

Sak 2: Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter legger til rette for helhetlige og koordinerte pasientforløp. Undersøkelsen er basert på spørrebrev, analyse av statistikk, dokumenter og dybdeintervjuer. Datainnsamlingen omfatter perioden 2011–2017.

I 2016 var det nær 800 000 døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut fra somatiske sykehus til sykehjem, institusjon eller hjem, med behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten – også kalt de utskrivningsklare pasientene. Over halvparten av de utskrivningsklare pasientene var over 80 år. Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er eldre og har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har mer enn én sykdom. Disse pasientene er svært sårbare for forflytninger, og å bli lagt inn igjen på sykehuset kort tid etter utskrivning kan være krevende for pasienten og kostbart for samfunnet.

Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å bidra til et helhetlig pasientforløp av god kvalitet, og helseforetakene skal legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten. Et viktig mål med samhandlingsreformen er å skape gode helhetlige pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene. Helseforetakene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler med kommunene om de pasientene som skrives ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, viste at liggetiden er redusert spesielt for personer som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Det gikk videre fram at mange fastleger og kommuner mente at pasienter blir skrevet ut for tidlig, slik at det var vanskelig for kommunen å tilby pasienten et godt tjenestetilbud. For tidlig utskrivning kan føre til at flere pasienter blir reinnlagt etter utskrivning til kommunen.

Både Riksrevisjonens undersøkelse, Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 og oppsummeringsrapport fra internrevisjonen i Helse Sør-Øst i 2014 viser at det er utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter. Dette gjelder særlig informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene og kvaliteten på den informasjonen som utveksles. Internrevisjonens undersøkelse viser at det er risiko for at helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer ikke bidrar godt nok til nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*
- *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*
- *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (internkontrollforskriften), som fra 1. januar 2017 ble erstattet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

- Innst. 217 S (2015–2016), jf. Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- St. meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 30. juni 2017. Departementet har i brev av 21. august 2017 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016.
- Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.
- Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
- Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016

Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten har vært forholdsvis stabilt i undersøkelsesperioden og utgjorde nær 800 000 i 2016. Antall opphold av utskrivningsklare pasienter, som utgjorde 108 000 i 2016, har økt i perioden 2011–2016 i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene. Økningen skyldes blant annet at registreringspraksis er endret slik at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig i starten av perioden.

I undersøkelsesperioden har den totale andelen akutte innleggelser innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus – reinnleggelser – økt fra 9 til 10 prosent. Blant disse har andelen av utskrivningsklare pasienter økt, og økningen har vært størst fra 2011 til 2012. For pasienter som skrives ut til hjemmet, uten oppfølging fra kommunehelsetjenesten, har andelen reinnleggelser gått noe ned i perioden. Endringene skyldes blant annet forbedringer av sykehusenes registreringspraksis.

I 2016 var andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, som for øvrige pasienter. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Reinnleggelse er en nasjonal kvalitetsindikator som det er viktig å følge med på, fordi det kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. Etter Riksrevisjonens vurdering viser statistikken over reinnleggelser at det er særlige utfordringer med pasientgruppen som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

2.2 Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp

En vesentlig forutsetning for å sikre at utskrivningsklare pasienter får helhetlige og koordinerte pasientforløp, er at det er god kvalitet på pasientinformasjonen som helseforetakene sender til kommunehelsetjenesten, og at informasjonen kommer i rett tid. Helseforetakene er pålagt å legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten, og formen på og innholdet i kommunikasjonen mellom tjenestenivåene er lov- og forskriftsregulert.

Denne undersøkelsen bekrefter tidligere funn om at kvaliteten på informasjon om utskrivningsklare pasienter ikke er god nok, og at helseforetakene har utfordringer med den informasjonen de gir til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig feil og mangler i epikriser, medisinlister og vurderinger av pasienters funksjonsnivå.

Det er flere forklaringer på at kvaliteten på informasjonen til kommunehelsetjenesten ikke er god nok. Når pasienter legges inn, har informasjonen fra kommunehelsetjenesten ofte feil og mangler om hvilke medisiner pasienten bruker til daglig og hva som er pasientens normale funksjonsnivå. Dette vanskeliggjør sykehusenes oppgaver med å utarbeide korrekt medisinliste og å vurdere pasientens faktiske funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning. Helsepersonell som arbeider med utskrivning av pasienter på sykehusene, gjør i liten grad kommunehelsetjenesten oppmerksom på disse feilene og manglene.

Innholdet i pasientjournalene utgjør grunnlaget for informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at pasientjournalene til tider ikke er oppdatert, og at vesentlig informasjon ikke alltid er dokumentert. Dette øker etter Riksrevisjonens vurdering risikoen for at blant annet sammenfatningen av journalopplysninger som gis i epikrisen, ikke gir kommunehelsetjenesten god nok informasjon til å kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning.

Det er i liten grad etablert en systematisk opplæring av utførende helsepersonell i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter i de undersøkte helseforetakene. I tillegg gjennomføres det i liten grad rutinemessige kontroller på utførende nivå for å kvalitetssikre informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten i eksempelvis pleie- og omsorgsmeldinger, epikriser og medisinlister. Videre er tidspress på sykehus en forklaring på at dialogen med kommunehelsetjenesten nedprioriteres, og at kvaliteten på informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten blir svekket eller at informasjonen blir forsinket.

De fleste pasientene som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har sammensatte lidelser, og det er viktig med tverrfaglige vurderinger av disse pasientene. Av undersøkelsen går det fram at geriatriske enheter i langt større grad enn andre enheter systematisk gjennomfører tverrfaglige vurderinger av eldre pasienter med sammensatte lidelser. Ved å involvere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper øker sannsynligheten for at pasientinformasjonen til kommunehelsetjenesten får bedre kvalitet og blir mer helhetlig. Etter Riksrevisjonens vurdering er det behov for et bedre system for tverrfaglig involvering i arbeidet med vurdering av eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Innføringen av det elektroniske pleie- og omsorgssystemet har forbedret samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Det er likevel ikke lagt godt nok til rette for å formidle vurderingene fra fysioterapeuter og ergoterapeuter til kommunehelsetjenesten og for å kommunisere effektivt med fastleger. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette føre til at informasjon som er sentral og nødvendig for å vurdere hva som er forsvarlig hjelp for den enkelte pasient, ikke kommer fram.

2.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Samarbeidsavtaler er et lovpålagt verktøy for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene har i hovedsak likt innhold og er i tråd med kravene i den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler. I tillegg har helseforetakene etablert en rekke prosedyrer og rutiner som omfatter de avtalefestede forpliktelsene og hvordan brudd på forpliktelsene skal meldes, håndteres, evalueres og følges opp for å sikre læring. Av undersøkelsen går det fram at prosedyrene og rutinene ikke er godt nok kjent blant helsepersonell som til daglig arbeider med pasientbehandling og skriver ut pasienter.

Individuell plan og koordinator er andre lovpålagte samarbeidsfremmende virkemidler for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Selv om de fleste helseforetakene har prosedyrer for individuell plan og koordinator, er disse virkemidlene i praksis lite kjent, og de brukes i liten grad for eldre pasienter med sammensatte lidelser. Når helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om pålagte virkemidler som skal fremme viktige pasientrettigheter, helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom forvaltningsnivåene, mener Riksrevisjonen at helseforetakene i sin styring ikke legger godt nok til rette for at virkemidlene tas i bruk.

Spesialisthelsetjenesten har en generell, lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, og helsepersonell på sykehusene skal gi råd, veiledning og opplysninger om helseforhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Samtidig følger det av samarbeidsavtaler at helseforetak ikke skal legge føringer for hvilke tjenester kommuner skal yte til pasienten etter utskrivning, eller vurdere om det kommunale hjelpetilbudet er forsvarlig. Dette gjør at det i praksis er krevende å følge opp veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten på en balansert måte. Etter Riksrevisjonens vurdering har helseforetakene ikke avklart godt nok hvordan helsepersonell skal ivareta denne plikten.

Det er forskriftsregulert at en somatisk pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og at beslutningen skal være basert på en individuell, helsefaglig vurdering. Videre er det lovregulert at kommuner fra dag én skal dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det kommer fram av undersøkelsen at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, i mange tilfeller ikke samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener pasientene har behov for etter utskrivning. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienten utskrivningsklar, blant annet for å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. En slik praksis er etter Riksrevisjonens vurdering forståelig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv, men den understøtter ikke samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå. En slik praksis kan også føre til at helseforetakenes liggetider og kostnader øker.

2.4 Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Mer enn ni av ti pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har flere enn én sykdom. Liggetiden for disse pasientene har blitt kortere i perioden 2011–2016, mens andelen som reinnlegges, har økt. Dette henger blant annet sammen med at kortere liggetid på sykehus gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen.

Kortere liggetid på sykehus er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, men det stiller særskilte krav til helseforetakene om å ha etablert en praksis som sikrer en god utskrivningsprosess. Påpekte svakheter i pasientinformasjonen kan være en årsak til at pasienter blir unødvendig reinnlagt, fordi kommunehelsetjenesten ikke får godt nok informasjonsgrunnlag til å følge opp pasienten. Unødvendige reinnleggelser skal unngås, og etter Riksrevisjonens vurdering er det mulig å redusere antallet slike reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - følger opp at sykehusene har interne systemer og kontroller som sikrer at de ansatte kjenner til og bruker virkemidler, prosedyrer og rutiner i arbeidet med utskrivning av pasienter. Dette skal sikre at lovpålagte krav blir fulgt og bidra til god informasjonsutveksling og samhandling mellom tjenestenivåene.
 - bidrar til en praksis for utskrivning av pasienter som oppfyller samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå. Dette må skje innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig og gjennom samhandling med kommunehelsetjenesten.
- de regionale helseforetakene tydeliggjør hvordan helseforetakenes lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskrivning av pasienter konkret skal utføres for å være i tråd med samarbeidsavtalene.
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter bidrar til at liggetider ved helseforetakene ikke øker unødige i omfang og kostnad innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig.

4 Departementets oppfølging

Statsråden påpeker at Riksrevisjonens anbefalinger vil bli fulgt opp på egnet måte og omtaler flere aktuelle virkemidler og tiltak i sitt svarbrev.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017, har som mål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Statsråden påpeker at det er satt i gang flere tiltak for å legge til rette for å forbedre kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen i tjenesten. Det blir vist til en pågående utredning av en felles legemiddelliste, som er en oppfølging av Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*. Her vil det bli etablert en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste som er tilgjengelig for helsepersonell. En felles oversikt over pasientens legemidler vil, ifølge statsråden, gjøre det mulig for helsepersonell å dele informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Statsråden påpeker at det er mange både i sykehus, kommuner, hos fastleger og i resten av helsetjenesten som sliter med gammel informasjonsteknologi, og at dette skaper problemer for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Pasientjournalssystemene tilfredsstillter ikke dagens krav til funksjonalitet og informasjonssikkerhet. Statsråden mener at informasjonen må deles mellom aktørene i stedet for å bli sendt slik det gjøres i dag. Det arbeides derfor med å modernisere IKT-plattformen og for en felles løsning for helse- og omsorgssektoren. Helsesektoren er i gang med å realisere "Én innbygger – én journal". Det langsiktige målet er en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten.

Når det gjelder å bidra til at liggetider ikke øker unødige, påpeker statsråden at tidlig innsats med tjenester på laveste effektive omsorgsnivå og en bedre helhet og sammenheng i tilbudene vil stå sentralt i helsepolitikken framover. Som et eksempel viser statsråden til stortingsmeldingen "Leve hele livet". Meldingen er under utarbeiding og vil ha helhet og sammenheng som tema.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 2:
Brev og rapport til sak 2 om
helseforetakenes praksis for
utskrivning av somatiske pasienter
til kommunehelsetjenesten

2.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

2.2 Statsrådets svar

2.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Vedlegg 2.1:



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler	
Toril Flønes Tanem	22241210
Vår dato	Vår referanse
01.11.2017	2017/01312-12
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 21. august 2017.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 18

Deres ref

Vår ref

Dato

16/5183-18

15.november 2017

Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Jeg viser til Riksrevisjonen brev av 1. november 2017.

Det er positivt at Riksrevisjonen har gjennomgått helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter og identifisert områder for forbedring. Undersøkelsen vil være verdifull både for tjenesten og for departementets arbeid for å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet. Dette er særlig viktig for den sårbare gruppen pasienter som trenger behandling og oppfølging i begge tjenestenivåer.

Etterlevelse av lovpålagte krav

Ett av funnene i rapporten gjelder at helseforetakene ikke følger godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonens anbefaling er at helseforetakene følger opp at sykehusene har interne systemer og kontroller som sikrer at de ansatte kjenner til og bruker virkemidler, prosedyrer og rutiner i arbeidet med utskrivning av pasienter.

Jeg viser i den forbindelse til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 01.01.17, som har som mål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleveres. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Kommunikasjon og informasjon

Riksrevisjonens anbefalinger er at "Helseforetakene bidrar til en praksis for utskrivning av pasienter som oppfyller samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå". I rapporten påpekes blant annet at svikt i kvaliteten i informasjonen fra helseforetakene til kommunen fører til mangler i helhetlige pasientforløp og at det er mulig å redusere omfanget av reinnleggelser gjennom bedre samhandling.

Flere tiltak er satt i gang for å legge til rette for å forbedre kommunikasjon og informasjonsutveksling i tjenesten. Oppdatering av medisinalister er påpekt som ett av problemområdene i Riksrevisjonens rapport. Som oppfølging av tiltak i Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28, 2014 - 2015) «Riktig bruk – bedre helse», pågår det nå en utredning av en felles legemiddelliste. Det skal etableres en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste som er tilgjengelig for alt helsepersonell med tjenstlig behov. En felles oversikt over pasientens legemidler vil gjøre det mulig for helsepersonell å dele informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ett av problemene knyttet til kommunikasjon og informasjonsutveksling er at mange både i sykehus, kommuner, fastleger og resten av helsetjenesten sliter med gammel teknologi. Pasientjournalssystemene møter ikke dagens krav til funksjonalitet og informasjonssikkerhet. Helsepersonell med tjenstlig behov må ha tilgang til den samme informasjonen, uavhengig av hvor informasjonen har oppstått og hvor man jobber. Informasjonen må derfor deles mellom aktørene i stedet for å bli sendt slik det gjøres i dag.

Det arbeides derfor med å modernisere IKT-plattformen og for en felles løsning for helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgssektoren er i gang med å realisere "Én innbygger – én journal". Det langsiktige målet er en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten.

Bidrag til at liggetider ikke øker unødige tjenester på laveste effektive omsorgsnivå

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter og bidrar til at liggetider ved helseforetakene ikke øker unødige i omfang og kostnad innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig.

