



Utskrivningsklare pasienter

Rygge kommune

Forvaltningsrevisjonsrapport

Rolvsøy
2. september 2015

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	4
2	INNLEDNING	6
2.1	Bakgrunn	6
2.2	Problemstilling og avgrensing	6
2.3	Metode og gjennomføring	7
2.4	Revisjonskriterier.....	7
2.5	Litteratur- og dokumentliste.....	7
3	HAR RYGGE KOMMUNE ETABLERT NØDVENDIGE AVTALER FOR Å KUNNE IVARETA SAMHANDLINGSREFORMEN OG ER DENNE TILPASSET KOMMUNEN?	9
3.1	Revisjonskriterier.....	9
3.2	Fakta.....	9
3.3	Vurderinger	11
4	FUNGERER VARSLINGSRUTINENE VEDRØRENDE UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?..	12
4.1	Revisjonskriterier.....	12
4.2	Fakta.....	12
4.3	Vurderinger	15
5	HAR RYGGE KOMMUNE ET APPARAT OG NØDVENDIG KAPASITET TIL Å TA I MOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?	17
5.1	Revisjonskriterier.....	17
5.2	Fakta.....	17
5.3	Vurderinger	21
6	HAR RYGGE KOMMUNE TILSTREKKELIG KONTROLL MED UTbetalinger Knyttet til UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?	23
6.1	Revisjonskriterier.....	23
6.2	Fakta.....	23
6.3	Vurderinger	24

7	I HVILKET OMFANG REINNLEGGES PASIENTER I RYGGE KOMMUNE SAMMENLIGNET MED ANDRE KOMMUNER?	25
7.1	Fakta.....	25
7.2	Oppsummering.....	25
8	KONKLUSJONER/ANBEFALINGER.....	27
9	RÅDMANNENS KOMMENTARER.....	29

1 SAMMENDRAG

En av hovedutfordringene som beskrives i samhandlingsreformen er å etablere avtalestruktur og samarbeidsfora som fremmer implementering og samarbeidsrelasjoner mellom sykehus og kommune. Samhandlingsreformen peker også på viktigheten av oppbygging av tilbudet i kommunene før-, i stedet for-, og etter sykehusbehandling. Som en følge av samhandlingsreformens føringer vil kommunene overta flere av spesialisthelsetjenestens oppgaver.

Rygge kommune har i sine styringsdokumenter selv pekt på usikkerhet i forhold til konsekvenser av samhandlingsreformen når det gjelder utskrivningsklare pasienter og behovet for korttidsplasser. Som en følge av reformen må kommunen ta imot stadig flere og sykere pasienter. Dette skaper press på kommunens kapasitet og kompetanse og medfører risiko for at individuelle rettigheter ikke ivaretas i tilstrekkelig grad. Kommunen må bygge opp nye tilbud, samt påse at overføring av tilbud mellom nivåene koordineres på en god måte. Svakheter i systemet vil i stor grad kunne gå utover pasienter og kommunens økonomi.

Østfold kommunerevisjon IKS har i dette prosjektet vurdert Rygge kommunes arbeid vedrørende utskrivningsklare pasienter. Prosjektet er videre avgrenset til å omhandle kommunens utarbeidelse av avtaler, varslingsrutiner, kommunens apparat og kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter, kommunens kontroll med utbetalinger knyttet til de utskrivningsklare pasientene, samt omfang av reinnleggelser. Kommunen er underlagt helse- og omsorgstjenesteloven, lovverket gir blant annet kommunen føringer vedrørende utarbeidelse av samarbeidsavtaler med helseforetak, samt koordinering og samhandling tjenester i mellom. Vurderingene er gjort på bakgrunn av lovverket, samt interne avtaler, retningslinjer og rutiner.

Revisjonens gjennomføring

Revisjonen er gjennomført i perioden mai til august 2015. Utledning av revisjonskriteriene fremkommer av kapittel 2.4, men er også oppsummert under den enkelte problemstilling. Fakta er innhentet ved bruk av dokumentanalyse og intervju. Nærmere redegjørelse for metode og gjennomføring fremkommer av kapittel 2.3.

Revisjonens funn og konklusjoner

Rygge kommune har, i samarbeid med 17 Østfold kommuner, etablert overordnet samarbeidsavtale med tilhørende retningslinjer med SØ. Avtalen og samtlige retningslinjer er utarbeidet av Administrativt samarbeidsutvalg. Dette er et partssammensatt utvalg bestående av representanter fra SØ og Østfold kommunene. Etter revisjonens vurdering fremstår samarbeidet mellom SØ og Østfold kommunene som godt forankret, både gjennom den overordnede samarbeidsavtalen, samt gjennom faste partssammensatte utvalg og møtepunkt.

Samhandlingen mellom sykehuset og kommunen er skriftliggjort gjennom retningslinje nr. 5 – *Utskriving/overføring av pasienter fra Sykehuset Østfold til kommunehelsetjenesten*. Etter revisjonens vurderinger er kommunens varslingsrutiner tilfredsstillende.

Samtidig fremstår det for revisjonen som om det finnes visse utfordringer i kommunikasjonen mellom SØ og kommunen. Dette omhandler i all vesentlighet at manglende opplysninger og informasjon følger pasient fra sykehuset, samt vanskeligheter med å tilrettelegge for mottak av pasient når kommunen får korte frister fra SØ. Administrativt samarbeidsutvalg arbeider fortløpende med forbedring av samarbeidet mellom SØ og kommunene.

Revisjonen finner at kommunen i en viss grad har et apparat og nødvendig kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Samhandlingsreformen har ført til en reell økning i antall korttidsplasser i kommunen, noe revisjonen finner tilfredsstillende. Kommunen har også iverksatt en rekke kompetansehevende tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen. Tiltakene vil, etter revisjonens oppfatning, virke positivt inn på kommunalavdelingens samlede kompetanse og evne til å ta imot de utskrivningsklare pasientene.

Tilsiget av utskrivningsklare pasienter er, ifølge kommunen, uforutsigbar og varierer over tid. Ved «pasienttopper» har kommunen utfordringer med selv å ta imot de utskrivningsklare pasientene. I disse tilfellene kjøpes eksterne plasser og/eller overliggerdøgn ved sykehuset. En konkret årsak til disse utfordringene skyldes at pasienter med behov for langtidsplass blir liggende lenge på en korttidsplass.

Sykehusets betalingskrav kontrolleres opp mot kommunens egne registreringer av pasientens ID nummer, utskrivningstidspunkt og antall døgn. Avvik fra dette medfører innsigelser fra kommunen. Samlet sett vurderer revisjonen det slik at kommunen har god kontroll på sine utbetalinger til sykehuset.

Revisjonen vil videre bemerke at kommunen ikke har en skriftliggjort attestasjons- og anvisningsrutine. Ifølge revisjonens vurdering vil mangelen av en skriftlig rutine kunne utgjøre en risiko for en enhetlig og korrekt praksis.

Revisjonen finner videre at det ble foretatt 13 reinnleggelser fra Rygge kommune i 2014. Dette utgjør 12,75 prosent av samtlige utskrevne pasienter, noe som er den laveste reinnleggingsraten blant kommunene det er sammenlignet med.

Reinnleggelser er et komplekst tema, med mange ulike årsaksforklaringer. Det har vært vanskelig for revisjonen å innhente valide tall på reinnleggelser over lengere tidsperioder. Av den grunn er det vanskelig for revisjonen å

si noe konkret vedrørende i hvilken grad reinnleggingsraten i Rygge kommune har vært økende eller synkende over tid.

Med bakgrunn i konklusjonen og de vurderinger av fakta denne bygger på, anbefaler revisjonen at kommunen bør:

- Be om at Administrativt samarbeidsutvalg gjør en generell vurdering av sykehusets rutiner for presis og tidsriktig informasjonsoverføring til kommunene.
- Utarbeide skriftlig rutine for attestasjon og anvisning. Dette vil i større grad kunne sikre en enhetlig og korrekt praksis.

Revisjon takker for samarbeidet og bistanden i forbindelse med revisjonen.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Faktaboks 1: Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3. Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak.

Plan for forvaltningsrevisjon 2014-2015 ble vedtatt i kommunestyret den 13. februar 2014, sak PS 14/12, og i henhold til denne er «Utskrivningsklare pasienter» neste prosjekt på planen. Planen sier følgende om bakgrunnen for prosjektet:

«Som følge av Samhandlingsreformen vil kommunen i stadig større grad måtte ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Dette skaper press på kommunens kapasitet og kompetanse. Etter revisjonens vurdering skaper dette risiko for at individuelle rettigheter ikke ivaretas i tilstrekkelig grad. Merbelastning kan også føre til økt sykefravær, noe som vil kunne påvirke effektiviteten negativt. Konsekvensene vil kunne være vesentlige både for kommunens innbyggere og de ansatte.

