

FORVALTNINGSREVISJON AV
SAMHANDLINGSREFORMEN



GJESDAL KOMMUNE
mai 2015

INNHold

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

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

Innhold	3
Sammendrag	4
Rådmannens kommentar	8
Rapporten	10
1 Innledning	12
1.1 Formål og problemstillinger	12
1.2 Revisjonskriterier og metode.....	12
1.3 Definisjoner	13
2 Fakta og vurdering	14
2.1 Føring og intern organisering	14
2.2 Håndtering av utskrivningsklare pasienter.....	16
2.3 Pasientforløpet etter utskrivning fra sykehuset og økonomisk intensiv	27
2.4 Samarbeid med andre kommuner om øyeblikkelig hjelp tilbud og frisklivssentralen	32
3 Oppsummering og anbefalinger	38
Vedlegg	40

SAMMENDRAG

Formålet med dette prosjektet er å vurdere kommunens håndtering av utskrivningsklare pasienter, hvordan insentivet virker inn mht. prioritering av brukere, og vurdere kommunens samarbeidsordninger i forbindelse med øyeblikkelig-hjelp tilbudet og frisklivssentralen.

Hovedbudskap:

- Det har vært en økning i antall utskrivningsklare pasienter fra SUS som har behov for hjelp fra kommunen etter utskrivningen.
- Kommunen har god sykepleiekompetanse og nødvendig utstyr for å håndtere utskrivningsklare pasienter, men har lavere legedekning enn landsgjennomsnittet på sykehjemmet (Solås bo og rehabiliteringssenter).
- Kapasiteten på sykehjemmet varierer, og i noen måneder i 2014 og i 2015 var belegget over 100%, og kommunen måtte bruke korridorplasser.
- Gjennomstrømningen/sirkulasjonen av korttidsplasser er noe lav.
- Både i 2013 og 2014 var det flere pasienter som kom fra sykehuset som fikk sykehjemsplass, enn de som kom hjemmefra. Senior- og brukerutvalget gir uttrykk for at det oppleves som at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy.
- En kan se en tendens til at pasienter som blir reinnlagt på sykehuset, var skrevet ut direkte til hjemmet.
- Kommunen har etablert et godt ø-hjelptilbud i samarbeid med Sandnes-, Klepp- og Time kommune, men belegget er lavt.
- Kommunen har etablert et greit frisklivstilbud, men tilbudet har kapasitet til flere brukere.

Rutine for utskrivningsklare pasienter

Det har, etter samhandlingsreformen ble innført, vært en økning i antall utskrivningsklare pasienter for Gjesdal kommune.

Gjesdal kommune har gode rutiner for å ta imot utskrivningsklare pasienter, og kommunen har retningslinjer for tildeling av sykehjemsplasser. Senior- og brukerutvalget oppgir at det er misnøye blant innbyggere, fordi terskelen for å få sykehjemsplass oppleves som for høy. Dette oppleves som slitsomt for pårørende.

Kommunen har registrert 20 avvik som gjelder svikt i prosedyrer for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, men det reelle antallet er høyere da avvik ikke alltid blir registrert. Revisjonen anbefaler kommunen å registrere alle avvik slik at disse kan brukes som en del av sykehusets kvalitetsforbedrende arbeid.

Kapasitet, kompetanse og utstyr

Gjesdal kommune har hatt en nedgang i antall liggedøgn fra 2012, men liggedøgn økte fra 2013 til 2014. Over en periode på 15 dager fikk kommunen 36 liggedøgn i slutten av januar og begynnelsen av februar 2015. Det var en topp av utskrivningsklare pasienter som er vanskelig å planlegge for. Gjesdal kommune ligger likevel godt under landsgjennomsnittet på antall liggedager per 1000 innbyggere.

I tre måneder i 2014 og i de to første månedene i 2015 hadde sykehjemmet et belegg på over 100%, og korridor plasser var i bruk. Selv om korridor plassene er noe skjermet, er det ingen god løsning for pasienten å være korridor pasient, da det blant annet gir mindre ro og mindre privatliv.

Revisjonen synes at det er fornuftig av kommunen å se det totale antall sykehjemsplasser under ett. Dette er med å gi fleksibilitet. Skal kommunen ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset eller la søkere som kommer hjemmefra få plass, trengs tilstrekkelig antall korttids plasser. Det er vanskelig for kommunen å planlegge behovet, fordi dette svinger, men samtidig vet en at det blir flere eldre. Pasienter på sykehjemmet har i snitt relativt lange korttidsopphold i forhold til for eksempel Strand kommune og Randaberg kommune. Dette går utover kapasiteten og gjør at gjennomstrømningen av korttids pasienter blir noe lav. Sykehjemmet jobber med å gjøre korttidsoppholdene mer målrettet.

Det har vært en kraftig økning i antall vedtak i hjemmetjenesten, og gjennomsnittlig tall på antall brukere har økt noe. Brukere av den ambulerende hjemmetjenesten får i snitt færre timer til hjemmesykepleie enn før innføringen av samhandlingsreformen.

Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å følge med hvordan utviklingen blir fremover, for å vurdere om det er tilstrekkelig med 24 sykehjemsplasser, om kommunen kan gjøre tiltak for å kunne ha flere pasienter hjemme og iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttids pasienter.

Kommunen har god sykepleiekompetanse både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten, og har nødvendig utstyr til å ta imot pasientene fra sykehuset. Sykehjemmet har mindre legedekning per pasient enn landsgjennomsnittet. Når pasientene er sykere enn hva de var tidligere, kan dette kan gå utover behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere om legedekningen på sykehjemmet er tilstrekkelig.

Pasientløpet og økonomiske intensiver og prioritering

Blant de intervjuede var det delte oppfatninger om kommunen prioriterte pasienter som kom fra sykehuset. Statistikk viser at både i 2013 og 2014 var det flere pasienter som kom fra sykehuset som fikk sykehjemsplass, enn dem som kom hjemmefra. Dette kan ha flere årsaker, som at det var færre som søkte hjemmefra, at kommunen priorite-

rer dem som kommer fra sykehuset, at helsetilstanden til pasientene fra sykehuset er dårligere og at de dermed har behov for en behandling som ikke kan ytes hjemme. Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å følge med på hvordan denne trenden utvikler seg fremover, og iverksette tiltak dersom det viser seg at hjemmeboende blir prioritert lavere enn utskrivningsklare pasienter.

De pasientene som vi intervjuet, var fornøyde med sitt pasientløp. Disse er likevel for få til å kunne trekke noen konklusjoner.

Gjesdal kommune har hatt en stor økning i antall reinnleggelser fra 2013 til 2014. Av de pasientene som ble reinnlagt i 2014, var 94 prosent forut for reinnleggelsen utskrevet til hjemmet og hadde/hadde hatt hjemmesykepleie. Dette er et høyt tall, og det kan ha flere forklaringer som at det ikke ytes heldøgnsomsorg i hjemmetjenesten, det er ikke lege i hjemmetjenesten, kvaliteten på tjenesten kan være dårligere eller at det var feil vurdering at pasienten kom hjem o.l. Rogaland Revisjon har ikke gått nærmere inn i dette, men anbefaler kommunen å vurdere tiltak for å redusere reinnleggelser.

Øyeblikkelig hjelptilbudet

Gjesdal kommune har en lav utnyttelse av ø-hjelptilbudet, men beleggprosenten har vært høyere etter møtet med legene og bortfall av mulighet til at legene direkte kunne henvise til sykehjemmet. Dersom en skulle justert antall senger etter folketall, skulle Gjesdal kommune hatt én plass på ø-hjelptilbudet og ikke to plasser. Selv om en justerer etter folketallet, er kommunen likevel godt under 100 prosent belegg. Behovet for ø-hjelptilbudet vil nok variere, og det fremstår som hensiktsmessig at plassene benyttes fleksibelt mellom kommunene. Det er viktig at legene har fokus på å benytte ø-hjelptilbudet. Samarbeidet med ø-hjelptilbudet fremstår som godt. Dersom det ikke skjer vesentlig endring i bruken av plassene fremover, bør kommunen vurdere om det reelle behovet er én plass.

Frisklivssentral

Gjesdal kommune har etablert en frisklivssentral som kan bidra til å fremme helse og søke å forebygge sykdom hos brukerne. Det er positivt at fire kommuner samarbeider, slik at brukerne får flere tilbud.

Det har vært en økning i søkere, og de fleste som får helsesamtale, starter opp og benytter seg av tilbudet. Dette er positivt. En utfordring er at ca. 20 prosent av søkerne ikke møter opp til første helsesamtale/dropper den. Frisklivssentralen har kapasitet til flere brukere. Det er gjort tiltak for å få ut informasjon til innbyggere om tilbudet.

Kommunen har lagt ut informasjon på hjemmesiden, men informasjonen kunne vært mer detaljert, slik at mulige brukere for eksempel kan se når treningstilbudene er, når fremtidige kurs planlegges o.l.

Vi anbefaler kommunen å:

- registrere alle avvik mellom kommunen og sykehuset slik at disse kan brukes som en del av sykehusets kvalitetsforbedrende arbeid.
- følge med på utviklingen av bruk av korttidsplasser fremover for å vurdere om det er tilstrekkelig med 24 sykehjemsplasser, vurdere om kommunen bør iverksette tiltak for å ha flere pasienter hjemme eller iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttidspasienter.
- vurdere om legedekningen på sykehjemmet er tilstrekkelig.
- følge med hvordan trenden med at flere pasienter fra sykehuset får sykehjemsplass enn hjemmeboende, og iverksette tiltak dersom det fortsatt viser seg at hjemmeboende blir prioritert lavere enn utskrivningsklare pasienter.
- vurdere tiltak for å redusere reinnleggelser.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rådmannen er enig i hovedkonklusjonene i rapporten.

Kommunen har god kompetanse og gode rutiner for å ivareta nye oppgaver som følger med samhandlingsreformen. Samtidig blir vi utfordret på kapasitet. Kapasitetsutfordringen skyldes både at kommunen tilføres nye oppgaver og at antallet tjenestemottakere øker. Antallet nye tjenestemottakere øker som følge av flere antall eldre, men og ved at behovene i den yngre del av befolkningen øker når nye oppgaver flyttes over til kommunen.

Rådmannen vil i det følgende knytte noen kommentarer til anbefalingene fra revisjonen:

- **Anbefaling:** Registrere alle avvik mellom kommunen og sykehuset slik at disse kan brukes som en del av sykehusets kvalitetsforbedrende arbeid.

Kommentar: Kommunen har ansvaret for å sikre at avvik blir sendt til sykehuset og sykehuset har tilsvarende ansvar for å sørge for at avvikene blir behandlet, og motsatt hvis avviket går andre vei.

Rådmannen mener at kommunen har gode rutiner for behandling av avvik, men vi jobber kontinuerlig med å sikre at organisasjonen kjenner og bruker rutinene.

Kommunen og sykehuset drøfter jevnlig via samhandlingsutvalget hvordan en skal sikre at vi skal ha felles forståelse av hva som skal meldes som avvik, og at vi får til en god oppfølging av de avvik som blir meldt. Det har vært noe utfordring med å få gode tilbakemeldinger på de avvik som meldes, dette er tatt opp i samhandlingsutvalget.

- **Anbefaling:** Følge med på utviklingen av bruk av korttidsplasser fremover for å vurdere om det er tilstrekkelig med 24 sykehjemsplasser, vurdere om kommunen bør iverksette tiltak for at flere brukere kan bli boende hjemme eller iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttidspasienter.

