



# Samhandlingsreformen – utskrivning av pasienter

2015

## Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 01/2014 Behandling av søknader om sykehjemsplass - Bydel Sagene og Bydel Vestre Aker
- Rapport 02/2014 Saksbehandlingstid i pedagogisk-psykologisk tjeneste
- Rapport 03/2014 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport 2013
- Rapport 04/2014 Kommunale boliger - forebygging av utkastelser
- Rapport 05/2014 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - Samlerapport 2013
- Rapport 06/2014 Eierskapskontroll i Oslo Pensjonsforsikring AS 2011- 2013
- Rapport 07/2014 Oslo kommunes overordnede risiko- og sårbarhetsanalyse
- Rapport 08/2014 Kvalitet og effektivitet i byggesaksbehandlingen
- Rapport 09/2014 Gjennomføring av spesialundervisning - Ammerud skole og Bekkelaget skole
- Rapport 10/2014 Bevaringsverdig på Gul liste – saksbehandling og konsekvenser
- Rapport 11/2014 Planlegging og gjennomføring av investeringer i Oslo Havn KF
- Rapport 12/2014 Eierskapskontroll i Fjellinjen AS 2011 - 2013
- Rapport 13/2014 Kontroll og oppfølging av offentlig-privat samarbeid
- Rapport 14/2014 Bymiljøetatens behandling av drosjeløyvesaker
- Rapport 15/2014 Ivaretagelse av barns rettigheter når barneverntjenesten kjøper hjelpetiltak
- Rapport 16/2014 Kvalitetslosen – en undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet
- Rapport 17/2014 Forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre i Bydel Frogner
- Rapport 18/2014 Ny driftsavtale IKT - kontroll og oppfølging
- Rapport 19/2014 Informasjonssikkerhet i Sporveien Oslo AS
- Rapport 01/2015 Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester
- Rapport 02/2015 KOSTRA-rapportering - intern kontroll
- Rapport 03/2015 Særskilt språkopplæring i grunnskolen
- Rapport 04/2015 Oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår hos underleverandører
- Rapport 05/2015 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen – samlerapport 2014
- Rapport 06/2015 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - samlerapport 2014
- Rapport 07/2015 Saksbehandlingen av klagesaker i Oslo kommunes klagenemnd
- Rapport 08/2015 Kildesortering
- Rapport 09/2015 Eierskapskontroll i VEAS
- Rapport 10/2015 Infrastrukturkapasitet for Gerica

For mer informasjon om Kommunerevisjonen og våre rapporter se [www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)

## Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Samhandlingsreformen – utskrivning og reinnleggelse av pasienter*. Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 26.08.2014 (sak 70) og tilhører fokusområdet myndighetsutøvelse og brukertilpassede tjenester, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon* av 13.06.2012 (sak 165).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i kommuneloven § 77 nr. 4, som har følgende ordlyd:

“... systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).”

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001). Deler av undersøkelsen er ikke gjennomført som en forvaltningsrevisjon. Det vil si at enkelte problemstillinger er undersøkt uten å vurdere fakta opp mot revisjonskriterier.

Prosjektet er gjennomført av seniorrådgiver Inger-Johanne Kramer, revisjonsrådgiver Roar Andreas Kristensen og seniorrådgiver Morten Andreas Engebretsen. Sistnevnte var prosjektleder i prosjektets avsluttende fase.

Vi vil takke ansatte i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Bydel Grorud og Bydel Ullern for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

05.06.2015

  
Randi Blystad  
ass. avdelingsdirektør

  
Morten A. Engebretsen  
seniorrådgiver



# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Hovedbudskap</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Formål og problemstillinger.....	9
1.2 Avgrensninger .....	10
1.3 Revisjonskriterier .....	10
1.4 Metodisk tilnærming og gjennomføring .....	10
1.5 Overordnet samarbeid mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF .....	11
1.6 Rapportens oppbygging.....	11
<b>2. Samhandlingsreformen – økonomiske konsekvenser og virkemidler</b> .....	<b>13</b>
2.1 Kommunal medfinansiering .....	13
2.2 Betaling for utskrivningsklare pasienter .....	13
<b>3. Informasjonsutveksling og pasienterfaringer</b> .....	<b>17</b>
3.1 Informasjonsutvekslingen mellom sykehus og bydel .....	17
3.2 Pasienterfaringer – samhandlingen mellom bydelene og sykehusene .....	19
<b>4. Reinnleggelse til sykehus</b> .....	<b>22</b>
4.1 Status og utvikling av reinnleggelser til sykehus .....	22
4.2 Kommunens arbeid for å redusere reinnleggelser.....	25
<b>5. Kartlegging og vurdering av pasientens behov for tjenester etter utskrivning</b> .....	<b>27</b>
5.1 Revisjonskriterier .....	27
5.2 Faktabeskrivelse Bydel Grorud.....	27
5.3 Faktabeskrivelse Bydel Ullern .....	31
5.4 Kommunerevisjonens vurderinger .....	35
<b>6. Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter</b> .....	<b>36</b>
6.1 Revisjonskriterier .....	36
6.2 Faktabeskrivelse Bydel Grorud.....	36
6.3 Faktabeskrivelse Bydel Ullern .....	38
6.4 Kommunerevisjonens vurderinger .....	39
<b>7. Avviksbehandling</b> .....	<b>41</b>
7.1 Revisjonskriterier .....	41
7.2 Faktabeskrivelse Bydel Grorud.....	41
7.3 Faktabeskrivelse Bydel Ullern .....	42
7.4 Kommunerevisjonens vurderinger .....	43
<b>8. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger</b> .....	<b>44</b>
8.1 Konklusjoner .....	44
8.2 Anbefalinger.....	46

<b>9. Mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens vurdering .....</b>	<b>47</b>
9.1 Mottatte uttalelser.....	47
9.2 Kommunerevisjonens kommentarer til uttalelsene .....	47
9.3 Endringer i rapporten etter rapport til uttalelse .....	48
<b>Referanser .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabelloversikt.....</b>	<b>51</b>
<b>Figuroversikt.....</b>	<b>51</b>
<b>Vedlegg 1 Revisjonskriterier.....</b>	<b>53</b>
<b>Vedlegg 2 Metode.....</b>	<b>56</b>
<b>Vedlegg 3 Tiltak i kommunen for å redusere sykehusinnleggelser .....</b>	<b>60</b>
<b>Vedlegg 4 Notat 96/2015 fra byråden for helse og sosiale tjenester .....</b>	<b>62</b>
<b>Vedlegg 5 Uttalelsene til rapporten .....</b>	<b>70</b>

## Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt status på en del områder for samhandlingsreformen i Oslo kommune. Undersøkelsen viser blant annet følgende:

- Det var store forskjeller i bydelenes utgifter for overliggerdøgn.
- Alle sykehusene som bydelene samhandlet med, hadde ved årsskiftet 2014/2015 innført elektronisk meldingsutveksling.
- Basert på data fra Norsk pasientregister synes *andelen* utskrivningsklare pasienter som reinnlegges å ha økt siden 2011. Byråden for helse og sosiale tjenester har imidlertid nylig lagt fram notat 96/2015 med statistikk som samlet sett viser en reduksjon i *antall* reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter etter samhandlingsreformen.
- Kommunen hadde ikke iverksatt tiltak spesifikt for å redusere reinnleggelser, men det var iverksatt tiltak for å redusere antallet innleggelser på sykehus.

Forvaltningsrevisjonen i Bydel Grorud og Bydel Ullern viser blant annet følgende:

- Det var enkelte svakheter ved bydelenes kartlegging og vurdering av pasientenes hjelpebehov ved utskrivning fra sykehus.
- Hjemmesykepleierne i bydelene hadde ikke alltid god nok tilgang til viktig pasientinformasjon ved første besøk etter utskrivning.
- Det var mangler ved bydelenes skriftlige rapportering og oppfølging av avvik i forbindelse med utskrivning av pasienter.

## Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av Kommunerevisjonens undersøkelse av status for samhandlingsreformen i Oslo kommune. Undersøkelsens problemstillinger har vært som følger:

1. Hva er status når det gjelder
  - a. sentrale økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen?
  - b. utvekslingen av pasientinformasjon mellom spesialisthelsetjenesten og

kommunen, herunder kvaliteten på den informasjonen kommunen får fra spesialisthelsetjenesten?

- c. utviklingen i reinnleggelser til sykehus, og hvilke tiltak er eventuelt iverksatt på dette området?
2. Bidrar Bydel Groruds og Bydel Ullerns rutiner og praksis til å sikre at
    - a. det foreligger nødvendig informasjon for vurderingen av hjelpebehovet til utskrivningsklare pasienter?
    - b. ansatte i hjemmetjenesten får nødvendig informasjon av betydning for tjenesteytelsen til den enkelte pasient?
    - c. bydelene følger opp eventuelle avvik og uheldig praksis knyttet til sykehusenes utskrivning av pasienter?

Problemstilling 1 besvares gjennom deskriptive framstillinger og er ikke gjennomført som en forvaltningsrevisjon med revisjonskriterier. Denne delen av undersøkelsen gjelder hele Oslo kommune og beskriver i hovedsak utviklingstrekk fra oppstart av samhandlingsreformen i 2012 til årsskiftet 2014/2015.

Undersøkelsen av problemstilling 2 er gjennomført som forvaltningsrevisjon og er begrenset til de tilfellene der pasienten får vedtak om sykepleie i hjemmet etter utskrivning. Denne delen av undersøkelsen har vært rettet mot Bydel Grorud og Bydel Ullern og omfatter 2014.

Undersøkelsen er basert på informasjon hentet fra ulike kilder. Disse omfatter blant annet gjennomgang av statistikk og regnskapstall knyttet til utskrivning og reinnleggelse av pasienter, årsberetninger fra bydelene, skriftlige rutinebeskrivelser, gjennomgang av pasientjournaler, samtaler med pasienter/pårørende, samt intervjuer i de to utvalgte bydelene.

For å kunne belyse pasienterfaringer med samhandlingsreformen har Kommunerevisjonen hatt møter med representanter for kommunens eldreråd, brukerutvalg for to sykehus og Helse-, sosial- og eldreombudet. I tillegg er informasjon fra sykehusenes pasientundersøkelser og Helse-, sosial- og eldreombudet gjennomgått.

I det følgende presenteres Kommunerevisjonens viktigste fakta, vurderinger og konklusjoner.

***Sentrale fakta, vurderinger og konklusjoner***  
Samhandlingsreformen – økonomiske virkemidler

Kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra første dag var økonomiske virkemidler som ble iverksatt ved innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Ordningen med kommunal medfinansiering ble avviklet fra og med 01.01.2015.

En konsekvens av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra første dag var at kommunen tok imot pasienter raskere. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter utskrivningsmelding, såkalte overliggerdøgn, var i 2011 på 4,82 døgn. I 2012 var den nede i 0,27 døgn, mens den per 2. tertial 2014 var på 0,34 døgn. Det har vært relativt stor variasjon i gjennomsnittlig liggetid etter sykehusets melding om utskrivningsklar pasient bydelene imellom. Bydel Frogner hadde en gjennomsnittlig liggetid etter slik melding på 1,6 døgn per 2. tertial 2014, Bydel Stovner hadde 0,8 døgn, Bydel Alna 0,65 døgn og Bydel Ullern 0,5 døgn. De resterende bydelene hadde i gjennomsnitt 0,12 liggedøgn etter at pasienten var meldt utskrivningsklar.

Totalt hadde bydelene i perioden 2012–2014 utgifter på ca. 39 mill. kroner til betaling for overliggerdøgn. Bydelenes samlede utgifter økte betydelig på dette området fra 2012 til 2014, med om lag 48 prosent det første året og 34 prosent det andre. Kommunerevisjonen har ikke nøyaktige tall for bydelenes betaling

for utskrivningsklare pasienter før 2012. Et internt notat av 13.10.2011 i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester skisserte at bydelenes utgifter til dette i 2011 lå på i overkant av 6 mill. kroner. Det var store forskjeller i bydelenes utgifter for overliggerdøgn. Fem bydeler betalte i 2014 under 100 000 kroner for overliggerdøgn. Bydel Frogner og Bydel Stovner betalte i 2014 henholdsvis 7,1 mill. kroner og 2,8 mill. kroner for overliggerdøgn. Utgiftene per overliggerdøgn har i perioden vært betydelig høyere enn de estimerte døgnprisene for tjenester fra kommunen, så som hjemmesykepleie eller korttidsplass.

Utveksling av pasientinformasjon mellom sykehusene og bydelene

Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Akershus universitetssykehus (Ahus) hadde tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling før 2014. Oslo universitetssykehus tok i bruk elektroniske meldinger i oktober 2014. Før elektronisk meldingsutveksling ble tatt i bruk, foregikk utveksling av pasientinformasjon mellom sykehus, fastlege, bydel, sykehjem og andre på papir, telefon og faks.

Flere bydeler viste i årsberetningene for 2013 og 2014 til at innføringen av elektronisk meldingsutveksling mellom sykehusene og bydelene hadde forbedret informasjonsutvekslingen om pasientene. Ansatte i Bydel Grorud og Bydel Ullern viste til at det var en utfordring at ikke alle sykehusene hadde tatt i bruk elektronisk utskrivningsrapport. Det ble også vist til utfordringer ved kvaliteten på sykehusets funksjonsbeskrivelse av pasientene som var viktig informasjon for bydelens vurdering av pasientens tjenestetilbud etter utskrivning.

Reinnleggelse av pasienter

Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk, som baserer seg på data fra Norsk pasientregister, tyder på at andelen reinnleggelser for pasienter som ble skrevet ut til helsehjelp i kommunen, økte fra 2010 til 2012, og fra 2012 til 2014.

Pasienter fra Oslo kommune syntes å ha en høyere sannsynlighet for reinnleggelse enn pasienter fra de fleste andre kommunene i Helse Sør-Øst. Ifølge samhandlingsstatistikken var Helse Sør-Øst den helseregionen som hadde den høyeste andelen reinnleggelser av pasienter som var skrevet ut for videre oppfølging i kommunene.

Helsedirektoratet trakk fram tre mulige forklaringer til økningen i reinnleggelser:

- Reduksjonen i liggetid ved sykehusene har medført at pasientene som skrives ut til kommunene, er sykere enn før. Flere har dermed behov for en reinnleggelse.
- Pasientene må reinnlegges fordi kommunens behandlingstilbud ikke er faglig godt nok.
- Pasientene får en tettere oppfølging fra sykehjem eller hjemmesykepleie som resulterer i en vurdering av at pasientene er så syke at en reinnleggelse er nødvendig.

Byrådsavdelingen viste til at en høy reinnleggingsrate ikke nødvendigvis indikerte en forverring av tjenestekvaliteten.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde inngått et samarbeid med Helse Sør-Øst RHF for å få mer detaljert statistikk om reinnleggelser som kunne benyttes som styringsinformasjon for Oslo kommune. Byrådsavdelingen oppga at arbeidet per april 2015 ikke var sluttført. Kommunerevisjonen har derfor basert seg på statistikken fra Helsedirektoratet. Parallelt med at denne rapporten fra Kommunerevisjonen var sendt byråden for helse og sosiale tjenester og de to bydelene til uttalelse, avga byråden for helse og sosiale tjenester den 21.05.2015 notat 96/2015 til helse- og sosialkomiteen. Notatet omtaler status for utskrivningsklare pasienter, kommunal medfinansiering og reinnleggelser. Notatet viser til at byrådsavdelingen sammen med Helse Sør-Øst har analysert tall som beskriver andeler og antall reinnleggelser målt ut fra hvilket sykehus pasienten først ble lagt inn på. Av notatet fremgår det statistikk som viser at

*antall* reinnleggelser blant pasienter som var meldt utskrivningsklare falt sterkt fra 2011 til 2012, for deretter å øke noe fra 2012 til 2014. Utviklingen i reinnleggelser fra 2011 til 2012 som beskrives i notat 96/2015, med et kraftig fall i antall reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare fra sykehus, gjenfinnes ikke i Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk.

Ifølge byrådsavdelingen hadde ikke Oslo kommune iverksatt spesifikke tiltak knyttet til reinnleggelser. Byrådsavdelingen viste imidlertid til at det var iverksatt flere tiltak som kunne redusere antallet sykehusinnleggelser, herunder også reinnleggelser, blant annet ved fokus på hverdags- og hjemmehabilitering og oppstart av Kommunal akutt døgnenhet (KAD). Flere bydeler hadde også gjennomført egne prosjekter med sykehusene for å styrke hjemmetjenestene og redusere innleggelser ved sykehusene.

#### Kartlegging og vurdering av pasientens behov for tjenester etter utskrivning

Undersøkelsen tyder på at bydelene Grorud og Ullern i hovedsak hadde rutiner og praksis som tilrettela for at det ble innhentet og mottatt opplysninger som var viktige i bydelenes kartlegging av pasientenes behov for tjenester etter utskrivning. Undersøkelsen viser imidlertid at bydelene i flere tilfeller hadde kort tid til kartleggingen før pasienten ble skrevet ut.

I en del tilfeller var det lagt til grunn at hjemmetjenesten i bydelene skulle kartlegge pasienten etter utskrivning. Etter Kommunerevisjonens vurdering var det en risiko for manglende eller mangelfull kartlegging av hjelpebehovet i Bydel Grorud i slike tilfeller.

Det var også enkelte andre svakheter ved begge bydelenes kartlegging og vurdering av pasientenes hjelpebehov ved utskrivning:

- Bydelene dokumenterte i mange tilfeller ikke egne vurderinger knyttet til pasientens tjenestetilbud etter utskrivning.

- Det var en risiko for at enkelte pasienter ikke fikk medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet etter utskrivning.

#### Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter

Hjemmetjenesten i bydelene Grorud og Ullern hadde tilgang til pasientinformasjon via elektronisk pasientjournal og pasientmeldinger mellom sykehuset og bydelen, og det var etablert et system for at hjemmetjenesten kunne holde seg oppdatert om ny pasientinformasjon.

Undersøkelsen tyder imidlertid på at hjemmesykepleierne som hovedregel ikke hadde vesentlig, oppdatert pasientinformasjon før første gangs besøk etter utskrivning. De var avhengige av å finne eventuelle epikriser i hjemmet som var sendt med pasienten fra sykehuset. Det at hjemmesykepleierne ikke alltid hadde god nok tilgang til viktig pasientinformasjon, som for eksempel informasjon om pasientens funksjonsnivå og medisiner, kan redusere kvaliteten på behandlingen og kan i verste fall føre til utilstrekkelig helsehjelp.

#### Avviksbehandling

Hjemmetjenestene i bydelene Grorud og Ullern hadde utarbeidet rutiner for avviksmeldinger til sykehuset. I Bydel Ullern var det ikke utarbeidet rutiner for Søknadskontorets avviksmeldinger til sykehuset.

Undersøkelsen tyder på at det i begge bydelene var mangelfull skriftlig rapportering og oppfølging av avvik mellom bydel og sykehus. Praksisen medførte, etter Kommunerevisjonens vurdering, en risiko for at bydelene ikke hadde

et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser i samhandlingen med sykehuset.

#### ***Anbefalinger***

Kommunerevisjonen anbefaler at Bydel Grorud og Bydel Ullern

- iverksetter tiltak som bidrar til god brukermedvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet
- iverksetter tiltak for å sikre nødvendig dokumentasjon av bydelenes vurderinger av tjenestetilbudet til pasientene etter utskrivning
- vurderer tiltak som sikrer at hjemmesykepleiere ved første gangs besøk etter pasientens sykehusopphold har informasjon av betydning for tjenesteytingen til den enkelte pasient
- iverksetter tiltak for å styrke og etterleve rutiner og praksis ved avviksmeldinger slik at avvik til sykehusene meldes og følges opp

Kommunerevisjonen anbefaler dessuten at Bydel Grorud iverksetter tiltak som tilrettelegger for hjemmetjenestens kartlegging av pasientens hjelpebehov når dette er nødvendig.

#### ***Uttalelser til rapporten***

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Bydel Grorud og Bydel Ullern. I uttalelsene varsles det tiltak som synes relevante i lys av rapportens anbefalinger. Kommunerevisjonen legger for øvrig til grunn at meldte tiltak fra bydelene også ivaretar pasientens faktiske medvirkning ved utskrivning fra sykehus. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 5.

# 1. Innledning

Samhandlingsreformen ble innført 01.01.2012. Med reformen fikk kommuner og sykehus en plikt til å samarbeide. Reformen tilførte kommunene flere oppgaver og et større ansvar for pasientene. En intensjon med samhandlingsreformen var å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen slik at pasienter med behov for koordinerte tjenester skulle få et bedre tilbud. Samhandlingsreformen skulle videre gi kommunene insentiver til å forebygge og forhindre sykehusinnleggelse.

Med samhandlingsreformen ble det et krav om at kommunen skulle ta imot utskrivningsklare pasienter raskere. Per 2. tertial 2014 ble det i gjennomsnitt sendt 1 067 meldinger hver måned til bydelene om utskrivningsklare pasienter.<sup>1</sup> En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og det antas at pasienten har behov for kommunale tjenester etter utskrivning. I slike tilfeller skal sykehuset varsle kommunen om dette. Ved utskrivning skal sykehuset sende informasjon som er nødvendig for at pasienten skal kunne gis en forsvarlig oppfølging i kommunen. Dette stiller krav til god samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, men også til gode rutiner i bydelene for å sikre at nødvendig informasjon om pasienten framskaffes. For å sikre et forsvarlig tjenestetilbud må bydelene sørge for at informasjonen videreformidles til rett instans og personell. Svakheter i systemene for videreformidling av pasientinformasjon kan medføre at pasienter ikke får hjelp som forutsatt, og kan i ytterste fall medføre at pasienter ikke mottar tilstrekkelig helsehjelp.

Flere bydeler har meldt om utfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen. I Bydel Nordstrands årsberetning for 2014 framkommer det for eksempel følgende:

Samhandlingsreformen har ført til at hjemmetjenesten har fått flere utfordringer og større ansvar både for tjenestetilbudet før og i etterkant av sykehusopphold. Hjemmetjenesten må legge vekt på å være tilpassningsdyktig, fleksibel og ha tilstrekkelige ressurser og riktig kompetanse. Brukerne er dårligere enn tidligere og trenger ofte medisinsk behandling i hjemmet. Det er økt behov for kompetanse innen kreft, demens, rus, psykiatri og kols. Tekniske prosedyrer er blitt en nødvendighet for ansatte å beherske [for eksempel] avansert utstyr som tidligere har vært forbeholdt sykehusene. [...].

I rapporten *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*, utarbeidet av Abelsen mfl. (2014) på vegne av KS, var et av hovedfunnene at pasienter som sykehuset meldte utskrivningsklare til kommunen, ofte var sykere enn før samhandlingsreformen. Pasientene forlot sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingsskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander. Ifølge undersøkelsen svarte informantene at det ofte var dårlig kvalitet på den informasjonen som fulgte med pasienten ut av sykehuset. Mangelfull overføring av vesentlig informasjon om pasientene i utskrivningsprosessen var ikke et nytt problem, men det at pasienter nå ofte ble skrevet ut tidligere i sykdomsforløpet, gjorde problemet potensielt mer alvorlig enn før.

## 1.1 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å bidra til kontinuitet og forsvarlighet i tjenestetilbudet til pasienter ved utskrivning fra sykehus ved å få fram informasjon om status på viktige punkter og vurdere to utvalgte bydelers rutiner og praksis på området. De to bydelene er Bydel Grorud og Bydel Ullern. Undersøkelsen har omfattet følgende problemstillinger:

<sup>1</sup> Jf. Notat 281/2014 av 05.11.2014 fra byråden for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen.

1. Hva er status når det gjelder
  - a. sentrale økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen?
  - b. utvekslingen av pasientinformasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, herunder kvaliteten på den informasjonen kommunen får fra spesialisthelsetjenesten?
  - c. utviklingen i reinnleggelses til sykehus, og hvilke tiltak er eventuelt iverksatt på dette området?
2. Bidrar Bydel Groruds og Bydel Ullerns rutiner og praksis til å sikre at
  - a. det foreligger nødvendig informasjon for vurderingen av hjelpebehovet til utskrivningsklare pasienter?
  - b. ansatte i hjemmetjenesten får nødvendig informasjon av betydning for tjenesteytelsen til den enkelte pasient?
  - c. bydelene følger opp eventuelle avvik og uheldig praksis knyttet til sykehusenes utskrivning av pasienter?

## 1.2 Avgrensninger

Problemstilling 1 besvares gjennom deskriptive framstillinger og er ikke gjennomført som forvaltningsrevisjon med revisjonskriterier. Problemstillingen om sentrale økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen omhandler ordningene med kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Andre økonomiske konsekvenser av reformen, som for eksempel kommunens kostnader for å bygge ut tjenestetilbudet, er ikke omfattet.

Undersøkelsen av problemstilling 2 er gjennomført som forvaltningsrevisjon, avgrenset til pasienter som får vedtak om sykepleie i hjemmet etter utskrivning fra sykehus. Dette innebærer at rutiner og praksis knyttet til pasienter som får vedtak om andre helsetjenester i hjemmet, for eksempel fysioterapi eller kun praktisk bistand, ikke omfattes. Vi har i hovedsak sett på samhandlingen mellom Bydel Grorud og Akershus universitetssykehus (Ahus) og Bydel Ullern og Diakonhjemmet, som er

disse bydelenes lokalsykehus. I forbindelse med datainnsamlingen gjennomgikk vi dokumentasjonen i ti saker i hver bydel knyttet til pasienter som ble skrevet ut til bydelenes hjemmetjenester. I den sammenheng ble det ikke foretatt en vurdering av om dokumentasjonen var helsefaglig tilstrekkelig.

## 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er målestokken som legges til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene blant annet utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Revisjonskriteriene presenteres innledningsvis i kapittel 5, 6 og 7, og er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

## 1.4 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen er basert på informasjon hentet fra ulike kilder. Disse omfatter blant annet gjennomgang av statistikk og regnskapstall knyttet til utskrivning og reinnleggelse av pasienter, årsberetninger fra bydelene, skriftlige rutinebeskrivelser, gjennomgang av pasientjournaler, møter med brukerrepresentanter, samtaler med pasienter/pårørende, samt intervjuer i de to utvalgte bydelene.

Mens den første problemstillingen har omfattet alle bydelene, har den andre problemstillingen vært avgrenset til bydelene Grorud og Ullern. Disse ble valgt ut fra en samlet vurdering hvor blant annet lokalsykehustilknytning og bydelenes belastning knyttet til andre forvaltningsrevisjoner og tilsyn på området, ble vektlagt.

Undersøkelsen startet i oktober 2014. Datainnsamlingen fant i hovedsak sted i perioden november 2014–mars 2015. Perioden

som revideres, er i hovedsak 2014. Der det har vært relevant, har vi presentert informasjon om andre perioder. Referater fra intervjuene er verifisert av de som ble intervjuet. En samlet faktabeskrivelse er verifisert av de to bydelene og Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. I rapportens vedlegg 2 redegjøres det nærmere for undersøkelsens gjennomføring og metoder.

## 1.5 Overordnet samarbeid mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF

Ved innføringen av samhandlingsreformen skulle alle landets kommuner inngå samhandlingsavtaler med helseforetakene/sykehusene.<sup>2</sup> Oslo kommune har inngått lovpålagte samarbeidsavtaler med Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus (Ahus), Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus. I tillegg til de lovpålagte avtalene ble det allerede i 2007 inngått en overordnet avtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF. Det avholdes et årlig utvidet *kontaktmøte* mellom kommunen og Helse Sør-Øst RHF hvor også politisk ledelse og styreleder deltar. Det avholdes også *stormøter* to ganger årlig, hvor blant annet bydelsdirektører og etatsdirektører møter ledere for helseforetakene i hovedstadsområdet og det regionale helseforetaket.

Det er også inngått *avtaler og felles retningslinjer* mellom det enkelte sykehus og hver av bydelene i sykehusets opptaksområde. Det samarbeides mellom alle bydeler og alle helseforetak/sykehus for å sikre at disse avtalene og retningslinjene har en felles mal.