Etterlevelse av avtalen med spesialisthelsetjenesten er også av vesentlig betydning for kommunens økonomi. I kommunens årsrapport fremgår det at den største utfordringen har vært i forbindelse med at pasienter har vært for syke til å sendes hjem, og i påvente av heldøgns plass har tatt plassen for nye korttidspasienter. Dette kan løses på flere ulike måter, blant annet ved å la være å ta i mot pasienter og heller dekke de kostnader dette medfører. Dette forutsetter imidlertid at kommunen har oversikt over alle kostnader som samhandlingsreformen påfører kommunen, både på overordnet nivå, men også knyttet opp mot den enkelte bruker».

Plan for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt i kontrollutvalget 22. april 2015, sak PS 15/10 med følgende tilleggsproblemstilling: «I hvilket omfang reinnlegges pasienter i Rygge kommune sammenlignet med andre kommuner?»

2.2 Problemstilling og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. Har Rygge kommune etablert nødvendige avtaler for å kunne ivareta samhandlingsreformen og er denne tilpasset kommunen?
2. Fungerer varslingsrutinene vedrørende utskrivningsklare pasienter?
3. Har Rygge kommune et apparat og nødvendig kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter?
4. Har Rygge kommune tilstrekkelig kontroll med utbetalinger knyttet til utskrivningsklare pasienter?
5. I hvilket omfang reinnlegges pasienter i Rygge kommune sammenlignet med andre kommuner?

Rapporten omhandler utskrivningsklare pasienter. Dette innebærer at pasienter som overføres til kommunehelsetjenesten fra somatisk akuttmottak/akuttpoliklinikker, psykiatrisk akutteam og dagkirugi ikke inkluderes i forbindelse med gjennomgangen, da disse pasientene ikke har vært innskrevet.

Med apparat i problemstilling 3 sikter vi i denne forbindelse til kompetanse.

2.3 Metode og gjennomføring

Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom fakta, og revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Fakta plasseres under egen overskrift, og er en gjengivelse av informasjon som revisjonen har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

Informasjonen bygger på beskrivelser hentet fra skriftlige dokumenter, mappegjennomgang, spørreundersøkelse og/eller verifiserte intervjuer. Det gjøres oppmerksom på at fakta i noen tilfeller kan gjengi kommunens egen vurdering eller opplevelse av en gitt tilstand. Fakta kan også være enkeltpersoners meninger, erfaringer eller holdninger.

Prosjektet er gjennomført ved dokumentanalyse og intervju. Følgende er intervjuet:

- Kommuneoverlege Moss (representant i administrativt samarbeidsutvalg for mosseregionen)
- Kommunalsjef
- Kvalitetsrådgiver
- Leder for koordinerende enhet
- Stedfortreder for pasientkoordinator
- Enhetsleder for sykehjemmet
- Fungerende enhetsleder for hjemmebaserte tjenester

I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informanten. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Lena Longva-Stavem i perioden mai – august 2015.

2.4 Revisjonskriterier

Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Retningslinje nr. 5 – *Utskrivning/overføring av pasienter fra Sykehuset Østfold til kommunehelsetjenesten.*

Utleddning av revisjonskriteriene følger under problemstilling 1-4, mens problemstilling 5 er besvart som en deskriptiv problemstilling.

2.5 Litteratur- og dokumentliste

Følgende dokumenter ligger til grunn for faktafremstillingen:

- Økonomireglement (Oppdatert pr. mars 2015)
- Omsorgsplan for Rygge kommune 2011-2020 (Revidert versjon behandlet av kommunestyret 13. februar 2014)
- Retningslinje 14 i samarbeidsavtalen
- Retningslinje 16 i samarbeidsavtalen
- Oversendt statistikk fra Sykehuset Østfold
- Referat fra Administrativt samarbeidsutvalg
- Rekruttering og kompetanseplan 2014
- Prosjektdirektiv OBS kommune
- Prosjektdirektiv Klinisk blikk
- Årsrapport Klinisk blikk 2014
- Handlingsplan for Ryggeheimen 2015

- Handlingsplan for Hjemmebaserte tjenester 2015
- Dokumentasjon på betaling for overliggere 2014
- Dokumentasjon på betaling for kjøpte plasser 2014
- Rutiner og prosedyrer knyttet til eLink
- Informasjonsbrosjyrer vedrørende hverdagsrehabilitering

3 HAR RYGGE KOMMUNE ETABLERT NØDVENDIGE AVTALER FOR Å KUNNE IVARETA SAMHANDLINGSREFORMEN OG ER DENNE TILPASSET KOMMUNEN?

3.1 Revisjonskriterier

I henhold til § 6-1 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pliktes kommunen til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i regionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. I lovens § 6-2 er det satt følgende minimumskrav til avtalens innhold:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd.
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas og ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
8. Samarbeid om jordmortjenester.
9. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
10. Samarbeid om forebygging.
11. Omforente beredskapsplaner for den akuttmedisinske kjeden.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avklares hvordan samarbeidstiltakene skal organiseres og finansieres.

3.2 Fakta

Kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold (SØ) har hatt en forpliktende samarbeidsavtale siden 2005. I forbindelse med samhandlingsreformen ble avtalen revidert. Tilpasningen innebar at fem nye retningslinjer ble implementert i avtalen. Den reviderte avtalen med tilhørende retningslinjer var gjeldende fra 1.1.2012.

Samarbeidsavtalen består nå av en overordnet avtale med 16 tilhørende retningslinjer. Retningslinjene regulerer følgende forhold:

- Oppgavedeling
- Helhetlige og sammenhengende helsetjenester
- Innleggelse i Sykehuset Østfold
- Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene
- Utskrivning av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester
- Kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og faglige nettverk
- Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning, praksis og læretid
- Samarbeid om jordmortjenester
- Samarbeid om IKT-løsninger

- Samarbeid om forebygging
- Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
- Samarbeidsformer
- Rekvirering av tekniske hjelpemidler
- Hospiteringsordning
- Bruker/pasient med behov for følgepersonell
- Håndtering av avvik

Kommunene og Sykehuset Østfold har flere faste møtepunkter hvor det arbeides med utfordringer og forbedringstiltak vedrørende samarbeidet. Møtefora og utvalg er formalisert gjennom retningslinje nr 12 – samarbeidsformer.

Partnerskapsmøtet er det strategisk overordnede organet for samhandlingsarbeidet. Her møter toppledelse fra kommunen og sykehuset. Utvalget møtes to ganger årlig, og beslutningene baseres på konsensus. Det er i dette møtet avtalen verifiseres eller eventuelt endres.

Administrativt samarbeidsutvalg består av fem representanter fra kommunene og fem representanter fra sykehuset. Utvalget har myndighet til å fatte bindende beslutninger på tvers av forvaltningsnivåene, og har ansvaret for å:

- Følge opp og vedlikeholde overordnet samarbeidsavtale i tråd med styringssignaler fra partnerskapsmøtet
- Følge opp vedtak fortløpende og bidra til at partene kan gjennomføre disse
- Avgjøre saker av prinsipiell, administrativ, faglig og økonomisk karakter vedrørende samhandling om pasienter og brukere
- Opprette underutvalg
- Drøfte uenighets saker og anbefale løsninger
- Godkjenne rutiner og prosedyrer etter forslag fra underutvalg

Møtene avholdes en gang i måneden, og statistikk på avvik i forhold til utskrivningsklare pasienter er et fast tema.

Samhandlingsforum avholdes én gang i året. Her drøftes tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, undervisning og veiledning.

Sammen med Moss, Råde og Våler har Rygge kommune en representant i Administrativt samarbeidsutvalg, kommuneoverlege i Moss Lise Wangberg Storhaug. Lise Wangberg Storhaug har deltatt i Administrativt samarbeidsutvalg siden januar 2014, hennes oppgave er å videreforme kommunenes synspunkter inn i administrativt samarbeidsutvalg.

Organiseringen i Administrativt samarbeidsutvalg legger vekt på enighet og likeverdighet mellom SØ og kommunene. Lise Wangberg Storhaug viser til at partsammensetningen gjør at kommunene har god innflytelse over prosessene og beslutningene som tas. Alle må være enige for at et vedtak skal fattes, og dette fremheves som en styrke ved utvalget.

Overordnet samarbeidsavtale med tilhørende retningslinjer er identiske for alle Østfold kommunene. Retningslinjene blir i utgangspunktet revidert annet hvert år, og kommunene er en aktiv part i arbeidet. Retningslinjer som benyttes ofte revideres også oftere, og ved behov. Meldinger om gjentakende avvik kan også danne grunnlag for endringer i retningslinjene.

Det er en felles oppfatning blant de revisjonen har intervjuet av at samarbeidsavtalen, og de gjeldende retningslinjer er godt tilpasset kommunen. Videre oppleves oppgave- og ansvarsforholdet i samarbeidsavtalens retningslinjer som oversiktlige og tydelig avklart. Det gis mulighet til å komme med innspill til avtalen gjennom ulike møtepunkter og kanaler.

I forkant av møter i Administrativt samarbeidsutvalg sendes sakspapirene ut til

virksomhetsledere, administrasjon og andre relevante kontaktpersoner, slik at disse kan komme med innspill. Det gjennomføres formøter to uker før hvert møte i Administrativt samarbeidsutvalg hvor representanter fra Rygge, Råde og Våler og Moss samles. I disse møtene deltar kommunalsjef fra Rygge og Våler, rådgiver fra Råde og kommunenes representant i administrativt samarbeidsutvalg. Her blir aktuelle saker drøftet og eventuelt brakt videre inn i Administrativt samarbeidsutvalg.

