i kor mange avlastingsopphald som gis. Dei siste tre åra har det vore ein oppgong, spesielt i 2016. Frå leiar ved Sivdamheimen får vi opplyst at dette skyldast eit stigande behov for denne tenesta. Det er fleire pårørande som har behov for avlastning frå omsorgsoppgåvene heime.

2.6.1 VURDERING

Pasientar frå sjukehuset blir i all hovudsak ikkje prioritert til korttidsplass framføre pasientar som kjem heimanfrå, til trass for at det er et sterkt økonomisk insentiv for å gjere dette. Det er først og fremst brukarens behov som avgjer prioriteringa.

Vi bygger denne konklusjonen på hovudinntrykket frå våre intervjuer og på at det er blitt fleire korttidsopphald for dei som bur heime dei siste åra, spesielt i 2016.

Men i enkelte periodar er det høgt press på korttidsplassane. Dette kan skyldast låg gjennomstrauming i langtidssenger eller høgare etterspurnad etter pleie- og omsorgstenester, eller begge deler. I slike periodar kan det vere vanskeleg å få korttidsplass, enten du kjem frå sjukehuset eller heimanfrå. Og i desse periodane opplever representantane frå heimetenesta at det ofte er brukarane som bur heime som trekk det kortaste strået.

2.7 REINNLEGGINGAR

Eit sentralt siktemål med samhandlingsreforma og samarbeidsavtalen med helseføretaket og kommunane er å sikre gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gje pasientane eit like godt eller betre tilbod.

Ein mogleg utilsikta effekt av betalingsansvaret for utskrivingsklare pasientar er at talet på reinnleggingar på sjukehus aukar fordi pasientane vert skrivne raskare ut og er skrøpeligare enn før.

I debatten om samhandlingsforma har ein del kommunar hevda at sjukehusa skriv ut pasientane tidligere enn før, noko som fører til sjukare pasientar i primærhelsetenesta,

¹² I 2012 klarte ikkje Time kommune å fylle opp korttidsplassane og enkelte plassar vart selde til Sandnes. Totalt hadde pasientar frå Sandnes åtte korttidsopphald. Tala er tatt ut frå fagsystemet Profil, 18.08.

som igjen betyr fleire reinnleggingar og svingdørspasientar. I denne gjennomgangen har vi sett nærare på nøkkeltala frå SUS for å sjekke om det faktisk er slik.

Ei reinnlegging er definert som øyeblikkeleg hjelp-innlegging i løpet av dei 30 første dagane etter siste innlegging. Ei reinnlegging har altså ein tidsdefinisjon, og fanger ikkje opp om reinnlegginga gjeld same forhold som det ein vart lagt inn for første gong.

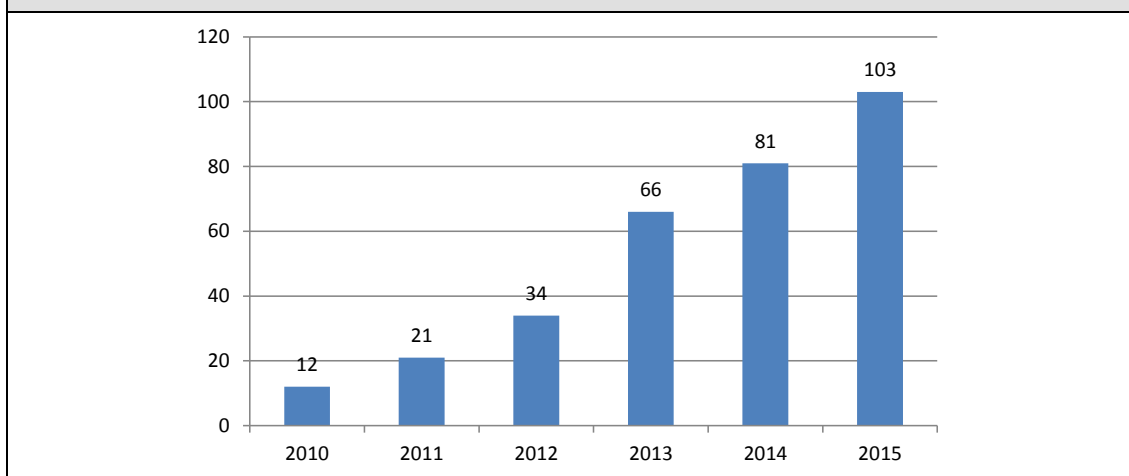
Dette tyder at det reknast som ei innlegging dersom ein person som har vore innlagt for blindtarmbetennelse, brekker foten tjue dagar etterpå. Det bør samstundes understrekast at denne type hendingar sjeldan førekjem, og at dei fleste reinnleggingar er innleggingar som er knytt til same problem som vedkomande først blei innlagt for.¹³

Dette er altså ein metodisk svakhet i talmaterialet, men den gjev truleg nokså små utslag.

2.7.1 KRAFTIG ØKNING I ANTALL REINNLEGGINGAR

Figruen under viser at det har vore ei kraftig auke i talet på medisinske reinnleggingar for dei utskrivingsklare pasientane.

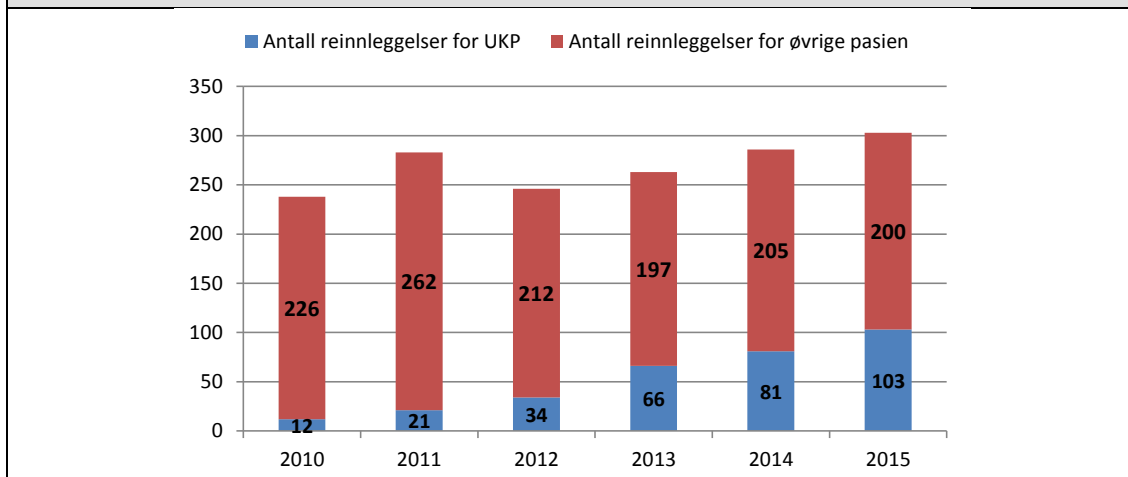
Figur 7 – Reinnleggingar av utskrivingsklare pasientar frå Time kommune – utvikling over tid¹⁴



Vi minner om at dei utskrivingsklare pasientane består av pasientar med behov for oppfølging frå kommunens helse- og omsorgstenester etter endt sjukehusopphald, dvs. dei aller svakaste pasientane. I figuren under samanliknar vi denne gruppa med øvrige pasientgrupper, dvs. deg og meg.

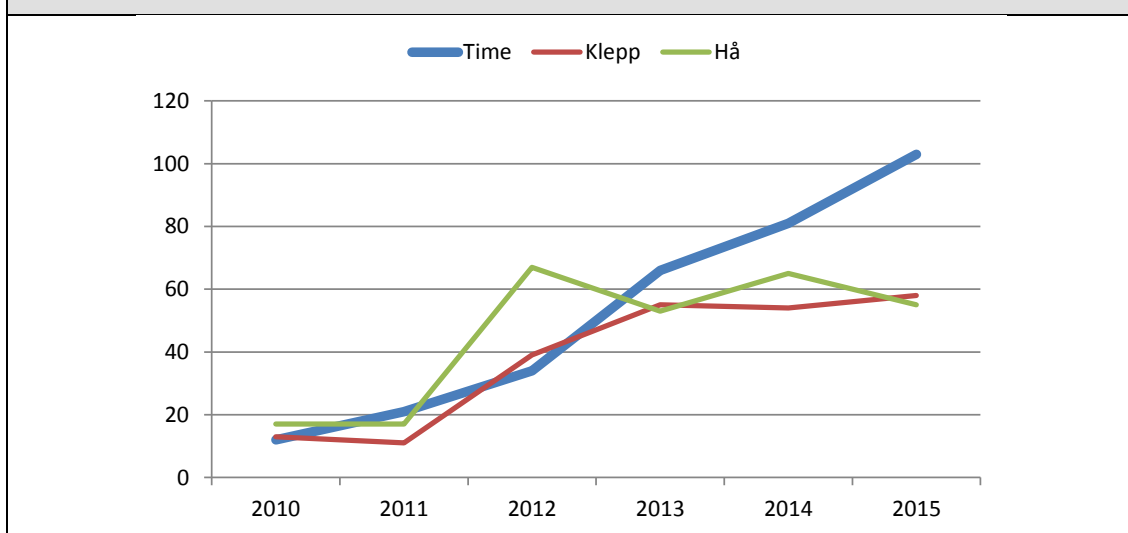
¹³ Opplyst i intervjuer.

¹⁴ Tal fra Helsedirektoratet, tatt ut 04.08.16.

Figur 8 – Talet på reinnleggingar for utskrivingsklare pasientar frå Time kommune samanlikna med reinnleggingar av øvrige pasientgrupper frå kommunen¹⁵

Vi ser at reinnleggingane for de utskrivingsklare pasientane utgjer ein stadig større del av det totale talet på reinnleggingar blant innbyggjarar frå Time kommune. I 2010 utgjorde denne pasientgruppa 5 prosent av reinnleggingane, i 2015 utgjorde den over ein tredel.

I figuren under samanliknar vi Time med Klepp og Hå kommune. Her samanliknar vi utviklinga i talet på reinnlegging blant dei utskrivingsklare pasientane.

Figur 9 – Tal på reinnleggingar av utskrivingsklare pasientar – samanlikningar¹⁶

Vi ser at det er ein betydeleg vekst i alle tre kommunane fram til 2012. I Time fortset veksten dei etterfølgjande åra, mens vi ser ein utflating etter 2012 i Hå og Klepp.