<sup>2</sup> Spesialisthelsetjenesten er inndelt i fire regionale helseforetak: Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Hvert av de regionale helseforetakene eier en rekke helseforetak som igjen eier sykehusene. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF et formalisert samarbeid med en rekke private sykehus og tjenestetilbydere, blant annet Diakonhjemmet sykehus.

Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF har opprettet et *samarbeidsutvalg* som skal avholde minst to møter i året. Det har vært gjennomført møter 4–5 ganger i året. I samarbeidsutvalget møter representanter for sykehusene, bydelene og sentrale etater. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Helse Sør-Øst RHF er observatører i møtene. Partene bytter på ansvaret for å lede utvalget. Sekretariatet er lagt til Helseetaten.

Samarbeidsutvalget har en rådgivende rolle og rapporterer samlet direkte til kontaktmøtet mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF. Samarbeidsutvalget diskuterer saker som berører begge parter, og har en viktig rolle når det gjelder å bidra til et godt samarbeid med kommunen. I tillegg disponerer og fordeler samarbeidsutvalget FoU-midler til samhandlingstiltak i bydelene.

I september 2011 bestemte Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF å etablere en *tvistenemnd* for å løse saker hvor det var uenighet mellom partene knyttet til enkeltpasienter, herunder tvist om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. I henhold til avtalen skulle partene følge de beslutningene som tvistenemnda kom fram til. Tvistenemnda hadde per 26.09.2014 behandlet fire saker: to saker i 2012, én i 2013 og én i 2014. Sakene i 2013 og 2014 gjaldt to tilfeller der Oslo kommune var uenig i at pasienten var utskrivningsklar. Sakene i 2012 gjaldt uenighet om kostnadsfordeling.

## 1.6 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 beskrives status knyttet til sentrale økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen. Kapittel 3 beskriver systemene for informasjonsutveksling mellom sykehusene og Oslos bydeler. I kapitlet oppsummeres også informasjon om pasientenes erfaringer med samhandlingsreformen. Kapittel 4 gir tall for reinnleggelser på sykehus, samt beskriver kommunens arbeid for å redusere reinnleggelser.

I kapittel 5 revideres Bydel Groruds og Bydel Ullerns kartlegging og vurdering av pasientens behov for tjenester etter utskrivning. Hjemmetjenestens informasjon om utskrivningsklare pasienter ved hjemreisen i de to bydelene revideres i kapittel 6. De to bydelenes rutiner og praksis for behandling av avvik revideres i kapittel 7.

I kapittel 8 følger Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger. Uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse oppsummeres i kapittel 9.

I rapportens vedlegg 1 presenteres grunnlaget for undersøkelsens revisjonskriterier. I vedlegg 2 redegjøres det nærmere for undersøkelsens gjennomføring og metoder, mens vedlegg 3 inneholder en nærmere beskrivelse av tiltak som er iverksatt i Oslo kommune for å redusere antallet innleggelser og reinnleggelser på sykehus. Notat 96/2015 av 21.05.2015 fra byråden for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen er lagt som vedlegg 4. Uttalelsene til rapporten fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Bydel Grorud og Bydel Ullern ligger som vedlegg 5.

## 2. Samhandlingsreformen – økonomiske konsekvenser og virkemidler

I dette kapitlet ser vi nærmere på status når det gjelder de direkte økonomiske konsekvensene av samhandlingsreformens krav om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, samt kommunenes utvidede betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter.

### 2.1 Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ble innført 01.01.2012 og innebar at kommunene skulle dekke en del av kostnadene når kommunens innbyggere ble behandlet i sykehus. Den kommunale medfinansieringen besto i at kommunen skulle betale 20 prosent av sykehusregningen for somatiske behandlinger (med noen unntak for blant annet kirurgi). Kommunal medfinansiering skulle bidra til en reduksjon i forbruket av spesialisthelsetjenester ved at kommunene skulle få insentiver til å drive forebyggende arbeid og utvikle alternative tilbud for å unngå innleggelse i sykehus (se for eksempel Abelsen mfl. 2014: 23). Fra 2015 ble ordningen med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten avvirket. Regjeringen begrunnet avviklingen med at den økonomiske risikoen ved ordningen var for stor for enkelte kommuner.<sup>3</sup>

Ifølge Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester valgte Oslo kommune å beholde størsteparten av bevilgningen fra staten til kommunal medfinansiering på et sentralt

budsjettkapittel, da statens kriterier for overføring til kommunene ikke tilsvarte kommunens kriterier for budsjettfordelingen til bydelene.<sup>4</sup> I henhold til byrådssak 244/11 var netto inntektsøkning til Oslo kommune i 2012 som følge av samhandlingsreformen 688 mill. kroner. Tabell 1 viser utviklingen i Oslo kommunes utgifter til kommunal medfinansiering i perioden 2012–2014.

Tabell 1 viser at utgiftene til kommunal medfinansiering har ligget på rundt 600 mill. kroner per år. Utgiftene var i alle år noe høyere enn budsjettet.

### 2.2 Betaling for utskrivningsklare pasienter

Fra og med 01.02.2012 ble det innført en ordning som medførte at kommunene måtte betale for utskrivningsklare pasienter fra første dag etter at pasienten var meldt utskrivningsklar. I 2013 var kostnaden på 4150 kroner for hvert døgn pasienten ble liggende på sykehus etter at vedkommende var meldt utskrivningsklar. I 2014 og 2015 var kostnaden på henholdsvis 4255 og 4387 kroner.

Før 2012 skulle kommunene betale 1600 kroner per døgn fra og med ti dager etter at kommunen ble varslet om utskrivning. I et internt notat fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester av 13.10.2011 omtales det at kommunen i tillegg hadde en egen, intern kommunal ordning,

**Tabell 1 Økonomisk oversikt over brutto driftsutgifter til medfinansiering**

	2012	2013	2014
Vedtatt budsjett (dok. 3)	574 000 000	594 343 000	613 362 000
Utgifter	589 429 000	597 822 102	621 836 392

Kilde: Bykassens årsregnskap 2012–2014 (kap. 333 Samhandlingsreformen – medfinansiering).

<sup>3</sup> Jf. pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 14.05.2014.

<sup>4</sup> 100 mill. kroner ble i 2012 fordelt til bydelene for å håndtere utskrivningsklare pasienter.

der bydelene måtte betale 2000 kroner til Sykehjemsetaten for pasienter for døgn åtte og ni etter at de var meldt utskrivningsklare. Fra døgn ti og utover skulle bydelene betale 400 kroner i døgnet til Sykehjemsetaten og 1600 kroner per døgn til sykehuset.

Ifølge Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreformen skulle betalingen for utskrivningsklare pasienter gi kommunene insentiver til å ta imot pasientene raskere, blant annet ved etablering av kommunale tilbud med lavere kostnader enn det en måtte betale hvis pasientene ble værende på sykehuset. I Oslo kommune skulle bydelene selv betale for pasienter som ble liggende på sykehus etter at de var meldt utskrivningsklare. Tabell 2 gir en oversikt over bydelenes kostnader for utskrivningsklare pasienter de siste årene.

Tabell 2 viser at bydelene i årene fra 2012 til 2014 betalte ca. 39 mill. kroner for utskrivningsklare pasienter. Bydelenes samlede utgifter økte betydelig fra 2012 til 2014, med om lag 48 prosent det første året og 34 prosent det andre. Vi har ikke nøyaktige tall for bydelenes betaling for utskrivningsklare pasienter før 2012. I byrådsavdelingens interne notat av 13.10.2011 nevnt over ble det skissert at bydelenes utgifter til dette i 2011 lå på i overkant av 6 mill. kroner, hvorav hoveddelen av utgiftene var betalingen til Sykehjemsetaten.

Tabell 2 viser at det er store forskjeller i bydelenes kostnader for overliggerdøgn. Fem bydeler betalte i 2014 under 100 000 kroner for overliggerdøgn. Bydel Frogner hadde de høyeste utgiftene med over 7 mill. kroner i 2014, deretter kom Bydel Stovner som betalte 2,8 mill. kroner for overliggerdøgn.<sup>5</sup>

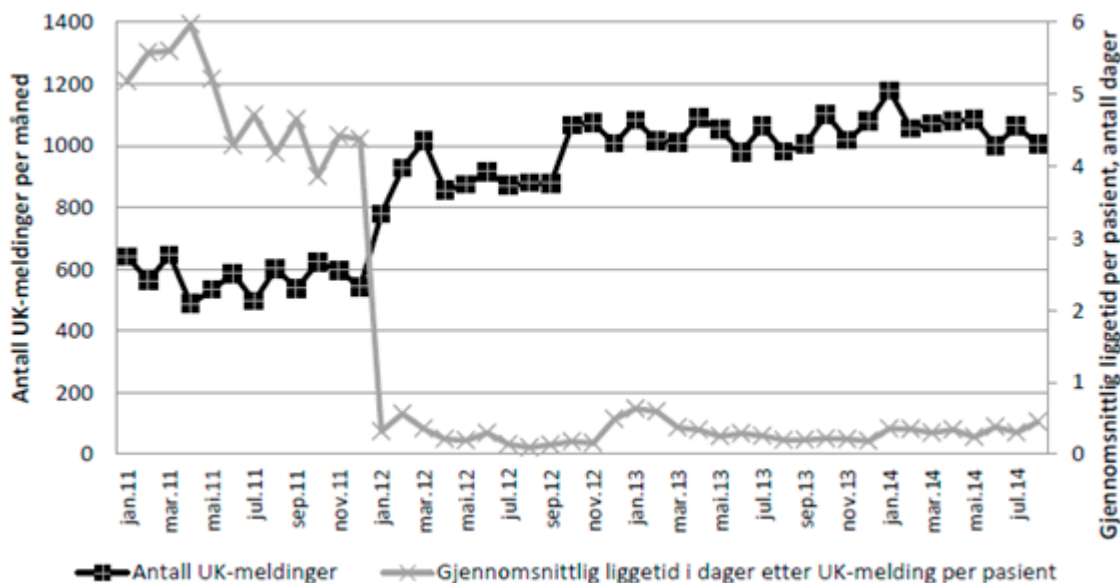
**Tabell 2 Oversikt over bydelenes utgifter til betaling for utskrivningsklare pasienter**

Bydel	2012	2013	2014	Totalt
01 Gamle Oslo	192 000	84 625	71 885	<b>348 510</b>
02 Grünerløkka	176 000	341 875	122 545	<b>640 420</b>
03 Sagene	411 907	49 250	33 800	<b>494 957</b>
04 St. Hanshaugen	314 400	844 250	631 530	<b>1 790 000</b>
05 Frogner	1 504 000	5 216 000	7 110 295	<b>13 830 295</b>
06 Ullern	292 000	630 750	1 667 660	<b>2 590 410</b>
07 Vestre Aker	2 068 000	2 583 625	1 148 850	<b>5 800 475</b>
08 Nordre Aker	218 000	0	68 000	<b>286 000</b>
09 Bjerke	324 000	337 750	382 379	<b>1 044 129</b>
10 Grorud	100 000	103 000	401 000	<b>604 000</b>
11 Stovner	640 000	705 000	2 831 915	<b>4 176 915</b>
12 Alna	512 000	660 000	2 750 000	<b>3 922 000</b>
13 Østensjø	1 876 000	1 352 242	35 177	<b>3 263 419</b>
14 Nordstrand	170 400	101 000	135 903	<b>407 303</b>
15 Søndre Nordstrand	12 000	20 625	21 275	<b>53 900</b>
<b>Totalt alle bydeler</b>	<b>8 810 707</b>	<b>13 029 992</b>	<b>17 412 214</b>	<b>39 252 733</b>

Note: Tallene er hentet fra uttrekk i kommunens regnskapssystem, Agresso. Tallene har deretter blitt oversendt bydelene for kvalitetssikring. En del bydeler hadde tilbakemeldinger som gjorde at vi justerte tallene. Se vedlegg 2 for mer informasjon.

<sup>5</sup> Med ”overliggerdøgn” menes det antall døgn pasienten ble liggende på sykehus fra sykehuset hadde meldt pasienten utskrivningsklar, til kommunen/bydelen tok imot pasienten.

**Figur 1 Utskrivningsklare pasienter per måned og gjennomsnittlig liggetid etter UK-melding, 2011–2014 (t.o.m. august)**

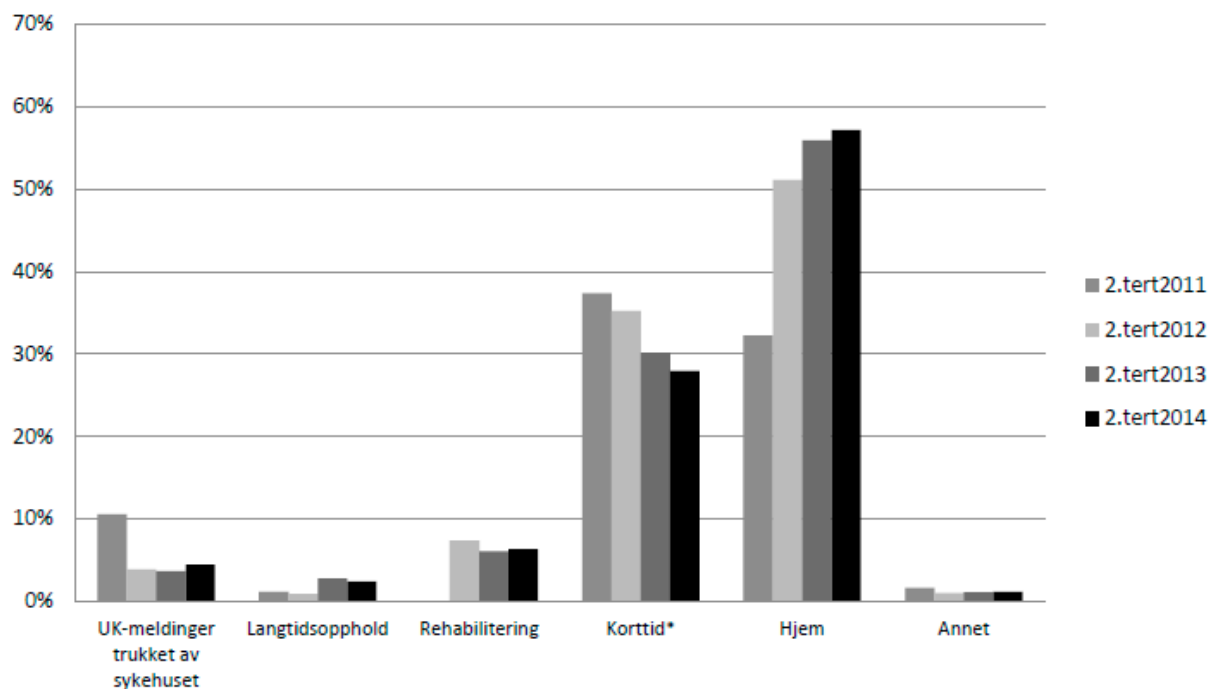


Kilde: Figuren er hentet fra notat nr. 281/2014 *Utskrivningsklare pasienter per 2. tertial 2014* fra byråden for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen.

I figur 1 framstilles antallet utskrivningsklare pasienter fra 2011 til august 2014 og gjennomsnittlig liggetid på sykehuset etter sykehusets melding om utskrivningsklar pasient (såkalt UK-melding).

Figur 1 viser at det var en klar forandring fra november 2011 til januar 2012, hvor den gjennomsnittlige liggetiden i sykehus etter melding om utskrivningsklar pasient gikk markant ned, og antallet slike meldinger gikk klart opp. Gjennomsnittlig liggetid i sykehus etter melding om utskrivningsklar pasient var i 2011 4,82 døgn. I 2012 var den nede i 0,27 døgn, mens den økte til 0,32 døgn i 2013 og 0,34 per 2. tertial 2014 (tallene er korrigert for meldinger som var trukket av sykehusene).

I henhold til byråden for helse og sosiale tjenester notat 281/2014 sto fire bydeler for mesteparten av liggedøgnene. Bydel Frogner hadde en gjennomsnittlig liggetid etter melding om utskrivningsklar pasient på 1,6 døgn per 2. tertial 2014, Bydel Stovner hadde 0,8 døgn, Bydel Alna hadde 0,65 døgn og Bydel Ullern hadde 0,5 døgn. De resterende bydelene hadde i gjennomsnitt 0,12 liggedøgn etter UK-melding i perioden. Bydelene med lengst liggetid hadde ikke oppgitt årsakene til dette i årsberetninger eller lignende. Figur 2 på neste side viser fordelingen av tilbudet til pasientene etter utskrivning.

**Figur 2 Tilbudet til pasienter etter utskrivning, andel i 2. tertial 2011–2014**

Note: Figuren er hentet fra notat nr. 281/2014 *Utskrivningsklare pasienter per 2. tertial 2014* fra byråden for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen. Rehabilitering ble utskilt som egen kategori fra korttid f.o.m. 2012. På grunn av feilregistreringer, dødsfall og ulik periodisering for utskrivning og hvilke tiltak pasienten mottok, summeres ikke alle tallene til 100 prosent.\* Rehabilitering ble utskilt som egen kategori f.o.m. 2012.

Figur 2 viser at det fra 2011 har vært en markant økning i andelen pasienter som ble skrevet ut til hjemmet basert på tall for 2. tertial i årene 2011 til 2014. Anslagsvis er økningen på vel 20 prosentpoeng. Samtidig gikk andelen som fikk vedtak om korttidsopphold, ned med anslagsvis 10 prosentpoeng. I henhold til byråden for helse og sosiale tjenester notat 281/2014 var antallet pasienter som fikk korttidsopphold, litt lavere i 2014 enn i 2012, med 1 227 personer i 2. tertial 2012 og 1 161 personer i samme periode i 2014. Ifølge notatet hadde det vært en økning i antall pasienter med vedtak om langtidsopphold etter utskrivning.

Betalingen for utskrivningsklare pasienter fra første dag var som nevnt innledningsvis et insitamant for at kommunen skulle ta imot pasienter som var ferdigbehandlet i sykehus raskere enn tidligere, ved bruk eller etablering av helsetilbud med lavere døgnpris enn kommunen måtte betale for overliggerdøgn. Det foreligger ikke tall for

bydelenes faktiske kostnader til hjemmetjenester til enkeltpasienter. Ifølge Oslo kommunes ASSS-tall<sup>6</sup> for rapporteringsåret 2013 var kommunens gjennomsnittlige nettoutgifter til for eksempel en person under 67 år med hjemmetjenester ca. 1150 kroner i døgnet. For pasienter over 67 år var utgiftene betydelig lavere. En sykehjemsplass kostet ifølge ASSS-tallene ca. 2740 kroner per døgn i gjennomsnitt. Figur 2 viser at over halvparten av pasientene skrives ut til hjemmet. Eksempelene viser at det i gjennomsnitt var mye dyrere for bydelene å ha overliggerdøgn på sykehus enn å gi et kommunalt tilbud. Samtidig vil en del utskrivningsklare pasienter ha behov for mer oppfølging enn "gjennomsnittspasienten". Som nevnt var bydelenes kostnader på 4150 kroner per overliggerdøgn i 2013.

<sup>6</sup> ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. ASSS-nettverket består av de ti største kommunene i landet. KS er sekretariat for samarbeidet, og det utgis årlig publikasjoner der analyse av økonomi og styringsdata på vesentlige områder presenteres.

### 3. Informasjonsutveksling og pasienterfaringer

I dette kapitlet ser vi på systemet for informasjonsutveksling mellom sykehusene og kommunen/bydelene, samt bydelenes erfaringer med samhandlingen med sykehusene. Vi oppsummerer videre pasienterfaringer fra samhandlingen mellom sykehuset og kommunen/bydelene. Oppsummeringen er blant annet basert på informasjon fra Helse-, sosial- og eldreombudet, kommunens eldreråd og brukerutvalg ved enkelte sykehus.

#### 3.1 Informasjonsutvekslingen mellom sykehus og bydel

En pasient er som nevnt utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Dersom det vurderes at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette. Ved utskrivning skal sykehuset i henhold til betalingsforskriften § 12 sende epikrise eller tilsvarende informasjon som er nødvendig for at pasienten skal kunne gis forsvarlig oppfølging i kommunen.<sup>7</sup>

Oslo universitetssykehus (OUS), Akershus universitetssykehus (Ahus), Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er lokalsykehus for bydelene i Oslo kommune. Den enkelte bydel samhandler primært med ett av disse sykehusene. I tillegg samhandles det i noen grad med andre sykehus/spesialsykehus, som Sunnaas.

Det var utarbeidet samhandlingsprosedyrer mellom sykehusene og hver bydel i sykehusets

opptaksområde. Disse inneholdt retningslinjer for partenes ansvar ved utskrivning. Prosedyrene skulle blant annet sikre god kommunikasjon mellom sykehus og bydel for pasienter som har, eller er i behov av, kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehuset.

#### *Elektronisk meldingsutveksling*

Informasjonsutvekslingene mellom sykehusene og bydelene har foregått på ulike måter. Diakonhjemmet, Lovisenberg og Ahus hadde tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling før 2014, og Oslo kommune samhandlet elektronisk både med disse og med Sunnaas sykehus.

Oslo universitetssykehus tok i bruk elektroniske meldinger fra og med 20.10.2014. Det vil si at utveksling av pasientinformasjon mellom sykehus, fastlege, sykehjem og andre før den tid ble foretatt på papir, telefon og faks. I Helseetatens årsberetning for 2013 framkom det at kommunen i 2013 mottok ca. 61 000 elektroniske meldinger fra sykehus og sendte ca. 24 000 elektroniske meldinger til sykehus.<sup>8</sup>

Den elektroniske meldingsutvekslingen foregikk ved at informasjonen fra sykehuset ble sendt elektronisk fra sykehusets pasient- og journalsystem via Norsk Helsenett.<sup>9</sup> Den elektroniske meldingen ble mottatt i kommunens pleie- og omsorgssystem Gerica. Kommunen brukte Gerica til å lese, sende og behandle meldingene. Kommunen hadde utarbeidet en felles manual for elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommunen. I tabell 3 følger en oversikt over meldingsutvekslingen mellom sykehus og bydel/kommune.

<sup>7</sup> Epikrise er en kort, sammenfattende skriftlig redegjørelse for årsak, utvikling og behandling av sykdom hos en pasient, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig, for eksempel etter et sykehusopphold.

<sup>8</sup> I etatens årsberetning for 2014 var ikke antallet elektroniske meldinger omtalt.

<sup>9</sup> DIPS (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus) er navnet på det systemet som benyttes av sykehusene.

**Tabell 3 Elektroniske meldinger mellom sykehus og kommunen**

<b>Melding:</b>	<b>Sendes av:</b>	<b>Behandles av:</b>	<b>Når sendes meldingen:</b>
Melding om innlagt pasient	Sykehus	Utfører	Sendes når pasienten har kommunale tjenester ved innleggelse som informasjon til utfører om at pas er innlagt.
Innleggelsesrapport	Utfører i kommunen		Sendes når kommunen har mottatt melding om innlagt pasient fra sykehuset.
Helseopplysninger ved søknad <i>(Varsel om innlagt pasient)</i>	Sykehus	Bestiller	Sendes når pasienten trenger tjenester fra kommunen ved utskrivelse. Melding kan sendes fra sykehus flere ganger. Første melding skal inneholde pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
Melding om utskrivingsklar pasient <i>(Varsel til kommunen om utskrivingsklar pasient)</i>	Sykehus	Bestiller	Sendes når pasienten blir vurdert utskrivingsklar fra sykehuset.
Avmelding utskrivingsklar	Sykehus	Bestiller	Sendes hvis pasienten ikke lenger er utskrivingsklar eller er feilregistrert.
Utskrivingsrapport	Sykehus	Utfører	Sendes fra sykehus utskrivelsesdagen. <i>Piloteres på Lovisenberg sykehus.</i>
Melding om utskrevet pasient	Sykehus	Bestiller	Sendes når blir registrert so utskrevet fra sykehuset.
Forespørsel/svar på forespørsel Meldingstype 8 Status plan for utskrivelse <i>(Melding til sykehuset om når kommunen kan ta imot pasienten)</i>	Sykehus og kommune	Alle	Ved spørsmål og utveksling av informasjon rundt pasientens innleggelse.  Denne meldingen brukes til å varsle sykehuset om at de har mottatt melding om innlagt og utskrivingsklar med beskjed om videre forløp og dato kommunen kan ta imot bruker.
Avvik	Sykehus og kommune	Alle	Ved for eksempel manglende informasjon, feilsending eller ikke mottatt svar innen tidsfrist.

Note: Tabellen er hentet fra kommunens felles mal for elektroniske PLO-meldinger (Pleie- og omsorgsmeldinger) hentet fra Helseetatens nettsider.

Tabell 3 viser den elektroniske meldingsflyten mellom sykehusene og kommunen. Bestiller er den enkelte bydels søknadskontor. Utfører er den virksomheten i kommunen som skal utføre tjenesten, det være seg sykehjem, hjemmesykepleien, rehabilitering, fysioterapi, ergoterapi eller andre.

Ifølge manualen for elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger var det i meldingssystemet lagt til rette for å melde avvik. Avviksmelding skulle sendes til sykehus ved avvik som omhandlet pasient, og som var knyttet til innholdet i meldingene, for eksempel

feilsending, mangelfulle opplysninger eller annet. Avviksmelding skulle ikke benyttes i forbindelse med teknisk feil, som for eksempel ved nedetid for systemene. Oppfølging/respons fra mottaker skulle vurderes i hvert enkelt tilfelle, og avvikshåndteringen skulle skje i henhold til gjeldende retningslinjer/avtaler mellom kommunen og sykehuset. Vi kommer mer inn på avviksbehandlingen i kapittel 7.

#### ***Erfaringer med informasjonsutvekslingen mellom bydelene og sykehusene***

Flere bydeler viste i årsberetningene for 2013 og 2014 til at innføringen av

elektronisk meldingsutveksling mellom sykehusene og bydelene hadde sikret og forbedret informasjonsutvekslingen om pasientene.<sup>10</sup> Bydel Grünerløkka skrev i årsberetningen for 2014 at bruken av elektronisk meldingsutveksling med sykehusene var arbeidsbesparende. Bydel Søndre Nordstrand påpekte at Oslo universitetssykehus først i oktober 2014 innførte elektronisk meldingsutveksling. Ifølge ansatte og ledere Kommunerevisjonen intervjuet i bydelene Grorud og Ullern, hadde den elektroniske meldingsutvekslingen forbedret informasjonsutvekslingen mellom bydel og sykehus. Det var likevel en utfordring at ikke alle sykehusene hadde tatt i bruk elektronisk utskrivningsrapport. Bydelene opplevde også utfordringer ved kvaliteten på sykehusets funksjonsbeskrivelse av pasientene. Beskrivelsen var viktig for bydelens vurdering av pasientens tjenestetilbud etter utskrivning. Vi kommer nærmere tilbake til dette i senere kapitler.

Bydel Vestre Aker omtalte utfordringer med informasjonsutvekslingen slik i sin årsberetning for 2014:

Selv om bydel og sykehus som hovedregel klarer å få til en god utskrivelse for brukeren, er det dessverre slik at bydelene opplever å få mangelfulle og/eller dårlige opplysninger ved utskrivelser. De tre vestlige bydelene og Diakonhjemmet sykehus har derfor arbeidet tett for å bedre informasjonen fra sykehus og til bydeler. Arbeidet med dette vil fortsette i 2015 og forhåpentligvis resultere i bedre kvalitet.

Bydel Stovner pekte i årsberetningen for 2014 på at avstanden til de ulike sykehusene som behandlet bydelens pasienter, var en utfordring knyttet til bydelens besøk og vurdering i forkant av utskrivning.