Tidlig innsats med tjenester på laveste effektive nivå, og bedre helhet og sammenheng i tilbudene vil stå sentralt i helsepolitikken framover. Eksempelvis vil meldingen "Leve hele livet", som er under utarbeiding, ha helhet og sammenheng som tema.

Riksrevisjonens anbefalinger vil, jamfør også tiltakene som er nevnt over, bli fulgt opp på egnet måte.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 2.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten utgjorde nær 800 000 i 2016. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut fra somatiske sykehus til sykehjem, institusjon eller hjem, med behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten – også kalt de utskrivningsklare pasientene. Av de utskrivningsklare pasientene var over halvparten over 80 år. Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er eldre og har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester har mer enn én sykdom.¹ Disse pasientene er svært sårbare for forflytninger, og det å bli lagt inn igjen på sykehuset kort tid etter utskrivning kan være krevende for pasienten og kostbart for samfunnet.²

Et viktig mål med samhandlingsreformen er å skape gode helhetlige pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene. Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å bidra til et helhetlig pasientforløp av god kvalitet, og helseforetakene skal legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helseforetakene og kommunene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler om de pasientene som skrives ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen viste at det har vært en reduksjon i liggetiden spesielt for personer som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Den viste videre at det blant fastlegene i undersøkelsen var 80 prosent som mente at pasienter ble skrevet ut for tidlig til kommunehelsetjenesten. Mange av kommunene mente at pasienter ofte ble skrevet ut så tidlig at det var vanskelig for kommunen å tilby et godt tjenestetilbud. Av undersøkelsen gikk det fram at for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet var årsaker til at flere pasienter ble reinnlagt etter utskrivning til kommunen.³

Både Riksrevisjonens undersøkelse og rapporter fra Helsetilsynet og internrevisjonen i Helse Sør-Øst viste at det er utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, særlig når det gjelder informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene og kvaliteten på den informasjonen som utveksles.⁴

1) A. Grimsmo, NTNU, 2015, Sluttrapport EVASAM, *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen*.

2) Kunnskapssenteret, 20.05.2015, *Hver syvende eldre blir lagt inn igjen i sykehus*, www.kunnskapssenteret.no/nyheter/hver-syvende-eldre-blir-lagt-inn-igjen-i-sykehus.

3) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

4) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

Rapporten fra internrevisjonen viste videre at feil og mangler på prosessnivå ofte skyldes svakheter i systemet for intern styring og kontroll. Det er dermed en risiko for at helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer ikke bidrar godt nok til nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten. Når vesentlig informasjon om pasienter mangler, kan dette få konsekvenser for pasientbehandlingen i helsetjenesten og innebære at pasienter ikke får optimale, koordinerte og enhetlige pasientforløp.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet er å undersøke om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter legger til rette for helhetlige og koordinerte pasientforløp.

Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. Hvordan har helseforetakenes utvikling i pasientopphold, liggetider og reinnleggelser vært i perioden 2011–2016?
2. I hvilken grad sikrer helseforetakenes interne styring og kontroll at praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav?

1.3 Revisjonskriterier

1.3.1 Krav til forsvarlige helsetjenester og god ressursutnyttelse

Ifølge *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2 og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 skal helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, være forsvarlige. Tjenestene skal tilrettelegges slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tilbud. *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til en slik plan etter *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-5. Helsepersonelloven gjelder på samme måte for personell i kommunene som yter helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

I Innst. 217 S (2015–2016)⁵ viser Helse- og omsorgskomiteen til at det er spesielt viktig å følge med på reinnleggelser. Komiteen merker seg også at pasienter med kols/astma er den pasientgruppen som hyppigst blir innlagt på nytt innen 30 dager. Komiteen ber regjeringen følge nøye med på reinnleggingsgraden på sykehus. I Innst. 424 L (2010–2011)⁶ viser Helse- og omsorgskomiteen til at man skal søke å unngå unødvendige reinnleggelser.

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.⁷ Med god ressursutnyttelse siktes det til graden av måloppnåelse i

5) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014, jf. Meld. St. 12 (2015–2016).

6) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011).

7) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 1-1 nr. 4.

forhold til ressursinnsatsen. Helsepersonelloven § 6 stiller også krav til god ressursutnyttelse ved å pålegge helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødig tidstap eller utgift.

1.3.2 Krav til helhetlige og koordinerte pasientforløp og samarbeid mellom tjenestenivåene

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen⁸ slår fast at gode helhetlige pasientforløp i større grad enn før bør bli en felles referanseramme for alle aktørene i helse- og omsorgssektoren. Forløpstenkningen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp på en slik måte at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad.

Samhandlingsreformen, som ble satt i verk 1. januar 2012, skal sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren og bidra til en mer ressurseffektiv helsetjeneste av god kvalitet. Målet skal blant annet nås gjennom dempet vekst i sykehus-tjenestene ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, og gjennom mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.⁹ Ved behandlingen av forslaget om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov understreket helse- og omsorgskomiteen betydningen av at pasienter får sin behandling på rett nivå.¹⁰

De regionale helseforetakene er ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e pålagt å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere. Det framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 og helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 at tjenestenivåene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter.

I nasjonal veileder for samarbeidsavtaler¹¹ er det blant annet presisert at avtalen bør beskrive

- samarbeid om utskrivning av pasienter som trenger et kommunalt tilbud, herunder gjensidige varslingsrutiner til fastlegen og andre relevante instanser i kommunen
- nødvendig klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen
- nødvendig informasjonsoverføring til pasient og eventuelt pårørende, fastlegen og øvrig involvert kommunalt tjenesteapparat
- vurdering av behov for og eventuell bestilling av hjelpemidler
- hvordan partene vil innfri krav til *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 slår fast at kommuner fra og med dag én skal dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Finansieringsansvaret er nærmere regulert i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, som blant annet har til formål¹² å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten og skape gode pasientforløp.

8) St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

9) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen.*

10) Innst. 424 L (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011).

11) Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Nasjonal veileder, Helse- og omsorgsdepartementet.

12) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* § 1.

Det er regulert i § 9 i forskriften at en somatisk pasient er utskrivningsklar når en lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
- b) Øvrige problemstillinger som har kommet fram, skal være avklart.
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for.
- d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og en videre plan for oppfølging av pasienten.
- e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Videre er krav til innhold i og frister for kommunikasjonen mellom tjenestenivåene om utskrivningsklare pasienter, regulert i forskriftens kapittel 3. Blant annet skal epikrise eller tilsvarende informasjon ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. helsepersonelloven § 45a og forskrift om pasientjournal § 9.¹³

Helse- og omsorgsdepartementet presiserte i høringsnotatet om samhandlingsreformen¹⁴ at det ikke er opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvorvidt kommunen har et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient etter utskrivning. Det er kommunen som skal vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Kommunen kan likevel ikke gi beskjed til spesialisthelsetjenesten om at man er klar til å motta en pasient dersom det ikke finnes et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.¹⁵

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven¹⁶ og helse- og omsorgstjenesteloven¹⁷ at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha individuell plan og en koordinator. Koordinatoren skal blant annet sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet overfor andre tjenesteytere samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan. I spesialisthelsetjenesten skal koordinatoren være helsepersonell. Et helseforetak skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter begge tjenestenivåene og medvirke i kommunes arbeid med individuell plan. Begge tjenestenivåene er pålagt å ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for habilitering og rehabilitering og arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.¹⁸

Tjenestenivåenes ansvar for pasienter med behov for habiliterings- og rehabiliterings-tjenester og individuell plan er nærmere regulert i en forskrift om habilitering og

13) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* § 12.

14) Høringsnotat Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

15) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 6-3.

16) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-5 og § 2-5 a.

17) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* § 7-1 og § 7-2.

18) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-5 b og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* § 7-3.

rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskriftens formål¹⁹ er blant annet å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere innen samme tjenestenivå eller på tvers av tjenestenivåene. I § 4 i forskriften er det presisert at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt innen habilitering og rehabilitering innebærer at de regionale helseforetakene skal sørge for

- a) råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
- b) samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer
- c) generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
- d) samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

1.3.3 Krav til internkontroll

Spesialisthelsetjenesteloven²⁰ og helsetilsynsloven²¹ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Helseforetakene skal i henhold til § 4 i *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (internkontrollforskriften) ha formålstjenlige strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser for intern kontroll og risikostyring. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. De ansvarlige i helseforetaket skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, og sette i verk rutiner eller andre tiltak for blant annet å forebygge overtredelse av helselovgivningen. Krav til intern styring og kontroll som innholdsmessig er konsistente med denne forskriften, går også fram av internasjonalt anerkjente rammeverk for intern kontroll²² og helhetlig risikostyring²³.

Internkontrollforskriften er erstattet med en ny *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* som trådte i kraft 1. januar 2017. Den nye forskriften vektlegger ledelsens betydning og er tydeligere på hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter. På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at den nye forskriften er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester, og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok.

Det følger av retningslinjer²⁴ for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene har etablert rammeverk for kontroll som påser at internkontrollen er sikret i tilstrekkelig omfang, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Hovedelementene kategoriseres i målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens mål og ha nødvendig forankring i ledelsen i hele organisasjonen.

19) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* § 1.

20) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-1 a, tredje ledd.

21) *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* § 3.

22) Internkontroll – et integrert rammeverk (1992/1996, norsk versjon).

23) Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk (COSO-ERM), utgitt på norsk av Norges Interne Revisorers Forening i 2004/2005.

24) Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i de regionale helseforetakene, jf. reglement for økonomistyring i staten § 10.

1.4 Metode og gjennomføring

Problemstillingene er belyst gjennom spørrebrev, analyse av statistikk og dokumenter og dybdeintervjuer. Datainnsamlingen omfatter tidsperioden 2011–2017.

1.4.1 Spørrebrev og dokumentanalyse

For å få informasjon om hvilke tiltak helseforetakene har for å legge til rette for at praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav, er det sendt spørrebrev til åtte helseforetak, to i hvert regionale helseforetak. Utvalgsriterier har vært størrelse på opptaksområde, om helseforetaket har bykommuner og distriktskommuner i opptaksområdet samt statistikk for reinnleggelser. De åtte helseforetakene er Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Møre og Romsdal HF, Nordlandssykehuset HF, Oslo Universitetssykehus HF (OUS), St. Olavs hospital HF, Sykehuset Telemark HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Hensikten med spørrebrevet har videre vært å hente inn dokumentasjon og kartlegge planer, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter, samt å få forklaringer på hvordan det lovpålagte samarbeidet med kommunehelsetjenesten er satt i verk gjennom prosedyrer og retningslinjer. I tillegg ble det stilt spørsmål om rutiner for samarbeid mellom avdelinger ved utskrivning av pasienter, dokumentasjon av utskrivningsprosessen, avvik i samhandlingen med kommunehelsetjenesten, samt utviklingen i reinnleggelser og tiltak for å redusere reinnleggelser.

Det er også brukt andre dokumenter som er relevante for undersøkelsen, som tilsynsrapporter fra Helsetilsynet om utskrivningsklare pasienter²⁵, internrevisjonsrapport fra internrevisjonen i Helse Sør-Øst²⁶ og forskningsrapporter²⁷.

1.4.2 Analyse av statistikk

Det er foretatt en analyse av statistikk for å få en oversikt over utviklingen i antall pasientopphold/utskrivninger, liggetider og andel reinnleggelser de siste årene. Det er gjort vurderinger av hvordan utviklingen har vært generelt og for eldre pasienter spesielt, og for ulike aldersgrupper og diagnoser. Den nasjonale kvalitetsindikatoren for reinnleggelser blant eldre og samhandlingsstatistikken er brukt i statistikkanalysen.

1.4.3 Dybdeintervjuer

Det er gjennomført dybdeintervjuer ved til sammen åtte sengeposter/avdelinger²⁸ (heretter kalt enheter) innen generell indremedisin, lungemedisin, slag/geriatri og ortopedi (kirurgi) i tre helseforetak for å undersøke hva som påvirker helseforetakenes utskrivningspraksis, og i hvilken grad helseforetakenes interne styring og kontroll sikrer at praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav. Enhetene er valgt fordi de har pasienter med typiske sammensatte lidelser som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

Helseforetakene som de åtte enhetene tilhører, ble valgt fra de åtte helseforetakene som fikk spørrebrev. Helseforetakene er videre valgt for å dekke variasjon i størrelse på opptaksområde og type kommuner i opptaksområdet. Det ene helseforetaket har i hovedsak bykommuner i sitt opptaksområde, mens de andre to har en kombinasjon av bykommuner og distriktskommuner. De valgte helseforetakene har videre ulike prosedyrer for utskrivningsprosessen.

25) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

26) Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

27) Forskningsrapporter går fram av noter i rapporten.

28) Ved de tre helseforetakene var det intervjuer med helsepersonell på sengeposter innenfor følgende: Helseforetak nummer 1: lungemedisin, ortopedi og geriatri. Helseforetak nummer 2: indremedisin, ortopedi og geriatri. Helseforetak nummer 3: ortopedi og slag/geriatri.

Det er gjennomført 23 intervjuer ved de åtte utvalgte enhetene. Intervjuene har vært med ulike typer helsepersonell som til daglig bruker prosedyrene og rutine i prosessen for å skrive ut pasienter fra kirurgisk, medisinsk og/eller geriatrisk opphold. I tillegg har det vært tre intervjuer med rådgivere fra sentrale enheter med samhandlingsfunksjoner i hvert av de tre helseforetakene.

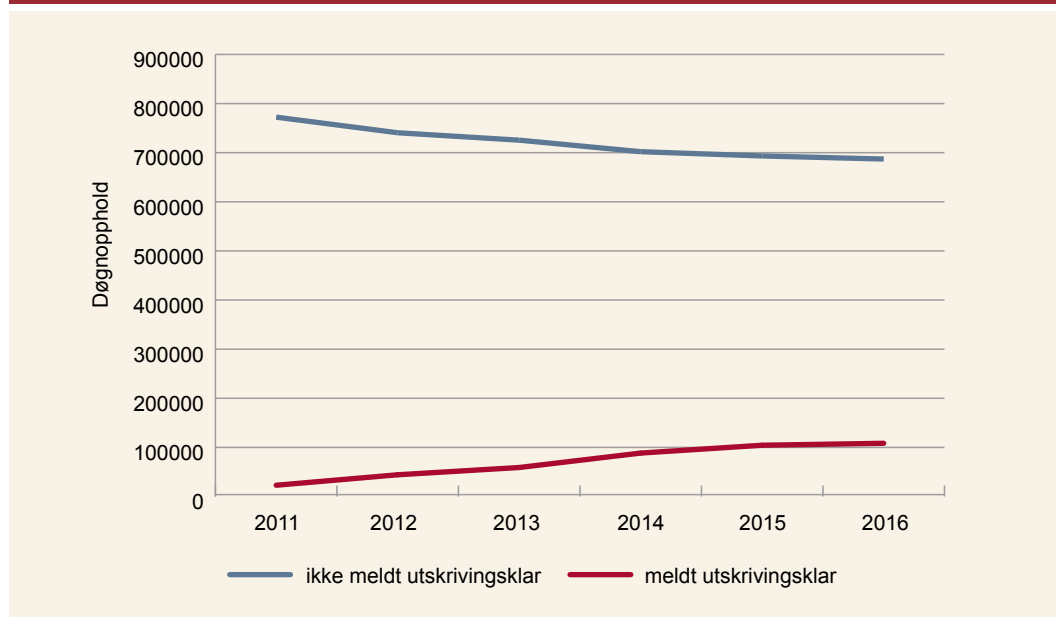
Intervjuene ble gjennomført for å få utdypende informasjon om samarbeidet med kommunehelsetjenesten, kontrollmiljøet, det interne samarbeidet og hva som kjennetegner en god og mindre god utskrivningspraksis. Som en forberedelse til intervjuene ble dokumentasjon i pasientjournaler vedrørende opphold for eldre pasienter ved hver av de åtte enhetene hentet inn og gått gjennom. Dokumentasjonen omfatter blant annet pleie- og omsorgsmeldinger til/fra kommunehelsetjenesten og epikriser.