I figuren under har vi berekna kor mange medisinske reinnleggingar det er i prosent av talet på utskrivne pasientar til Time kommune. Vi starter i 2012 fordi utskrivningstala før

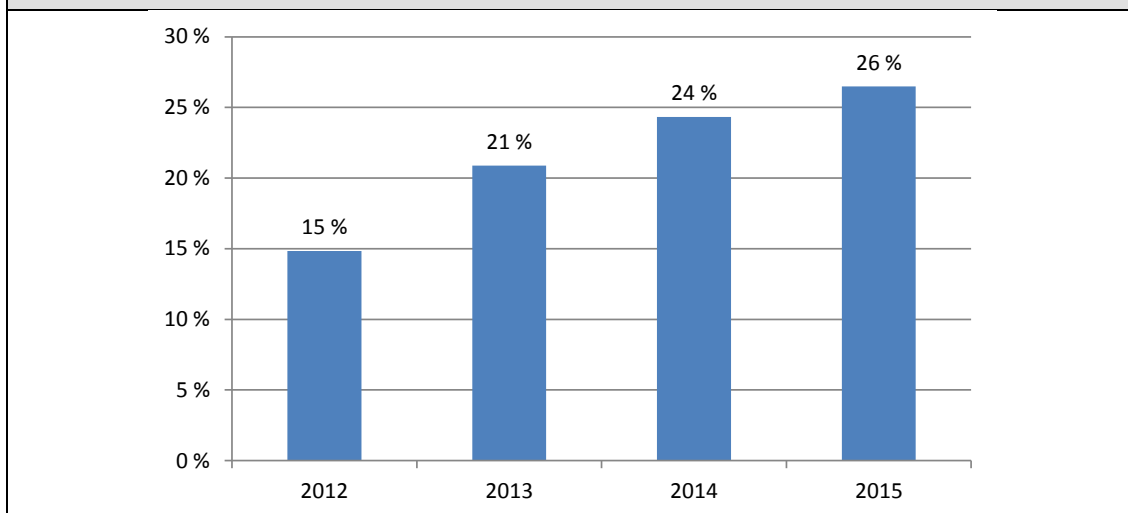
¹⁵ Same kilde.

¹⁶ Same kilde.

det er upålitelege¹⁷. Trenden er likevel tydelig. Delen av reinnleggingar i denne pasientgruppa har auka kraftig sidan 2012.

I 2012 vart cirka ein av sju utskrivingsklare pasientar reinnlagt, mens i 2015 endte meir enn kvar fjerde utskrivning med ei reinnlegging. Dette til trass for at talet på utskrivningar i denne pasientgruppa har auka kraftig dei siste åra. Sjå illustrasjon under.

Figur 10 –Reinnleggingar i prosent av talet på utskrivne pasientar i Time kommune¹⁸



2.7.2 IKKJE EINTYDIG NEGATIVT

Vi ønsker samstundes å peike på at det er ikkje sikkert at ei reinnlegging i nokre høve kan vere positivt. Dette forklarast i punktene under.

- Ei reinnlegging kan vere eit resultat av ein såkalla open kontakt, som er eit tilbod og eit gode for pasienten. Kort fortalt er dette tilbodet til dei som på grunn av sjukdom eller sjukdomsutvikling kan forvente behov for sjukehusinnlegging. Det skal vere eit supplement, og ikkje ein erstatning, for primærhelsetenestas tilbod om omsorg og behandling. Det er vanleg at kreftpasientar som har fått cellegift, strålebehandling eller annan kreftbehandling får eit slikt tilbod.
- I nokre tilfelle er det langt betre for både pasient og dei som venter på sjukehusbehandling at ein pasient har nokså hyppige og kortare innleggingar i staden for færre lengre innleggingar.
- Eit anna moment som fleire peiker på er at sjukehusbehandlinga er for rask, at enkelte pasientar skrivast ut for tidlig, og at ein del reinnleggingar kunne vore unngått dersom pasientane hadde fått ligge lengre på sjukehuset, dvs. lengre behandlingstid. Men dette ville i så fall bety at færre vert behandla på sjukehuset.

¹⁷ Opplyst frå SUS.

¹⁸ Reinnleggingstala er frå Helsedirektoratet, inkluderer bare medisinske reinnleggingar, og er tatt ut 04.08.16. Talet på utskrivningar har vi fått frå SUS den 05.08.16.

Men like fullt tyder intervju med kommunerepresentantar og sjukehusrepresentantar på at det er ein rekke uønska reinnleggingar. **Det avgjerande her er å skille mellom ønska og uønska reinnleggingar, sjølv om statistikken ikkje opererer med eit slikt skille.**

Både frå kommunen og frå sjukehuset peikast det på at fleire reinnleggingar kan førebyggjast.

I intervju spurte vi kommunetilsette og sjukehusstilsette om kva dei trudde var den viktigaste årsaken til reinnleggingane, kva som er grunnen til at det veks kraftigare i Time enn dei to nabokommunane, og kva ein kunne gjere for å forhindre dei.

2.7.3 KJENNETEIKN VED DEI SOM BLIR REINNLAGT

Som vi har vore inne på over, er pasientar som både har somatiske, psykiatriske og/eller rusrelaterte lidingar utfordrande å ta vare på på ein god måte for mange kommuner. Intervju tyder på at dette også er ei gruppe som står for mange av reinnleggingane. Andre grupper som ofte blir reinnlagt nokså hyppig er pasientar som har KOLS, unge MS-brukare og kreftpasientar.

Høsten 2015 gjorde inntaksteamet ein gjennomgong av reinnleggingane det siste halvåret. Denne gjennomgangen viste at fem av pasientane stod for mellom 80 og 90 prosent av kommunens reinnleggingar.

Intervju tyder på at de aller fleste som blir reinnlagt kjem heimanfrå, men det føreligg ikkje tal som kan bekrefte dette.

2.7.4 ÅRSAKER TIL REINNLAGGINGAR

FAKTORAR SOM ER VANSKELEGE Å PÅVERKE

Folk blir behandla lenger ved sjukehuset. Før satte sjukehuset i større grad aldersmessige begrensingar for å kunne operere ein pasient. Det gjer ein ikkje lenger, nå er det funksjonsnivået som avgjer om ein veljer å operere. Fordi sjukehuset behandlar folk lenger, kjem det også meir kompliserte pasientar som kommunen må gje eit helse- og omsorgstilbod¹⁹.

Pasientane blir behandla raskare. Gjennomsnittleg behandlingstid for alle pasientar frå Time er gått ned frå 4,7 til 4,2 dagar frå 2012 til 2016. Vi har ikkje tilsvarande tal for dei utskrivingsklare pasientane, dvs. dei som treng vidare oppfølging frå kommunen.

¹⁹ Opplyst frå informantene frå SUS.

Før samhandlingsreforma var pasientane i stor grad ferdigbehandla når dei vart sende til kommunen. Nå er det sjelden behandlinga avsluttast på sjukehuset, det er ofte kommunen som får ansvaret for å videreføre og avslutte behandlinga (for eksempel antibiotika).

FAKTORER DET GÅR AN Å PÅVERKE

Dette oppsummerast i punkta under:

- **Planlegginga av enkelte utsette pasientars forløp blir for kortsiktig og samhandlinga rundt desse er ikkje god nok. Dette synest å vere ein nøkkelfaktor, og er eit av dei momenta som går igjen flest gonger i intervju, både på sjukehuset og i kommunen.** Men det er også ein slags oppsummering eller overordna poeng m.o.t. til punkta over. Ein av dei intervju frå SUS sa det slik: *«Pasientar sendast heim uten at ein sett av tilstrekkeleg tid til å prate med dei om vegen vidare. Det er viktig at det er ein plan for kva som skal skje vidare.»* Vi kjem nærare inn på dette i neste avsnitt.
- **Enkelte pasientgrupper er vanskelege å ta vare på og sikre gode pasientforløp, og som gjerne hamnar «mellom to stolar».** Dette er pasientar som har ein kombinasjon av rusproblem, psykiatriske lidingar og somatiske lidingar. For kommunen er det vanskeleg å ta vare på desse på ein god måte fordi dei ikkje kan bu på institusjon saman med andre, samstundes som dei har dårleg buevne. Så blir dei innlagt på sjukehuset. Men opphaldet blir som regel kortvarig fordi sjukehuset meiner at diagnosen/problemet er avklart, noko som resulterer i rask utskrivning²⁰.
Fra sjukehuset peikast det på at mange kommunar ikkje klarer å følge opp desse pasientane godt nok, noko som fører til at dei ofte blir innlagt på sjukehuset. Sjukehuset vurderer at problema er knytt til det pleiemessige og at behandlinga ofte er avklart. Men det går ikkje bare på kommunane, det går også på trekk ved denne pasientgruppa: *«Dei er veldig vanskelege å følge opp på ein god måte.»*
- Fleire i kommunen peiker på at sjukehuset **enkelte gonger er for rask med å skrive ut pasientar.** Frå ein av sjukehusrepresentantane: *«Vi får ein del reinnleggingar. Ein del blir skrivne ut for tidlig. Det er eit veldig press på å få ut pasientar. Det er helst eldre vi får i retur. Dei som bur heime kunne hatt godt av eitt døgn til, det ville vore positivt for dei.»* Ein av dei intervju i kommunen sa det slik: *«Hadde dei hatt litt meir is i magen og venta litt før dei erklærte dei utskrivingsklare, hadde det blitt færre reinnleggingar».*
- **Frå kommunen opplever ein at det nokre gonger er forhold som ikkje er tilstrekkelig avklart før utskrivning frå sjukehuset.** Frå heimetenesta: *«Nokre gonger sender dei pasientane ut før dei har fått svar på blodprøver, og seier at dei ettersender*

²⁰ Dette blir opplyst av informantane både frå sjukehuset og informantane frå kommunen.

blodprøver i posten.» Institusjonslegen peiker på at enkelte pasientar ikkje er tilstrekkeleg stabilisert før dei sendes til kommunen. Ein har eksempelvis ikkje testa ut smertebehandlinga før pasientane skrivast ut. Ho peiker vidare på at smertebehandlinga nokre gonger følger ein mal på sjukehuset, og at den i større grad bør individualiserast og tilpassast pasientens behov. Eit eksempel på dette er tilfelle der pasienten før innlegginga er van med relativt høge doser smertestillande. Då fungerer det dårleg å sette ei dose som er standard for denne pasientgruppa, ettersom dette kan føre til mykje vondt for pasienten.

- Frå institusjonlegen ved Sivdamheimen gis det eksempel der ho meiner at **sjukehuset har behandla symptoma på problema, men der pasienten ikkje har fått til ein tilstrekkeleg behandling av dei grunnleggande årsakene til problema**. Dette førte til at pasienten blei reinnlagt nokre gonger, men etter tredje reinnlegging blei legen enig med sjukehuset om at pasienten ikkje skulle skrivast ut før dei fekk kontakt med henne. Dette førte til at siste innlegging resulterte i et lengre sjukehusopphald der ein gjekk djupare ned i problema. Vi får opplyst at pasienten nå fungerer godt heime, og utan denne meir omfattande behandlinga ville personen kunne fått behov for meir omfattande pleie- og omsorgstjenester, for eksempel ein langtidsplass, hevdast det.
- **Einigheit om behandlingsintensiteten vidare, for eksempel i tilfelle der livet går mot slutten**. Institusjonslegen opplever nokre gonger at det framgår av epikrisa at **legane meiner at pasienten bør behandlast i kommunen, utan at dette er formidla til pasienten eller dennes pårørande**. Når legen på sjukeheimen forklarar at det ikkje er nødvendig med fleire innleggingar, blir dette vanskeleg å fatte for pasienten, som trur dette er denne legens vurdering. Dette kan også føre til uønska reinnleggingar, ettersom ei innlegging ofte er ein kombinasjon av ein medisinsk årsak og eit ønske frå pårørande eller pasient. Både legen ved Sivdamheimen og samhandlingslegen ved SUS understrekar at det er veldig viktig at ein lagar ei avtale om behandlinga vidare som alle partar er einige om (helsepersonell ved sjukehus, kommune, brukar og pårørande). Skal det eksempelvis vere meir livsforlengande behandling eller skal det kun vere smertelindring, og kven har ansvaret for dette.
- **Kompetanse**. Både frå kommunen og sjukehuset peikast det på at kompetanse og erfaring gjev fagleg tryggleik og at fagleg tryggleik «på begge sider av gjerdet» fører til færre reinnleggingar.
- **Ukurante tidspunkt for utskriving**. Fleire i kommunen peiker på at uforholdsmessig mange pasientar skrivast ut på ukurante tidspunkt, sjølv om det er innanfor avtalen. Eksempel på dette er fredag ettermiddag, rett før jul, rett før februar. Då er det gjerne vanskelegare å skaffe nødvendig utstyr i heimen og enkle tilrettingar som kan ha stor betydning, som mat i kjøleskap, rullator osv. Dette fører til fleire reinnleggingar, ifølge våre informantar.