### 3.2 Pasienterfaringer – samhandlingen mellom bydelene og sykehusene

#### *Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo*

I årsmeldingen for 2013 skrev Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo (heretter betegnet Ombudet) at pasienter etter samhandlingsreformen ble utskrevet tidligere fra sykehuset enn før, og at de hadde behov for mer medisinsk oppfølging:<sup>11</sup>

[...] Ofte mangler vesentlig informasjon om pasienten, som ajourførte medisinalister, gode epikriser og behov for hjelpemidler. Saker til Ombudet avdekker uenighet mellom sykehuset og kommunen i hvilke behandlings- og oppfølgingsbehov pasienten har. Fra flere hold reises det spørsmål om helsetjenesten i kommunen har tilstrekkelige ressurser til å møte de endrede oppgavene.

Ombudet uttrykte bekymring for om pasienter som ble utskrevet fra sykehus, ble prioritert framfor hjemmeboende med behov for avlastning, rehabilitering og sykehjemsplass. Ombudet skrev også at deres erfaringer viste at terskelen for å få langtidssykehjemsplass ble opplevd som høy, og at avlastnings- og rehabiliteringstilbud kunne være vanskelig å få. Det ble vist til at spesialisthelsetjenesten ga uttrykk for bekymring, da de ikke fikk skrevet ut pasienter fordi bydelene ikke hadde et nødvendig tilbud etter utskrivelsen.

Ombudet viser i årsmeldingen for 2013 til en pasient som kontaktet Ombudet fordi han var engstelig for hva som ventet han etter utskrivning fra sykehus. Han var lagt inn på en akuttavdeling, til tross for at denne avdelingen ikke anså at deres avdeling var riktig instans, målet var å stabilisere pasientens situasjon. Pasienten var av den oppfatning at bydelen i for lang tid hadde tilbudt han mangelfull hjelp. Behandlingsansvarlig ved sykehuset bekreftet dette synspunktet overfor Ombudet. Sykehuset

<sup>10</sup> Dette gjaldt bydelene Grünerløkka, Nordre Aker, Vestre Aker og Søndre Nordstrand.

<sup>11</sup> Samhandlingsreformen ble ikke omtalt som eget tema i Ombudets årsmelding for 2014.

hadde tidligere anmodet bydelen om å skaffe til veie et tilstrekkelig tilbud, uten at bydelen hadde fulgt denne anmodningen.

I en annen sak Ombudet var involvert i, som ble en tilsynssak hos Fylkesmannen, opplevde pasienten svært mange forflytninger mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Vedkommende var blitt skrevet ut fra sykehus i januar 2014. I løpet av sju måneder opplevde pasienten totalt 26 forflytninger mellom sykehus og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og mellom kommunale tjenester.

**Tilbakemeldinger fra kommunens elderråd og brukerutvalg ved sykehus**

Kommunerevisjonen har vært i kontakt med representanter for brukerutvalgene ved Ahus og Diakonhjemmet og to representanter for kommunens elderråd. Alle påpekte at det faktisk at pasienter skrives ut tidligere fra sykehuset enn før samhandlingsreformen, medførte at pasientene trengte mer medisinskfaglig oppfølging av bydelen enn tidligere. Ifølge elderrådsmedlemmene var opprettelsen av innsatsteam i bydelene viktig for å styrke arbeidet med rehabilitering i hjemmet.

Brugerrepresentanten fra Diakonhjemmet viste til at sykehuset og bydelene i Diakonhjemmet sektor hadde samarbeidet for å forebygge

akutt funksjonssvikt og sykehusinnleggelse blant eldre i risikozonen. En utfordring som ble pekt på, var at pasientene ved bydelens vurderingsbesøk på sykehuset kunne få et inntrykk av å skulle få et mer omfattende omsorgstilbud enn hva det faktiske tilbudet til slutt ble.

Brugerrepresentanten fra Ahus viste til eksempler på pasientforløp hvor samhandlingen mellom Ahus og bydelene ikke hadde fungert etter hensikten. Blant annet mente representanten at mottaket av pasienten i bydelen i flere tilfeller ikke var planlagt godt nok. I ett av tilfellene syntes det som om hjemmesykepleien var blitt varslet for sent til å kunne tilrettelegge for hjemkomst på kvelden.

**Pasientundersøkelsen**

Nasjonalt kunnskapssenter gjennomfører årlig en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant voksne pasienter (16 år og eldre) som hadde et opphold på sengeposter ved norske somatiske sykehus. Det ble i denne undersøkelsen spurt om pasienten opplevde at sykehuset hadde samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det pasienten var innlagt for.<sup>12</sup> Nedenfor følger en tabell som viser gjennomsnittet av svar fordelt på de ulike sykehusene basert på en skala fra 1 til 5, hvor 5 er best.

**Tabell 4 Pasientenes vurdering av sykehusenes samarbeid med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester (svarprosent i parentes)**

Sykehus	2012	2013
Ahus	3,1 (57)	3,7 (54)
Diakonhjemmet	3,6 (61)	3,6 (63)
Lovisenberg	3,2 (55)	3,7 (59)
Ullevål sykehus (OUS)	3,2 (51)	3,1 (58)
Landsgjennomsnitt	3,4 (56,7)	3,5 (58,5)

Note: Resultatene er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens undersøkelse for 2012 og 2013, Pasienterfaringer med norske sykehus. Landsgjennomsnittet omfatter flere sykehus enn de som er med i tabellen. Resultatene for landsgjennomsnittet er basert på svar fra om lag 13 000 respondenter for begge årene. Resultatene for enkeltsykehusene er basert på svar fra ca. 200 respondenter per sykehus per år.

<sup>12</sup> Svaralternativene var: *ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad, vet ikke og ikke aktuelt.*

Tabell 4 viser at Ullevål sykehus skåret noe lavere enn de andre sykehusene når det gjaldt samarbeid med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester. De andre sykehusene hadde et resultat som i 2013 var litt bedre enn landsgjennomsnittet.

Ifølge den nasjonale pasientundersøkelsen for 2013 var sykehusets samarbeid med kommunal hjemmetjeneste ett av de områdene som fikk dårligst tilbakemelding fra pasientene.

### ***Undersøkelser av brukererfaringer i regi av Oslo kommune***

Helseetaten gjennomfører årlige brukerundersøkelser i hjemmetjenesten og i sykehjem. Disse har i perioden 2012–2014 ikke hatt spørsmål om pasienters erfaringer ved utskrivning fra sykehus og samhandlingen mellom sykehus og bydel.

## 4. Reinnleggelse til sykehus

Nedenfor følger en beskrivelse av status og utvikling når det gjelder antallet reinnleggelser til sykehus og hvilke tiltak som eventuelt er iverksatt på området. Vi vil i hovedsak se på reinnleggelser av pasienter som ble skrevet ut til et helsetilbud i kommunen. Statistikken som presenteres er hentet fra Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk som igjen bygger på data fra Norsk pasientregister.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har fra 2014 hatt et samarbeid med Helse Sør-Øst for å bedre data og analyser av reinnleggesstatistikk. I notat 96/2015 av 21.05.2015 fra byråden for helse og sosiale tjenester presenteres tall som beskriver andel og antall reinnleggelser målt ut fra hvilket sykehus pasienten først var innlagt på. I notatet framkommer det en utvikling knyttet til reinnleggelser av pasienter som meldes utskrivningsklare som ikke synes å harmonere helt med Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk. Vi gjør nærmere rede for dette under.

### 4.1 Status og utvikling av reinnleggelser til sykehus

I Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk for 2012–2013 defineres "reinnleggelse" som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning.<sup>13</sup> Definisjonen inkluderer ikke pasienter som legges inn og skrives ut samme dag. Øyeblikkelig hjelp er definert som alle innleggelser som ikke er planlagt behandling, også alle fødsler og friske nyfødte.

Representanter for analyseavdelingen i Helse Sør-Øst RHF redegjorde i helse- og sosialkomiteens møte 20.08.2014 om reinnleggelser i Oslo kommune. Det framkommer følgende i deres presentasjon:

<sup>13</sup> Helsedirektoratets *Samhandlingsstatistikk 2012–13* Rapport IS-2138.

Det å ha et tydelig målbilde på «riktig nivå» på reinnleggelser er vanskelig. Enkelte reinnleggelser er ønsket (for eksempel kreftbehandling), og ulike pasientgrupper har store forskjeller i nivå på reinnleggelser.

Helsedirektoratet har beskrevet utviklingen i reinnleggelser for følgende pasientgrupper:<sup>14</sup>

1. Pasienter som ikke meldes utskrivningsklare til kommunen. (Det vil si pasienter som sykehuset vurderer at ikke har behov for oppfølging av den kommunale helsetjenesten etter behandlingsoppholdet.)
2. Pasienter som meldes utskrivningsklare, og som tas imot av kommunen 0–1 dager etterpå.
3. Pasienter som meldes utskrivningsklare, og som ble liggende på sykehus i mer enn to dager etter at melding var sendt til kommunen.

Ifølge Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk ble 8,3 prosent av oppholdene i Helse Sør-Øst for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare, etterfulgt av en reinnleggelse i 2014. Fra 2010 til 2014 var det i Helse Sør-Øst en nedgang på 1,4 prosentpoeng for reinnleggelser for denne pasientgruppen.

Helse Sør-Øst hadde ifølge samhandlingsstatistikken den høyeste andelen reinnleggelser av helseregionene for pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunene. I 2014 ble 20,4 prosent av pasientene som ble tatt imot av kommunen 0–1 dager etter at de var meldt utskrivningsklare, reinnlagt innen 30 dager.<sup>15</sup> Dette var en økning på 1,4 prosentpoeng sammenlignet med 2012. Andelen reinnleggelser for denne gruppen økte også noe fra 2013 til 2014 (+ 0,9 prosentpoeng).

<sup>14</sup> Redegjørelsen for utviklingen i reinnleggelser knyttet til disse pasientgruppene er hentet fra Helsedirektoratets *Samhandlingsstatistikk 2013–14* Rapport IS-2245.

<sup>15</sup> I de andre helseregionene var andelen reinnleggelser i 2014 fra 15,1 prosent til 18,9 prosent.

Samhandlingsstatistikken viste videre at Helse Sør-Øst i 2014 hadde 17,8 prosent reinnleggelser etter opphold for pasienter med to eller flere liggedager etter at de var meldt utskrivningsklare. Dette var en økning på 2,5 prosentpoeng sammenlignet med 2012.

Tabell 5 viser andel reinnleggelser etter sykehusopphold for pasienter som var meldt utskrivningsklare, per 2. tertial 2010–2014 for Helse Sør-Øst.

Tabell 5 viser at Oslo lå noe høyere i andelen reinnleggelser enn de andre kommunegruppene

**Tabell 5 Andel reinnleggelser per 2. tertial 2010–2014 i Helse Sør-Øst i prosent etter sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare**

Kommunegruppe	Andel reinnleggelser etter sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare				
	2010	2011	2012	2013	2014
Under 5000 innb.	10,7	17,3	13,0	17,5	17,9
5000–19 999 innb. – lengre reiseavstand	11,7	15,3	17,5	17,1	19,2
5000–19 999 innb. – kort reiseavstand	16,1	12,9	18,5	18,7	21,5
Over 20 000 innb. – lengre reiseavstand	13,1	15,0	19,4	18,2	20,2
Over 20 000 innb. – kort reiseavstand	16,8	18,8	19,7	20,4	20,9
Storby ekskl. Oslo	18,2	16,7	17,6	20,6	20,4
<b>Oslo</b>	<b>16,1</b>	<b>13,7</b>	<b>19,8</b>	<b>20,9</b>	<b>21,2</b>

Note: Tallene er hentet fra Helsedirektoratets utgivelse av samhandlingsstatistikk for 2013–2014 (rapport IS-2245) som er basert på data fra Norsk pasientregister.

**Tabell 6 Andel reinnleggelser per 2. tertial 2010–2014 etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar, i utvalgte helseforetak/sykehus**

Helseforetak	Andel reinnleggelser etter sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare				
	2010	2011	2012	2013	2014
Akershus universitetssykehus HF	19,4	17,1	19,2	20,6	21,3
Oslo universitetssykehus	14,8	10,0	13,0	17,1	17,2
Diakonhjemmet	16,6	14,6	17,7	17,3	17,5
Lovisenberg sykehus	15,1	16,6	25,0	23,8	25,0
Helse Bergen HF	7,6	10,6	15,6	16,8	19,1
St. Olavs hospital	12,2	12,8	14,1	13,1	16,7
Helse Stavanger HF	17,6	16,5	19,4	18,2	19,5
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12,1	12,8	14,1	13,1	16,7

Note: Tallene er hentet fra Helsedirektoratets utgivelse av samhandlingsstatistikk for 2013–2014 (rapport IS-2245) som er basert på data fra Norsk pasientregister.

Tabell 6 viser at det har vært en økning i andel reinnleggelser fra 2011 til 2014 i de utvalgte helseforetakene/sykehusene. Det sykehuset som de tre siste årene hadde høyest andel reinnleggelser etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar, var Lovisenberg.

Ifølge notat 96/2015 av 21.05.2015 fra byråden for helse og sosiale tjenester er følgende utviklingstrekk sentrale vedrørende reinnleggelser av pasienter:

- Pasienter som meldes utskrivningsklare har en vesentlig høyere reinnleggingsrate enn andre pasienter.
- Forskjellene i reinnleggingsratene mellom sykehusene er redusert i perioden 2010 – 2014.
- *Andelen* pasienter som er meldt utskrivningsklar og som reinnlegges har økt noe fra 2011, fra om lag 20 prosent i 2011 til om lag 25 prosent i 2014.
- *Antallet* pasienter som er meldt utskrivningsklare og som reinnlegges har falt betydelig fra 2011 til 2012. Fra 2012 til 2014 kan det synes som om det har vært en viss økning i reinnleggelser for pasientgruppen.

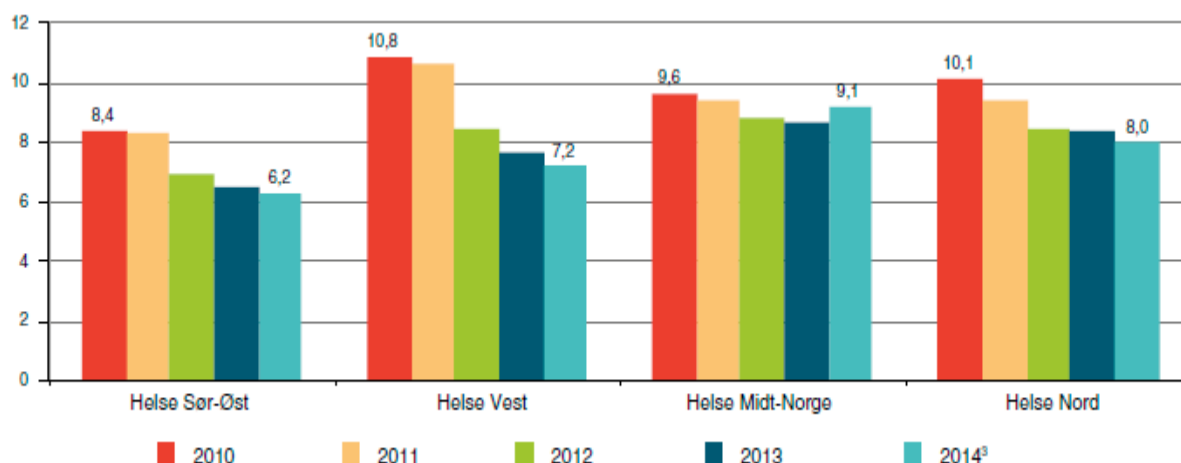
I rapporten fra Helsedirektoratet ble det lagt fram tre mulige forklaringer til økningen i reinnleggelser:

1. Ettersom liggetiden på sykehus før pasienten ble meldt utskrivningsklar, var kortet ned betydelig de siste årene, kan det tenkes at de pasientene som ble tatt imot av kommunen, var sykere enn før, og at flere derfor ville ha behov for en reinnleggelse.
2. Behandlingstilbudet i kommunene var ikke alltid faglig godt nok, og pasientene måtte derfor tilbake til behandling i spesialisthelsetjenesten.
3. Pasientene fikk en tettere oppfølging fra sykehjem eller hjemmesykepleie som resulterte i en vurdering av at pasientene er så syke at en reinnleggelse er nødvendig.

Ifølge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan reinnleggelser som skyldes sviktende kvalitet i behandlingsskjeden, både forklares med forhold i spesialisthelsetjenesten, i kommunal-/primærhelsetjenesten, samt i samhandlingen mellom de ulike forvaltningsnivåene.<sup>16</sup>

Figur 3 gir en oversikt for årene 2010–2014 over gjennomsnittlig liggetid i helseforetakene før en pasient ble meldt utskrivningsklar.

**Figur 3 Gjennomsnittlig liggetid for pasienten er meldt utskrivningsklar, 2010–2014**



Note: Figuren er hentet fra Helsedirektoratets utgivelse av samhandlingsstatistikk for 2013–2014 (rapport IS-2245) som er basert på data fra Norsk pasientregister. Endring i definisjonen av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold, bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregninger tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013. Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag, er inkludert.

<sup>16</sup> Kunnskapssenteret: Notat 2012 *Reinnleggelser av eldre i Norge*.

Figur 3 viser at alle regionene hadde en nedgang i den gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar, i perioden fra 2011 til 2014. Den gjennomsnittlige liggetiden for Helse Sør-Øst før pasienten ble meldt utskrivningsklar, gikk ned med 2,2 dager fra 2010 til 2014. Den gjennomsnittlige liggetiden i Helse Sør-Øst etter at pasienten var meldt utskrivningsklar, var i 2014 (per 2. tertial) 0,6 døgn. Helseregionen hadde for øvrig i alle år den korteste gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar.

## 4.2 Kommunens arbeid for å redusere reinnleggelser

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester viste i møte med Kommunerevisjonen til at det var inngått et samarbeid med Helse Sør-Øst RHF for å få mer detaljert statistikk om reinnleggelser som kunne benyttes som styringsinformasjon for Oslo kommune. Byrådsavdelingen viste videre til at en høy reinnleggingsrate kan tyde på behov for kvalitetsforbedring, men at en økning i raten ikke nødvendigvis indikerte en forverring av tjenestekvaliteten. Reinnleggelser kan ifølge byrådsavdelingen være ønsket eller uønsket, og de kan være unngåelige eller uunngåelige. Eksempelvis kan en pasient som legges inn akutt, legges inn igjen noe senere for å få gjennomført undersøkelser som ikke var mulige i den akutte situasjonen (ønsket reinnleggelse). En pasient som legges inn og skrives ut med én diagnose, kan legges inn igjen med en annen, ikke relatert diagnose, eventuelt legges inn igjen med en uventet forverring av den første diagnosen (uunngåelige reinnleggelser).

Byrådsavdelingen viste til at det var krevende å tolke dataene om reinnleggelser. Samhandlingsstatistikken ga ikke grunnlag for å si noe nærmere om hvorfor pasienter ble reinnlagt, og hvor de opprinnelig ble behandlet. Byrådsavdelingen redegjorde for at man ønsket å framskaffe informasjon om “unngåelig, uønskede reinnleggelser”, og at det er disse

reinnleggelserne man ønsker å forhindre. Det kommunen ønsker tall om, var blant annet

- hvor pasienten mottok den “opprinnelige” behandlingen, dvs. at det kan være mulig å avdekke om enkelte sykehus genererer flere reinnleggelser enn andre
- aldersfordeling
- om det er forskjell på reinnleggelser blant pasienter som blir meldt utskrivningsklare, og pasienter som ikke blir meldt utskrivningsklare (sistnevnte gruppe skal ikke ha behov for oppfølging fra kommunen)

Byrådsavdelingen ga uttrykk for at faktorer som diagnose/pasientgruppe, nærhet til sykehus, medisinsk eller kirurgisk behandling og alder var forhold som på ulikt vis påvirket sannsynligheten for reinnleggelse. Sannsynligheten for reinnleggelse var også knyttet til om pasienten var definert som utskrivningsklar, det vil si at vedkommende ble skrevet ut til kommunale pleie- og omsorgstjenester, eller om pasienten ble skrevet ut uten oppfølging fra kommunen.

Ifølge byrådsavdelingen hadde ikke Oslo kommune iverksatt spesifikke tiltak knyttet til reinnleggelser. Som nevnt samarbeidet byrådsavdelingen med Helse Sør-Øst RHF om utvikling av statistikk og analyser av reinnleggelser. Det ble vist til at en følge av arbeidet kunne være at kommunen eller sykehusene ville innføre tiltak knyttet til reinnleggelser. Byrådsavdelingen viste imidlertid til at det var iverksatt flere tiltak som kunne redusere antallet sykehusinnleggelser, herunder også reinnleggelser, blant annet:

- fokus på hverdags- og hjemmerehabilitering
- opprettelse av helsehus (korttidssykehjem)
- differensiering av døgnopphold på sykehjem, for eksempel egne palliative enheter<sup>17</sup>
- samarbeidsprosjekt med sykehusene om

<sup>17</sup> Palliative enheter tilbyr lindrende behandling til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid.

trening av ansatte i hjemmetjenesten til å se endringer i funksjonsnivå (akutt og subakutt funksjonssvikt)

- etablering av Kommunal akutt døgnenhet (KAD)<sup>18</sup>

Ifølge byrådsavdelingen hadde flere bydeler gjennomført prosjekter for å styrke hjemmetjenesten og redusere sykehusinnleggelseser. For eksempel hadde Bydel

Østensjø sammen med Oslo universitetssykehus og Kreftsenteret i 2013 og 2014 deltatt i et prosjekt som blant annet skulle redusere sykehusinnleggelseser for pasienter med kort forventet levetid.

I vedlegg 3 beskrives enkelte av de ovennevnte tiltakene nærmere. I tillegg presenterer vi eksempler på samhandlingsprosjekter mellom bydelene og sykehusene.

---

<sup>18</sup> Akuttenheten kan gi tilbud om døgnopphold til enkelte pasientgrupper som ellers ville fått behandling ved sykehus.

## 5. Kartlegging og vurdering av pasientens behov for tjenester etter utskrivning

Sykehuset skal etter regelverket varsle kommunen om en innlagt pasient kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. I den forbindelse benytter sykehuset meldingsskjemaet *Helseopplysninger ved søknad (Varsel om innlagt pasient)*. Det er kommunen som vurderer tilbudet til pasienten etter utskrivning, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Dette krever kartlegging og en individuell vurdering av pasientens hjelpebehov. Når pasienten er vurdert utskrivningsklar, skal sykehuset varsle kommunen. Da benyttes meldingsskjemaet *Melding om utskrivningsklar pasient*. Det er gitt en nærmere oversikt over den elektroniske meldingsutvekslingen mellom sykehus og kommunen i tabell 3 i kapittel 3.1. Meldingene vil i noen tilfeller benevnes som PLO-meldinger i den videre framstillingen.

I det følgende skal vi se på Bydel Groruds og Bydel Ullerns rutiner og praksis for kartlegging og vurdering av utskrivningsklare pasienters behov for tjenester fra bydelen. Vi har også undersøkt hvordan bydelene sørger for brukermedvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet.

### 5.1 Revisjonskriterier

- Etter at bydelen mottar varsel om innlagt pasient, skal bydelen kartlegge og vurdere pasientens behov for hjelp og oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet. Bydelen bør blant annet sikre seg nødvendige og oppdaterte opplysninger om utskrivningsklare pasienters medisinske forhold, legemidler, hjelpemidler og funksjonsbeskrivelser.
- Pasienten skal gis anledning til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet.

### 5.2 Faktabeskrivelse Bydel Grorud

I Bydel Grorud betegnes bestiller som Bestillerenheten. Hjemmetjenesten er organisert i tre distrikter: distrikt nord, sør og vest – med hver sin avdelingsleder.

#### *Kartlegging av pasientens hjelpebehov*

##### Kartleggingen før utskrivning

Saksbehandler i bydelen skulle i henhold til saksbehandlingsrutiner for Bestillerenheten kartlegge pasienten så snart bydelen mottok meldingen *Helseopplysninger ved søknad* fra sykehuset. Det framgikk av rutinen at kriteriene for hva saksbehandler skulle foreta seg, var avhengig av om pasienten mottok tjenester fra før, og hva som var beskrevet om antatt hjelpebehov. Det var utarbeidet en sjekklister med hensyn til hva saksbehandler skulle innhente av informasjon blant annet om medisinske diagnoser, funksjonsnivå og behov for hjelpemidler. De skriftlige retningslinjene for samarbeidet mellom Ahus og Bydel Grorud omtalte også bydelens ansvar for å få informasjon om pasientens funksjonsnivå blant annet ved bruk av vurderingsbesøk mens pasienten fremdeles var innlagt, i samarbeid med behandlende enhet ved sykehuset.

Saksbehandlerne ved Bestillerenheten som vi intervjuet, oppga at det var viktigst å kartlegge pasientens fysiske og kognitive funksjon. Det første de kartla, var innleggelsesårsak og opplysninger fra sykehuset i meldingen *Helseopplysninger ved søknad*. Deretter så de etter hvordan boforholdene til pasienten var, om pasienten fikk hjelp av bydelen fra før, og hvordan hjelpen hadde fungert. Av annen informasjon som kunne foreligge, var pasientopplysninger fra fastlegen eller informasjon fra pårørende.

Kommunerevisjonen har gjennomgått ti enkeltsaker der utskrivningsklare pasienter hadde fått innvilget hjemmesykepleie etter sykehusoppholdet. Bydelen hadde i all hovedsak mottatt opplysninger fra sykehuset om pasientenes medisinske forhold, legemidler, sykepleieropplysninger med funksjonsbeskrivelse av pasienten og opplysninger om hjelpemidler i forbindelse med utskrivning fra sykehuset. I ett tilfelle hadde sykehuset ikke opplyst om eventuelle hjelpemidler, men dette ble kartlagt av bydelen i etterkant.

For pasienter som ikke var kjent for bydelen fra før, eller pasienter med endret funksjonsnivå og dette ikke var tilstrekkelig opplyst, oppga saksbehandlerne at de foretok vurderingsbesøk på sykehuset. Det skulle skrives en saksbehandlingsjournal fra vurderingsbesøket. En del av vurderingsbesøket på sykehuset var for eksempel å se etter om pasienten kunne reise seg, og hvordan pasienten generelt fungerte. I seks av de ti sakene vi undersøkte, hadde bydelen gjennomført vurderingsbesøk på sykehuset, og i to av disse sakene hadde bydelen gjennomført to vurderingsbesøk.

Både lederen for Bestillerenheten og saksbehandlerne sa at helseopplysningene fra sykehuset ofte var mangelfulle når det gjaldt funksjonsbeskrivelse av pasienten. Saksbehandlerne sa at de fikk de opplysningene de trengte når de tok kontakt med behandlende avdeling på sykehuset. Opplysninger fra telefonkontakten med sykehuset ble ikke dokumentert i journalen, ifølge saksbehandlerne.

Lederen for samhandlingsenheten ved Ahus fortalte i intervju med Kommunerevisjonen at det ofte var vanskelig for sykehuset å foreta en god funksjonsbeskrivelse av pasienten før utskrivning, blant annet som følge av kort liggetid. Fra sykehusets ståsted var ofte beskrivelsen av pasientens funksjonsnivå før innskrivning, sett opp mot den behandlingen som var foretatt på sykehuset, det viktigste

for å forstå en pasients funksjonsnivå. Ifølge lederen ville sykehuset oftere kunne utarbeide gode funksjonsbeskrivelser dersom bydelene var bedre på å oversende oppdaterte innleggelsesrapporter som forutsatt. Bydelens hjemmetjeneste skulle ifølge rutineene sende innleggelsesrapport til sykehuset dersom brukeren fikk hjemmesykepleie av bydelen.<sup>19</sup> Ifølge seksjonsleder for hjemmetjenesten ble innleggelsesrapport i all hovedsak sendt som forutsatt etter hva hun hadde kjennskap til. I vår gjennomgang av enkeltsaker hadde bydelen i seks av åtte aktuelle tilfeller sendt innleggelsesrapport til sykehuset. I ett av disse tilfellene ble innleggelsesrapport ikke sendt før pasienten var skrevet ut fra sykehuset.