Kommentar: Rådmannen vil til høsten legge frem en sak til politisk behandling der en så langt det er mulig fremskriver behovet for heldøgns plasser. Denne saken vil berøre både behovet for langtids plasser sykehjem, korttidsplasser og boliger med heldøgns tilbud. For å sikre god gjennomstrømning på korttidsplasser er vi avhengig av en tilstrekkelig kapasitet totalt, på langtids plasser sykehjem og boliger med heldøgns tilbud.

Rådmannen ser at vi sammenlignet med landsgjennomsnittet håndterer utskrivningsklare pasienter på en god måte jf. rapporten. (På side 24 der det påpekes at Gjesdal kommune i 2014 hadde en liggedagsrate på 3,7 døgn per 1000 innbyggere, noe som er langt under landsgjennomsnittet.)

I handlings- og økonomiplan og tjenesteområdet sine virksomhetsplaner har rådmannen påpekt at vi over tid ønsker å styrke kompetanse og kapasitet knyttet til rehabilitering. Konkret er dette ett satsingsfelt i kompetanseplanen for tjenesteområdet, og vi har startet planlegging av ett prosjekt med hverdagsrehabilitering, som vi vurderer oppstart av i løpet av 2016.

Kommunen har startet arbeidet med å se på hvordan vi blant annet med hjelp av velferdsteknologi kan legge til rette for at tjenestemottakerne lengre kan bo i egen bolig.

Sykehjemmet vil fortsette arbeidet med å få til enda mer målretta korttidsopphold.

Noen korttidsstidsplasser blir låst over lang tid på grunn av langvarig rehabilitering. Rådmannen mener det blir gjort et godt arbeid når mange blir rehabilitert slik at de etter opphold klarer seg på ett lavere omsorgsnivå. Samtidig vil vi se på om det er mulig å redusere rehabiliteringstiden på sykehjem og få til en raskere overflytting til hjem/omsorgsbolig og fortsette rehabiliteringen der. Vi vil ta kontakt med kommuner som har en raskere gjennomstrømming, for å se om vi kan hente ut læring fra dem.

- **Anbefaling:** Vurdere om legedekningen på sykehjemmet er tilstrekkelig.
Kommentar: Tjenesteområdet har fremma behov for styrking av legedekningen i budsjettprosess i 2013 og 2014, det er ikke funnet rom for å prioritere styrking. Rådmannen vil i saken om behov for heldøgns plasser å belyse behov for økt legedekning.
- **Anbefaling:** Følge med hvordan trenden med at flere pasienter fra sykehuset får sykehjems plass enn hjemmeboende, og iverksette tiltak dersom det fortsatt viser seg at hjemmeboende blir prioritert lavere enn utskrivningsklare pasienter.
Kommentar: Rådmannen vurderer at hjemmeboende ikke blir prioritert lavere enn utskrivningsklare, men praksis med øyeblikkelig hjelp innleggelse direkte fra fastleger og hjemmesykepleie er flytta fra sykehjem til Jæren Ø-hjelp. Rådmannen er imidlertid enig i at den totale belastningen knyttet til heldøgns tilbud i perioder har vært høy, dette har medført at brukere har måtte ventet på sykehus eller at vi har måtte bruke korridor plasser.
- **Anbefaling:** Vurdere tiltak for å redusere re-innleggelser.
Kommentar: Her har rådmann gått bak de reelle tallene. Av de re- innleggelser som var registrert hadde flere ikke tjenester fra hjemmetjenestene, flere hadde eksempelvis åpen retur i forbindelse med kreftbehandling - så ut fra det vi fant ut var det i dette grunnlaget kun en reell re-innleggelse fra hjemmetjenestene. Med bakgrunn i dette ser ikke rådmannen at det er ting i kommunens praksis som vil kunne redusere re- innleggelser med grunnlag i de fakta vi har nå.

Med hilsen
GJESDAL KOMMUNE

RAPPORTEN

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Bakgrunnen for prosjektet følger av kommunens plan for forvaltningsrevisjon. I planen er det prioritert et prosjekt om samhandlingsreformen. Mandat for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget i møtet 18.11.14.

Det fremgår av kontrollutvalgets bestilling at følgende problemstillinger skal besvares:

Utskrivningsklare pasienter

- Har antallet pasienter som er meldt utskrivningsklare økt etter innføring av samhandlingsreformen?
- Hvordan skjer pasientløpet etter utskrivning fra sykehuset?
- Hvordan har kommunen organisert arbeidet for å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (mottak), og hvordan fungerer dette?
- Hvordan er gjennomstrømningen/sirkulasjonen i korttids plassene?
- Har kommunen tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og nødvendig utstyr til å ta imot pasientene fra sykehuset?

Økonomiske intensiver og prioritering

- I hvilken grad spiller det økonomiske insentivet for å ta imot utskrivningsklare pasienter inn på hvordan kommunen prioriterer mht. sykehjemsplass?
- Er det slik at pasienter som kommer fra sykehuset får en sterkere prioritering enn de som kommer hjemmefra?

Samarbeid

- Hvordan er samarbeidet knyttet til ø-hjelptilbudet og frisklivs- og mestrings-sentralen organisert? Hvordan fungerer samarbeidet?
- Hvordan har kommunen nyttiggjort disse tilbudene? Hva er de største utfordringene mht. nyttiggjøring? Og hva har kommunen gjort for å sikre best mulig utnyttelse av disse tilbudene?

I tillegg ønsker kontrollutvalget at rapporten skal vise sammenligning med andre kommuner.

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

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

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

- Generelle hensyn
- Avtaler mellom Helse Vest og Gjesdal kommune

Kriteriene er nærmere spesifisert i det enkelte delkapittel.

Rogaland Revisjon har tidligere gjennomført forvaltningsrevisjon om samhandlingsreformen i Stavanger-, Sandnes- og Strand kommune. Parallelt med denne forvaltningsrevisjonen ble det gjennomført en forvaltningsrevisjon om samhandlingsreformen i Randaberg kommune. Der det er sammenlignbare tall, har vi sammenlignet Gjesdal kommune med de andre kommunene. Vi har også benyttet oss av statistikk for samhandlingsreformen som utgis av Helsedirektoratet. Det er benyttet data fra Stavanger universitetssykehus og fra Gjesdal kommune. For å kunne beregne gjennomsnittlig oppholdstid korttidsplasser har revisjonen foretatt en del manuelle opptellinger. Dette øker risikoen for feil. Vi har gjennomført rutinekartlegging og dokumentgransking.

For samle inn data, har vi gjennomført individuelle intervjuer av tolv ledere og ansatte i kommunen. I denne forvaltningsrevisjonen ønsket vi også å høre hvordan brukere av kommunens tilbud opplever tilbudet. Kommunens ø-hjelptilbud på Klepp sykehjem gjennomførte i den perioden forvaltningsrevisjonen pågikk, en brukerundersøkelse av innlagte pasienter. Vi valgte derfor å ikke intervju pasienter herfra. Vi ønsket å snakke med pasienter som hadde vært utskrevet fra sykehuset i februar, men dette viste seg å være vanskelig. Dette på grunn av at en del pasienter var demente, var veldig dårlig eller de var døde. Vi har derfor kun gjennomført intervjuer av tre pasienter, og dette er ikke representativt for hele gruppen, men må ses på som eksempler. For å få brukerstemmen frem, gjennomførte revisjonen intervju av kommunens senior- og brukerutvalg.

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

1.3 DEFINISJONER

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

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

2 FAKTA OG VURDERING

2.1 FØRINGER OG INTERN ORGANISERING

Eksterne føringer

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og skal innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud og frigjøre kapasitet på sykehusene. I januar 2012 trådte også ny folkehelselov i kraft. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Kommunenes finansielle ansvar ble endret med samhandlingsreformen. Finansieringsordningen omfatter i dag to finansielle virkemidler:

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

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

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

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

Intern organisering

Alle virksomheter og avdelinger som er omfattet av samhandlingsreformen i Gjesdal, er underlagt kommunalsjef for helse og velferd. Organisasjonskart fremgår av figur 1.

Figur 1 – Organisasjonskart helse og velferd. Kilde: Gjesdal kommune.

Virksomhet bo og rehabilitering består av omsorgsboliger på Ålgård bo og aktivitetssenter, bofellesskap og dagsenter for personer med demens på Ålgård bo og aktivitetssenter, kjøkken og vaskeri, nattjenesten, en korttidsavdeling og en langtidsavdeling på Solås bo og rehabiliteringssenter. Solås bo og rehabiliteringssenter er kommunens sykehjem og har 30 plasser. På grunn av overkapasitet selger Gjesdal kommune for tiden seks plasser til Sandnes kommune. Sykehjemmet tar i mot utskrivningsklare pasienter som trenger et sykehjemsopphold.

Virksomheten forebygging og mestring har som mål å bidra til at kommunens innbyggere bor i egne hjem og mestrer egne liv, og hjelp til selvhjelp er et viktig begrep i virksomheten. Ambulerende hjemmetjeneste og frisklivssentralen hører under dette virksomhetsområdet. Den ambulerende hjemmetjenesten driver hjemmesykepleie og hjemmetjenester for kommunens innbyggere som bor hjemme. Det er hjemmetjenesten som har ansvar for oppfølging av utskrevne pasienter som kommer direkte hjem fra sykehuset.

Som en del av folkehelsearbeidet har kommunen etablert en frisklivssentral som er organisatorisk plassert i avdeling psykisk helse og rus. Frisklivssentralen i Gjesdal ble åpnet i september 2013, og er for innbyggere fra 18 år og oppover. Målet med tilbudet er å forebygge sykdom og hjelpe innbyggere som ønsker seg en livsstilsendring. Tilbudet ble opprinnelig organisert som et vertskommunesamarbeid mellom Klepp, Time og Gjesdal med en felles koordinator. Kommunene har nå gått vekk i fra vertskommunesamarbeidet, men de tre kommunene og Hå kommune fortsetter samarbeidet.