- **Institusjonstilbudet i kommunen.** Fra sjukehuset peikast det også på at kommunane nokre gonger ventar for lenge med å legge inn ein del brukarar på sjukeheim, at desse gjerne fra før av er «*heilt på grensa*» m.o.t. kosthald og funksjon, og at dette nokre gonger fører til ei sjukehusinnlegging. Dette er eit generelt poeng, og ikkje noko som gjeld Time spesielt. Frå heimetenesta i Time opplever ein at enkelte pasientar skrivast ut frå rehabiliteringsavdelinga for tidleg, og at dette har ført til reinnleggingar. Intervjua tyder på at dette først og fremst heng saman med at mange av pasientane vil heim, sjølv om også det periodevise høge presset på plassane spelar inn.

2.7.5 I KVA GRAD KAN REINNLEGGINGANE FORHINDRAST?

BETRE PLANLEGGING RUNDT SÆRLEG UTSETTE PASIENTAR

I avsnittet over har vi gjengitt ei rekke faktorar som påverker reinnleggingne, som kommunen kan påverke, og som vil kunne bidra til å forhindre reinnleggingar.

Det momentet som likevel går mest igjen i vårt datamaterialet, og som vi ønsker å framheve, er **planlegginga og samhandlinga rundt særleg utsette pasientar**. Fra sjukehuset: «*Det er viktig å planlegge saman og unngå at det blir «for mange kokkar», for eksempel gjennom at ein etablerer ei tverrfagleg ansvarsgruppe rundt ein pasient*». Ein ønsker eit betre tverrfagleg samarbeid rundt desse pasientane, der nøkkelaktørar er med på legge ein plan for eit meir langsiktig pasientforløp for den enkelte pasient. Det blir også peika på at det er viktig at dette reflekterast i ein betre utskrivingsrapport fra sjukehuset, med eit meir langsiktig pasientforløp.

SUS er i ferd med å ta tak i denne utfordringa. I samarbeid med kommunane er eit nytt prosjekt under etablering, det såkalte VIP-prosjektet. VIP står for Very Important Patients.

VERY IMPORTANT PATIENTS

Hensikta med prosjektet er å betre situasjonen for desse pasientane gjennom strukturert samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Førebygging av nye innleggingar er også et mål for prosjektet.

Bakgrunnen for prosjektet er at ein mindre del av pasientane bruker ein stor del av ressursane. Dette gjeld både på sjukehuset og i kommunen. For mange av desse er det gode faglege grunngevingar for ein høg ressursbruk, og sånn skal det vere.

Men for ein del pasientar kan det sjå ut til at mykje ressursar blir brukt med tilsynelatande liten nytte. Dei blir gjerne reinnlagt fleire gonger med same problem som sist og ofte like dårlege gong etter gong. Både kommunen og sjukehuset bruker mykje ressursar på desse pasientane, men ofte til liten nytte. Tiltaka ber gjerne preg av ein ad hoc-tenking

i fleire ledd når pasienten etter ei stund blir dårlegare. Eit eksempel på dette: Pasientens tilstand blir forverra og heimetenesta klarer ikkje meir og kontakter lege, lege legg pasienten inn på sjukehuset, sjukehus behandlar og melder utskrivingsklar og korttidsavdelinga tar i mot pasienten og sender denne heim etter endt opphald. Så blir pasienten gradvis dårlegare, og det samme gjentar seg på nytt.

Ad-hoc-tenkninga heng gjerne saman med at sjukehuset har press på seg for å få pasienten utskrivingsklar slik at ein kan ta i mot nye pasientar, mens kommunen har press på seg til å ta i mot di utskrivingsklare pasientane.

Målsetting med VIP-prosjektet er å lage meir langsiktige planar for pasientane med mange uønska innleggingar for å betre nytten av ressursbruken, til beste for pasienten, pårørande og dei ulike ledda i helsetenesta (LEON-prinsippet).

Ein del pasientar har gjerne rusproblem og dårlege buferdigheiter. Eit sentralt siktemål er å sikre arbeidsdeling og handlemåte som bidrar til å unngå at dei kjem så langt ned i funksjonsnivå at det endar med ein innlegging som kunne ha vore førebygd. Dersom ein legg planar når det går greit er ein betre rusta til å handtere situasjonen «*når det toppar seg*».

Eit nettverksmøte/samarbeidsmøte med pasienten, kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er utgangspunktet for å gje ein pasient VIP-status, og ved kva sjukehusavdeling pasienten skal vere VIP. Det vil variere kva nøkkelpersonar som skal vere med på dette møtet, men ein ser for seg at pasienten alltid bør vere med, dersom dette er mogleg, og også pårørande om pasienten ønsker det. Andre aktuelle er fastlege og kommunerepresentant(ar) (for eksempel saksbehandlar, soneleiar eller primærkontakt).

Ein ser også for seg faste primærkontakter i kommunen og på sjukehuset og eit eige VIP-team på sjukehuset. VIP-teamet vil ved nye innleggingar av VIP-pasientar ta kontakt med primærkontaktane for å høyre om det er noko som kunne vore gjort annleis, kva meir som kan gjerast og om pasientens individuelle plan må justerast.

I prosjektet ser ein også for seg å etablere ein erfaringsbank der ulike tiltak som er forsøkt for enkeltpersonar vil oppsummerast i ein idebank til bruk ved utarbeiding av nye IP'ar til nye pasientar, for å dele erfaringar mellom kommunane.

Effektar kan eksempelvis bli målt ved talet på innleggingar og talet på utskrivingsklare liggedøgn for desse pasientane året før og året etter at pasienten blei definert som VIP. Men ein ser også at det kan bli aktuelt å finne andre måleindikatorar, for eksempel for kommunens del.

ANNA SOM KAN FORHINDRE UNØDVENDIGE REINNLEGGINGAR

- **Meir bruk av øyeblikkeleg-hjelp-tilbodet**, dvs. Jæren Ø-hjelp, for enkelte av desse pasientane ([meir om dette under](#)). Det er spesielt dei intervjua ved sjukehuset som peiker på dette. Frå observasjons- og behandlingsavdelinga: «*Eg trur enkelte av våre pasientar kunne ha profitert på å få hjelp ved Øyeblikkeleg hjelp-tilbodet*». Frå leiar ved Jæren Ø-hjelp får vi opplyst at Klepp kommune for nokre år sidan hadde enkelte pasientar som stod for mange reinnleggingar. Men etter at dei vart innlagde ved Jæren Ø-hjelp så opplevde kommunen at det var færre reinnleggingar. Dette vart forklart med at pasientane gjerne fekk ligge der ein eller to dagar ekstra etter ferdigbehandling.
- **Enkle praktiske innretningar**. I intervjua peikast det på at det kan vere heilt enkle innretningar som kan bidra til å forhindre reinnleggingar. I eit tilfelle fekk ein lungepasient ei heilt spesiell pute av fysioterapeut. Dette reduserte slimproduksjonen og reduserte talet på reinnleggingar.
- **Tettare samarbeid og betre involvering av fastlege (se under)**

2.7.6 VURDERING

Det har vore ein veldig kraftig vekst i talet på reinnleggingar for dei utskrivingsklare pasientane i Time kommune, og veksten har vore sterkere i Time enn i Hå og Klepp. I 2010 var det 12 reinnleggingar for denne pasientgruppa i Time, mens talet hadde auka til 103 i 2015.

I 2015 utgjorde reinnleggingane ein fjerdedel av alle sjukehusinnleggingane for dei utskrivingsklare pasientane. Det ser ut til at eit fåtall av pasientane står for dei aller fleste reinnleggingane og at dei fleste som vert reinnlagt kjem heimanfrå.

Det er fleire årsakar til at pasientane blir reinnlagt. Desse kan delast inn i *faktorar som er vanskelege å påverke* og *faktorar det går an å påverke*. Eit eksempel på det første er at sjukehuset behandlar folk lenger enn før, dvs. at det sjeldan settast kun aldersmessige begrensningar for behandlinga. Dette fører til eldre og mer skrøpelige pasientar i retur til kommunane.

Både frå kommunen og frå sjukehuset peikast det på at fleire reinnleggingar kan forhindrast. Det momentet som går mest igjen i våre intervju er at planlegginga av enkelte utsette pasientars forløp blir for kortsiktig, og at samhandlinga og kommunikasjonen rundt desse er ikkje god nok. For mange av desse pasientane bruker både kommunen og sjukehuset mykje ressurser, med tilsynelatende liten nytte.

Pasientane blir gjerne reinnlagt fleire gonger med same problem som sist og ofte like dårlege gong etter gong. Tiltaka ber gjerne preg av ei ad hoc-tenking i fleire ledd når pasienten etter ein stund blir dårlegare. Eit eksempel på dette: Pasientens tilstand blir forverra og heimetenesta klarer ikkje meir og kontakter lege, lege legg pasienten inn på

sjukehuset, sjukehus behandlar og melder utskrivingsklar, kommunen tar i mot pasienten og sender henne heim etter endt opphald. Så blir pasienten gradvis verre, har dårleg buevne og det same gjentar seg på nytt.

Ad hoc-tenkninga heng gjerne saman med at sjukehuset har press på seg for å få pasienten utskrivingsklar slik at ein kan ta i mot nye pasientar, mens kommunen har press på seg til å ta i mot dei utskrivingsklare pasientane.

SUS er i skrivande stund i ferd med å ta tak i denne utfordringa gjennom det såkalla VIP-prosjektet. VIP står for «Very Important Patients». Målet med prosjektet er å lage meir langsiktige planar for pasientar med mange unødvendige innleggingar for å betre nytten av ressursbruken. Eit sentralt siktemål her er å sikre ei arbeidsdeling og ein handlemåte som bidrar til å unngå at dei kjem så langt ned i funksjonsnivå at det ender med ei unødvendig innlegging.

Vi tilrår kommunen å vurderer å sette i verk lokale tiltak for å hindre unødvendige reinnleggingar.