Saksbehandlerne var av den oppfatning at det varierte om de hadde nok tid til kartlegging av pasientene før utskrivning. Dersom sykehuset hadde gitt gode helseopplysninger, kunne saksbehandlingen gå raskt. I saker hvor sykehuset var uenig i at pasienten skulle til hjemmet, kunne saksbehandlingen ta lengre tid. Ifølge saksbehandlerne hadde bydelen i snitt 3–4 dager på å saksbehandle før utskrivning. Noen ganger fikk bydelen *Melding om helseopplysninger* og *Melding om utskrivningsklar pasient* samme dag, noe som ga lite tid til kartlegging.

Hjemmesykepleierne i bydelen erfarte at pasientenes hjelpebehov ikke alltid var tilstrekkelig kartlagt før hjemkomst. Ifølge sykepleierne gjennomførte Bestillerenheten færre vurderingsbesøk nå enn tidligere, og de møtte derfor sjeldnere pasientene før utskrivning.

Både ansatte og ledere ved hjemmetjenesten og Bestillerenheten ga tilbakemelding om at pasientene etter innføringen av

---

<sup>19</sup> Formålet med rapporten var å sikre kontinuitet i behandlingen av pasienten. Rapporten skulle blant annet inneholde opplysninger om brukers tjenester i bydelen, oppdatert medisinoversikt og funksjonsnivå i form av IPLOS/ADL-skårer.

samhandlingsreformen var sykere enn tidligere, og at mange ikke var ferdigbehandlet når de ble utskrevet fra sykehuset. De oppga at det hendte at de stilte spørsmål ved om en pasient var utskrivningsklar, og at de gikk i dialog med sykehuset om dette.

Saksbehandlerne opplyste at dersom Bestillerenheten ikke hadde fått kartlagt godt nok, skulle hjemmetjenesten foreta kartleggingen når vedkommende kom hjem. Ifølge sykepleierne i hjemmetjenesten hadde det vært en utvikling i retning av at Bestillerenheten ga beskjed om at pasienten skulle motta “samme hjelp som før” for pasienter som var kjent av hjemmetjenesten. Bestillerenheten la til grunn at hjemmesykepleien skulle avklare om pasienten trengte mer eller mindre hjelp.

#### Kartlegging etter hjemkomst

Ifølge hjemmesykepleierne som vi intervjuet, ble dette i all hovedsak gjort av en sykepleier ved “førstegangsbesøket” etter utskrivningen. Hjemmesykepleierne mente imidlertid at det var avsatt for liten tid hos pasientene til å gjennomføre førstegangsbesøket som forutsatt.

Hjemmetjenesten hadde rutiner for mottak av bruker etter sykehusopphold hvor det sto beskrevet at det burde tilstrebes at det gikk en sykepleier til bruker ved første besøk etter utskrivelse, dersom bruker hadde hjemmesykepleie. Videre var det beskrevet at oppdatering av informasjon og beskrivelse av brukes funksjonsnivå alltid skal journalføres i fritekst av den som besøker bruker første gang etter hjemkomst.

Sykepleierne oppga at de brukte sitt kliniske blikk og foretok en sykepleiefaglig kartlegging og vurdering av pasientens hjelpebehov. Hjemmesykepleien benyttet ikke kartleggings skjema i vurderingen.

I vår gjennomgang av ti enkeltsaker undersøkte vi om hjemmetjenesten hadde journalført

forhold knyttet til pasientens hjelpebehov og/eller funksjonsnivå ved de første besøkene etter hjemkomst. I tre saker var det ikke journalført slik informasjon etter det første besøket og heller ikke i løpet av de to første dagene etter hjemkomst. I to av disse sakene hadde sykehuset en anbefaling om et høyere omsorgsnivå enn hva bydelen skrev pasienten ut til. I disse to sakene hadde Bestillerkontoret angitt at hjemmesykepleien skulle vurdere hjelpebehovet ved hjemkomst.

Bydelen startet i oktober 2014 opp et innsatsteam med fysioterapeut og ergoterapeut. Fra januar/februar 2015 skulle innsatsteamet også være bemannet med en sykepleier. Teamet skal kunne gi et tilbud til pasienten i inntil to uker. Saksbehandlerne fortalte at teamet skulle benyttes i komplekse saker for å kartlegge og vurdere i hjemmet. Dette kunne for eksempel være tilfeller med lite informasjon om pasienten fra før, tilfeller hvor pasienten hadde et lavt funksjonsnivå, og tilfeller hvor hjemmet var dårlig tilrettelagt.

#### ***Bydelens vurdering og beslutning om tjenester***

Ifølge statistikk fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde Bydel Grorud i 2014 per 2. tertial tatt imot 30 utskrivningsklare pasienter til rehabiliteringsplasser, 81 til korttidsopphold og 25 til langtidsopphold. 333 pasienter ble utskrevet til hjemmet med bistand fra hjemmesykepleien.<sup>20</sup>

Både lederen og saksbehandlerne ved Bestillerenheten oppga at den enkelte saksbehandler hadde et selvstendig ansvar for saksbehandlingen og hvem de involverte i vurderingene. Når det gjaldt vedtak om tildeling av hjemmesykepleie til utskrivningsklare pasienter, ble disse underskrevet av controller. Saksbehandlerne fortalte at de ofte konfererte med vedkommende underveis. Saksbehandlerne

<sup>20</sup> Dette innebærer at om lag 70 prosent av pasientene var blitt skrevet ut til hjemmet. Ifølge byrådsavdelingen ble ca. 60 prosent av pasientene i Oslo kommune skrevet ut til hjemmet i denne perioden.

oppgå at saksbehandlingen i slike saker tok ca. en måned fra de fikk dato for utskrivningsklar pasient, til vedtaket ble fattet.

Saksbehandlerne opplyste at vurderingene som ble gjort i sakene, ikke ble dokumentert utover hva som sto i vedtaket. De ville alltid først vurdere om pasienten kunne få tjenester i hjemmet. En pasient måtte være avhengig av døgnkontinuerlig tilsyn for å bli tildelt plass ved sykehjem. Bydelen hadde mange tjenester som var tilknyttet omsorg i hjemmet, for eksempel trygghetsalarm, hjemmesykepleie, nattvakt og omsorgsboliger. Saksbehandlerne sa at alle pasienter ble vurdert individuelt – med fokus på om pasienten kunne klare seg hjemme med tjenester fra bydelen.

Både lederen for Bestillerenheten og saksbehandlerne oppga at sykehuset i en del tilfeller anga hvilke tjenester pasienten skulle ha, selv om det var bydelens oppgave å vurdere pasientens tjenestebehov etter utskrivning. Søknadskontoret hadde erfart økende press fra pårørende som følge av dette, og at det ble brukt mye tid på slike saker. Leder for samhandlingsenheten ved Ahus ga uttrykk for at sykehuset hadde et forbedringspotensial knyttet til kommunikasjonen i enkelte tilfeller med bydel/pasient om tilbudet til pasienten etter utskrivning.

Seksjonslederen for Bestillerenheten oppga at til tross for at den økonomiske rammen betød mye, var det faglige vurderinger som var grunnlaget for beslutninger om tjenesteutmåling. Saksbehandlerne sa at det var høy terskel for å få korttidsopphold, men at pasienter som hadde behov for det, raskt fikk et slikt tilbud.

I vår gjennomgang av enkeltsaker hadde bydelen i ni av ti tilfeller ikke journalført noen vurdering av pasientens behov for tjenester fra bydelen ved utskrivning. I én av de nevnte sakene ble pasienten utskrevet etter et ti dagers sykehusopphold. Ved utskrivning ga sykehuset beskjed om at pasienten etter deres

vurdering hadde behov for døgnkontinuerlig tilsyn. Bestillerenheten ga i beskjedjournal til hjemmetjenesten informasjon om at pasienten skulle ha samme hjelp som tidligere (hjemmesykepleie), men at det måtte gis mer hjelp dersom pasienten viste seg å ha et større hjelpebehov. Først 15 dager etter utskrivning journalførte hjemmetjenesten opplysninger om pasientens hjelpebehov, da som bekymringer fra pårørende om at pasienten hadde behov for mer hjelp. Pasienten ble reinnlagt på sykehus to dager senere, og dagen etter reinnleggelsen ble korttidsplass innvilget.

Hjemmesykepleierne var ikke involvert i selve vurderingen av hvilket tjenestetilbud en pasient skulle få etter utskrivning. Sykepleierne i hjemmetjenesten oppga likevel at det hendte at de etter å ha lest PLO-meldinger, kontaktet Bestillerenheten for å gi uttrykk for at den aktuelle pasienten ikke burde utskrives til hjemmet. Bestillerenheten fastholdt imidlertid, ifølge sykepleierne, at tjenester i hjemmet skulle prøves ut, og viste til at det ofte også ville bli innvilget tilsyn om natten.

#### ***Brukermedvirkning og brukererfaringer***

Bydelen hadde utarbeidet rutiner for brukermedvirkning ved gjennomføring av tjenestetilbudet til pasientene. I henhold til rutinen for brukermedvirkning skulle tjenestemottakers behov og ønsker med hensyn til når og hvordan tjenestene skulle utøves, kartlegges og dokumenteres i pasientens elektroniske journal. For mottakere av hjemmesykepleie / praktisk bistand skulle informasjonen gå fram av arbeidslistene tjenesteyter hadde med seg i det daglige arbeidet. Bydelen hadde ikke utarbeidet skriftlige rutiner for brukermedvirkning ved Bestillerenhetens vurdering av tjenestetilbudet til pasientene.

Saksbehandlerne mente at pasientene stort sett fikk medvirket i den videre behandlingen ved at sykehuset dokumenterte pasientenes eller de pårørendes synspunkter i PLO-meldinger

til bydelen. I de tilfellene Bestillerenheten gjennomførte vurderingsbesøk på sykehuset, forhørte de seg om hvilke synspunkter pasienten hadde om videre behandlingsforløp i regi av bydelen.

I sju av de ti sakene vi har undersøkt nærmere, forelå det opplysninger om pasientens eller pårørendes vurderinger og ønsker om det framtidige omsorgstilbudet. I én av sakene, som gjaldt et lengre sykehusopphold, var pasientens ønsker og vurderinger ikke dokumentert. Det framkom imidlertid av saken at det hadde vært en løpende dialog om behandlingen med pasient/pårørende. I de to siste sakene var brukermedvirkning ikke dokumentert.

Kommunerevisjonen gjennomførte samtaler med seks personer som hadde egne erfaringer eller erfaringer som nærmeste pårørende knyttet til samhandlingen mellom Ahus eller andre sykehus og Bydel Grorud. Personene var rekruttert via eldresenteret på Kalbakken og seniorsenteret på Rødtvet.

- Den første brukeren uttalte at bydelen hadde forhørt seg om hennes ønsker når det gjaldt behandlingen, både under sykehusoppholdet og etter at vedkommende kom hjem.
- Alle vi snakket med, uttrykte at de var fornøyd med tilbudet om hjemmesykepleie i bydelen. De hadde heller ingen vesentlige ting å utsette på overflyttingen fra sykehus til hjemmet. En pekte på at hennes mann hadde blitt skrevet mye ut og inn av sykehus.

### 5.3 Faktabeskrivelse Bydel Ullern

I Bydel Ullern betegnes bestiller som *Søknadskontoret*. Hjemmetjenesten er organisert i to avdelinger, Skøyen og Ullern, med hver sin avdelingsleder.

#### ***Kartlegging av pasientens hjelpebehov***

##### Kartlegging før utskrivning

I henhold til saksbehandlingsrutiner for Søknadskontoret skulle avdelingen “sørge for at sake[r] er tilstrekkelig opplyst innen

vedtak fattes”. Det sto videre at “det betyr at all relevant informasjon skal innhentes, for eksempel legeopplysninger, pleierapport, rapport fra vurderingsbesøk mv.”. De skriftlige retningslinjene for samarbeidet mellom Diakonhjemmet og Bydel Ullern omtalte også bydelens ansvar for å få informasjon om pasientens funksjonsnivå, blant annet ved bruk av vurderingsbesøk i samarbeid med behandelende enhet ved sykehuset.

Saksbehandlerne oppga at de foretok en kartlegging fra et faglig ståsted, hvor det viktigste var å kartlegge fysisk og kognitiv funksjon hos pasienten. Saksbehandlerne oppga at de benyttet opplysninger fra sykehuset og eventuelt vurderingsbesøk i kartleggingen. Om pasienten var kjent fra før, trengte de ofte ikke å innhente mer informasjon enn opplysningene i PLO-meldingene. Kommunerevisjonen har gjennomgått ti saker der utskrivningsklare pasienter hadde fått innvilget hjemmesykepleie etter sykehusoppholdet. Vi så ett tilfelle hvor representanter fra bydelen hadde vært på sykehuset for å kartlegge pasientens behov for tjenester fra bydelen etter utskrivning. Dette var en pasient som ikke var kjent for bydelen fra før.

Dersom det gjaldt en pasient som ikke var kjent for bydelen fra før, sa saksbehandlerne at de ba sykehuset om en funksjonsbeskrivelse, enten gjennom PLO-melding til sykehuset eller per telefon. Saksbehandlerne opplevde at helseopplysningene fra sykehuset ofte ikke var tilstrekkelige til å bedømme pasientens funksjonsnivå. Leder for Søknadskontoret oppga at dette var tatt opp i samhandlingsfora med sykehuset flere ganger. Kommunerevisjonen har i møte med Diakonhjemmet sykehus fått informasjon om at sykehuset hadde igangsatt et arbeid med å utarbeide bedre funksjonsbeskrivelse i PLO-meldingene til bydelene.

I vår gjennomgang av enkeltsaker undersøkte vi om bydelen hadde mottatt oppdaterte opplysninger om medisinske forhold,

legemidler, sykepleieropplysninger med funksjonsbeskrivelse og hjelpemidler i forbindelse med utskrivning fra sykehuset. I hovedsak hadde bydelen mottatt slike opplysninger der det var aktuelt. I tre tilfeller hadde bydelen ikke mottatt funksjonsbeskrivelse av pasienten. I ett av disse tilfellene ba bydelen om utfyllende informasjon fra sykehuset. I de to siste tilfellene framgikk det av sakens dokumenter fra sykehuset at pasienten hadde samme behov som før sykehusoppholdet.

Bydelen skulle i henhold til egne rutiner og samarbeidsavtalen med Diakonhjemmet sende en innleggelsesrapport senest én virkedag etter å ha mottatt en innleggelsesmelding fra sykehuset i de tilfellene pasienten mottok helse- og omsorgstjenester fra bydelen. Diakonhjemmet ga tilbakemelding om at de som oftest hadde fått tilsendt innleggelsesrapporter fra Bydel Ullern. I vårt utvalg av enkeltsaker var det sendt én innleggelsesrapport, mens sju pasienter enten ikke hadde mottatt hjemmesykepleie tidligere fra bydelen, eller var innlagt i så kort tid at det ikke var nødvendig å sende en innleggelsesrapport. I to tilfeller skulle innleggelsesrapport vært sendt. I én av disse sakene etterlyste sykehuset pasientinformasjon fra utfører av hjemmesykepleien som var en privat leverandør.

Saksbehandlerne ved Søknadskontoret sa at de ikke alltid hadde tid til å kartlegge tilstrekkelig i alle saker. Både saksbehandlere og ledere ga uttrykk for at mange pasienter var sykere enn før ved utskrivning fra sykehus. Både ledere og ansatte ved Søknadskontoret oppga at det ofte hendte at de stilte spørsmål ved om en pasient var utskrivningsklar. De gikk i dialog med sykehuset i slike tilfeller. Saksbehandlerne fortalte at det hadde vært tilfeller hvor de måtte diskutere med sykehuset fordi pasienten, etter saksbehandlerens vurdering, heller burde blitt overført til en annen avdeling ved sykehuset, enn hjem til bydelen.

Opplysninger fra telefonkontakt med sykehuset ble sjeldent dokumentert, ifølge saksbehandlerne. Opplysningene ble i noen tilfeller dokumentert i PLO-melding til sykehuset eller i saksbehandlerjournal.

Lederen for Søknadskontoret opplyste at det ikke var tid til å gjennomføre like mange vurderingsbesøk som før, siden bydelen nå tok imot de utskrivningsklare pasientene tidligere. Bydelen hadde i 2014 ikke utarbeidet et skjema for kartlegging av hjelpebehovet til utskrivningsklare pasienter.

#### Kartlegging etter hjemkomst

Saksbehandlerne fortalte at de avtalte med bydelens innsatsteam om de kunne kartlegge pasientens hjelpebehov i etterkant av utskrivningen, dersom det var tvil om pasientens hjelpebehov i hjemmet. Dette kunne for eksempel være kartlegging av fallforebyggende tiltak. En av oppgavene til innsatsteamet var å sørge for tett oppfølging etter utskrivning fra sykehuset til hjemmet og forebygge ny innleggelse. De hadde også mulighet til å følge pasienten i daglige gjøremål. En av intensjonene med bydelens innsatsteam var at de skulle benyttes hos nylig utskrevne pasienter. Innsatsteamet besto av ergoterapeut, fysioterapeuter, sykepleier og hjelpepleier.

Sykepleierne i hjemmetjenesten påpekte at grunnlaget for å vurdere hvordan pasienten fungerer i hjemmet, var bedre når kartleggingen ble gjort i hjemmet. Ifølge sykepleierne hendte det derfor at hjemmesykepleien fikk i oppgave fra Søknadskontoret å kartlegge og vurdere pasientens hjelpebehov etter hjemkomsten. Dette var for å avklare om pasienten trengte mer eller mindre hjelp enn det vedtaket tilsa. Hjemmesykepleierne viste til at det ikke var satt av ekstra tid til førstegangsbesøket etter at pasienten var skrevet ut fra sykehuset, og at det ofte var for lite tid.

Sykepleierne sa at de brukte sitt kliniske blikk og foretok en sykepleiefaglig kartlegging og vurdering av pasientens hjelpebehov. Hjemmesykepleien benyttet ikke kartleggingskjema for å vurdere/revurdere funksjonsnivå etter at en pasient var skrevet ut fra sykehus til hjemmet. Ifølge enhetsleder var det ikke skriftlige rutiner for kartlegging av pasientene. Hjemmesykepleien hadde i et eget prosjekt som ble gjennomført ved avdeling Skøyen, benyttet et kartleggingskjema (SAFE-skjema<sup>21</sup>). Dette var et skjema for kartlegging av pasientens funksjonsnivå som skulle fylles ut av ansvarlig sykepleier innen én uke etter utskrivning fra institusjonsopphold. Ifølge enhetsleder skulle skjemaet benyttes i begge avdelingene i Ullern hjemmetjeneste i 2015.

I fem av sakene vi har sett nærmere på, var det lagt til grunn at pasientens hjelpebehov skulle kartlegges etter hjemkomst. Bydelens innsatsteam gjennomførte kartleggingen i pasientens hjem. I alle sakene hadde innsatsteamet møtt pasienten første virkedag etter utskrivning, og innsatsteamet hadde dokumentert kartleggingen av pasientens funksjonsnivå i løpet av de første besøkene.

I de fem sakene der innsatsteamet ikke var inne, hadde hjemmesykepleier ikke dokumentert noe fra besøkene de første par dagene etter hjemkomst. I fire av disse sakene var det ingen større endringer i pasientens hjelpebehov, ifølge dokumentasjon fra sykehuset. I det siste tilfellet var det endringer i pasientens hjelpebehov. Pasienten fikk i dette tilfelle hjemmesykepleie fra privat leverandør.<sup>22</sup>

### ***Bydelens vurdering og beslutning om tjenester***

Det var utarbeidet en egen prosedyre for vurdering av tjenestetilbudet. Det var videre utarbeidet en egen prosedyre for revurdering

av tjenestetilbudet. Ifølge håndbok for hjemmetjenesten hadde hjemmetjenesten ansvar for at Søknadskontoret fikk melding om alle vedtak som skulle revurderes.

Både lederen og saksbehandlerne ved Søknadskontoret oppga at den enkelte saksbehandler hadde et selvstendig ansvar for saksbehandlingen. Vedtak om tildeling av hjemmesykepleie til utskrivningsklare pasienter ble underskrevet av en spesialkonsulent. Saksbehandlerne fortalte at de ofte konfererte med spesialkonsulenten før de skrev utkast til vedtak. De oppga at vurderingene i saksbehandlingen ikke ble dokumentert utover hva som framkom av sykehusets kartlegging av funksjonsnivå og av selve vedtaket.

Saksbehandlerne oppga at de alltid tok utgangspunkt i prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå i vurderingen av hva som var tilstrekkelig hjelpebehov. Fokuset var på nødvendig helsehjelp, og saksbehandlernes vurdering knyttet seg til om det var mulig for pasienten å være hjemme, eller om pasienten for eksempel måtte på en korttidsavdeling.

Saksbehandlerne fortalte at de erfarte at sykehuset ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hvilken hjelp kommunen kunne tilby. Et problem som ble påpekt, var at pårørende kunne ha høye forventninger til omsorgsnivået som kunne tilbys av bydelen ut fra hva sykehusansatte hadde fortalt dem. Ifølge bydelen var dette tatt opp med sykehuset gjentatte ganger. I møte med representanter for Diakonhjemmet sykehus ble Kommunerevisjonen fortalt at sykehusets arbeid med forbedring av funksjonsbeskrivelsene ville bidra til å redusere problemet med at det oppfattes som at sykehuset “lover” tjenester på vegne av bydelene.

Både lederne og saksbehandlerne fortalte at saksbehandlerne foretok selvstendige vurderinger av pasientens funksjonsnivå, men at sykehusets anbefalinger om videre behandling

<sup>21</sup> Subakutt/Akutt Funksjonssvikt hos Eldre.

<sup>22</sup> Vi har i denne undersøkelsen ikke gått nærmere inn på private leverandørers journalføring, da bydelens oppfølging av avtaler med private leverandører ikke er en del av denne undersøkelsen.

etter utskrivning var en viktig del av disse vurderingene. Saksbehandlerne fortalte at det var rutine for at spesialkonsulentene måtte konfereres ved innvilgelse av korttidsplass. Vedtakene knyttet til utskrivningsklare pasienter ble gjort fortløpende, og både saksbehandlerne og lederne oppga at det var rutiner for å skrive vedtak samme dag som pasienten ble skrevet ut til hjemmet.

Ifølge statistikk fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde Bydel Ullern per 2. tertial i 2014 tatt imot 61 utskrivningsklare pasienter til rehabiliteringsplasser, 103 utskrivningsklare pasienter til korttidsopphold, 20 utskrivningsklare pasienter til langtidsopphold, og 191 pasienter ble utskrevet til hjemmet.<sup>23</sup>

Både saksbehandlerne og lederne oppga at det var faglige vurderinger og hensyn som var avgjørende for tildeling av tjenestene, ikke økonomi. Samtidig var det slik at om det var fullt på korttidsavdelingen, var terskelen høyere for å få korttidsplass. Ifølge saksbehandlerne måtte de i slike tilfeller vurdere om pasienten kunne sendes hjem, eller henvise vedkommende til andre typer plasser. I vår gjennomgang av ti enkeltsaker hadde bydelen i sju av sakene ikke dokumentert noen vurdering av pasientens hjelpebehov ved utskrivning. I tre av disse tilfellene var det ingen dokumenterte endringer i pasientens funksjonsnivå ved utskrivning etter sykehusoppholdet.

### ***Brukermedvirkning og brukererfaringer***

Saksbehandlingsrutinene for Søknadskontoret inneholdt ikke omtale av brukermedvirkning. Bydelens rutiner for revurdering av tjenestetilbud tilsa at det skulles innhentes opplysninger fra brukere eller pårørende enten per telefon eller ved hjemmebesøk.

Saksbehandlerne opplyste at om det gjaldt pasienter som var ukjente for bydelen fra før, eller større endringer i funksjonsnivå hos kjente pasienter, foretok saksbehandler ofte vurderingsbesøk på sykehuset der saksbehandler snakket med pasienten. Det hendte at saksbehandler også snakket med pårørende. Det hendte likevel at saksbehandlerne i slike tilfeller vurderte det som tilstrekkelig med telefonkontakt med sykehuset. I noen tilfeller var derfor Søknadskontoret ikke i kontakt med pasienten før vedkommende ble utskrevet og vedtak fattet.

En utfordring som ble påpekt av sykepleierne, var at de ansatte på sykehuset ikke alltid var enige, og det ble vist til eksempler på at sykepleiere ved sykehuset kunne gi ulike og motstridende opplysninger om samme pasient. I slike tilfeller tilstrebet saksbehandlerne selv å snakke med pasienten på sykehuset.

I fire av de ti sakene vi har sett nærmere på, forelå det opplysninger om pasientens eller pårørendes vurderinger og ønsker om det framtidige omsorgstilbudet. I seks saker var brukermedvirkning ikke dokumentert. I fire saker der det var fattet et vedtak i forbindelse med utskrivning fra sykehus, var brukermedvirkning ikke dokumentert. I to av disse sakene hadde ikke pasientene vedtak om hjemmesykepleie fra før.

Kommunerevisjonen gjennomførte samtaler med sju personer som hadde egne erfaringer eller erfaringer som nærmeste pårørende knyttet til samhandlingen mellom Diakonhjemmet og Bydel Ullern. Personene var rekruttert via Smestad og Skøyen seniorsenter og Ullern seniorsenter.

- Fem personer var positive til, eller hadde ikke innvendinger mot, bydelens informasjon under sykehusinnleggelsen om bydelens tilbud.
- Én person hadde fått hjemmesykepleie til sårstell i en kortere periode etter sykehusoppholdet. Hun kunne ikke huske

---

<sup>23</sup> Dette innebærer at litt i overkant av 50 prosent av pasientene var blitt skrevet ut til hjemmet.

å ha hørt noe fra Bydel Ullern da hun var på sykehuset, og det ble heller ikke på sykehuset etterlyst noe ønsker fra henne om den videre behandlingen. Personen viste til at hun da hun kom hjem hadde store problemer med å bevege seg, at hun ikke hadde tilgjengelige pårørende, og slik sett hadde ønsket mer hjelp fra bydelen. Hun hadde ikke hatt kontakt med bydelen før utskrivning og ble heller ikke møtt av noen fra bydelen ved hjemkomst.

- En person hadde fått vedtak om korttidsopphold på sykehjem og deretter vedtak om hjemmesykepleie. Hun sa at bydelen ikke hadde vært i kontakt med henne før vedtaket om hjemmesykepleie. Vedtaket var tidsbegrenset, og hun hadde ikke fått informasjon av bydelen om det var aktuelt med videre behandling.

#### 5.4 Kommunerevisjonens vurderinger

Undersøkelsen tyder på at begge bydelene i hovedsak hadde rutiner og praksis som tilrettela for at det ble innhentet og mottatt opplysninger som var viktige i bydelens kartlegging av pasientene. Bydelene benyttet i en del tilfeller vurderingsbesøk på sykehuset for pasienter som ikke var kjent for bydelen fra før, og for kjente pasienter som hadde vesentlige endringer i funksjonsnivået. Undersøkelsen viste at bydelene i flere tilfeller hadde kort tid til kartleggingen før pasienten ble skrevet ut fra sykehuset. Kommunerevisjonen merker seg at mangelfulle funksjonsbeskrivelser fra sykehuset kunne skape utfordringer i bydelens kartlegging av pasienter.

I en del tilfeller var det lagt til grunn at pasienten skulle kartlegges etter utskrivning. Undersøkelsen tyder på at det i Bydel Grorud kunne være avsatt for liten tid til hjemmesykepleiens hjemmebesøk etter utskrivning, og det at et kartleggings skjema ikke ble benyttet, skapte risiko for manglende eller mangelfull kartlegging av hjelpebehovet, og at tjenestetilbudet ikke ble utformet i samsvar med faktisk hjelpebehov. Vår gjennomgang av

ti enkeltsaker viste at hjemmetjenesten i Bydel Grorud ikke synes å ha kartlagt pasienten som forutsatt etter utskrivning i to av sakene. Den begrensede tiden til kartlegging før utskrivning innebar en risiko for at beslutningsgrunnlaget knyttet til pasientens behov for tjenester fra bydelene i enkelte saker ikke var tilstrekkelig. Bydel Grorud syntes å ha en relativt sett høy terskel for å tilby et mer omfattende tjenestetilbud enn hjemmetjenester, og bydelen hadde i storparten av 2014 ikke etablert et innsatsteam. Samlet sett medførte de påpekte forholdene en risiko for at pasienter i Bydel Grorud ved utskrivning fra sykehuset ikke ble tildelt et tjenestetilbud i tråd med sine behov. Det kan gi økt risiko for reinleggelse på sykehus i tillegg til negative helsemessige følger for pasienten.