Gjesdal kommune har inngått en samarbeidsavtale med Sandnes, Klepp og Time om et øyeblikkelig hjelp tilbud hvor Klepp kommune er vertskommune. Tilbudet startet opp

01.10.13. Det er totalt tolv øyeblikkelig hjelpssenger, og Gjesdal disponerer to av disse sengene.

2.2 HÅNDTERING AV UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

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

2.2.1 ANTALL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

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

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

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

Tabell 1 – Utskrivningsklare pasienter i årene 2011-2014. Kilde: Stavanger universitetssykehus.				
	2011².	2012	2013	2014
Antall utskrivningsklare pasienter	35	90	107	122

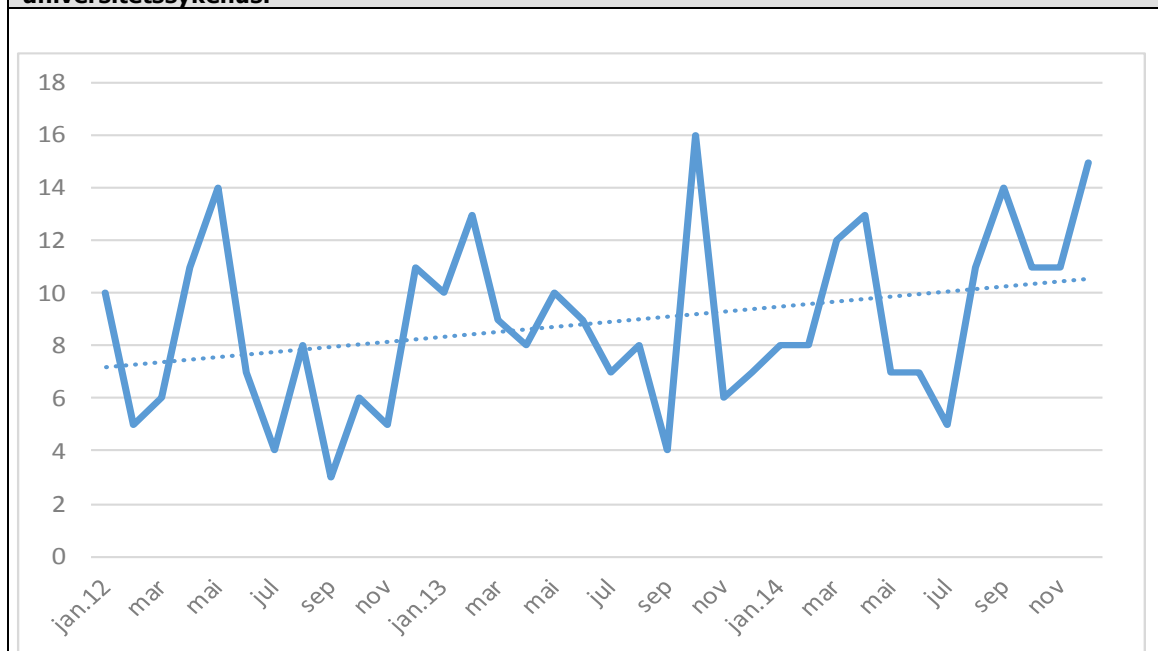
Tabellen viser at Gjesdal kommune har hatt en betydelig økning i antall utskrivningsklare pasienter etter at samhandlingsreformen ble innført. Økningen i Gjesdal fra året 2011 til året 2014 er på 248%

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

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

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

Figur 2 – Utskrivningsklare pasienter per måned fra 2012-2014. Kilde: Stavanger universitetssykehus.



Vi ser av figuren at antall utskrivningsklare pasienter svinger fra måned til måned, men totalt sett er det et økende antall utskrivningsklare pasienter. Det ser også ut til å være færre utskrivningsklare pasienter på sykehus i sommermånedene.

2.2.2 RUTINE FOR Å TA IMOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Når det er en økning i antall pasienter som meldes utskrivningsklare, forutsetter det at kommunen har rutine for å ta imot pasienter og at krav i delavtale nr. 5 blir fulgt opp.

Revisjonskriterier

- Kommunen har rutine for å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Rutine for utskrivningsklare pasienter

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

Gjesdal kommune har som rutine at vakthavende sykepleier på sykehjemmet og i hjemmetjenesten sjekker om det er utskrivningsklare pasienter hver dag kl. 12.00 og kl. 16.00. Dersom avdelingsleder korttid og avdelingsleder hjemmetjenesten er på jobb, er de ofte involvert i dette arbeidet. Dette gjelder spesielt dersom det er flere pasienter som venter på plass, og det må tas en vurdering av hvem kommunen skal prioritere.

Samarbeidet med sykehuset

Skal samhandlingsreformen fungere etter hensikten, krever det et godt samarbeid mellom kommunen og sykehuset, da de er avhengige av å ha en dialog rundt pasienten. Samarbeidet og oppgave/ansvarsfordeling er beskrevet i delavtale 5. Det er viktig at partene utveksler informasjon om pasienten, slik at behandlingen av pasienten kan bli mest mulig riktig. Representanter fra kommunen opplyser at samarbeidet stort sett fungerer godt, men at det innimellom er utfordringer. Kommunen har opplevd at utskrivningsklare pasienter har blitt sendt hjem, uten at kommunen har blitt informert eller at sykehuset «lover» pasienten sykehjemsplass, mens Gjesdal kommune vurderer at pasienten kan klare seg med hjemmesykepleie. I en del tilfeller har ikke kommunen fått tilsendt informasjon om pasientens behandling og funksjonsnivå. Leder av hjemmetjenesten opplyser at kommunen heller ikke alltid er flinke til å sende med nok informasjon til sykehuset selv, men at dette er det noe som jobbes med.

Det har også vært tilfeller der sykehuset har meldt pasienten utskrivningsklar, men så har det vist seg at pasienten ikke har vært utskrivningsklar og vært lenger på sykehuset. Da har det vært flere tilfeller der sykehuset ikke korrigerer dato for utskrivning, slik at Gjesdal kommune har fått tilsendt faktura med flere liggedøgn enn det som er reelt. Gjesdal kommune har siden samarbeidsreformen ble innført, sendt 20 avviksmeldinger til sykehuset vedrørende prosedyresvikt. Informanter oppgir at de registrerer for få avvik i forhold til hva som er reelt, og at dette blant annet skyldes at det er tungvint å registrere avvik da de må sendes manuelt i posten, hverdagen er travel og at en har forståelse for den andre parts situasjon og dermed ikke registrer avviket. Det reelle avviket er dermed høyere enn 20 avvik.

Sykehjemsplass

Gjesdal kommune har et tiltaksråd som har møte ukentlig, og som avgjør søknader om opphold i sykehjem, omsorgsbolig og dagsenter. Det er utarbeidet retningslinjer for tiltaksrådet. I tiltaksrådet sitter det fire personer som sammen skal ta avgjørelsen om hvilket tilbud søkere skal få. Kommunen ser det som en fordel at de er flere som er med på å ta beslutningen, fordi det da gjør det lettere å få en mest mulig riktig avgjørelse. En søknad om sykehjemsplass vurderes ut fra følgende:

«Opphold i institusjon skal være målrettet og vurderes ut fra

- 1. Behov for rehabilitering, palliativ omsorg, avlastning, behandling og heldøgns pleie.*
- 2. Brukerens nettverk og egen omsorgsevne*
- 3. Muligheten for å organisere et godt heldøgnsstilbud overfor brukeren utenfor sykehjemmet.*
- 4. Forebygge svikt og opprettholde evne til egenomsorg.»*

Dersom en pasient kommer direkte fra sykehuset til sykehjem og får plass uten søknadsbehandling, blir «søknaden» om plass behandlet i førstkommende tiltaksråd i tråd med kommunens retningslinjer for tiltaksrådet.

Det er innbyggere som søker om sykehjemsplass, som får avslag på søknaden. I tabellen nedenfor ser en hvor mange som fikk avslag i perioden 2011-2014.

Tabell 2 – Antall søkere som har fått avslag om sykehjemsplass. Kilde: Stavanger universitetssykehus.

	2011	2012	2013	2014
Antall søkere som fikk avslag	16	20	6	20

Mange av søkerne som får avslag har allerede hjemmetjenester, og dersom tiltaksrådet vurderer det slik at det er faglig forsvarlig å yte helsehjelp hjemme, får søkeren avslag. Kommunen har hatt klagesaker, men har alltid fått medhold av fylkesmannen.

Senior- og brukerrådet uttrykker at det er misnøye blant innbyggere fordi det er vanskelig å få sykehjemsplass. Det er pårørende som oppfatter det slitsomt å ha ansvar for slektninger som bor hjemme. Ifølge senior- og brukerrådet er det en oppfatningen om at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy.

Vurdering

Gjesdal kommune har gode rutiner for å ta imot utskrivningsklare pasienter. Kommunen har registrert 20 avvik som gjelder svikt i prosedyrer for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, men det reelle antallet er høyere da avvik ikke alltid blir registrert. Revisjonen anbefaler kommunen å i større grad registrere avvik slik at disse kan brukes som en del av sykehusets kvalitetsforbedrende arbeid.

Kommunen har retningslinjer for tildeling av sykehjemsplass, og det synes som fornuftig at det er flere som er med å ta avgjørelsen om hvilket tilbud en søker skal få. Senior- og brukerutvalget oppgir at det er misnøye blant innbyggere fordi terskelen for å få sykehjemsplass oppleves som for høy. Dette oppleves som slitsomt for pårørende.

2.2.3 KOMMUNENS MULIGHET TIL Å TA IMOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Når det er en økning i antall pasienter som meldes utskrivningsklare, forutsetter det at kommunen har kapasitet til å ta imot pasientene enten de har behov for sykehjemsplass eller hjemmetjenester. En god gjennomstrømming av korttidsplassene ved sykehjemmet er dermed en forutsetning. Tidligere utskrivning fra sykehuset innebærer at mer av behandlingene skjer i ettertid av sykehusoppholdet, noe som krever at kommunen har god nok kompetanse til å behandle pasientene og nødvendig utstyr. I saksfremlegg til drifts- og miljøutvalget 19.11.14 står det: «Gjesdal går mot en økning av antall eldre og vil fra 2020 få en økning i de eldste befolkningsgruppene.» Videre står det: «I forbindelse med kommuneplanarbeidet ble det foretatt en kartlegging blant morgendagens eldre på hva som en trodde ville være viktig når en ble eldre. De fleste ønsker å være selvhjulpne, bo hjemme lengst mulig og ha mulighet for å skaffe seg tilrettelagt bolig.» Dette gjør at kommunen allerede nå må forberede seg på dette.

Revisjonskriterier

- Kommunen har tilstrekkelig kompetanse og nødvendig utstyr til å ta imot pasientene fra sykehuset.
- Kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.
- Kommunen har redusert antall liggedøgn.

Gjesdal kommune er opptatt av hjelp skal gis på lavest mulig omsorgsnivå, og at flest mulig eldre skal klare seg lengst mulig hjemme.

Kompetanse og utstyr

Flere av informantene oppgir at kommunen etter samhandlingsreformen har fått mer alvorlige syke pasienter til behandling. Pasientene har mer komplekse sykdommer, de kan ha flere alvorlige diagnoser, og det er flere dødsfall på sykehjemmet enn tidligere. Dette krever mer av de ansatte og gir en mer utfordrende hverdag for personalet. Noen informanter oppgir at det blir mer arbeidsbelastning på de ansatte på grunn av større utskiftning av pasienter på sykehjemmet.

Tabell 3 viser en overrikt over legedekningen på sykehjemmet i Gjesdal, Randaberg, Sandnes og landet totalt i 2014.

Tabell 3 – Legedekning på sykehjem i 2014. Kilde: SSB, kostrastatistikken.				
	Gjesdal	Randaberg	Sandnes	Landet totalt
Antall legetimer per beboer	0,44	0,57	0,61	0,50

I 2011, altså før samarbeidsreformen trådte i kraft, var legedekningen på sykehjemmet på 0,41 time per beboer. Av tabellen fremgår det at Gjesdal kommune har lavere legedekning enn landet totalt, Randaberg kommune og Sandnes kommune.

Kommunen har satsset på kompetanseutvikling, og på sykehjemmet fikk to ansatte, før samhandlingsreformen tredde i kraft, videre utdanning i palliativ omsorg. Det fremgår av opplæringsplan for 2014 at kommunen kan gi støtte til videreutdanning innen kreftomsorg og lindrende behandling, geriatri og rehabilitering. Kommunen har også ressurspersoner som har utdanning innenfor ulike diagnoser som demens, diabetes, palliativ omsorg o.l.