VIP-prosjektet er i dag i støypeskeia og skal dekke heile Helse Stavangers geografiske nedslagsfelt, dvs. ein folkesetnad på 360 000 innbyggjarar. Vi trur derfor at Time kommune vil kunne profitere på å vere pro-aktiv, og sjølv initiere til nettverksmøter med sjukehuset for pasientar ein meiner bør vurderast for ein VIP-status.

2.8 KOMPETANSE, KAPASITET OG UTSTYR

Det ikkje nokon klare føringar m.o.t. kva som reknast for tilstrekkeleg kompetanse, kapasitet og utstyr. Som regel vil behovet vere avgjerande for kva ein treng, og behovet er igjen ein funksjon av endringar i pasientmengde og kompleksitet i pasientanes utfordringar. Dette vil vere sentrale faktorar for å vurderer kompetansesituasjonen, i tillegg til samanlikningar med andre kommunar og interne kommunale tal på utvikling i kompetansesamansetning.

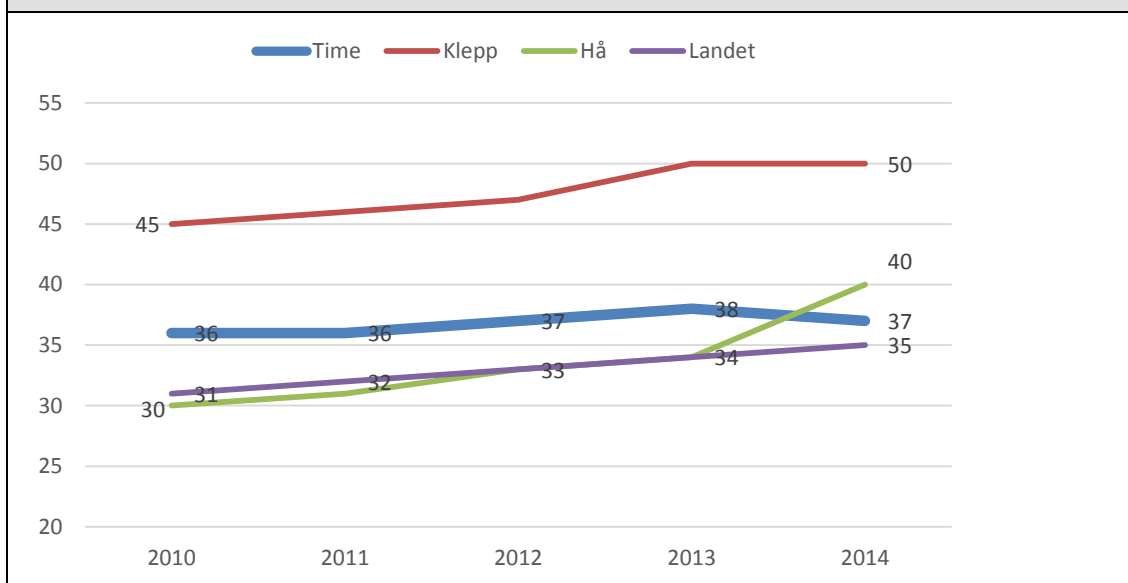
Gjennomgongen tyder at hovedutfordringa i Time er at det er for få sjukepleiarar i heimetenesta. Dette går vi nærare inn på under.

2.8.1 FLEIRE OG DÅRLEGARE PASIENTAR, MEN TALET PÅ SJUKEPLEIARE ER NOKSÅ UENDRA

Som vi har vore inne på tidlegare, skrivast det ut langt fleire skrøpelege pasientar frå sjukehuset nå enn tidlegare. Stadig fleire av desse handterast av heimetenesta. Ifølge sjukepleiarane ved heimetenesta er arbeidskvardagen langt meir krevande nå enn før samhandlingsreforma. Det er behov for meir behandling og meir spesielle sjukepleiarprosedyrar i kommunen.

Til trass for dette er delen av høgskoleutdanna (i all hovudsak sjukepleiarar) i Time nokså uendra etter innføringa av samhandlingsreforma. Den er også lågare enn i nabo-kommunane. I Klepp har halvparten av dei som arbeidar i brukerreitta tenester høgskoleutdanning i 2014, mens talet har vakse kraftigast i Hå, frå 30 prosent i 2010 til 40 prosent i 2014. Gjennomsnittet for landet er lågare enn i Time, men også på landsbasis har det vore ein klar auke i talet på høgskoleutdanna i brukerreitta tenester. Det føreligg ikkje tal for 2015.²¹

Figur 11 – Del av årsverk i brukerreitete tenester med fagutdanning frå høgskole/universitet (KOSTRA)



2.8.2 MOTTAKARAR AV HEIMETENESTA

Tabellen under synar at det er blitt fleire mottakarar av heimetenesta, også totalt sett, men veksten har ikkje vore like høg som veksten i talet på utskrevne frå sjukehuset. Tabellen synar vidare at veksten har kome blant dei yngre og langtidsyke/uføre brukarane. Tala frå andre tertial 2016 tydar likevel på ein nedgang i talet på brukarar med heimesjukepleie²².

Tabell 4 – Mottakere av heimetenesta i Time kommune (KOSTRA)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mottakere av hjemmetjenester i alt	447	441	454	482	522	535
Mottakere av hjemmetjenester 0-66 år	196	188	192	211	261	272
Eldre, langtidsyke og uføre i hjsykepleie per 31.12	271	268	296	308	358	384

²¹ Vi fikk følgande forklaring frå SSB på kvifor det ikkje foreligg tal for 2015: Grunnen til at desse tala og ein del andre knytt til årsverk ikkje visast, er at vi på publiseringstidspunktet ikkje hadde fraværstall tilgjengeleg grunna overgang til a-ordninga. Fravær inngår i berekning av indikatoren «Andel årsverk med fagutdanning brukerreitete tenester...». Det er foreløpig ikkje avklart om dette blir oppdatert i løpet av høsten» (Epost datert 07.09.16)

²² Korkje KOSTRA-tala eller kommunens tal seier noko om gjennomstrømninga, dvs. kor mange mottakarar som har ein kort og intensiv oppfølging frå heimetenesta, for så å klare seg sjølve, utan hjelp.

2.8.3 HEIMETENESTA OPPLEVER AT DET ER FOR FÅ SJUKEPLEIARAR

Vi har vore i kontakt med leiar for heimetenesta angående desse tala²³. Ho bekreftar at sjukepleiardekninga i all hovudsak er lik det den var før innføringa av samhandlingsreforma²⁴.

Tilbakemeldingane i intervjuar tyder på at leiarar og tilsette i heimetenesta opplever at det er for få sjukepleiarar, spesielt om kveldane og i helgene: «*Det er veldig sårbart fordi det er få å ta av, og dette har vore et problem lenge.*» Vi får opplyst at det har vore ein del sjukemeldingar blant sjukepleiarane og i slike periodar er det ekstra sårbart.

Sårbarheit oppstår også i spesielt travle situasjonar²⁵. Eit døme på dette er tilfelle der heimesjukepleien skal følge opp kreftpasientar samstundes med at det skrivast ut fleire pasientar som treng antibiotikabehandling. Då er det ofte ikkje kapasitet til å handtere alle, og fra kommunen peikast det på at dette kan vere vanskeleg å forstå for dei tilsette på sjukehuset: «*De hadde kapasitet sist gong, kvifor har de ikkje kapasitet nå? Men arbeidsmengda vår varierer*»

Fleire i heimetenesta gjev også uttrykk for at dei savnar ein kreftsjukepleiar på heiltid.

Ein av de intervjuar sa det slik: «*Vi treng ikkje nødvendigvis fleire tilsette, men vi bør endre kompetansesammensetningen og få fleire sjukepleiarar i forhold til hjelpepleiarar og helsefagarbeidarar.*» Dette har ein gjort ved geriatrisk avdeling på SUS²⁶. Etter innføring av samhandlingsreforma har behandlingstempoet ved avdelinga auka. Dette har auka behovet for spesialiserte sjukepleiaroppgåver, og dermed har ein omgjort ein del hjelpepleiarstillingar til sjukepleiarstillingar.

Særavtalane ved Ø-hjelpstilbodet ved Jæren Ø-hjelp stiller høge krav til sjukepleiarkompetanse, for eksempel at tiltaket skal bemannast med sjukepleiar 24 timer i døgnet, og at alle pleiarstillingane blir oppretta som sjukepleiarstillingar. Bemanninga er satt opp med fire personar på dag, tre på kveld og to på natt. Fra sjukehuset peikast det på at det ofte kan vere større sjukepleiarfaglege utfordringar med ein del av de utskrivingsklare pasientane enn med Ø-hjelpspasientane.

²³ 06.09.16

²⁴ Vi får opplyst at heimetenesta blei tilført eit halvt sjukepleiarårsverk ekstra i samband med innføringa av samhandlingsreforma. Men stillingen blei stående vakant. Ein ønska å bruke den meir fleksibelt, i form av å leie inn ekstra personell ved behov, i staden for ein fast halv stilling. I mai i fjor blei dette halve årsverket lånt midlertidig av Kverneland omsorgssenter, slik at ein kunne gje eit fagleg forsvarleg tilbod. Og det er også situasjonen i dag, dvs. september 2016.

I tillegg har heimetenesta blitt tilført eit ekstra årsverk i samband med kvardagsrehabiliteringa. Dette er likevel i liten grad knytt opp mot pasientane som skrivast ut frå sjukehuset, ettersom kvardagsrehabiliteringa primært er retta mot dei som oppsøker kommunen for første gong, eller som får auka hjelp heime for å bli mer sjølvhjulpne.

²⁵ Opplyst i intervju med representantar frå avdelinga.

²⁶ Opplyst i intervju.

2.8.4 REHABILITERINGS-AVDELINGA

Legeressursen ved Sivdamheimen har auka betrakteleg etter innføringa av samhandlingsreforma. Før samhandlingsreforma hadde ein fastlege ein 20 prosents stilling på Sivdamheimen. Nå har institusjonen ein eigen lege i ein hundre prosents stilling. Hovudårsaken til dette er at behovet for legetenester har auka.

Utanom kontortid er det ein eigen vaktordning for sjukeheimslegar, som er et samarbeid mellom Time, Klepp, Gjesdal og Sandnes. Vaktberedskapen her delast mellom ein gruppe fastlegar i de fire kommunane.

Talet på sjukepleiarstillingar har også auka sidan innføring av samhandlingsreforma. Berre i år har talet auka med halvanna årsverk, og vi får opplyst at det er ein god sjukepleiardekning.²⁷

Ved rehabiliteringsavdelinga har ein dessutan gjort ein del grep dei siste åra for å styrke dei tilsettes kompetanse. Eit av tiltaka har vore å dele dei tilsette inn i faggrupper for å få til ei spesialisering innan rehabilitering, avslastning/veksel og palliasjon. Hensikt: Spisse kompetansen og målrette kunnskaps- og kompetansehevinga. I tillegg har ein arbeidd ein del med å sikre pasientane et betre og meir forutsigbart pasientforløp gjennom å ha eigne prosedyrar for dei ulike fasane i forløpet. Eksempel på dette er faste prosedyrar ved mottak av pasient, inntakssamtale, tverrfaglege møter undervegs, samarbeidsmøte og sjekklister før utskriving. I desse fasane er det sentralt at pasienten sjølv er med å etablere mål for opphald, at partanes forventningar vert avklart og kva dei har behov for av bistand. Hensikten med dette er å gjere pasientløpet så forutsigbart som mogleg for alle partar, både pasient, pårørende og pleiepersonell.