I de sakene vi undersøkte nærmere i Bydel Ullern hvor kartlegging etter hjemkomst var aktuelt, var det dokumentert at bydelens innsatsteam hadde foretatt kartlegging.

Bydelene hadde i hovedsak ikke dokumentert vurderingen av behovet for tjenestetilbudet som skulle gis etter utskrivning. Dette er særlig viktig i tilfeller som vi så i Bydel Grorud, der bydelens avgjørelse var i strid med sykehusets vurdering eller ønskene til pasienter og pårørende. Dokumentasjon er viktig for etterprøvbarhet og likebehandling i saksbehandlingen.

Undersøkelsen viste at det i begge bydelene var en risiko for at enkelte pasienter ikke ble gitt anledning til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet etter utskrivningen. Bydelene hadde ikke utarbeidet egne rutiner for brukermedvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet, og var avhengige av at sykehuset dokumenterte pasientens ønsker og synspunkter dersom bydelen ikke foretok vurderingsbesøk ved sykehuset.

## 6. Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter

Ved utskrivning fra sykehus til hjemmetjenester er det viktig at de ansatte i hjemmetjenesten har tilgang til nødvendig informasjon av betydning for tjenesteytelsen til den enkelte pasient. Vi har undersøkt Bydel Groruds og Bydel Ullerns rutiner og praksis knyttet til om hjemmetjenesten hadde nødvendig informasjon om pasientene ved utskrivning.

### 6.1 Revisjonskriterier

- Ansatte i bydelens hjemmetjeneste skal ha tilgang til nødvendig og oppdatert informasjon av betydning for tjenesteytingen til den enkelte pasient.

Vi har i denne sammenheng undersøkt hvilken informasjon av betydning for tjenestetilbudet hjemmetjenesten hadde om utskrevne pasienter, og informasjonsutvekslingen mellom hjemmetjenesten og ulike aktører som Bestillerenheten/Søknadskontoret og sykehuset.

### 6.2 Faktabeskrivelse Bydel Grorud

#### *Nødvendig og oppdatert informasjon*

Hjemmetjenesten i Bydel Grorud hadde utarbeidet en egen prosedyre for ivaretagelse av pasienten ved inn- og utskrivelse av sykehus. Rutinen tilsa blant annet at pasientdokumentasjon som var blitt sendt med pasienten fra sykehuset, skulle innhentes og tas med til kontoret.

Bestillerenheten skulle i henhold til prosedyren for utskrivning fra sykehus sende et varsel i form av beskjedjournal i Gericca til hjemmetjenesten, eventuelt skulle hjemmetjenesten også informeres per telefon. Dersom hjemmetjenesten hadde ansvar for medisiner hos pasienten, og det var endringer i medisineringen, skulle sykehuset informeres av Bestillerenheten om at det måtte ta direkte kontakt med hjemmetjenesten om dette.

Det var også utarbeidet en rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehusene når Bestillerenheten ikke var på jobb. Blant annet skulle telefonen til Bestillerenheten overføres hjemmesykepleien når ansatte på Bestillerenheten ikke var på jobb. Det var utarbeidet en egen rutine for PLO-meldinger hvor det framkom at hjemmesykepleien ved avdelingsledere, sykepleiere mv. hadde ansvar for å lese PLO-meldinger daglig kl. 09.00, 13.00 og 14.20.

Sykepleierne oppga at hjemmesykepleien fikk utskrivningsrapporten elektronisk som PLO-melding fra sykehuset. Sykepleierne som var på hjemmetjenestens kontor på dagtid, leste den elektroniske utskrivningsrapporten, men det ble, ifølge sykepleierne, ikke gitt muntlige rapporter fra denne ved vaktskifter. Det var ikke avsatt tid for sykepleierne til å lese eventuelle PLO-meldinger før man reiste ut til pasientene. Sykepleierne oppga at de ofte ikke hadde utfyllende informasjon om pasienten før de ved første hjemmebesøk hadde tilgang til epikrisen som sykehuset sendte med pasienten. For pasienter som kom hjem i løpet av kveldsvakten, var det, ifølge sykepleierne, nærmest alltid slik at alt de hadde av informasjon, var epikrisen som fulgte med pasienten fra sykehuset.

Saksbehandlerne ved Bestillerenheten oppga at de som regel beskrev hvilken hjelp pasienten skulle motta fra hjemmetjenesten, og antall daglige besøk i beskjed til hjemmetjenesten via beskjedjournalen i Gericca. Fra vurderingsbesøkene ble det skrevet en saksbehandlerjournal som lå i Gericca, og som hjemmetjenesten dermed hadde tilgang til.

På undersøkelsestidspunktet i november 2014 hadde hjemmetjenesten kun et lite antall håndholdte terminaler som var i drift, slik at de

fleste ikke hadde tilgang til pasientjournalen i Gerica hjemme hos pasienten. Én av de tre avdelingene i hjemmetjenesten hadde startet med å ta i bruk smarttelefoner som ga tilgang til pasientjournalen. Smarttelefonene ga imidlertid ikke tilgang til de elektroniske PLO-meldingene mellom bydelen og sykehuset.

Sykepleierne som var på kontoret, leste alle PLO-meldingene knyttet til pasientene på sin gruppe. Sykepleierne sa at det var rutine for at de sjekket PLO-meldinger når de var innom kontoret om morgenen, ved 12-tiden (før den muntlige midtrapporteringen) og på ettermiddagen. De som var på kontoret, kontaktet sykepleierne som var ute hos pasientene, på telefon dersom de mottok informasjon om endringer eller annet som hastet. Ellers ble det gitt muntlig rapport ved vaktskifter og midt på dagen. Det ble ved disse tidspunktene gitt rapport om eventuelle endringer i pasientens hjelpebehov. Avdelingslederne fortalte at de leste journalene hver dag, og at endringer i situasjonen hos brukerne ble tatt opp i fellesskap i dagvaktens muntlige midtrapport.

Ahus kunne nå bydelen på samme telefonnummer hele døgnet. Telefonen gikk til Bestillerkontoret på dagtid og ble overført til hjemmetjenesten når Bestillerenheten ikke var bemannet. På kvelden var det en sykepleier i hjemmetjenesten som hadde ansvar for å besvare telefonen. Ifølge avdelingslederne kunne derfor pasienter også mottas av hjemmetjenesten om kvelden og i helgene, og hjemmetjenesten kommuniserte da direkte med sykehuset om utskrivelsen. På dagtid ga Bestillerkontoret beskjed per telefon og i beskjedjournal om tjenestetilbud og tidspunktet for når nye pasienter kom hjem. Når det var snakk om veldig dårlige pasienter, tok sykehuset direkte kontakt med hjemmetjenesten. Ifølge seksjonsleder i hjemmetjenesten var det noen ganger utfordringer knyttet til at sykehuset endret hjemreisetidspunktet, eller at det var

forsinkelser på grunn av transport, uten at hjemmetjenesten fikk beskjed om det.

Et gjentakende problem som både ledere og sykepleiere pekte på, var at sykehuset glemte å sende med medisiner eller lovet pasientene at hjemmesykepleien skulle hente medisiner på apoteket samme kveld som pasienten var utskrevet. Bydelen hadde imidlertid ikke kapasitet til å hente ut medisiner etter apotekets stengtids. Dette var tatt opp med Ahus, og sykepleierne opplevde nå at pasientene fikk med seg nødvendige medisiner for utskrivningsdagen og påfølgende dag. Det ble også vist til tilfeller hvor pasienten ikke hadde fått med seg resept på medisiner fra sykehuset og heller ikke fastlegen hadde kunnet skrive ut medisiner fordi vedkommende ikke hadde mottatt epikrisen fra sykehuset. Lederen av samhandlingsenheten ved Ahus bekreftet at sykehuset hadde mottatt flere avvik knyttet til mangelfull medisinliste ved utskrivning. Lederen ga tilbakemelding om at Ahus hadde iverksatt flere tiltak for å bli bedre på å oppdatere medisinlister, blant annet e-resept og elektronisk utskrivningsrapport med oppdatert medisinliste.

### ***Gjennomgang av enkeltsaker***

Kommunerevisjonen har gjennomgått ti saker der utskrivningsklare pasienter hadde fått innvilget hjemmesykepleie etter sykehusoppholdet. I gjennomgangen har vi undersøkt informasjonsutvekslingen mellom Bestillerenheten og hjemmetjenesten og mellom sykehus og hjemmetjenesten. Vi har ikke tatt stilling til om informasjonen som foreligger, er tilstrekkelig ut fra en helsefaglig vurdering.

I ni av de ti undersøkte sakene hadde Bestillerenheten i beskjedjournal til hjemmetjenesten angitt hva som skulle gis av hjelp etter sykehusoppholdet. I den tiende saken var det en tett kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og sykehuset om pasientbehandlingen. I en del tilfeller var beskjeden “samme hjelp som før”, i andre tilfeller var det angitt konkret hva pasienten

skulle motta av hjemmesykepleie. I noen tilfeller fikk også hjemmetjenesten beskjed om å vurdere hjelpebehovet.

I én av de undersøkte sakene var det en kommunikasjonssvikt mellom sykehuset og bydelen om hjemreisetidspunktet til en pasient. Pasienten ble ved hjemkomst ikke møtt som forutsatt av hjemmetjenesten. Dette medførte at pasienten sto ute og ventet i kaldt vær.

I en annen sak journalførte hjemmesykepleier ved det første besøket etter pasientens hjemkomst at hun ikke hadde fått informasjon på forhånd om at pasienten hadde vært på sykehus. Pasienten hadde vært 14 dager på sykehus. Bestillerenheten hadde i meldingsutvekslingen med sykehuset ved utskrivningen gitt beskjed om at bydelen ville vurdere behovet for opptrapping av hjelpetilbudet til pasienten etter hjemkomst. I beskjeden fra Bestillerenheten til hjemmetjenesten var det opplyst at pasienten skulle ha samme hjelp som før. En vurdering av opptrapping av hjelpetilbudet var ikke nevnt.

### **6.3 Faktabeskrivelse Bydel Ullern**

#### ***Nødvendig og oppdatert informasjon***

Hjemmetjenesten hadde ikke egne skriftlige rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter. I henhold til hjemmetjenestens rutine for samarbeid med Diakonhjemmet sykehus skulle all meldingsutveksling mellom bydel og sykehus vedrørende innlagte brukere foregå via PLO-meldinger. Avdelingslederne hadde ansvar for å lese PLO-meldinger daglig kl. 09.00, 12.00 og 14.20.

Det var etablert rapporteringsrutiner knyttet til de ulike vaktene i hjemmetjenesten. Rutinene tilsa at det skulle avgis muntlig rapport mellom vaktskiftene, samt en muntlig mellomrapport fra dagvaktene til ansvarshavende sykepleier etter lunsj. Det var presisert at morgenvaktene skulle gå igjennom journalene fra siste døgn, og ved alle rapportene skulle det blant annet gis

informasjon om endringer i brukers hjelpebehov. Det var ellers en løpende kommunikasjon om enkeltpasienter mellom hjemmetjenesten og den enkelte saksbehandler ved Søknadskontoret, ifølge en avdelingsleder i hjemmetjenesten. Kommunikasjonen skjedde gjennom journal, telefon, e-post eller kontakt på huset. Ifølge ledere og sykepleiere i hjemmetjenesten som vi intervjuet, hadde de ikke tilgang til pasientens epikrise fra sykehuset før de var hjemme hos pasienten. De hadde ofte ikke informasjon om hjelpebehov før de besøkte pasienten og leste epikrisen. Diakonhjemmet utarbeidet ikke utskrivningsrapporter og sendte ikke epikrisene elektronisk. Som nevnt i forrige kapittel viste hjemmesykepleierne til at det ikke var satt av tilstrekkelig tid til førstegangsbesøket etter at pasienten var skrevet ut fra sykehuset.

En utfordring, ifølge sykepleierne, var at ikke alle pasientene visste/husket om de hadde fått med seg epikrisen, eller hvor de oppbevarte denne. Sykepleierne hadde smarttelefoner med tilgang til pasientens journal i Geric, men telefonen ga ikke tilgang til de elektroniske PLO-meldingene mellom bydel og sykehus.

Både ledere og sykepleiere oppga at PLO-meldinger ble lest og fulgt opp fortløpende gjennom dagen. De som var inne på kontoret, kontaktet sykepleierne på telefon dersom de mottok informasjon om utskrivning av pasienter eller annet som hastet. Ellers ble det gitt muntlig informasjon i de ulike rapportene, hvor man skulle informere om eventuelle endringer i pasientens hjelpebehov. Det var muntlige rapporter ved vaktskiftene og en muntlig mellomrapport for dagvaktene.

Ifølge hjemmesykepleierne hadde hver avdeling en ansvarstelefon som avdelingslederen hadde ansvaret for på dagtid, mens det alltid var en sykepleier som var ansvarlig for den på kvelden og natten. Diakonhjemmet ringte blant annet på denne telefonen og varslet når pasienten reiste hjem. Det hadde hendt at sykehuset tok direkte kontakt med hjemmesykepleien i forkant

av utskrivningen. Dette skjedde spesielt ved utskrivelse på kveld og i helger for å forsikre seg om at hjemmetjenesten var klar over pasientens utskrivelse, eventuelt om de hadde anledning til å møte brukeren i hjemmet.

Både ledere og sykepleiere ved hjemmetjenesten opplevde at det var problemer med å få tilstrekkelig informasjon om pasienten fra sykehuset. Sykepleierne sa at de stadig opplevde at Diakonhjemmet ikke hadde sendt nødvendige papirer, medisiner eller resepter. Særlig på kveldstid var det utfordrende å framskaffe resepter, og om det gjaldt viktige medisiner, måtte sykepleierne selv ta kontakt med legevakten. Det var også et problem, ifølge sykepleierne, at det ofte ikke forelå en oppdatert medisinersikt. Det medførte at sykepleierne måtte bruke tid på å kontakte fastlegen eller sykehuset.

I møte med Diakonhjemmet sykehus ble Kommunerevisjonen fortalt at mange epikriser skrives av turnusleger / underordnede leger. Disse måtte godkjennes ved at en overlege signerer. I de tilfellene en overlege ikke hadde signert en epikrise før pasienten ble sendt hjem, ble epikrisen stemplet "ikke godkjent". Diakonhjemmet opplyste at de arbeidet med å få til en separat godkjent medisinsliste.

Sykepleierne ga uttrykk for at nye pasienter, hvor hjemkomst i helgen ikke var planlagt, og tilfeller hvor det ikke var lagt inn arbeidsoppgaver hos den enkelte pasient i arbeidslisten, skapte særlige utfordringer. Ifølge sykepleierne var det ikke satt av ekstra tid til førstegangsbesøket etter at pasienten var skrevet ut fra sykehuset, og det var ofte for lite tid til besøket.

### **Gjennomgang av enkeltsaker**

Kommunerevisjonen har gjennomgått ti saker der utskrivningsklare pasienter hadde fått innvilget hjemmesykepleie etter sykehusoppholdet. I gjennomgangen har vi undersøkt informasjonsutvekslingen mellom

Søknadskontoret og hjemmetjenesten og mellom sykehus og hjemmetjenesten. Vi har ikke tatt stilling til om informasjonen som foreligger, er tilstrekkelig ut fra en helsefaglig vurdering.

I åtte av sakene hadde Søknadskontoret i beskjedjournal til hjemmetjenesten eller bydelens innsatsteam angitt hva som skulle gis av hjelp etter sykehusoppholdet. I de to andre sakene synes det ut fra annen dokumentasjon som at hjemmesykepleien var orientert om utskrivning fra sykehus, og at pasienten ikke hadde et endret hjelpebehov.

## **6.4 Kommunerevisjonens vurderinger**

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde hjemmetjenesten i begge bydelene rutiner og praksis for at hjemmetjenesten *sentralt* kunne holde seg oppdatert om ny pasientinformasjon. Hjemmetjenestene hadde tilgang til pasientinformasjon via journalsystemet Geric og de elektroniske meldingene mellom sykehuset og bydelen. Hjemmetjenesten i Bydel Ullern hadde ikke tilgang til en elektronisk utskrivningsrapport da Diakonhjemmet ikke utarbeidet slike rapporter. Det manglet også ofte en oppdatert, godkjent medisinersikt fra Diakonhjemmet.

I begge bydelene tyder undersøkelsen på at hjemmesykepleierne ved første gangs besøk hos utskrevne pasienter som hovedregel ikke hadde vesentlig, oppdatert pasientinformasjon. Sykepleierne var avhengig av at de fant eventuelle epikriser som var sendt med pasienten fra sykehuset, og at de ellers per telefon mottok viktig informasjon fra kontoret. Ingen av bydelene hadde avsatt ekstra tid til gjennomføringen av besøket. Det at hjemmesykepleierne ikke alltid hadde god nok tilgang til viktig pasientinformasjon som for eksempel informasjon om pasientens funksjonsnivå og medisiner, kan redusere kvaliteten på behandlingen og i verste fall føre til at pasienter mottar utilstrekkelig helsehjelp.

Bydel Grorud hadde et forbedringspotensial ved de tekniske løsningene for kommunikasjon til sykepleierne og ved rapporteringen i forkant av besøket. Bydel Ullern hadde ikke skriftlige

rutiner for mottaket av pasienter utskrevet fra sykehus, herunder gjennomføringen av førstegangsbesøket hos disse pasientene.

## 7. Avviksbehandling

I det følgende skal vi se på bydelenes rutiner og praksis for behandling av avvik knyttet til samhandlingen mellom bydel og sykehus. Vi har konsentrert oss om avviksbehandlingen mellom de to undersøkte bydelene og de respektive lokalsykehusene Ahus og Diakonhjemmet. Avviksbehandlingen mellom bydelene og andre sykehus er ikke undersøkt.

### 7.1 Revisjonskriterier

- Bydelen bør ha rutiner for behandling av avvik knyttet til samhandlingen mellom bydel og sykehus, herunder rutiner for behandling av avvik knyttet til mangelfulle eller manglende opplysninger om pasienter som har behov for hjelp og oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet. Rutinene bør være skriftlige.

### 7.2 Faktabeskrivelse Bydel Grorud

#### *Skriftlige rutiner*

Bydelen hadde utarbeidet en skriftlig rutine der formålet var å sikre at avvik i samhandlingen mellom Ahus og Bydel Groruds tjenestesteder ble dokumentert og meldt til riktig instans. Rutinen beskrev at avvik som gjaldt forhold ved Ahus, skulle meldes til nærmeste leder i bydelen. I samråd med lederen skulle det fylles ut et avviksskjema som lå i Gericca. Skjemaset skulle sendes til Avdeling for samhandling på Ahus.

De skriftlige retningslinjene for samarbeidet mellom Ahus og Bydel Grorud inneholdt ikke bestemmelser om avvikshåndtering.<sup>24</sup>

#### *Praksis*

Lederen for Bestillerenheten fortalte at avviksordningen knyttet til pasientforløp mellom bydelen og Ahus ikke fungerte i praksis.

Lederen hadde ikke fått inn noen avvik etter at han ble ansatt som leder i mars 2014. Han fortalte at saksbehandlerne tok opp avvikene fortløpende per telefon til sykehuset. En av saksbehandlerne på Bestillerenheten sa at hun hadde sendt mange avviksmeldinger i starten av samhandlingsreformen, men fikk da standardsvar fra sykehuset om at avvikene var sendt til en avdeling på sykehuset og blitt lukket. Saksbehandlerne sa at det ville blitt mye arbeid om de skulle skrive avvik løpende. De tok i stedet kontakt direkte med lederen for den aktuelle avdelingen på sykehuset eller med samhandlingsenheten. De fikk ikke svar på skriftlige avviksmeldinger til sykehuset.

Seksjonsleder for hjemmetjenesten fortalte at det ble sendt avviksmelding til Ahus ved mangler. Avhengig av alvorlighetsgrad var enhetslederen involvert i avviksmeldingen. Aktuelle avviksmeldinger i Kvalitetslosen ble ikke videresendt til Ahus. Både avdelingsledere og sykepleiere bekreftet at det var blitt sendt avviksmelding, men at dette skjedde i varierende grad. Seksjonslederen fortalte at to av de tre avdelingene i bydelen oftere sendte slike meldinger enn den tredje avdelingen. Seksjonslederen opplevde at bydelen ikke fikk tilbakemelding fra Ahus før lenge etter at en avviksmelding var sendt. Det var ifølge seksjonslederen mer virkningsfullt å ta avviket direkte opp med ansvarlig avdeling hos Ahus. Det beste var om man sendte skriftlig melding i tillegg. Det ble ikke alltid gjort, og ifølge seksjonsleder var det underrapportering av avvik.

Ifølge lederen for samhandlingsenheten ved Ahus fungerte avvikssystemet mellom bydelen og sykehuset ikke etter hensikten når det gjaldt å støtte opp om forbedringsarbeidet.

Det var etablert møtefora mellom bydelen/kommunen og Ahus på ulike nivåer, blant annet direktørmøter i sykehusets sektor og møter i

<sup>24</sup> Retningslinjer for helhetlige pasientforløp. Godkjent i direktørmøte mellom Akershus universitetssykehus HF og bydelene Alna, Grorud og Stovner, Sykehjemsetaten og Velferdsetaten i Oslo, 07.05.2012.

pasientforløpsforum somatikk mellom Ahus og representanter fra bydelene Grorud, Alna og Stovner. I de faste møtene mellom bydelen og Ahus ble det ved noen tilfeller i 2014 tatt opp utfordringer i pasientsamarbeidet mellom bydelen og sykehuset. I ett av direktørmøtene ble det tatt opp at Ahus måtte stramme opp egen praksis vedrørende kommunikasjonen ved utskrivning av pasienter. Sykehuset måtte være tydeligere på beskrivelser av pasientens funksjonsnivå og ikke love bestemte tilbud på bydelens vegne. I et annet møte ble det orientert om arbeidet med å etablere en ordning for overvåking av retningslinjene for pasientforløpene. Ordningen skulle bidra til at Ahus og bydelene sikret gode forløp ved inn- og utskrivning av pasienter.

### 7.3 Faktabeskrivelse Bydel Ullern

#### *Skriftlige rutiner*

Bydelens søknadskontor hadde ikke utarbeidet egne skriftlige rutiner for behandling av avvik i tilknytning til samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

I håndbok for hjemmetjenesten var det beskrevet rutiner for avviksbehandling vedrørende samarbeid med Diakonhjemmet sykehus. Det sto beskrevet at avvik som oppsto eller ble oppdaget etter aktiv PLO-melding, skulle meldes per telefon til sengeposten som brukeren var innlagt på ved utskrivelse. Det sto videre at avvik knyttet til sykehusets praksis skulle meldes til sykehusets postmottak. I denne rutinebeskrivelsen var det ikke omtalt at avviket skulle registreres i bydelens kvalitetssystem Kvalitetslosen.

De skriftlige retningslinjene for samarbeidet mellom Diakonhjemmet og Bydel Ullern inneholdt ikke bestemmelser om avviksbehandling.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Samarbeidsavtale om helhetlige pasientløp, Diakonhjemmet sektor somatisk helse mellom bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker og Diakonhjemmet sykehus, 12.11.12.

#### *Praksis*

Lederen for Søknadskontoret sa at de tidligere sendte e-post med avvik til sykehusets postmottak, men at de nå sendte færre slike meldinger. Lederen fikk få tilbakemeldinger fra saksbehandlerne om manglende/feilaktige opplysninger fra sykehuset. Diakonhjemmet bekreftet at det hendte at Bydel Ullern sendte avvik. Ofte dreide avvikene seg om mangelfulle oversikter over medisiner.

Lederne for hjemmetjenesten fortalte at de ikke fikk tilbakemelding fra sykehuset på meldte avvik. Enhetslederen opplevde at det av og til kunne være vanskelig å vite om avvik vedrørende manglende informasjon skulle gå til Søknadskontoret eller til sykehuset. Avdelingslederne sa at deres inntrykk var at det ble meldt lite avvik, og at det hadde vært ønskelig om sykehusene og kommunene benyttet samme avvikssystem.

Ingen av sykepleierne Kommunerevisjonen intervjuet, hadde meldt avvik knyttet til manglende opplysninger om pasienter som hadde behov for hjelp og oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet. De oppga at de i slike tilfeller ringte sykehuset direkte og fikk ordnet opp i problemet. Tidligere har vi sett at ansatte i hjemmetjenesten hadde opplevd at Diakonhjemmet ikke hadde sendt nødvendige papirer, medisiner eller resepter.

Lederne for hjemmetjenesten oppga at avvik skulle meldes i bydelens kvalitetssystem Kvalitetslosen, i tillegg til at det skulle sendes en e-post til sykehuset. De sykepleierne vi intervjuet, oppga at de ikke hadde vurdert å benytte Kvalitetslosen til å melde avvik ved mangler i informasjonen fra sykehuset.

Det var etablert møtefora mellom bydelen/kommunen og Diakonhjemmet på ulike nivåer, blant annet direktørmøter i Diakonhjemmet sektor og samarbeidsmøter mellom Diakonhjemmet og søknadskontorene i

bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern. I de faste møtene mellom bydelen og Diakonhjemmet ble det i noen tilfeller i 2014 tatt opp utfordringer i samarbeidet mellom bydelen og sykehuset. I ett møte ble det blant annet tatt opp at sykehuset ikke alltid sendte endringsmeldinger som forutsatt når sykehuset endret tidspunktet for utskrivning av pasienter, og at det var et problem at sykehuset ofte ga føringer for hvilket tilbud pasientene skulle få etter utskrivning. Det ble også i møtet meldt at det ofte var mangelfulle medisinalister fra sykehuset ved utskrivning.<sup>26</sup> Senere møtereferater viste at det ble arbeidet med tiltak for å bedre disse forholdene.

#### **7.4 Kommunerevisjonens vurderinger**

Begge bydelene hadde etablert egne skriftlige rutiner for melding av avvik mellom hjemmetjenesten og lokalsykehuset. Det var videre utarbeidet skriftlige rutiner for melding av avvik mellom Bestillerenheten i Bydel

Grorud og Ahus. I Bydel Ullern manglet skriftlige rutiner for melding av avvik til sykehuset fra Bestillerenheten.

Undersøkelsen tyder på at det i begge bydelene var mangelfull skriftlig rapportering og oppfølging av avvik mellom bydel og sykehus. Praksisen medførte, etter Kommunerevisjonens vurdering, en risiko for at bydelene ikke hadde et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser i samhandlingen med sykehuset. Kommunerevisjonen merker seg at våre informanter oppgir at problemer som mangelfull informasjon fra sykehusene i den enkelte sak ble løst gjennom direkte muntlig kontakt mellom bydel og sykehus.

Kommunerevisjonen så for øvrig at det var etablert møtearenaer på flere nivåer mellom bydelene og lokalsykehusene der systemfeil eller ofte forekommende feil i noen tilfeller var blitt tatt opp, og at tiltak var blitt iverksatt.

---

<sup>26</sup> Begge sakene ble tatt opp i samarbeidsmøte i Diakonhjemmet sektor, 14.02.2014.

## 8. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

I denne undersøkelsen har Kommunerevisjonen sett på enkelte vesentlige aspekter ved samhandlingsreformen. Viktige temaer har vært samhandlingen mellom sykehusene og bydelene ved utskrivning av pasienter, status vedrørende reinnleggelse av pasienter til sykehusene, status vedrørende økonomiske konsekvenser av reformen og pasienters erfaringer med samhandlingen mellom kommunen/bydelene og sykehusene.