Kommuneoverlegene fra Østfold har regelmessige møter ca. 1-2 ganger i halvåret med ledelsen i SØ og samhandlingsavdelingen. Her drøftes saker vedrørende samhandling, kommunenes representant i administrativt samarbeidsutvalg viser til at dette et godt forum for samhandling og dialog.

Kommunalsjef gjennomfører ukentlige møter med sine enhetsledere innenfor alle områder. Et av de faste punktene på agendaen er kvalitetsarbeid, og dette er også et forum for å ta opp gjentakende problemstillinger. Annenhver måned gjennomfører alle enhetene en analyse av sine avvik for å identifisere særlige risikoområder.

Kvalitetsrådgiver deltar i et kvalitetsnettverk sammen med Sarpsborg, Halden, Moss, Råde, Fredrikstad og Hvaler. Her drøftes ulike tema, også knyttet til samhandling.

Pasientkoordinator deltar på jevnlige møter med de øvrige koordinatorene i Østfold. I disse møtene drøftes eventuelle utfordringer.

I tillegg til samarbeidsavtalen med Sykehuset Østfold har Rygge kommune inngått en samarbeidsavtale med Mossregionens lokalmedisinske senter MLMS om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp med inntil syv sengeplasser.

3.3 Vurderinger

Som det fremkommer av revisjonskriteriene i kapittel 3 skal kommunen ha inngått samarbeidsavtale med regionalt helseforetak.

Revisjonen har funnet at Rygge kommune, i samarbeid med 17 Østfold kommuner, har utarbeidet overordnet samarbeidsavtale med tilhørende retningslinjer med SØ. Fakta viser at overordnet samarbeidsavtale med tilhørende retningslinjer er utarbeidet av Administrativt samarbeidsutvalg. Dette er et partssammensatt utvalg bestående av representanter fra SØ og Østfold kommunene. Retningslinjene inneholder de lovpålagte kravene og partenes ansvar- og oppgavefordeling fremkommer av disse. Etter revisjonens vurdering fremstår samarbeidet mellom SØ og Østfold kommunene som godt forankret både gjennom den overordnede samarbeidsavtalen, samt gjennom faste partssammensatte utvalg og møtepunkt.

4 FUNGERER VARSLINGSROUTINENE VEDRØRENDE UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?

4.1 Revisjonskriterier

Retningslinje nr. 5 *Utskrivning/overføring av pasienter fra Sykehuset Østfold til kommunehelsetjenesten* beskriver følgende varslingsrutiner:

- Sykehuset Østfold gir melding senest innen 24 timer etter innleggelse om innlagt pasient, dvs. status, antatt forløp og forventet utskrivningspunkt, dersom pasienten antas å ha behov for tiltak fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av oppholdet, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.
- Melding om besluttet utskrivningsklar pasient skal formidles via elektroniske pleie og omsorgsmeldinger (PLO), og kan sendes gjennom hele døgnet, inkl. helge – og høytidsdager.
- Kommunene er forpliktet til å ha ett telefonnummer til kommunal pasientkoordinator, som betjenes i tidsrommet kl. 08.00- 15.30. Denne meldetelefonen skal ha telefonsvarer hvor det kan legges igjen beskjed. Denne telefonen skal også brukes som reserveløsning ved bortfall av elektronisk meldingsutveksling.
- Epikrise eller tilsvarende informasjon inkludert medikamentliste (ikke håndskrevet), som sikrer tilstrekkelig og korrekt informasjon om igangsatt behandling/oppfølging, skal følge pasient ved utskrivelse
- Kommunene gir så raskt som mulig tilbakemelding om pasienten kan mottas, senest innen 2 timer (i tidsrommet 08.00-15.30) fra kommunen mottok melding fra SØ.

4.2 Fakta

Koordinerende enhet ble opprettet i 2013 og funksjonen pasientkoordinator er organisatorisk plassert under denne enheten. Stillingen som pasientkoordinator utgjør 50 % og har i henhold til stillingsbeskrivelsen ansvar for:

- All oppfølging mot sykehus
- Korttidsopphold institusjon
- Rehabiliteringsopphold
- Langtidsplasser institusjon
- Kartleggingsbesøk på sykehus evt. sammen med ergo/fysio/psykiskhelse etter behov
- Saksbehandling og vedtaksskriving mot ovenstående.
- PLO¹-meldinger fra sykehuset eLink: Pasientkoordinator har hovedansvar for mottak av PLO meldinger fra sykehus, påse behandlet og evt. sendt videre.

Det fremgår også i stillingsbeskrivelsen at ved pasientkoordinators fravær har øvrige saksbehandlere delt ansvar etter avtale.

Faktaboks 4: Elektroniske meldinger

Systemet med elektroniske meldinger ble «rullet ut» fra april og til oktober i 2012. Kommunen har hatt en prosjektmedarbeider til å ivareta denne oppgaven, samtidig som det har vært et tett samarbeid med Sykehuset Østfold, kommunens helsetjenester herunder fastlegene og andre kommuner. Elektroniske meldinger skal sikre bedre kvalitet, raskere og sikrere kommunikasjon mellom de parter fastlege/sykehus/sykehjem/hjemmesykepleie ved behov for opplysninger om felles pasienter.

Kilde: Årsrapport 2013

Det gis i hovedsak melding om utskrivelse av pasienter gjennom eLink, og systemet har vært benyttet i kommunen siden august 2014. Dersom pasienten overføres fra SØ samme dag gis det i tillegg beskjed over telefon til pasientkoordinator. I følge kommunens egen

¹ Pleie og omsorgsmelding

prosedyre sjekkes eLink minimum tre ganger pr. dag av pasientkoordinator. Kommunen har også utviklet en prosedyre for sjekk av eLink knyttet til helger og helligdager. Her fremgår det på hvilket tidspunkt eLink skal sjekkes, samt hvordan meldinger vedrørende pasienter fra hjemmesykepleien og forespørsel om korttids plass skal håndteres. I prosedyren fremgår det også at

«pasientkoordinatortelefonen» må betjenes i tillegg til eLink. Det er alltid en person som har ansvar for å ta imot meldinger om utskrivningsklare pasienter, og revisjonen får opplyst at kommunen følger opp forpliktelsen om å gi tilbakemelding innen to timer på hvorvidt pasienten kan mottas. Dersom SØ gir melding om utskrivningsklar pasient etter kl. 13.30 overføres resterende tid til dagen etter. Eksempelvis dersom en melding blir mottatt kl. 15.00 må tilbakemelding fra kommunen gis innen kl. 09.30 dagen etter. Stedfortreder for pasientkoordinator viser til at utveksling av informasjon har blitt mye bedre med eLink.

Det er stor variasjon i hvilke behov pasientene har. Det avklares hvorvidt pasienten har behov for eksempelvis rehabilitering, og dersom pasient har behov for fysio- eller ergoterapi ringer SØ direkte til enheten.

I følge leder for koordinerende enhet kan det noen ganger kan være utfordrende at kommunen får korte frister for å tilrettelegge for pasientene. Hun påpeker at kommunen og hjemmesykepleien gjør en stor innsats når det gjelder å tilrettelegge for pasienter som blir utskrevet på kort varsel, og i noen tilfeller må det kalles inn ekstra personale. Dersom det er en ledig seng ved sykehjemmet er man også bemannet for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter.

Det har vært en utfordring for flere av kommunene at behandlende lege på SØ har lagt føringer for hva pasienten kan forvente fra kommunen gjennom å «bestille» korttids plass og at pasienten orienteres om dette. På bakgrunn av dette fremmet kommunerepresentantene en sak for drøftelse i AMU 8. mai 2015. Kommuneoverlege i Moss viser til at Administrativt samarbeidsutvalg, i løpet av

2015, skal arbeide med hvilke tiltak som bør settes inn i denne forbindelse. Utvalget arbeider også med løsninger for hvordan kommunene skal kunne komme med bedre informasjon til pasienter i forkant av utskrivelse. Dette gjelder spesielt pasienter hvor det er usikkerhet knyttet til hvilke tjenester de skal motta etter utskrivelse.

I følge kommunalsjef er ikke dette en problemstilling som er gjeldene for Rygge på revisjonens tidspunkt. Sykehuset Østfold gir tilbakemeldinger på at samarbeidet med kommunen fungerer godt, også sett opp mot pasienter med rus- og psykiatri problematikk, som er en særlig utfordrende gruppe.

Stedfortreder for pasientkoordinator viser også til at SØ nå i mindre grad legger føringer for hvilke tjenester pasienten kan forvente når vedkommende er skrevet ut. Hun påpeker at det er kommunen som avgjør hvilke tjenester pasienten skal tildeles, og det er derfor viktig å bli kjent med pasienten og vedkommende sin hjemmesituasjon. I denne forbindelse kan pasienter bli innvilget korttidsopphold på sykehjemmet. Pasienter kan også få innvilget korttidsopphold i påvente av klargjøring eventuelle hjelpemidler i hjemmet. Disse korttidsoppholdene har som regel en varighet på 3-7 dager hvor formålet er å vurdere brukers behov for tjenester.