2 Resultatet av undersøkelsen

2.1 Utvikling i pasientopphold, liggetider og reinnleggelser i perioden 2011–2016

2.1.1 Utvikling i pasientopphold og liggetider

Figur 1 Antall døgnopphold i somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på opphold hvor pasienten er meldt utskrivningsklar til kommunehelsetjenesten og opphold hvor pasienten ikke er meldt utskrivningsklar, 2011–2016



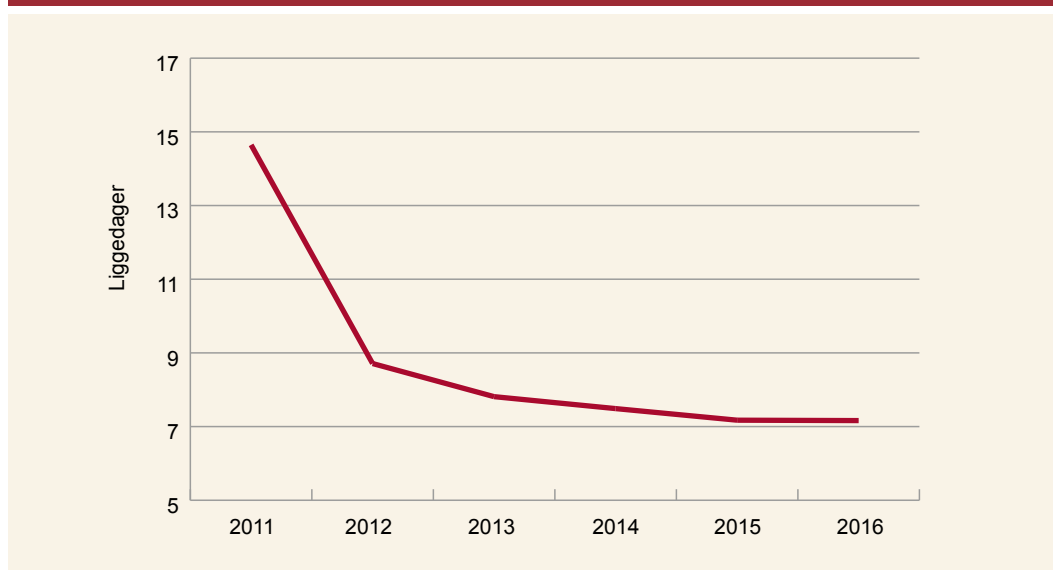
Kilde: Helsedirektoratet

Antall døgnopphold²⁹ i den somatiske spesialisthelsetjenesten har ligget forholdsvis stabilt på rundt 800 000 i perioden 2011–2016.³⁰ For de aller fleste døgnopphold blir pasienten skrevet ut uten behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten (86 prosent i 2016). For de resterende 14 prosent av oppholdene blir pasienten skrevet ut

- 29) Døgnopphold er avsluttende sykehusopphold (utskrivninger) hvor overnatting finner sted på sykehuset, dvs. at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggesdatoen (Helsedirektoratet 2014: Samdata. Definisjonsvedlegg).
- 30) Tallene er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Betanien hospital, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Stiftelsen Betanien Bergen, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt. Disse institusjonene har behandling for særskilte pasientgrupper, og er ikke relevante i beskrivelser og analyser av utskrivningsklare pasienter.

til kommunehelsetjenesten, noe som betyr at de enten følges opp i eget hjem eller i institusjon. Disse kalles her *utskrivningsklare pasienter* eller *pasienter meldt utskrivningsklare*. Antallet opphold for utskrivningsklare pasienter har økt jevnt i perioden, fra 44 000 i 2012 til 108 000 i 2016 (se figur 1). Det har vært en økning i antall opphold for denne pasientgruppen i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene.³¹ Det er flere årsaker til denne økningen. I følge Helsedirektoratet skyldes økningen i hovedsak en endring i registreringspraksis ved at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012.³² Før reformen var det enkelte helseforetak som ikke klassifiserte pasienter som utskrivningsklare til kommunen i det hele tatt.³³

Figur 2 Total liggetid for utskrivningsklare pasienter, 2011–2016



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 2 viser at det var en betydelig nedgang i totalt antall liggedager for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012, etter at ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter ble innført. Dette gjelder både for alle pasienter og pasienter over åtti år, hvor begge grupper lå nær seks dager kortere på sykehus i 2012 sammenlignet med året før. Etter 2012 har det vært en ytterligere reduksjon fram til 2016 på i snitt 1,5 dager, for begge grupper. I samme periode har til sammenligning gjennomsnittlig liggetid for pasienter som ikke ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, vært relativt uendret på rundt fire dager.³⁴

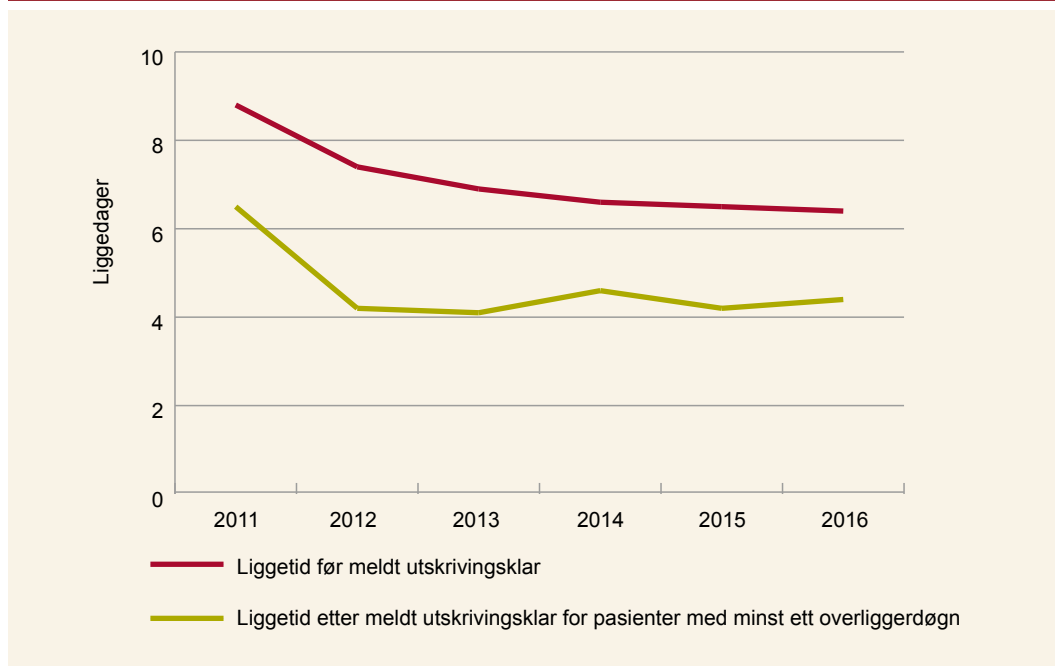
31) Unntakene er St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF i Helse Midt-Norge, som har hatt et redusert antall opphold for utskrivningsklare pasienter.

32) Helsedirektoratet 2016: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

33) En rapport fra 2016 fra Institutt for helseledelse ved Universitetet i Oslo viser at det har vært en endring i kodepraksis over tid i hvilke pasienter som meldes utskrivningsklare, jf. Terje P. Hagen, Eliva Ambugo og Hans Olav Melberg, 5/2016, UIO, *Liggetider og reinnleggelse i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen*.

34) Helsedirektoratet 2016: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

Figur 3 Gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter før pasienten er meldt utskrivningsklar, og for utskrivningsklare pasienter som har minst en liggedag etter at de er meldt utskrivningsklare til kommunen, 2011–2016



Kilde: Helsedirektoratet

Reduksjonen i liggetid skyldes særlig at de pasientene som *ikke* tas imot av kommunen *samme dag*, i snitt hadde to færre *overliggerdøgn*³⁵ etter at de var meldt utskrivningsklare til kommunen i 2012 sammenlignet med 2011 (figur 3). Etter 2012 har det vært lite endring i gjennomsnittlig antall overliggerdøgn, og i perioden 2012–2016 hadde disse pasientene i gjennomsnitt fire overliggerdøgn. Også *før* pasientene meldes utskrivningsklare, har liggetiden gått ned, fra rundt ni dager i 2011 til rundt seks dager i 2016. Ved nær alle helseregioner og helseforetak lå utskrivningsklare pasienter i 2016 kortere på sykehus før og etter utskrivning sammenlignet med 2011.

2.1.2. Utvikling i reinnleggelser

Dersom en pasient legges inn på sykehus gjennom en akutt innleggelse innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus, telles det i statistikken som en «reinnleggelse», uavhengig av innleggelsesårsak. Det er ikke alltid slik at en reinnleggelse er unødvendig, fordi noen pasienter krever tett oppfølging og legges inn ofte på sykehus som en del av god pasientbehandling. Andre reinnleggelser kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet, for eksempel på grunn av for tidlig utskrivning eller mangelfull oppfølging i kommunene.³⁶

Samhandlingsstatistikken³⁷ viser at risikoen for at pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten reinnlegges, øker med kortere liggetid før pasienter meldes som utskrivningsklare. Videre er risikoen høyere for pasienter som tas imot innen én dag etter at de er meldt utskrivningsklare, enn for dem som ligger lenger etter utskrivning.

35) Antall døgn utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

36) Helsenorge.no: Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning.

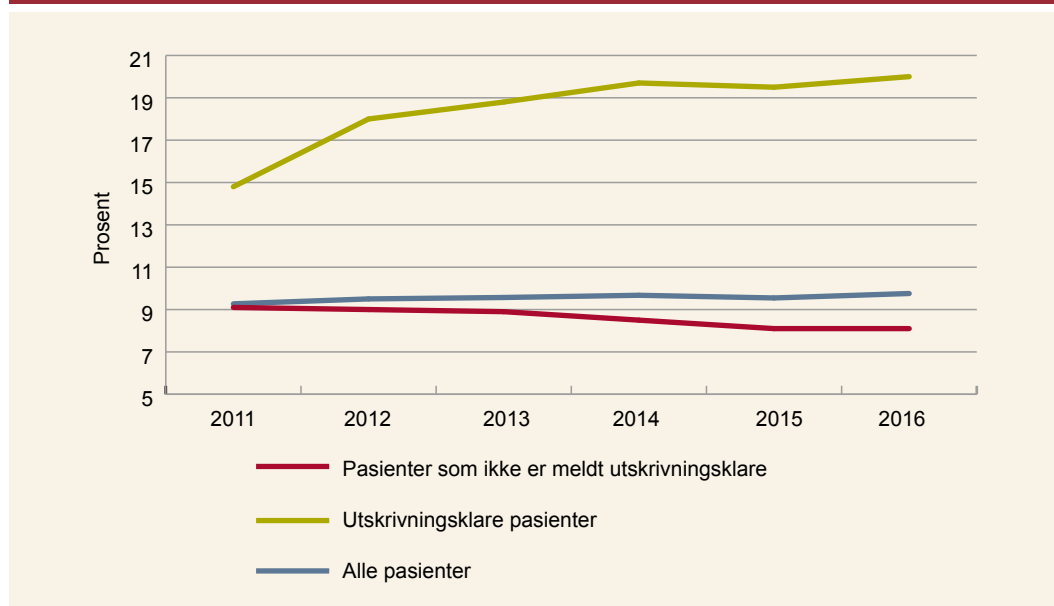
37) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

Andre faktorer som spiller inn, er blant annet

- pasientens *sykelighet*, hvor risikoen øker med økt sykelighet
- hvorvidt pasienten er lagt inn for *øyeblikkelig hjelp* eller for planlagt behandling, hvor sannsynligheten for reinnleggelse er høyest for førstnevnte gruppe
- *alder*, hvor pasienter mellom 67 og 84 år har større sannsynlighet enn dem over 84 år. Helsedirektoratet viser til at mange av de eldste pasientene har et pleie- og omsorgstilbud i kommunen (sykehjem, korttidsopphold eller hjemmesykepleie) som reduserer risikoen for reinnleggelse på sykehus.³⁸

Videre er andelen reinnleggelser stort sett høyere i kommuner med kort avstand til sykehus enn i kommuner med lang avstand, men med noen unntak.³⁹

Figur 4 Utviklingen i andelen reinnleggelser for alle pasienter, pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunehelsetjenesten, og pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare (øvrige pasienter)*, 2011–2016. Prosent.



*Pasienter som blir skrevet ut til hjemmet uten behov for kommunehelsetjenester. Pasientdata per 2. tertial for alle år.

Kilde: Helsedirektoratet

Andelen reinnleggelser totalt har økt fra 9 til 10 prosent i perioden 2011–2016. Det vil si at hvert tiende pasientopphold i 2016 ender med en reinnleggelse.