### 8.1 Konklusjoner

#### *Samhandlingsreformen – økonomiske virkemidler*

Kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra første dag var økonomiske virkemidler som ble iverksatt ved innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Ordningen med kommunal medfinansiering ble avvirket fra og med 01.01.2015.

En konsekvens av ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra første dag var at kommunen tok imot pasienter raskere. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter utskrivningsmelding, såkalte overliggerdøgn, var i 2011 på 4,82 døgn. I 2012 var den nede i 0,27 døgn, mens den per 2. tertial 2014 var på 0,34 døgn. Det har vært relativt stor variasjon i gjennomsnittlig liggetid etter sykehusets melding om utskrivningsklar pasient bydelene imellom. Bydel Frogner hadde en gjennomsnittlig liggetid etter slik melding på 1,6 døgn per 2. tertial 2014, Bydel Stovner hadde 0,8 døgn, Bydel Alna 0,65 døgn og Bydel Ullern 0,5 døgn. De resterende bydelene hadde i gjennomsnitt 0,12 liggedøgn etter at pasienten var meldt utskrivningsklar.

Totalt hadde bydelene i perioden 2012–2014 utgifter på ca. 39 mill. kroner til betaling for overliggerdøgn. Bydelenes samlede utgifter økte betydelig på dette området fra 2012 til

2014, med om lag 48 prosent det første året og 34 prosent det andre. Kommunerevisjonen har ikke nøyaktige tall for bydelenes betaling for utskrivningsklare pasienter før 2012. Et internt notat fra byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester skisserte at bydelenes utgifter til dette i 2011 lå på i overkant av 6 mill. kroner. Det var store forskjeller i bydelenes utgifter for overliggerdøgn. Fem bydeler betalte i 2014 under 100 000 kroner for overliggerdøgn. Bydel Frogner og Bydel Stovner betalte i 2014 henholdsvis 7,1 mill. kroner og 2,8 mill. kroner for overliggerdøgn. Utgiftene per overliggerdøgn har i perioden vært betydelig høyere enn de estimerte døgnprisene for tjenester fra kommunen, så som hjemmesykepleie eller korttids plass.

#### *Utteksling av pasientinformasjon mellom sykehusene og bydelene*

Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Akershus universitetssykehus (Ahus) hadde tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling før 2014. Oslo universitetssykehus tok i bruk elektroniske meldinger i oktober 2014. Før elektronisk meldingsutveksling ble tatt i bruk, foregikk utveksling av pasientinformasjon mellom sykehus, fastlege, bydel, sykehjem og andre på papir, telefon og faks.

Flere bydeler viste i årsberetningene for 2013 og 2014 til at innføringen av elektronisk meldingsutveksling mellom sykehusene og bydelene hadde forbedret informasjonsutvekslingen om pasientene. Ansatte i Bydel Grorud og Bydel Ullern viste til at det var en utfordring at ikke alle sykehusene hadde tatt i bruk elektronisk utskrivningsrapport. Det ble også vist til utfordringer ved kvaliteten på sykehusets funksjonsbeskrivelse av pasientene som var viktig informasjon for bydelens vurdering av pasientens tjenestetilbud etter utskrivning.

**Reinnleggelse av pasienter**

Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk tyder på at andelen reinnleggelser for pasienter som ble skrevet ut til helsehjelp i kommunen, økte fra 2010 til 2012, og fra 2012 til 2014. Pasienter fra Oslo kommune syntes å ha en høyere sannsynlighet for reinnleggelse enn pasienter fra de fleste andre kommunene i Helse Sør-Øst. Ifølge samhandlingsstatistikken var Helse Sør-Øst den helseregionen som hadde den høyeste andelen reinnleggelser av pasienter som var skrevet ut for videre oppfølging i kommunene.

Helsedirektoratet trakk fram tre mulige forklaringer til økningen i reinnleggelser:

- Reduksjonen i liggetid ved sykehusene har medført at pasientene som skrives ut til kommunene, er sykere enn før. Flere har dermed behov for en reinnleggelse.
- Pasientene må reinnlegges fordi kommunens behandlingstilbud ikke er faglig godt nok.
- Pasientene får en tettere oppfølging fra sykehjem eller hjemmesykepleie som resulterte i en vurdering av at pasientene er så syke at en reinnleggelse er nødvendig.

Byrådsavdelingen viste til at en høy reinnleggingsrate ikke nødvendigvis indikerte en forverring av tjenestekvaliteten.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde inngått et samarbeid med Helse Sør-Øst RHF for å få mer detaljert statistikk om reinnleggelser som kunne benyttes som styringsinformasjon for Oslo kommune. Byrådsavdelingen oppga at arbeidet per april 2015 ikke var sluttført. Kommunerevisjonen har derfor basert seg på statistikken fra Helsedirektoratet. Parallelt med at denne rapporten fra Kommunerevisjonen var sendt byråden for helse og sosiale tjenester og de to bydelene til uttalelse, avga byråden for helse og sosiale tjenester den 21.05.2015 notat 96/2015 til helse- og sosialkomiteen. Notatet omtaler status for utskrivningsklare pasienter, kommunal medfinansiering og reinnleggelser. Notatet viser til at byrådsavdelingen sammen med

Helse Sør-Øst har analysert tall som beskriver andeler og antall reinnleggelser målt ut fra hvilket sykehus pasienten først ble lagt inn på. Av notatet fremgår det statistikk som viser at *antall* reinnleggelser blant pasienter som var meldt utskrivningsklare falt sterkt fra 2011 til 2012, for deretter å øke noe fra 2012 til 2014. Utviklingen i reinnleggelser fra 2011 til 2012 som beskrives i notat 96/2015, med et kraftig fall i antall reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare fra sykehus, gjenfinnes ikke i Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk.

Ifølge byrådsavdelingen hadde ikke Oslo kommune iverksatt spesifikke tiltak knyttet til reinnleggelser. Byrådsavdelingen viste imidlertid til at det var iverksatt flere tiltak som kunne redusere antallet sykehusinnleggelser, herunder også reinnleggelser, blant annet ved fokus på hverdags- og hjemmehabilitering og oppstart av Kommunal akutt døgnenhet (KAD). Flere bydeler hadde også gjennomført egne prosjekter med sykehusene for å styrke hjemmetjenestene og redusere innleggelser ved sykehusene.

**Kartlegging og vurdering av pasientens behov for tjenester etter utskrivning**

Undersøkelsen tyder på at bydelene Grorud og Ullern i hovedsak hadde rutiner og praksis som tilrettela for at det ble innhentet og mottatt opplysninger som var viktige i bydelenes kartlegging av pasientenes behov for tjenester etter utskrivning. Undersøkelsen viser imidlertid at bydelene i flere tilfeller hadde kort tid til kartleggingen før pasienten ble skrevet ut.

I en del tilfeller var det lagt til grunn at hjemmetjenesten i bydelene skulle kartlegge pasienten etter utskrivning. Etter Kommunerevisjonens vurdering var det en risiko for manglende eller mangelfull kartlegging av hjelpebehovet i Bydel Grorud i slike tilfeller.

Det var også enkelte andre svakheter ved begge bydelenes kartlegging og vurdering av

pasientenes hjelpebehov ved utskrivning:

- Bydelene dokumenterte i mange tilfeller ikke egne vurderinger knyttet til pasientens tjenestetilbud etter utskrivning.
- Det var en risiko for at enkelte pasienter ikke fikk medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet etter utskrivning.

### ***Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter***

Hjemmetjenesten i bydelene Grorud og Ullern hadde tilgang til pasientinformasjon via elektronisk pasientjournal og pasientmeldinger mellom sykehuset og bydelen, og det var etablert et system for at hjemmetjenesten kunne holde seg oppdatert om ny pasientinformasjon.

Undersøkelsen tyder imidlertid på at hjemmesykepleierne som hovedregel ikke hadde vesentlig, oppdatert pasientinformasjon før første gangs besøk etter utskrivning. De var avhengige av å finne eventuelle epikriser i hjemmet som var sendt med pasienten fra sykehuset. Det at hjemmesykepleierne ikke alltid hadde god nok tilgang til viktig pasientinformasjon, som for eksempel informasjon om pasientens funksjonsnivå og medisiner, kan redusere kvaliteten på behandlingen og kan i verste fall føre til utilstrekkelig helsehjelp.

### ***Avviksbehandling***

Hjemmetjenestene i bydelene Grorud og Ullern hadde utarbeidet rutiner for avviksmeldinger til sykehuset. I Bydel Ullern var det ikke utarbeidet rutiner for Søknadskontorets avviksmeldinger til sykehuset.

Undersøkelsen tyder på at det i begge bydelene var mangelfull skriftlig rapportering og oppfølging av avvik mellom bydel og sykehus. Praksisen medførte, etter Kommunerevisjonens vurdering, en risiko for at bydelene ikke hadde et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser i samhandlingen med sykehuset.

## **8.2 Anbefalinger**

Kommunerevisjonen anbefaler at Bydel Grorud og Bydel Ullern

- iverksetter tiltak som bidrar til god brukermedvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet
- iverksetter tiltak for å sikre nødvendig dokumentasjon av bydelenes vurderinger av tjenestetilbudet til pasientene etter utskrivning
- vurderer tiltak som sikrer at hjemmesykepleiere ved første gangs besøk etter pasientens sykehusopphold har informasjon av betydning for tjenesteytingen til den enkelte pasient
- iverksetter tiltak for å styrke og etterleve rutiner og praksis ved avviksmeldinger slik at avvik til sykehusene meldes og følges opp

Kommunerevisjonen anbefaler dessuten at Bydel Grorud iverksetter tiltak som tilrettelegger for hjemmetjenestens kartlegging av pasientens hjelpebehov når dette er nødvendig.

## 9. Mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens vurdering

Rapporten ble sendt byråden for helse og sosiale tjenester, Bydel Grorud og Bydel Ullern til uttalelse den 05.05.2015. Nedenfor gjør Kommunerevisjonen rede for de mottatte uttalelsene og kommenterer enkelte momenter i disse. Uttalelsene ligger vedlagt i rapportens vedlegg 5.

### 9.1 Mottatte uttalelser

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Bydel Grorud og Bydel Ullern.

#### 9.1.1 Uttalelsen fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester ga uttrykk for at rapporten var nyttig, og hadde ingen innvendinger til rapportens metode, anvendte kilder, data eller revisjonskriterier. Byrådsavdelingen skriver at den vil gjøre rapporten kjent for øvrige bydeler, og at rapporten er et bidrag i det løpende arbeidet for å oppnå best mulige prosesser i overgangen mellom sykehus og kommunens tjenester.

#### 9.1.2 Uttalelsen fra Bydel Grorud

Bydel Grorud skriver i sin uttalelse at rapporten oppfattes som nyttig ved at bydelen har fått tilbakemeldinger om konkrete forbedringspunkter. Bydelen har ingen innvendinger til rapportens kildebruk. Bydelen stiller spørsmål ved om en gjennomgang av dokumentasjon i ti saker er representativt som faktagrunnlag. Bydelen har videre kommentarer til rapportens revisjonskriterium om nødvendig pasientopplysninger ved utskrivning, jf. revisjonskriteriet i kapittel 5. Bydelen etterlyser en tydeligere definisjon av hva som er *nødvendig informasjon*. Bydelen skriver at den i oppstartsmøtet kom med forslag til kilder som Kommunerevisjonen kunne benytte til å konkretisere begrepene sykepleieropplysninger/funksjonsbeskrivelse i kriteriet. Bydelen skriver videre “vi er usikre på om dette ble evt. drøftet på et senere tidspunkt og om det ble tydelig kommunisert på et senere tidspunkt”.

Bydel Grorud viste til at rutineene for avviksmeldinger og oppfølging av avvik alt var blitt endret. Bydelen meldte videre at den i løpet av høsten 2015 ville ha på plass rutiner som

- sikret en begrunnet vurdering av tilbudet til pasienter etter utskrivning
- økte fokuset på den enkelte bruker
- sikret avsatt tid og dokumentasjon ved førstegangs vurderingsbesøk av hjemmesykepleien

#### 9.1.3 Uttalelsen fra Bydel Ullern

Bydel Ullern ga uttrykk for at rapporten var relevant og nyttig for bydelens arbeid med rutiner og systemer på området. Bydelen hadde ikke innvendinger til rapportens metoder, revisjonskriterier eller kildebruk.

Bydel Ullern viste til at den allerede hadde igangsatt opplæringstiltak i forbindelse med Kommunerevisjonens anbefalinger. Det ble også vist til at søknadskontoret var omorganisert slik at det er et fåtall ansatte som saksbehandler henvendelsene fra sykehusene. Bydelen varslet videre at den innen høsten 2015 blant annet ville

- utarbeide en sjekklister som benyttes ved dokumentasjonen blant annet av brukermedvirkning i saksbehandlerjournal
- ha et eget seminar om temaet dokumentasjon i journaler
- utarbeide en sjekklister som benyttes i dialogen med sykehuset ved utskrivningstidspunktet
- ta opp rutiner for avviksmeldinger i møte med Diakonhjemmet sykehus, samt utarbeide prosedyrer for avviksrapportering i tilknytning til samhandlingen

## 9.2 Kommunerevisjonens kommentarer til uttalelsene

### 9.2.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen merker seg at Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester vil gjøre rapporten kjent for øvrige bydeler, og at

rapporten vurderes som et bidrag i det løpende arbeidet for å oppnå best mulige prosesser i overgangen mellom sykehus og kommunens tjenester. Kommunerevisjonen har ingen ytterligere kommentarer til byrådsavdelingens uttalelse.

### **9.2.2 Bydel Grorud**

Kommunerevisjonen er kjent med at bydelen i oppstartsmøtet november 2014 hadde kommentarer særlig til revisjonskriteriet om nødvendige opplysninger ved utskrivning av pasienter. I møtet ble de foreløpige revisjonskriteriene presentert og diskutert. Etter Kommunerevisjonens vurdering ville en ytterligere konkretisering av kriteriet trolig medføre at det måtte foretas konkrete helsefaglige vurderinger for å svare ut revisjonskriteriet. Dette lå utenfor undersøkelsens ramme. Basert på blant annet bydelens innspill valgte Kommunerevisjonen ikke å videreføre bruken av begrepet *sykepleieropplysninger* i revisjonskriteriet.

En samlet faktabeskrivelse med justerte revisjonskriterier og grunnlaget for disse ble oversendt Bydel Grorud 18.03.2015. Revisjonskriteriene ble også vist i forhåndspresentasjonen for Bydel Grorud i april d.å. Kommunerevisjonen har ikke registrert tilbakemeldinger fra Bydel Grorud på revisjonskriteriene i disse sammenhengene.

Bydel Grorud har videre en kommentar til at Kommunerevisjonens kun har gjennomgått ti saker knyttet til utskrivningsklare pasienter. Kommunerevisjonen er enig i at uttrekket er for begrenset til at disse alene gir et tilstrekkelig faktagrunnlag. I undersøkelsens vurderinger er derfor ikke resultatene fra disse ti sakene alene benyttet som grunnlag for vurderinger.

Etter Kommunerevisjonens vurdering har Bydel Grorud iverksatt og meldt flere tiltak som synes relevante i lys av rapportens anbefalinger. Når

bydelen skriver at den vil utarbeide rutiner for å øke fokuset på den enkelte bruker, forstår Kommunerevisjonen det slik at bydelen vil utarbeide rutiner som bidrar til å styrke brukermidvirkningen. Bydel Grorud viste til at rutinene for avviksmeldinger og oppfølging av avvik var blitt endret.

### **9.2.3 Bydel Ullern**

Kommunerevisjonen anser at tiltakene Bydel Ullern varsler synes relevante, og legger til grunn at brukermidvirkning ivaretas ut over at den skal dokumenteres i journal, selv om dette ikke eksplisitt fremgår av bydelens uttalelse. Kommunerevisjonen har for øvrig ingen kommentarer til uttalelsene fra Bydel Ullern.

## **9.3 Endringer i rapporten etter rapport til uttalelse**

Uttalelsene fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Bydel Grorud og Bydel Ullern har ikke gitt grunnlag for endringer i rapporten. Rapporten har imidlertid blitt korrekturrettet etter rapport til uttalelse.

I faktaframstillingen for Bydel Grorud i kapittel 5 er to setninger basert på sitat fra en leder tatt ut etter særskilte tilbakemeldinger fra bydelen og vedkommende leder. Endringen ga ikke behov for endring i vurderinger eller anbefalinger.

Det er blitt lagt inn noen presiseringer og ny informasjon knyttet til reinnleggelser i rapportens hovedbudskap, sammendrag og i kapitlene 4 og 8. Bakgrunnen for tilleggene er notat 96/2015 av 21.05.2015 fra byråd for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen, der det presenteres informasjon om reinnleggelser som synes å gi et annet bilde enn de tallene Kommunerevisjonen presenterer i rapporten. Forholdet omtales også avslutningsvis i rapportens metodevedlegg.

## Referanser

### **a) Referanser fra Oslo kommune**

Bydelenes årsberetninger for 2013 og 2014

Byrådets forslag til budsjett (sak 1) for 2015

Bykassens årsregnskap for 2012–2014

Byrådssak 244/11 *Budsjett 2012, og økonomiplan 2012–2015, Tilleggsinnstillingen*

Helseetatens nettsider: *Kommunens felles mal for elektroniske PLO-meldinger*

Helseetatens årsberetning for 2013 og 2014

Helse-, sosial- og eldreombudet. Årsmelding for 2013

Notat 281/2014 av 15.11.2014 fra byråden for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen.  
*Utskrivningsklare pasienter per 2. tertial 2014*

Notat 96/2015 av 21.05.2015 fra byrådet for helse og sosiale tjenester til helse- og sosialkomiteen.  
*Samhandling med sykehusene*

### **b) Eksterne referanser**

LOV 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

LOV 02.07.1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV 10. 02.1967 nr. 00 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

LOV 30.03.1984 nr.15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.

FOR 11.18.2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

FOR 27.06. 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

FOR 20.12.2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. og Stephansen, A. *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. IRIS-rapport 2014/382. Nasjonalt senter for distriktsmedisin og IRIS (Stavanger/Alta) (2014)

Helsedirektoratet. IS-1183: *Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsestjenesten*

Helsedirektoratets rapport IS-2138. *Samhandlingsstatistikk 2012–2013*

Helsedirektoratets rapport IS-2245. *Samhandlingsstatistikk 2013–2014*

Helse- og omsorgsdepartementet. Pressemelding 14.05.2014

KS ASSS. *Kommunerapport Oslo 2013*

Kunnskapssenteret, Notat 2012. *Reinnleggelser av eldre i Norge*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. PasOpp-rapport nr. 2 og 3 – 2014: *Pasienterfaringer med norske sykehus*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. PasOpp-rapport nr. 1 og 3 – 2013: *Pasienterfaringer med norske sykehus*

Samarbeidsavtale om helhetlige pasientløp, Diakonhjemmet sektor somatisk helse mellom bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker og Diakonhjemmet sykehus. 12.11.12

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*

## Tabelloversikt

Tabell 1	Økonomisk oversikt over brutto driftsutgifter til medfinansiering .....	13
Tabell 2	Oversikt over bydelenes utgifter til betaling for utskrivningsklare pasienter .....	14
Tabell 3	Elektroniske meldinger mellom sykehus og kommunen .....	18
Tabell 4	Pasientenes vurdering av sykehusenes samarbeid med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester (svarprosent i parentes) .....	20
Tabell 5	Andel reinnleggelser per 2. tertial 2010–2014 i Helse Sør-Øst i prosent etter sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare .....	23
Tabell 6	Andel reinnleggelser per 2. tertial 2010–2014 etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar, i utvalgte helseforetak/sykehus.....	23

## Figuroversikt

Figur 1	Utskrivningsklare pasienter per måned og gjennomsnittlig liggetid etter UK-melding, 2011–2014 (t.o.m. august).....	15
Figur 2	Tilbudet til pasienter etter utskrivning, andel i 2. tertial 2011–2014.....	16
Figur 3	Gjennomsnittlig liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar, 2010–2014.....	24



## Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Det er utarbeidet revisjonskriterier for å besvare følgende problemstilling:

Bidrar bydelenes rutiner og praksis til å sikre at

- det foreligger nødvendig informasjon for vurderingen av hjelpebehovet til utskrivningsklare pasienter?
- ansatte i hjemmetjenesten får nødvendig informasjon av betydning for tjenesteytelsen til den enkelte pasient?
- bydelene følger opp eventuelle avvik og uheldig praksis knyttet til sykehusenes utskrivning av pasienter?

Det er ikke utarbeidet revisjonskriterier til de deskriptive problemstillingene som blir behandlet i rapportens kapittel 2, 3 og 4.

I det følgende gjøres det nærmere rede for revisjonskriteriene og grunnlaget for disse.

### ***Kartlegging og vurdering av pasientens behov for tjenester etter utskrivning***

Sykehuset skal varsle kommunen om hvorvidt en innlagt pasient kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.<sup>27</sup> I den forbindelse benytter sykehuset meldingsskjemaet *Helseopplysninger ved søknad (Varsel om innlagt pasient)*. Det er kommunen som vurderer hvilket tilbud og omfanget av tilbudet til pasienten etter utskrivning, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Dette krever kartlegging og en individuell vurdering av pasientens hjelpebehov. Når pasienten er vurdert utskrivningsklar, skal sykehuset varsle kommunen. Da benyttes meldingsskjemaet *Melding om utskrivningsklar pasient*.<sup>28</sup> Det er gitt en nærmere oversikt over den elektroniske meldingsutvekslingen mellom sykehus og kommunen i tabell 3 i kapittel 3.1.

### **Revisjonskriterier:**

- Etter at bydelen mottar varsel om innlagt pasient, skal bydelen kartlegge og vurdere pasientens behov for hjelp og oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet. Bydelen bør blant annet sikre seg nødvendige og oppdaterte opplysninger om medisinske forhold, legemidler, hjelpemidler og funksjonsbeskrivelse.
- Pasienten skal gis anledning til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet.

Revisjonskriteriene er utledet fra:

*Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 første ledd første punktum:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her, skal være forsvarlige.

*Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) § 2-2:

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven.

<sup>27</sup> Forskrift 18. november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §§ 7 og 8.

<sup>28</sup> Forskrift 18. november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 10.

*Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*  
§ 2-7 annet ledd:

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her.

*Lov 10. februar 1967 nr. 00 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*  
§ 17 første ledd første punktum:

Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

*Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*  
§ 3-1 annet ledd første og annet punktum:

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

*Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. § 3 første ledd tredje strekpunkt:*

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

– brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

### ***Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter***

Etablering av rutiner som sikrer ansatte informasjon om vesentlige forhold knyttet til tjenesteytingen, herunder nødvendig og oppdatert informasjon om den enkelte pasienten, er en sentral del av bydelens styring og kontroll for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud i etterkant av sykehusoppholdet.

### **Revisjonskriterium:**

- Ansatte i bydelens hjemmetjeneste skal ha tilgang til nødvendig og oppdatert informasjon av betydning for tjenesteytingen til den enkelte bruker/pasient.

Revisjonskriteriet er utledet fra:

*Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 første ledd bokstavene a og c:*

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her, skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter [...]

*Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)*  
§ 3 første ledd:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

*Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 annet ledd bokstav g):*

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.

### **Avviksbehandling**

#### **Revisjonskriterier:**

- Bydelen bør ha rutiner for behandling av avvik knyttet til samhandlingen mellom bydel og sykehus, herunder rutiner for behandling av avvik knyttet til mangelfulle eller manglende opplysninger om pasienter som har behov for hjelp og oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet. Rutinene bør være skriftlige.

Revisjonskriteriene er utledet fra:

*Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3 første ledd:*

Ordlyden i bestemmelsen er presentert under temaet *Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter*.

*Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 annet ledd bokstav g):*

Ordlyden i bestemmelsen er presentert under temaet *Informasjon til hjemmetjenesten om utskrivningsklare pasienter*.

*Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5:*

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* punkt 3.2 tredje ledd:

Erfaringer viser at ordninger som er spesifikke for virksomheten, slik som organisatoriske forhold, ansvars- og myndighetsforhold, oppgavefordeling, rutiner for opplæring og medvirkning av medarbeiderne og innhenting av brukererfaringer, bør foreligge skriftlig. Det samme gjelder tiltak for risikovurdering, rutiner og resultater av avviksbehandling og for ledelsens gjennomgang av virksomheten.

## Vedlegg 2 Metode

De sentrale elementene i prosjektets metode er *Standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner* (RSK 001), fastsatt av Norges Kommunerevisorforbund. Med utgangspunkt i temaer og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, er det utledet relevante revisjonskriterier. Deretter er undersøkte virksomheters systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder kartlagt og beskrevet. Faktabeskrivelsene er holdt opp mot revisjonskriteriene med sikte på å fastslå hvorvidt praksis eller tilstand var i tråd med kriteriene. Dette ledet fram til konklusjoner og anbefalinger.

Undersøkelsen har både deskriptive og vurderende problemstillinger. Arbeidet med de vurderende problemstillingene er utført i tråd med RSK 001, mens arbeidet med de deskriptive problemstillingene har fulgt denne standarden så langt det har passet. De deskriptive problemstillingene omfatter hele Oslo kommune, mens de vurderende problemstillingene har vært rettet mot Bydel Grorud og Bydel Ullern.

I det følgende presenteres undersøkelsesopplegg og metode, samt at det gjøres rede for vurderinger av dataenes pålitelighet og gyldighet.

### **Oppstart av undersøkelsen**

Undersøkelsen ble startet ved utsendelse av oppstartsbrev 21.10.2014 til byråden for helse og sosiale tjenester, og til bydelene Grorud og Ullern. Det ble gjennomført oppstartsmøte 22.10.2014 med Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og 04.11.2014 med de to bydelene.

### **Valg av bydeler**

Bydelene som hadde Oslo universitetssykehus som lokalsykehus, var ikke aktuelle å velge ettersom Oslo universitetssykehus på undersøkelsestidspunktet var i ferd med å innføre elektroniske pasientmeldinger. I tillegg skulle Helsetilsynet gjennomføre et tilsyn vedrørende samhandlingsreformen ved Oslo universitetssykehus og tilknyttede bydeler på nyåret 2015. Vi bestemte oss derfor for å velge en bydel som hadde Ahus som lokalsykehus. Vi valgte videre en bydel tilknyttet Diakonhjemmet, da sykehuset var det første som tok i bruk elektroniske pasientmeldinger i samhandlingen med bydelene. Bydelene Grorud og Ullern ble deretter valgt ut fra en samlet vurdering blant annet av bydelenes belastning knyttet til andre pågående forvaltningsrevisjoner.

### **Undersøkelsesopplegg**

Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden fra november 2014 til mars 2015. Undersøkelsesperioden for revisjonen av bydelene var 2014, men vi har enkelte steder supplert faktaframstillingen med informasjon fra tidspunkter før og etter dette. Undersøkelsesperioden vedrørende de deskriptive problemstillingene har stort sett omfattet perioden fra samhandlingsreformens start 01.01.2012 til datainnsamlingen ble avsluttet i mars 2015.

Undersøkelsen bygger på en rekke kilder, blant annet gjennomgang av statistikk knyttet til utskrivning og reinnleggelse av pasienter, uttrekk fra Oslo kommunes regnskapssystem Agresso, årsberetninger fra bydelene, skriftlige rutinebeskrivelser, gjennomgang av pasientjournaler, møter med brukerrepresentanter, samtaler med pasienter/pårørende, samt intervjuer med ansatte i de to utvalgte bydelene.

Kommunerevisjonen ble i oppstartsmøtet i oktober 2014 informert om samarbeidet mellom Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester og Helse Sør-Øst vedrørende data om reinnleggelser av pasienter. Kommunerevisjonen har ved flere anledninger undersøkt muligheten for tilgang til data fra dette arbeidet, men det var ikke ønskelig å benytte disse da vi fikk oppgitt at de på det tidspunktet ikke var ferdig kvalitetssikret.

#### Oversikt over bydelenes utgifter til betaling for utskrivningsklare pasienter

Regnskapsrevisorene foretok uttrekk i kommunens regnskapssystem Agresso for årene 2012–2014 for å få en oversikt over bydelenes utgifter til betaling for overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Alle bydelene fikk tilsendt uttrekket slik at det kunne kvalitetssikres. En del bydeler ga tilbakemelding om at utgiftstallene måtte justeres da utgiftene var ført på flere arter. I noen tilfeller var det også spørsmål om periodisering av utgiftene. En bydel viste for eksempel til at den hadde holdt tilbake betaling av fakturaer på grunn av uenigheter/avklaringer med angjeldende sykehus. Dette hadde ført til at enkelte fakturaer ikke var bokført i det aktuelle regnskapsåret, men er bokført i påfølgende regnskapsår. Vi har på bakgrunn av bydelenes tilbakemeldinger justert oversikten på en del områder, men det kan fortsatt være utgifter for aktuelle år som etter regnskapsstandardene skulle vært ført på andre år.

#### Intervjuer med ansatte og ledere i de to utvalgte bydelene

Følgende ansatte ble intervjuet i Bydel Grorud og Bydel Ullern:

- saksbehandlere, avdelingsledere og sektor-/enhetsleder ved Bestillerenhet/Søknadskontor
- sykepleiere, avdelingsledere og sektor-/enhetsleder i hjemmetjenesten
- bydelsdirektørene i begge bydelene

Intervjuene med saksbehandlerne, sykepleierne og avdelingslederne ble gjennomført som egne gruppeintervjuer ved Bestillerenheten/Søknadskontoret og hjemmetjenestene. Alle saksbehandlerne som jobbet med utskrivningsklare pasienter ved begge bydelenes bestillerkontorer, ble intervjuet. Når det gjaldt sykepleierne i hjemmesykepleien, intervjuet vi tre ansatte i hver bydel. Sykepleierne ble valgt ut slik at alle avdelingene i begge bydelenes hjemmetjenester var representert. I Bydel Ullern ble enhetslederen og spesialkonsulenten ved Søknadskontoret intervjuet sammen. Ellers ble det gjennomført individuelle intervjuer med sektor-/enhetslederne og bydelsdirektørene. Til sammen ble 10 ansatte og ledere i Bydel Grorud intervjuet, og 14 i Bydel Ullern.

Intervjuene ble gjennomført som såkalte semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer innebærer at hovedspørsmålene er utformet på forhånd, og at man stiller oppfølgende spørsmål der dette vurderes som nyttig/nødvendig underveis. Informantene har også anledning til å fortelle om ting de anser som relevant innenfor temaene som dekkes i intervjuet.

#### Gjennomgang av dokumentasjon som rutinebeskrivelser mv. i de utvalgte bydelene

Fra de undersøkte bydelene mottok vi blant annet saksbehandlingsrutiner knyttet til Bestillerenhetens/Søknadskontorets og hjemmetjenestens mottak av utskrivningsklare pasienter. Vi mottok retningslinjene/avtalene for samhandlingen mellom de respektive bydelene og sykehusene og diverse møtereferater fra samhandlingsmøter på ulike nivåer mellom bydelene og sykehusene.

#### Utvalg av og gjennomgang av pasientjournaler i de utvalgte bydelene

Kommunerevisjonen gjennomgikk ti saker i hver av de to bydelene der utskrivningsklare pasienter

hadde fått innvilget hjemmesykepleie etter sykehusoppholdet. Det var en forutsetning at pasientene senere hadde blitt reinnlagt. Vi har ikke undersøkt om pasientopplysningene var tilstrekkelige ut fra en helsefaglig vurdering.

For å kunne foreta et uttrekk av enkeltsaker mottok vi pasientlister for januar til oktober 2014 fra bydelene. Pasientlistene var utarbeidet av lokalsykehusene (Ahus og Diakonhjemmet) og inneholdt en liste over alle pasienter som var meldt utskrivningsklare til en av de aktuelle bydelene, og som senere var reinnlagt. Basert på listene foretok vi et tilfeldig utvalg av ti pasienter i hver bydel.

Vi tok utgangspunkt i pasientens første reinnleggelse ved det aktuelle sykehuset i 2014 og gikk bakover i tid til den innleggelsen som representerte "førstegangsoppholdet" til pasienten. Pasienten kunne altså ha vært reinnlagt flere ganger ved ulike sykehus i perioden fram mot den reinnleggelsen som dannet utgangspunktet for kontrollen. I Bydel Ullern foretok vi et supplerende uttrekk på to pasienter da det viste seg at to av pasientene i det opprinnelige uttrekket hadde hatt åpen retur og kun hadde vært inne til overvåkning ved det aktuelle sykehusoppholdet.

Vår kontroll omfattet meldingsutvekslingen mellom sykehuset og bydelen om den innlagte pasienten. Vi så også på bydelens dokumentasjon av brukermedvirkning, kartlegging og vurderinger ved utskrivning, samt hjemmetjenestens journalføring de første dagene etter pasientens hjemkomst.

#### Samtaler med brukere/pasienter på eldrecentre

Kommunerevisjonen gjennomførte samtaler med brukere av eldrecentre eller seniorsentre i tilknytning til Bydel Grorud og Bydel Ullern. Totalt snakket vi med seks brukere i Bydel Grorud og seks fra Bydel Ullern. I tillegg hadde vi kontakt per e-post med én bruker i Bydel Ullern. Utgangspunktet for samtalene var at vedkommende relativt nylig hadde erfaring fra samhandlingen mellom bydel og sykehus som pasient eller nær pårørende.

#### Intervjuer med representanter fra sykehusene

Vi intervjuet lederen for samhandlingsenheten ved Ahus og lederen og ansatte fra samhandlingsenheten ved Diakonhjemmet sykehus. Intervjuene dreide seg i hovedsak om hvordan sykehusene vurderte ulike aspekter ved samhandlingen med de respektive bydelene.

#### Møter og intervjuer med eldreråd, pasientombudet og brukerutvalg

Det ble gjennomført et møte med nestlederen i kommunens sentrale eldreråd og en representant fra et av eldrerådene i en bydel. Det ble videre gjennomført et intervju per telefon med ett medlem i brukerutvalget ved Ahus og ett medlem i brukerutvalget ved Diakonhjemmet. Vi gjennomførte også et møte med en representant for Helse-, sosial- og eldreombudet. I etterkant av møtet mottok vi noe supplerende informasjon fra Ombudet.

I intervjuene og møtene nevnt over var pasientenes erfaringer i forbindelse med samhandlingen mellom sykehusene og bydelen det sentrale temaet.

#### **Om dataenes gyldighet og pålitelighet**

Som det går fram av det foregående, bygger undersøkelsen på data innhentet ved hjelp av ulike metoder og kilder, blant annet intervjuer, gjennomgang av enkeltsaker, statistikk og rutinebeskrivelser.

Alle intervjuene er blitt verifisert. Relevante faktabeskrivelser ble sendt til Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester 17.03.2015 og til de to bydelene 18.03.2015. Byrådsavdelingen og de to bydelene har gitt en tilbakemelding på faktabeskrivelsene som resulterte i at enkelte opplysninger ble korrigert. Vi fikk ikke innspill til dataene knyttet til reinnleggelser på dette tidspunktet.

Alle faktabeskrivelser, vurderinger/konklusjoner, revisjonskriterier og anbefalinger er kvalitetssikret internt i Kommunerevisjonen. Kvalitetssikringen er foretatt av en annen person enn vedkommende som har utarbeidet de ulike elementene i rapporten.

Vår gjennomgang av enkeltsaker innebærer at vi blant annet vurderte om bydelen hadde mottatt nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasientene før utskrivning. I den sammenheng undersøkte vi om ulike typer saksopplysninger forelå, men vi har ikke vurdert om opplysningene faglig sett var tilfredsstillende. Vi har likevel vært oppmerksom på opplysninger som åpenbart var mangelfulle.

Intervjuene av saksbehandlere og helsepersonell i bydelene ble gjennomført som gruppeintervjuer. Fordelen med gruppeintervjuer er at det er en relativt effektiv form for datainnsamling ved at vi får informasjon fra flere samtidig. En risiko ved gruppeintervjuer kan være at informantene ikke ønsker å framstå som uenige med hverandre. Dette kan særlig være tilfelle dersom gruppeintervjuer foretas med både leder og vanlige ansatte samtidig. Intervjuformen krever at intervjueren har en særskilt oppmerksomhet på forhold knyttet til gruppedynamikk. I denne undersøkelsen har gruppeintervjuene i hovedsak bestått av ansatte på samme stillingsnivå.

I undersøkelsen ble det foretatt en rekke samtaler med pasienter eller pårørende med erfaringer fra samhandlingen mellom sykehusene og bydelene. I en del tilfeller fikk vi informasjon om forhold som hadde skjedd for en stund siden. Det hendte også at informantene var usikre på detaljer rundt hendelsene som de beskrev. Av ressurs hensyn kontaktet vi imidlertid ikke bydelene for å undersøke saker eller hendelser mer i detalj. Pasient- og pårøndererfaringene er presentert i lys av hvordan vedkommende informant har oppfattet samhandlingen, og tidvis uten særlig detaljer. Vi har for øvrig ikke benyttet informasjonen fra pasientene/pårørende som eneste grunnlag for de vurderingene som er foretatt.

Heller ikke i sin uttalelse til rapporten datert 02.06.2015 har byrådsavdelingen kommentert at Kommunerevisjonens data om reinnleggelser, som er basert på data fra Norsk pasientregister, synes å gi et annet bilde enn det byråden for helse og sosiale tjenester melder i notat 96/2015 til helse- og sosialkomiteen datert 21.05.2015.

### ***Samlet vurdering av undersøkelsesopplegget***

Der hvor vi anser at det var svakheter i datagrunnlaget, har Kommunerevisjonen tatt nødvendige forbehold i teksten. Samlet sett mener vi at datagrunnlaget gir et tilstrekkelig grunnlag for våre vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

## **Vedlegg 3 Tiltak i kommunen for å redusere sykehusinnleggelser**

Nedenfor presenteres tiltak i regi av kommunale virksomheter og bydeler. Tiltakene er omtalt blant annet i Oslo kommunes forslag til budsjett for 2015 og økonomiplan 2015–2018. Tiltakene er ikke eksplisitt omtalt som å skulle redusere reinnleggelser, men tiltakene er ment å styrke det kommunale helsetilbudet og redusere innleggelser på sykehus.

### ***Tilrettelegging for hverdags- og hjemmerehabilitering***

Ifølge Helseetatens nettsider arbeidet etaten i 2014 med å utvikle en modell for hverdagsrehabilitering i Oslo, Oslomodellen, som skulle bidra til at flere eldre kunne bo hjemme og mestre sin hverdag lenger. Modellen har blitt prøvd ut i bydelene Østsjø og Søndre Nordstrand. Det er tiltenkt at alle bydelene i Oslo skal ta i bruk hverdagsrehabilitering. Ifølge Helseetaten hadde også bydelene Grünerløkka, Vestre Aker, St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Nordre Aker erfaring med hverdagsrehabilitering i 2014.

Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig innsats som utføres i brukerens hjem eller nærmiljø og har til hensikt å utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon av funksjoner og evner. Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved en tidlig og intensiv innsats som er målrettet og tidsavgrenset for å få til egenmestring ut fra brukernes egne ressurser. Målet er å skape bedre livskvalitet.

### ***Etablering av helsehus (korttidssykehjem)***

For å møte utfordringene i eldreomsorgen generelt og konsekvenser av samhandlingsreformen startet byrådet i 2014 etableringen av helsehus eller korttidssykehjem. Helsehusene bygges opp som spesialiserte korttidstilbud med styrket kompetanse innen medisin, rehabilitering og sykepleie. Byrådet har som mål å etablere 4–5 helsehus i byen. Solvang sykehjem ble valgt ut i januar 2014 som det første helsehuset i Oslo. Også Tåsenhjemmet, Ryenhjemmet og Lilleborg sykehjem skal bli helsehus i løpet av 2015.

### ***Samhandlingsarena Aker og Kommunal akutt døgnenhet (KAD)***

Samhandlingsarena Aker var et samarbeidsprosjekt som ble etablert i 2011 mellom Oslo kommune og sykehusene i Oslo-området. Den skulle blant annet utvikle og etablere nye helsetjenestetilbud til befolkningen i Oslo og være en arena der blant annet sykehusene, etater, bydelene, brukere og fastleger bidro i utviklingen av nye tilbud. Prosjektet ble avsluttet 31.12.2014, og virksomheten gikk over i varig drift.

Medio 2013 etablerte Oslo kommune ti senger i Kommunal akutt døgnenhet (KAD) som var lokalisert på Samhandlingsarena Aker. Ved årsskiftet 2014/2015 var det etablert 52 senger ved enheten. KAD skulle etter planen bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Aktuelle pasientgrupper var blant annet pasienter med muskel-/og skjelettskader som kun trenger smertebehandling og mobilisering, og pasienter med infeksjoner i mage, hud og luft-/urinveier der vitale funksjoner ikke er truet. KAD skulle til enhver tid ha tilgang til lege og sykepleiere.

Ved samhandlingsarenaen var følgende virksomheter i tillegg til Kommunal akutt døgnenhet (KAD) etablert i kommunal regi:

- Ressurssenter for migrasjonshelse
- Aker rehabilitering
- Geriatrisk ressurscenter
- Allmennlegevakt Aker

### ***Samhandlingsprosjekter mellom bydelene og sykehusene***

Nedenfor følger eksempler på rapporterte samhandlingsprosjekter mellom bydeler og sykehus som var ment å styrke bydelenes hjemmebaserte tjenester:

- Bydelene Nordstrand og Østensjø har sammen med Oslo universitetssykehus deltatt i prosjektet ”Økt kvalitet på oppfølging av pasienter i hjemmetjenesten etter utskrivelse fra sykehus ved bruk av praksiskonsulent/sykepleier”. Prosjektets varighet var fra 01.01.2012 til 31.01.2014. Bruk av praksiskonsulent skulle sikre kompetanseoverføring fra sykehus til sykepleiere i bydelene for at bydelene skulle kunne ta imot pasienter med omfattende behov for sykepleie på kort varsel, og utføre oppgaver som ble overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.
- Bydel Østensjø har sammen med Oslo universitetssykehus og Kreftsenteret deltatt i prosjektet “Ambulerende palliativt team”. Prosjektets varighet var fra 15.04.2013 til 15.04.2014. Prosjektets formål var, gjennom etablering av samhandlingslinjer og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisttjenesten, å øke kvaliteten på tjenesten som gis til hjemmeboende brukere i en palliativ fase, og redusere innleggelser/liggedøgn på sykehus.
- Bydelene Alna, Bjerke, Nordstrand og Østensjø har et samarbeidsprosjekt med fastleger og Oslo universitetssykehus vedrørende diabetes og overvekt. Prosjektet startet opp høsten 2013 og skal vare til juli 2015. Formålet med prosjektet er å bedre samhandlingen på feltet mellom fastlegene, bydelenes tjenester og sykehusene, samt å styrke kompetansen i bydelene for å forebygge diabetes og overvekt.
- Bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner gjennomførte et prosjekt med Diakonhjemmet i perioden juni 2013–desember 2014. Prosjektets hovedformål var å forebygge akutt funksjonssvikt og sykehusinnleggelser blant eldre med subakutt<sup>29</sup> funksjonssvikt. Videre skulle prosjektet styrke fagkompetansen i hjemmetjenesten og samhandlingen omkring denne målgruppen i Diakonhjemmet sektor.

<sup>29</sup> Betegnelsen *subakutt* brukes om sykdommer som utvikler seg relativt raskt, men også om sykdommer som kan forventes å vare bare begrenset tid (definisjonen er hentet fra Store medisinske leksikon).

## Vedlegg 4 Notat 96/2015 fra byråden for helse og sosiale tjenester



Oslo kommune  
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

### Notat til bystyrets organer

---

<b>Til:</b>	Helse- og sosialkomiteen	<b>Dato:</b>	21.05.2015
<b>Fra:</b>	Byråden for helse og sosiale tjenester	<b>Vår ref (saksnr):</b>	201104153-25
<b>Notat nr.:</b>	96/2015	<b>Arkivkode:</b>	222

---

#### SAMHANDLING MED SYKEHUSENE

Dette notatet omtaler status for utskrivningsklare pasienter, kommunal medfinansiering og reinnleggelser.

#### Utskrivningsklare pasienter

##### *Antall meldinger:*

Det foreligger nå data om antall meldinger om utskrivningsklare somatiske pasienter (UK-meldinger) og antall betalingspliktige liggedøgn generert av disse som er registrert i kommunens fagsystem, Gerica ved utgangen av 2014.

Jeg gjør for ordens skyld oppmerksom på følgende forhold:

- Det kan være endringer mellom disse tallene og tidligere tall, som følge av en ny gjennomgang av hvordan brukerne er registrert og vasking av feilregistreringer mv.
- Det kan også være avvik mellom hva sykehusene har fakturert bydelene og hva som fremkommer her, som følge av uenighet mellom bydeler og sykehus som har blitt avklart uten at registreringen har fanget opp dette.

Eventuelle avvik antas å være av mindre betydning for det helhetlige bildet og lange trender.

En pasient er definert som utskrivningsklar når sykehuset mener at pasienten er ferdigbehandlet og kan ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning og sykehuset har sendt melding om det til kommunen/bydelen jf. *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.*

Gjennomsnittlig antall meldinger om utskrivningsklare pasienter i Oslo var 929 per måned i 2012, 1 040 per måned i 2013 og 1 085 i 2014. Økningen fra 2013 til 2014 var ca. 4 %.

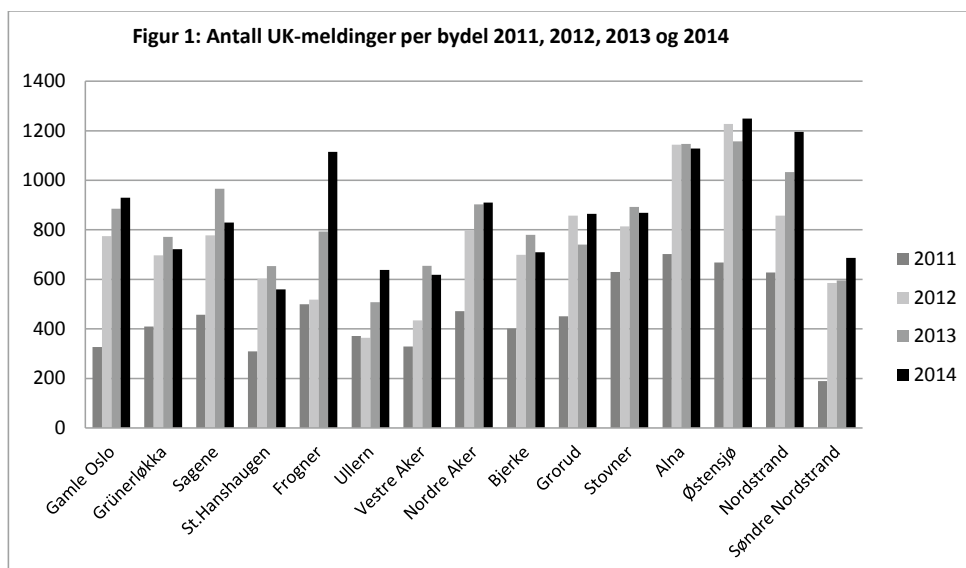
Dette tilsvarer 30 pasienter per dag i 2012, 34 i 2013 og 36 meldinger per dag i 2014. Dette utgjør en betydelig økning fra 2011 da det var i underkant av 19 meldinger per dag.

---

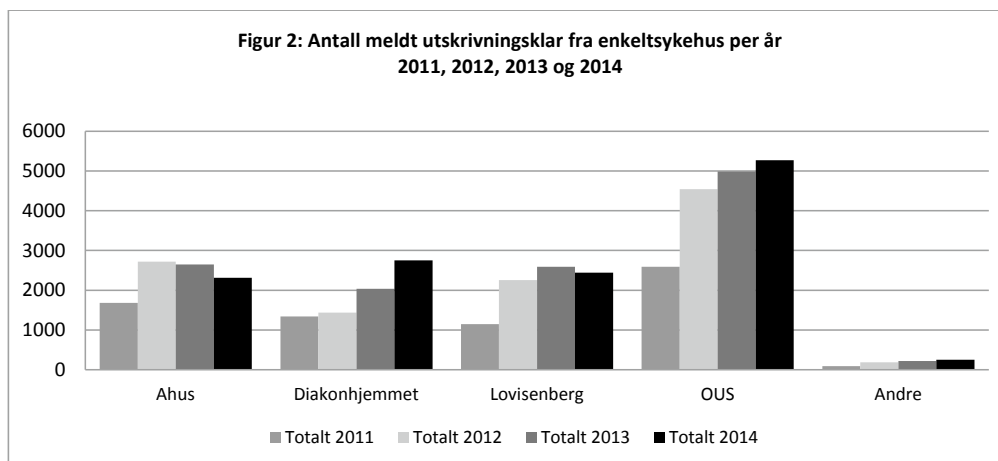
Byrådsavdeling for  
eldre og sosiale tjenester

Postadresse:  
Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no



Figur 1 viser utviklingen på årsbasis i årene 2011-2014. Hovedtrekkene er en betydelig økning i antall UK-meldinger til den enkelte bydel fra 2011 til 2012, og en mindre økning fra 2012 til 2014. Det er imidlertid noen bydeler som har opplevd en betydelig økning også de to siste årene. Det er viktig å merke seg at dette kan påvirkes av flere faktorer, og at økningen kan skyldes både endrede registreringsrutiner og en reell økning.



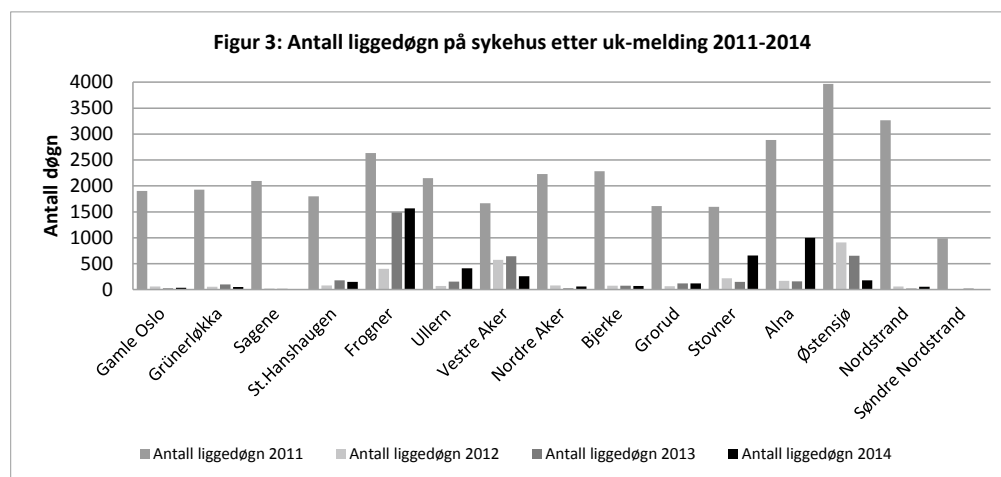
Figur 2 sammenlikner antall UK-meldinger fra det enkelte sykehus i 2011- 2014. Antall meldinger fra Ahus og Lovisenberg har gått noe ned fra 2013 til 2014. Samtidig er det fortsatt en økende trend i antall meldinger sendt fra Diakonhjemmet og en moderat økning ved OUS.

#### Antall liggedøgn:

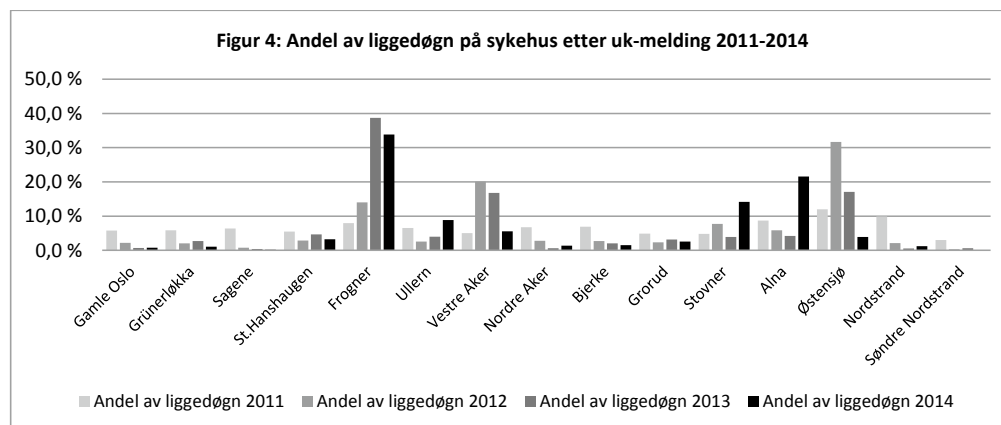
Liggedøgn forstås i dette notatet som tiden det tar fra pasienten er definert som utskrivningsklar i tråd med forskriftens bestemmelser og øvrige kriterier, til pasienten er utskrevet fra sykehuset. Registreringen fanger også opp pasienter som har blitt meldt utskrivningsklare uten at de andre

kravene for betalingsplikt er innfridd. Det kan derfor være avvik mellom disse tallene, som viser hvor lenge pasienten ligger på sykehus og hva bydelene faktisk betaler for.

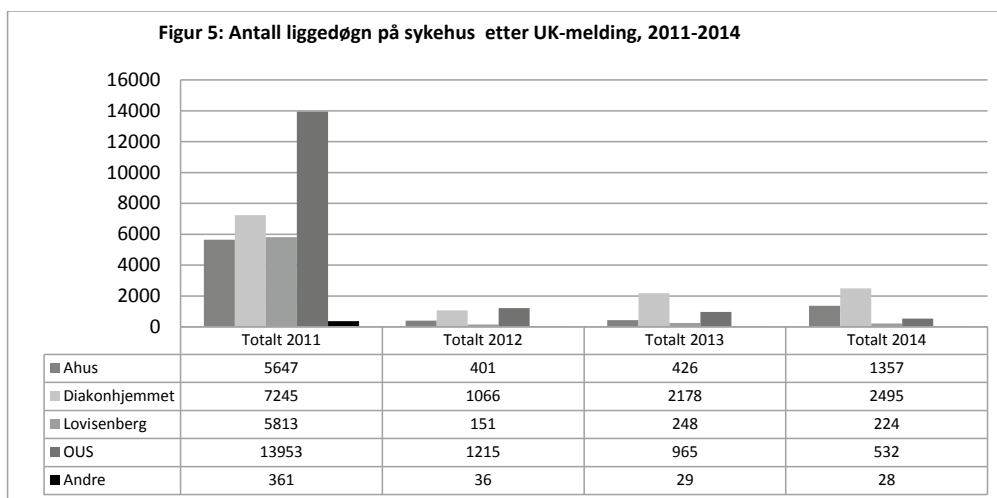
I 2011 ble det generert til sammen 33 009 liggedøgn etter UK-melding, det vil si en gjennomsnittlig liggetid etter UK-melding på ca. 4,82 døgn. I 2012, 2013 og 2014 var det en betydelig økning i antall UK-meldinger, men liggetiden for den enkelte pasienten etter UK-melding er dramatisk redusert. Det totale antallet liggedøgn etter UK-melding var 2 869 døgn i 2012, 3 846 i 2013 og 4 640 i 2014. Dette gir en gjennomsnittlig liggetid i 2012 på 0,27 døgn med en liten økning til 0,32 døgn i 2013 og 0,36 døgn i 2014.



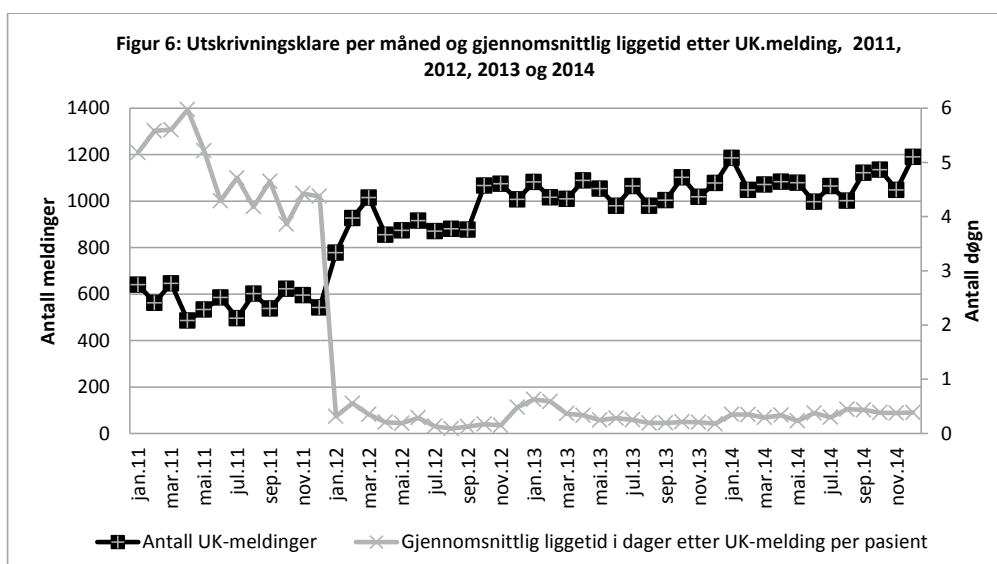
Figur 3 viser at det er store forskjeller på hvordan antall liggedøgn fordeler seg mellom bydelene, og figur 4, under viser hvilken andel bydelen har av totalen.



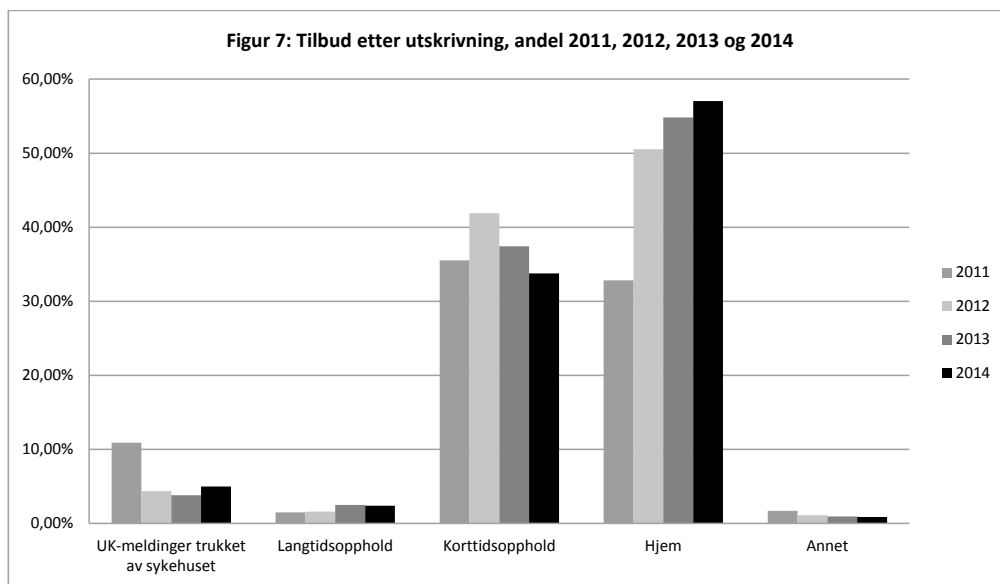
Figur 4 viser at det er fire bydelers som har en forholdsvis stor andel av liggedøgn i 2014. Den høyeste gjennomsnittlige liggetid er 1,4 døgn i Bydel Frogner. Bydel Alna har 0,9, Stovner 0,8 og Ullern 0,7 døgn. Sammenliknet med gjennomsnittlig liggetid i Oslo før samhandlingsreformen (4,8 døgn) er altså liggetiden lav, selv i de fire bydelene med høyeste tall. De resterende bydelene har et gjennomsnitt på 0,14 liggedøgn som gir et gjennomsnitt for hele Oslo så langt i år på 0,34 liggedøgn.



Figur 5 viser totalt antall liggedøgn på de forskjellige sykehusene 2011, 2012, 2013 og 2014.



Figur 6 viser antall meldinger om utskrivningsklare pasienter til kommunen, og gjennomsnittlig liggetid etter UK-melding for disse, i 2011 til og med 2014.



\*Korttidsopphold er sammenslått av ulike kategorier korttidsopphold på institusjon

Figur 7 sammenlikner hvilket tilbud brukeren har fått vedtak om etter utskrivning i 2011, 2012, 2013 og 2014.

Som det er redegjort for over var det en betydelig økning fra 2011 til 2012 i antall pasienter som ble meldt utskrivningsklar. Dette førte til en økning i antall pasienter som fikk korttidsopphold eller tjenester i hjemmet etter utskrivning og det var en særlig stor økning i antallet med vedtak om hjemmetjenester. Andelen av pasientene som får hjemmetjenester har derfor gradvis økt fra 2012 til 2014 mens andelen som har fått korttidsplass har gått tilsvarende ned.

Betalingen for ikke å hente ut pasienter etter at de er utskrivningsklare er forskriftsfestet. I 2014 var det en sats på kr. 4 255,- per døgn. For 2015 er satsen fastsatt til kr. 4 387,- per døgn for pasienter som er utskrivningsklare og ikke blir tatt ut av sykehus.

### Kommunal medfinansiering

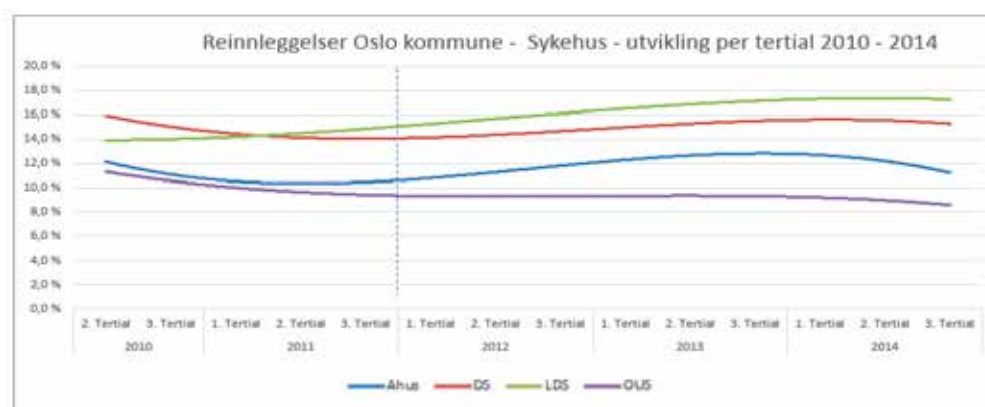
Fra 01.01.2015 ble ordningen med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten avviklet. Kommunen har betalt kr. 628 917 000 via akonto-beløp for ordningen i 2014. Beste estimat for 2014 er fastsatt av Helsedirektoratet den 16.01.2015 til kr. 626 246 170. Dette tilsier at kommunen har betalt kr. 2 670 830 mer til sykehusene enn hva estimatet anslår. Endelig resultat ferdigstilles i november 2015.

### Reinnleggelser

Reinnleggelser kan være ønsket eller uønsket og de kan være unngåelige eller uunngåelige. Eksempelvis kan en pasient, som legges inn akutt, legges inn igjen noe senere for å få tatt videre undersøkelser som ikke var mulige i den akutte situasjonen (ønsket reinnleggelse). En pasient som legges inn og skrives ut med én diagnose kan legges inn igjen med en annen, ikke relatert

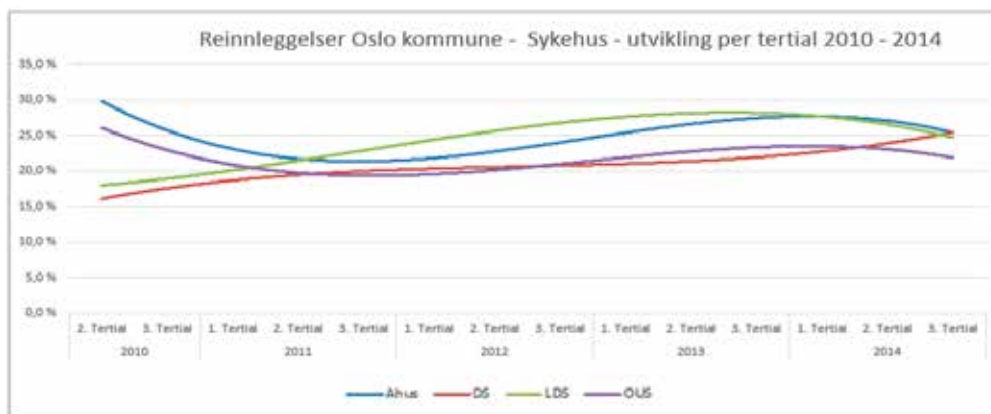
diagnose, eventuelt legges inn igjen med en uventet forverring av den første diagnosen (disse er unngåelige reinnleggelser). I tallene fra NPR er planlagte reinnleggelser og overføringer mellom sykehus ikke med. De gir dermed et bilde av ikke planlagte reinnleggelser, men kan ikke si noe om innleggelsene var unngåelige. Det er ingen fasit på hva som er en “riktig” innleggesrate, denne vil variere mellom forskjellige diagnoser og vil være høyere for pasienter med alvorlig sykdom og for eldre. Tallene kan brukes til å vise utviklingen over tid og til å sammenligne virksomheter. En høy reinnleggesrate kan tyde på behov for kvalitetsforbedring, men det er viktig å være oppmerksom på at en økning i raten ikke nødvendigvis indikerer en forverring av tjenestekvaliteten.

Byrådsavdelingen har et samarbeid med Helse Sør-Øst om å utarbeide bedre data og bedre analyse av det man har, slik at man kan si noe mer om utviklingen. En svakhet i de nasjonale tallene er at man relaterer antall reinnleggelser til det sykehuset der pasienten blir re-innlagt heller enn sykehuset der pasienten ble utskrevet. I Oslo der det er fire sektorsykehus kan dette føre til forskyvninger i reinnleggesraten mellom sykehusene. I samarbeid med Helse Sør-Øst er det nå utarbeidet tall som beskriver andel reinnleggelser målt ut fra hvilket sykehus pasienten først ble innlagt:



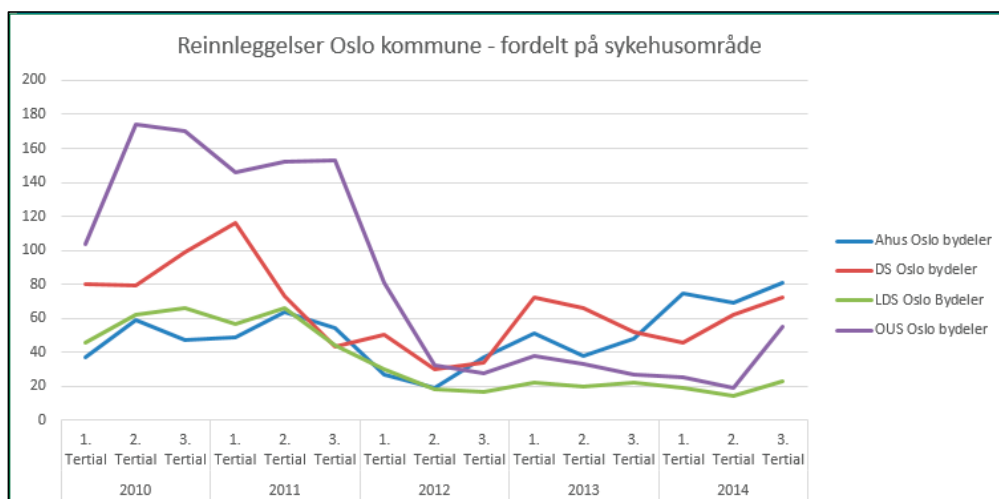
**Figur 8:** reinnleggelser, andel av totale innleggelser per tertial, målt ut fra hvilket sykehus pasienten først ble lagt inn på.

Som figuren viser var det relativt liten endring over tid, men det er en svakt oppadgående trend fra 2011 på Lovisenberg og Diakonhjemmet, mens Oslo Universitetssykehus har en svakt nedadgående trend. Tall for reinnleggelser uttrykt som andel av alle innleggelser påvirkes av sammensetningen av pasientpopulasjonen ved de ulike sykehusene da enkelte pasientgrupper vil ha vesentlig høyere reinnleggesrate enn andre.



**Figur 9:** reinnleggelser blant pasienter som sykehuset har registrert som UK-meldte, andel av totale innleggelser av UK-meldte pasienter per tertial, målt ut fra hvilket sykehus pasienten først ble lagt inn på.

Når man isolerer pasientgruppen til pasienter som er meldt utskrivningsklare, er det en vesentlig høyere reinnleggesrate for alle sykehusene. Forskjellen mellom sykehusene er redusert de siste årene, men utover det er det ingen påfallende endringer. Det vil være viktig å følge utviklingen videre for å se om nedgangen i ratene ved tre av sykehusene og økningen ved Diakonhjemmet i 2014 fortsetter eller jevner seg ut. Det er dessuten viktig å ta med i betraktning at reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter dreier seg om mellom 20 og 80 pasienter per tertial per sykehus, det vil si mellom fem og 20 pasienter per måned, noe som utgjør en forholdsvis liten andel av totalt antall behandlede pasienter. Som det fremgår av figur 10 under, har antall reinnleggelser blant pasienter som er meldt utskrivningsklare falt sterkt etter samhandlingsreformen, men også her vil det være viktig å følge den videre utviklingen.



**Figur 10:** Antall reinnleggelser, utskrivningsklare pasienter, per sykehus, 2010-2014.

Samlet sett er det lite som tyder på at samhandlingsreformen har ført til negative innvirkninger med hensyn til tjenestetilbudet til pasientene. Tvert imot synes det å ha vært en reduksjon i unødige

opphold etter behandling er ferdig på sykehus og sannsynligvis også en reduksjon i antall reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklare. Oslo kommune vil fortsette samarbeidet med Helse Sør-Øst om analyse av tilgjengelige data og overvåking av utviklingen.

Jeg vil sørge for å holde Helse- og sosialkomiteen orientert om utviklingen på dette området.

Med vennlig hilsen

Øystein Eriksen Søreide  
byråd

**Godkjent og ekspedert elektronisk**

**Kopi til:** Bydelene, Helseetaten, Helse Sør-Øst

## Vedlegg 5 Uttalelsene til rapporten



Oslo kommune  
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato: 02.06.2015
15/00063-13	201404783-10	Eva Graziano, 23461506 Turid Glærum, 2346138	Arkivkode:  234

### **RAPPORT TIL UTTALELSE: SAMHANDLINGSREFORMEN - UTSKRIVNING AV PASIENTER**

Det vises til brev av 05.05.2015 vedlagt rapport til uttalelse.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har følgende tilbakemelding på spørsmålene som stilles:

1. Har informasjon om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Informasjon om prosjektets hensikt har vært tilstrekkelig klar, både gjennom brev om varsel om oppstart av 21.10.2014 og i avholdt oppstartsmøte.

2. Har byråden kommentarer til prosjektets metoder, anvendelse av kilder eller data som kan betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Rapporten virker grundig. Det er positivt at også uttalelser fra brukere og brukerrepresentanter er innhentet. Byrådsavdelingen har ingen innvendinger mot bruk av kilder eller data.

3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Kriteriene som er lagt til grunn omhandler vesentlige områder innenfor samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger?

Rapporten peker særlig på viktigheten av gode rutiner for informasjonsutveksling, vurdering av pasientens behov ved utskriving og brukerens medvirkning i utforming av tjenestetilbudet. Vi er enig i at dette er sentrale elementer for å sikre en god tjeneste til pasient/bruker.

---

Byrådsavdeling for eldre og  
sosiale tjenester

Postadresse:  
Rådhuset, 0037 Oslo  
E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

5. Vil byråden vurdere eller iverksette tiltak på bakgrunn av rapporten, rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Rapporten gjøres kjent for øvrige bydeler og er et bidrag i løpende arbeid for å oppnå best mulig prosesser i overgangen mellom sykehus og kommunens tjenester.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksetting og gjennomføring av eventuelle tiltak?

Endelig rapport oversendes bydelene når den er mottatt. Ellers vil dette være et kontinuerlig arbeid.

7. Oppfattes rapporten som nyttig for byråden? Oppgi gjerne begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Rapporten oppleves som nyttig.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygging og språkbruk?

Den oppfattes som god.

Med hilsen

Endre Sandvik  
kommunaldirektør

Elisabeth Vennevold  
pleie- og omsorgssjef

**Godkjent og ekspedert elektronisk**



Oslo kommune

Kommunerevisjonen  
Morten Engebretsen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Innkomet post Oslo kommune Kommunerevisjonen
01 JUNI 2015
Saksbehandler: <u>AKR/MORTEN</u>
Saksnr: <u>15/00063-19</u>
Arkivnr: <u>126.2.2</u>

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato: 26.05.15
15/00063-12	201400813-3	Stig Bratlie	Arkivkode: 126.2

## RAPPORT TIL UTTALELSE: SAMHANDLINGSREFORMEN - UTSKRIVNING AV PASIENTER

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker.

Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner. Rapporten påpeker mange kjente utfordringer vedrørende samhandlingsreformen. Spesielt gjelder dette at det har vært en betydelig økning av utskrivningsklare pasienter (figur 1) samtidig som liggetiden har gått drastisk ned på i forkant og etterkant av en UK-melding. Dette skaper store utfordringer i forhold til et tilpasset hjelpebehovet i etterkant av sykehusopphold, både på kort sikt og langsikt. Det krever tidlig kontakt, presise funksjonsbeskrivelser, god informasjonsflyt og en felles forståelse av ansvarsområder.

Flere av utfordringene innen samhandling kan ha bakgrunn i forskjellige kulturer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten har man fokus på ett helseproblem om gangen, mens man i kommunen gjerne har fokus på hele spekteret av diagnoser og problemer. Pasientrollen er svak i spesialisthelsetjenesten, mens den er sterk i kommunehelsetjenesten. Når spesialisthelsetjenesten først og fremst har fokus på omsorgsnivået etter utskrivelse istedenfor å lage gode funksjonsbeskrivelser skaper dette store utfordringer.

Svar på spørsmål:

1. Har Informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig?
  - a. Hovedhensikten med prosjektet har vært tilstrekkelig kommunisert både igjennom skriftlig dokumentasjon og informasjonsmøte. Vi hadde en opplevelse av at ikke alle kriteriene var fastlagt under informasjonsmøte. Vi kom med noen forslag i forhold til sykepleieopplysninger/funksjonsbeskrivelse. Vi er usikre på om dette ble evt. drøftet på et senere tidspunkt og om det ble tydelig kommunisert på et senere tidspunkt. Muligens kan utskiftning av prosjektleder være årsaken.



Postadresse: Ammerudveien 22  
0958 Oslo  
E-post: [postmottak@bgr.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@bgr.oslo.kommune.no)

Telefon: 02180  
Telefaks: 23 42 19 01

Bankkonto: 1315 01 00814  
Org.nr. 974 778 866

2. Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hva?
  - a. Metode: Vi synes det er gunstig at man både har hatt en kvantitativ og en kvalitativ metodikk. Vi stiller spørsmål om 10 brukere er representativt som faktagrunnlag, dog ser vi at det gir en god pekepinn på hva som evt. er utfordringer og svakheter. Intervjuene var åpne og det var en positiv tone. Vi opplevde et godt samarbeid og lydhøre intervjuere.
  - b. Kilder/data: Det fremkommer mye nyttig informasjon i rapporten f.eks. uk-døgn og reinnleggelser. Figur 1 viser at antall UK-døgn har gått drastisk ned etter samhandlingsreformen ble innført, samtidig som man uk-melder tidligere enn før (se figur 3). Det hadde vært interessant å se en tabell over utviklingen på det totale antall liggedøgn en UK-pasient har fra innleggelse til utskrivelse fra 2011-2014.
3. Har bydelen kommentar til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?
  - a. Et av de viktigste punktene var om; *det foreligger nødvendig informasjon for vurderingen av hjelpebehovet til utskrivningsklare pasienter?* Vi etterlyser en tydeligere definisjon på hva nødvendig informasjon er. Vi foreslo flere kriterier på funksjonsbeskrivelse/sykepleieopplysninger under introduksjonsmøte. Dette fikk vi ikke tilbakemelding på.
4. Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?
  - a. Faktaframstillingen er ryddig og objektivt. Vi ser at vi har et forbedringspotensial innen dokumentasjon. Vi vil allikevel påpeke at tross mangler innen dokumentasjon er det normal praksis å foreta vurderinger i de sakene man etterspør dokumentasjon. Vi er i ferd med å lage rutiner som sikrer både avsatt tid og dokumentasjon på førstegangs vurderingsbesøk av hjemmesykepleien og en begrunnet vurdering av omsorgsnivået fra bestiller. Når det gjelder avviksmeldinger og oppfølging av disse, er det kommet endrede rutiner.
5. Vil bydelen vurdere tiltak, eller iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og/eller anbefalinger
  - a. Ja, se punkt 4.
6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av eventuelle tiltak?
  - a. I løpet av høsten 2015 skal skriftlige rutiner være på plass.
7. Oppfattes rapporten som nyttig for bydelen? Oppgi gjerne en begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.
  - a. Vi har fått tilbakemeldinger konkrete forbedringspunktene. Dette ser vi som nyttig. I tillegg fremkommer faktaopplysninger som er hevet over de lokale problemstillingene. Å se utviklingen både innad i Oslo kommune og på landsbasis er interessant. Dessverre er mandatet snevret inn til kommunene. Ved å utelate spesialisttjenesten mister man noe av helheten. Det først når man får sammenliknbare samtaler på begge linjer og,

man også kan ta i bruk sykehusets tallgrunnlag, at man får frem de rette tiltakene som fører til *bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte.*

**Konklusjon:**

Rapporten peker på svakheter innen dokumentasjon og noe manglende rutiner. Samtidig har bydel Grorud mange godt fungerende rutiner og det gjøres mye kontinuerlig forbedringsarbeid. Vi har i dag et godt og tett samarbeide mellom bestiller og hjemmetjenesten. Vi er per dags dato i ferd med å utvikle rutiner som øker fokuset på den enkelte bruker. Saksbehandlerne på bestiller er daglig på vurderingsbesøk på sykehusene, men må forholde seg til to sykehus, Diakonhjemmet og Ahus. Dette skaper utfordringer. Vi har en telefon inn til bydelen fra sykehus. Denne telefonen overføres fra bestiller til hjemmesykepleien på kveld og helg. Vi får gode tilbakemeldinger fra sykehuset på god tilgjengelighet.

Med hilsen



**Marit Jansen**  
bydelsdirektør  
Bydel Grorud  
Oslo kommune

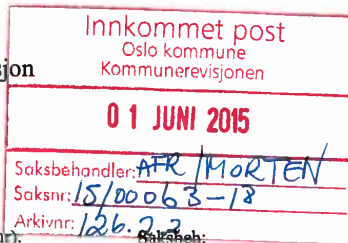


Seksjonsleder  
bestillerkontoret



Oslo kommune  
Bydel Ullern  
Bydelsadministrasjonen

Kommunerevisjonen  
Avdeling for forvaltningsrevisjon  
Grenseveien 88  
0663 OSLO



UNNTATT OFFENTLIGHET  
offentleglova § 14

Deres ref:

Vår ref (saksnr):  
2015/366

Saksbeh:  
Inga-Lill Zahl

Dato: 21.05.2015

Arkivkode:  
126.2

**KOMMUNEREVISJONENS RAPPORT TIL UTTALELSE -  
SAMHANDLINGSREFORMEN**

Det vises til kommunerevisjonens rapport og henstilling i brev datert 05.05.15 om tilbakemelding fra Bydel Ullern på rapporten.

- Bydel Ullern oppfatter at prosjektets hensikt har kommet klart frem i rapporten ved beskrivelse av formålet om å bidra til kontinuitet og forsvarlighet i tjenestetilbudet til pasienter ved utskrivning fra sykehus ved å få frem informasjon om status på viktige punkter og vurdere to utvalgte bydelers rutiner og praksis på området.
- Bydelen har ingen kommentarer til metodikk, anvendte kilder eller data som er anvendt i prosjektet. Både metodikk og revisjonskriteriene er gjort godt rede for.
- Rapportens konklusjon og anbefaling er vurdert å være i samsvar med bydelens egen oppfatning av områder som må forbedres og styrkes. Anbefalingene anses som viktige og relevante for bydelens videre arbeid med å sikre at brukere får et forsvarlig tjenestetilbud samt å forebygge og forhindre reinnleggelser.
- På bakgrunn av anbefalinger i rapporten er noen tiltak allerede iverksatt. Søknadskontoret har 18.05.15 gjennomført fagmøte/internundervisning med gjennomgang av dokumentasjon. Fokus har vært på dokumentasjon av brukermedvirkning i journal i fagsystemet Gerica samt dokumentasjon av vurderinger. Det vil bli utarbeidet en sjekkliste som benyttes ved dokumentasjon i saksbehandlerjournal. Høsten 2015 vil temaet dokumentasjon bli fulgt opp ytterligere med et eget seminar. Søknadskontoret har omorganisert saksbehandlerne ved kontoret slik at det nå er noen få som saksbehandler alle henvendelser fra sykehus. Dette innebærer at saksbehandlerne ser de fleste brukerne på sykehus nå og at vurderingen som ligger til grunn for utmåling av tjenestetilbudet er basert på bydelens egne vurderinger.

For å sikre at hjemmetjenesten ved førstegangsbesøk har tilgang på nødvendige opplysninger, resepter og medisiner, vil Søknadskontoret og hjemmetjenesten i samarbeid utarbeide en sjekkliste som benyttes i dialogen med sykehuset ved utskrivningstidspunkt.



Bydel Ullern  
Bydelsadministrasjonen

Besøksadresse:  
Hoffsveien 48  
Postadresse:  
Postboks 43 Skøyen  
0212 OSLO

Telefon : 02 180  
Telefaks: 22 51 58 69  
E-post: postmottak@bun.oslo.kommune.no  
Internett adresse : www.bun.oslo.kommune.no

Bankgiro : 1315 01 00156  
Org.nr : 971 022 051

Søknadskontoret vil ta opp i et møteforum med Sykehus og søknadskontor i sykehusets sektor, rutiner for avviksmelding. Det vil bli utarbeidet prosedyrer for avviksrapportering i tilknytning til samhandlingen. Søknadskontoret vil ha fagmøte 17.06.15 med fokus på avviksrapportering og spesielt definisjon av avvik. Hensikten er å etablere god avviksmeldingskultur.

- Innføring av Samhandlingsreformen har medført utfordringer for bydelen i forbindelse med utskrivning fra sykehus. Rapporten påpeker svakheter og mangler i bydelens systemer som kan medføre at pasienter i ytterste fall ikke mottar tilstrekkelig helsehjelp. Bydel Ullern er opptatt av å ha gode rutiner og systemer som sikrer videreformidling av nødvendig pasientinformasjon. Rapporten oppfattes utelukkende som relevant og nyttig for bydelens arbeid i å nå målet med å ha gode rutiner og systemer. Rapportens vurderinger og anbefalinger er detaljerte og konkrete og dermed svært nyttige. På bakgrunn av dette har arbeidet med å iverksette noen tiltak og påbegynne andre vært noe enklere.

Med hilsen

  
Marie Anbjørg Jøten  
bydelsdirektør

  
Giske Edvardsen  
avdelingssjef





Oslo kommune  
**Kommunerevisjonen**

Grenseveien 88, 0663 OSLO  
Telefonnummer: 23 48 68 00  
Telefaksnummer: 23 48 68 01

[www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)  
[postmottak@krv.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@krv.oslo.kommune.no)