Lederne oppgir at kommunen i stor grad har den kompetansen som trengs for å ivareta pasientene. Enkelte informanter oppgir at det er lite midler til kurs.

Både informanter fra sykehjemmet og hjemmetjenesten opplyser at de stort sett har det utstyret de trenger for å ta imot pasientene fra sykehuset. På sykehjemmet hadde det vært ønskelig med en blæreskanner, og det pågår en innsamlingsaksjon til denne.

Hjemmesykepleien i Gjesdal har til nå ikke gjennomført infusjonsbehandling ute hos pasienten. Dette er noe de planlegger å starte med.

Kapasitet hjemmetjenesten

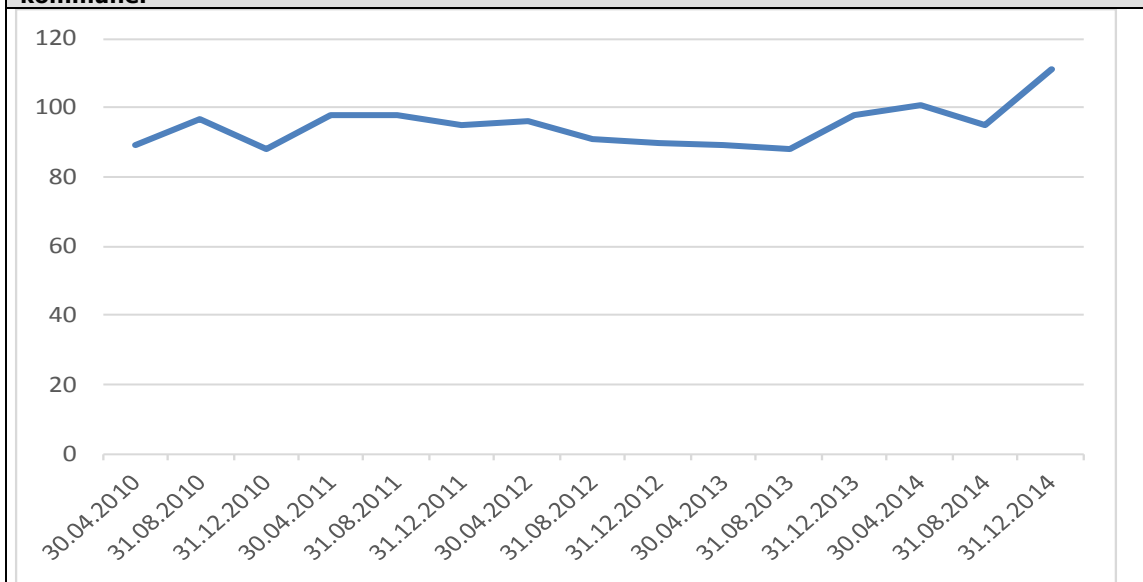
Denne delen omhandler den ambulerende hjemmetjenesten, det vil si hjemmetjenesten som hjelper pasienter i private hjem. Kapasitet i hjemmetjenesten henger sammen med budsjettramme, antall pasienter og pasientens omsorgsbehov.

Flere informanter uttrykker at pasientene som kommer hjem, har mer komplekse sykdommer nå enn før samhandlingsreformen. Hjemmetjenesten har likevel ikke merket den store økningen i antall pasienter, og informantene oppgir at det ikke er mer arbeidsbelastning. Behovet for hjemmesykepleie svinger fra uke til uke, noe som kan gjøre det noe utfordrende å planlegge bemanningen.

Brukere som får tildelt hjemmesykepleie får det etter behov. I løpet av 2014 var det 295 mottakere av ambulerende hjemmetjenester. Dette var en økning med 22 personer siden 2013.

Kommunen rapporterer antall brukere av hjemmetjenester per siste dag i tertialet til drifts- og miljøutvalget. Det innebærer at en kun får en oversikt over hvor mange brukere det er den aktuelle datoen. Innenfor tertialet kan det være svingninger i antall brukere. Figuren nedenfor viser en oversikt over antall brukere i den ambulerende hjemmetjenesten per siste dato i tertialet for 2010-2014.

Figur 3 - Oversikt antall brukere i den ambulerende hjemmetjenesten. Kilde: Gjesdal kommune.



Av figuren ser vi at antall brukere i den ambulerende hjemmetjenesten varierte mellom 88 til 111 pasienter. Fra og med høsten 2013 har det vært en økning i antall brukere.

Dersom en ser på den totale hjemmesykepleien hvor også hjemmesykepleie i omsorgsboliger er inkludert, hadde kommunen totalt 160 brukere per 31.12.14.

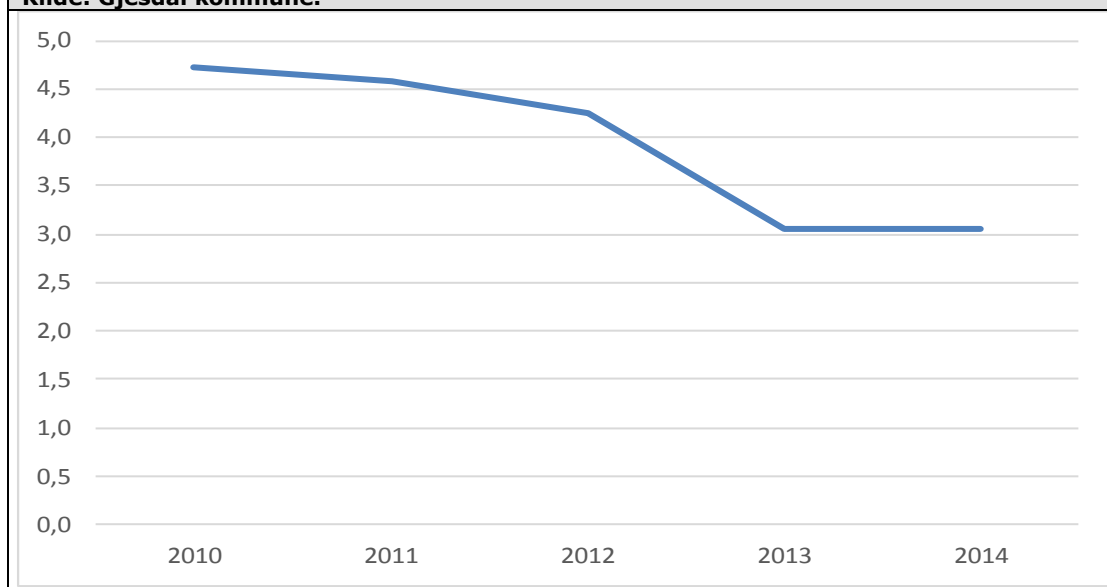
Selv om ikke antall brukere har økt vesentlig, fremgår det av tabell 4 at det blir skrevet betydelig flere vedtak om hjemmesykepleie enn før samhandlingsreformen. Dette henger sammen med at en gjennomfører flere revurderinger av pasientens behov.

Tabell 4 – Antall vedtak – ambulerende hjemmetjenesten. Kilde: Gjesdal kommune, årsmelding 2014.

	2011	2012	2013	2014
Antall vedtak	198	235	393	410

Figur 4 viser gjennomsnittlig antall timer per uke per bruker av den ambulerende hjemmesykepleien i Gjesdal.

Figur 4 – Oversikt over timer per uke per bruker som har ambulerende hjemmesykepleie. Kilde: Gjesdal kommune.



Av figuren ser vi at antall vedtakstimer per bruker i den ambulerende hjemmetjenesten har gått ned siden 2010. Timene falt frem til 2013, og har siden flatet ut til ca. 3 timer i uken. Det varierer hvor mye hjelp brukerne får, hvor noen har behov for få timer og andre mange timer. Mulige forklaringer på at timetallet er redusert, er at det har blitt færre ressurskrevende brukere eller at antall brukere har gått opp uten at ressurstilgangen har økt, noe som vil føre til at det blir færre timer til hver bruker. Ifølge årsmeldingen for 2013 begynte kommunen i 2013 å foreta revurdering av tjenestene oftere enn før for å ha økt fokus på endringer i tjenestebehov. Dette kan også føre til at pasienter ikke får mer timer til hjemmesykepleie enn de faktisk har behov for.

Kapasitet sykehjemmet

Dersom kommunen skal være i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter som må på sykehjem eller pasienter hjemmefra, er en avhengig av at det er ledig kapasitet på sykehjemmet.

Gjesdal kommune solgte opprinnelig åtte sykehjemsplasser til Sandnes kommune, men som en konsekvens av samhandlingsreformen valgte kommunen å beholde to av disse plassene selv. Sykehjemmet har ikke noe fast tall for hvor mange av kommunens 24 sykehjemsplasser³ som er korttidsplasser eller langtidsplasser. Dette for å ha et mest mulig fleksibelt system. Pasientene på korttidsavdelingen har opphold av kortere varighet, venter på plass i omsorgsbolig eller på langtidsplass. Sykehjemmet har to korridor plasser som kan benyttes, dersom det er forsvarlig ut fra pasientenes tilstand og ut fra den totale arbeidsbelastningen på personalet.

I tabell 5 er det satt opp en oversikt som viser sykehjemmets årlige totale belegg, langtid- og korttidsplasser i prosent for perioden 2009-2014.

Tabell 5 – Oversikt over belegg sykehjem i prosent. Kilde: Gjesdal kommune.			
År	Totalt belegg	Herav langtidsplasser	Herav korttidsplasser
2009	95,9 %	53,6 %	42,3 %
2010	98,4 %	56,8 %	41,5 %
2011	97,2 %	51,4 %	45,7 %
2012	95,7 %	47,1 %	48,5 %
2013	84,7 %	44,3 %	40,4 %
2014	97%	55,7%	41,3%

I denne oversikten er også plassene som Sandnes kommune kjøper, inkludert. Vi har fått opplyst at plassene Sandnes kommune har kjøpt, alltid har fullt belegg. 2013 var et år med veldig lavt belegg, hvor det var mange dødsfall på sykehjemmet. Dette førte til mange ledige plasser. Øvrige år har det totale belegget vært på over 95,6 prosent. I 2014 hadde sykehjemmet et totalt belegg på 97 prosent, men i siste tertial var belegget på sykehjemmet på 99,3 prosent. I 2014 hadde kommunen overbelegg i månedene juli, oktober og desember, dvs. at det var korridor pasienter. Vi ser av tabellen at sykehjemmet, med unntak av i 2012, har flere langtidsplasser enn korttidsplasser.

De tre første månedene i 2015 har beleggsprosenten sett slik ut:

³ Antall utenom de seks plassene som Sandnes kjøper av Gjesdal.

Tabell 6 – Oversikt over belegg sykehjem i prosent 2015. Kilde: Gjesdal kommune.

År	Totalt belegg
Januar 2015	100,3%
Februar 2015	104,2%
Mars 2015	97,2%

I februar var det ekstra stort press på sykehjemmet, og sykehjemmet hadde et belegg på over 100%, noe som innebar at noen pasienter var korridorpasienter. Det var stor pågang av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. I perioden 30.01.15 – 13.02.15 var det syv pasienter som kommunen ikke klarte å ta i mot på utskrivningsdagen, og i denne perioden hadde kommunen 36 liggedøgn.

Informanter i fra kommunen oppgir at for å kunne klare å ta imot utskrivningsklare pasienter, har kommunen i senere tid blitt mer opptatt av at korttidsplassene skal ha en målrettet bruk. Det skal fremgå av referatet i fra møter i tiltaksrådet og i vedtak til pasienten, hva som er målet med sykehjemsoppholdet.