Pasientkoordinator møter pasienter på sykehus i forkant av utskrivning ved behov. Det kan være i tilfeller hvor kommunen og SØ er uenige om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar, vedkommende ikke er kjent fra tidligere eller har et komplekst sykdomsbilde. Diskusjonen med SØ omhandler som oftest hvorvidt pasienten kan dra hjem og få tjenester fra hjemmesykepleien, eller om vedkommende bør få korttids plass. Dersom det er gitt føringer fra SØ på hvilke tjenester pasienten bør få blir dette drøftet for å avklare bakgrunnen. Dersom det er aktuelt møter også saksbehandler, fysioterapeut eller ergoterapeut pasienter på SØ for å gjøre vurderinger av hvilke tjenester som kan være aktuelt for pasienten.

Eventuelle uenigheter vedrørende utskriving, har frem til i dag, blitt løst gjennom dialog. Kommunen har foreløpig ikke opprettet uenighetsprotokoll eller meldt saker til nasjonalt tvistløsningsnemd².

Leder for koordinerende enhet viser til at det har vært drøftet hvorvidt pasientkoordinator bør være på SØ en gang i uken, men foreløpig er ikke en slik ordning etablert.

Dersom det viser seg at pasienten likevel ikke blir skrevet ut på forventet dato holder pasientkoordinator kontakt med sykehuset. Det kan i noen tilfeller dreie seg om en forsinkelse på en til to dager, og da er det viktig at kommunen har en korttids plass tilgjengelig.

Både fra sykehjemmet og fra hjemmesykepleiers side vises det til at det forholdsvis ofte er manglende opplysninger knyttet til pasienten fra sykehusets side. I tillegg til å ringe for å få oversendt tilstrekkelig informasjon skrives det avvik på denne type hendelser.

Avvik

Samhandlingsavvik tas opp og analyseres i Administrativt samarbeidsutvalg. Skjema for avviksmelding ble sist oppdatert 25.3.2015. I retningslinje 16 vises det til at saksbehandlingstiden er 30 dager for å sikre læringseffekt. Dersom avviket ikke kan lukkes innen fristen sendes melding til den som har meldt avviket med beskjed om når svar forventes å foreligge. Ved overtredelse av frist purrer SØ sekretariatet for Administrativt samarbeidsutvalg.

Avvik som sendes til SØ registreres ikke inn i kommunens eget kvalitetssystem, «Kvalitetslosen». Det er enhetene selv som sender avvik til sykehuset, samtidig som det opprettes sak på dette i kommunens sak og arkivsystem ESA. Kommunalsjef får tilbakemelding på alle avvik fra sykehuset, og videresender tilbakemelding til den som har meldt avviket. Kvalitetsrådgiver viser til at eventuelle avvik meldt fra SØ vil bli behandlet og lukket i kvalitetsutvalget ved sykehjemmet. Et annet forum hvor det kan være aktuelt å drøfte avvik er i det overordnede kvalitetsrådet i kommunen hvor kommunalsjefene, personal- og organisasjonssjef, kvalitetsrådgiver, tre hovedtillitsvalgte og hovedverneombud inngår. Kommunalsjef viser til at det kan være en utfordring at det tar lang tid før SØ gir tilbakemelding på avvikene, samt at de svarene som gis ikke nødvendigvis fører til endringer.

Ved gjentagende avvik tar også pasientkoordinator med seg dette for drøftelser i møtet med SØ og de andre koordinatorene fra Østfold.

² Den nasjonale tvistløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren gir rådgivende uttalelse i saker der kommuner og foretak ikke kommer til enighet.

Tabell 1 og 2 viser antall meldte avvik fra Rygge kommune og Sykehuset Østfold for 2012, 2013 og 2014

Tabell 1: Avvik meldt fra Sykehuset Østfold til Rygge kommune

	2012	2013	2014
Ikke kontakt på telefon	1	2	-
Ikke mottatt nødvendig dokumentasjon	6	0	-
Manglende oppfølging av utskrevet pasient	1	1	-
Totalt	8	3	0

Tabell 2: Avvik meldt fra Rygge kommune til Sykehuset Østfold

	2012	2013	2014
Ikke medsendt medikamenter	1	1	-
Ikke mottatt nødvendig dokumentasjon	13	2	-
Pasient sendt hjem uten varsel	-	1	-
Pasient vurderes som ikke ferdigbehandlet	-	2	-
Annet (ikke relatert til samhandlingsavtalen)	-	1	-
Totalt	14	7	14

Revisors merknader: Sykehuset Østfold reviderte avviksskjema og avviksrapport høsten 2013. Det er av den grunn vanskelig å kategorisere og sammenligne avvikstallene fra 2013 til 2014. Av den grunn har vi valgt å kun gjengi totalantallet avvik for 2014. Det fremgår av oversendt tabell fra SØ at de fleste avvikene for 2014 omhandler informasjon og kommunikasjon.

4.3 Vurderinger

Som det fremkommer av revisjonskriteriene i kapittel 4 har SØ og Østfold kommunene vedtatt retningslinje vedrørende varslingsrutiner av utskrivningsklare pasienter. Her fremkommer det blant annet at melding om besluttet utskrivningsklar pasient skal formidles via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.

Fakta viser at melding vedrørende utskrivelse av pasient i all vesentlighet gjøres via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i eLink. Kommunen har utarbeidet prosedyre som er med på å sikre at eLink sjekkes minimum tre ganger pr. dag. Systemet har vært benyttet i kommunen siden august 2014. I prosedyren fremgår det at «pasientkoordinatortelefonen» må betjenes i tillegg til eLink. Kommunen følger også opp forpliktelsen om å gi tilbakemelding innen to timer på om pasienten kan mottas. Det er revisjonens oppfatning at varslingsrutinene mellom SØ og kommunen blir godt ivaretatt både på systemnivå og i praksis. Sett opp mot

revisjonskriteriene fremstår dette tilfredsstillende.

Videre viser fakta at det ofte er manglende opplysninger og informasjon som følger pasient fra sykehuset. Likevel fremkommer det av tabell 2 at det, ifølge revisjonens vurdering, meldes forholdsvis få avvik fra kommunen omhandlende SØ. I 2014 er det blitt meldt 14 avvik totalt, de fleste av disse avvikene omhandler informasjon/kommunikasjon fra SØ. Antallet meldte avvik kan tyde på at avvik underrapporteres fra kommunens side.

Samtidig fremstår det for revisjonen at det finnes visse utfordringer i kommunikasjonen mellom SØ og kommunen. Det fremkommer at det i visse tilfeller kan være utfordrende for kommunen å tilrettelegge for mottak av pasient. Dette gjelder i all hovedsak når kommunen får korte frister fra SØ. Det har også vært et problem at behandlende lege ved SØ har lagt føringer for hva pasienten kan forvente fra kommunen gjennom å «bestille»

korttidsplass og at pasienten orienteres om dette. Denne problematikken har derimot avtatt i senere tid, og samarbeidet mellom SØ og kommunen fremstår, for revisjonen, generelt sett som godt. Administrativt samarbeidsutvalg arbeider forløpende med problemløsning og forbedring av samarbeidet mellom SØ og kommunene.

5 HAR RYGGE KOMMUNE ET APPARAT OG NØDVENDIG KAPASITET TIL Å TA I MOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?

5.1 Revisjonskriterier

- Uavhengig av betalingsplikten skal kommunen motta utskrivningsklar pasient så raskt som mulig.
- Sykehuset Østfold er forpliktet, mot betaling fra kommunen, til å gi et tilbud til pasienten i påvente av at kommunen finner et forsvarlig tilbud.
- I henhold til forskrift om internkontroll i helse og omsorgstjenesten § 4 c) skal det sørges for at arbeidstagerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfelt.

5.2 Fakta

Ryggheimen sykehjem er kommunens helseinstitusjon med plass til 93 beboere/pasienter fordelt på langtids og tidsbegrensede plasser. De tidsbegrensede plassene tilbyr rehabilitering, utredning, behandling, lindring eller avlastning. Kortidsposten på Ryggheimen ble opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen, og en post som i utgangspunktet var bygd for åtte pasienter ble i denne forbindelse omgjort til 13 plasser. Det er i tillegg fire plasser ved sykehjemmet som er forbeholdt utskrivningsklare pasienter med behov for rehabilitering. På revisjonens tidspunkt er det totalt 25 tidsbegrensede plasser ved kortidsposten hvor tre av plassene fungerer som langtidsplasser. De fleste som blir innlagt på kortidsposten kommer fra sykehuset, noe som er et direkte resultat av samhandlingsreformen. Den nest største gruppen som legges inn på kortidsposten er pasienter som har blitt utskrevet fra SØ til hjemmet, et indirekte resultat av samhandlingsreformen.