Figur 4 viser at andelen reinnleggelser er høyere for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, enn for dem som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunehelsetjenester. I 2016 er andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for denne gruppen som for øvrige pasienter. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten i 2016, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Dette kan blant annet skyldes at de som skrives ut til kommunehelsetjenesten, består av mange eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Utviklingen i andelen reinnleggelser er ulik for pasienter som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med dem som skrives ut til kommunehelsetjenesten. For den førstnevnte gruppen er andelen noe redusert i perioden, mens andelen har økt fra 15 prosent til 20 prosent for dem som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

38) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

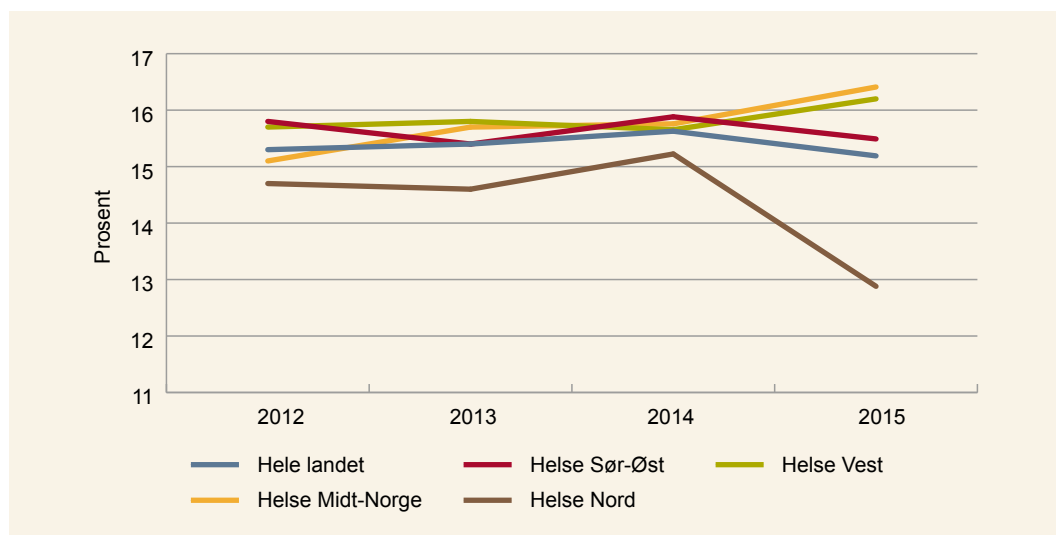
39) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

I tråd med samhandlingsreformens intensjoner er en større del av pasientforløpet overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.⁴⁰ Økningen i reinnleggelser for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, kan henge sammen med at liggetiden på sykehusene er blitt kortere, som omtalt over. Kortere liggetid gir økt sannsynlighet for at pasienten reinnlegges.⁴¹ Noe av økningen kan også skyldes at de to gruppenes sammensetning er endret ved at flere av de eldre pasientene med sammensatte lidelser inngår i gruppen for utskrivningsklare pasienter.⁴² Helse- og omsorgsdepartementet viser til en rapport fra Institutt for helseledelse ved Universitetet i Oslo der det går fram at det ikke har skjedd generelle endringer i reinnleggelsesraten for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunen fra før til etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er imidlertid store variasjoner mellom helseforetak og kommuner.⁴³

Risikoen for at en pasient blir reinnlagt henger altså sammen med en rekke faktorer, og i figurene og tallene som er omtalt ovenfor, er det ikke justert for faktorer som påvirker sannsynligheten for at en pasient reinnlegges, som alder, kjønn og diagnosegrupper. I helsemyndighetenes kvalitetsindikator for reinnleggelse⁴⁴ justeres sannsynligheten for reinnleggelser for disse faktorene. Indikatoren måler sannsynligheten for at eldre blir akutt reinnlagt innen 30 dager etter en tidligere utskrivning fra sykehus, for 11 ulike diagnosegrupper. Indikatoren skal bidra til å belyse kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten.

Figur 5 viser tall for de ulike regionale helseforetakene og helseforetakene basert på kvalitetsindikatoren. Indikatoren omfatter pasienter som er over 67 år, men skiller ikke mellom hvorvidt pasienten er skrevet ut til kommunehelsetjenesten eller ikke.

Figur 5 Sannsynlighet for reinnleggelse av pasienter over 67 år ved somatiske sykehus, fordelt på helseregioner, 2012–2015. Prosent.



Justert for alder, kjønn og diagnosegruppe. Her skiller det ikke mellom hvorvidt pasienten er skrevet ut til kommunehelsetjenesten eller ikke.

Kilde: Helsenorge.no

40) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

41) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

42) Bedre registrering av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har påvirket sammensetningen av de to gruppene og dermed reinnleggelsesratene. De som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er ofte eldre og sykere pasienter enn de som skrives ut til hjemmet. Riktigere registrering har ført til at slike pasienter «flyttes» fra gruppen som skrives ut til hjemmet, til gruppen som skrives ut til kommunen. Dette kan trolig forklare nedgangen i reinnleggelser for gruppen som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunale helsetjenester.

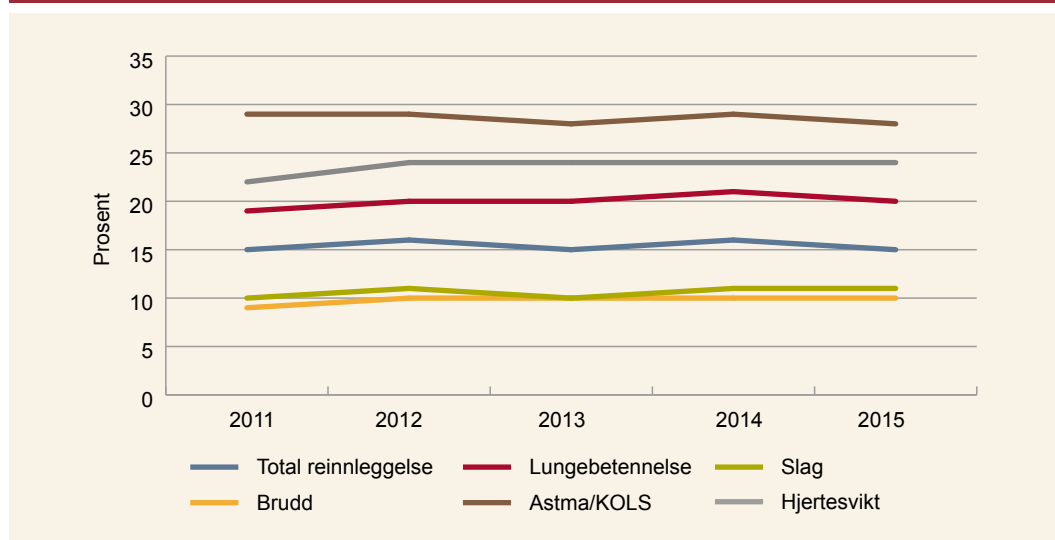
43) Terje P. Hagen, Eliva Ambugo og Hans Olav Melberg, 5/2016, UIO, *Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen.*

44) Helsenorge.no: Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning.

Figur 5 viser at det i hovedtrekk har vært uendret sannsynlighet i helseregionene for at pasienter over 67 år reinnlegges etter å ha blitt skrevet ut fra sykehus. Et tydelig unntak er Helse Nord RHF, hvor sannsynligheten er redusert fra 2014 til 2015.

Også på helseforetaksnivå er hovedtendensen at det har vært en uendret sannsynlighet for at pasienter over 67 år reinnlegges i perioden 2012–2015. Det er imidlertid relativt stor forskjell i sannsynlighet fra helseforetak til helseforetak, hvor UNN HF i 2015 hadde lavest sannsynlighet (12 prosent), mens Diakonhjemmet hadde høyest (19 prosent) i 2015. Dette kan skyldes en rekke ulike forhold og trenger ikke skyldes kvalitetsforskjeller i pasientbehandlingen. Ulik kodepraksis, organisatoriske forhold og datakvalitet kan gi utslag på tallene.⁴⁵ Likevel er det noen helseforetak som kan sies å ha signifikant høyere og lavere sannsynlighet for reinnleggelse enn andre.⁴⁶

Figur 6 Sannsynlighet for reinnleggelse av pasienter over 67 år, samlet for 11 ulike diagnosegrupper (total reinnleggelse), og etter diagnosegruppe, 2011–2015. Prosent.



Justert for alder, kjønn og diagnosegruppe for totalreinnleggelse. Her skiller det ikke mellom hvorvidt pasienten er skrevet ut til kommunehelsetjenesten eller ikke.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Ulike pasientgrupper har ulik sannsynlighet for å bli reinnlagt (figur 6). Pasienter som er lagt inn med astma/kols, hjertesvikt og lungebetennelse, har dobbelt så høy risiko som dem som er innlagt med brudd og hjerneslag. Også her er hovedtendensen at det har vært nokså lik sannsynlighet over perioden, men med en litt økt sannsynlighet for pasienter med brudd og hjerneslag og en liten nedgang for pasienter med lungebetennelse.⁴⁷

Oppsummert viser statistikken at det var store endringer i liggetid og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012 og mer moderate endringer etter 2012. Pasientene ligger noe kortere på sykehus i perioden, mens sannsynligheten for at de reinnlegges øker noe. Analyser har vist at dette henger sammen med at kortere liggetid gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen. I hele perioden har utskrivningsklare pasienter hatt høyere sannsynlighet for reinnleggelse

45) Helsenorge.no: Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning. Kvalitetsindikatorbeskrivelse.

46) Signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse i 2015: Finnmarksykehuset HF, UNN HF, Nordlandssykehuset HF, Sørlandet HF og OUS HF. Signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse i 2015: Ahus HF, Diakonhjemmet sykehus AS, Lovisenberg Diakonale og Helse Stavanger HF.

47) Folkehelseinstituttet 2016: Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2015.

enn de som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunehelsetjenester. Dette skyldes blant annet gruppens sammensetning, hvor utskrivningsklare pasienter i snitt er eldre og sykere enn de andre.

2.2 Virkemidler for å fremme helhetlige pasientforløp for utskrivningsklare pasienter

2.2.1 Samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene om utskrivningsklare pasienter

Helseforetakenes oppgaver for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er forankret i samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommunene.

Samarbeidsavtalene er en sentral del av styringssystemet for å sikre samhandling om utskrivning av pasienter. Alle de åtte helseforetakene har i sine svarbrev opplyst at de har samarbeidsavtaler med kommunene. Innholdet i avtalene er i stor grad likt hos de åtte helseforetakene og følger i hovedsak den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler.⁴⁸ Dette bekreftes av evalueringen av samhandlingsreformen, som viser til at det er små variasjoner i samarbeidsavtalene som er inngått, og at kommunene bare i liten grad har benyttet det rommet for lokale tilpasninger som lovgiver har gitt.⁴⁹

Samarbeidsavtalene viser at de åtte helseforetakene har flere samarbeidsorganer der de møter kommunehelsetjenesten for å drøfte samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Alle helseforetakene har også koordinerende enheter med et særskilt ansvar for arbeid med samhandling med kommunehelsetjenesten.

Samarbeidsavtalene er operasjonalisert i tjenesteavtaler og særavtaler for de enkelte helseforetakene. Arbeidet med utskrivningsprosessen er videre omtalt i en rekke retningslinjer, prosedyrer og rutiner i alle helseforetakene som undersøkelsen omfatter.

2.2.2 Systemet for elektronisk utveksling av informasjon mellom tjenestenivåene

Utskrivningsprosessen for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, starter allerede ved innleggelse på sykehus og inneholder en rekke aktiviteter. Aktivitetene inngår i tekstboks 1 nedenfor.

48) Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.

49) Evaluering av samhandlingsreformen, Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

Tidlig vurdering	Definere utskrivningsklar	Utskriving av pasient
Vurdere pasientens behov for kommunale helsetjenester etter utskriving	Grundigere vurdering av pasientens behov for kommunale helsetjenester etter utskriving	Motta bekreftelse på at kommunen kan ta imot pasienten
Varsel til kommunen om pasientens behov for kommunale helse-tjenester etter utskriving og antatt utskrivningsdato (tidligmelding)	Tilbakemelding til kommunen om ev. endringer i behov og utskrivningsdato	Ferdigstille dokumenter som skal sendes med pasienten
	Vurdere når pasienten er utskrivningsklar	Klargjøring av medikamenter/ resepter som skal sendes med
	Varsle kommunen om utskrivningsklar pasient	Bestille transport og klargjøre pasienten
		Sende med dokumentasjon

Aktiviteter i hele utskrivningsprosessen:

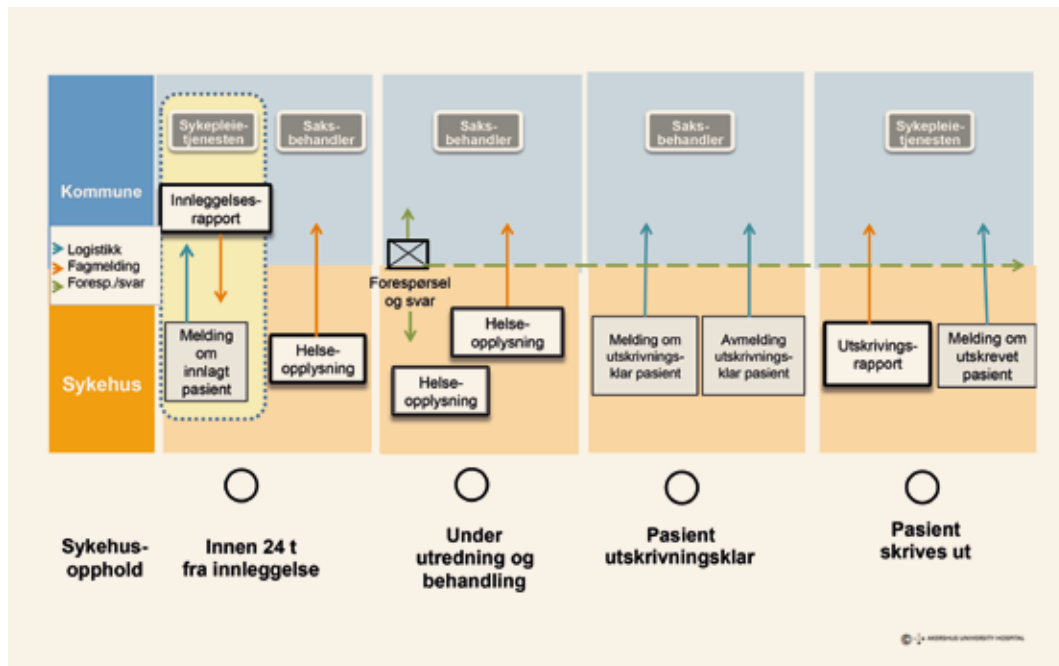
- Vurdere og eventuelt melde til kommunen om behovet for individuell plan
- Vurdere behovet for og ev. utnevne koordinator i spesialisthelsetjenesten
- Informasjon til pasient og pårørende
- Vurdere behov for tekniske hjelpemidler etter utskriving
- Dokumentere

Kilder: Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten.

Helseforetakenes utskrivningsprosess skjer i samhandling med kommunehelsetjenesten. En viktig del av samhandlingen foregår gjennom elektronisk meldingsutveksling i systemet for pleie- og omsorgsmeldinger. Alle de åtte helseforetakene har et slikt system. Systemet har tjenestebasert adressering, som innebærer at meldinger til kommunene adresseres til tjenesten som ytes, i stedet for til den enkelte ansatte eller til en organisatorisk enhet. Helseforetak skal ha tjenesteadresser for blant annet somatikk, mens kommuner skal ha adresser blant annet for sykepleietjeneste (for meldinger til hjemmesykepleie og sykehjem) og saksbehandlertjeneste (for meldinger til tildelingskontor).⁵⁰

50) Helsedirektoratet. Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere. Helse.no. Kommuner må også ha adresse for legetjeneste ved sykehjem m.v.