Tabellen nedenfor viser oversikt over gjennomsnittlig oppholdstid for korttidsplass i årene 2011 – 2014.

Tabell 7 –Gjennomsnittlig oppholdstid korttidsplass. Kilde: Gjesdal kommune⁴

	2011	2012	2013	2014
Ca. antall døgn	28	23	26	30

Av tabellen ser en at et gjennomsnittlig korttidsopphold i årene 2011 til 2014 varierte mellom 23 og 30 døgn. Kommunen har innimellom pasienter som har lange korttidsopphold. Dette skyldes enten at pasienten trenger lang rehabilitering før han eller hun kan sendes hjem, eller at pasienten ikke kan komme hjem. For eksempel kan kommunen trenge tid på å finne ut hva som blir det riktige tilbudet til pasienten fremover, eller at pasienten venter på ledig plass i demensbolig. Dersom en trekker vekk de få pasientene som i årene 2011 – 2014 hadde mer enn ett 100 dagers korttidsopphold (gjelder 2-4 pasienter per år), varer en gjennomsnittlig korttidsplass i ca. 22 døgn.

Tabellen på neste side viser en sammenligning av gjennomsnittlig liggetid på korttidsavdelingen for tre kommuner:

⁴ Tallene er beregnet manuelt, med utgangspunkt i protokoll over opphold fått fra kommunen. Pasienter som var innskrevet over to år, er talt med det året de ble utskrevet.

Tabell 8 – Gjennomsnittlig oppholdstid korttids plass i tre kommuner. Kilde: Randaberg kommune, Gjesdal kommune⁵ og Rogaland Revisjon.				
	2011	2012	2013	2014
Strand kommune	12,6	11,8	12,7 ⁶	
Randaberg kommune	19,8	15,3	15,3	16,6
Gjesdal kommune	28	23	26	30

Av tabellen ser en at pasientene som kommer til sykehjemmet, har lengre oppholdstid enn pasientene i Randaberg og Strand kommune. Randaberg kommune har over flere år hatt ledig kapasitet på sykehjemmet og har således i større grad tatt pasienten inn på sykehjemmet for å kartlegge pasientens behov for hjelp hjemme. Dette har ikke vært praksis i Gjesdal kommune.

Liggedøgn på sykehuset

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

Tabell 9 – Antall liggedøgn og kostnader. Kilde: Gjesdal kommune.			
	2012	2013	2014
Antall	67	12	42
Kostnader	268.000	49.500	174.600

I 2012 hadde kommunen et stort antall liggedøgn, noe som trolig kan forklares med litt oppstartsutfordringer. Kommunen har hatt en nedgang i antall liggedøgn i forhold til 2012, men antall liggedøgn økte fra 2013 til 2014. Dette henger i stor grad sammen med at sykehjemmet hadde et lavere belegg i 2013.

Ifølge Helsedirektoratet gikk sum liggedager for utskrivningsklare pasienter betydelig ned i alle regioner og nesten alle kommuner, etter innføring av samhandlingsreformen. I 2013 var liggedagsraten for utskrivningsklare pasienter på 11 dager per 1000 innbyggere, men i 2014 var denne økt til 15⁷ dager per 1000 innbyggere. Gjesdal kommune hadde i 2014 en liggedagsrate på ca. 3,7 døgn per 1000 innbyggere, noe som er langt under landsgjennomsnittet.

Vurdering

Gjesdal kommune hadde en nedgang i antall liggedøgn fra 2012, men antall liggedøgn økte 2014. Dette henger sammen med at i 2013 var det mange dødsfall på sykehjem-

⁵ Tallene er beregnet manuelt, med utgangspunkt i protokoll over opphold fått fra kommunen.

⁶ Kun for de tre første månedene i 2014

⁷ Det er gjort en endring i hvilken dato som benyttes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av sykehusopphold. Iflg helsedirektoratet (samhandlingsstatistikk 2013-2014) utgjør effekten av dette omtrent 10 prosent flere liggedager enn i 2013.

met, som gjorde at sykehjemmet hadde ledig kapasitet. Over en periode på 15 dager fra slutten av januar og begynnelsen av februar 2015 fikk kommunen 36 liggedøgn. Sykehjemmet hadde allerede overbelegg, og det var ikke mulighet til å ta imot flere pasienter. Dette var en topp av utskrivningsklare pasienter som er vanskelig å planlegge for. Gjesdal kommune ligger likevel godt under landsgjennomsnittet på antall liggedager per 1000 innbyggere.

I tre måneder i 2014 og i de to første månedene i 2015 hadde sykehjemmet et belegg på over 100%, og korridor plasser var i bruk. Selv om disse er noe skjermet, er det ingen god løsning for pasienten å være korridor pasient, da det blant annet gir mindre ro og mindre privatliv.

Revisjonen mener at det er fornuftig av kommunen å se det totale antall sykehjems plasser under ett. Dette er med å gi fleksibilitet. Skal kommunen ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, eller la søkere som kommer hjemmefra få plass, trengs korttidsplasser. Dersom flertallet av sykehjems plassene blir langtidsplasser, så reduseres muligheten. Det er likevel vanskelig for kommunen å planlegge behovet, fordi dette svinger. Gjesdal kommune har i snitt relativt lange korttidsopphold i forhold til Strand kommune og Randaberg kommune, noe som går utover kapasiteten. Dette gjør at gjennomstrømningen av korttidspasienter blir noe lav. Sykehjemmet jobber med å gjøre korttidsoppholdene mer målrettet. Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å følge med på utviklingen av bruk av korttidsplasser fremover for å vurdere om det er tilstrekkelig med 24 sykehjems plasser, vurdere om kommunen bør iverksette tiltak for å ha flere pasienter hjemme eller iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttidspasienter.

Det har vært en kraftig økning i antall vedtak i hjemmetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen, noe som blant annet skyldes en hyppigere revurdering av pasientens behov. Gjennomsnittlig antall brukere har økt noe. Hjemmetjenesten synes å raskt kunne snu seg om. Etter samhandlingsreformen ble innført, har det vært en nedgang i antall timer som i snitt gis den enkelte bruker i hjemmesykepleie. Kommunen oppgir at dette kan skyldes at en nå har en lettere brukergruppe i hjemmetjenesten enn tidligere. Dette på tross av at pasientene har mer komplekse sykdommer enn tidligere. Revisjonen stiller spørsmål til hva som er årsaken til at timetallet i snitt har blitt redusert.

Når kommunen forventer en økning i antall eldre, som trolig ønsker å bo lengst mulig hjemme, bør kommunen iverksette forebyggende tiltak. Kommunen kan for eksempel innføre hverdagsrehabilitering.

Kommunen har god sykepleiekompetanse både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten, og har nødvendig utstyr til å ta imot pasientene fra sykehuset. Sykehjemmet har mindre legedekning per pasient enn landsgjennomsnittet. Når pasientene er sykere enn tid-

ligere, kan dette kan gå utover behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere om legedekningen på sykehjemmet er tilstrekkelig.

2.3 PASIENTFORLØPET ETTER UTSKRIVNING FRA SYKEHUSET OG ØKONOMISK INTENSIV

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

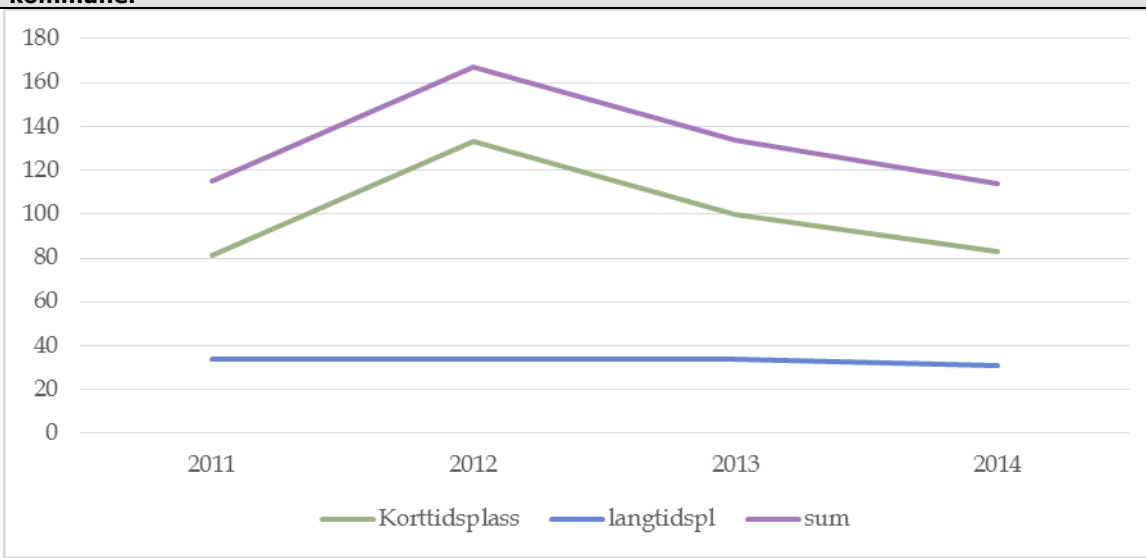
2.3.1 PASIENTLØP

Revisjonskriterier

- Pasienter som kommer fra sykehuset blir ikke prioritert foran søkere som kommer hjemmefra.
- Pasienter opplever et trygt og godt pasientløp.

Pasientene som skrives ut fra sykehuset får, avhengig av pasientens tilstand/funksjonsnivå, i hovedsak tilbud om korttidsplass eller hjemmetjenester, men noen kan få langtidsplass, omsorgsbolig eller annet. Dersom pasienten er frisk nok til å klare seg hjemme ved hjelp av hjemmetjenester, så kommer pasienten direkte hjem. Mange av de utskrivningsklare pasientene har et tilbud om hjemmetjenester allerede. Dersom det er helt nye pasienter, gjennomfører hjemmesykepleien en vurderingssamtale med pasienten når han/hun er kommet hjem. Dette for å finne ut hvilket hjelpebehov pasienten har. Kan pasienten ikke være hjemme, så er det kapasiteten på sykehjemmet som avgjør om kommunen kan ta imot pasienten samme dag.

Figur 5 inneholder en oversikt over antall pasienter som fikk korttidsplass i årene 2010-2014.

Figur 5 –. Oversikt over antall opphold på sykehjemmet i årene 2011-2014⁸. Kilde: Gjesdal kommune.

En ser av figuren at det var en sterk økning i antall personer som fikk innvilget korttidsopphold i 2012. Etter det har antall opphold blitt redusert, og i 2014 var det omtrent like mange som hadde korttidsopphold som før samhandlingsreformen ble innført. Revisjonen har fått oppgitt at det i 2014 var flere som hadde lengre korttidsopphold enn året før.