I 2014 ble det tilsett ein eigen fagutviklar ved institusjonen.

Sivdamheimen får gode skussmål frå SUS. I intervju med representantane frå SUS har vi først og fremst fått tilbakemeldingar knytt til deira inntrykk av kommunane generelt, ikkje Time spesielt. Men i nokre samanhenger blei Time nevnt spesielt. Eit døme på dette er tilbakemeldinga frå lungeavdelinga: *«Sivdamheimen får gode tilbakemeldingar frå pasientane våre. Dei har god kompetanse og er flinke med vår pasientgruppe. Det er trygt å sende dårlege KOLS-pasientar dit fordi eg veit dei får god oppfølging.»*

2.8.5 RETTLEIINGA FRÅ SUS FUNGERER BRA

Dersom kommunen har behov for kompetanseheving i samband med spesielle prosedyrar, får ein tilbod om opplæring frå Helse Stavanger. Rettleiingsplikta er regulert i spesialisthelsetenestelova § 6-3 og i samarbeidsavtale 6²⁸. Ifølge avtala skal rettleiing gis til

²⁷ Opplyst i intervju med leder for Sivdamheimen. Vi har ikkje tall for de foregående årene.

²⁸ Samarbeidsavtale om retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglege nettverk og hostpjeriing. Hensikten med denne avtalen er å bidra til god samhandling om informasjonsutveksling, kunnskapsoverføring og dialog som kan sikre gode tenester og pasientforløp.

kommunalt personell slik at det over tid fører til kompetanseoppbygging i kommunane. Dette kan gis som praktisk opplæring, undervising, hospitering, råd og rettleiing.

Tilbakemeldingane i intervjuar tyder på at dette i all hovudsak fungerer bra, og at dersom ein har behov for kompetanseheving i samband med spesielle prosedyrar, får pleiepersonellet tilbod om dette. Fleire peiker på at sjukehuset er på tilbodssida her. Det visast også til at det er ei eigen telefonvakt med sjukepleiar, som ein kan ringe hele døgnet.

2.8.6 VURDERING

Gjennomgangen vår tyder på at oppbygginga av sjukepleiarkompetansen i heimetenesta ikkje står i forhold til den auka straumen av stadig sjukare pasientar.

Vi tilrår kommunen å styrke sjukepleiarkompetansen i heimetenesta.

I tilbakemeldingane fra heimetenesta er det fleire som tar til orde for at ein først og fremst treng fleire spesialiserte sjukepleiarar, til dømes kreftsjukepleiarar. Det er utanfor vårt mandat å vere så detaljerte i tilrådingane, men dette er noko kommunen kan vurdere opp i mot behovet.

Ei styrking av sjukepleiarkompetansen er ikkje synonymt med fleire tilsette. Ein kan til dømes tenke seg at ein endrar kompetansesamansetninga, dvs. fleire sjukepleiarar og færre med lågare utdanning. Dette har ein gjort ved Sivdamheimen, og dette har ein også gjort ved geriatrisk avdeling ved SUS. Etter innføringa av samhandlingsreforma auka behandlingstempoet ved avdelinga. Dette auka i sin tur behovet for spesialiserte sjukepleiaroppgåver, noko som resulterte i at ein endra kompetansesamansetninga i avdelinga.

2.9 SAMARBEID

2.9.1 KORT OM FORMELL SAMARBEIDSSTRUKTUR

Samarbeidet mellom Helse Stavanger HF og kommunane i Sør-Rogaland er regulert av ei rekke samarbeidsavtalar. Desse er i hovudsak nokså like i kvar kommune, men det er enkelte kommunevise forskjellar.

Tabell 5 – Lovpålagte samarbeidsavtalar mellom Helse Stavanger HF og Time kommune

Overordnet samarbeidsavtale
Delavtale nr. 1 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling mellom forvaltningsnivåene
Delavtale nr. 2a Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasientar med psykiske lidelser og ruslidelser
Delavtale nr. 2b Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for habilitering
Delavtale nr. 2c Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for rehabilitering
Vedlegg til Delavtale nr. 2d Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for palliasjon
Delavtale nr. 2d Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for palliasjon
Delavtale nr. 3 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling ved henvisning og innlegging av pasientar
Delavtale nr. 4 Samarbeidsavtale om kommunens tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp

Særavtale til delavtale 4 om kommunens tilbud om døgnopphald for ø-hjelp
Delavtale nr. 5 Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i og utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta
Delavtale nr. 6 Samarbeidsavtale om Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglege nettverk og hospitering. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid
Delavtale nr. 7 Samarbeidsavtale om forskning
Delavtale nr. 8 Samarbeidsavtale om jordmortenester
Delavtale nr. 9 Samarbeidsavtale om IKT-løsningar lokalt
Delavtale nr. 10 Samarbeidsavtale om helsefremmende og førebyggjende arbeid
Delavtale nr. 11 Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Det er oppretta eit eige fagråd knytt til hver av samarbeidsavtalene. Her er det representantar både frå kommunane og helseføretaket. Fagrådet skal følge opp avtalane i praksis og bidra til at avtalane fungerer. Dei skal gi innspill til samhandlingsutvalet dersom det er behov for endringar, og fagrådet rapporterer til samhandlingsutvalet.

Samhandlingsutvalet er ei koordinerande og rådgivande eining mellom kommunane og sjukehuset, som møtes to gonger i året. Utfordringar sett frå kommunane og sjukehuset sin ståstad vil bli tatt opp her, og kliniske utval eller arbeidsgrupper settast ned etter behov. I tillegg til konkrete prosjekt med mål om å betre pasientflyten mellom første- og andrelinetenesta, vil samhandlingsutvalet blant anna ha ansvar for å vedlikehalde inn-gåtte avtalar, arrangere samhandlingsfora, samt vere rådgjevende og gje innspel til tema på det årlege møtet mellom sjukehusets øverste leing og kommunanes administrative og politiske leing. Samhandlingsutvalet består frå kommunane av ein fagleg/administrativ leiar frå kvar av regionane Dalane, Jæren, Sandnes, Stavanger og Ryfylke. Frå SUS deltek fagsjef for samhandling, samt fagleg/administrativ leiar frå fire ulike divisjonar.

Samhandlingsorganet er det øverste samarbeidsorganet, møtast ein gong i året, og er representert ved øverste politiske og administrative leing i kommunen samt øverste leing i helseføretaket. Samhandlingsorganet behandlar/diskuterar saker av strategisk og helsepolitisk karakter.

Helseføretaket og kommunane har også ein gjensidig avtale om hospitering for tilsette med helse- og sosialfagleg bakgrunn. Vi får opplyst frå SUS at ein så langt ikkje har fått til ein hospiteringsordning blant legane, men erfaringsmessig tar slikt litt tid.

Den daglege kontakten skjer i all hovudsak elektronisk. Telefon blir brukt ved behov. Sjukehuset har eigne kommunekontaktar ved dei ulike avdelingane/sengepostane, mens kommunane har ein eigen kontakttelefon for å melde utskrivingsklare pasientar.

Kommunen har eit eige tiltaksteam i tenestemråde omsorg som behandlar søknader og tildeler insitustjenester, mellom anna rehabiliteringsplass og plass i bukollektiv. Tiltaksteamet består av tenesteleiarar for institusjon, heimetenesta og fysio- og ergo, samt kreftkoordinator, og andre ved behov. Sekretærfunksjonen vert ivaretatt av fagkonsulent i heimetenesta. Tiltaksteamet gjer vedtak i dei enkelte sakene.

Tidligere møttest tiltaksteamet tre gonger i veka, mens dei nå møtast ein gong kvar veke. Den daglige kontakten og kommunikasjonen med sjukehuset handterer fakonsulenten i heimetenesta (kommunens sjukehuskontakt). Ho behandlar søknader forløpande i samråd med leiar for heimetenesta og rehabiliteringstenesta.

Fagkonsulenten har sjukepleiarbakgrunn. Dette meiner alle vi har intervjuat at er ei stor styrke, fordi ho kan stille gode spørsmål om pasientane som vert skrivne ut, og avdekkar pasientanes behov for oppfølging vidare.

2.9.2 HOVEDBILETE – SAMARBEIDET FUNGERER VELDIG GODT

Intervjuet våre tyder på at samarbeid og samhandlinga mellom sjukehuset og Time kommune i all hovudsak fungerer veldig bra. Og det er langt betre nå enn før samhandlingsreforma. Det er viktig å få frem dette, fordi dette er gjennomgongstenen i intervjuet våre.

Avtalane og samhandlingsstrukturen rundt avtalane synest å vere viktige suksessfaktorar her. Samhandlingssjefen ved SUS sa det slik: «*Det er veldig bra at vi (representantar frå kommunane og sjukehuset) treff kvarandre og ser kvarandre i augene.*» Den daglige kontakten og den elektroniske meldingsutvekslinga synest også å fungere bra.

Intervjuet tyder på at kommunikasjon i samband med inn- og utskriving av pasientar i all hovudsak fungerer veldig bra mellom kommunane og sjukehuset. Ein av dei intervjuet ved sjukehuset sa det slik: «*I starten var det litt kommunikasjonsutfordringar knytt til printing, telefoning og faksing. Dette var nokså tungvint. Vi brukte mykje tid på å finne telefonnummer og fakse. «Nå går alt går elektronisk og det er det ein fryd. Det sparar oss for masse tid.*»

2.9.3 FORBETRINGSOMRÅDER

Som vi har vore inne på er det særleg planlegginga og samhandlinga rundt pasientar med mange unødvendige innleggingar som er det viktigaste forbetningspunktet. I delen over der vi går nærare inn på årsakene til reinnleggingar, er det fleire punkter som dreier seg om samhandling mellom sjukehus og kommune. Vi gjengir ikkje desse her, men viser til staden i teksten kor desse [fins](#).

I punktene under gjengir vi øvrige forbetningsområde:

- Kommunelegen meiner det er ein **svakheit at fastlegane ikkje er meir delaktige i vurderingane** når dei utskrivingsklare pasientane kjem til kommunen: «*Ideelt sett burde pasienten vere medisinsk vurdert når han/ho kjem attende.*» Ein moglegheit er at dei inngår i eit tverrfagleg kommunalt team, for eksempel såkalla primærhelseteam (Sjå Stortingsmelding 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelseteneste – nærhet og helhet*).

- **Elektronisk kommunikasjon mellom sjukehus og fastlegar**, slik at fastlegane får informasjon om pasienten underveis. Fastlegene får både innleggingsmelding og epikrise, men dei har ikkje meldingstypar «forspørsel» og «svar på forespørsel», som er pilotert i Bergen. Fastlegane kan slå opp i brukaren sin kjernejournal og lesa medisinske opplysningar.

Sjukehuset har ein frist på sju dagar til å sende ei epikrise, og normalt går det tre til sju dagar før fastlegane får denne²⁹. Frå kommunelegen får vi opplyst at ein del pasientar blir skrivne ut med betydelege endringar i medisinlistene, men så lenge meldingsutvekslinga ikkje er digitalisert ligg ofte ikkje dette i journalen når heimesjukepleien kontaktar dei. Frå heimetenesta får vi opplyst at fastlegane nokre gonger får oppdaterte helseopplysingar fra heimesjukepleien. Intervjua tyder på at det er spesielt undervegsinformasjonen i samband med ei innlegging fastlegane savner (Når starta behandlinga, kva type behandling, valg av medisin osv.).

- **Ukurante tidspunkt for utskriving**, men som er innanfor ramma av avtalen (sjå avsnitt over).
- **Nokre gonger tar det nokså lang tid fra pasientane meldast utskrivingsklare, til de blir transportert med ambulanse til sjukeheimen.** Årsaken til dette er gjerne logistikkutfordringar knytt til ambulansane ved SUS. Dette fører til at pasientar som meldes midt på dagen gjerne kjem til sjukeheimen om kvelden, for eksempel seks eller åtte. Vi får opplyst at tilstanden då kan ha endra seg i forhold til slik den var midt på dagen.
- **Mangelfull helseinformasjon.** I intervjua blir det også peika på at utskrivingsrapportar, epikriser og medikamentlister nokre gonger er ufullstendige. Enkelte henvisningar er mangefulle. Det står for eksempel at pasienten treng oppfølging frå fysio- og ergo, men ikkje kva vedkomande treng oppfølging til. Men vi får opplyst at dette skjer i mindre grad nå enn før.

2.9.4 GRENSER FOR KVA KOMMUNEN SKAL HANDTERE?

Ifølge delavtale fem er ein pasient utskrivingsklar når ein lege i spesialisthelsetenesta vurderer at det ikkje er behov for ytterligare behandling i spesialisthelsetenesta³⁰.

²⁹ Fra sjukehuset får vi opplyst at dette nok vil ta litt tid uansett, fordi det kreves ein del godkjenningar før denne kan sendes.

³⁰ Vurderinga skal vere basera på ein individuell helsefagleg vurdering, og følgande punkt skal vere vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

1. Problemstillinga(ne) ved innleggingn, slik desse var formulera av innleggande lege, skal vere avklart.
2. Øvrige problemstillingar som har kome fram skal vere avklart
3. Dersom enkelte spørsmål ikkje avklarast, skal dette gjerast greie for.
4. Det skal føreligge eit klart standpunkt til diagnose® og vidare plan for oppfølging av pasientane.
5. Pasientens samla funksjonsnivå, endring fra før innlegginga og forventa framtidig utvikling skal vere vurdert.

Dette betyr at det er sjukehuslegane som har definisjonsmakta m.o.t. når ein pasient skal skrivast ut fra sjukehuset. Dette er som regel når pasienten har fått ein diagnostisk avklaring og utredning og det ikkje er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetenesta. At ein pasient er ferdig utskreven betyr *ikkje* at pasienten er ferdigbehandla. I mange tilfelle er det kommunens helsepersonell som fullfører behandlinga.

Det korte svaret på dette er altså at det ikkje finnes grenser, så lenge dei blir skrivne ut og definera som utskrivingsklare. Dersom handteringa av pasientane krev spesialutstyr eller spesiell kompetanse, veljer kommunen (som tidligare nemnt) å la pasientane bli liggande på sjukehuset til dette er på plass. Vi får opplyst at det som regel går nokså raskt å få plass nødvendig utstyr, eller få opplæring i nødvendige prosedyrar av sjukehusstilsette.

I 2013 var det ein tvistesak mellom Time kommune og Helse Stavanger vedrørende betaling for utskrivingsklare pasientar. Tvistesaken gjaldt pasientar som var meldt utskrivingsklare, men kor epikriser, utskrivingsrapportar, og medikamentlister var ufullstendige. Kommunen meinte at sjukehuset måtte behalde pasientane til denne dokumentasjonen var på plass. Dette vart grunngeve med at desse pasientane ikkje kunne definierast som utskrivingsklare og at kommunen ikkje burde bli fakturert for dette. Det omtvista kravet frå Helse Stavanger HF var på 8000 kroner. Tvisteløysningsnemnda konkludera likevel med at mangelfull epikrise eller utskrivingsrapport på tidspunkt for varsel om utskrivingsklare pasientar, ikkje hadde betydning for kommunens betalingsplikt.

I intervjuet med dei sjukehusstilsette gjev fleire uttrykk for at dei er imponerte over kva kommunane klarer å handtere av pasientar, og meiner at dei utviser ei betydeleg fleksibilitet: *Kommunane tar utruleg mange utfordringar, kanskje meir enn vi klarer å forstå kor langt dei strekk seg.»*

2.9.5 FORVENTINGAR TIL KVA KOMMUNEN SKAL HANDTERE

Ifølge avtalen er det kommunens ansvar å definere omsorgsnivået i primærhelsetenesta. Likevel opplever ein stundom at sjukehuspersonellet gjer dette, men fleire peikar på at det skjer i mindre grad no enn før. Ein av kommunekontaktane ved sjukehuset sa det slik: *«Vi lovar ingenting. Vi er blitt veldig bevisste på at det er kommunane som skal definere omsorgsnivået. Vi skal skrive funksjonsnivå og behov. Samstundes blir vi av og til møtt med at kommunen saknar at sjukehuset skrivar ein tilråding m.o.t. kva for eit tilbod pasientane bør få»*. Det hender likevel nokre gonger at sjukepleiarar og legar seier at pasienten ikkje kan dra heim, noko også samhandlingslegen peikar på. Han fortel at ein jamnleg minnar sjukehuspersonalet på at dette er kommunane sitt ansvar.

Frå heimetenesta i kommunen har dei også erfart at sjukehuspersonellet nokre gonger definerar omsorgsnivået på vegne av kommunen: *«Dei er på tilbodssida på våre vegne, dei fortel pasientane at vi kjem innom på tilsyn, men vi går ikkje på tilsyn. De kjenner ikkje til standarden for våre tenester, men lover på våre vegne.»*

Det siste momentet her er litt av kjernen i tilbakemeldingane frå fleire: Sjukehuset har for liten kjennskap til helse- og omsorgstilbodet i kommunen, korleis dei jobbar og kva som finst av utstyr og hjelpemiddel. Fra sjukehuset: «*Det er ikkje alltid vi veit kva kommunane klarer å handtere*» fordi dette kan vere noko ulikt frå kommune til kommune. «*Nokon gonger har dei for høge forventingar, nokon gonger har dei for låge forventingar.*» Palliativ behandling ved sjukeheim trekkast fram som eit eksempel i Time, der sjukehuset gjerne har lågare forventingar enn det kommunen har i verkelegheita, mens ein nokre gonger har for høge forventingar m.o.t. enkelte sjukepleiaroppgåver i heimetenesta og knytt til kommunens handtering av pasientar med ein kombinasjon av rus-, psykiatri- og somatiske lidningar.

Samstundes peikar fleire på at ein ikkje alltid kan forventa at sjukehuset har kjennskap til dei ulike kommunale tilboda og kva ein kan gjera/ikkje gjera. Sjukehuset er ei svært stor eining med svært mange tilsette og høg spesialisering. Også frå sjukehuset blir det peika på at kommunane har eit sjølvstendig ansvar for å fortelle om eige helse- og omsorgstilbod.

2.9.6 HOSPITERING

Den bilaterale hospiteringsordninga er et viktig verkemiddel for å få kunnskap om korleis pasienten handteres og behandlast av den andre parten, og for å styrke samhandlinga³¹.

I delavtale seks er den gjensidige hospiteringa ein av arenaene for kunnskapsoverføring. Den er eit tilbod til alle tilsette med helse- og sosialfagleg bakgrunn i kommunane og Helse HF. I avtalen står det at ordninga må oppretthaldast og videreutviklast, og hospiteringa kan også nyttast som eit reiskap når det gjeld tilbod om rettleiing til enkeltpasientar.

For Time kommune sin del går hospiteringa som regel den eine vegen. Det er representantar frå kommunen som hospiterer på sjukehuset, mens hospiteringa sjelden går den andre vegen. Vi har motteke tal frå kommunen som er ein god illustrasjon på dette:

- Ti personar frå Time kommune har hospitera ved SUS i perioden 2012 – 2015, og for høsten 2016 er det planlagt/avtalt at seks personer skal hospitere.
- Fra SUS har det i perioden 2012-2015 vore ein person som har hospitera i Time kommune (i 2015)

Fra sjukehuset får vi opplyst at det var nokså få sjukepleiarar som benytta seg av denne ordninga i starten, men biletet har endra seg. I 2015 var det første året der fleire tilsette

³¹ Dette hevder både kommune og sjukehusrepresentanter.

frå sjukehuset hospiterte i kommunen, enn motsatt. Det er likevel fritt fram for de sjukehusstilsette i kva for ein kommune dei ønsker å hospitere i, og dei fleste vel Stavanger, Sandnes og Sola.

2.9.7 VURDERING

Gjennomgangen tyder på at samarbeidet og samhandlinga mellom sjukehuset og Time kommune all hovudsak fungerer veldig bra. Og det er langt betre nå enn før samhandlingsreforma.

Det er sjukehuslegane som bestemmer når ein pasient er utskrivingsklar og det er i prinsippet ingen grenser for kva kommunane skal handtere utover dette. Dersom pasienten krev spesialutstyr eller spesiell kompetanse, kan kommunen velje å la pasienten bli liggende til dette er på plass. Dette gjerast også av kommunen. Vi får opplyst at det som regel går nokså raskt å få plass nødvendig utstyr eller få opplæring frå sjukehuset.

Fleire av de sjukehusstilsette gjev uttrykk for at dei er imponerte over kva kommunen klarer å handtere av pasientar.

Det er kommunens ansvar å definere pasientanes omsorgsnivå. I nokre tilfelle definerer likevel dei sjukehusstilsette omsorgsnivået, sjølv om dette skjer sjeldnare enn før samhandlingsreforma. Nokre gonger ber dette preg av at dei sjukehusstilsette ikkje har god nok kunnskap om kommunehelstetenesta.

Den bilaterale hospiteringsordninga er eit viktig verkemiddel for å gje partane kunnskap om kvarandre. Gjennomgangen tyder på at det er stadig fleire ved sjukehuset som hospiterer i kommunane, men det er sjelden dei veljer Time.

Vi tilrår Time kommune å forsøke stimulere til at fleire sjukepleiarar ved sjukehuset hospiterer i kommunen.

2.10 JÆREN ØYEBLIKKELEG HJELP

Kommunane har fra januar 2016 hatt plikt til å tilby døgnopphald for pasientar og brukarar med behov for øyeblikkelg hjelp³².

Time kommune har inngått ein samarbeidsavtale med Sandnes, Klepp og Gjesdal kommune om et øyeblikkelg-hjelp tilbod, Jæren Ø-hjelp. Klepp kommune er vertskommune. Tilbodet starta opp 01.10.13. Det er totalt tolv øyeblikkeleg hjelp-senger, og Time kommune disponerer to av desse sengene.

³² Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstenester.

Øyeblikkeleg hjelp er for pasientar som brått blir så dårlege at dei ikkje kan vere heime, men ikkje så dårlege at dei må på sjukehus.

Øyeblikkeleg hjelp er for pasientar med kjent sjukdom og avklart diagnose, kor risikoen for akutt forverring under opphaldet er liten, og som kan behandlast på eit allmennmedisinsk nivå. Typiske pasientgrupper er KOLS-pasientar med forverring av tilstanden, kreftpasientar med forverring av smerter, men Ø-hjelpe har også hatt pasientar med ein rekke andre diagnosar. Fellesnevnen er at legen meiner at pasientane ikkje treng innlegging på sjukehus, men at dei likevel treng medisinsk hjelp og oppfølging.

Kort sagt: Pasientar som treng ein diagnostisk avklaring og utredning skal til SUS, mens pasientar med ein avklart diagnose og behandling skal til Ø-hjelpstilbodet. Ifølge våre informantar vil desse pasientane ha det mykje betre i ei Ø-hjelpsseng enn i ei sjukehus-seng: *«Det er mange føremoner. Det er store rom, gode fasilitetar, god bemanning og nærleik til bustad. På sjukehuset er det mykje meir støy, det er fleire på same rom, mykje folk og det kan verke forvirrande på mange.»*

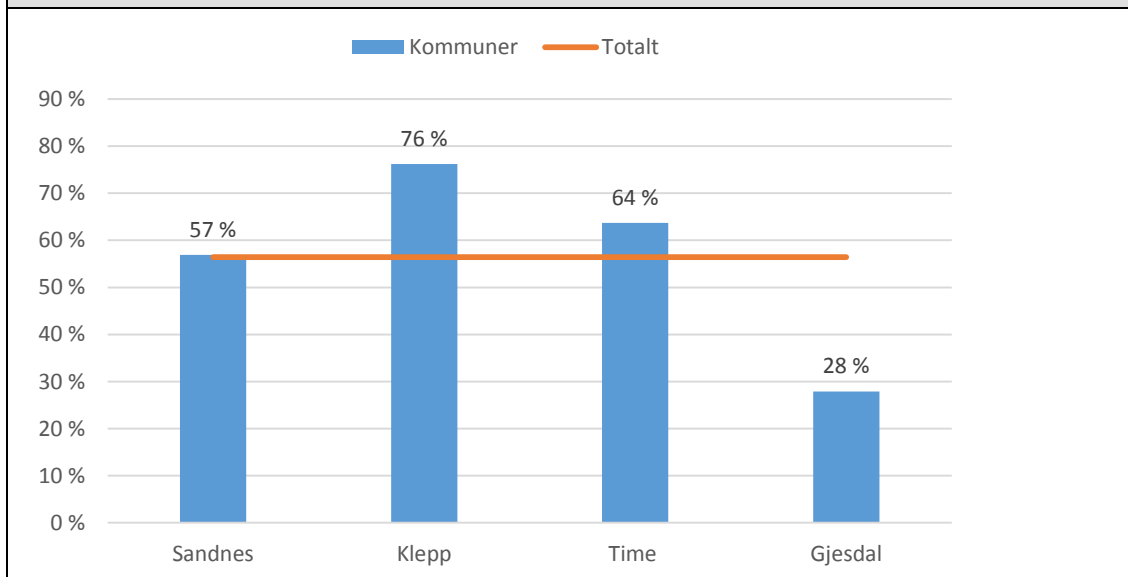
Eit gjennomsnittlig opphald på Jæren Ø-hjelp har sidan 2014 vore rundt fire dagar³³.

2.10.1 BELEGGSPROSENT

I oppstartsmånadane i 2013 var det betydelege forskjellar mellom kommunane, m.o.t. bruken av tilbodet. Time og Klepp hadde eit veldig høgt belegg, 86 prosent, mens Sandnes og Gjesdal hadde eit belegg på hhv. 45 og 8 prosent³⁴. Dette biletet er nå endra noko, som figuren under viser.

³³ Jf. forvaltningsrevisjon av samhandlingsreforma i Gjesdal kommune, og telefonsamtale i august 2016 med leiar for Jæren Ø-hjelp.

³⁴ Opplyst av avdelingslege den 07.02.14, i samband med ein forvaltningsrevisjon av samhandlingsreform i Sandnes.

Figur 12 – Det totale belegget ved Jæren Ø-hjelp frå jan 2014 til juli 2016, kommunevise tal og totalt

Det totale belegget for Jæren Ø-hjelp i hele den nemnde perioden har vore på 56 prosent. Vi ser at det er betydelege kommunevise forskjellar og at Time har brukt tilbudet noko meir enn gjennomsnittet. Ikkje uventa er det Klepp kommune som bruker tilbudet mest, noko som truleg kan forklarast med at tilbudet er lokalisera i denne kommunen.

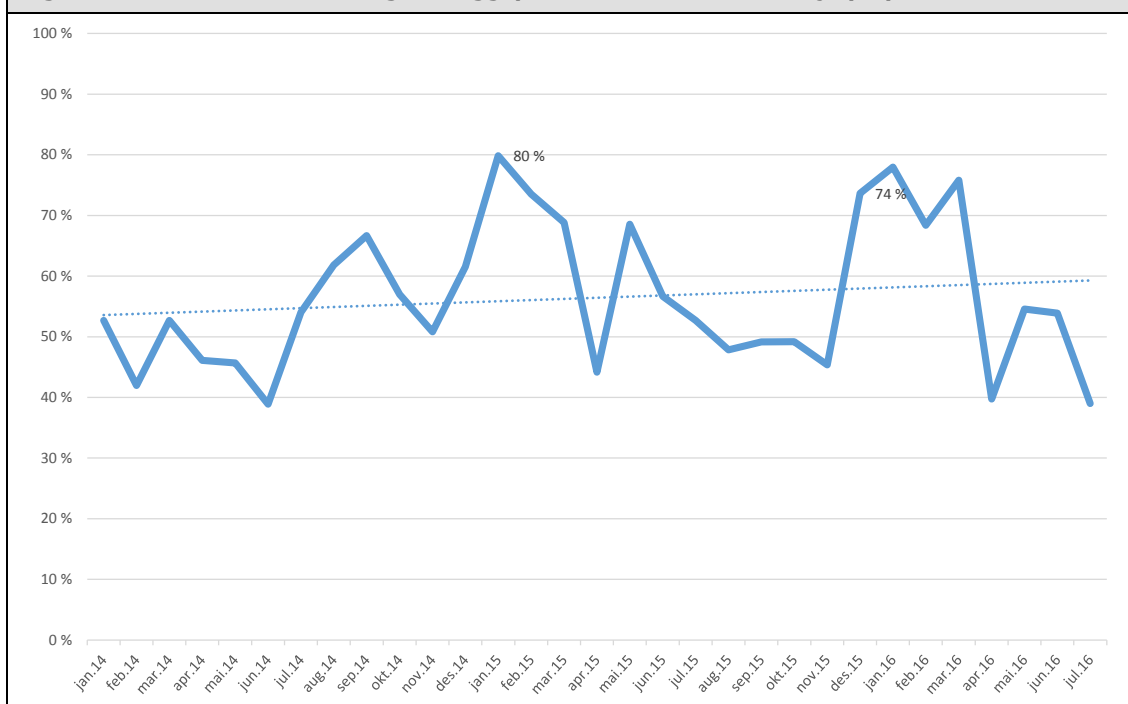
Vi får opplyst frå leiar for Jæren Ø-hjelp at målet er å ha eit gjennomsnittleg belegg på 75-80 prosent³⁵. Å få opp beleggsprosenten blir beskrive som den største utfordringa for verksemda i tida framover.

Jæren Ø-hjelp skal samlokalisera med Sandnes legevakt i april neste år. Det blir spennande å sjå kva effekt dette har på belegget, både totalt sett og om det vil bli nokre endringar m.o.t. kommunanes bruk av tilbudet.

Vi får opplyst at det er betydelege sesongmessige variasjonar,³⁶ noko figuren på neste side også viser. I vintermånadane er presset nokså stort og belegget høgt, mens trykket og belegget er langt mindre i sommermånadane. Dette samvarierer med press på kommunale institusjonstenester. Hovuddelen av brukarane skrivast ut til heim, med oppfølging fra heimesjukepleien.

³⁵ Kommentar: Årsaken til at ein ikkje ønsker opp mot hundre prosent er at eon ønsker å oppretthalde beredskapen, for å sleppe å avvise pasientar.

³⁶ Opplyst av leder ved Jæren Ø-hjelp, august 2016.

Figur 13 – Den totale månedlege beleggsprosenten ved Jæren Ø-hjelp i perioden

2.10.2 EIT POPULÆRT TILBOD

Dei aller fleste vi har intervjuet fortel at pasientane er veldig fornøgde med tilbodet på Jæren Ø-hjelp, og at dei ønsker seg tilbake dit dersom det blir behov for ei ny innlegging.

Vi får opplyst at tilbodet har vore godt promotert blant legar og gjennom avisskriverier.³⁷ Ein del pasientar gjev uttrykk for at dei ønsker å bli innlagt på Jæren Ø-hjelp og ikkje på sjukehuset. Også samhandlingslegen ved SUS peiker på at Jæren Ø-hjelp har fungera utmerkt og at brukarane er veldig fornøgde. Han meiner at viktige faktorar her er at egarkommunane har gjeve Ø-hjelpstilbodet eti nødvendig handlingsrom, og at lege og leiar ved Jæren Ø-hjelp fungerer veldig godt saman. Det visast blant anna til at legen er tidligare allmennlege, har høg tillit blant fastlegane, at han gjev dei jevnlege påminningar om tilbodet og korleis det går, og at samarbeidet med fastlegane er godt.

I samråd med sjukehuset har Jæren Ø-hjelp også teke imot nye pasientgrupper. Eit eksempel på dette er gravide som har kvalmeproblemer tidleg i svangerskapet og som har behov for kost- og væskebehandling. Ei anna gruppe er pasientar som har slått seg, men som ikkje har brot og som ikkje akutt poliklinikk har nådd å skrive inn. Desse pasientane er for dårlege til å sendast heim og får smertebehandling ved Jæren Ø-hjelp.

³⁷ Eksempel på promotering: Informasjonsarbeid. Avdelingslege møter fastlegane jamnleg, av og til oppsøker han enkelte legekantar. Jæren Ø-hjelp har også hatt open avdeling, der legane inviterast inn for å sjå korleis tilbodet er. Blant anna blei legegruppa i Gjesdal invitert fordi kommunen hadde få Ø-hjelpspasientar. Det har også vore fastlegar inne på hospitering nokre dagar.

Men til trass for at tilbodet er populært, er det godt kjent at ein har tatt grep for å utvide pasientgrunnlaget, og til trass for at både leing og medarbeidarar ønsker ein høgare dekning, er beleggsprosenten relativt låg.

I forskinga om samhandlingsreforma har enkelte stilt spørsmål ved om det har vore ein overetablering av det kommunale Ø-hjelpstilbodet. I starten rapporterte mange kommunar om eit belegg på mellom 20 og 30 prosent³⁸. Vi får opplyst at beleggsprosenten framleis er låg mange stader i landet³⁹.