Figur 7 Systemet for pleie- og omsorgsmeldinger, når pasienten har kommunale tjenester ved innleggelse



Kilde: Akershus universitetssykehus HF (Ahus)

Figur 7 illustrerer systemet for elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger kan blant annet være logistikkmeldinger, fagmeldinger, forespørsler og svar. Fagmeldinger er for eksempel helseopplysninger, innleggelsesrapport og utskrivningsrapport og går fram i hvite bokser i figuren, mens logistikkmeldinger for administrativ informasjon er i lysegrå bokser.

Melding om innlagt pasient og innleggelsesrapport er forbeholdt pasienter som allerede mottar kommunale tjenester ved innleggelse. For pasienter som ikke mottar kommunale tjenester ved innleggelse, men vurderes å ha behov for tjenester etter utskrivelse, er helseopplysning den første meldingen som sendes. Tekstboks 2 viser innholdet i noen av de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene.

Faktaboks 2 Om elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger

- Innleggelsesrapport benyttes når en pasient legges inn på sykehus. Meldingen sendes fra kommune (sykehjem eller hjemmebaserte tjenester) til sykehus og skal gi sykehuset relevant informasjon om pasientens helse og hvilke tjenester pasienten mottar fra kommunen. Legemiddelopplysninger og funksjonskartlegging skal inngå. Meldingen skal sendes så snart som mulig, og senest innen ett døgn.
- Helseopplysninger kan sendes flere ganger i løpet av et sykehusopphold, og meldingenes innhold kan for eksempel være om pasienters status, antatt forløp, forventet utskrivningstidspunkt og hjelpebehov etter utskrivning.
- Utskrivningsrapporten skal sendes utskrivningsdagen og inneholder blant annet relevante medisinske opplysninger om medisiner, planer og behov for oppfølging av pasienter. En utskrivningsrapport inneholder mange av de samme opplysningene som en epikrise.

Kilde: Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten om innleggelsesrapport, helseopplysninger og utskrivningsrapport (v. 1.6).

2.2.3 Helseforetakenes prosedyrer, rutiner og tiltak for utskrivning av pasienter

Prosedyrer og rutiner for informasjonen som skal utveksles gjennom pleie- og omsorgssystemet

Gjennom hele utskrivningsprosessen utveksles det pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten. Alle de åtte helseforetakene har skriftlige prosedyrer og retningslinjer om bruk av pleie- og omsorgsmeldinger og innholdet i disse. Her gis det informasjon om hva meldingen skal inneholde, som for eksempel innleggelsesrapport, helseopplysninger og utskrivningsrapport. Det gis også informasjon om når meldinger skal sendes, og når svar skal forventes fra kommunehelsetjenesten. Noen helseforetak har også skjemaer som gir oversikt over flyten i pleie- og omsorgsmeldingene.

Ved utskrivning skal det sendes epikrise for pasienten til kommunehelsetjenesten. Sju av de åtte helseforetakene⁵¹ har skriftlige prosedyrer for utarbeidelse av epikriser for pasientoppholdene. Det er prosedyrer for å opprette, sende ut og revidere epikriser. OUS HF, Nordlandssykehuset HF og St. Olavs hospital HF oppgir også at de har maler som angir tema som kan omtales i epikrisen.

Nordlandssykehuset har eksempelvis skriftlig prosedyre og retningslinje for epikrise hvor det gis en utfyllende arbeidsbeskrivelse. OUS HF har utarbeidet en egen instruks for utarbeidelse av epikriser for geriatrisk avdeling. Her går det fram at det skal skrives bare én epikrise, som skal være en samlet oppsummering fra alle yrkesgrupper som har vært involvert i pasientbehandlingen. Egne fagspesifikke rapporter kan eventuelt vedlegges der det er relevant. Instruksen gir informasjon om hva epikrisen skal inneholde, blant annet opplysninger om forløp, vurdering, behandling, videre oppfølging og medikamentliste.

Flere helseforetak har i sine svarbrev lagt fram en egen prosedyre for samstemming av medisinlister. Her gis det en beskrivelse av oppgaver som skal utføres, og hvem som skal involveres. Det framgår av disse prosedyrene at leger har ansvaret for at pasienters medisinlister er samstemte, at farmasøyt kan rådføres ved behov, og at pasienter får med seg medisinlister ved utreise. Flere av de åtte helseforetakene bruker farmasøyter for å kontrollere medisinlister. Nordlandssykehuset HF har eksempelvis et samarbeid med Sykehusapotek Nord HF om en prøveordning med farmasøyt på sengepost. Hovedoppgaven for farmasøyten er samstemming av medisinlister, og helseforetaket mener at bruk av farmasøyter på avdelingene kan bidra til å sikre legemiddelinformasjonsflyt mellom tjenestenivåene.

Mange av helseforetakene har ikke vist til skriftlige prosedyrer for kvalitetssikring av faglig innhold i dokumentasjon som utarbeides i utskrivningsprosessen. To av helseforetakene har en omtale av kvalitetssikring av epikriser i retningslinjer/prosedyrer for epikriser. Nordlandssykehuset HF har retningslinje hvor det er et opplegg for godkjenning, kvalitetssikring og mulige feilkilder. OUS HF omtaler kontrollaktiviteter for å sikre oppdatert informasjon i sin prosedyre for epikriser.

En del dokumentasjon av sykepleiernes vurderinger går fram av de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene. Sykepleierne utarbeider også en rapport som sendes ut med pasienten, ofte kalt utskrivningsrapport eller sykepleierdokumentasjon. Bare tre av helseforetakene (Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Nordlandssykehuset HF) har skriftlige prosedyrer eller rutiner for innholdet i utskrivningsrapporten fra sykepleier. Det står ikke noe om faglig kvalitetssikring av innholdet i disse dokumentene.

51) UNN HF har ikke noen skriftlig prosedyre eller rutine for arbeidet med epikriser, men viser i sitt svarbrev til omtale i tjenesteavtale mellom helseforetaket og kommunene hvor dette er omtalt mer overordnet.

Prosedyrer og rutiner om veiledningsplikten og internt tverrfaglig samarbeid

Helseforetakene har en veiledningsplikt som innebærer at helsepersonell skal gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold til kommunehelsetjenesten. St. Olavs hospital HF er det eneste helseforetaket som oppgir i sitt svarbrev at helseforetaket har konkretisert veiledningsplikten gjennom veiledningsrutiner som avklarer forventninger og tydeliggjør hva veiledningsplikten innebærer. Dette omtales nærmere i tekstboks 3 nedenfor.

Sykehuset Telemark HF og Møre og Romsdal HF viser til delavtaler til samarbeidsavtalen om kunnskapsoverføring på spørsmål om skriftlige retningslinjer eller prosedyrer for veiledningsplikten. Helse Bergen HF oppgir omtale i en strategiplan og grunnlagsdokument, mens OUS HF viser til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Faktaboks 3 Om St. Olavs hospital HF's rutine for oppfølging av veiledningsplikten

St. Olavs hospital HF's felles rutine med kommuner har til hensikt å avklare forventninger til hva veiledningsplikten innebærer, og hvordan den bør følges opp. Rutinen omfatter veiledningsplikten og veiledning utover veiledningsplikten. Det går fram at helsepersonell yter veiledning og opplysning om helsemessige forhold om den enkelte pasient. For veiledning utover dette er det primært en lederoppgave å etterspørre og besvare henvendelser om veiledning, samt inngå avtaler om veiledning.

Veiledningen skal bidra til å skape en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for pasienten, forebygge funksjonsfall, innleggelse og reinnleggelse, samt en hensiktsmessig kompetanseutveksling, god kompetanseoppbygging og et godt samarbeid mellom behandlingsnivåene.

Rutinen konkretiserer hovedpunktene i veiledningsplikten, plikt til veiledning knyttet til enkelt-pasienter, plikt til generell veiledning, hva som ikke omfattes av veiledningsplikten, og framgangsmåte for henvendelse om veiledning mellom kommuner og St. Olavs hospital HF. Rutinen inneholder også en vedlagt mal for veiledningsavtale mellom kommuner og helseforetaket.

De åtte helseforetakene har i sine svarbrev ikke lagt fram skriftlige prosedyrer som omhandler internt tverrfaglig samarbeid spesielt. Temaet inngår imidlertid i andre prosedyrer. Noen helseforetak viser til prosedyrer om individuell plan og koordinator.

Individuell plan og koordinator er verktøy for koordinering av helsetjenester på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Svarbrevene viser at de fleste av de åtte helseforetakene har utarbeidet skriftlige prosedyrer, retningslinjer eller maler for individuell plan og koordinator. UNN HF og Helse Møre og Romsdal HF har ikke utarbeidet dette. Helse Møre og Romsdal HF viser til handlingsplan for koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, hvor tilbakemeldingen fra brukere, helsepersonell og tilsyn er at det er et stort behov for å sikre kunnskap om oppgave- og ansvarsfordelingen knyttet til dette. Det er i handlingsplanen lagt opp til tiltak blant annet rettet mot å utarbeide felles retningslinjer for individuell plan og koordinator.⁵²

52) Planen ble lagt fram i overordnet samhandlingsutvalg i februar 2017 og ble deretter sendt på høring til kommuner, regionråd, helseforetak og brukerutvalg. Et revidert utkast blir deretter lagt fram for overordnet samhandlingsutvalg for godkjenning og videre distribuering til partene for gjennomføring.

Flere helseforetak har skriftlige prosedyrer for standardiserte pasientforløp for ulike pasientgrupper, som for eksempel for pasienter med kreft, hjerneslag og hoftebrudd. Pasientforløpsarbeidet skal bidra til å tydeliggjøre hvem som har ansvar for hvilke deler av den behandlingen og omsorgen pasienten får av den totale helsetjenesten. Hensikten er blant annet å gi pasienter bedre pasientforløp gjennom å styrke tverrfaglig samarbeid og koordinering mellom ulike faggrupper i helsetjenesten.

Tiltak for å fremme helhetlige pasientforløp og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten

I sine svarbrev viser alle de åtte helseforetakene til at de har ulike prosjekter for tverrfaglig samarbeid med kommunehelsetjenesten om eldre pasienter med mange lidelser. Noen av disse tiltakene går fram av tekstboks 4 nedenfor.

Faktaboks 4 Om prosjekter for tverrfaglig samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten

- Ved UNN HF deltar et pasientsentrert team, som er et samarbeid med kommunehelsetjenesten i utskrivningsprosessen for eldre pasienter med flere lidelser. Teamet deltar i utskrivningsplanlegging og hjemmebesøk, og samarbeider med kommunal hjemmetjeneste den første tiden etter utskrivelse. Sengepostene i UNN HF henviser pasienter til pasientsentrert team ved behov for helhetlig tilnærming når det gjelder utskrivningsplanlegging og videre oppfølging etter utskrivning. Teamet koordinerer samarbeidet mellom involverte parter både internt i sykehus, og med kommunal tjeneste og fastleger, inntil ordinær helsetjeneste overtar. Det er laget særskilte prosedyrer for dette teamet.
- Helse Møre og Romsdal HF har et samhandlingsprosjekt med kommunehelsetjenesten rettet mot den eldre multisyke pasienten, hvor hensikten er å lage et standardisert pasientforløp for denne gruppen. Her arbeides det med tiltak for å sikre overgangene mellom tjenestenivåene, og det er utarbeidet tre sjekklister som er blitt testet ut ved sykehusene i Møre og Romsdal og fire kommuner.
- «Vel hjem»-prosjektet ved OUS HF kartlegger brister i pasientforløpene for den multisyke pasienten internt i sykehuset eller i overgangen mot primærhelsetjenesten. Pasientens egen medvirkning og pårørendes perspektiv er sentralt, og det gjøres tverrfaglige vurderinger hvor ulike faggrupper er med.
- Helse Bergen HF viser til at en god utreise betinger god planlegging helt fra innkomst, og at dette er spesielt viktig for pasienter med sammensatte lidelser. Helseforetaket har derfor etablert et nytt utredningsmottak som tilbyr tverrfaglig utredning og behandling, henter inn spesialistkompetanse ved behov og har kontakt/koordinering med kommunehelsetjenesten.
- St. Olavs hospital HF opplyser om at et generisk pasientforløp er under utarbeidelse. Dette er et diagnoseuavhengig pasientforløp som gjelder for pasienter som har kommunale tjenester før innleggelse og etter utskrivning. Dette skal sikre at pasienter som for eksempel har behov for individuell plan, blir kartlagt og fulgt opp. Pasientforløpet skal også sikre at det blir oppnevnt koordinator ved behov. Helseforetaket arbeider med å fastslå et system for hvordan standardiserte pasientforløp fra hjem til sykehus og tilbake til hjemmet skal utvikles og besluttes for alle kommuner og sykehuset.

Flertallet av de åtte helseforetakene oppgir at det å arbeide for gode pasientforløp og planlegge utskrivning godt i samarbeid med kommunehelsetjenesten er blant de viktigste tiltakene for å redusere reinnleggelser. Kunnskapscenteret har også påpekt at

godt planlagt utskrivning i samarbeid med pasient/pårørende og kommunehelsetjenesten er blant de viktigste tiltakene for å redusere unødvendige reinnleggelser.⁵³

2.3 Praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Intervjuene viser at et viktig kjennetegn ved en god utskrivningspraksis er at det er god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i hele utskrivningsprosessen. Det betyr at både utvekslingen av pleie- og omsorgsmeldinger og annen dialog fungerer godt, og at begge behandlingsnivåene får den informasjonen de har behov for. Forutsetninger for en god praksis er at sykehus starter tidlig med planlegging av utskrivningen i samarbeid med kommunehelsetjenesten og har et godt internt tverrfaglig samarbeid. Videre viser intervjuene at et annet viktig kjennetegn er at kommunehelsetjenesten tar imot pasienter når de er utskrivningsklare.

Motsatt kjennetegnes en dårlig utskrivningsprosess av dårlig kommunikasjon internt på sykehuset og mellom behandlingsnivåene, at utskrivningsklare pasienter blir liggende lenge på sykehuset i påvente av korttids plass i kommuner, eller at pasienter skrives ut for tidlig og blir reinnlagt.