Det er Ryggheimen sykehjem og hjemmebaserte tjenester som primært tar i mot utskrivningsklare pasienter. Kommunalsjef viser til at kommunen i

hovedsak har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Leder for koordinerende enhet viser til at så fremt kommunen har ledig kapasitet tar man imot alle utskrivningsklare pasienter. Når kommunen ikke selv har mulighet til å ta imot pasienter kjøpes eksterne plasser. I enkelte tilfeller er det mer lønnsomt for kommunen å kjøpe tjenester i en annen kommune fremfor selv å etablere tilsvarende tilbud. Dette gjelder eksempelvis tjenester knyttet til brukere som har behov for omfattende rehabiliteringstilbud i en avgrenset periode.

Hjemmesykepleien tar i stor grad i mot alle pasienter, såfremt det ikke er behov for ekstra tilrettelegging i hjemmet. I slike tilfeller blir pasienten i første omgang tildelt et korttidsopphold på sykehjemmet.

I forbindelse med samhandlingsreformen ble kommunen tildelt midler som ble benyttet til å etablere fire dobbeltrom på sykehjemmet, samt at det i denne forbindelse også ble en økning i antall årsverk. Opprettelsen av dobbeltrom for korttidspasienter gav også en positiv virkning på langtidsplassene. Fire av plassene i dobbeltrom ble avvirket 31.12.2014.

2014 var et utfordrende år hvor kommunen ikke hadde kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Høy rullering av tilgjengelige korttidsplassene, og bruk av dobbeltrom ved sykehjemmet var ikke tilstrekkelig. Det ble derfor kjøpt eksterne plasser i tillegg til at kommunen betalte for 49 overliggerdøgn. Det ble kjøpt korttids- og langtidsplasser i Råde og Ås, en palliativ sengeplass i Eidsberg, samt et treukers rehabiliteringsopphold ved Jeløya Kurbad i Moss. I noen tilfeller fikk ikke kommunen kjøpt plasser og da ble pasienten liggende på SØ inntil det ble plasser tilgjengelig.

Kommunen betalte totalt kr. 1 356 588 for kjøp av eksterne plasser i 2014.

Noe av årsaken til manglende kapasitet i 2014 var at flere med behov for langtidsplass ble liggende på korttidsplassene. Det var derfor få reelle korttidsplasser tilgjengelige. Enhetslederne ved sykehjemmet og hjemmebaserte tjenester viser til at det er utfordrende når pasienter på korttidsavdelingen er så dårlige at de ikke kan flyttes hjem. Disse pasientene har krav på en langtidsplass, og må derfor bli liggende på korttidsavdelingen inntil det blir en ledig sykehjemsplass/omsorgsplass i kommunen. I perioder blir derfor korttidsplasser benyttet av langtidspasienter fordi kommunen ikke har annet tilbud.

Stedfortreder for pasientkoordinator viser til at det er utfordrende at man ikke har noen forutsigbarhet knyttet denne gruppen pasienter. Kommunen er pliktig til å ta imot utskrivningsklare pasienter, noe som kan føre til at eldre som har søkt om sykehjemsplass blir stående lenge på venteliste.

I 2015 har man ikke hatt disse utfordringene, og frem til juni har kommunen hatt tilstrekkelig kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. På revisjonens tidspunkt er det heller ingen venteliste på langtidsplass. Leder for koordinerende enhet viser til at årsaken til en bedret situasjon i 2015 år kan være både tilfeldigheter og resultat av iverksatte tiltak. Kommunen har blant annet iverksatt tiltak gjennom hverdagsrehabilitering, men leder for koordinerende enhet er usikker på i hvilken grad dette har bidratt til å redusere antall innleggelser. Hun viser til at det er svingninger generelt knyttet til denne pasientgruppen, og at det var sammensatte årsaker til at 2014 var et særlig utfordrende år. Kvalitetsrådgiver påpeker at sykehjemmet blant annet har hatt en klar strategi på å holde høy rullering på korttidsplassene for å unngå samme situasjon som i 2014.

Kommunalsjef viser til at det skal bygges 25 nye omsorgsleiligheter i 2015 for personer med demens og et dagsenter, noe som også

vil kunne avhjelpe eventuelle plassmangler. Det er derimot ikke satt av midler til å drifte disse plassene, og det diskuteres nå hvordan kommunen skal løse dette.

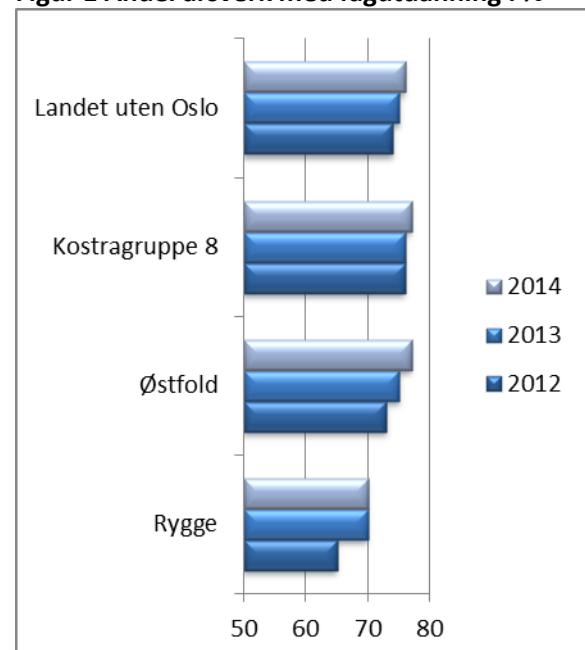
Faktaboks 5: Effektiviseringsprosjekt

Kommunalområde levekår består av Ryggeheimen sykehjem, hjemmebaserte tjenester, koordinerende enhet, praktisk bistand og aktivisering og NAV. Området er for tiden inne i et omfattende effektiviseringsprosjekt. Dette innebærer at alle områdene gjennomgås for å avklare hvorvidt de driftes riktig, og alt fra vedtakspraksis til effektiv bruk av ressurser vil bli evaluert. Effektiviseringsprosjektet er forventet ferdigstilt i løpet av 2 år, og i dette prosjektet ligger det mange planer og strategier for hvordan kommunen skal møte fremtidige utfordringer. Demensplanen er viktig opp mot kapasitet både i forhold til sykehjemsplasser og hjemmebaserte tjenester. Spørsmål knyttet til kapasitet blir også sett på som en risiko i dag. Effektiviseringsprosjektet er skissert med følgende fremdrift:

- Delrapport 1, 09.02.2015
- Delrapport 2, 15.06.2015.
- Implementering høsten 2015.

Kompetanse og kompetanseutvikling

Figur 1 Andel årsverk med fagutdanning i %



Kilde: SSB

Figuren ovenfor viser at kommunen fra 2012-2014 har hatt en lavere andel ansatte med

fagutdanning sammenlignet med Østfold, kostragruppe 8³ og landet uten Oslo.

Det fremgår av *Kommunebarometeret 2015 foreløpig analyse av hovedtall* at kommunen, i forholdt til eldreomsorg, ligger litt lavt når det gjelder andel ansatte med fagutdanning. Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem ligger på normalnivå, mens dekning av sykepleier innen geriatri og ergoterapeut er middels. Videre fremgår det at kommunen har litt mer hjemmebasert eldreomsorg enn normalkommunen. Målt mot hvor mange over 80 år som bor på sykehjem har kommunen en veldig høy andel plasser avsatt til demente. Et opphold på korttidsplass varer i rundt to uker, noe som er bra.

Kommunen opplever at pasienter skrives ut fra SØ med relativt store og omfattende behov for behandling. Det er også en oppfatning av at pasientene skrives raskere ut både til hjemmet og til sykehjem.

Enhetslederne viser til at ingen pasienter blir liggende på sykehus fordi kommunen selv ikke har kompetanse. I noen tilfeller ventes det med utskriving fordi det er behov for at personale på sykehjemmet/hjemmesykepleien får veiledning fra SØ i spesielle prosedyrer eller medisinsk utstyr. Det kan da gjøres i form av hospitering, og samarbeidet mellom kommunen og SØ fungerer godt på dette området. Gjennom retningslinje 14 i samarbeidsavtalen gis det mulighet for gjensidig hospitering mellom Sykehuset Østfold og kommunene.

Som en liten kommune har likevel Rygge noen utfordringer i forhold til manglende kompetanse, særlig opp mot psykiatriske pasienter. Utfordringen knyttet til denne pasientgruppen kan også ses i forhold til mangel på egnet bolig. Kommunalsjef viser til at det på revisjonens tidspunkt blir foretatt en kartlegging av kompetanse sett opp mot plan

³ Kostragruppe 8 inneholder mellomstore kommuner med lave bundne kostnader, hvor Rygge er en av kommunene med lave frie disponible inntekter

for rus og psykisk helse. I tilfeller hvor det er vurdert at kommunen selv ikke har tilstrekkelig kompetanse har det blitt kjøpt ekstern plass. De få pasientene dette dreier seg om har ikke nødvendigvis vært overliggere.