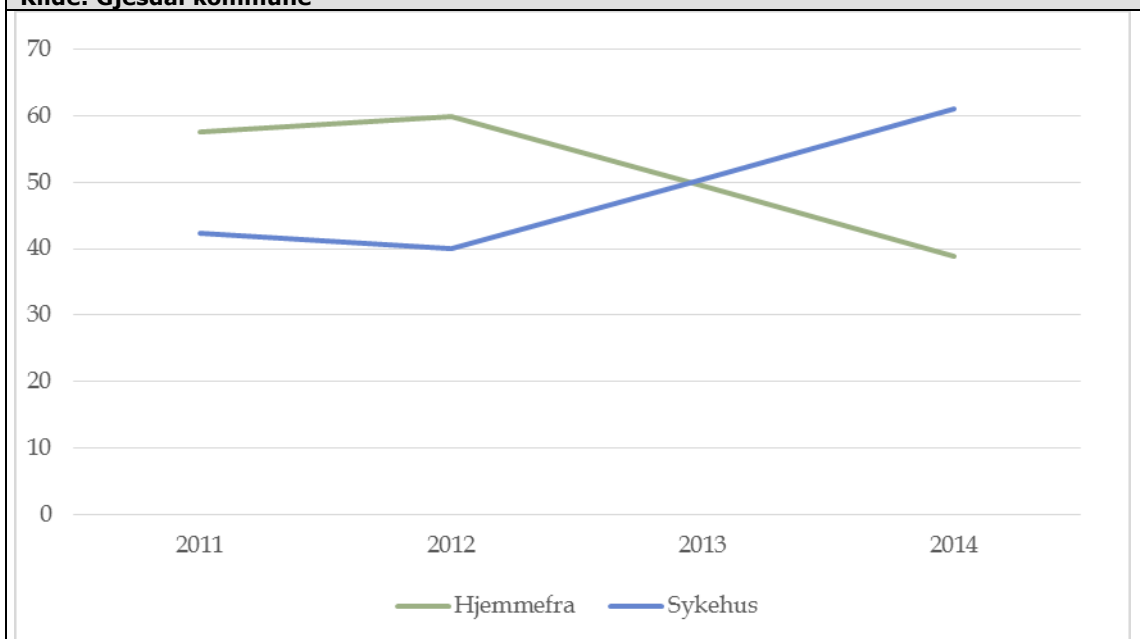
Totalt i Norge har antallet mottakere som fikk korttidsopphold i perioden 2011 til 2014 økt med 14,5 prosent.

Det er delte oppfatninger blant informantene om utskrivningsklare pasienter får en sterkere prioritering på sykehjemsplass enn de som kommer hjemmefra. Flere informanter oppgir at demente hjemmeboende pasienter som har begynt å gå ut på natten og ikke finner veien hjem, blir prioritert uavhengig av sykehusopphold eller ikke. Noen mener at pasienter fra sykehuset ikke blir prioritert først, men at det er den faglige vurderingen som teller høyest. Andre mener at det er lettere å få sykehjemsplass dersom en har vært innom sykehuset, og at de således blir prioritert. Noen oppgir at ansatte på sykehuset prøver å legge føringer for at pasientene skal på sykehjem, noe som gjør at det skapes en forventning om sykehjemsplass hos pasienten og pårørende.

En indikasjon på å se om de som kommer fra sykehuset blir prioritert, er å se på hvor pasientene som får korttidsopphold kommer i fra.

⁸ Tallene er hentet fra protokoll fått fra Gjesdal kommune.

**Figur 6 – Oversikt over hvor pasienter som har fått korttidsplass kommer i fra i prosent⁹.
Kilde: Gjesdal kommune**



Figuren viser at i perioden 2010- 2012 kom flertallet av pasientene som fikk korttidsopphold, hjemmefra. Etter 2013 har det vært en klar økning i at dem som får plass på sykehjemmet kommer i fra sykehuset. I 2014 kom ca. 39% av dem som fikk plass på sykehjemmet hjemmefra, mens ca. 61% av dem som fikk korttidsplass hadde vært innlagt på sykehuset. Dette er tilsvarende tall som Strand kommune hadde i 2014. Utviklingen i 2013 og 2014 kan ha sammenheng med en økning i antall utskrivningsklare pasienter i fra sykehuset.

Siden det i stor grad er et øyeblikksbilde som avgjør om en søker får tilbud om korttidsplass eller ikke, satt kommunen i 2014 noen få søkere, som fikk avslag på korttidsopphold, på «venteliste». Dette gjaldt søkere hvor et rehabiliteringsopphold kunne være formålstjenlig. I det ligger det at dersom kommunen på et senere tidspunkt skulle få ledig kapasitet, kan kommunen gi pasienten en mulighet til et korttidsopphold.

Pasientenes opplevelser av pasientforløpet

Som redegjort for i metodekapittelet, er det et begrenset antall pasienter som revisjonen har intervjuet. De pasientene revisjonen intervjuet uttrykte at de var godt fornøyde med sykehusoppholdet, og den hjelpen de har fått i ettertid av kommunen enten de var på sykehjemmet eller fikk hjelp av hjemmetjenesten. Når pasientene var på sykehuset, fikk de begrenset informasjon om hva som skulle skje med dem i ettertid av sykehusoppholdet.

⁹ Opphold som blir forlenget er ikke tatt med.

Kommunens senior- og brukerutvalg har inntrykk av at brukere som mottar hjemme-tjeneste, er godt fornøyde med tilbudet de får. Sykehjemmet har to korridor plasser, og kommunens senior- og brukerutvalg er kjent med at det har vært misnøye knyttet til at pasienter blir plassert på korridorene. Men det finnes også eksempler på pasienter som syntes at det har vært et greit alternativ, enn å være lenger på sykehuset.

Vurdering

Blant de intervjuede var det delte oppfatninger om kommunen prioriterte pasienter som kom fra sykehuset. Statistikk viser at både i 2013 og 2014 var det flere pasienter som kom fra sykehuset som fikk sykehjemsplass, enn dem som kom hjemmefra. Dette kan ha flere årsaker. Det kan skyldes at kommunen prioriterer dem som kommer fra sykehuset med utgangspunkt i kostnader for liggedøgn, men det kan også ha sammenheng med at dem som har vært innlagt på sykehus er dårligere, og har behov for en behandling som ikke kan ytes hjemme. Det kan likevel se ut som en uheldig ned-prioritering av hjemmeboende. Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å følge med hvordan denne trenden utvikler seg fremover, og iverksette tiltak dersom en fortsatt ser at en økende trend til at hjemmeboende blir prioritert lavere enn dem som kommer fra sykehuset.

Om innbyggere får plass ved sykehjemmet, henger også sammen med kapasiteten når det søkes om sykehjemsplass. Dette gjør at det kan bli noe tilfeldig om søkeren får plass eller ikke. I 2014 begynte kommunen med venteliste for de søkere som fikk avslag, hvor kommunen vurderte et rehabiliteringsopphold formålstjenlig. Revisjonen vurderer dette som fornuftig.

De pasientene som vi intervjuet var fornøyd med sitt pasientløp. Det er likevel for få til å kunne trekke noen konklusjon.

2.3.2 REINNLEGGELSE

En reinnleggelse er dersom den samme pasienten blir lagt inn på sykehuset for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter pasienten ble utskrevet. Reinnleggelser kan blant annet være knyttet til sykdomsutviklingen, at pasienten skrives ut for tidlig eller at behandlingen ikke har vært den riktige.

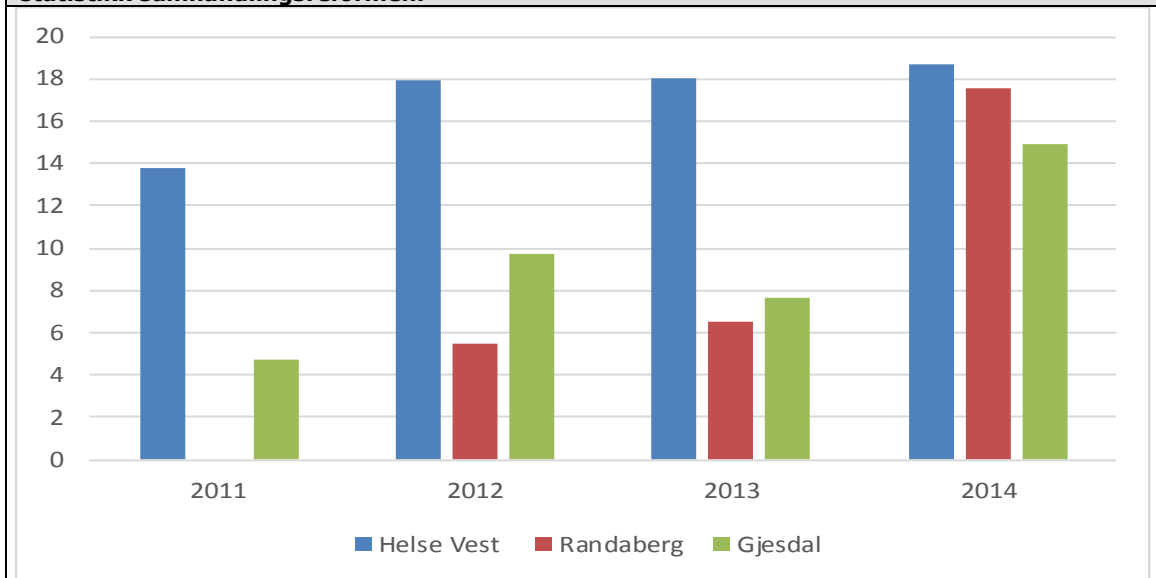
Tabellen nedenfor viser antall reinnleggelser for Gjesdal kommune i prosent.

Tabell 10 – Antall reinnleggelser i prosent. Kilde: Stavanger universitetssykehus.				
	2011	2012	2013	2014
Ca. antall i prosent	4,8	9,7	7,6	14,9

Av tabellen ser en at Gjesdal kommune hadde en sterk økning i antall reinnleggelser fra 2013 til 2014.

Figuren nedenfor viser en sammenligning av antall reinnleggelser i prosent for Gjesdal kommune, Randaberg kommune og Helse Vest.

Figur 7 –Oversikt over reinnleggelser i prosent. Kilde: Stavanger universitetssykehus og statistikk samhandlingsreformen.



Figuren viser at både Gjesdal kommune og Randaberg kommune hadde en sterk økning i reinnleggelser fra 2013 til 2014. Begge kommunene har likevel færre reinnleggelser enn gjennomsnittet i Helse Vest.

Det var totalt 17 reinnleggelser i 2014. Forut for reinnleggelsen var 16 av pasientene skrevet ut direkte hjem (94 prosent) og fikk hjemmesykepleie. En var skrevet ut til sykehjemmet og ble reinnlagt derfra. Flere av reinnleggelsene var planlagte, som en del av et behandlingsopplegg for eksempel dersom en pasient gikk på collegifktur.

Vurdering

Gjesdal kommune har hatt en stor økning i antall reinnleggelser fra 2013 til 2014. Av de pasientene som ble reinnlagt i 2014, var 94 prosent forut for reinnleggelsen utskrevet til hjemmet. En gjennomgang av reinnleggelsene viste at noen at dem som var registrert som utskrivningsklare pasienter av sykehuset ikke hadde hjemmesykepleie, og dermed ikke skulle vært registrert som utskrivningsklar pasient. Noen reinnleggelser var planlagte innleggelser der flere hadde åpen retur som en del av et behandlingsopplegg.

Det er stort press på sykehuset, noe som kan føre til at pasienter skrives ut for tidlig. Selv om hjemmesykepleien er en tjeneste som er tilgjengelig 24 timer i døgnet, så har ikke pasienter som er hjemme heldøgnsomsorg slik pasienter som innlegges på sykehjemmet har. Dette kan gjøre at pasienten må på sykehuset hvis tilstanden forverres.