Flere undersøkelser bekrefter at dårlig kvalitet på informasjonen som utveksles med kommunehelsetjenesten, er en vanlig utfordring i utskrivningsprosessen⁵⁴, og at sykehusenes vurdering av om en pasient er utskrivningsklar, påvirkes av tilbudet i kommunehelsetjenesten.⁵⁵

2.3.1 Kvaliteten på informasjonen som utveksles med kommunehelsetjenesten

Helseforetakene som er undersøkt, har sendt oversikter over de siste 20 samhandlingsavvikene mellom helseforetakene og kommunene. Vanlige samhandlingsavvik meldt fra kommunene omhandler kvaliteten på den informasjonen som blir sendt fra sykehuset, som mangelfulle epikriser og feil i medisinalister. Videre omhandler avviksmeldinger dårlig kommunikasjon om helsetilstand og behov for hjelpemidler, feil pasientdokumentasjon, forskuttering av omsorgsnivå ved utskrivelse og at pasienter skrives ut uten hjelpemidler de har behov for. Andre avvik i pleie- og omsorgsmeldingene er rettet mot at sykehusene ikke har meldt fra at pasienter er innkommet på sykehus, at helseopplysninger ikke er oppdaterte, at pasienter er utskrivningsklare, eller at de har behov for hjelpemidler.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, viser også at informasjonen som utveksles mellom behandlingsnivåene, er mangelfull.⁵⁶ Dette gjelder særlig pasienters medisiner og funksjonsnivå. Videre har internrevisjonen i Helse Sør-Øst påpekt at epikrise i ulik grad inneholder alt innhold som er avtalt, at det i ulik grad redegjøres for endringer i medisinering fra innkomst på sykehuset, og at endringene ikke alltid begrunnes. I tillegg viste internrevisjonen til at det ikke er etablert rutiner for hvordan det skal dokumenteres i journal at medikamenter/resepter er sendt med pasienter.⁵⁷

53) Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, 21.05.2015, Reinnleggelse kan unngås med sammensatte tiltak, <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/reinnleggelse-kan-unngas-med-sammensatte-tiltak>.

54) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund.

55) Frisvoll, 2016, *Og da gjør vi litt som vi vil, likevel – om legers beslutningsmyndighet og utskrivningsklare pasienter*. Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund.

56) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

57) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

Intervjuene i enhetene ved de tre helseforetakene bekrefter at kvaliteten på informasjonen som sykehus sender kommunene, er mangelfull. Dette gjelder særlig epikriser/medisinlister og om pasienters funksjonsnivå. Intervjuene viser at det er flere forklaringer på dette:

- Informasjonen som følger med pasient ved innleggelse
- Dokumentasjon i pasientjournal av vurderinger underveis i oppholdet
- Faktorer som påvirker kvaliteten på informasjonen
- Kvalitetskontroll av informasjonen til kommunehelsetjenesten

Informasjonen som følger med pasient ved innleggelse

Gjennomgående mener legene og sykepleierne som ble intervjuet, at det ofte er dårlig kvalitet på informasjon fra kommunehelsetjenesten om pasienters medisinbruk og funksjonsnivå ved innleggelse. Dette gjelder spesielt ved akutte innleggelser, men også planlagte innleggelser. De mener at kommunehelsetjenesten ofte sender utdaterte medisinlister og lite relevant informasjon om pasienters sykdomshistorie til sykehuset. Dette gjør det krevende for sykehusene å få til korrekte medisinlister, og det kan også få konsekvenser for pasientbehandlingen og medisinlister som sendes til kommunehelsetjenesten.

Ved innleggelse gir kommunehelsetjenesten helseforetak informasjon om pasienters normale funksjonsnivå angitt med tallverdier fra 1 til 5 ut fra IPLOS-systemet.⁵⁸ Nesten alle sykepleierne som ble intervjuet, synes at det gir for lite informasjon om pasienters funksjonsnivå, og foretrekker en beskrivelse med ord. IPLOS-systemet er vanskelig å forstå for sykepleiere, fordi helseforetakene ikke bruker systemet. Det hender også at det mangler informasjon om pasienters funksjonsnivå ved innleggelse. Dette vanskeliggjør vurderingen på sykehus av faktisk funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning. Videre må sykehus ifølge informantene bruke mye ressurser på å hente inn informasjon som mangler ved innleggelse. Dette er i tråd med en tidligere undersøkelse som viste at mange helseforetak får mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus, og at medikamentlistene også ofte er ufullstendige.⁵⁹

Dokumentasjon i pasientjournal av vurderinger underveis i oppholdet

Gjennom intervjuene kommer det fram at god informasjon i pasientjournaler er en forutsetning for at informasjonen som går ut til kommunehelsetjenesten, blir god, siden leger henter informasjon fra journalen når de lager epikriser og medisinlister. Både leger og sykepleiere ved undersøkte enheter påpeker at pasientjournaler tidvis er utdaterte og har dårlig kvalitet, for eksempel ved at det skrives for mye om uvesentlige forhold, eller at viktig informasjon ikke er dokumentert i journalen. Denne utfordringen nevnes også i en oppsummering fra Helse Møre og Romsdal HF's fagdager om pleie- og omsorgsmeldinger i 2016.

Pleie- og omsorgsmeldinger som utveksles med kommunehelsetjenesten, inngår i pasienters journaler. Sykepleiere forklarer dårlig kvalitet på pleie- og omsorgsmeldinger med at noen sykepleiere ikke har god nok forståelse for hva slags opplysninger kommunehelsetjenesten har behov for, at det er uklart hva som skal skrives i pleie- og omsorgsmeldingene, og at det er vanskelig å vite hvilken melding som skal sendes når.

58) IPLOS-registeret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten.

59) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

Andre faktorer som påvirker kvaliteten på informasjonen

Sen utsending av epikriser til kommunehelsetjenesten er en utfordring. Ifølge samhandlingsrådgivere ved et av helseforetakene der det ble gjennomført intervjuer, er sjudagersfristen i den nasjonale kvalitetsindikatoren⁶⁰ godt innarbeidet, og det er vanskelig å få forståelse i fagavdelingene for at fullstendig epikrise må sendes med pasienten og oversendes kommunehelsetjenesten når pasienter skrives ut. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 bekrefter at informasjonen ofte kommer for sent til kommunehelsetjenesten.⁶¹

I nesten alle intervjuene kommer det fram at en vanlig årsak til mangelfull og forsinket informasjon ut til kommunehelsetjenesten er tidspress på sykehuset. Det oppgis at utskrivning normalt går bra så lenge leger og sykepleiere har nok tid til å gjøre jobben. Det er ifølge informantene viktig å ha tid til å finne informasjon i journalen som er relevant for epikrisen, og å koordinere de ulike faggruppene på sykehuset som bør være involvert i utskrivningsprosessen.

Både leger og sykepleiere påpeker at når sykehuset seint på dagen får beskjed fra kommunehelsetjenesten om at en pasient har fått sykehjems plass og må ut samme dag, kan dette føre til dårlig kvalitet på informasjonen ut til kommunehelsetjenesten. Desto senere på dagen beskjed om utskrivning kommer, jo høyere tidspress gir dette sykehuset. Mange ytrer derfor et ønske om at informasjon om utskrivning av en pasient samme dag kommer så tidlig som mulig på dagen fra kommunehelsetjenesten.

Geriatrici er en medisinsk spesialitet som er konsentrert om sykdommer hos eldre. Gjennom intervjuer kommer det fram at det tverrfaglige samarbeidet og involvering av andre faggrupper er tettere og mer satt i system ved geriatriske sengeposter enn ved ortopediske. Ved geriatriske sengeposter er fysioterapeuter og ergoterapeuter mer involvert og til stede på sengepostene, noe som gjør det tverrfaglige samarbeidet lettere. Informanter forteller at det er vanlig med faste tverrfaglige møter flere ganger i uka på geriatriske sengeposter. I slike møter blir det gjort tverrfaglige vurderinger av aktuelle pasienter, der flere faggrupper er til stede, altså lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og eventuelle andre faggrupper ved behov.

Av intervjuene kommer det fram at geriatriske sengeposter utarbeider tverrfaglige notater som inneholder vurderinger fra flere faggrupper og har mye informasjon om pasienters funksjonsevne. Notatet inneholder gjerne en tverrfaglig konklusjon, som de diskuterer på de tverrfaglige møtene. Det tverrfaglige notatet skal også sendes med pasienten. Det er ofte bare sykepleiesammenfatning og epikrise som går elektronisk. Leger tar imidlertid ofte inn en tverrfaglig omtale i epikrisen.

At geriatriske sengeposter har et større innslag av helhetlige og tverrfaglige vurderinger av pasienter enn ortopediske sengeposter, bekreftes av annen forskning. En forskningsartikkel om utskrivning av eldre pasienter viser at geriatriske avdelinger tar mer helhetlige beslutninger og tar hensyn utover det medisinske, som å vurdere daglige aktiviteter, kognisjon, sosial støtte, psykologisk velvære og psykososiale faktorer.⁶²

Mange av informantene ved enheter i alle de tre helseforetakene mener at det er for lite geriatrisk kompetanse i helseforetaket. Flere informanter på ortopediske

60) Denne indikatoren viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen én og sju dager etter at pasienten er skrevet ut fra somatisk helsetjeneste. Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ett behandlingssted og øvrig helse- og omsorgstjeneste.

61) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

62) Laugaland et al. BMC Health Services Research 2014, *Hospital discharge of the elderly – an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors*.

sengeposter ønsker mer samarbeid med geriater. For eksempel oppgir en lege på en ortopedisk sengepost at mange pasienter kommer inn på grunn av fall, og at det er viktig å gjøre en vurdering av fallrisiko, ernæring, benskjørhet og lignende for disse pasientene.

I svarbrevene fra flere helseforetak og i intervjuer påpekes det at innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i vesentlig grad har lettet samhandlingen mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter. Imidlertid kommer det fram i intervjuer at dialogen mellom sykehuslege og fastlege er utfordrende, fordi det for flere sykehus er vanskelig eller ikke mulig å sende elektroniske meldinger til fastlegen. Ved enkelte sykehus må leger ringe samme telefonnummer til legekontor og stå i samme telefonkø som alle andre. Utfordringen dreier seg særlig om medisinlister.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter har en sentral rolle i å kartlegge og vurdere eldre innlagte pasienters funksjonsnivå vedrørende blant annet fallrisiko og kognitive evner. Disse vurderingene er det viktig at tilsvarende faggrupper i kommunene får informasjon om, for at kommunehelsetjenesten skal kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning. Likevel viser intervjuene at fysioterapeuter og ergoterapeuter ikke har skrivetilgang i systemet for pleie- og omsorgsmeldinger, og at de er avhengig av at sykepleier eller lege legger inn deres vurderinger av pasienters funksjonsnivå i informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten. Videre kommer det fram at informasjon om pasienters funksjonsnivå ved utskrivning fra sykehus ikke alltid når fram til rette instans eller tilsvarende faggrupper i kommunene. For at pasienten skal kunne viderefremme informasjon om funksjonsnivå til rette instans eller faggruppe i kommunehelsetjeneste, blir blant annet fysioterapeutnotater med sensitive personopplysninger sendt med pasienten ved utskrivning eller ettersendt i posten dersom de ikke er klare på utskrivningstidspunktet.

Kvalitetskontroll av informasjon til kommunehelsetjenesten

Det går fram av mange intervjuer med sykepleiere at det er lite kvalitetssikring av innholdet i sykepleiedokumentasjon som sendes til kommunehelsetjenesten. Intervjuene viser at overleger kvalitetssikrer epikriser og medisinlister gjennom et opplegg med kontrasignering, der overlege kontrollerer og signerer det turnus- eller LIS-leger har skrevet. Noen leger forteller at de ikke alltid har tid til å forbedre epikrisene tilstrekkelig før de sendes med pasienter.

Et flertall av leger og sykepleiere som ble intervjuet, mener at samstemming av medisinlister er en utfordring, og at det varierer mellom enhetene hvordan de kvalitetssikres. Der det er mye samarbeid med farmasøyter, uttrykker intervjuede leger og sykepleiere at de i hovedsak er fornøyde med den hjelpen de gir. Sengeposter med geriatriske pasienter har særlig nytte av en klinisk farmasøyt, fordi pasientene ofte bruker flere ulike medisiner. Enkelte av de som er intervjuet, påpeker at de burde hatt farmasøyt ved avdelingen, fordi det er arbeidskrevende å gå gjennom medisinlister, og farmasøyter har kompetanse om medisiner og hvordan medisiner virker sammen.

En av de undersøkte enhetene har en egen utreisekoordinator for pleie- og omsorgsmeldinger, som har hovedansvar for meldingsutvekslingen med kommunehelsetjenesten. Hensikten er å fremme god informasjon til kommunehelsetjenesten gjennom pleie- og omsorgsmeldingene. Vedkommende har også opplæring av sykepleierne om hva meldingene burde inneholde. Noen av informantene mener at en egen utreisekoordinator er en fordel både for sykepleiere og kommunehelsetjenesten, mens andre mener at en slik ordning er for personavhengig og derfor vil være sårbar når vedkommende ikke er til stede.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst viste til at det i ulik grad er etablert praksis for kvalitetssikring av epikrise som sendes med pasienten, og at det i ulik grad er gjennomført tiltak for å sikre at epikrise eller tilsvarende informasjon som sendes, inneholder den informasjonen som er avtalt. Internrevisjonen mener at dette gir en risiko for at helsepersonell som skal følge opp pasienten etter utskriving, får feil eller utilstrekkelig informasjon.⁶³

2.3.2 Faktorer som påvirker beslutningen om hvorvidt pasienter er utskrivningsklare

Informantene mener at en pasient er utskrivningsklar når pasienten er stabil, ikke trenger oppfølging på sykehuset, er ferdigbehandlet på sykehus eller er i sin vanlige tilstand. Flere forteller at vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, innebærer mye skjønn, og at det ikke er enkle kriterier for dette.

Intervjuer viser at det er flere forhold som påvirker beslutningen om en pasient er utskrivningsklar, enn kun en individuell helsefaglig vurdering av at det ikke lenger er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet i kommunene

Nesten alle informantene som ble intervjuet, mener at sykehusenes utskrivningspraksis påvirkes av det kommunale tjenestetilbudet. De opplever at det er mangel på korttids-plasser i vertskommunene, og at utskrivningsklare pasienter i slike situasjoner kan bli liggende på sykehus i flere uker. I intervjuer kommer det fram mange eksempler på at pasienter ikke får kommunale korttids-plasser, og at sykehusleger ikke finner det forsvarlig å sende pasienter hjem. Informantene mener at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, ikke alltid samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener at pasientene har behov for etter utskriving. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienter som utskrivningsklare, for blant annet å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. Leger forteller i intervjuer om eksempler på krevende samtaler med kommunehelsetjenesten i slike situasjoner.