Enhetsleder opplever kortidsposten som godt bemannet kompetansemessig. Kommunens gode legedekning er en nøkkelfaktor når det gjelder å behandle denne pasientgruppen. Legedekningen utgjør 1,2 årsverk i tillegg til turnuskandidat. Fire leger har 30 % stilling noe som innebærer at en lege inkludert turnuskandidat er å tilstede på sykehjemmet alle hverdager. I tillegg inngår det i avtalen at legene skal kunne kontaktes frem til klokken 20.00, også på helg og i høytider.

Ryggeheimen sykehjem og hjemmebaserte tjenester har utviklet en rekruttering og kompetanseplan for 2014. Her fremgår det blant annet at enhetene satser på kompetanseheving blant sine ansatte. Dette iverksettes gjennom tilrettelegging for internopplæring, mulighet for å ansatte til å ta fagbrev og videreutdanning, samt øke antall lærlingplasser og andelen heltidsansatte.

Det fremgår av handlingsplanene for enhetene at det er et mål at alle stillinger er besatt med personer med etterspurt kompetanse. Et av tiltakene i denne for bindelse er at det skal gjennomføres et besøk ved Høgskolen i rekrutteringsøyemed.

Det er en liten andel ufaglærte ved sykehjemmet og noen assistenter er også ansatt i hjemmebaserte tjenester i helgestillinger. I denne forbindelse sjekkes det ukentlig at tilstrekkelig fagkompetanse er på plass, og det er maks to av åtte ansatte som kan være ufaglærte. Det er ca. 85 % av faste ansatte ved sykehjemmet som er fagutdannet.

Ved kortidsposten på sykehjemmet utgjør sykepleiere 8, 25 årsverk og hjelpepleiere 4,8 årsverk. Sykepleier natt dekker hele sykehjemmet og utgjør 5,08 årsverk. Innenfor hjemmebaserte tjenester utgjør sykepleiere 14,31 årsverk, fagarbeider 23,00 årsverk og assistent 1,97 årsverk. Fire av

sykepleierne, og en av hjelpepleierne har videreutdanning.

Ved ledige stillinger blir det vurdert om det er nødvendig å gjøre om stillinger eksempelvis fra hjelpepleier til sykepleier for å dekke det nødvendige kompetansebehovet ved virksomhetene. På revisjonens tidspunkt er det to ansatte ved sykehjemmet som tar videreutdanning i palliasjon. Enhetslederne viser til at akuttgeriatri og psykiatri er fagområder som det kan være aktuelt å prioritere fremover.

Kommunalsjef viser til at alle enheter gjennom sine kompetanse- og handlingsplaner foretar en årlig prioritering knyttet til fagutvikling.

Samhandlingsreformen har medført et økt press på fysioterapi- og ergoterapitjenesten. Og for å møte samhandlingsreformens utfordring knyttet til forebygging og medvirkning, har kommunen innført prinsippet om hverdagsrehabilitering.

Det er i denne forbindelse etablert et hverdagsrehabiliteringsteam, og teamet velger ut brukere som kan ha behov for disse tjenestene. Målet med tjenesten er å hjelpe brukere til å klare seg selv og dermed forebygge bruk av hjemmesykepleie. En person fra hjemmebaserte tjenester deltar sammen med teamet i dette arbeidet, og videreformidler deretter kunnskapen til sine kollegaer. I forbindelse med innføringen av hverdagsrehabilitering har kommunen også gjennomført undervisning for alle ansatte i hjemmebaserte tjenester og basistjenester.

Faktaboks 6: Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et tilbud for å øke evnen til å mestre daglige aktiviteter i hverdagen. Hensikten er at brukerne skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sitt funksjonsnivå. I forbindelse med innføringen av hverdagsrehabilitering har kommunen gjennomført undervisning for alle ansatte i hjemmebaserte tjenester og basistjenester.

På revisjonstidspunktet arbeides det med en opplæringsplan for kompetanseheving innenfor rehabilitering på kortidsposten ved

sykehjemmet. Det er forventet at denne skal være ferdig i august/september og iverksettes i løpet av november/desember 2015.

Iverksette prosjekter

I *Omsorgsplan for Rygge kommune 2011-2020* fremgår det at et av delmålene er å sikre at hjemmetjenesten er kompetent til å møte de økte utfordringene i forbindelse med samhandlingsreformen og utskrivninger fra sykehus. Faglig oppdatering og gode rutiner for opplæring av nye ansatte er tiltakene som det vises til i denne forbindelse.

Kommuneoverlege i Moss er prosjektleder for «Klinisk blick» som er et samarbeidsprosjekt i Mosseregionen. Ved innføringen av prosjektet ble det gjennomført en kartlegging av kompetansebehovet i alle tjenestene innen pleie- og omsorg i Moss, Rygge, Råde og Våler. I denne forbindelse ble det også innhentet informasjon om hva de ansatte selv opplevde de hadde bruk for av kompetanse. Som en del av prosjektet ble det ansatt en undervisningssykepleier som har arbeidet med omfattende kursing i de fire kommunene.

Faktaboks 7: Klinisk blick

Prosjekt Klinisk Blikk er et samarbeid mellom kommunene i Mosseregionen; Moss, Rygge, Råde og Våler, der kommunene samarbeider om en 100 % undervisningssykepleierstilling. Prosjektet ble startet opp høsten 2012, og har vært i drift siden januar 2013.

Kilde: Prosjekt klinisk blick- Årsrapport 2014

Bakteppet for oppstart av «Klinisk blick» var samhandlingsreformen, og de nye oppgavene kommunene er forventet å løse. Hovedmålet er å bidra til kompetente og trygge medarbeidere som igjen bidrar til å øke kvaliteten på de tjenester som gis til brukere og deres pårørende. Målgruppen var i utgangspunktet ansatte i hjemmebaserte tjenester og sykehjem, men tilbud har hittil vært gitt til alle ansatte i alle virksomheter innen helse og omsorg. Undervisningen har vært planlagt med faste bolker, i tillegg til at det har blitt gitt undervisning i fagspesifikke tema som har blitt etterspurt. Det er også gitt konkret opplæring i forbindelse med nye prosedyrer knyttet til enkeltbrukere.

Kommuneoverlege i Moss viser til at det i 2015 skal fokuseres på kompetansehevende tiltak innenfor hjemmebaserte tjenester. Dette er fordi det er ventet et større behov for tjenester innenfor denne sektoren. Mosseregionen har fått 400. 000 kr fra Administrativt samarbeidsutvalg til å gjennomføre et prosjekt for å bedre observasjonskompetansen i hjemmebaserte tjenester. Prosjektet er kalt OBS kommune, hvor formålet er å utvikle en læringsmodell og observasjonsskjema tilpasset hjemmebaserte tjenester for å avdekke og observere endringer i helsetilstanden hos hjemmeboende brukere. Parallelt med at undervisningen knyttet til OBS kommune starter vil det gjennomføres et forskningsprosjekt for å se hva slags effekt tiltaket har på medarbeidernes kompetanse.

Faktaboks 8: OBS kommune

OBS kommune står for Observer, Bedøm, Systematiser og Kommuniser. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom Høgskolen i Østfold og kommunene i Mosseregionen. Gjennom prosjektet skal det utvikles et tilpasset opplæringstilbud til alle ansatte i hjemmebaserte tjenester. Planlagt startdato var 1.1.2015 og planlagt sluttdato er 30.10.16

Enhetslederne viser til at målet med OBS er at alle ansatte skal benytte samme system og vurdere pasienten ut fra like kriterier. Nøkkelpersoner vil bli opplært slik at de kan videreformidle kunnskap til sine kollegaer. I løpet av høsten 2015 skal tilsvarende prosjekt iverksettes for ansatte ved sykehjem gjennom prosjektet ALERT⁴, og her skal ansatte fra Ryggeheimen delta.

5.3 Vurderinger

Som det fremgår av revisjonskriteriene skal kommunen motta utskrivningsklare pasienter så raskt som mulig. Fakta viser at det i forbindelse med samhandlingsreformen ble etablerte fire dobbeltrom på sykehjemmet,

⁴ Acute Life- threatening Events Recognition and Treatment.

samt at det ble en økning i antall årsverk. I forbindelse med samhandlingsreformen ble også korttidsposten på Ryggeheimen opprettet. En post som i utgangspunktet var bygd for åtte pasienter ble i denne forbindelse omgjort til 13 plasser. Samhandlingsreformen har ført til en reell økning i antall sengeplasser i kommunen, noe revisjonen finner tilfredsstillende.

Utskrivningsklare pasienter mottar primært tjenester fra Ryggeheimen sykehjem og virksomhet hjemmebaserte tjenester. Det fremkommer at kommunen i all vesentlighet innehar kapasitet til å ta imot de utskrivningsklare pasientene, men «pasienttopper» kan være utfordrende for kommunen. I de tilfeller kommunen ikke innehar kapasitet, kjøpes eksterne plasser og/eller overliggerdøgn ved sykehuset. I enkelte tilfeller er det også mer lønnsomt for kommunen å kjøpe tjenester i en annen kommune fremfor selv å etablere tilsvarende tilbud.

Kommunen hadde et utfordrende år i 2014. Noe av årsaken til manglende kapasitet i 2014 skyltes at pasienter med behov for langtidsplass ble liggende på korttidsplass. Dette kan, etter revisjonens vurdering, skyldes kapasitetsutfordringer ved kommunens langtidsplasser. Noe som igjen påvirker omløpshastigheten på kommunens korttidssenger. Dette har tidvis skapt et stort behov for kjøp av eksterne plasser. Kommunen betalte totalt kr. 1 356 588 for kjøp av eksterne plasser i 2014. Disse kapasitetsutfordringer har derimot avtatt i 2015. Det er vanskelig for revisjonen å skissere en konkret årsakssammenheng vedrørende disse utfordringene, men antallet utskrivningsklare pasienter er uforutsigbart for kommunen, og det er generelt krevende for kommuner til en hver tid å ha tilgjengelig kapasitet til å ta imot samtlige pasienter.

Kriteriene stiller videre krav til at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innfor sitt fagfelt. Her viser fakta at kommunen, innen eldreomsorg, ligger noe lavt hva gjelder andel ansatte med fagutdanning, mens dekning av sykepleier

innen geriatri og ergoterapeut er middels. Videre vises det til at ingen pasienter blir liggende på sykehus med bakgrunn i at kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse. I visse tilfeller får personale ved sykehjemmet/hjemmesykepleien opplæring og veiledning fra SØ i spesielle prosedyrer og medisinsk utstyr. Kommunen vurderer forløpende, gjennom ansettelse og sine kompetanse- og handlingsplaner, om stillinger skal omgjøres for å dekke nødvendig kompetansebehov, samt prioriteringer knyttet til fagutvikling. Dette viser, etter revisjonens vurdering, at kommunalavdelingen har et aktivt og gjennomtenkt forholdt til sin rekruttering og faglige sammensetningen.

Kommunen har også iverksatt en rekke tiltak i form av å øke kompetansen i forbindelse med samhandlingsreformen, revisjonen viser her til etableringen av hverdagshabiliteringsteam, samarbeidsprosjektet «Klinisk blikk» og prosjektet OBS kommune. Målgruppen for «Klinisk blikk» var i utgangspunktet ansatte i hjemmebaserte tjenester og sykehjem, men har blitt gitt til alle ansatte innen kommunalavdeling helse og omsorg. Tiltakene vil, etter revisjonens vurdering, virke positivt inn på kommunalavdelingens samlede kompetanse og evne til å ta imot de utskrivningsklare pasientene.

6 HAR RYGGE KOMMUNE TILSTREKKELIG KONTROLL MED UTBETALINGER KNYTTET TIL UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?

6.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal betale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i SØ i påvente av et kommunalt helse og omsorgstjenestetilbud. Betalingsplikten gjelder til enhver tid de pasientgrupper som i lov eller forskrift er beskrevet til å være omfattet av denne plikten.
- Betaling skjer etter den døgnpris som til enhver tid er fastsatt i statsbudsjettet.
- I de tilfellene kommunene ikke har fått melding om antatt utskrivningsklar dato, men får denne først samme dag som SØ har satt til utskrivningsklar dato, så gjelder følgende:
 - Hvis meldingen er sendt fra SØ før kl. 12.00 inntreer betalingsplikten samme dag.
 - Meldes pasienten etter kl. 12 (og før 15.30) inntreer betalingsplikten neste dag.Gjelder alle dager inkl. helge og høytidsdager.
- Kommunal betalingsplikt inntreer ikke når SØ avstår fra å skrive ut pasienten, dersom pasienten er definert som utskrivningsklar og kommunen har akseptert å motta pasienten.
- Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger SØ har foretatt slik at det kan etterprøves at vurderingene er i tråd med denne retningslinje og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

I henhold til kommunens økonomireglement følger anvisningsmyndighet stillingen og attestasjonsmyndighet tildeles av den som har anvisningsmyndighet. Anvisningsmyndighet innebærer blant annet å påse at den

fakturerte varen eller tjenesten er mottatt i henhold til bestillingen.

Den som attesterer har blant annet ansvar for at de kontrollene som følger av rutinen⁵ for fakturabehandling er utført. Videre har vedkommende også ansvar for at det er et sikkert grunnlag for å anbefale utbetalingen.

6.2 Fakta

Sykehuset oversender en samlet faktura og fakturagrunnlag for utskrivningsklare pasienter en gang pr. måned til kommunen.

I 2014 endret Sykehuset Østfold sine rutiner vedrørende oversendelse av faktura og fakturagrunnlag i 2014. Endringen innebar at pasientkoordinator ikke lenger mottok en oversikt over hvilke pasienter fakturaen omhandlet. I denne forbindelse tok kommunen kontakt med SØ for å få omgjort deres praksis slik at det igjen ble mulig for kommunen å føre kontroll med grunnlaget for fakturaen.

Det føres kontroll med krav fra SØ gjennom å sjekke at pasientene tilhører kommunen og at vedkommende er registrert i kommunens egne system gjennom kontroll av pasientens ID nummer. I pasientjournalen og i eLink fremgår det når vedkommende ble skrevet ut fra sykehuset, og antall døgn sjekkes opp mot betalingskravet, kommunes egne data og eLink.

Som anviser foretar leder for koordinerende enhet kontroll gjennom å stille spørsmål til den som attesterer. Det gjennomføres også ukentlige saksbehandlert møter hvor det blir gitt orientert om mulighet for overliggere, og som budsjettansvarlig får hun alltid melding

⁵ Revisjonen får opplyst i e-post 19. juni 2015 fra økonomisjef at denne rutinen ikke er utarbeidet.

om disse. Det er den som attesterer som gjennomfører den konkrete kontrollen med selve fakturaen.

Alle som attesterer har fått opplæring i kontroll av faktura. Det foreligger ingen skriftlig rutine som omhandler dette. I Visma fremgår det hvilke tilganger attestanten har, og de ansatte er kjent med innholdet i anvisning og attestasjonsreglementet gjennom praksis.

Alle krav betales for å unngå renter, selv om det gjennom kontroll i forkant viser seg at det er et feilaktig krav. Dette begrunnes med at faktura fra SØ kan omhandle flere pasienter og det kan bli uoversiktlig dersom man trekker ut én pasient fra en faktura. Kommunen ber om tilbakebetaling i etterkant, dette kan noen ganger ta lang tid. Dersom SØ er uenig i kommunens innsigelse mot et betalingskrav drøftes dette, og man har alltid kommet til enighet.

Ifølge samhandlingssjef ved Sykehuset Østfold skal ikke fakturaen betales før tvisten er avgjort.

Tabell 3: antall overliggerdøgn og kostnader

År	Døgnpris	Antall døgn	Sum
2012	4000	45	180 000
2013	4125	63	259 875
2014	4125	48	189 750
2015	4387	3 ⁶	13 161

Tabell 3 viser kommunens kostnader knyttet til overliggerdøgn.

I 2012 leverte kommunen tre innsigelser og en i 2013 hvor de fikk medhold i alle. Det ble inngitt tre innsigelser i 2014 knyttet til feil dato for utskrivelse, også her fikk kommunen medhold i alle sakene.

Pr. mai 2015 har kommunen fått medhold i en innsigelse hvor pasient ikke var tilhørende i Rygge kommune.

Tabell 4: Antall overliggerdøgn fordelt på år.

	2012	2013	2014
Rygge	45	63	48
Fredrikstad	12	34	320
Moss	15	14	47
Halden	24	11	63
Hvaler	3	0	-
Sarpsborg	27	30	123

Tabell 4 viser at Rygge kommune hadde et høyt antall overliggerdøgn i 2012 og 2013 sammelignet med de andre kommunene.

6.3 Vurderinger

I henhold til revisjonskriteriene har kommunen betalingsplikt vedrørende utskrivningsklare pasienter som ikke er blitt gitt et kommunalt tilbud. Videre fremgår det av kriteriene at kommunen kan kreve en redegjørelse samt etterprøve sykehusets vurderinger hva gjelder utskrivningsklare pasienter.

Fakta viser at kommunen mottar samlet faktura og fakturagrunnlag fra sykehuset månedlig. Fakturagrunnlaget kontrolleres opp mot kommunens egne registreringer. Det er attestant som gjennomfører den konkrete fakturakontrollen, samtlige attestanter har fått opplæring i fakturakontroll. Kommunen har derimot ikke utarbeidet en skriftlig attestasjons- og anvisningsrutine. Etter revisjonens vurderinger vil mangelen av en rutine kunne utgjøre en risiko for en enhetlig og korrekt praksis.

På bakgrunn av kontrollene som gjennomføres leverer kommunen innsigelser. Fakta viser at samtlige av kommunens innsigelser er etterkommet av sykehuset. Etter revisjonens vurderinger fremstår det som om kommunen fører god kontroll med utbetalingene knyttet til de utskrivningsklare pasienter.