Frå samhandlingslegen ved SUS hevdast det at kan ta tid før ein får ein optimal drift av tilbodet. Viktige moment her, som er felles for mange kommunar, er at legane enkelte gonger handlar på autopilot «i kampens heite» og henviser til sjukehuset, og «gløymer» Ø-hjelpstilbodet. Det blir også peika på at det tar tid å endre henvisningspraksis, derfor er jamnleg kommunikasjon og påminnelingar viktig.

2.10.3 VURDERING

Gjennomgangen vår tyder på at Jæren Ø-hjelp har fungert veldig godt. Tilbodet er godt kjent blant legane og brukarane er veldig fornøgde. Einiga har også teke grep for å utvide pasientgrunnlaget, i samråd med SUS. Til trass for dette er beleggsprosenten bare 56 prosent. Sjølv om dette er høgare enn mange andre stader, er det likevel lågare enn Jæren Ø-hjelps egne ambisjonar (75-80 prosent).

I intervju er det fleire som meiner at meir bruk av Jæren Ø-hjelp vil kunne forhindre enkelte reinnleggingar. Meir bruk av Jæren Ø-hjelp vil også for Time kunne vere eit mogleg verkemiddel for å førebygge reinnleggingar.

³⁸ Sjå for eksempel Anders Grimsmos innlegg «Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen», Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreforma, 9. januar 2014.

³⁹ Opplyst frå Jæren Ø-hjelp og fra SUS.

Om forvaltningsrevisjon

I kommunelova [§ 77.4](#) vert kontrollutvalgene i fylkeskommunane og kommunane pålagt å sjå etter at det gjennomførast forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon inneber systematiske vurderingar av økonomi, produktivitet, måloppnåing og verknader ut frå kommunestyrets vedtak og forutsetningar. Lovas bestemmingar er nærare belyst i revisjonsforskrifta [kapittel 3](#) og kontrollutvalsforskrifta [kapittel 5](#).

Revisjon i norsk offentlig sektor omfattar både rekneskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor kor berre rekneskapsrevisjon (finansiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag frå kontrollutvalet i kommunen. Arbeidet er gjennomført i samsvar til [NKRF](#) sin standard for forvaltningsrevisjon, [RSK 001](#). Les meir på www.rogaland-revisjon.no.

Prosjektleiar for denne rapporten har vore senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg. Rapporten har blitt kvalitetssikra av fagansvarleg for forvaltningsrevisjon, Bernt Mæland, og oppdragsleiar Tove-Gunn Moen.

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er krav eller forventingar som revisjonen brukar for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriteriene skal vera begrunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innafor det reviderte området, til dømes lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriterium anvendt:

- **Samanlikningar med andre kommunar, og samanlikningar av same eining over tid**
- **Samarbeidsavtale.** Her vurderte vi å gå gjennom enkeltpunkter i avtalen, for eksempel de ulike føringene for meldingsutveksling ved inn og utskrivning eller korleis avvikssystemet mellom Helse Stavanger HF og Time fungerer. Vi har intervjuet relativt mange både på sjukehuset og i kommunen, og det viste seg relativt tidlig at samhandlinga knyttet til disse forholdene i all hovudsak fungerte bra. **Vi har derfor fokusert på føremålet og de overordnede føringene med delavtale 5⁴⁰, blant annet at «den skal sikre gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasientane et like god eller betre tilbod» ([se innledning](#)).**
- **Prioritering.** ein mogleg utilsiktet virkning av utskrivingsinsentivet er at pasientar som skrives ut fra sykehus et prioriteres til korttids plass fremfor de som bor heime og mottar heimesjukepleie.
- **Kompetanse, kapasitet og utstyr.** Det ikkje nokon klare føringar m.o.t. kva som reknast for tilstrekkeleg kompetanse, kapasitet og utstyr. Som regel vil behovet vera avgjerande for kva ein treng, og behovet er igjen ein funksjon av endringer i pasientmengde og kompleksitet i pasientanes utfordringar. Dette vil vere sentrale faktorer for å vurdere kompetansesituasjonen, i tillegg til samanlikningar med andre kommuner og interne kommunale tal på utvikling i kompetansesamansetning.
- Det bør presiseres at ikkje alle problemstillingene har revisjonskriterier i dette prosjektet. Eksempelvis er problemstillingene knyttet til utviklingen i antall pasientar og pasientforløp rene prosessbeskrivelser.

Avgrensning og metode

I prosjektet har vi gjort ein såkalla metodetriangulering av data. Dette inneber at dei ulike problemstillingane belyst gjennom bruk av forskjellige datakjelder. Trianguleringen bidreg til å utvide og forsterke datagrunnlaget i analysen, og forskjellige innsamlingsmetoder gjev ulike perspektiv på analysegrunnlaget. Til dømes er antakelsar basert på første intervjurunde, dokumentstudier og nøkkeltallsanalyser, testa ut i de påfølgande intervju.

⁴⁰ Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i og utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta.

Ein av problemstillingane handlar om i kva for ein grad reinnleggingane kan forhindrast. I utgangspunktet tenkte vi å kartleggja et utval pasientar for å finne ut kva som var årsakene til dette, og kva ein kan gjere for å forhindre dette. Dette har vi ikkje gjort. Kommunen gjorde høsten 2015 sjølv ein slik kartlegging. Det vi i staden har gjort er å spørje alle representantane frå kommunen og sjukehuset om dette. Etter vår vurdering vil dette gje eit betre bilete av kva som kan gjerast for å forhindre reinnleggelsane.

Vi har intervjuja følgjande 22 personar:

- Oppstartsmøte: Kommunalsjef omsorg, tenesteleiar heimetenesta, rådgjevar hos Kommunalsjef omsorg, og fagkonsulent i heimesjukepleien
- Oppklaringsintervju per telefon med tenesteleiar heimetenesta og fagkonsulent i heimetenesta
- Øvrige intervju i kommunen:
 - Kommunelege
 - Institusjonslege ved Sivdamheimen
 - Tenesteleiar institusjon
 - Tenesteleiar for helse/rehabilitering
 - Tre verksemdsleiarar – Nord, Aust og Vest
 - To sjukepleiarar frå vest og aust⁴¹. Sentralt utvalgskriterium: Lang erfaring, og erfaring frå før innføringa av samhandlingsreforma.
 - **Totalt 13 personar**
- Vi har også intervjuja nokre samhandlingskontaktar i Helse Stavanger HF. Eit sentralt utvalgskriterium for oss var at dei representerte avdelingar som hadde relativt mykje erfaring med utskrivingsklare pasientar frå kommunane, dvs. eit nokså stort volum. Eit anna utvalgskriterium var at dei hadde nokså lang erfaring, dvs. både før og etter innføringa av samhandlingsreforma.
 - Medisinsk divisjon:
 - To kommunekontaktar frå geriatrisk avdeling
 - Ein kommunekontakt frå lungeseksjonen
 - To kommunekontaktar frå ortopedisk sengepost
 - En representant for OBA. Dette var ikkje kst avdelingssjukepleiar og kommunekontakt (som var nokså ny), men ein sjukepleiar med lang erfaring frå avdeling og sjukehus.
 - Samhandlingssjefen og samhandlingslegen ved SUS
 - **Totalt 8 personar**
- **Leiar for Jæren Ø-hjelp, ein person**
- I tillegg har vi hatt ein rekke oppklaringsamtaler underveis, med eit knippe nøkkelpersonar i kommunen.

Tal:

- Tal frå nasjonalt pasientregister, medisinske reinnleggingar
- Tal frå Helse Stavanger, antall medisinske utskrivningar for utskrivingsklare pasientar og kor desse pasientane har fått behandling
- Tal frå kommunen
 - Talet på betalingsdøgn fra 2012 til 2016
 - Pasientforløp etter utskrivning frå sjukehuset, frå 2014 til 19. august 2016
 - Talet på opphald fordelt på tenestetype, 2012-2016
 - Oversikt over antall såkalte blokkeringer, dvs. langtidspasientar som venter på plass i ein korttidsseng
- Metodekommentar: Det er talet på utskrivninger og talet korttidsopphald kommunen har tall på: «Det kan vere ein liten feilkjelde at det også er nokre korttidsopphald som er tildelt heimebuande pasientar, men i hovudsak er dei registrert med eit anna korttidsopphald (tenestekode). Blant dei

⁴¹ Sjukepleiar frå distrikt nord var også innkalt, men hadde ikkje anledning til å stille på intervjuet.

som får heimetenester er også tenestane tryggleiksalarm, matombringning og heimhjelp. Dei fleste som får heimetenester av utskrivne pasientar har heimesjukepleie.» (tilbakemelding frå omsorgs-sjef, 22.08.16).

- Tal frå Jæren Ø-hjelp, pasientbelegg frå januar 2014 til juli 2016.

Dokumenter:

- Organisasjonskart – administrativ organisering
- Mandat tiltaksteam for institusjon og heimeteneste
- Delavtale nr. 5: Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i og utskriving av pasientar fra spesialisthelsetenesta
- Avgjerd i nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren

2.10.4 VED HVILKE SJUKEHUSAVDELINGER HAR PASIENTANE FRA TIME FÅTT BEHANDLING?

Tabellen under synar kor utskrivingsklare pasienter frå Time har fått behandling, dvs. ved kva for nokon sjukehusavdelinger ved SUS dei har vore innlagt. Talet viser antall opphald ved en einiskilde avdelinga, ikkje antall pasientar. Det vil være færre pasientar enn opphald.

Tabell 1 – Antall opphald ved dei ulike avdelingane på SUS, for utskrivingsklare pasientar frå Time kommune⁴²					
Avdelingsnavn	2012	2013	2014	2015	Totalt i perioden
Ortopedisk avdeling Stavanger	38	50	45	60	193
Avdeling for blod- og kreftsjukdommer	29	20	37	48	134
Hjerteavdeling	28	25	38	43	134
Observasjons- og behandlingsavdeling	14	34	23	33	104
Lungeavdeling	11	28	30	26	95
Gastroenterologisk kirurgisk avdeling	13	20	36	23	92
Nevrologisk avdeling HST	12	20	23	24	79
Geriatrisk avdeling	6	14	22	32	74
Nyreavdeling	12	20	13	17	62
Infeksjonsmedisinsk avdeling	16	19	9	12	56
Urologisk kirurgisk avdeling	9	15	12	19	55
Gastroavdeling	12	13	13	14	52
Generell rehabiliteringsavdeling	14	17	8	8	47
Kvinneklinikkjen HST	9	4	5	8	26
Kar/ thorax kirurgisk avdeling	2	9	6	8	25
Avd. for fysikalsk medisin og rehab	1		5	3	9
Endokrinologisk avdeling		3	4	:	7
Klinisk immunologisk avdeling		3	1	2	6
Nevrokirurgisk avdeling HST	2	2	:	2	6
Øre-Nese-Hals avdeling			1	5	6
Plastikk- og håndkirurgisk avdeling	1		1	2	4
Øyeavdelinga HST			1		1
Totalt	229	316	333	389	1266

⁴² Tal frå Helse Stavanger, motteke 05.08.16.



Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no