Men det kan også skyldes at omfanget av og kvaliteten på hjemmetjenesten ikke er tilstrekkelig. Det kan også hende at det i avgjørelsen av om en utskrivningsklar pasient skal hjem eller på sykehus, er foretatt en feilvurdering.

Rogaland Revisjon anbefaler kommunen å følge med på utviklingen og iverksette tiltak for å redusere reinnleggelser.

2.4 SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER OM ØYEBLIKKELIG HJELP TILBUD OG FRISKLIVSSENTRALEN

2.4.1 ØYEBLIKKELIG HJELP

Kommunene har ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 1. januar 2016 plikt til å tilby døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet er fullfinansiert av eget øremerket tilskudd.

Revisjonskriterier

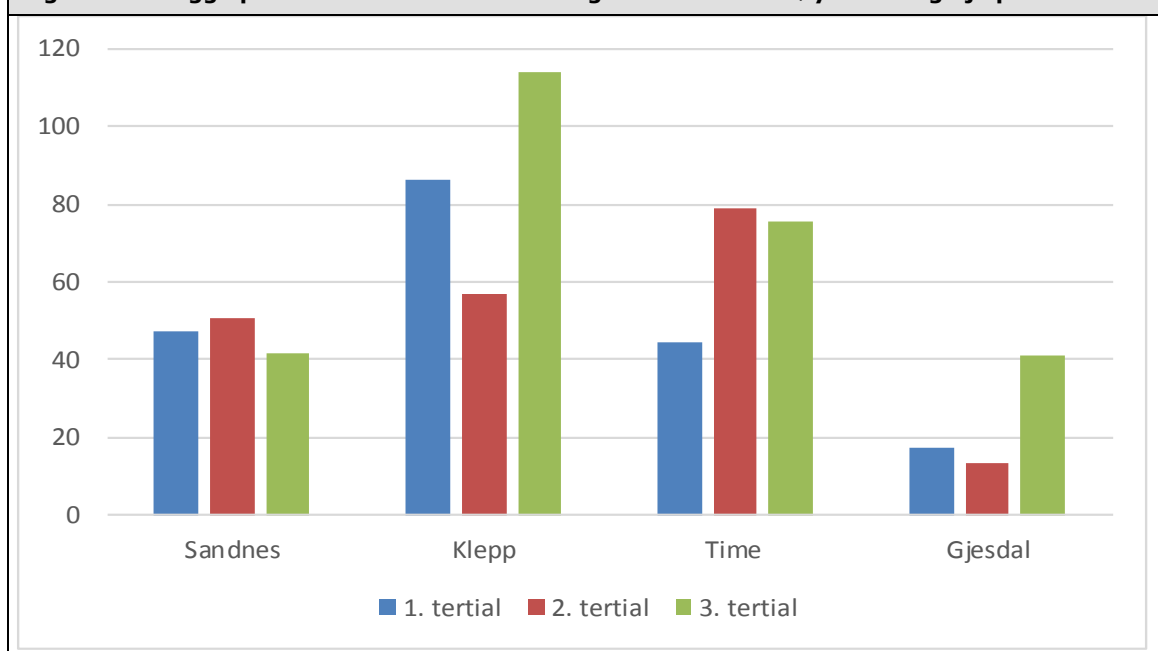
- Kommunen har etablert et øyeblikkelig hjelp tilbud som blir nyttiggjort.
- Samarbeidet mellom kommunen og ø-hjelpetilbudet er hensiktsmessig.

Gjesdal kommune har inngått en samarbeidsavtale med Sandnes-, Klepp- og Time kommune om et øyeblikkelig hjelp tilbud. Klepp kommune er vertskommune. Tilbudet startet opp 01.10.13. Det er totalt tolv øyeblikkelig hjelpssenger, og ved avtalens inngåelse ble det bestemt at Gjesdal disponerer to av disse sengene. I tråd med avtalen benyttes sengene de første årene fleksibelt.

Øyeblikkelig hjelp er for pasienter med kjent sykdom og avklart diagnose hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten, og som kan behandles på et allmennmedisinsk nivå. Typiske pasientgrupper er KOLS-pasienter med forverring av tilstanden, kreftpasienter med forverring av smerter, men ø-hjelpen har også hatt pasienter med en rekke andre diagnoser. Fellesnevneren er at legen mener at pasientene ikke trenger innleggelse på sykehus, men at de likevel trenger medisinsk hjelp og oppfølging. Et gjennomsnittlig opphold på øyeblikkelig hjelp var på fire dager i 2014.

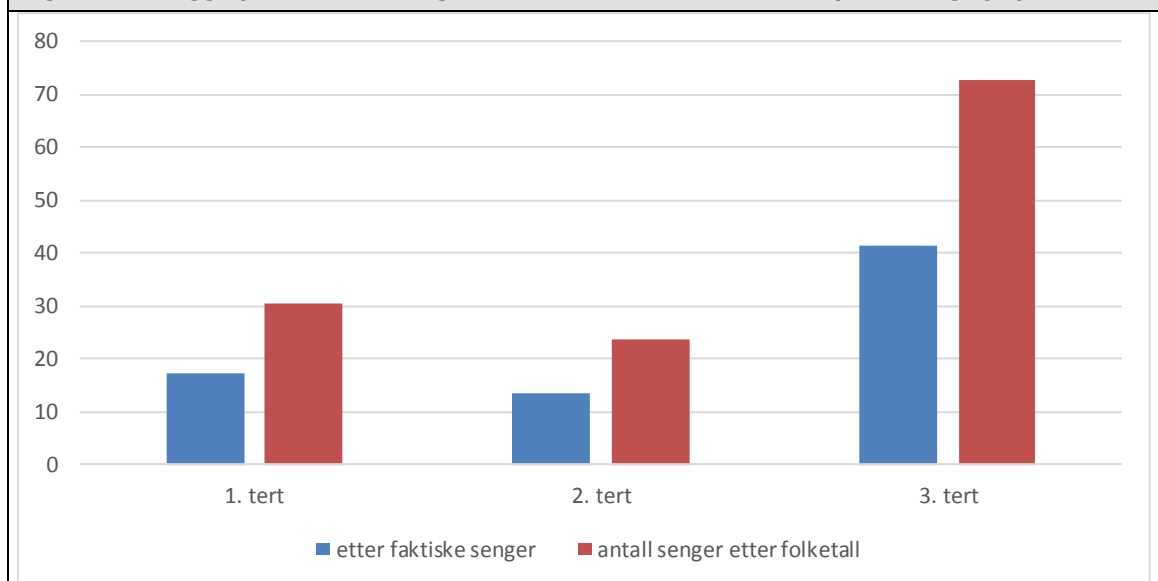
Det var i starten av tilbudet betydelig forskjell i deltakerkommunenes bruk av ø-hjelpen. I perioden 01.10.13 til 31.01.14 hadde Gjesdal kommune en beleggsprosent på 8 prosent, mens Klepp og Time hadde 86 prosent og Sandnes 45 prosent.

Figuren 8 viser i prosent belegget til den enkelte kommune i 2014 per tertial, med utgangspunkt i antall senger kommunen disponerer.

Figur 8 – Belegg i prosent ihht avtalt antall senger. Kilde: Jæren øyeblikkelig hjelp..

Figuren viser at Gjesdal har hatt et veldig lavt belegg også i 2014, og er den kommunen som i minst grad benytter ø-hjelptilbudet. Klepp, som er vertskommune, er den kommunen som i størst grad benytter seg av tilbudet. Det var i starten nøling blant legene i Gjesdal med hensyn til å bruke tilbudet. For å prøve å bedre belegget, hadde leder for ø-hjelp og legen for ø-hjelptilbudet møte med fastlegene i Gjesdal i august 2014. I tillegg endret Gjesdal kommune høsten 2014 praksis knyttet til inntak på sykehjemmet, slik at kommunen ikke lenger gir øyeblikkelig hjelp-pasienter et garantert tilbud om sykehjems plass innen 24 timer. Vi ser av figuren at bruken av tilbudet har tatt seg opp etter disse tiltakene. For hele 2014 var beleggsprosenten for Gjesdal kommune ca. 24 prosent, Sandnes ca. 46 prosent, Time ca. 66 prosent og Klepp ca. 86 prosent. I januar 2015 hadde Gjesdal kommune et belegg på ca. 79 prosent.

Gjesdal kommune har, som nevnt, to ø-hjelpsenger. Dersom antall senger skulle stå i samsvar med folketallet i kommunene, skulle Gjesdal hatt 1,14 senger og ikke to senger. Dersom en tar høyde for dette og justerer, kan en se i figur 9 at resultatet blir noe annerledes.

Figur 9 – Belegg i prosent ihht senger etter folketall. Kilde: Jæren øyeblikkelig hjelp.

Av figuren ser en at Gjesdal kommune, selv etter justeringen i forhold til folketallet, hadde et lavt belegg i 1. og 2. tertial. I 3. tertial er belegget på over 70 prosent.

Så langt i 2015 har Gjesdal kommune, ut fra to sengeplasser, et belegg på 42 prosent i januar, 21 prosent i februar og 76 prosent i mars.

For at terskelen ikke skal blir for høy for legene å henvise til ø-hjelptilbudet, er det utarbeidet faste behandlingsprosedyrer for ulike typer sykdommer. Når legene ringer for å henvise en pasient til ø-hjelptilbudet, så foreslår sykepleierne på ø-hjelp et behandlingsopplegg for pasienten. Dette skal bidra til at det ikke er vesentlig tidkrevende for en lege å henvise til ø-hjelptilbudet istedenfor til sykehuset.

Noen av våre informanter oppgir at pasienter som har benyttet seg av ø-hjelptilbudet og deres pårørende, er godt fornøyd med oppholdet. Ø-hjelpen er i gang med å gjennomføre en brukerundersøkelse. Våre informanter er også fornøyde med samarbeidet med ø-hjelpen.

Vurdering

Gjesdal kommune har en lav utnyttelse av ø-hjelptilbudet, men beleggsprosenten har vært høyere etter møtet med legene og bortfall av mulighet til at legene direkte kunne henvise til sykehjemmet. Dersom en skulle justert antall senger etter folketall, ville kommunen likevel hatt en lav beleggsprosent, med unntak av siste tertial 2014. Siden beleggsprosenten er lav, kan det tyde på at behovet for øyeblikkelig hjelpstilbudet ikke er så stort. Det er viktig at legene har fokus på å benytte ø-hjelptilbudet. Samarbeidet med ø-hjelptilbudet fremstår som godt.

Frem til nå har tilskudd til ø-hjelptilbudet vært et øremerket tilskudd. Fra 01.01.16 er planen at dette skal inngå som en del av rammetilskuddet kommunen får. Dersom det ikke skjer vesentlig endring i bruken av plassene fremover, bør kommunen vurdere om det reelle behovet er én plass.

2.4.2 FRISKLIVSSENTRALEN

Ifølge lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-3 skal kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse, og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Som en del av dette arbeidet har Gjesdal kommune etablert frisklivssentral.