⁶ Pr. mai 2015

7 I HVILKET OMFANG REINNLEGGES PASIENTER I RYGGE KOMMUNE SAMMENLIGNET MED ANDRE KOMMUNER?

7.1 Fakta

Det fremgår av helsedirektoratets sider/samhandlingstatistikk at kommunens mottakssystemer har vært under press da liggetid på sykehus før pasienten skrives ut blir stadig kortere. Videre vises det til at flere av disse pasientene må innlegges på nytt for øyeblikkelig hjelp. Mulige årsaker til dette er at pasientene er sykere når de skrives ut, og derfor har behov for mer omfattende behandling enn det kommunene kan tilby, og/eller at det kommunale mottaksapparatet ikke er tilstrekkelig utbygd.

Faktaboks 9: Reinnleggelser

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning, med unntak av pasienter som skrives inn og ut samme dag. Øyeblikkelig hjelp er definert som alle innleggelser som ikke er planlagt behandling.

Kilde: Helsedirektoratet.no

Samhandlingssjefen ved SØF påpeker at det ikke er sikkert at en reinnlagt pasient har mottatt tjeneste i kommunene mellom to innleggelser. En reinnleggelse skiller heller ikke mellom om vedkommende blir reinnlagt på grunn av samme forhold som førte til innleggelse i utgangspunktet.

Som beskrevet tidligere har kommunen god legedekning, og lege kontaktes dersom man er tvil om pasientens tilstand. Lege vurderer hvorvidt det er behov for reinnleggelse, men pasientene blir ofte behandlet ved sykehjemmet.

Leder for koordinerende enhet viser til at det totalt ble foretatt 13 reinnleggelser i 2014, men det er vanskelig å si noe om årsaken til disse. Gjennomgang av kommunens egne tall og registreringer viser at alle reinnleggelser er gjort innen to uker. 10 av 13 reinnleggelser ble gjort innen en uke. Av disse ble det foretatt 6 reinnleggelser innen 3 døgn.

For å hindre en innleggelse på sykehus kan fastlege eller legevaktslege skrive inn pasienter på Lokalmedisinsk Senter for behandling der. Pasienten kan deretter overføres til kommunen for videre behandling.

Tabell 5: Andel reinnleggelser innen 30 døgn i prosent for Rygge, Råde, Moss, Fredrikstad, Halden, Sarpsborg og Hvaler for 2014.

Kommune	2014
Rygge	12,75
Råde	16,90
Moss	14,90
Fredrikstad	16,25
Halden	14,25
Sarpsborg	15,00
Hvaler	13,75

Revisors merknad: Tallene er hentet fra Sykehuset Østfold HFs analyseavdeling og beskriver andel reinnleggelser totalt fordelt på kommune. Tallene omhandler også pasienter som ikke mottar kommunale tjenester på reinnleggelsestidspunktet.

Som det fremkommer av tabell 5 er den totale reinnleggelsesraten for pasienter bosatt i Rygge kommune på 12,75 prosent for 2014.

7.2 Oppsummering

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning, med unntak av pasienter som skrives inn og ut samme dag. Øyeblikkelig hjelp er definert som alle innleggelser som ikke er planlagt behandling. De registrerte reinnleggelsestallene registrerer ikke årsak til reinnleggelse.

Fakta viser at det ble foretatt 13 reinnleggelser fra Rygge kommune i 2014. Samtlige pasienter er reinnlagt innen 14 døgn, 10 av 13 er reinnlagt innen 7 døgn, og av disse ble 6 reinnleggelser foretatt innen 3 døgn. Som det fremkommer av tabell 5 ble 12,75 prosent av samtlige utskrevne pasienter fra Rygge kommune i 2014 reinnlagt. Dette er den

laveste reinnleggesraten blant kommunene det er sammenlignet med.

Reinnleggeser er et komplekst tema, med mange ulike årsaksforklaringer. Det har vært vanskelig for revisjonen å innhente valide tall

på reinnleggeser over en lengere tidsperiode. Av den grunn er det vanskelig for revisjonen å si noe konkret vedrørende i hvilken grad reinnleggeseraten har vært økende eller synkende over tid, i Rygge kommune.

8 KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Revisjonen finner at Rygge kommune, i samarbeid med 17 Østfold kommuner, har etablert overordnet samarbeidsavtale med tilhørende retningslinjer med SØ. Avtalen og samtlige retningslinjer er utarbeidet av Administrativt samarbeidsutvalg. Dette er et partssammensatt utvalg bestående av representanter fra SØ og Østfold kommunene. Etter revisjonens vurdering fremstår samarbeidet mellom SØ og Østfold kommunene som godt forankret, både gjennom den overordnede samarbeidsavtalen, samt gjennom faste partssammensatte utvalg og møtepunkt.

Samhandlingen mellom sykehuset og kommunen er skriftliggjort gjennom retningslinje nr. 5 – *Utskriving/overføring av pasienter fra Sykehuset Østfold til kommunehelsetjenesten*. Etter revisjonens vurderinger er kommunens varslingsrutiner tilfredsstillende.

Samtidig fremstår det for revisjonen at det finnes visse utfordringer i kommunikasjonen mellom SØ og kommunen. Dette omhandler i all vesentlighet at manglende opplysninger og informasjon følger pasient fra sykehuset, samt vanskeligheter med å tilrettelegge for mottak av pasient når kommunen får korte frister fra SØ. Administrativt samarbeidsutvalg arbeider fortløpende med forbedring av samarbeidet mellom SØ og kommunene.

Revisjonen finner at kommunen i en viss grad har et apparat og nødvendig kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Samhandlingsreformen har ført til en reell økning i antall korttidsplasser i kommunen, noe revisjonen finner tilfredsstillende. Kommunen har også iverksatt en rekke kompetansehevende tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen. Tiltakene vil, etter revisjonens oppfatning, virke positivt inn på kommunalavdelingens samlede kompetanse

og evne til å ta imot de utskrivningsklare pasientene.

Tilsiget av utskrivningsklare pasienter er, ifølge kommunen, uforutsigbar og varierer over tid. Ved «pasienttopper» har kommunen utfordringer med selv å ta imot de utskrivningsklare pasientene. I disse tilfellene kjøpes eksterne plasser og/eller overliggerdøgn ved sykehuset. En konkret årsak til disse utfordringene skyldes at pasienter med behov for langtidsplass blir liggende lenge på en korttids plass.

Sykehusets betalingskrav kontrolleres opp mot kommunens egne registreringer av pasientens ID nummer, utskrivningstidspunkt og antall døgn, avvik fra dette medfører innsigelser fra kommunen. Samlet sett vurderer revisjonen det slik at kommunen har god kontroll på sine utbetalinger til sykehuset.

Revisjonen vil videre bemerke at kommunen ikke har en skriftliggjort attestasjons- og anvisningsrutine. Ifølge revisjonens vurdering vil mangelen av en skriftlig rutine kunne utgjøre en risiko for en enhetlig og korrekt praksis.

Revisjonen finner videre at det ble foretatt 13 reinnleggelser fra Rygge kommune i 2014. Dette utgjør 12,75 prosent av samtlige utskrevne pasienter, noe som er den laveste reinnleggelsesraten blant kommunene det er sammenlignet med.

Reinnleggelser er et komplekst tema, med mange ulike årsaksforklaringer. Det har vært vanskelig for revisjonen å innhente valide tall på reinnleggelser over lengere tidsperioder. Av den grunn er det vanskelig for revisjonen å si noe konkret vedrørende i hvilken grad reinnleggelsesraten i Rygge kommune har vært økende eller synkende over tid.

Med bakgrunn i konklusjonen og de vurderinger av fakta denne bygger på, anbefaler revisjonen at kommunen bør:

- Be om at Administrativt samarbeidsutvalg gjør en generell vurdering av sykehusets rutiner for presis og tidsriktig informasjonsoverføring til kommunene.
- Utarbeide skriftlig rutine for attestasjon og anvisning. Dette vil i større grad kunne sikre en enhetlig og korrekt praksis.

Rolvøy, 2.9.2015

Lena Longva-Stavem (sign.)
Forvaltningsrevisor

Anders Svarholt (sign.)
Oppdragsansvarlig revisor

9 RÅDMANNENS KOMMENTARER

Østfold Kommunerevisjon IKS
Råkollveien 103

1664 ROLVSØY

Deres ref.
Vår ref. 15/1436-4
Saksbeh. Ivar Nævra

Arkiv 217
25.08.2015

Svar - Høringsutkast- Utskrivningsklare pasienter- Rygge kommune

Det vises til mottatt høringsutkast vedrørende utskrivningsklare pasienter i Rygge kommune.

Det er et kompleks og vanskelig sakfelt revisjonen har gått inn i. Eksakte svar er vanskelig å få. Samhandlingsreformen – som ligger som premiss – har flere aktører med ulike styringslinjer og resultatkrav.

Vi har fra vår side merket oss de punktene revisjonen påpeker og hvor det vil være grunnlag for å vurdere enkelte sider av tjenesten

Rapporten er grundig og etter rådmannens syn vil den være et godt redskap for å kunne arbeide for at tjenesten ytterligere forbedres.

Med hilsen

Ivar Nævra
Rådmann

Dokumentet er elektronisk godkjent.