At sykehusenes utskrivningspraksis påvirkes av det kommunale tilbudet bekreftes av andre rapporter.⁶⁴ For eksempel pekte en rapport fra Norsk sykepleierforbund på at utfordringer knyttet til å sikre en tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten for stadig tidligere utskrevne pasienter med økte krav til kompetanse og kapasitet i kommunen, framsto som den vesentligste hindringen for å kunne redusere antall utskrivningsklare liggedøgn på sykehus.⁶⁵

Intervjuene viser videre at utskrivningspraksis er ulik for pasienter som skrives ut hjem med hjemmehjelp og til sykehjem. Et flertall av informantene forteller at pasienter som har fast institusjonsplass før innleggelse, kan skrives ut tidligere enn lignende pasienter som skrives ut hjem med hjemmehjelp, fordi sykehjem har utstyr og andre ressurser til å håndtere pasientene. Disse pasientene kan også normalt skrives ut i helger. Pasienter som trenger et økt omsorgstilbud utover det de hadde før innleggelse, blir normalt ikke skrevet ut til kommunehelsetjenesten i helgen, fordi det da ikke er noen som kan motta og respondere på meldingene i pleie- og omsorgssystemet.

63) Kernerrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

64) Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund. Frisvoll, 2016, *Og da gjør vi litt som vi vil, likevel – om legers beslutningsmyndighet og utskrivningsklare pasienter*.

65) Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund.

Tidligere undersøkelser,⁶⁶ svar på spørrebrev og intervjuer tyder på at konsekvensen av et for dårlig tilbud i kommuner kan være reinnleggelser. OUS HF viser i sitt svarbrev til at redusert bruk av korttidsopphold på sykehjem kan medføre en økning i reinnleggelser. Flere av informantene som ble intervjuet i enhetene ved de tre helseforetakene, forteller om eksempler på pasienter som ble reinnlagt fordi kommunen ikke hadde institusjonsplass for pasienten. På den annen side viser et annet helseforetak i sitt svarbrev til at antallet reinnleggelser kan gå ned når sykehjemmene i opptaksområdet har bedre forutsetninger for å ivareta egne pasienter, blant annet ved at de selv gir intravenøs antibiotika og blodtransfusjoner.

Utskrivningspress og kapasitet

Intervjuene viser at når det er travelt med nye pasienter i akuttmottaket, og når det er mange korridorpatienter, kan dette påvirke utskrivningspraksisen. Nesten alle leger og sykepleiere som ble intervjuet, opplever til stadighet et utskrivningspress for å få plass til nye pasienter. Presset medfører at de skriver ut flere pasienter tidligere enn det de gjør til vanlig, og noen ganger tidligere enn pasienter selv ønsker. Noen informanter mener at enkelte pasienter skrives ut for tidlig. Det er imidlertid ingen av de som ble intervjuet, som mener at pasienter skrives ut uforsvarlig tidlig. Også en forskningsartikkel viser at leger opplever et utskrivningspress når sengeposter er fulle.⁶⁷

Det kommer fram i intervjuer at risikoen for reinnleggelser kan være høyere i perioder med mange korridorpatienter. To helseforetak viser i svarbrev til at økt utskrivningspress kan medføre en økning i reinnleggelser. Innføringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, sammen med en generell og ønsket reduksjon i antall døgnplasser i sykehusene, har ifølge OUS HF bidratt til et økende tempo i utskrivningsprosessen. OUS HF påpeker at pasientene skrives ut så snart det ansees forsvarlig, og at dette i noen grad kan være til hinder for at pasienter med behov for det får mer tid på sykehuset. St. Olavs hospital HF påpeker at de opplever et økt utskrivningspress grunnet redusert sengetall på tross av økt antall pasienter, og at dette kan øke risikoen for en for tidlig utskrivning.

Andre forhold som påvirker beslutningen om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar

Intervjuene viser at avstand fra sykehuset til pasienters bosted også kan ha noe å si for utskrivningstidspunktet, men først og fremst av praktiske årsaker – for eksempel dersom de må vente på ledig ambulansetransport eller rutefly. Enkelte pasienter sendes ut senere hvis det er langt å dra. Noen informanter påpeker at det ikke er avstanden i seg selv som bestemmer om en pasient er utskrivningsklar, men om det er medisinsk forsvarlig.

Videre kan lav bemanning i helger/ferier medføre at noen utskrivninger blir forskuttet, mens andre utskrivninger kan bli utsatt. Noen informanter forteller at de melder pasienter utskrivningsklare uansett bemanning.

I tillegg oppgir informanter at pasienter ofte ønsker å ligge lenger på sykehus enn det som er nødvendig ut fra sykehusets helsefaglige vurderinger, og at dette påvirker legers vurderinger av om pasienter er utskrivningsklare. Informanter forteller at de ikke sjelden opplever at pasienter ikke vil reise hjem, og at det ikke er så lett å skrive ut disse.

66) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, kap. 2.2 «Både for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsaker til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter utskrivning til kommunen, ifølge helseforetak og kommuner.»

67) Laugaland et al. BMC Health Services Research 2014, *Hospital discharge of the elderly – an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors*.

St. Olavs hospital HF har inngått andre avtaler med kommuner om utskrivningsklare pasienter enn det som er vanlig. Det er avtalt at pasienter ikke er utskrivningsklare før kommunen har fått all nødvendig informasjon, inklusive epikrise og overflyttingsnotat. Pasienten er imidlertid ikke utreiseklar før sykehuset har fått beskjed fra kommunen om at de kan ta imot pasienten. Dette begrenser helseforetakets muligheter for inntjening fra kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Samtidig har kommunene forpliktet seg til å imot utskrivningsklare pasienter samme dag som de meldes. Dersom kommuner ikke svarer eller svarer at de ikke kan ta imot pasienten, er det avtalt at sykehuset kan ta betalt fra dag én.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst fant en rekke svakheter når det gjelder sykehusenes vurdering av om en pasient er utskrivningsklar. De fant at kommunene i mange tilfeller får for lite eller for sen informasjon underveis i sykehusoppholdet angående endringer i hjelpebehov og utskrivningstidspunkt, at de ansatte er kjent med gjeldende regelverk i ulik grad, og at det ikke er etablert rutiner for å oppdatere kommunehelsetjenesten. Mulige konsekvenser er at kommunene ikke får optimale forutsetninger til å planlegge mottak av pasienten og at pasienten blir liggende på sykehuset lenger enn nødvendig.⁶⁸

Internrevisjonen pekte videre på at det i ulik grad går fram av journal at lege har vurdert pasient som utskrivningsklar på bakgrunn av gjeldende krav, at legene i ulik grad er kjent med kravene som skal være innfridd for at pasienten skal være utskrivningsklar, og at det i ulik grad er innført rutiner for hvordan det skal dokumenteres. Dette kan ifølge internrevisjonen medføre at vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar ikke blir gjort i tråd med forskriftskravet. Det kan videre, ifølge rapporten, medføre at det ikke går fram av journal at vurderingen av om pasienten er utskrivningsklar er gjort på bakgrunn av gjeldende krav.

2.4 Tilrettelegging for å sikre at utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav

2.4.1 Bruken av lovpålagte virkemidler for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid med kommunehelsetjenesten

Bruken av samarbeidsavtalene

Intervjuer med enheter i alle de tre helseforetakene viser at innholdet i samarbeidsavtalene og tilhørende tjenesteavtaler er godt kjent hos samhandlingsrådgivere, men ikke så godt kjent hos helsepersonell på sengeposter. Det betyr at helsepersonell ikke alltid vet hva helseforetaket har forpliktet seg til gjennom samarbeidsavtalene når det gjelder utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Dette kom også fram i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 og Riksrevisjonens undersøkelse av samhandlingsreformen.⁶⁹

En samhandlingsrådgiver ved et av helseforetakene der det ble gjennomført intervjuer, oppgir at det er stor variasjon i forståelsen av hva man skal oppnå gjennom samarbeidsavtalen blant de ansatte. Rådgiveren påpeker at det kan være vanskelig for de ansatte å finne fram i jungelen av informasjon på internettsider og i de ulike dokumentene som omtaler samhandling.

68) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

69) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

Ved et annet helseforetak opplyser informantene fra samhandlingsenheten at det ikke har vært en intern gjennomgang av hele samarbeidsavtalen, fordi de først må sikre seg at det viktigste, som er meldingsflyten mellom kommunene og helseforetaket, fungerer. Informantene sier de skulle ønske at de hadde mer ressurser til å være ute i fagavdelingene for å informere om arbeidet med samhandling.

Manglende involvering av fastleger i arbeidet med samarbeidsavtaler er funn i flere rapporter.⁷⁰ OUS HF påpeker i sitt brev at det er en systemsvakhet at det ikke finnes rutiner som beskriver overføring av medisinsk ansvar og oppfølging fra sykehus til fastlege/annen kommunal lege ved utskrivning fra sykehus. Mangel på slike rutiner fører ifølge OUS HF til ulik og til dels uforutsigbar praksis, og til at fastlege/annen kommunal lege ofte må overta det medisinske behandlingsansvaret for til dels svært syke pasienter uten å ha mottatt epikrise fra sykehuset.

Evalueringen av samhandlingsreformen viste at samarbeidet mellom kommuner og foretak er godt og konstruktivt, men at avtalene ikke har bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Forskningen viser at kommunene ikke opplever endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger.⁷¹

Ivaretakelsen av veiledningsplikten

Helseforetakene har ulike måter å følge opp veiledningsplikten på. Det gis veiledning på individnivå knyttet til enkeltpasienter, samt gjennom møter, kurs, fagdager, faglige nettverk og hospitering. Sykehuset Telemark HF oppgir eksempelvis at det er utviklet en rekke ambulante tjenester innenfor flere fagområder hvor veiledningsplikten ivaretas.

I samarbeidsavtaler er det presisert at helseforetakene ikke kan forespeile eller gi lovnad om et spesifikt kommunalt tjenestetilbud til pasienten etter utskrivning.⁷² Helseforetak er derfor forventet å veilede kommunehelsetjenesten uten å legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte. Informanter ved enheter i de tre helseforetakene forteller om episoder som viser at det er utfordrende for helsepersonell i helseforetak å veilede om at pasienter har et konkret behov for økt kommunal hjelp etter utskrivning, uten å gi anbefalinger og legge føringer på kommunehelsetjenesten. De forteller at de ikke selv kan gi anbefaling til kommunehelsetjenesten om at pasienter får sykehjemsplass, men at de kan informere om at pasienter ønsker sykehjemsplass. De kan også skrive om økt hjelpebehov, som indikerer et behov for sykehjemsplass.

70) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 (1/2016) og evalueringen av samhandlingsreformen (EVASAM).

71) Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

72) Det står i samarbeidsavtalen, delavtale 5a, pkt. 5, mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommuner at: «Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning, har sykehuset plikt til å bistå pasienten med å søke om slike tjenester. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte.» I tjenesteavtale 5 for UNN HF og kommuner står det i 4.2 punkt 3 at UNN HF ikke skal forespeile spesifikt kommunalt tjenestenivå. I OUS HFs tjenesteavtale 1 med Oslo kommune, punkt 5 står det at avtalepartene ikke kan love tjenester eller tilbud på vegne av den andre parten. Partene skal gi hverandre relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre parten i best mulig stand til å sette i verk riktig tiltak/behandling/tjeneste. I Sykehuset Telemark HF's delavtale 4.3.1 med kommuner om innleggelse og utskrivningsklare pasienter, punkt 5.3, står det at sykehuset ikke skal uttale seg om hvilken tjeneste pasienten bør få etter utskrivelse, enten det gjelder hjemme eller i institusjon, men først og fremst beskrive funksjonsnivå og hjelpebehov. I Helse Fonna HF's tjenesteavtale 5 med kommuner står det under 6.2.1: «Helseforetaket skal berre informere om kva hjelpebehov det kan søkjast om bistand til. Kommunen vurderer og bestemmer kva tiltak pasienten/brukaren skal få tilbud om, og i kva omfang.»

Oversiktene over 20 samhandlingsavvik fra de åtte helseforetakene viser at to av helseforetakene har avvik der kommuner mener at helseforetak forskutterer omsorgsnivået ved utskrivelse.

Bruken av individuell plan og koordinator

Intervjuene viser at samhandlingsrådgivere har kunnskap om individuell plan og koordinator, men at det er få av de som arbeider med utskrivning i det daglige, som har kjennskap til og vurderer om pasienter har behov for individuell plan og koordinator. Svarbrevene og intervjuene tyder på at individuell plan og koordinator sjelden blir brukt for eldre pasienter med sammensatte lidelser ved undersøkte enheter. For eksempel påpeker et helseforetak i sitt svarbrev at det er få eldre pasienter med sammensatte lidelser som har en egen individuell plan, og at denne pasientgruppen har et stort behov for koordinering av tjenestene fra sykehus og kommuner. Det kommer også fram i intervjuer at kommunehelsetjenesten ikke vanligvis informerer sykehusene om pasienter har individuell plan og/eller koordinator, og at sykehus heller ikke etterlyser slik informasjon.

Dette bekreftes av internrevisjonen i Helse Sør-Øst, som har påpekt at det i liten grad blir vurdert om pasienten kan ha behov for individuell plan og koordinator.

Internrevisjonen viste at det i ulik grad er utviklet prosedyrer for vurdering av behovet for individuell plan og koordinator, og at der disse foreligger, er de i liten grad innført i reviderte enheter. Etablerte prosedyrer er ifølge rapporten ikke godt nok kjent i de reviderte enhetene. Av rapporten går det videre fram at det er en risiko for at pasienter som har behov for individuell plan, ikke får oppfylt denne rettigheten, eller at arbeidet med individuell plan forsinkes.⁷³

Flere av sykepleierne forteller at de ikke bruker individuell plan, men en behandlingsplan. Ifølge veileder for individuell plan⁷⁴ kan behandlingsplaner inngå som en del av den individuelle planen. Noen mener at individuell plan først og fremst er et kommunalt ansvar.

Helse Møre og Romsdal HF viser i sin handlingsplan om koordinerende enheter, individuell plan og koordinator til at arbeidet med individuell plan ikke blir prioritert. Det går videre fram at man opplever manglende kjennskap i helseforetaket om plikten til å informere pasienter om at de har rett til å få utarbeidet individuell plan. Dersom pasienten ønsker dette, skal det sendes melding til kommunen og dokumenteres i journalen, men det erfarer at dette i liten grad blir fulgt opp.

I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen gikk det fram at halvparten av kommunene og helseforetakene mente at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre viste undersøkelsen at mens kommuner og foretak som ble intervjuet, var positive til intensjonene som ligger bak individuell plan og koordinator, mente flere kommuner at individuell plan i liten grad fører til bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, fordi denne planen ikke er tilpasset den måten arbeidet i sykehusene er organisert på.⁷⁵

73) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

74) Helsedirektoratet, Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

75) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

2.4.2 Opplæring i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter

Alle de åtte helseforetakene svarer at de lærer opp de ansatte i arbeidet med utskrivning av pasienter. Dette innebærer opplæring i de aktivitetene som ligger i utskrivningsprosessen, med tilhørende regelverk og prosedyrer. Opplæringen foregår både gjennom opplæringsprogrammer og nettkurs. Det blir også arrangert «workshops» eller fagdager felles for kommuner og foretak hvor det blir lagt vekt på samhandling og meldingsutveksling. Det ble ved innføringen av elektronisk meldingsutveksling med kommunene gjennomført en egen opplæring ved flere helseforetak. Det følger av intervjuene at en viktig del av opplæringen skjer gjennom at de ansatte lærer opp hverandre i det daglige arbeidet.