Revisjonskriterier

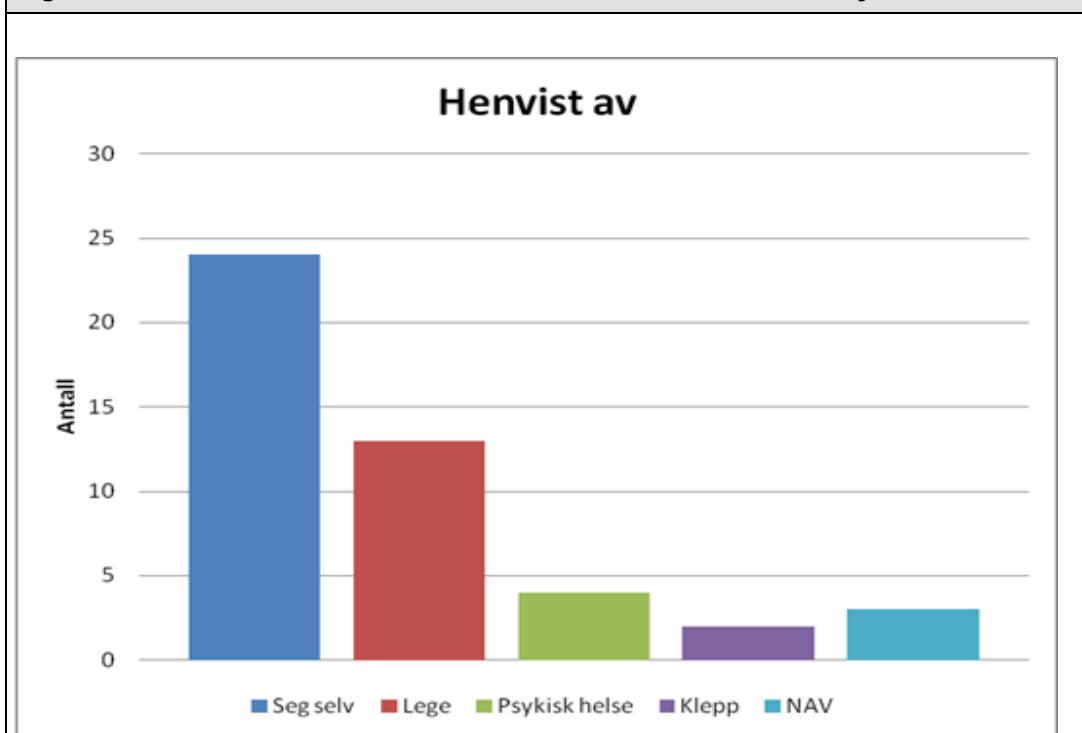
- Kommunen har gjennom frisklivssentralen etablert et tilbud som kan bidra til for å fremme helse og søke å forebygge sykdom.
- Tilbudet blir nyttiggjort.

Som nevnt i kapittel 2.1 ble det etablert et vertskommunesamarbeid for frisklivs- og mestringscenter 01.05.13. Det viste seg at organiseringen i praksis ble noe utfordrende, og 23.03.15 ble det lagt frem en sak for kommunestyret der en foreslo å avvikle vertskommunemodellen. Det fremgår av saken at en fortsatt vil samarbeide, men ikke ha en felles koordinator og et vertskommunesamarbeid. Rådmannens forslag ble vedtatt, og kommunen fortsetter med egen frisklivssentral. Gjesdal kommune har en frisklivsmedarbeider i 100% stilling.

Når frisklivssentralen mottar en søknad, tilbys søkeren en helsesamtale. Hovedproblemstillingene for dem som søker er overvekt/fedme og muskel- og skjelettplager. En del har, eller står i fare for å utvikle, diabetes, høyt blodtrykk og forhøyet kolesterol. Noen av de som blir henvist, lider av angst og depresjon. I helsesamtalen vurderer frisklivsmedarbeider og søker om dette er det rette tilbudet for den enkelte. Dersom tilbudet passer, inngås en samarbeidskontrakt, og det utarbeides en plan for reseptperiode tilpasset brukerens behov.

Frisklivssentralen har per i dag tre treningsgrupper i Gjesdal. Frisklivssentralen tilbyr bra-mat kurs jevnlig og røykesluttkurs. Brukere fra Gjesdal kommune kan søke seg inn på kurs som holdes i samarbeidskommunene, for eksempel kurs om depresjonsmestring og belastningsmestring.

I 2014 hadde frisklivssentralen 46 søkere. I figur 10 er det satt opp hvem som henviste søkerne til frisklivssentralen.

Figur 10 – Oversikt antall søkere til frisklivssentralen i 2014. Kilde: Gjesdal kommune.

Vi ser at flertallet (24 personer) søkte seg til tilbudet selv, men vi har fått opplyst at flere av dem ble tipset av fastlegen sin. Legene henviste 13 personer til frisklivssentralen. Av dem som søkte seg til tilbudet, var det 11 som avlyste eller ikke møtte opp til første helsesamtale. Det reelle antall brukere som benyttet tilbudet var 35, men ca. 20 prosent av dem droppet ut underveis.

Per 15.04.15 har 24 søkere vært henvist til frisklivssentralen i 2015, men fem av søkerne avlyste eller møtte ikke opp til første helsesamtale. Så langt har ingen droppet ut.

Tre måneder etter oppstart holdes det en evalueringssamtale med brukeren, og de fleste brukerne fortsetter i minst tre måneder til. De fleste er godt fornøyd med tilbudet. Frisklivssentralen gjennomfører brukerevaluering etter kurs som er avholdt.

Det er gjort en del for å informere om tilbudet til mulige brukere, blant annet ved avisannonser, oppslag på legekantor o.l. I tillegg er det informasjon på kommunens intranett, og det sendes informasjonsbrev til aktuelle instanser i kommunen som fastleger, NAV, helsestasjoner o.l. Målet er at en skal ha en felles internettside for frisklivssentralene som samarbeider, men det er usikkert når denne er på plass. Det ligger begrenset informasjon om frisklivssentralen på kommunens hjemmeside.

Vurdering

Gjesdal kommune har etablert en frisklivssentral som kan bidra til å fremme helse og søke å forebygge sykdom hos brukerne. Det er positivt at fire kommuner samarbeider, slik at brukerne får flere tilbud.

Det har vært en økning i søkere, og de fleste som får helsesamtale starter opp og benytter seg av tilbudet. Dette er positivt. En utfordring er at ca. 20 prosent av søkerne ikke møter opp til første helsesamtale/dropper den. Dette kan skyldes at det er vanskelig å foreta en endring av livsstil, og søkerne kan ombestemme seg. Dersom de er henvist av andre, så kan det hende at personen selv ikke er motivert for endring.

Det er gjort tiltak for å få ut informasjon til innbyggere om tilbudet, men det er fremdeles kapasitet til flere brukere. Kommunen har lagt ut informasjon på hjemmesiden, men informasjonen kunne vært mer detaljert slik at mulige brukere for eksempel kan se når treningstilbudene er, når fremtidige kurs planlegges o.l.

3 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Utskrivningsklare pasienter

Det har vært en økning i antall utskrivningsklare pasienter fra SUS som har behov for hjelp fra kommunen etter utskrivningen. Kapasiteten på sykehjemmet varierer, og i noen måneder i 2014 og i 2015 var belegget over 100%, slik at kommunen måtte bruke korridor plasser. Økningen i antall utskrivningsklare pasienter krever en god gjennomstrømning/sirkulasjon av korttidsplassene, men den er noe lav i forhold til Randaberg- og Strand kommune.

Kommunen har god sykepleiekompetanse og nødvendig utstyr for å håndtere utskrivningsklare pasienter, men legedekningen på sykehjemmet er lavere enn landsgjennomsnittet.

Hjemmetjenesten har opplevd en økning i antall brukere, men brukerne får i snitt færre timer til hjemmesykepleie enn tidligere. I 2014 var flertallet av pasientene som ble reinnlagt på sykehuset, skrevet ut direkte til hjemmet.

Økonomiske insentiver og prioriteringer

Både i 2013 og 2014 var det flere pasienter som kom fra sykehuset som fikk sykehjemsplass enn dem som kom hjemmefra. Det oppleves som at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy for innbyggere som kommer hjemmefra.

Samarbeid med andre kommuner

Kommunen har etablert et godt ø-hjelptilbud i samarbeid med Sandnes-, Klepp- og Time kommune, hvor Klepp er vertskommunen. Belegget for Gjesdal kommune er lavt. I forhold til dagens innbyggertall har Gjesdal kommune en sengeplass for mye.

Kommunen har etablert et greit frisklivstilbud, og brukere av frikslivssentralen i Gjesdal kan også benytte tilbud i Hå, Klepp, og Time kommune. Tilbudet har kapasitet til flere brukere.

Vi anbefaler Gjesdal kommune å:

- registrere alle avvik mellom kommunen og sykehuset slik at disse kan brukes som en del av sykehusets kvalitetsforbedrende arbeid.
- følge med på utviklingen av bruk av korttidsplasser fremover for å vurdere om det er tilstrekkelig med 24 sykehjemsplasser, vurdere om kommunen bør iverksette tiltak for å ha flere pasienter hjemme eller iverksette tiltak for å øke gjennomstrømningen av korttidspasienter.
- vurdere om legedekningen på sykehjemmet er tilstrekkelig.

- følge med hvordan trenden med at flere pasienter fra sykehuset får sykehjems-
plass enn hjemmeboende, og iverksette tiltak dersom det fortsatt viser seg at
hjemmeboende blir prioritert lavere enn utskrivningsklare pasienter.
- vurdere tiltak for å redusere reinnleggelser.

VEDLEGG

Vedlegg 1

Om forvaltningsrevisjon

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

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

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

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

Revisjonskriterier

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

Metode

Følgende personer er intervjuet:

Berit Rosså Eie - virksomhetsleder bo og rehabilitering
Bertha Johanne Fjelde Sivertsen - avdelingsleder hjemmetjenesten
Eldbjørg Myrene - leder ø-hjelp
Ellen Dysvik - frisklivsmedarbeider
Hans Petter Torvik - kommuneoverlege
Jofrid Halsne Bøe - sykepleier hjemmetjenesten
Kåre Øygarden - lege ø-hjelp
Lillian Yttrebø - kommunalsjef helse og velferd
Liv Gunn Hauge - sykepleier sykehjemmet
Oddny Bjorland - virksomhetsleder forebygging og mestring
Stig Egeland - leder psykisk helse og rusvern
Tone Hilde Antonsen - avdelingsleder korttid
Senior- og brukerrådet
Tre pasienter/brukere

Vi henviser til følgende kilder:

Interne (kommunen)

Dekningsprosent/belegg sykehjemsplasser.

Forslag til årsmelding 2014.

Informasjons fra frisklivssentralen januar 2015.

Møtereferater fra fagråd ø-hjelp.

Nøkkeltall for omsorg.

Opplæringsplan for helse og velferd 2014.

Organisasjonsplan for helse og velferd.

Retningslinjer for tildelingsrådet.

Saksfremlegg til drifts- og miljøutvalget 04.03.15. Ny driftsform av Friskliv- og mestringssenteret i Gjesdal, Klepp og Time

Saksfremlegg til drifts- og miljøutvalget 19.11.14. Heldøgnsomsorg.

Samarbeidsavtale ø-hjelpen.

Statistikk fra frisklivssentralen.

Statistikk over antall liggedøgn og belegg fra ø-hjelpen.

Virksomhetsplan for forebygging og mestring.

Årsmelding 2013.

Eksterne (lovregler, sentrale føringer, diverse eksterne kilder)

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

Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk for 2013-2014.

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

Lov om folkehelsearbeid

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

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

Statistikk mottatt fra Helse Vest.

Rogaland Revisjon

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

Rogaland Revisjon IKS

Lagårdsveien 78
4010 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99