Enhet for samhandling ved helseforetakene skal kunne gi opplæring om samhandling til avdelingene i helseforetaket. Det kommer fram gjennom intervjuer at det kan være utfordrende for samhandlingsenheten å nå fram til fagavdelingene med sine bidrag til kompetanseheving om samhandling, og at en del av opplæringen frivillig.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst påpekte at det i liten grad er etablert opplæringstiltak for å sikre at legene kjenner sitt ansvar og sine oppgaver i prosessen med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.⁷⁶

2.4.3 Rapportering og håndtering av samhandlingsavvik og klager

Svarbrevene fra de åtte helseforetakene inneholder en rekke prosedyrer og rutiner for melding, håndtering, evaluering og læring av avvik. Alle helseforetakene har egne systemer for håndtering av uønskede hendelser og avvik, og de oppgir at avvikene blir tatt opp i ulike interne fora som ledermøter, personalmøter, driftsmøter, kvalitetsforum og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. I tillegg er samhandlingsavvik også tema på møter mellom helseforetaket og kommuner, som for eksempel i sentralt kvalitetsutvalg/kvalitetsforum, arbeidsgrupper for regioner og styringsgruppe for samhandling.

Dersom kommunene eller helseforetaket ikke følger rutiner og prosedyrer som er avtalt i samarbeidsavtalen, foreligger det et avvik. Da kan det meldes om samhandlingsavvik, og det skal være etablert et system for melding av avvik innenfor alle samarbeidsområder som omfattes av avtalen. Avvik kan meldes på to måter. UNN HF beskriver skillet mellom de to typene avvik ved at feilsendinger eller mangelfulle opplysninger sendes som avvik direkte gjennom pleie- og omsorgssystemet. Hendelser som er avvik fra overordnet samarbeidsavtale og/eller vedtatte retningslinjer, skal meldes som en uønsket samhandlingshendelse gjennom et eget skjema.⁷⁷

St. Olavs hospital HF oppgir eksempelvis i sitt svarbrev at hver klinikk har et kvalitetsutvalg som gjennomgår mottatte avviksmeldinger. Parallelt følges meldingene opp på systemnivå overfor sykehusets kvalitetsutvalg ved en mer trendbasert gjennomgang. Sykehusets kvalitetsutvalg består av samtlige klinikkssjefer, representanter fra brukerutvalg, foretakstillitsvalgte og sykehusets strategiske ledelse.

Gjennom intervjuene med sykepleiere og leger kommer det fram at det er få som melder om samhandlingsavvik til kommunene. En del oppgir at de heller ikke vet hvordan de skal melde om samhandlingsavvik dersom de hadde ønsket å gjøre det. Det er for eksempel mange som forteller at den informasjonen som kommer inn med pasienten, er for dårlig, men at de likevel ikke melder avvik på slike forhold. Flere av informantene mener at kommunene melder avvik på helseforetakene i mye større grad enn det helseforetakene melder på kommunene i undersøkte enheter.

76) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.*

77) Retningslinjer for sending og mottak av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) mellom UNN HF og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

I intervjuer går det fram at flere sykepleiere er lite kjent med samhandlingsavvik som rapporteres inn. Det er normalt sykepleierne som mottar avviksmeldingene som kommer gjennom pleie- og omsorgsmeldingene. Sykepleiere i undersøkte enheter påpeker at de kjenner til avvik som blir meldt gjennom pleie- og omsorgssystemet, men ikke samhandlingsavvik.

Gjennom intervjuene kommer det fram at registrerte avvik og mottatte klager håndteres og følges opp der situasjonen har skjedd for å unngå at lignende avvik skjer i framtiden. Videre kommer det fram at det i undersøkte enheter gjennomføres få egeninitierte systematiske aktiviteter for å kontrollere om utskrivningspraksis i klinikk, avdeling eller på sengepost er korrekt eller avdekker svakheter og problemer med etterlevelse av pålagte krav.

Rådgivere for samhandling ved et av helseforetakene mener at det er en utfordring å nå ut til fagavdelingene med avvik som er rapportert inn til postmottaket, og som først er gått til samhandlingsenheten. Det er usikkerhet knyttet til hvem som har det overordnede ansvaret for avvikshåndteringen av fagavdelingene og samhandlingsenheten. Det blir videre opplyst fra samhandlingsrådgivere ved et annet helseforetak at avviksrapporteringssystemet ikke har gode nok analysemuligheter. Rådgiverne oppgir at de ikke kan velge ut områder de ønsker å se nærmere på som følge av manglende filteringsmuligheter. Det er heller ikke lett å kvalitetssikre det som rapporteres inn, fordi det ikke er lett å måle feilkilder.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst påpekte også noen svakheter i intern styring og kontroll som omhandler melding og bruk av avvik. De fant at det i liten grad er etablert praksis for å melde avvik internt i helseforetaket ved feil og mangler i prosessen med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, og at informasjon fra prosessen i liten grad benyttes til helhetlig overvåking av prosessen. Internrevisjonen pekte i tillegg på at utskrivningsprosessen i liten grad er kartlagt for å identifisere og vurdere risikoer (som kan hindre måloppnåelse) som bakgrunn for å sette i gang tiltak for å håndtere risiko.⁷⁸

De åtte helseforetakene ble bedt om å oversende oversikter over klager fra pasienter og pårørende om utskrivningsprosessen. Noen helseforetak⁷⁹ oppgir at de ikke har oversikt over dette eller at det er tidkrevende å skaffe en slik oversikt, mens andre svarer at det er ingen eller få klager fra pasienter og pårørende. Et helseforetak opplyser om klager på blant annet manglende oppfølging og epikriser, samt rot ved utskrivning.

Seks av de åtte helseforetakene opplyser at de i perioden 2012–2016 har hatt tvistesaker med kommunehelsetjenesten i tvisteløsningsnemnda, som behandler tvister mellom kontraktspartene i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. Flertallet av sakene i nemnda er tvister om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (ti av femten avgjørelser i tvister i perioden 2013–2016⁸⁰). Det kommer også fram i intervjuer ved de tre helseforetakene at det forekommer uenigheter med kommuner om betaling for utskrivningsklare pasienter. Også evalueringen av samhandlingsreformen bekrefter at det er utskrivningsklare pasienter som skaper størst uenighet og oftest havner i tvisteløsningsnemnda. Evalueringen viser at terskelen for å ta en sak til tvisteløsningsnemnda er høy, og de få sakene som havner der, gjelder prinsipielle spørsmål.⁸¹

78) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

79) Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF og UNN HF.

80) Tvisteløsningsnemnda, <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnda>.

81) Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

3 Vurderinger

3.1 Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016

Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten har vært forholdsvis stabilt i undersøkelsesperioden og utgjorde nær 800 000 i 2016. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten i eget hjem eller i institusjon, også kalt utskrivningsklare pasienter. Det har vært en økning i antall opphold for denne pasientgruppen i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene i perioden 2011–2016. Økningen skyldes blant annet at registreringspraksis er endret slik at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig i starten av perioden.

I undersøkelsesperioden har den totale andelen akutte innleggelser innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus – reinnleggelser – økt fra 9 til 10 prosent. Blant disse har andelen utskrivningsklare pasientene økt, og økningen har vært størst fra 2011 til 2012. For pasienter som skrives ut til hjemmet, uten oppfølging fra kommunehelsetjenesten, har andelen reinnleggelser gått noe ned i perioden. Endringene skyldes blant annet forbedringer av sykehusenes registreringspraksis.

I 2016 var andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, som for øvrige pasientene. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Reinnleggelse er en nasjonal kvalitetsindikator som det er viktig å følge med på, fordi det kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. Etter revisjonens vurdering viser statistikken over reinnleggelser at det er særlige utfordringer med pasientgruppen som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

3.2 Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp

En vesentlig forutsetning for å sikre at utskrivningsklare pasienter får helhetlige og koordinerte pasientforløp, er at det er god kvalitet på pasientinformasjonen som helseforetakene sender til kommunehelsetjenesten, og at informasjonen kommer i rett tid. Helseforetakene er pålagt å legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten, og formen på og innholdet i kommunikasjonen mellom tjenestenivåene er lov- og forskriftsregulert.

Denne undersøkelsen bekrefter tidligere funn om at kvaliteten på informasjon om utskrivningsklare pasienter ikke er god nok, og at helseforetakene har utfordringer med den informasjonen de gir til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig feil og mangler i epikriser, medisinlister og vurderinger av pasienters funksjonsnivå.

Undersøkelsen viser at det er flere forklaringer på at kvaliteten på informasjonen til kommunehelsetjenesten ikke er god nok. Når pasienter innlegges, har informasjonen fra kommunehelsetjenesten ofte feil og mangler om hvilke medisiner pasienten bruker til daglig og hva som er pasientens normale funksjonsnivå. Dette vanskeliggjør sykehusenes oppgaver med å utarbeide korrekt medisinliste og å vurdere pasientens faktiske funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning, sammenlignet med pasientens normaltilstand før innleggelse. Likevel viser undersøkelsen at helsepersonell som arbeider med utskrivning av pasienter på sykehusene, i liten grad gjør kommunehelsetjenesten oppmerksom på disse feilene og manglene.

Innholdet i pasientjournalene utgjør grunnlaget for informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at pasientjournalene til tider ikke er

oppdatert, og at vesentlig informasjon ikke alltid er dokumentert. Dette øker etter revisjonens vurdering risikoen for at blant annet sammenfatningen av journalopplysninger som gis i epikrisen, ikke gir kommunehelsetjenesten god nok informasjon til å kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning.

Undersøkelsen viser at det i liten grad er etablert en systematisk opplæring av utførende helsepersonell i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter. I tillegg gjennomføres det i liten grad rutinemessige kontroller på utførende nivå for å kvalitetssikre informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten i eksempelvis pleie- og omsorgsmeldinger, epikriser og medisinlister. Videre kan tidspress på sykehus medføre at dialogen med kommunehelsetjenesten nedprioriteres, og at kvaliteten på informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten, blir svekket eller at informasjonen blir forsinket.

De fleste pasientene som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har sammensatte lidelser, og det er viktig med tverrfaglige vurderinger av disse pasientene. Av undersøkelsen går det fram at geriatriske enheter i langt større grad enn andre enheter systematisk gjennomfører tverrfaglige vurderinger av eldre pasienter med sammensatte lidelser. Ved å involvere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper øker sannsynligheten for at pasientinformasjonen til kommunehelsetjenesten får bedre kvalitet og blir mer helhetlig. Etter revisjonens vurdering er det behov for et bedre system for tverrfaglig involvering i arbeidet med vurdering av eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Undersøkelsen viser at innføringen av det elektroniske pleie- og omsorgssystemet har forbedret samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Det er likevel ikke lagt godt nok til rette for å formidle vurderingene fra fysioterapeuter og ergoterapeuter til kommunehelsetjenesten og for å kommunisere effektivt med fastleger. Etter revisjonens vurdering kan dette medføre at informasjon som er sentral og nødvendig for å vurdere hva som er forsvarlig hjelp for den enkelte pasient, ikke kommer fram.

Å tilby og gi pasienten forsvarlige helsetjenester fordrer at helsepersonell som trenger det, både innad i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, får nødvendig informasjon i rett tid gjennom hele utskrivningsprosessen.

3.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Samarbeidsavtaler er et lovpålagt verktøy for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene har i hovedsak likt innhold og er i tråd med kravene i den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler. I tillegg har helseforetakene etablert en rekke prosedyrer og rutiner som omfatter de avtalefestede forpliktelsene og hvordan brudd på forpliktelsene skal meldes, håndteres, evalueres og følges opp for å sikre læring. Av undersøkelsen går det fram at prosedyrene og rutinene ikke er godt nok kjent blant helsepersonell som til daglig arbeider med pasientbehandling og skriver ut pasienter.

Individuell plan og koordinator er andre lovpålagte samarbeidsfremmende virkemidler for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Selv om de fleste helseforetakene har prosedyrer for individuell plan og koordinator, viser undersøkelsen at disse virkemidlene i praksis er lite kjent, og at de i liten grad brukes for eldre pasienter med sammensatte lidelser. Når helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om pålagte virkemidler for å fremme viktige pasientrettigheter, helhetlige pasientforløp

og samarbeid mellom forvaltningsnivåene, mener revisjonen at helseforetakene i sin styring ikke legger godt nok til rette for at virkemidlene tas i bruk.

Spesialisthelsetjenesten har en generell, lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, og helsepersonell på sykehusene skal gi råd, veiledning og opplysninger om helseforhold som er påkrevd, for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Samtidig følger det av samarbeidsavtaler at helseforetak ikke skal legge føringer for hvilke tjenester kommuner skal yte til pasienten etter utskrivning, eller vurdere om det kommunale hjelpetilbudet er forsvarlig. Dette gjør at det i praksis er krevende å følge opp veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten på en balansert måte. Etter revisjonens vurdering har helseforetakene ikke avklart godt nok hvordan helsepersonell skal ivareta denne plikten.

Det er forskriftsregulert at en somatisk pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og at beslutningen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering. Videre er det lovregulert at kommuner fra dag én skal dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det kommer fram av undersøkelsen at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, i mange tilfeller ikke samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener pasientene har behov for etter utskrivning. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienten utskrivningsklar, blant annet for å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. En slik praksis er etter revisjonens vurdering forståelig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv, men den understøtter ikke samhandlingsreformens intensjonen om at tjenester skal ytes på laveste nivå. En slik praksis kan også føre til at liggetider ved helseforetakene øker både i omfang og kostnad.

3.4 Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene

Mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har flere enn én sykdom. Liggetiden for disse pasientene har blitt kortere i perioden 2011–2016, mens andelen som reinnlegges har økt. Dette henger blant annet sammen med at kortere liggetid på sykehus gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen.

Kortere liggetid er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, men det stiller særskilte krav til helseforetakene om å ha etablert en praksis som sikrer en god utskrivningsprosess. Påpekte svakheter i pasientinformasjonen kan være en årsak til at pasienter blir unødvendig reinnlagt, fordi kommunehelsetjenesten ikke får godt nok informasjonsgrunnlag til å følge opp pasienten. Unødvendige reinnleggelser skal unngås, og etter revisjonens vurdering er det mulig å redusere antallet slike reinnleggelser for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten.