



Forvaltningsrevisjon | Bergen kommune

Samhandling med spesialisthelsetjenesten

August 2023

«Forvaltningsrevisjon av samhandling
med spesialisthelsetjenesten»

August 2023

Rapporten er utarbeidet for Bergen
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Innledning

Deloitte har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget gjennomført en forvaltningsrevisjon av kommunens samhandling med spesialisthelsetjenesten. Formålet med prosjektet har vært å undersøke om helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune er organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til pasientene, samt om kommunen har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det har også vært et formål å undersøke om det er en tilfredsstillende samhandling med helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til samhandling om somatiske pasienter, jf. bestillingen fra kontrollutvalget.

Metode

Deloitte har gjennomført en **dokumentanalyse** av system og rutiner, og vurdert etterlevelse og praksis opp mot relevant regelverk og avtaler. Det er gjennomført en rekke **intervjuer**, både internt i Bergen kommune (byrådsavdeling helse og omsorg, etat for vurdering og rehabilitering, etat for sykehjem og etat for hjemmebaserte tjenester), samt med eksterne slik som Eldrerådet, Pasient og brukerombudet, representant for fastlegene og representanter fra spesialisthelsetjenesten. Totalt er det gjennomført 31 intervjuer med til sammen 72 personer.

For å supplere intervjuene har det blitt sendt ut en **spørreundersøkelse** til et utvalg ansatte og ledere som er involvert i samhandling om brukere/pasienter med spesialisthelsetjenesten i etat for hjemmebaserte tjenester, etat for sykehjem og etat for vurdering og rehabilitering (herunder ansatte i vurderingsteam).

Hovedfunn og vurderinger

Organisering av helse- og omsorgstjenestene for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter

Deloitte vurdering er at helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune på mange måter er **organisert** på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta deres behov. Bergen kommune tar imot mange utskrivningsklare pasienter per år, og gjennomgående pekes det på både fra ledere og ansatte at kommunen har gode rutiner og tilstrekkelig **kompetanse** til å ivareta pasientenes behov.

Samtidig er det tydelig at organiseringen og kapasiteten i Bergen kommune utfordres ved høyt pasientbelegg, og i en periode der det har vært mange utskrivningsklare pasienter er **kapasiteten** for liten. Dette viser også igjen i en økning av **betalingsdøgn** som kommunen betaler til spesialisthelsetjenesten for utskrivningsklare pasienter som kommunen ikke kan ta imot. Dette er utfordringer kommunen selv er godt kjent med, og det jobbes med tiltak langs flere akser for å bedre kapasiteten. Det vurderes blant annet omgjøring av enkeltrom til dobbeltrom på behandlingssentre, og økt bemanning for å kunne yte forsvarlige tjenester. Tall fra Helsedirektoratet viser samtidig at det er en lavere andel pasienter i Helse Bergen som kommunene betaler overliggedøgn for sammenlignet med landsnittet. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten kommenterer også kommunen at liggetid for medisinske pasienter er kort i Helse Bergen.

Selv om Bergen kommune har utarbeidet flere detaljerte **rutiner** som beskriver organisering, saksgang og samhandling internt knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter, er det en stor andel av respondentene i spørreundersøkelsen som opplever at det bare i noen grad er en tydelig og hensiktsmessig oppgave- og ansvarsfordeling internt om utskrivningsklare pasienter. Det er særlig personer med behov for både somatisk og psykisk helsehjelp/rus som trekkes frem som utfordrende å samhandle rundt. Det er også en del som peker på at fordelingen av ansvar og oppgaver mellom hjemmebaserte tjenester og vurderingsteamet ikke fungerer optimalt. Det pekes på flere forhold her, blant annet er det flere som peker på at det ikke er hensiktsmessig med en dobbelt kartlegging, der pasienten først blir kartlagt av vurderingsteamet og deretter av hjemmebaserte tjenester når det er avklart at pasienten har behov for hjemmebaserte tjenester. Det pekes på at det kan bli gjort ulike vurderinger av hjelpebehovet av disse to tjenestene. Videre er det pekt på at det kan være vanskelig for pasientene å skille mellom tjenestene, og at det er forvirrende at det er flere personell som har ansvar for kartlegging og vurdering. Fra ansatte i hjemmebaserte tjenester pekes det også på at vurderingsteamet burde hatt oppstartssamtale med pasienten når de går i gang med å kartlegge pasienten, heller enn at denne samtalen kommer senere. Basert på det som kommer frem, er det etter Deloitte vurdering behov for å **tydeliggjøre** oppgave- og ansvarsfordeling og samhandling rundt disse pasientene og mellom tjenestene. Det bør både sikres at eksisterende rutiner er godt nok kjent for ansatte i de aktuelle tjenestene, men det bør også undersøkes om det er forhold i selve rutinene som ikke er tilstrekkelig tydelig.

I undersøkelsen kommer det også frem at det er utfordringer knyttet til inndeling/organisering av plasser for øyeblikkelig hjelp (såkalt ØHD-plasser) og plasser for utskrivningsklare pasienter (såkalt KMA- plasser) ved hhv. KAS og akuttavdelingen ved Fyllingsdalen sykehjem, herunder at organiseringen i to ulike enheter med forholdsvis like «plasser» ikke nødvendigvis er optimal. Dette handler om at det ikke oppleves å være fleksibel bruk av plasser til KMA-pasienter og ØH-pasienter, at ØH-pasienter blir liggende noe lenger enn nødvendig grunnet at det er ulik «saksgang» ved behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra KAS, og at det er krevende både for ansatte og kommunens samarbeidspartnere å forstå forskjellen på akuttavdelingen og KAS. Deloitte mener det virker hensiktsmessig at kommunen har iverksatt et arbeid med å gjennomføre risikovurderinger rundt dagens organisering og frem til en eventuell endring. Deloitte merker seg at kommunen i forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten viser til at en eventuell endring av organiseringen foreløpig er utsatt på bakgrunn av gjennomført risikovurdering, blant annet med hensyn til at KAS nylig har vært gjennom en sammenslåingsprosess.

Videre er det Deloittes vurdering at det ikke er tilfredsstillende at Bergen kommune ikke har gjort dokumenterte **risikovurderinger** av om det er pasientgrupper som kommunen ikke klarer å gi et tilfredsstillende tjenestetilbud til. Selv om kommunen klarer å gi de fleste somatiske pasienter et tilbud etter utskrivning, er det vist til at det finnes pasientgrupper (blant annet pasienter med både somatisk og psykisk lidelse/rus) der kommunen per ikke har tilstrekkelig gode system og rutiner som sikrer et sammenhengende tjenestetilbud, eksempelvis når pasienten har behov for tjenester fra flere byrådsavdelinger. Konsekvensene av mangelfulle og/eller dårlig koordinerte tjenester kan potensielt være store for den enkelte pasient, både når det gjelder helse og livskvalitet.

Selv om det ikke er gjennomført dokumentert risikovurderinger, er risikoen og utfordringene godt kjent i Bergen kommune, herunder at det er krevende å avklare hvem som skal ha ansvar for pasienter som trenger tjenester fra flere etater og byrådsavdelinger. I forbindelse med verifiseringen viser også kommunen til at det jobbes med risikoreduserende tiltak. Deloitte stiller likevel spørsmål ved om kommunen i tilstrekkelig grad klarer å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester for disse pasientene i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1a.

System og rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten

Selv om det gjennomgående oppleves å være etablert gode **samhandlingsarenaer** mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på overordnet nivå, er det fremkommet at det ikke alltid oppleves som at samhandlingsarenaene fungerer i tråd med sin intensjon eller har funnet sin form. Deloittes vurdering er at Bergen kommune har oppmerksomhet rundt dette, og løfter viktige avklaringer og problemstillinger til utvalgene de deltar i. Helsefelleskapene er også relativt nye, selv om det over lang tid har vært strukturer og etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten på flere nivå. Spørsmålet er om det kan være behov for flere samarbeidsarenaer, når det trekkes frem at områdeutvalget (som er på systemnivå) også benyttes til å diskutere enkeltpasientsaker, og en rekke respondenter i spørreundersøkelsen viser til at det ikke blir gjennomført samarbeidsmøter om enkeltpasienter når det er behov for dette. Bergen kommune bør ev. vurdere om det er behov for å se på rutinene for dette sammen med spesialisthelsetjenesten, herunder om det er tydelig nok hvem som skal ta initiativ til samarbeidsmøter om enkeltpasienter og i hvilke tilfeller det kan være hensiktsmessig.

Undersøkelsen viser at det er delte meninger om hvorvidt fastlegene **henviser** pasienter tidsnok til spesialisthelsetjenesten, men det foreligger i liten grad data om henvisningspraksis. Deloittes vurdering er imidlertid at Bergen kommune bør være oppmerksomme på at henvisningspraksis kan være en potensiell problemstilling som forsinker innleggelse, og ved behov løfte det i sine utvalg med fastlegene.

Undersøkelsen viser videre at det er noe varierende om ansatte og ledere i kommunen opplever at det er en tydelig **ansvars- og oppgavefordeling** mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, noe Deloitte mener også henger sammen med at kommunen i flere tilfeller ikke opplever å få tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetak om pasienters behov etter utskrivning (se nærmere omtale under). I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget, kommenterer kommunen at dette også handler om at oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linje ikke er konkret beskrevet, og at dette er en kjent problemstilling nasjonalt som Helse- og omsorgsdepartementet følger opp. Selv om det trekkes frem at kommunen i flere tilfeller ikke får den informasjonen de har behov for, er det likevel mange som uttaler at samhandlingen i hovedsak fungerer godt.

Deloittes vurdering er at rutiner for samhandling ved **innleggelse** i hovedsak fungerer tilfredsstillende, og ansatte i Bergen kommune kjenner i stor grad til hvilken dokumentasjon som skal sendes til spesialisthelsetjenesten. Det har imidlertid vært en utfordring at denne informasjonen i flere tilfeller har blitt sendt for sent, fordi kommunen ikke har hatt tilgang til å sende innleggelsesrapport med nødvendige opplysninger til spesialisthelsetjenesten før spesialisthelsetjenesten har bekreftet innleggelse av pasienten. Underveis i revisjonsperioden har det blitt jobbet med tiltak for å løse denne problemstillingen, og det har fra våren 2023 vært mulig for kommunen å sende innleggelsesrapport før sykehuset har

bekreftet mottak av pasient. Dette fremstår å være et godt tiltak som er kommet i stand gjennom samarbeid mellom partene.

Deloitte vurderer at samhandling **underveis** i innleggelse i hovedsak ser ut til å fungere godt, men det er samtidig tydelig at ansatte i kommunen opplever at det kan være hensiktsmessig med mer dialog og møter om pasienter sammen med spesialisthelsetjenesten. En relativt stor andel svarer at det per i dag ikke i tilstrekkelig grad blir gjennomført samarbeidsmøter når det er behov for det.

Undersøkelsen viser at det er noen gjentakende utfordringer knyttet til **utskrivning** av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Dette handler blant annet om at kommunen opplever at pasienter **skrives ut fra sykehuset for tidlig**, og flere rapporterer om hyppige **reinnleggelse**. Kommunen har imidlertid ikke tilstrekkelig informasjon om omfanget. Deloitte vurderer at det kan være hensiktsmessig at kommunen ber om tall fra spesialisthelsetjenesten på omfanget, for å vurdere behov for tiltak. Mange rapporterer også om at kommunen i flere tilfeller ikke mottar tilstrekkelig og tidsriktig informasjon om pasienters behov etter utskrivning, blant annet er det **feil eller uklareheter i medisinalister** ved utskrivning, manglende resepter eller det mangler nødvendig medisin ved utskrivning før helg. Slik Deloitte vurderer det, medfører disse utfordringene risiko for pasientsikkerheten.

Det er etter Deloitte vurdering viktig at kommunen i større grad melder avvik knyttet til disse utfordringene og andre brudd på samhandlingsrutiner, slik at problemstillingene kan synliggjøres og det kan iverksettes tiltak (se nærmere omtale av dette under). Deloitte vil også presisere at problemstillingene som er løftet frem i denne undersøkelsen ikke kan sies å være unike for Bergen kommune, og at det også i andre rapporter om dette temaet er trukket frem flere av de samme problemstillingene.¹ Det pågår også arbeid nasjonalt knyttet til å løse utfordringer med at det er manglende samsvar i legemiddellister når pasienter overføres fra et tjenestnivå til et annet, gjennom *Pasientens legemiddelliste*² som skal tilgjengeliggjøre legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt. Bergen kommune har en sentral rolle i dette prosjektet og har påtatt seg oppgaven med å pilotere Pasientens legemiddelliste.

Melding og oppfølging av avvik knyttet til samhandling

Undersøkelsen viser at det er underrapportering av avvik som gjelder brudd på samhandlingsrutiner mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten. Årsaker til manglende avviksrapportering oppgis å være knyttet til manglende tid, manglende kunnskap om hvordan avviket skal meldes, og manglende opplevelse av at det nytter å melde avvik. Selv om Bergen kommune har rutiner som omtaler hvordan slike avvik skal meldes, og har arbeidet for å bedre avviksrapporteringen, er det Deloitte vurdering behov for at kommunen fortsetter arbeidet med å sikre at ansatte kjenner godt nok til rutineene, inkludert får tilstrekkelig informasjon om *hvorfor* det er viktig å melde avvik knyttet til samhandling og *hvordan* dette skal gjøres. Dette er viktig for å sikre en mer korrekt avviksrapportering, og for å synliggjøre omfang og innhold i brudd på samhandlingsrutiner slik at målrettede og risikoreducerende tiltak kan iverksettes.

Det er videre Deloitte vurdering at systemet for melding og oppfølging av avvik mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke er optimalt. Som følge av at kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike avvikssystemer, må avvik mellom partene meldes manuelt utenom organisasjonenes avvikssystemer. Deloitte vurderer at dette øker risikoen for at avvik ikke kommer frem til riktig adressat og/eller at avviket kommer frem sent, noe som også kan påvirke oppfølgingen av avvik. Dette er en utfordring det ikke nødvendigvis er enkelt å gjøre noe med (og i hvert fall ikke for Bergen kommune alene), men Deloitte finner likevel grunn til å påpeke risikoene ved ordningen. Deloitte vil presisere at vi ikke her mener at virksomhetene skal ha felles avvikssystem, men at vi mener det er behov for å se på om det er mulig å iverksette tiltak for å sikre at avviksmeldinger kommer raskt nok frem til riktig adressat.

Undersøkelsen viser at Bergen kommune i varierende grad har informasjon om oppfølging av avvikene de har meldt til spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes ifølge de intervjuede dels at kommunen ikke alltid får tilbakemelding av spesialisthelsetjenesten om at avvik er fulgt opp, og dels at kommunen ikke har implementerte rutiner for å registrere tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten i eget kvalitetssystem. Vi merker oss imidlertid at noen gir uttrykk for at kommunen i større grad enn før nå får tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten.

Videre er det Deloitte vurdering at Bergen kommune ikke fullt ut har en tilfredsstillende praksis for å følge opp avvik som er meldt fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Selv om det er etablert rutiner for oppfølging av avvik, er ikke disse tilstrekkelig implementert eller fulgt. Deloitte finner også grunn til å stille spørsmål ved om antallet avvik som er meldt fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune er korrekt, i og med at det ikke er godt nok implementert at avvik meldt fra spesialisthelsetjenesten skal registreres i kommunens avvikssystem i BkKvalitet.

¹ Se blant annet Rapport om samhandling mellom kommuner og sykehus utarbeidet av Sintef på oppdrag for KS (2020): <https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>

² Direktoratet for e-helse: [Utprøving av pasientens legemiddelliste](#)

Involvering av brukere

Deloitte vurderer at Bergen kommune gjennom flere initiativ systematisk innhenter informasjon om hvordan brukerne opplever helse- og omsorgstjenestene i byrådsavdeling for helse og omsorg. Deloitte finner likevel grunn til å påpeke at det per i dag i liten grad blir innhentet informasjon om hvordan brukerne opplever samhandlingen og koordineringen mellom ulike tjenester. Det medfører at kommunen i begrenset grad kan benytte informasjon om brukeres erfaringer til å forbedre samhandlingen. Det pågår imidlertid prosesser som også skal kartlegge brukernes erfaringer, blant annet gjennom læringsnettverkene. Det bør også vurderes om det kan inkluderes spørsmål om samhandling i de brukerundersøkelsene kommunen allerede gjennomfører.

I intervju med brukerrepresentanter fremkommer det at særlig pasienter med behov for tjenester fra ulike avdelinger og/eller nivåer i liten grad blir møtt av et helhetlig og koordinert tjenesteapparat, slik også påpekt av ansatte og ledere i kommunen. Flere trekker særlig frem pasienter som har behov for både somatisk og psykisk helsehjelp samt også personer med rusproblematikk, og der ansvaret for oppfølging av pasienten ikke nødvendigvis ligger hos én byrådsavdeling.

Hva mener ansatte og ledere er viktige faktorer og tiltak for å sikre god samhandling og helhetlige pasientforløp

I intervju og spørreundersøkelse peker både ansatte og ledere på at det er mye som fungerer bra i samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samtidig vises det også til at det er flere forhold som kan forbedres for å sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling om pasienter.

I spørreundersøkelsen svarer et flertall av respondentene at det i denne sammenhengen er nødvendig med **bedre kommunikasjon**, både internt i kommunen (herunder mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, samt mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og vurderingskontoret), med fastleger og med spesialisthelsetjenesten. I fritekstsvarene blir det også påpekt at det er nødvendig å involvere brukere og pasienter i større grad i denne kommunikasjonen.

Flere ledere og ansatte peker på at informasjonen må **komme tidsnok og være korrekt**. Det blir vist til at kommunen har behov for å få informasjon om utskrivning så tidlig som mulig på dagtid. Informasjonen må også være korrekt og utfyllende, slik at kommunen kan planlegge mottak av pasienten på en god måte. Det blir vist til at dette er særlig viktig for pasienter som har et stort hjelpebehov. I forlengelsen av dette viser flere til viktigheten av at kommunen mottar epikriser tidsnok ved utskrivning av pasienter.

Flere ansatte og ledere peker også på at det er behov for at spesialisthelsetjenesten har bedre **kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestenes oppgaver og ansvar** for å kunne sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling. Flere skriver i fritekstsvaret i spørreundersøkelsen at de opplever at pasienter blir skrevet ut fra sykehuset med urealistiske forventninger om hva kommunen kan tilby dem, som følge av at de har fått feil eller unyansert informasjon fra sykehuset om kommunens tjenester. Det vises til et behov for en tydeligere avklaring av hva kommune- og spesialisthelsetjenesten kan forvente av hverandres tjenestetilbud. Dette bør være skriftlig nedfelt, slik at det ikke er rom for uklarheter eller ansvarsfraskrivelse. I forbindelse med verifiseringen, kommenteres det at kommunen tilbyr regelmessig opplæring av sykehuspersonell og at det jobbes kontinuerlig med undervisning og felles prosjekter mellom de to tjenestenivåene.

Videre er **manglende medisiner og/eller feil i medisinlister** ofte er en stor utfordring. Det kommenteres av flere at sykehuset ikke alltid er klar over at de må sende med medisiner fra sykehus i de tilfellene det er behov for dette. Flere kommenterer også at de ønsker at fullstendige legemiddellister sendes før pasienten sendes hjem, slik at kommunen har tid til å fremskaffe medisinene. Det påpekes at innføringen av Pasientens legemiddelliste trolig vil bidra til å redusere denne utfordringen på sikt.

Ledere og ansatte kommenterer i fritekstsvaret i spørreundersøkelsen at de også ønsker flere **møtepunkt** med spesialisthelsetjenesten, herunder nevnes samarbeidsmøter om pasienter og hospitering. Palliative pasienter, pasienter med kompliserte sykdomsforløp og andre alvorlig syke pasienter trekkes frem som grupper det er ønskelig at det arrangeres flere samarbeidsmøter for.

Enkelte viser også til at de ser behov for **bedre/flere rutiner og retningslinjer** for å regulere samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon

Samlet sett mener Deloitte at helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune på mange måter er organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til pasientene. Samtidig er det tydelig

at Bergen kommune har vært presset på kapasitet siden midten av 2022, og at det på noen områder er behov for mer tydelighet rundt fordeling av ansvar og oppgaver. Det er også behov for å synliggjøre omfanget av avvik som gjelder brudd på samhandlingsrutiner, slik at tiltak kan iverksettes.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen, anbefaler Deloitte at Bergen kommune arbeider videre med følgende tiltak og områder:

1. Sikre at pasienter som har behov for tjenester fra ulike etater og byrådsavdelinger får et helhetlig og godt koordinert tjenestetilbud
2. Sikre at kunnskap om hvordan brukere og pasienter opplever samhandling mellom ulike nivå og tjenester hentes inn og benyttes i kvalitetsforbedringsarbeid
3. Sikre at oppgave- og ansvarsfordeling mellom vurderingsteam og hjemmebaserte tjenester i tilstrekkelig grad er tydelig og hensiktsmessig, herunder vurdere om det er behov for å gjøre rutinene bedre kjent og om det er forhold i rutinene som ikke er tydelig nok
4. Sikre tydelig og hensiktsmessig bruk av hhv. KMA og ØHD-plasser
5. Sikre at ansatte og ledere i Bergen kommune melder avvik ved brudd på samhandlingsavtaler- og rutiner
6. Sikre at avvik meldt både til og fra spesialisthelsetjenesten blir registrert i BkKvalitet i tråd med egne rutiner
7. Følge opp samhandling med spesialisthelsetjenesten når det gjelder
 - a) Reinnleggelsesprosent
 - b) Omfang av avvik på brudd på samhandlingsrutiner
 - c) Vurdere behov for enda tydeligere rutiner om de ulike tjenestenes ansvarsområder og opplæring i dette
 - d) Vurdere om det er behov for å tydeliggjøre i hvilke tilfeller det kan og bør gjennomføres samarbeidsmøter/overføringsmøter om enkeltpasienter

Innhold

1	Innledning	12
2	Byrådsavdeling for helse og omsorg	15
3	Organisering av helse- og omsorgstjenestene for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter	17
4	System og rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten	32
5	Avvik knyttet til samhandling	49
6	Involvering av brukere	55
7	Faktorer og tiltak for å sikre god samhandling og helhetlige pasientforløp	57
8	Konklusjon og anbefalinger	59
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	61
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	63
	Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	65

Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	12
1.1	Bakgrunn	12
1.2	Formål og problemstillinger	12
1.3	Metode	13
1.4	Revisjonskriterier	14
2	Byrådsavdeling for helse og omsorg	15
3	Organisering av helse- og omsorgstjenestene for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter	17
3.1	Problemstilling	17
3.2	Revisjonskriterier	17
3.3	Datagrunnlag	18
3.3.1	Tjenester som tar imot utskrivningsklare somatiske pasienter i Bergen kommune	18
3.3.2	Kapasitet og kompetanse til å ta imot og ivareta utskrivningsklare pasienter	21
3.3.3	Omfang av betalingsdøgn eller såkalte overliggendøgn	26
3.3.4	System og rutiner for å sikre samhandling mellom tjenester internt i Bergen kommune	27
3.3.5	Risikovurderinger knyttet til pasientgrupper	30
3.4	Vurdering	31
4	System og rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten	32
4.1	Problemstilling	32
4.2	Revisjonskriterier	32
4.3	Datagrunnlag	34
4.3.1	Samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester	34
4.3.2	Samhandling og informasjonsutveksling ved innleggelse og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten	35
4.3.3	Opplæring og tiltak som skal sikre god samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste	45
4.3.4	Reinnleggelser etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten	46
4.4	Vurdering	47
5	Avvik knyttet til samhandling	49
5.1	Problemstilling	49
5.2	Revisjonskriterier	49
5.3	Datagrunnlag	49
5.3.1	Rutiner for og omfang av avvik meldt fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten	49
5.3.2	Oppfølging av avvik som sendes til spesialisthelsetjenesten	51
5.3.3	Avvik meldt fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune	52
5.3.4	Oppfølging av meldte avvik fra spesialisthelsetjenesten	52
5.4	Vurdering	53
6	Involvering av brukere	55
6.1	Revisjonskriterier	55
6.2	Datagrunnlag	55
6.3	Vurdering	56
7	Faktorer og tiltak for å sikre god samhandling og helhetlige pasientforløp	57

7.1	Problemstilling	57
7.2	Datagrunnlag	57
7.3	Oppsummering	58
8	Konklusjon og anbefalinger	59
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	61
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	63
	Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	65

Figurer

Figur 1:	Organisering av byrådsavdeling for helse og omsorg. Kilde: Bergen kommune	15
Figur 2:	Saksgang ved utskrivning fra sykehus	19
Figur 3:	Pasientgrupper i KAS	20
Figur 4:	Pasienter med behov for kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning fra KAS	21
Figur 5:	I hvilken grad opplever du at din avdeling har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus? (N=288)	21
Figur 6:	I hvilken grad opplever du at din avdeling har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus? (N=289)	22
Figur 7:	Samhandlingsrutiner	27
Figur 8:	Oppgave og ansvarsfordeling. N=288/282	28
Figur 9:	Samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasienter	36
Figur 10:	I hvilken grad er du kjent med hvilken dokumentasjon som skal oversendes til spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasient på sykehus? (N = 289*)	37
Figur 11:	I hvilken grad opplever du at sykehuset bekrefter innleggelse av pasient innen rimelig tid? (N = 289*)	37
Figur 12:	I hvilken grad opplever du at det blir gjennomført samarbeidsmøter om enkeltpasienter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tilfeller der det er behov for dette? (N = 289*)	38
Figur 13:	I hvilken grad opplever du at spesialisthelsetjenesten har vært tilgjengelig for å gi veiledning/opplæring til din avdeling når dere har hatt behov for dette? (N = 289*)	39
Figur 14:	I hvilken grad opplever du at informasjonen din avdeling får om utskrivningsklare pasienter i hovedsak ... (N = 289-290*)	40
Figur 15:	Ta stilling til påstandene under ved å bruke en skala fra 1 til 5, der 1 er "ikke en utfordring i det hele tatt" og der 5 er "en svært stor utfordring" (N = 290-292)	41
Figur 16:	Illustrasjon av journal- og samhandlingsystem som blir benyttet i kommune- og spesialisthelsetjenesten	44
Figur 17:	I hvilken grad opplever du at det er en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten knyttet til somatiske pasienter? (N=288)	45
Figur 18:	Hvor ofte opplever du at pasienter som blir utskrevet til din avdeling må reinnlegges* på sykehuset? (N = 289)	46
Figur 19:	I hvilken grad opplever du at reinnleggelser av pasienten skyldes at pasienten har blitt skrevet for tidlig ut av sykehuset (N = 226) / forverring av pasientens tilstand eller nyoppstått sykdom (N = 223)?	47
Figur 20:	Hvor ofte opplever du at det forekommer avvik knyttet til samhandling mellom din avdeling og spesialisthelsetjenesten? (N = 288)	50
Figur 21:	Når du opplever at det forekommer avvik knyttet til samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten, hvor ofte melder du dette inn som et avvik? (N = 220)	51
Figur 22:	Får du som leder tilbakemelding om at avvik knyttet til samhandling som er meldt til spesialisthelsetjenesten er fulgt opp? (N = 77)	52
Figur 23:	Følger du som leder opp avvik du mottar fra spesialisthelsetjenesten om brudd på samhandlingsrutiner? (N = 76)	53

Tabeller

Tabell 1:	Omfang av utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune fra 2020-2022	18
Tabell 2:	Totalt antall overliggedøgn per år i Bergen kommune	27
Tabell 3:	Antall meldte avvik i BkKvalitet fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten (avvik på tjenesteavtale 3-5 med spesialisthelsetjenesten)	50

Tabell 4: Antall meldte avvik fra spesialisthelsetjenesten på Bergen kommune (avvik på tjenesteavtale 3-5)

52

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune i sak 70/22 den 7. september 2022.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune er organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til pasientene, samt om kommunen har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det har også vært et formål å undersøke om det er en tilfredsstillende samhandling med helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til samhandling om somatiske pasienter, jf. bestillingen fra kontrollutvalget.

Med bakgrunn i formålet har følgende problemstillinger blitt undersøkt:³

1) Er helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til de ulike pasientgruppene? Under dette:

- I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig
 - kompetanse til å ivareta behovene til utskrivningsklare pasienter/brukere?
 - kapasitet (eks tilstrekkelig antall plasser/botilbud/oppfølgingstilbud) til å ta imot utskrivningsklare pasienter?
- Hva er omfanget av overliggedøgn som Bergen kommune betaler for per år? (avgrenset til siste tre år)
- I hvilken grad er det etablert system og rutiner som sikrer samhandling mellom tjenester internt i Bergen kommune, i tilfeller der pasienter/brukere har behov for oppfølging i/av ulike kommunale tjenester?
- Har kommunen gjort vurderinger av om det er pasient-/brukergrupper som det er risiko for at kommunen ikke klarer å gi en tilfredsstillende oppfølging/tjenestetilbud til etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten eller ev. i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten?

2) Er det etablert hensiktsmessige system og rutiner for samhandling mellom Bergen kommune og helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten? Under dette:

- I hvilken grad er det på systemnivå etablert samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, og fungerer disse etter intensjonen?
- I hvilken grad henviser fastleger pasienter tidnok til spesialhelsetjenesten?
- I hvilken grad mottar kommunen tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetak om innleggelse og pasienters behov etter utskrivning? (i tilfeller der pasienter har eller vil få behov for oppfølging i kommunen etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten)
 - Blir det i tilstrekkelig grad gjennomført samarbeidsmøter mellom pasient, aktuelle kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten? (i tilfeller der pasienter har eller vil få behov for oppfølging i kommunen etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten)
- I hvilken grad forekommer reinnleggelse av pasienter etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad opplever ledere og ansatte i Bergen kommune at det er en tilfredsstillende samhandling med spesialisthelsetjenesten?

³ Strukturen og rekkefølgen på flere problemstillinger er endret i forhold til oppstilling i prosjektplanen. Noen underproblemstillinger er flyttet til en annen hovedproblemstilling enn der de opprinnelig stod, noen underproblemstillinger er gjort om til hovedproblemstillinger, og noen hovedproblemstillinger er gjort om til underproblemstillinger under et annet kapittel. Dette er gjort med tanke på at rapporten skal ha en mest mulig logisk oppbygning og struktur. Selv om strukturen i problemstillingene er endret, har vi besvart alle problemstillinger som fremgikk av prosjektplanen.

- I hvilken grad opplever ledere og ansatte i Bergen kommune at det er en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad opplever ansatte og ledere utfordringer i samhandlingen?
- Hvilke eventuelle konsekvenser/risikoer medfører disse utfordringene?

3) I hvilken grad blir avvik knyttet til samhandling om pasienter mellom Bergen kommune og helseforetak meldt og fulgt opp?⁴

- I hvilken grad blir det meldt fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad blir det meldt avvik fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune?
- I hvilken grad blir eventuelle avvik knyttet til samhandling mellom Bergen kommune og helseforetak fulgt opp på en systematisk måte?
 - Hvordan følger Bergen kommune opp ev. avvik som er meldt fra spesialisthelsetjenesten?
 - Får Bergen kommune tilbakemelding på at ev. avvik som er meldt til spesialisthelsetjenesten er fulgt opp?

4) I hvilken grad er det tilstrekkelig tilrettelagt for involvering av brukere for å lære av deres erfaringer? Under dette:

- I hvilken grad opplever brukerne/brukernes representanter at de får tilstrekkelige og godt koordinerte tjenester?
- I hvilken grad innhenter og gjør Bergen kommune bruk av erfaringer fra brukere og pårørende om samhandling mellom tjenestenivåene?

5) Hva mener ansatte og ledere er viktige faktorer/tiltak for å sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling om pasienter?⁵

1.3 Metode

Deloitte har utført forvaltningsrevisjonen i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Prosjektet har blitt kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet november 2022 til juni 2023.

Dokumentanalyse

Rettsregler og avtaler som regulerer samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten har blitt gjennomgått og benyttet som revisjonskriterium. Videre har informasjon om Bergen kommune og dokumentasjon som rutiner og prosedyrer mm. blitt samlet inn og analysert. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteriene.

Intervju

For å få supplerende informasjon til skriftlige kilder, har Deloitte gjennomført en rekke intervjuer. I Bergen kommune har vi gjennomført intervju med kommuneoverlegen, etatsledere og rådgivere i etat for hjemmebaserte tjenester, etat for sykehjem og etat for vurdering og rehabilitering. Videre er det gjennomført intervju med enhetsledere, avdelingsledere og ansatte i to utvalgte behandlingssentre, samt ledere og ansatte ved Kommunal allmennt medisinsk sengepost (KAS). Det er også gjennomført intervju med enhetsledere, avdelingsledere og ansatte i hjemmebaserte tjenester i fire utvalgte områder. I tillegg er det gjennomført intervju med ansatte og ledere i vurderingsteam og vurderingskontor fra etat for vurdering og rehabilitering.

Deloitte har også gjennomført intervjuer med eksterne aktører. Vi har intervjuet Eldrerådet, Pasient- og brukerombudet i Bergen, representant for fastlegene, samt samhandlingssjef og viseadministrerende direktør i Helse Bergen HF.

Totalt er det gjennomført 31 intervjuer med til sammen 72 personer.

Spørreundersøkelse

For å supplere intervjuene har det blitt sendt ut en spørreundersøkelse til et utvalg ansatte og ledere som er involvert i samhandling om brukere/pasienter med spesialisthelsetjenesten i etat for hjemmebaserte tjenester,

⁴ Problemstillinger knyttet til avvik var opprinnelig underproblemstillinger. Vi har formulert en overordnet hovedproblemstillingene til disse underproblemstillingene og vil besvare disse i et eget kapittel for å gjøre rapporten mer leservennlig.

⁵ Denne problemstillingen blir besvart i et eget kapittel. Problemstillingen er deskriptiv, og vil derfor bli besvart uten en vurdering.

etat for sykehjem og etat for vurdering og rehabilitering (herunder kun ansatte i vurderingsteamet). Spørreundersøkelsen er sendt til 883 respondenter, hvorav 292 har besvart undersøkelsen. Dette tilsvarer en responsrate på 33 prosent.

Svarprosenten innad i de ulike etatene er som følger:

- Etat for hjemmebaserte tjenester: 40 prosent
- Etat for sykehjem (behandlingssentre og KAS): 30 prosent
- Etat for vurdering og rehabilitering (herunder ansatte i vurderingsteam): 70 prosent

Deloitte vurdering er at svarprosenten er høy nok til å kunne gi nyttig informasjon til rapporten. Vår erfaring er at det er krevende å få høyere svarprosent i denne typen tjenester der tjenesteutføring til pasienter er primæroppgaven til de ansatte. Svarene i spørreundersøkelsen samsvarer godt med informasjon som er fremkommet i intervju.

Verifisering og høring

Oppsummering av intervju er sendt til de intervjuede for verifisering, og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er blitt benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til kommunen for verifisering, og det er gjort justeringer i rapporten basert på tilbakemeldinger i forbindelse med verifiseringen. Rapporten er sendt til byråd for helse og omsorg for uttale. Byrådets høringsuttalelse vil bli vedlagt den endelige rapporten som blir sendt til kontrollutvalget.

1.4 Revisjonskriterier

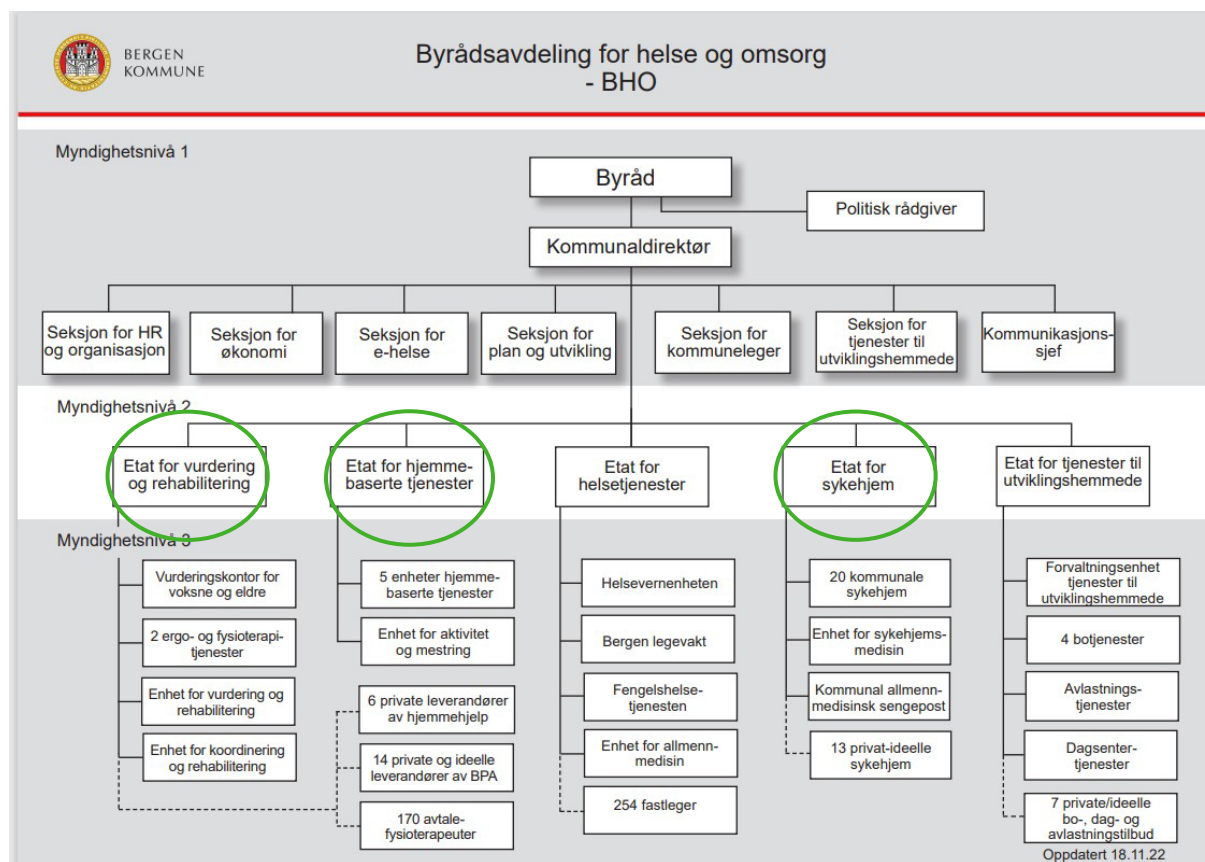
Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven og samhandlingsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i vedlegg 2.

2 Byrådsavdeling for helse og omsorg

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten om somatiske pasienter. I Bergen kommune er det i all hovedsak byrådsavdeling for helse og omsorg ved etat for hjemmebaserte tjenester, etat for sykehjem og etat for vurdering og rehabilitering som har ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og som er mest sentrale i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Se organisasjonskartet under.

Figur 1: Organisering av byrådsavdeling for helse og omsorg. Kilde: Bergen kommune



Etat for hjemmebaserte tjenester har ansvar for hjemmehjelp, hjemmesykepleie, dagaktiviteter, responscenter og kommunal hjelpemiddelservice i Bergen kommune. Etaten er delt inn i fem enheter som yter hjemmesykepleie og hjemmehjelp i geografisk avgrensede områder (hjemmebaserte tjenester i Arna og Åsane, hjemmebaserte tjenester i Bergenhus, hjemmebaserte tjenester i Årstad, hjemmebaserte tjenester i Fana og Ytrebygda og hjemmebaserte tjenester i Fyllingsdalen og Laksevåg).

Hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune er i en omorganiseringsprosess. Gjennom prosjektet «HELTOM» skal tjenesten deles inn i «helsetjenesteteam» bestående av ansatte med minimum treårig helsefaglig utdanning (sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter) og «omsorgsteam» bestående av ansatte med helsefagutdanning og assistenter. I den nye organiseringen vil noen brukere kun motta tjenester fra omsorgsteamet til daglige gjøremål (f. eks stell, mat og medisiner), mens brukere med behov for sykepleietjenester vil motta hjelp fra helsetjenesteteamet. Dette skiller seg fra den gamle organiseringen, der alle faggruppene jobbet på samme team og hadde de samme pasientene.

Formålet med omorganiseringen er å benytte medarbeidernes kompetanse mer målrettet, samtidig som brukerne får gode tjenester.⁶ Per våren 2023 har hjemmebaserte tjenester i Fana og Ytrebygda, samt hjemmebaserte tjenester i Bergenhus og Årstad gått over til ny organisering. De resterende byområdene vil også gå over til ny organisering i løpet av 2023.

Etat for sykehjem har ansvar for kommunale sykehjem, hvorav noen sykehjem er rene behandlingssentre med korttidsplasser (rehabiliteringsplasser, akutt-plasser, korttidsplasser for personer med demenssykdom og korttidsplasser for personer med somatisk sykdom). Antall sykehjemsplasser har den siste tiden vært i endring, se nærmere omtale i kapittel 3.3.2. Etat for sykehjem har også ansvar for alle sykehjemslegene.

Etat for sykehjem har også ansvar for **Kommunal allmennt medisinsk sengepost (KAS)**. Dette er et tilbud til pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, samt til pasienter med akutt eller forverret sykdom som ikke kan være hjemme. Sengeposten ble etablert i 2021, da kommunal mottaksavdeling (KMA) ble slått sammen med Øyeblikkelig Hjelp Døgnet (ØHD).

I denne revisjonen er intervjuer gjennomført ved behandlingssentre og KAS, ettersom de er disse tjenestene som mest hyppig mottar utskrivningsklare pasienter.

Etat for vurdering og rehabilitering har ansvar for å kartlegge og vurdere søknader om helse- og omsorgstjenester til voksne og eldre. Det er gjennomført intervjuer både med saksbehandlere, koordinerende enhet, vurderingsteam og logistikkteam.

Vurderingsteamet har ansvar for å kartlegge behovet for helsehjelp til nye brukere som blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten, og som ikke tidligere har mottatt pleie- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette gjelder primært pasienter som vurderes å ha behov for oppfølging i hjemmet etter utskrivning. Pasienter som har behov for innleggelse på behandlingssenter, skal direkte dit og blir ikke vurdert av vurderingsteamet.

Pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester fra kommunen, og blir skrevet ut fra sykehus med endret tjenestebehov, blir vurdert av saksbehandlere i etat for vurdering og rehabilitering.

Logistikkteamet har ansvar for å håndtere alle elektroniske meldinger mellom spesialisthelsetjenesten og Bergen kommune, og har en viktig rolle i å avklare hvilken tjeneste i kommunen som skal ta imot utskrivningsklar pasient.

Etat for helsetjenester har ansvar for fastlegene i Bergen kommune, som spiller en viktig rolle i samhandling om somatiske pasienter med spesialisthelsetjenesten.

⁶ [Vedlegg-5-Sluttrapport-prosjektet-HELTOM \(bergen.kommune.no\)](#)

3 Organisering av helse- og omsorgstjenestene for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Er helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til de ulike pasientgruppene?

- I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig
 - kompetanse til å ivareta behovene til utskrivningsklare pasienter?
 - kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter?
- Hva er omfanget av overliggerdøgn som Bergen kommune betaler for per år? (avgrenset til siste tre år)
- I hvilken grad er det etablert system og rutiner som sikrer samhandling mellom tjenester internt i Bergen kommune, i tilfeller der pasienter/brukere har behov for oppfølging i/av ulike kommunale tjenester?
- Har kommunen gjort vurderinger av om det er pasient-/brukergrupper som det er risiko for at kommunen ikke klarer å gi en tilfredsstillende oppfølging/tjenestetilbud til etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten eller ev. i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten?

3.2 Revisjonskriterier

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen plikter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at helse- og omsorgstjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Disse internkontrollpliktene er nærmere regulert i egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunene står i utgangspunktet fritt til å organisere tjenesteapparatet slik de selv mener er hensiktsmessig. Det går frem av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at tjenestene som kommunen tilbyr skal være forsvarlige, og at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal legge til rette for samhandling både internt og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter skal bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenestene, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten (§ 1 i forskriften). Kommunen må betale sykehuset dersom den ikke har kapasitet til å ta imot pasienter som er meldt utskrivningsklare i påvente av et kommunalt tilbud.

Basert på lov- og regelverk som er nevnt over, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier for problemstillingene som undersøkes i dette kapittelet:

- Kommunen skal sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten slik at tjenestene er forsvarlige (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 6f, § 7b)
- Kommunen bør så langt det er mulig ha tilstrekkelig kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus (jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter)
- Kommunen bør ha system og rutiner som sikrer at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-4 og 4-1 a)

- Kommunen bør sikre at det er tydelig hvordan oppgaver og ansvar i samhandling er fordelt/plassert (jf. internkontrollbestemmelser i kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)
- Kommunen bør gjennomføre risikovurderinger av tjenestetilbudet ((jf. internkontrollbestemmelser i kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten)

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

3.3 Datagrunnlag

3.3.1 Tjenester som tar imot utskrivningsklare somatiske pasienter i Bergen kommune

Når en pasient blir skrevet ut fra sykehus og har behov for helsehjelp etter utskrivning, er det i all hovedsak følgende tjenester i Bergen kommune som har ansvar for å yte tjenester til pasienten:

- Hjemmebaserte tjenester (eksisterende brukere)
- Vurderingsteam (nye brukere som ikke har hatt kommunale tjenester fra før)
- Korttidsopphold på behandlingssenter (både nye og eksisterende brukere)
- Langtidsopphold på sykehjem (primært eksisterende brukere)
- Kommunal allmennt medisinsk sengepost, KAS (innbyggere som har behov for medisinsk behandling, men ikke behov for sykehusbehandling)
- Akutt plasser ved Fyllingsdalen behandlingssenter (I utgangspunktet er akuttplassene primært rettet mot hjemmeboende eldre som har behov for medisinsk oppfølging i institusjon for en avgrenset periode, men avdelingen tar også imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.)

Etat for vurdering og rehabilitering har et særlig ansvar for å samhandle med spesialisthelsetjenesten, og er bindeleddet mellom sykehusene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune.

Tabellen under viser antall meldinger om utskrivningsklare pasienter til kommune per år. Som tabellen illustrerer, er antall utskrivningsklare pasienter økende i perioden 2020-2022. Merk at tallene kun viser antall meldinger kommunen har fått om utskrivningsklare pasienter, og at en del av disse blir avmeldt. Kommunen opplyser at flere av de avmeldte pasientene senere blir meldt utskrivningsklar på nytt, mens andre dør på sykehuset. Tallene er derfor ikke entydige på hvor mange utskrivningsklare pasienter kommunen mottar årlig, men gir likevel et bilde av situasjonen.

Tabell 1: Omfang av utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune fra 2020-2022

	Melding om utskrivningsklar pasient	Avmelding av utskrivningsklar pasient
2020	8926	644
2021	9558	664
2022	12836	741

E-meldinger/PLO-meldinger

Samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten foregår i hovedsak digitalt, gjennom såkalte e-meldinger (også kalt PLO-meldinger). Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike journalsystemer som meldingene sendes fra, men funksjonalitet er implementert slik at de kan samhandle elektronisk gjennom meldingsutveksling fra ulike journalsystem.

Besvarelse av meldinger

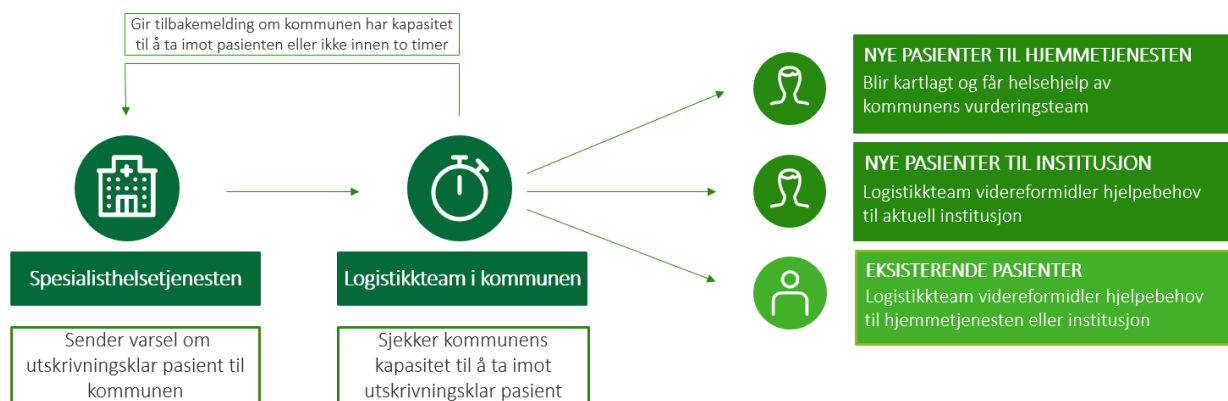
Logistikkteamet i etat for vurdering og rehabilitering, er første kontaktpunkt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter. Logistikkteamet svarer på alle elektroniske meldinger som gjelder utskrivning av pasienter som kan ha behov for kommunale tjenester. De får både tidligmelding om utskrivning, samt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten har hatt

tjenester i Bergen kommune før innleggelse, får også tjenesteytende avdeling mulighet til å sende en innleggelsesrapport. Dette vil vi omtale senere.

Logistikkteamet har ansvar for å undersøke om og hvilke enheter/tjenester i kommunen som kan ta imot utskrivningsklare pasienter. Fra sykehuset har meldt om utskrivningsklar pasient, har logistikkteamet to timer på seg til å avklare om kommunen kan ta imot pasienten (og hvilken tjeneste) og svare spesialisthelsetjenesten. Logistikkteamet opplyser at de i all hovedsak klarer å overholde 2 timers fristen.

Saksgangen er illustrert i figuren under.

Figur 2: Saksgang ved utskrivning fra sykehus



Vurdering av behov for tjenester

Det er kommunen som skal vurdere hvilke tjenester som skal gis pasienten etter et sykehusopphold.

Eksisterende brukere som har et tjenestetilbud i kommunen fra før, eksempelvis langtidsplass på institusjon eller hjemmebaserte tjenester, blir som hovedregel skrevet ut til den samme tjenesten etter utskrivning fra sykehus, med mindre behovet har endret seg. Dersom en hjemmeboende eldre har vært på sykehus og er klar for å skrives ut, kontakter spesialisthelsetjenesten logistikkteamet gjennom elektronisk melding. Logistikkteamet kontakter deretter aktuell tjeneste, for å avklare om de kan ta imot pasienten. Deretter blir det gitt bekreftelse til spesialisthelsetjenesten. Bestilling av transport fra sykehus er spesialisthelsetjenestens ansvar.

Aktuell tjeneste tar imot pasienten, og yter tjenestene pasienten skal ha. Dersom det er behov for endringer i vedtak, er det aktuell tjeneste sitt ansvar å kontakte saksbehandlere i etat for vurdering og rehabilitering for å få endret vedtak om tjenester. Det blir i intervju vist til at vedtaket ikke nødvendigvis endres med en gang etter utskrivning, men at man bruker litt tid etter utskrivningen for å vurdere hva hjelpebehovet til pasienten faktisk kommer til å bli. Dette skyldes at noen pasienter har større behov for tjenester den første tiden etter utskrivning, men at behovet ikke vedvarer når pasienten gradvis kommer seg etter sykehusoppholdet.

For nye brukere, herunder pasienter fra sykehus som ikke har et tjenestetilbud i Bergen kommune fra før, er saksgangen noe annerledes.

Pasienter som kan ha behov for *hjemmebaserte tjenester* etter utskrivning, blir skrevet ut til vurderingsteamet. Også for pasienter som skal kartlegges av vurderingsteamet, er det logistikkteamet som først undersøker og besvarer meldinger til sykehuset om hvorvidt kommunen kan ta imot pasienten. Logistikkteamet kontakter deretter vurderingsteamet, for å avklare om de kan ta imot pasienten. Vurderingsteamet har ansvar for å kartlegge pasientenes hjelpebehov, før de ev. får vedtak om hjelp og videre oppfølging av hjemmebaserte tjenester.

Vurderingsteam er en relativt nyoppstartet tjeneste i Bergen kommune, og ble etablert i 2018 etter to års pilotering i to byområder. Vurderingsteamet er delt i to enheter, herunder vurderingsteam sør-vest som dekker Fana, Ytrebygda, Fyllingsdalen og Laksevåg, og nord-sentrum som dekker Arna, Åsane, Bergenshus og Årstad. Totalt er det 40 ansatte i vurderingsteamene, med 20 ansatte per team.

Tidligere hadde Bergen kommune en bestiller/utfører-modell, der alle «nye» pasienter ble vurdert av saksbehandler i forvaltningsenheten, mens hjemmebaserte tjenester var utførerledd. Kommunen erfarte at dette ofte ikke var tilstrekkelig til å kartlegge pasientens behov og ressurser i tilstrekkelig grad. I stedet for et besøk på

inntil en time før tildeling av tjenester, jobber nå ansatte i det tverrfaglige vurderingsteamet med pasienten i inntil fire uker før vedtak om endelig tildeling av tjenester skjer. Vurderingsteamet ble opprettet for å sikre grundig tverrfaglig utredning og kartlegging, rehabilitering og tildeling av riktig tjenestenivå.

Personer som det er tydelig at har behov for et *korttidsopphold på institusjon* rett etter utskrivning fra sykehus, følges ikke opp av vurderingsteamet. I disse tilfellene avklarer logistikkteamet hvor det er ledig plass, og gir tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten om hvilken institusjon som kan ta imot pasienten.

Særskilt om pasienter ved KAS

KAS har kapasitet på 34 sengeplasser⁷. KAS ivaretar to pasientgrupper, dvs. pasientenes vei inn og ut av KAS er ulik:

- **Øyeblikkelig hjelp-pasienter (ØH-pasienter):** Pasienter med en akutt oppstått sykdom eller forverret kjent lidelse, som ikke trenger sykehusinnleggelse. Innleggelse skjer ved enten fastlege, akuttmottak eller legevakt. Intensjonen med ØHD-tilbud er å forhindre sykehusinnleggelser.
- **Utskrivningsklare pasienter fra sykehus (såkalt KMA-pasienter):** Pasienter som har vært innlagt på sykehus, og som er meldt utskrivningsklare, men som har behov for tidsavgrenset medisinsk behandling og pleie etter utskrivning fra sykehus. Innleggelse skjer via vakthavende lege, sykepleier på KAS og saksbehandler i kommunen. Intensjonen med et eget tilbud er å forhindre at pasienter blir liggende på sykehus når de er meldt utskrivningsklare. Kommunen må betale overliggedøgn til sykehuset dersom de ikke kan ta imot utskrivningsklar pasient, herunder 5 508 kroner per døgn.

Se illustrasjonen under av de to pasientgruppene i KAS.

Figur 3: Pasientgrupper i KAS

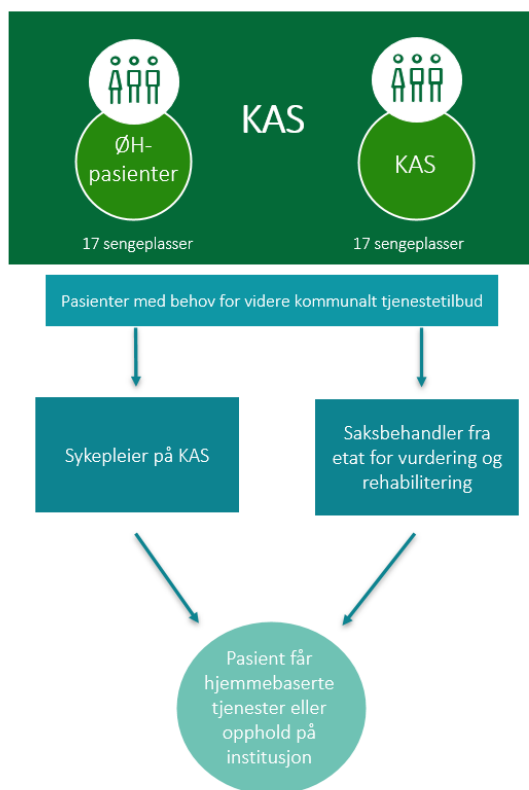


Pasienter som har behov for videre oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning av KAS, vil få hjelp til å søke om tjenester. Hvem som gjør dette, varierer imidlertid mellom disse to pasientgruppene (se også illustrasjon i figuren under):

- For ØH-pasienter er det sykepleier ved KAS som bistår pasienten med å søke om tjenester (for eksempel å søke på et korttidsopphold dersom pasienten har behov for dette).
- For KMA pasienter, er det saksbehandler i etat for vurdering og rehabilitering som sammen med KAS og pasienten vurderer behov for videre helse- og omsorgstjenester, og samhandler med aktuell tjeneste i overføring av pasienten

⁷ Det har vært driftet med et lavere antall, se nærmere informasjon i kap. 6.3.2.

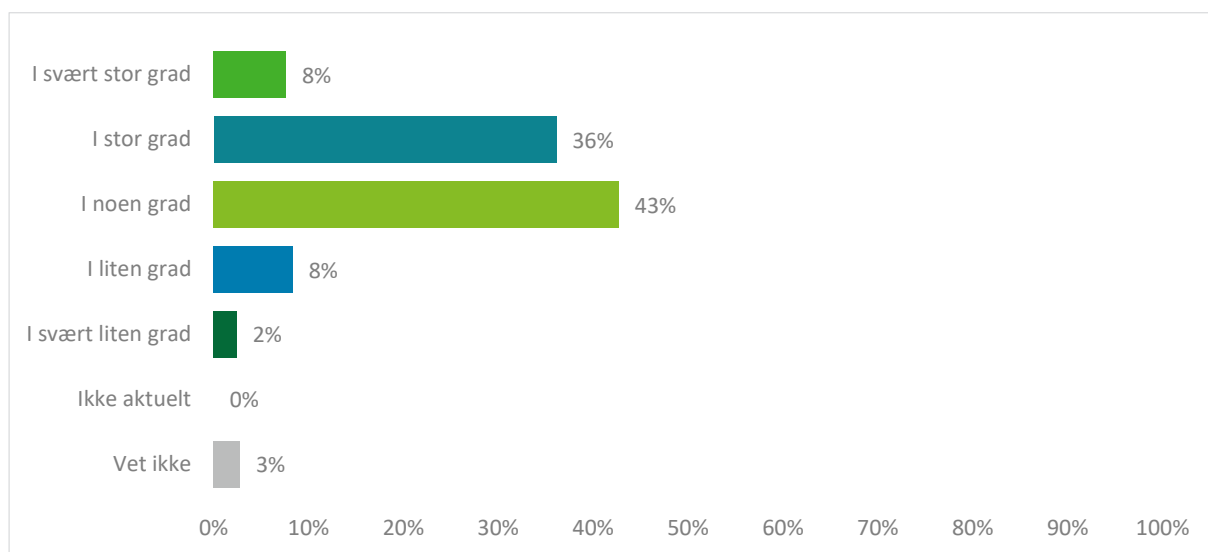
Figur 4: Pasienter med behov for kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning fra KAS



3.3.2 Kapasitet og kompetanse til å ta imot og ivareta utskrivningsklare pasienter

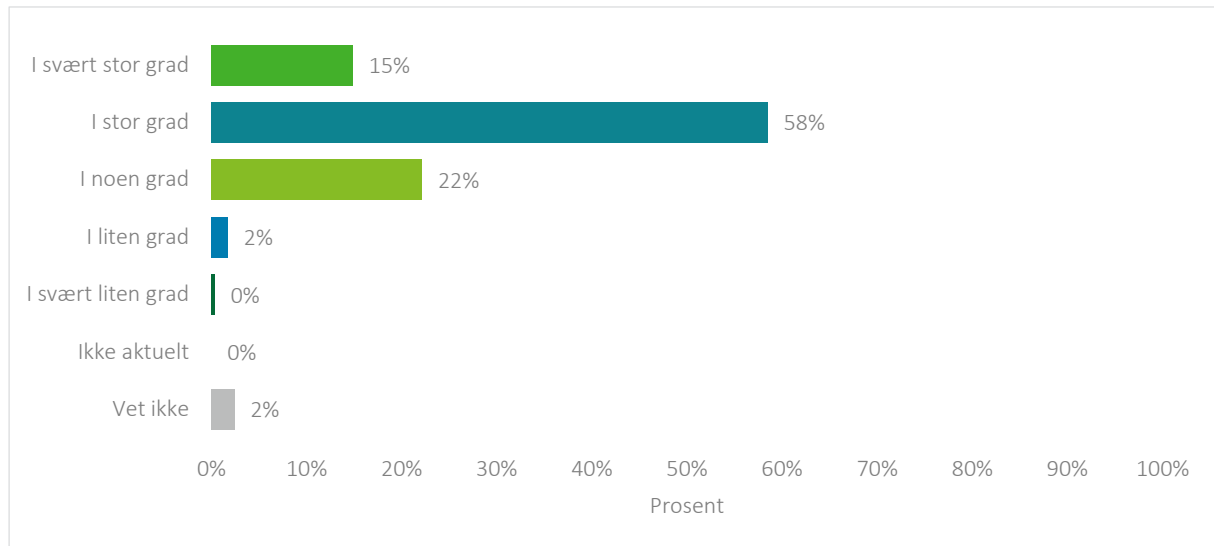
I spørreundersøkelsen som er sendt til et utvalg ansatte og ledere i etat for hjemmebaserte tjenester, etat for sykehjem og etat for vurdering og rehabilitering, svarer ca. 43 prosent av respondentene at de opplever at sin avdeling i noen grad har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus. Omtrent like mange, ca. 44 prosent, svarer at avdelingen i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig kapasitet. Samtidig svarer omtrent 10 prosent av respondentene at sin avdeling i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta behovene til utskrivningsklare pasienter.

Figur 5: I hvilken grad opplever du at din avdeling har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus? (N=288)



Et klart flertall av respondentene opplever derimot at sin avdeling i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus. Omtrent en av fem svarer at de i noen grad opplever at avdelingen har kompetanse til dette. Se figuren under.

Figur 6: I hvilken grad opplever du at din avdeling har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus? (N=289)



De respondentene som enten svarte i noen, liten eller svært liten grad på spørsmålene over, fikk oppfølgingsspørsmål der de kunne utdype. Over 100 respondenter har valgt å legge inn en utdypende kommentar om opplevd kapasitet og kompetanse. Primært omhandler kommentarene at bemanningssituasjonen på avdelingen er lav eller svært sårbar sett opp mot pasientenes behov.

«Avdelingen har i utgangspunktet veldig kompetente og dyktige ansatte, men grunnet sykefravær, permisjoner og rekrutteringsproblemer står vi ukentlig med vakter hvor det kun er 1 sykepleier og 1-2 helsefagarbeidere på 32 pasienter.»

- respondent i spørreundersøkelsens fritekstsvar

Nærmere om kapasitet og kompetanse i behandlingssentre

Antall sengeplasser

Det har siden midten av 2022 vært svært mange utskrivningsklare pasienter i Bergen kommune, sammenlignet med årene i pandemi. Det pekes blant annet på lavere mortalitet under pandemien, og at både kommunale tjenester og sykehusene nå opplever en økning i pasienter. Samtidig har kommunen for tiden lavere kapasitet på institusjonsplasser enn vanlig. Årsaken er at Midtbygda sykehjem stenges, og pasientene er flyttet til Åsaheimen. Flyttingen medfører en reduksjon på rundt 20 institusjonsplasser. Under flytteprosessen måtte antall institusjonsplasser i tillegg reduseres ytterligere, noe som innebærer at kommunen i perioder har hatt 40 færre institusjonsplasser enn vanlig. I tillegg rehabiliteres Frida Fasmer sykehjem, og det har i en periode vært redusert belegg på KAS. Totalt sett medfører dette at kommunen mangler institusjonsplasser. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten (juni 2023) viser kommunen til at situasjonen med mange utskrivningsklare pasienter har normalisert seg.

Det blir i intervju understreket at det arbeides på tvers og med flere tiltak for å øke kapasiteten. Utfordringene med manglende kapasitet på institusjonsplasser er løftet på møte med kommunaldirektør, og etat for vurdering og rehabilitering og etat for sykehjem arbeider med forslag til hvordan kapasiteten kan økes. Etat for sykehjem opplyser at etaten har vurdert å opprette flere dobbeltrom på avdelinger på behandlingssentrene for å øke kommunens kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. I 2022 ble syv dobbeltrom omgjort til enerom, og etaten ønsker nå å ta disse i bruk som dobbeltrom igjen. Det vil gi 14 flere korttidsplasser, men syv færre langtidsplasser.⁸ På revisjonstidspunktet var det ikke avklart hvilke, eller hvor mange, behandlingssentre det vil innføres dobbeltrom på. I intervju blir det videre understreket at innføring av dobbeltrom vil øke kravene til

⁸ Det er ikke aktuelt å innføre dobbeltrom på langtidsplasser.

kompetanse og bemanning på behandlingssentrene, og det er derfor nødvendig å kunne sikre tilstrekkelig sykepleie- og legedekning dersom det skal benyttes dobbeltrom.

Fyllingsdalen behandlingssenter har også signalisert at de kan øke kapasiteten på akutt plassene ved å etablere flere dobbeltrom, men det blir også her pekt på at det er nødvendig med økt legedekning for å få dette til. Etatsdirektør viser til at etaten er i dialog med enhet for sykehjemsmedisin for å vurdere om de kan omrokere leger eller lyse ut flere stillinger for å øke legedekningen ved Fyllingsdalen. Etat for sykehjem har foreslått å øke med fire akutt plasser på behandlingssenteret i Fyllingsdalen, og deretter evaluere dette før det vurderes å øke antall plasser ytterligere.

Kompetanse

Etat for sykehjem viser videre til at sykehjemmene i kommunen opplever å få mer krevende pasienter, samtidig som det er utfordrende å rekruttere helsepersonell. Det medfører behov for å vurdere å organisere kompetansen på sykehjem og behandlingssentre på en annen måte for å sikre effektiv ressursutnyttelse og faglig forsvarlige tjenester.

Flere av langtidssykehjemmene i kommunen har organisert sykepleiere i «team» for å sikre at sykepleierne får tid til å gjennomføre sykepleierfaglige oppgaver. Sykepleiere i team er flere steder tatt ut av den øvrige grunnbemanningen for å benytte kompetansen mer spisset. Det er vurdert å innføre lignende løsninger for behandlingssentrene, men det pekes på at det er utfordrende å innføre helt lik organisering («sykepleiere i team») av to grunner:

- Det er i utgangspunktet behov for høy sykepleierdekning på behandlingssentrene, noe som vil gjøre at en eventuell omgjøring til sykepleiere i team kan ta lenger tid på behandlingssentre sammenlignet med på langtidssykehjem.
- Pasientene på bemanningssentre kan være svært syke, og det er derfor behov for at sykepleierne deltar mer i den direkte pleien av pasienter enn på langtidssykehjem.

Det blir opplyst at det er tett dialog mellom behandlingssentre og etaten for å finne en god organisering som sikrer effektiv ressursutnyttelse. Det er allerede iverksatt enkelte tiltak, herunder at noen behandlingssentre har tatt sykepleiere ut av grunnbemanning på særlig sårbare tidspunkter slik som helg, kveld og ferie. En del behandlingssentre er også i gang med å utarbeide en spissere oppgavefordeling der helsefagarbeidere får mer opplæring og ansvar, slik at sykepleiere kan få frigjort tid til å utføre «sykepleieroppgaver». Etaten gjennomfører også et samarbeidsprosjekt med etat for hjemmebaserte tjenester der det vurderes om etatene kan samarbeide om sykepleieroppgaver på enkelte langtidssykehjem som har få oppdrag på nattestid.

Det opplyses også at behandlingssentrene under pandemien fikk midler til å ansette servicemedarbeidere på toppen av grunnbemanningen til å utføre forefallende arbeidsoppgaver (matlaging, rydding, o.l.). Etaten har spilt inn til politisk hold at dersom man skal øke bemanningen på sykehjem fremover, bør det gjøres gjennom å ansette servicemedarbeidere for å «frikjøpe» fagpersonell til å gjøre andre oppgaver.

Kapasitet

I intervju med et behandlingssenter blir det vist til at den høye beleggsprosenten den siste tiden medfører at pasienter som skal inn på planlagte avlastningsopphold ikke alltid får gjennomført oppholdet sitt. Det kan i noen tilfeller medføre at de blir så syke at de må på sykehusopphold, for så å bli overført til behandlingssenter. Det fremheves at presset på tjenestene blir til en «propp» i systemet i flere ledd. Det er blant annet mange syke og gamle pasienter som ikke kan dra hjem etter endt opphold, samt en del pasienter på korttidsavdeling i påvente av langtids plass på sykehjem. Det er dermed ikke tilstrekkelig institusjons plasser til å ivareta alle pasienter. Samtidig skriver sykehusene pasienter raskere ut enn tidligere, noe som medfører sykere pasienter med behov for lengre oppholdstid. Behandlingssentrene mottar også pasienter som venter på operasjoner på sykehuset og ikke får operasjonsdato.

Ved Fyllingsdalen behandlingssenter vises det til at det er en utfordring at pasienter blir liggende på akuttavdeling lenger enn en ukes tid, som er normal prosedyre. Dette problemet gjør seg også gjeldende på korttidsavdelingen. Akuttavdelingen viser i tillegg til at det har vært tilfeller hvor de har måtte sagt nei til å ta imot pasienter grunnet

manglende kapasitet. Utfordringene skyldes ikke nødvendigvis mangel på sengeplasser, men at man ikke har tilstrekkelig bemanning til å ivareta flere pasienter.

Konsekvensen av lengre liggetid på akuttavdelingen, er blant annet at avdelingen ikke har kapasitet til å ta imot pasienter som har hjemmesykepleie og som har behov for korte opphold, noe som igjen kan medføre at disse pasientene blir sykere.

Nærmere om kapasitet og kompetanse ved KAS

Det blir i intervju opplyst at KAS det siste året har hatt lavere kapasitet enn ønsket. Det blir vist til at mange ansatte sluttet etter at Øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD) og Kommunal mottaksavdeling (KMA) ble slått sammen til KAS i 2022, og at det har tatt tid å rekruttere nye ansatte. Grunnet lav bemanning og høyt belegg har driften på KAS i 2022 derfor vært redusert for å sikre faglig forsvarlige tjenester. Selv om det i utgangspunktet er 34 senger på KAS, har det kun vært 28 senger i drift i 2022. I enkelte perioder har det også vært færre. Enheten arbeider nå med å oppskalere kapasiteten, og drifter fra og med februar 2023 med 30 senger. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, blir det opplyst at antall senger ble økt til 32 våren 2023.

Etat for sykehjem opplyser at det har vært gjennomført jevnlige møter mellom etatsdirektør, enhetsleder på KAS, enhetsleder for sykehjemslegene og ansvarlig overlege på KAS hver fjerde uke for å diskutere drift, utfordringer og kapasitet på KAS, samt vurdere hvorvidt det har vært forsvarlig å øke antall sengeplasser på KAS. Det blir vist til at driften på KAS nå oppleves mer stabil enn etter sammenslåingen. KAS har også rekruttert to nye sykepleiere og i tillegg fått flere langvarige engasjement gjennom bemanningsbyrå. Det blir opplyst fra KAS at det også arbeides med å styrke sykepleierdekningen slik at den blir lik døgnet rundt. På intervjutidspunktet ble det opplyst at det er flere sykepleiere på dagtid, og at det er behov for å styrke dekningen på natt. Ny årsturnus skal sikre god dekning hele døgnet.

Det er vakthavende lege, saksbehandler og sykepleier med ansvar for koordinering som vurderer utskrivningsklare pasienter fra sykehus for innleggelse ved KAS. De intervjuede opplever at KAS i økende grad har hatt fullt belegg, og derfor ikke har kunnet ta imot alle pasienter som blir meldt fra sykehusene.

Sammenlignet med tidligere, da ØHD og KMA var to separate avdelinger, er sengeantallet redusert betydelig. I 2021 hadde KMA-avdelingen 27 senger for utskrivningsklare pasienter med 12 enerom. Nå har avdelingen 17 KMA senger på flersengsrom. Det vises til at antallet ØH-senger også er halvert. Årsaken til reduksjonen blir opplyst å være at behovet for ØHD-senger har vært mindre enn det man planla for ved opprettelsen av ØHD-tilbudet, og at det derfor ble gjort en reduksjon i forbindelse med sammenslåingen av ØHD og KMA i 2022. Reduksjonen blir opplyst å være basert på beregninger av Helsedirektoratet knyttet til antall nødvendige ØHD-senger.⁹ I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, opplyser kommunen at avdelingen hadde svært lavt belegg før sammenslåingen. Beleggsprosenten blir opplyst å ha gått opp etter sammenslåingen, noe som innebærer at faktisk brukte senger nok ikke er så mye endret.

Ansatte ved KAS opplever at ØH-pasienter, særlig yngre pasienter, har mistet et tilbud. Disse pasientene blir ifølge de intervjuede sjelden henvist til KAS som følge av at det er færre sengeplasser, og hovedvekten av pasientene er nå primært eldre. Det kommenteres også at Bergen kommune har økonomiske insentiver for å ta imot KMA-pasienter (for å unngå betalingsdøgn til sykehuset), og at det ikke er tilsvarende insentiv tilstede for å ta imot flere ØH-pasienter. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, blir det fra kommunen vist til at det ikke er slik dette fungerer i praksis, og at det for Bergen kommune ville vært mer økonomisk gunstig å betale for at sykehuset beholder utskrivningsklare pasienter og ta over de pasientene som er minst ressurskrevende. Det kommenteres også at Bergen kommune har hatt oppmerksomhet på om det har vært ØH-pasienter som har blitt avvist, og at dette ikke er registrert. Videre opplyses det at det ble gjort en kartlegging av pasientene før sammenslåingen av KMA og ØHD til KAS, og at det viste seg å være liten forskjell i alderssammensetning og helsetilstand.

⁹ Helse Bergen har gjort beregninger av beleggsprosenten på ØHD-tilbud for sitt opptaksområde i perioden 2017-2020, se rapporten [her](#). I rapporten vises det til at beleggsprosenten har gått opp i 2021, hovedsakelig fordi Bergen kommune reduserte tallet på døgnplasser fra 34 til 20.

Ansatte ved KAS opplyser at sengeplassene til de to pasientgruppene per i dag ikke oppleves å være fleksible i bruk, herunder at en KMA pasient kan bruke ØHD-seng og omvendt. Blant annet blir det vist til at ØHD-senger kan stå ubrukt mens alle KMA-senger er fulle, samtidig som det er pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus. Det blir vist til at ØHD-sengene ikke kan benyttes til utskrivningsklare pasienter fordi det forventes fra spesialisthelsetjenesten at det til enhver tid skal være ledige ØHD-senger ved KAS.

Som omtalt tidligere har ØH-pasientene og KMA-pasientene ulike veier «inn» og «ut» av KAS. Deloitte får opplyst at etat for sykehjem i februar 2023 startet opp et prosjekt der organiseringen av KAS blir vurdert. Det er flere ting som skal vurderes i prosjektet:

- **Bruk av akuttenger ved Fyllingsdalen behandlingssenter vs ØHD-plasser på KAS:** Fyllingsdalen behandlingssenter har akutt plasser som har en tilsvarende funksjon som ØHD-plassene på KAS. Det er skriftlige kriterier for hvilke pasienter som skal legges inn på de to ulike avdelingene. Hovedforskjellen er at akutt plassene ved Fyllingsdalen behandlingssenter er tiltenkt eldre hjemmeboende som har kommunale tjenester fra før. Grunnet høy belastning på sykehusene har akutt plassene i det siste også blitt benyttet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det blir vist til at det kan være krevende for både ansatte i tjenestene og samarbeidspartnere å forstå forskjellen på akuttavdelingen og KAS, og hvilke pasienter som skal hvor. Kommunaldirektøren i byrådsavdeling for helse og omsorg har også bedt etat for sykehjem om å vurdere fleksibel bruk av ØHD- og KMA-senger på tvers på KAS. Det er blant annet foreslått å flytte akutt sengene fra Fyllingsdalen til KAS, og KMA-sengene til Fyllingsdalen. Det vil medføre at alle sengene på KAS får mer lik funksjon (ØHD-senger/akuttenger), og gjøre det enklere å bruke senger på tvers mer fleksibelt.
- **Saksbehandler på KAS sine oppgaver:** Saksbehandlere fra etat for vurdering og rehabilitering har kontordager på KAS, og har ansvar for samhandling og oppfølging av KMA-pasienter. ØH-pasienter blir derimot primært fulgt opp av sykepleierne på KAS (jf. figur 3 i kapittel 3.3.1). Denne organiseringen kan medføre at ØH-pasienter blir liggende noe lenger enn nødvendig, og etat for sykehjem vil sammen med etat for vurdering og rehabilitering derfor vurdere hvor hensiktsmessig denne organiseringen er. I intervju med ansatte ved KAS blir det pekt på at organiseringen oppleves lite hensiktsmessig, og at sykepleierne ved KAS bruker mye tid på å sikre at pasientene får et tilbud etter utskrivning, og at saksbehandler som kjenner både saksgang og tjenestene godt har bedre forutsetninger for å gjøre denne oppgaven. I tillegg tar disse oppgavene tid bort fra klinisk arbeid.

Etat for sykehjem opplyser at det er satt ned en arbeidsgruppe som i første omgang skal gjennomføre en ROS-analyse av dagens organisering, og til en eventuell endring. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, viser kommunen til at det er gjennomført risikovurdering. Det opplyses at en eventuell endring av organiseringen foreløpig er utsatt, blant annet med hensyn til at KAS nylig har vært gjennom en sammenslåingsprosess.

Nærmere om kapasitet og kompetanse i hjemmebaserte tjenester

Det blir i intervju både med etatsledelse, enhetsledere, avdelingsledere og ansatte i hjemmebaserte tjenester gitt uttrykk for at man i all hovedsak klarer å ivareta behovene til pasienter som blir skrevet ut fra sykehus. Det blir av flere vist til at det bare i enkeltstående tilfeller blir gitt beskjed om at det ikke er mulig å ta imot pasienter. Dette gjelder pasienter med omfattende hjelpebehov.

Generelt pekes det også på at pasientene er sykere enn før, noe som stiller høye krav til kompetansen i hjemmetjenesten. Selv om det blir vist til at man klarer å ivareta pasientene, viser flere til at det kan være utfordrende som følge av vakanser, sykefravær og i tilfeller med mange utskrivningsklare pasienter i samme periode, noe som også påpekes i spørreundersøkelsen.

Avdelingsledere peker på at det er utfordrende å legge til rette for å ha tilstrekkelig bemanning, ettersom de får nye brukere kontinuerlig, men aldri vet *når* pasientene kommer. Det blir også vist til at hjemmetjenesten erfarer at pasienter som blir skrevet ut fra sykehus har et større hjelpebehov enn tidligere. Det pekes på at det er spesielt utfordrende når brukere med behov for døgnovervåking blir sendt hjem. Videre blir det vist til tilfeller der pasientene ikke oppleves «ferdigbehandlet» på sykehus før de blir skrevet ut, og at dette kan by på utfordringer ettersom hjemmetjenesten yter helsehjelp i hjemmet til bruker med de begrensningene som det medfører (eksempelvis ikke mulighet til døgnovervåking).

En av enhetene som har ny organisering (HeltOm, jf. kapittel 2) erfarer at den nye organiseringen av hjemmetjenesten gir bedre forutsetninger for å ta imot mange pasienter med stort hjelpebehov. Det fremheves at spesielt helsefagarbeiderne nå har fått økt kompetanse slik at de i større grad kan avlaste sykepleierne.

Omorganiseringen av hjemmetjenesten ble blant annet gjort for å bedre håndtere mangel på sykepleiere. Det er bred konsensus blant de intervjuede at de nå er godt dekket med sykepleiere (ved sine avdelinger), men at de mangler tilstrekkelig antall helsefagarbeidere. Dette gjelder imidlertid både enheter med ny og gammel organisering. Mangelen på helsefagarbeidere fremstår betydelig, eksempelvis opplyser en av enhetslederne om at de mangler ca. 40 helsefagarbeidere. Dette fører til at det er en del ufaglærte som må ta over vakter som egentlig er tiltenkt helsefagarbeidere. Noen av de ansatte peker også på at det kan være krevende å gi tilstrekkelig opplæring til ufaglærte, når standarden er tre opplæringsvakter. Det vises til at risikoen av manglende opplæring av ufaglærte gjør seg mer gjeldende i hjemmetjenesten, ettersom den enkelte ansatte er mye alene ute hos pasient, og at det i mindre grad er kollegaer i nærheten som kan veilede sammenlignet med for eksempel sykehjem.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, påpeker etat for hjemmebaserte tjenester at det er flere treffpunkt og læringsarenaer mellom kollegaer i hjemmetjenesten. Det er blant annet felles start og avslutning på vekten på kontoret, i tillegg til felles lunsj. Det blir også vist til at selv om det ikke alltid er kollegaer i øyeblikkelig nærhet, er de ansatte utstyrt med telefon og har kollegaer i lokalområdet som kan bistå ved behov. I tillegg forekommer det ofte at ansatte samkjører eller er to stykker hos brukere som har behov for dette. Det er derfor mange arenaer i løpet av en dag med mulighet for refleksjon, læring og samhandling.

Nærmere om kapasitet og kompetanse i vurderingsteam

Vurderingsteamet kartlegger 3000 brukere årlig. Ansatte har høyskoleutdanning, og i intervju blir det vist til at kompetansen vurderes som god. Vurderingsteamet jobber turnus, og er bemannet både dagtid, kveld og helg. Det blir opplyst at det er mindre bemanning på kveld og helg enn på dagtid, men at det alltid er sikret sykepleierdekning. Når det gjelder kapasitet, er det flere i kommunen som trekker frem at fredager er en utfordring fordi det jevnt over skrives ut mange pasienter fra sykehus rett før helg. Vurderingsteamet opplyser at de har organisert seg slik at det er god bemanning på fredager, fordi det erfaringsmessig er travelt da.

Vurderingsteamet blir opplyst å ha en viktig rolle for å sikre god kartlegging og vurdering av nye brukere. Vurderingsteamet har ansvar for å kartlegge og vurdere tjenestebehovet og gi tjenester til personer som ikke har hatt en tjeneste i kommunen tidligere, inkludert pasienter som skrives ut fra sykehus.

Kommunen har også erfart gode effekter av å rendyrke denne oppgaven i et eget team. Vurderingsteamet benytter et gevinstrealiseringsverktøy for å registrere hvilke tjenester brukere har søkt om, og hvilke tjenester som gis etter endt kartlegging. Resultatene fra denne registreringen viser at mellom 30 og 35 prosent av brukerne som søker om hjemmesykepleie, ender med å ikke ha behov for denne tjenesten etter endt kartlegging og rehabilitering.

I intervju blir det vist til at dette både kan forklares med at pasienter kan bli friskere i løpet av kartleggingsperioden og derav ikke lenger har det samme tjenestebehovet, eller at pasientene kan klare seg med et nedskalert hjelpebehov (eksempelvis trygghetsalarm, aktivitetssenter). I tillegg får bruker opplæring i ulike prosedyrer og oppfølging i hverdagsmestring. Det blir vist til at erfaringen tidligere var at man i mindre grad klarte å avslutte tjenester som det ikke var behov for.

3.3.3 Omfang av betalingsdøgn eller såkalte overliggedøgn

I Helse Bergen betaler kommunene overliggedøgn for en lavere andel pasienter sammenlignet med andre steder i landet. Statistikk fra Helsedirektoratet viser at 5,1 prosent av pasientene i Helse Bergen hadde overliggedøgn i 2021.¹⁰ Til sammenligning var 11,4 prosent av oppholdene med overliggedøgn i landet som helhet.¹¹

Deloitte får opplyst at Bergen kommune i etterkant av innføring av samhandlingsreformen i 2012, hadde et høyt antall betalingsdøgn (årlige kostnader på rundt 12-13 millioner kroner). Som følge av dette opprettet Bergen kommune mottaksavdelingen (nå KAS) for å kunne ivareta utskrivningsklare pasienter, slik at overliggedøgn i spesialisthelsetjenesten kunne reduseres.

¹⁰ Dette tallet inkluderer også pasienter fra andre kommuner enn Bergen, men som har Helse Bergen som opptaksområde.

¹¹ [Utskrivningsklare pasienter etter bosted – somatikk - Helsedirektoratet](#)

Når det gjelder de siste årene, blir det opplyst at Bergen kommune hadde relativt få overliggedøgn under Covid-19 pandemien i 2020, og til dels 2021, grunnet mindre sykdom, samt avlyste elektive (planlagte) behandlinger ved sykehus som følge av nedstenging og reallokering av sykehusressurser. Som følge av forholdene tidligere beskrevet, opplever nå Bergen kommune at antallet overliggedøgn øker igjen.

I 2020 hadde Bergen kommune 126 betalingsdøgn for 77 pasienter og 335 betalingsdøgn for 144 pasienter i 2021. Til sammenligning betalte kommunen for 580 overliggedøgn for 295 brukere i 2022, og har allerede innen slutten av april 2023 betalt for 248 overliggedøgn for 140 brukere. Fra 2020 til 2022 har dermed antall overliggedøgn per år nærmest femdoblet seg. I forbindelse med verifisering blir det påpekt at våren 2023 oppleves som særlig spesiell, grunnet høyt antall innlagte pasienter, nedstenging av Midtbygda sykehjem og flytting av pasienter til nytt sykehjem på Åsaheimen. Dette ga en midlertidig reduksjon på inntil 40 institusjonsplasser i en periode.

Tabell 2: Totalt antall overliggedøgn per år i Bergen kommune

	Antall betalingsdøgn	Antall brukere	Gjennomsnitt antall betalingsdøgn/bruker
2020	126	77	1,64
2021	335	144	2,33
2022	580	295	1,97
2023*	248	140	1,77

* Statistikken gjelder frem til 18. april 2023.

3.3.4 System og rutiner for å sikre samhandling mellom tjenester internt i Bergen kommune

Som omtalt i de tidligere kapitlene er det flere tjenester i Bergen kommune som har ansvar for pasienter som blir skrevet ut fra sykehus. Et sentralt poeng er at det er kommunen selv (og ikke sykehuset) som skal vurdere tjenestebehovet til pasienten etter utskrivning fra sykehus, og avklare hvilken tjeneste som kan ta imot pasienten. I noen tilfeller vil pasienter ha behov for oppfølging i og av ulike kommunale tjenester. Et eksempel er en pasient som først blir utskrevet fra KAS, og deretter har behov for et korttidsopphold på institusjon. Et annet eksempel er pasienter som har behov for samtidighet i ulike tjenester.

Det er utarbeidet en rekke rutiner internt i Bergen kommune som beskriver «saksgangen» og samhandling internt i Bergen kommune om utskrivningsklare pasienter. Det er også etablert flere samhandlingsfora internt. Se oversikt i tabellen under.

Figur 7: Samhandlingsrutiner

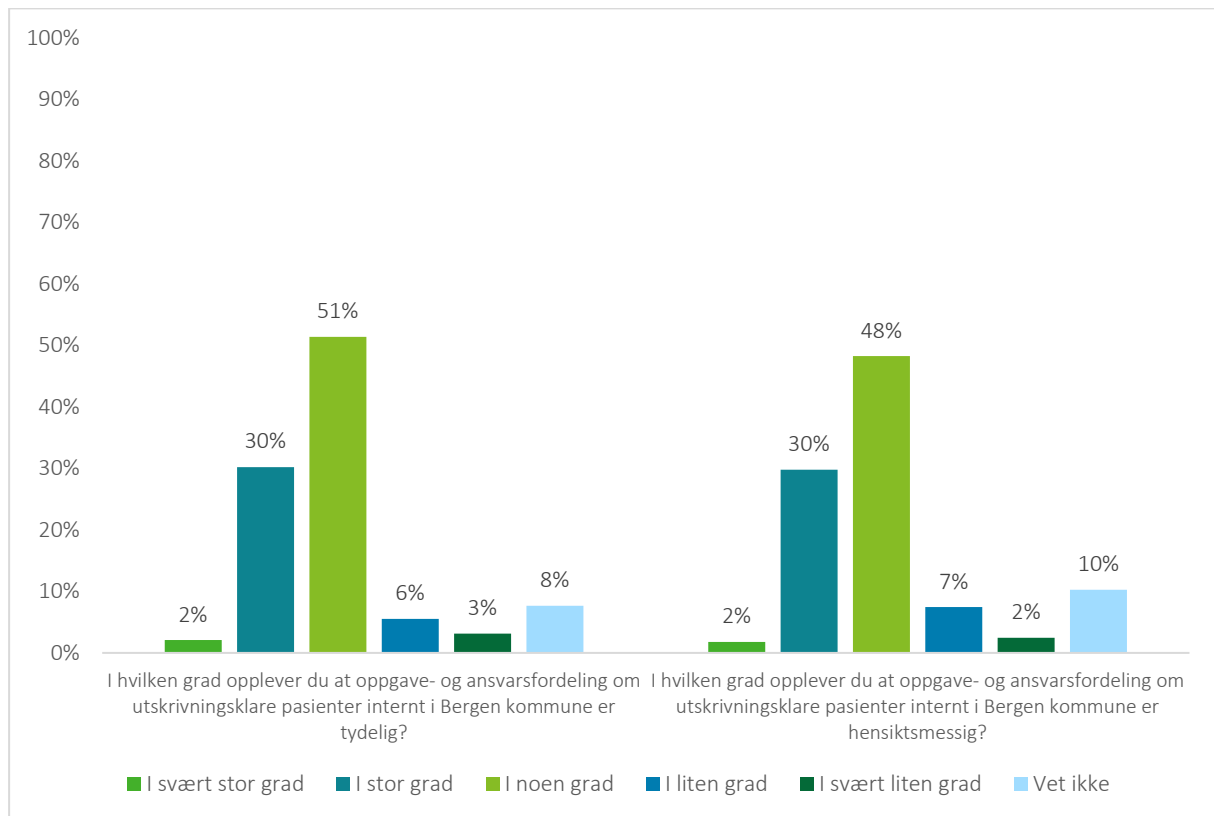
Samhandlingsrutiner
Korttidsplasser sykehjem, intern samhandling i kommunen ved inn og utskrivning
Samhandling ved inn og utskrivning KAS
Samhandlingsrutine mellom vurderingskontoret, vurderingsteam og saksbehandler på helg og helligdag KAS
Samhandling mellom Kommunal allmennmedisinsk sengepost (KAS), Vurderingskontor (VURK), Vurderingsteam (VURD) og Hjemmesykepleien (HSY) vedrørende ØHD pasienter
Prosedyre for legemiddelhåndtering - Del 1 (vedlegg nr.17). Kap. 5 i prosedyren omhandler samhandling i forhold til legemidler.
EVR samhandling mellom vurderingsteam og vurderingskontor for voksne og eldre
EVR fordeling av søknader mellom vurderingsteam og saksbehandlersteam
EHBT Prosedyre for oppgavefordeling mellom vurderingskontor, hjemmesykepleie pluss (HSY pluss) og hjemmesykepleie (HSY)
EHBT Ressurssykepleiere i hjemmebaserte tjenester
HBT Prosedyre for samhandling og bruk av Palliativ kartlegging og behandlingsplan

VURK – arbeidsprosess samhandling
Funksjonsbeskrivelse for e-meldingsansvarlige ved vurderingskontor
I tillegg er det rutine å sende elektronisk epikrise til fastlegene etter alle korttidsopphold. Kommunen opplyser at det innimellom må etterspørres utfyllende opplysninger fra fastlege, som gjøres i e-melding. Etter behov er også fastlege med i møter om pasienter som trenger særlig tilrettelegging etter hjemreise.
Samhandlingsfora
Kvalitetsrådgiverfora: Samhandlingsmøter 4 ganger pr. år. Etat for sykehjem, Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for vurdering/rehabilitering, med flere
STOLE (stort ledermøte), hver 14 dag. Møtedeltakere: Kommunaldirektør i Byrådsavdeling for helse- og omsorg (BHO), Etatsdirektører, med flere
Samhandlingsmøter på enhets og etatsnivå mellom de tre etatene. Møter i enkeltsaker ved behov
Ukentlige telefonmøter mellom vurderingskontor og behandlingssentre vedrørende pasienter inneliggende på behandlingssentrene.
Fortløpende dialog/trepartssamarbeid om enkeltpasienter inneliggende på behandlingssentrene
Samhandlingsmøter 3 ganger årlig vedrørende ØHD. KAS, Helse Bergen og HDS deltar på disse møtene
Kvalitetsrådgiverfora: Samhandlingsmøter 4 ganger pr. år. Etat for sykehjem, Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for vurdering/rehabilitering, med flere

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere om det er en tydelig og hensiktsmessig oppgave- og ansvarsfordeling om utskrivningsklare pasienter internt i Bergen kommune.

Omtrent halvparten av respondenter svarer at det i noen grad er en tydelig og hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver. Nærmere en tredjedel mener det i stor eller svært stor grad er tydelig og hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling. Se figuren under.

Figur 8: Oppgave og ansvarsfordeling. N=288/282



Respondenter som svarte at de i noen, liten eller svært liten grad opplever oppgave- og ansvarsfordelingen som tydelig og/eller hensiktsmessig¹² fikk anledning til å utdype i fritekst. Flere kommenterer at det er for lang avstand mellom ulike etater/byrådsavdelinger i kommunen, og trekker spesielt frem manglende samhandling og koordinering rundt psykiatrispasienter og/eller pasienter med flere lidelser. I intervju med koordinerende enhet kommenteres det at sentral og silobasert organisering i Bergen kommune vanskeliggjør samhandling mellom tjenester/byrådsavdelinger.

«Psykisk helse hjemmetjeneste burde vært i samme etat som hjemmebaserte tjenester somatisk helse. Vi har mange felles pasienter, og de pasientene som har hjelp på kveld og helg får hjelp av oss. Da finner vi det rart at det er så vanskelig å møtes. Psykisk syke pasienter som trenger hjelp utover kontortid, er ofte veldig syke.»

- respondent i spørreundersøkelsens fritekstsvaer

I Bergen kommune blir tildeling og utføring av tjenester til pasienter med rus- og psykiatriproblematikk ivarett av etat for psykisk helse og rustjeneste, mens etat for sykehjem ivaretar eldre over 65 år som har behov for institusjonsopphold. Etat for hjemmebaserte tjenester gir hjemmesykepleie til pasienter som bor hjemme. I intervju vises det til at denne ansvarsfordelingen kan gjøre det vanskelig for både kommunen og spesialisthelsetjenesten å vite hvem som har ansvar for å følge opp pasienter som er somatisk syke med rus- og/eller psykiatriproblematikk. I intervju pekes det på at det også mangler tilrettelagte institusjonsplasser til denne gruppen, særlig i tilfeller der pasientene er under 65 år. Tidligere fikk disse pasientene plass på B-sykehuset sykehjem, men dette er ikke lenger praksis etter tydelige føringer fra byrådsavdeling for helse og omsorg og statsforvalteren om at personer under 65 år ikke skal legges inn på sykehjem.

«Det innføres tverrfaglige møter nå, så det er i bedring. Men det har vært for stor avstand mellom etatene. Vi opplever for stor avstand til psykisk helse, og det er vanskelig å orientere seg i dette feltet, både når det gjelder vurderingskontor og hvem som har ansvar for hva.»

- respondent i spørreundersøkelsens fritekstsvaer

Det har vært gjennomført møter mellom relevante etater i kommunen for å vurdere hvem som har ansvar for å ivareta somatisk syke pasienter med rus- og/eller psykiatriproblematikk, uten at det har ledet til tydelige løsninger. I intervju blir det vist til at det er behov for at problemstillingen løftes til kommunaldirektørene, og at én etat blir gitt hovedansvar for å følge opp pasientgruppen, ettersom dagens organisering ikke sikrer pasientgruppen et tilstrekkelig tilbud i kommunen.

I intervju med pasient- og brukerombud pekes det også på utfordringer rundt samhandlingen om disse pasientene. En problemstilling som trekkes frem er at pasientene kan oppleve det som vanskelig å benytte seg av de kommunale tjenestetilbudene de får (eksempelvis fordi de glemmer timer, o.l.) etter utskrivning fra sykehus. Samtidig følger kommunen i liten grad opp hvorvidt pasienten benytter seg av tilbudet. Samlet sett medfører dette at pasienter med somatiske sykdommer og rus/psykiatriproblematikk ikke får en tilfredsstillende oppfølging etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Det blir i intervju med pasient- og brukerombudet også pekt på at kommunen i noen tilfeller ikke klarer å gi et tilbud til pasienter med utfordringer innen rus og psykiatri (eksempelvis fordi de mangler tilstrekkelig kompetanse), og derfor henviser pasientene til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten avviser en del av disse pasientene, med begrunnelse om at de er for friske til å få oppfølging i spesialisthelsetjenesten. I disse tilfellene blir pasientene stående uten et tilbud fra hverken kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

Både i spørreundersøkelsen og i intervju med hjemmebaserte tjenester pekes det også på noen utfordringer med *vurderingsteamets* rolle og oppgaver, i de tilfellene det viser seg at pasienten har behov for hjemmebaserte tjenester etter endt kartlegging. Flere peker på at hjemmebaserte tjenester opplever at det må gjøres en dobbel kartlegging (først av vurderingsteamet og deretter av hjemmebaserte tjenester) og/eller at det ikke er godt nok avklart hvem som har ansvar for å gjennomføre ulike oppgaver opp mot pasient og pårørende. Blant annet er det

«Ønskelig at tjenestene snakker mer sammen. Har observert at pasienter som blir utskrevet fra sykehuset, ofte blir henvist til forskjellige tjenester i kommunen, som starter opp hver for seg.»

- respondent i spørreundersøkelsens fritekstsvaer

¹² Spørsmålet i sin helhet var: I hvilken grad opplever du at oppgave- og ansvarsfordelingen om utskrivningsklare pasienter internt i Bergen kommune (eks. mellom vurderingskontor/saksbehandlere, vurderingsteam, behandlingssentre, hjemmebaserte tjenester, KAS) er ...

flere som peker på at det ikke er hensiktsmessig med en dobbelt kartlegging, der pasienten først blir kartlagt av vurderingsteamet og deretter av hjemmebaserte tjenester når det er avklart at pasienten har behov for hjemmebaserte tjenester. Det pekes på at det kan bli gjort ulike vurderinger av hjelpebehovet av disse to tjenestene. Videre er det pekt på at det kan være vanskelig for pasientene å skille mellom tjenestene, og at det er forvirrende at det er flere personell som har ansvar for kartlegging og vurdering. Fra ansatte i hjemmebaserte tjenester pekes det også på at vurderingsteamet burde hatt oppstartssamtale med pasienten når de går i gang med å kartlegge pasienten, heller enn at denne samtalen kommer senere.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, blir det påpekt at det er utarbeidet rutiner som skal avklare ansvar mellom vurderingsteamet og hjemmebaserte tjenester. Gjennom prosjektet «det gode pasientforløp» (nærmere omtalt i kapittel 4.3.3) har man også jobbet for å utvikle et felles kartleggingsskjema som først skal benyttes av vurderingsteam, og deretter fylles på av hjemmesykepleien. I tillegg har hjemmesykepleien en sjekkliste som de gjennomgår ved oppstart der vurderinger og funn fra vurderingsteamet blir brukt som grunnlag.¹³

I kommentarene i spørreundersøkelsen er det også flere som trekker frem at det trolig er mange pasienter som har hatt rett på individuell plan og koordinator, men som ikke har det per i dag. Noen peker også på at ulike tjenester settes i gang samtidig, uten koordinering. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer kommunen at ansatte som ser at en pasient har behov for individuell plan har plikt til å opprette dette, og at det er indikasjoner på at funnene i undersøkelsen tyder på at det er manglende kunnskap om dette blant enkelte ansatte.

«Samhandlingsmøter mellom hjemmebaserte tjenester og vurderingskontor burde vært på lavere nivå enn på enhetsledernivå.»

- respondent i spørreundersøkelsens fritekstsvar

42 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at det i noen grad blir gjennomført **samarbeidsmøter om enkeltpasienter** mellom kommunale tjenester når det er behov for det. Nærmere en av fire (24 prosent) opplever at dette i liten grad blir gjort. Samtidig er det en av fire som svarer at det i stor eller svært stor grad blir gjennomført samarbeidsmøter mellom tjenestene når det er behov.

Utover disse utfordringene, er det gjennomgående i intervju gitt uttrykk for at samhandling rundt somatiske pasienter i Bergen kommune fungerer godt, og at kommunen har gode system og rutiner for samhandlingen internt.

3.3.5 Risikovurderinger knyttet til pasientgrupper

Bergen kommune har ikke gjennomført overordnede skriftlige vurderinger av om det er pasient-/brukergrupper som det er risiko for at kommunen ikke klarer å gi et tilfredsstillende tjenestetilbud til etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten eller i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det går imidlertid frem av intervju at de fleste opplever at kommunen i stor grad klarer å gi et tilfredsstillende tilbud til pasienter med somatisk sykdom. De gruppene flest opplever at det er krevende å gi et tilfredsstillende tjenestetilbud, er som tidligere omtalt pasienter med ulike lidelser, herunder både somatikk, psykisk helse og/eller rus. I tillegg pekes det på utfordringer med å gi gode tilbud til pasienter med store kognitive skader og yngre brukere som ikke ønsker å ta imot tilbud om opphold i behandlingssenter eller egnet bolig. Det blir opplyst at det også kan være utfordrende å gi tilfredsstillende oppfølging til brukere som skal ha rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og brukere som venter på utredning ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

I spørreundersøkelsen svarer 30 prosent av lederne at de på sin avdeling har gjennomført risikovurderinger knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten. 40 prosent av lederne svarer imidlertid vet ikke, og 28 prosent svarer at dette ikke er gjort.

Underveis i gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjonen, fikk Deloitte et innspill om å undersøke hvordan palliative pasienter følges opp. Gjennomgående i intervju med ulike tjenester er det pekt på at Bergen kommune har gode system og rutiner for å følge opp palliative pasienter, og at pasientgruppen er prioritert i kommunen. En enhetsleder i hjemmebaserte tjenester (i et område med ny organisering) påpeker likevel at det *kan* være risiko for at det ytes tjenester av assistenter som ikke har tilstrekkelig god kompetanse i å identifisere ev. forverring i tilstanden til bruker når palliative pasienter mottar helsehjelp av omsorgsteamet (helsefagarbeidere/assistenter). Det blir opplyst at det er nedsatt en arbeidsgruppe som arbeider med å sikre at palliative pasienter følges godt

¹³ Deloitte har ikke mottatt de omtalte rutiner eller kartleggingsskjemaet.

opp også i ny organisering. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, påpekes det også at det er naturlig at man underveis i et prosjekt må gjøre justeringer underveis, og at etat for hjemmebaserte tjenester driver kontinuerlig forbedringsarbeid og har høy bevissthet på at også assistenter må ha kompetanse i å identifisere eventuelt forverret helsetilstand. Derfor skal alle ansatte i hjemmebaserte tjenester (inkludert assistenter) ta kurs i ProACT, som blant annet lærer ansatte å gjøre tidlig oppdagelse av forverret helsetilstand og tilkalle bistand fra annet helsepersonell ved behov.

Som tidligere omtalt er det også gjennomført risikovurderinger knyttet til ev. endringer for plassering av KMA og ØHD-plasser.

3.4 Vurdering

Deloitte vurdering er at helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune på mange måter er **organisert** på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta deres behov. Bergen kommune tar imot et høyt antall utskrivningsklare pasienter per år, og gjennomgående pekes det på både fra ledere og ansatte at kommunen har gode rutiner og tilstrekkelig **kompetanse** til å ivareta pasientenes behov.

Samtidig er det tydelig at organiseringen og kapasiteten i Bergen kommune utfordres ved høyt pasientbelegg, og i en periode der det har vært utskrivningsklare pasienter er **kapasiteten** for liten. Dette viser også igjen i en økning av **betalingsdøgn** som kommunen betaler til spesialisthelsetjenesten for utskrivningsklare pasienter som kommunen ikke kan ta imot. Dette er utfordringer kommunen selv er godt kjent med, og det jobbes med tiltak langs flere akser for å bedre kapasiteten. Det vurderes blant annet omgjøring av enkeltrom til dobbeltrom, og økt bemanning for å kunne yte forsvarlige tjenester.

Selv om Bergen kommune har utarbeidet flere detaljerte **rutiner** som beskriver organisering, saksgang og samhandling internt knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter, er det en stor andel (ca. halvparten) av respondentene i spørreundersøkelsen som opplever at det bare i noen grad er en tydelig og hensiktsmessig oppgave- og ansvarsfordeling internt om utskrivningsklare pasienter. Det er særlig personer med behov for både somatisk og psykisk helsehjelp og/eller rus som trekkes frem som utfordrende å samhandle rundt. Det er også en del som peker på at fordelingen av ansvar og oppgaver mellom hjemmebaserte tjenester og vurderingsteamet ikke fungerer optimalt. Basert på det som kommer frem, er det etter Deloitte vurdering behov for å **tydeliggjøre** oppgave- og ansvarsfordeling og samhandling rundt disse pasientene og mellom tjenestene. Det bør både sikres at eksisterende rutiner er godt nok kjent for ansatte i de aktuelle tjenestene, men det bør også undersøkes om det er forhold i selve rutinene som ikke er tilstrekkelig tydelig.

I undersøkelsen kommer det også frem at det er utfordringer knyttet til inndeling/organisering av **ØHD- og KMA-**plasser ved hhv. KAS og akuttavdelingen ved Fyllingsdalen sykehjem, herunder at organiseringen i to ulike enheter med forholdsvis like «plasser» ikke nødvendigvis er optimal. Deloitte mener det virker hensiktsmessig at kommunen har iverksatt et arbeid med å gjennomføre risikovurderinger rundt dagens organisering og frem til en eventuell endring. Deloitte merker seg at kommunen i forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten viser til at en eventuell endring av organiseringen foreløpig er utsatt på bakgrunn av gjennomført risikovurdering, blant annet med hensyn til at KAS nylig har vært gjennom en sammenslåingsprosess.

Videre er det Deloitte vurdering at det ikke er tilfredsstillende at Bergen kommune ikke har gjort dokumenterte **risikovurderinger** av om det er pasientgrupper som kommunen ikke klarer å gi et tilfredsstillende tjenestetilbud til. Selv om kommunen klarer å gi de fleste somatiske pasienter et tilbud etter utskrivning, er det vist til at det finnes pasientgrupper (blant annet pasienter med både somatisk og psykisk lidelse/rus) der kommunen per ikke har tilstrekkelig gode system og rutiner som sikrer et sammenhengende tjenestetilbud, eksempelvis når pasienten har behov for tjenester fra flere byrådsavdelinger. Konsekvensene av mangelfulle og/eller dårlig koordinerte tjenester kan potensielt være store for den enkelte pasient, både når det gjelder helse og livskvalitet.

Selv om det ikke er gjennomført dokumentert risikovurderinger, er risikoen og utfordringene godt kjent i Bergen kommune, herunder at det er krevende å avklare hvem som skal ha ansvar for pasienter som trenger tjenester fra flere etater og byrådsavdelinger. I forbindelse med verifiseringen viser også kommunen til at det jobbes med risikoreduserende tiltak. Deloitte stiller likevel spørsmål ved om kommunen i tilstrekkelig grad klarer å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester for disse pasientene i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1a.

4 System og rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger¹⁴:

Er det etablert hensiktsmessige system og rutiner for samhandling mellom Bergen kommune og helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten?

Under dette:

- I hvilken grad er det på systemnivå etablert samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, og fungerer disse etter intensjonen?
- I hvilken grad henviser fastleger pasienter tidsnok til spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad mottar kommunen tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetak om innleggelse og pasienters behov etter utskrivning? (i tilfeller der pasienter har eller vil få behov for oppfølging i kommunen etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten)
- Blir det i tilstrekkelig grad gjennomført samarbeidsmøter mellom pasient, aktuelle kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten? (i tilfeller der pasienter har eller vil få behov for oppfølging i kommunen etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten)
- I hvilken grad opplever ledere og ansatte i Bergen kommune at det er en tilfredsstillende samhandling med spesialisthelsetjenesten?
 - I hvilken grad opplever ledere og ansatte i Bergen kommune at det er en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten?
 - I hvilken grad opplever ansatte og ledere utfordringer i samhandlingen?
 - Hvilke eventuelle konsekvenser/risikoer medfører disse utfordringene?
- I hvilken grad forekommer reinnleggelser av pasienter etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten?

4.2 Revisjonskriterier

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 følger det at de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal, i tillegg til å følge opp pasienter eller brukere, samarbeide med andre tjenesteytere slik at de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Kommunen har også plikt til å inngå **samarbeidsavtale** med det regionale helseforetaket i helseregionen (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, 1. ledd), og samarbeidet skal ha som målsetning å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (§ 6-1, 2. ledd).

Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten foregår også gjennom **helsefelleskap**. Etablering av helsefelleskapene kom i stand gjennom avtale mellom Solberg-regjeringen og KS i 2019.¹⁵

Prinsippene som helsefelleskapene skal bygge på er blant annet:¹⁶

¹⁴ I opprinnelig prosjektplan var det også underproblemstillinger knyttet til melding og oppfølging av avvik under denne problemstillingen. For å gi en mer leservennlig rapport, er disse problemstillingene besvart ut i et eget kapittel. Problemstillingen «I hvilken grad opplever ledere og ansatte i Bergen kommune at det er en tilfredsstillende samhandling med spesialisthelsetjenesten?» stod opprinnelig som en egen hovedproblemstilling i prosjektplanen, men er tatt inn som en problemstilling i dette kapitlet da problemstillingene tematisk henger sammen.

¹⁵ Saman.no: [Notat om etablering av helsefelleskap](#).

¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) [Avtale mellom regjeringen g KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse og omsorgstjeneste](#)

- En tydeligere samarbeidsstruktur gjennom en tredelt struktur – et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.
- Bedre felles planlegging for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå
- Økt samordning mellom kommunene
- Bedre og mer forpliktende beslutningsprosesser
- Tydelige prioriteringer på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
- Felles virkelighetsforståelse

Helsefelleskapene skal bestå av representanter fra helseforetaket, kommuner i opptaksområdet, fastleger og brukere, som skal møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Helsefelleskapene skal organiseres på tre nivåer:¹⁷

- På det øverste nivået, i partnerskapsmøtet, møtes den øverste ledelsen i kommunene og sykehusene årlig og bestemmer den overordnede strategiske retningen.
- På det neste nivået, strategisk samarbeidsutvalg, møtes administrativ og faglig ledelse. De beslutter de konkrete pasientforløpene og hvordan tjenestene skal utvikles.
- På nivået under er faglige samarbeidsutvalg. Dette er arbeidsgruppene som skal jobbe med forslag de konkrete prosedyrene og pasientforløpene.

Det er opprettet flere **samarbeidsavtaler** mellom Helse Bergen og kommunene i Helse Bergen sitt opptaksområde, som altså også gjelder Bergen kommune. I tillegg til en overordnet avtale mellom partene, er det inngått egen avtale og rutiner knyttet til samhandling i somatisk sektor (tjenesteavtale 3 og 5).¹⁸ Avtalen med tilhørende rutiner regulerer inn- og utskrivning, og er derfor lagt til grunn som revisjonskriterier.

Basert på lov, regelverk og avtaler som er nevnt over, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier for problemstillingene som undersøkes i dette kapitlet:

- Kommunen bør ha aktiv deltakelse i etablerte samarbeidsfora med spesialisthelsetjenesten, for å sikre at samhandlingsarenaene oppfyller sin intensjon (jf. avtale og intensjon om etablering av Helsefelleskap)
- Kommunen bør ha rutiner for å sikre at oppgaver og ansvar ved inn- og utskrivning av pasienter til og fra sykehus blir overholdt fra kommunens side (jf. inngåtte avtaler med spesialisthelsetjenesten og internkontrollbestemmelser i forskrift og ledelse og kvalitetsforbedring)
- Ved innleggelse skal kommunen sikre at sykehuset får tilstrekkelig og tidsriktig informasjon samt oppdatert medikamentliste ved innleggelse av pasient (jf. tjenesteavtalen punkt 5.4 og 5.5).
- Underveis i innleggelse skal kommunen gjennomføre samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten og pasienten i tilfeller der det er behov for dette (jf. tjenesteavtalen punkt 6.7)
- Ved utskrivning skal kommunen
 - gi tilbakemelding på mottatt varsel om utskrivningsklar pasient innen to timer (jf. tjenesteavtale for somatisk sektor punkt 7.3).
 - sammen med sykehuset sikre at tilfredsstillende hjelpemidler kommer på plass (tjenesteavtale for somatisk sektor punkt 7.6.1)
 - sammen med spesialisthelsetjenesten legge til rette for at det kan gjennomføres hospitering knyttet til enkeltpasienter for å sikre et tilstrekkelig tjenestetilbud (jf. tjenesteavtale 6)
- Kommunen bør også ha rutiner for å følge opp og melde avvik ved brudd på samhandlingsavtaler- og rutiner, enten det er kommunen selv eller sykehuset som har brutt rutinene. Dette vil imidlertid bli nærmere omtalt i neste kapittel.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

¹⁷ Regjeringen (2019): [Avtale mellom regjeringen og KS: etablerer 19 helsefelleskap](#)

¹⁸

4.3 Datagrunnlag

4.3.1 Samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester

Det er etablert flere samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester i Bergen kommune. Samhandlingsarenaene er regulert gjennom en overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Bergen og kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde.¹⁹

I intervju beskriver både representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten at samhandlingsforaene oppleves som gode og hensiktsmessige, selv om flere er tydelige på at det fortsatt er en vei å gå for å sikre at utvalgene fungerer i tråd med intensjonen de er etablert for.

En av samarbeidsarenaene for helseforetakene i Bergen og kommunene i opptaksområdet er **Helsefellesskapet**. Formålet med Helsefellesskapet er at representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere skal møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Fra Bergen kommune deltar representanter i byrådsavdelingen for helse- og omsorg i Helsefellesskapet.

Som en del av Helsefellesskapet skal det etableres et **strategisk samarbeidsutvalg (SSU)**. Utvalget skal behandle og følge opp prinsipielle saker som gjelder for hele helsefellesskapet. Fra Bergen kommune deltar kommuneoverlegen som representant for kommunaldirektør. Fra Helse Bergen deltar viseadministrerende direktør som representant i SSU, og samhandlingssjef deltar som observatør. Strategisk samarbeidsutvalg skal fungere som et strategisk organ. Noen av representantene i SSU fra kommunen peker imidlertid på at utvalget i flere tilfeller fungerer mer operativt enn strategisk. Det blir blant annet pekt på at noen av medlemmene i utvalget er vant med å jobbe operativt, og det kan derfor være noe krevende å få utvalget til å oppfylle sin strategiske rolle.

Det er videre etablert fire **områdeutvalg** i Helsefellesskapet som skal behandle og følge opp saker som gjelder for det enkelte utvalgsområdet (Nordhordland, Bergen kommune, Voss og Bergensregionen). Områdeutvalget for Bergen er bredt sammensatt, og består av representanter som jobber innen rus, psykisk helse, tjenester for barn og unge og somatikk. Etat for vurdering og rehabilitering deltar i områdeutvalget. Etatsdirektørene for hjemmebaserte tjenester og sykehjem deltar ikke, men opplever å få løftet sine problemstillinger til områdeutvalget gjennom tett dialog med etatsdirektør for etat for vurdering og rehabilitering.

Områdeutvalget skal i utgangspunktet fungere som et operativt utvalg som drøfter og iverksetter overordnede samhandlingsprosjekt og forbedringsarbeid, og skal ikke benyttes til å diskutere enkeltpasient-saker. Det går frem av intervju at det fortsatt gjenstår noe arbeid å sikre at utvalget fungerer som et slikt operativt organ og at saker munner ut i konkrete oppfølgingspunkt.

Områdeutvalget pekes på som en viktig arena for å diskutere ansvars- og oppgavefordeling fra spesialisthelsetjenesten til kommunen på et overordnet nivå. Etat for hjemmebaserte tjenester viser til at de opplever at det er flere forsøk på å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Hjemmebaserte tjenester har eksempelvis fått forespørslers om å delta i piloteringsprosjekt om intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet og utvidet deltakelse i LAR-behandling. Forespørslers knyttet til oppgaveforskyvning kommer direkte fra Helse Bergen, gjennom prosjektarbeid og som henvendelser som er knyttet til enkeltpasienter. Henvendelsene om gjennomføring av nye oppgaver kommer ofte direkte til tjenestene. Etaten ser det derfor som viktig å løfte henvendelsene til «riktig nivå», slik at det dannes en felles oversikt over og forståelse for hvem som skal gjennomføre hvilke oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Etat for hjemmebaserte tjenester forsøker derfor å løfte alle henvendelser om oppgaveforskyvning til Helsefellesskapet og Områdeutvalget for å diskutere problemstillingen på et overordnet nivå.

I denne sammenheng blir det pekt på at det også er et økonomisk spørsmål hvilke oppgaver som skal gjennomføres i kommunen, og tjenestene i kommunen har knapphet på ressurser og utfordringer med å få tak i tilstrekkelig personell, også ufaglærte. Det fremheves derfor som viktig å ikke ukritisk påta seg flere nye oppgaver uten å også få tilført flere ressurser.

Det blir også vist til at det kan være utfordrende å fatte beslutninger i saker der kommunen og spesialisthelsetjenesten er uenige i oppgavefordelingen, og at det i noen saker kan være krevende å oppnå likeverd i samhandlingen. Det blir opplyst at det eksempelvis er uenighet knyttet til hvilke oppgaver som skal ligge til kommunen og spesialisthelsetjenesten (eksempelvis hvor krevende oppgaver som skal gjenstå når en pasient overføres fra sykehus til kommune). Videre pekes det på at sykehuset ihht. forskrift er den som skal avgjøre når en pasient er utskrivningsklar, mens kommunen opplever at kapasitetshensyn i spesialisthelsetjenesten like ofte som faglige vurderinger ligger til grunn for utskriving. Det er eksempelvis ofte flere pasienter som meldes

¹⁹ [OVERORDNED SAMARBEIDSAVTALE \(saman.no\)](#)

utskrivningsklare rett før helg enn ellers i uken. Forskriften oppleves som et hinder for likeverdig samarbeid, ettersom det kun er sykehuset som har mulighet til å «sanksjonere» kommunen i form av betalingsdøgn når kommunen ikke kan ta imot en pasient, mens kommunen ikke har en tilsvarende sanksjoneringsmulighet når de opplever at sykehuset skriver ut pasienter for tidlig.

I tillegg til de overnevnte samhandlingsarenaene i Helsefelleskapet, arrangeres det faste samhandlingsmøter hver sjettede uke mellom etat for vurdering og rehabilitering og etat for hjemmebaserte tjenester med viseadministrerende direktør og leder for samhandlingsavdelingen på Haukeland universitetssykehus. Fra våren 2023 deltar også etat for sykehjem i disse møtene. I tillegg har rådgivere i etatene fra byrådsavdeling helse og omsorg halvårlige møter med Haraldsplass Diakonale sykehus og Haukeland universitetssykehus, der avvik er eneste temaet.

4.3.2 Samhandling og informasjonsutveksling ved innleggelse og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Samhandlingen mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten skal i hovedsak foregå gjennom elektronisk meldingsutveksling (også kalt «e-meldinger» eller «PLO-meldinger»). Det er opprettet en egen retningslinje²⁰ for Helse Bergen og foretakskommunene som beskriver i hvilke tilfeller det skal sendes elektroniske meldinger og hva innholdet i meldingene skal være. Bergen kommune har også utarbeidet en egen rutine for elektronisk meldingsutveksling internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten²¹, som skildrer hvem som har ansvar for å følge opp og svare ut elektroniske meldinger i kommunen. Som omtalt tidligere, er det i Bergen kommune egne dedikerte ansatte på logistikkteamet som har ansvar for å ta imot, svare ut og videresende meldingene fra spesialisthelsetjenesten til aktuelle kommunale tjenester. Det er utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for meldingsansvarlige²² og en prosedyre for samhandling og arbeidsprosesser på vurderingskontoret²³ som omtaler arbeidsoppgavene til meldingsansvarlige knyttet til innleggelse og utskrivning av pasienter fra sykehus.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Pasienter som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten (elektive behandlinger) skal legges inn på bakgrunn av skriftlig henvisning. Det er som regel fastlege, ev. sykehjemslege, som sender denne henvisningen. Ved akutt behov for innleggelse utenom fastlegenes og sykehjemslegenes arbeidstid, er det legevakt/sykehjemslegevakt som kontaktes.

Det er delte meninger blant de vi har intervjuet om fastlegenes henvisningspraksis. Deloitte får opplyst at kommunen ikke har systematisk oppfølging eller data om fastlegenes henvisningspraksis, men at det oppleves som at en del pasienter ikke blir henvist tidsnok. I intervju med pasient- og brukerombudet blir det også påpekt at ombudet mottar henvendelser som omhandler at fastleger ikke har sendt henvisninger til spesialisthelsetjenesten, eller at det må purres for at henvisninger skal sendes eller at fastlegen ikke gir spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig informasjon i henvisningen, noe som medfører at henvisningen må sendes på nytt.

I intervju med en representant fra fastlegene påpekes det imidlertid at fastleger i hovedsak henviser pasienter tidsnok til spesialisthelsetjenesten. Det blir samtidig vist til at ettersom sykehusene ofte har begrenset kapasitet til å gjennomføre utredning og behandling i helger, kan det i noen tilfeller være formålstjenlig å avvente innleggelse til over helg dersom det er forsvarlig.

Det går også frem av intervju med en representant fra fastlegene at manglende stabilitet og kontinuitet i fastlegeordningen kan påvirke henvisningspraksis, og medføre en økning av innleggelser og henvisninger. Det blir vist til at dersom en pasient må få hjelp på legevakten fordi det er manglende kapasitet i fastlegeordningen, kan dette medføre at pasienten raskere blir lagt inn på sykehuset. Legevakten har i en del tilfeller lavere terskel enn fastleger for å legge pasienter inn på sykehus, fordi de ikke har samme bakgrunnskunnskap om pasienten og ikke har samme mulighet for oppfølging som fastlegen, blir det kommentert. På samme måte kan vikarer og fastleger som ikke kjenner pasientene like godt, også ha lavere terskel for å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten sammenlignet med fastleger som har god kjennskap til pasientens sykdomshistorikk.

Når pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester får behov for innleggelse i helger eller ferier, må hjemmebaserte tjenester kontakte ambulansen. Det blir i intervju vist til at det har vært enkelte utfordringer med at ambulansetjenesten ikke har ønsket å ta imot brukere i tilfeller der helsefagarbeidere har tilkalt ambulansen, og flere helsefagarbeidere har fått tilbakemelding om at sykepleiere må avgjøre om ambulanse skal tilkalles. I noen

²⁰ [Retningslinje for elektroniske meldinger innen somatisk sektor - Saman](#)

²¹ Bergen kommune. *Elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgssystemet*. Gyldig fra: 15.09.2022.

²² Bergen kommune. *Funksjonsbeskrivelse for e-meldingsansvarlige ved vurderingskontor*. Gyldig fra: 30.05.2022.

²³ Bergen kommune. *VURK – arbeidsprosess samhandling*. Gyldig fra: ikke godkjent.

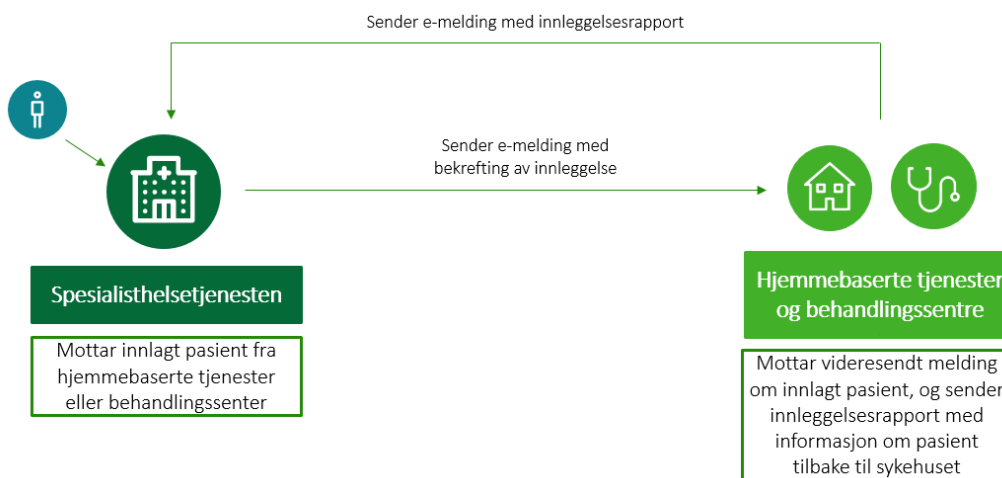
tilfeller har dette ført til at brukere har fått forsinket helsehjelp. Det blir opplyst at dette i hovedsak har vært en utfordring i områder der hjemmebaserte tjenester har gått over til ny organisering, der helsefagarbeidere og assistenter har andre roller enn i mer tradisjonell organisering. I intervju blir det opplyst at etat for hjemmebaserte tjenester har hatt dialog med ambulansetjenesten om problemstillingen.

Samhandling knyttet til innleggelse av pasienter

Samhandling knyttet til innleggelse av pasienter er regulert i tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor. Av intervju og spørreundersøkelse går det frem at samhandlingen rundt innleggelse av pasienter i hovedsak fungerer godt, men med noen unntak som vi vil omtale i dette kapittelet.

Figuren under oppsummerer samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasienter som har hjemmebaserte tjenester eller institusjonsopphold.

Figur 9: Samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasienter



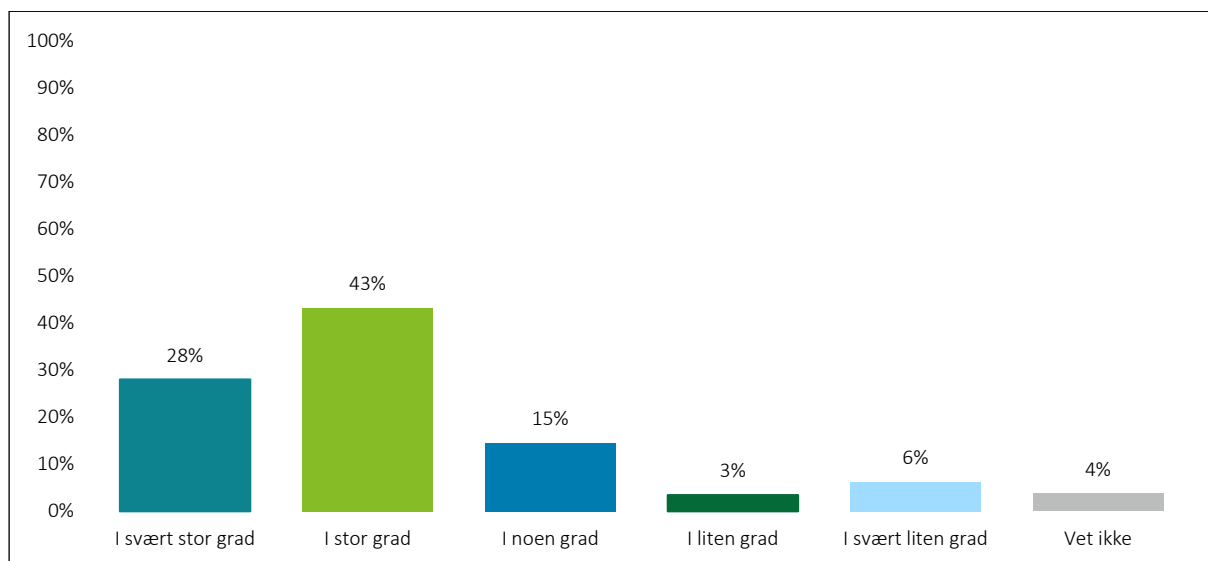
Når en pasient legges inn på sykehus, sender spesialisthelsetjenesten en e-melding til Bergen kommune for å bekrefte innleggelse av pasient (jf. figuren over). E-meldingen blir mottatt av logistikkteamet, som videresender e-meldingen til tjenesten som har ansvar for pasienten. Frem til våren 2023, har det vært slik at kommunen først får mulighet til å sende innleggesrapport etter at spesialisthelsetjenesten har sendt kommunen bekreftelse om innlagt pasient.

Innleggesrapporten skal blant annet inneholde informasjon om aktuell problemstilling, relevante diagnoser og endringer i funksjonsnivå. Oppdatert medikamentliste skal også inngå i innleggesrapporten. I kommunens interne prosedyre for legemiddelhåndtering²⁴ går det også frem at en samstemt liste over legemiddelbruk alltid skal følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå (eksempelvis ved innleggelse i sykehus).

Det går frem av undersøkelsen at det er godt kjent blant ansatte og ledere i kommunehelsetjenesten hvilken informasjon spesialisthelsetjenesten har behov for når pasienter legges inn på sykehus. Som illustrert i figuren under er 71 prosent av respondentene i stor eller svært stor grad kjent med hvilken dokumentasjon de skal oversende til spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasient på sykehus.

²⁴ Bergen kommune. *Prosedyre for legemiddelhåndtering (del 1)*. Gyldig fra: 17.10.2022.

Figur 10: I hvilken grad er du kjent med hvilken dokumentasjon som skal oversendes til spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasient på sykehus? (N = 289*)

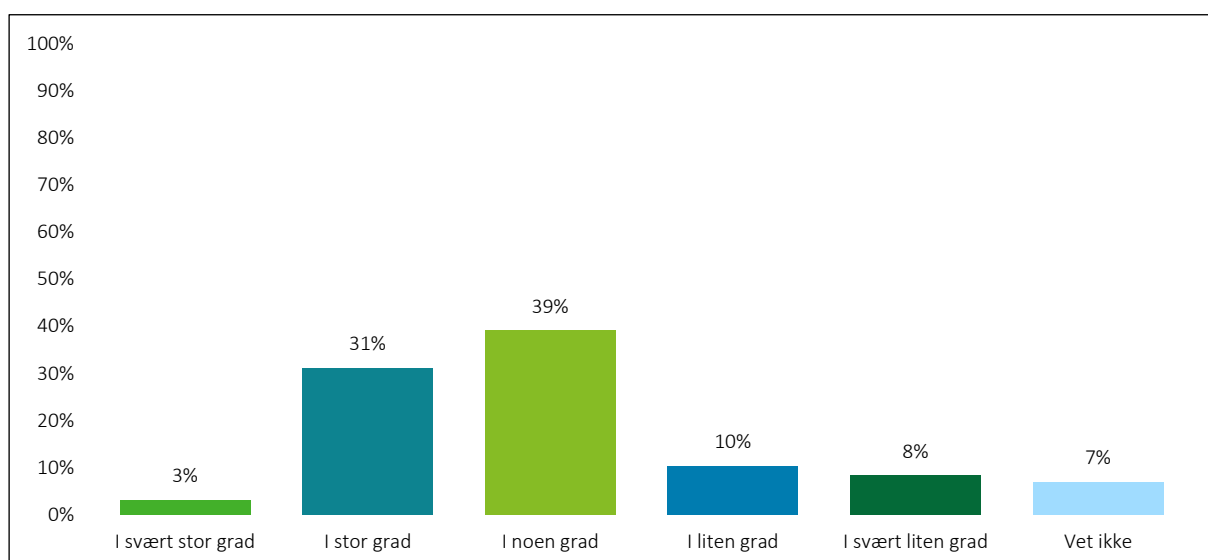


* De som har svart «ikke aktuelt» er tatt ut av figuren. Dette utgjør 0,7 prosent.

Det har imidlertid vært en utfordring at det har tatt tid før kommunen får sendt nødvendige opplysninger til spesialisthelsetjenesten, jf. at det tidligere var slik at kommunen først får anledning til å sende innleggelsesrapporten *etter* at spesialisthelsetjenesten har bekreftet innleggelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført før det ble gjort mulig for kommunen å sende innleggelsesrapport uten å vente på bekreftelse om innleggelse fra sykehuset.

Som det går frem av figuren under, opplever en betydelig andel (39 prosent) at sykehuset kun i noen grad bekrefter innleggelse av pasient innen rimelig tid. Det påpekes i intervju og i frittekstsvar i spørreundersøkelsen at det kan ta lang tid, i noen tilfeller opptil flere dager, før sykehuset har bekreftet innlagt pasient. Det har derfor ved noen behandlingssentre vært praksis å skrive ut og sende legemiddellisten med pasienten fysisk ved innleggelse, i tillegg til at legemiddellisten sendes elektronisk når sykehus har bekreftet mottak av pasient.

Figur 11: I hvilken grad opplever du at sykehuset bekrefter innleggelse av pasient innen rimelig tid? (N = 289*)



* De som har svart «ikke aktuelt» er tatt ut av figuren. Dette utgjør 1 prosent.

For å sikre bedre informasjonsflyt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasienter, ble det nedsatt en arbeidsgruppe som har jobbet for at innleggelsesrapport skal være første melding mellom sykehuset og kommunen. I arbeidsgruppen deltok representanter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten i foretaksområdet til Helse Bergen. Formålet med prosjektet var å gi kommunen mulighet til å sende innleggelsesrapport minst 48 timer før innleggelse, og på denne måten sikre at spesialisthelsetjenesten får viktig

informasjon om pasienter forkant av innleggelse. Som del av prosjektet er det også utarbeidet mal for innleggingsrapport som sikrer at nødvendig informasjon inkluderes i rapporten. Muligheten for å sende innleggingsrapport som første melding ble tilgjengelig mai 2023.

Samhandling underveis i innleggelse

Samhandling underveis i innleggelse reguleres også i tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor. I tillegg har Bergen kommune rutiner for samhandlings- og utskrivningsmøter for pasienter med omfattende og langvarige behov for tjenester.²⁵

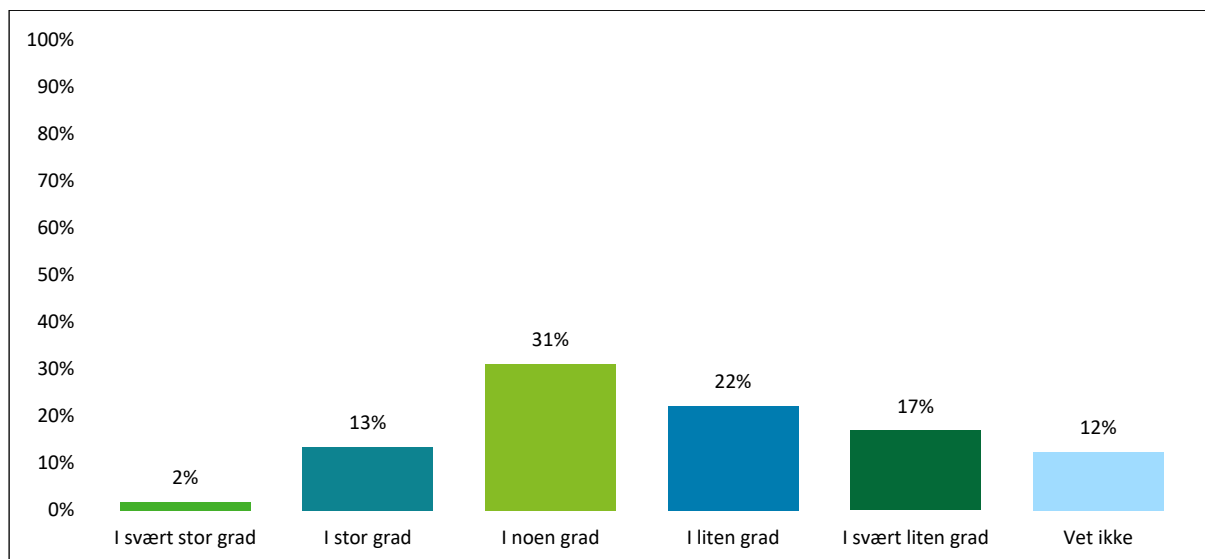
Det går frem av intervju at samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i hovedsak fungerer bra underveis i innleggelser. I spørreundersøkelsen svarer imidlertid 40 prosent av respondentene at deres avdeling i noen grad har tilstrekkelig dialog med sykehuset om innlagte pasienter. Ca. 33 prosent svarer at deres avdeling i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig dialog med sykehuset om innlagte pasienter. Det er imidlertid ikke en ubetydelig andel som svarer at deres avdeling i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig dialog med spesialisthelsetjenesten (om lag 20 prosent totalt sett, medregnet respondenter fra KAS, behandlingssenter, vurderingsteam og hjemmebaserte tjenester). En overvekt av de som har svart i liten/svært liten grad er imidlertid ansatte i hjemmebaserte tjenester). I spørreundersøkelsens fritekstsvar peker også flere på at det er ønskelig med mer dialog under innleggelse. Noen peker på at det er vurderingskontoret som i størst grad har kontakt med sykehuset, men uten å presisere noe videre om det er behov for at andre har denne dialogen underveis.

Samarbeidsmøter

For pasienter som har, eller vil få, behov for oppfølging i kommunen etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten, kan det være aktuelt å gjennomføre samarbeidsmøter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i forkant av utskrivelse. Det går imidlertid frem av tilsendt dokumentasjon at det som hovedregel ikke blir gjennomført samarbeidsmøter i enkeltsaker mellom pasient, spesialisthelsetjenesten og behandlingssenter/hjemmebaserte tjenester.

I spørreundersøkelsen svarer totalt 70 prosent at det kun i noen, liten eller svært liten grad blir gjennomført samarbeidsmøter om enkeltpasienter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tilfeller der det er behov for dette. I fritekstsvar peker flere respondenter på at det er ønskelig med flere samarbeidsmøter og dialog underveis i innleggelser, særlig for palliative pasienter eller pasienter med omfattende behov og/eller kompliserte diagnoser. Ellers pekes det blant annet på at ansatte i liten grad har anledning/kapasitet til å stille på møter, at møter burde vært på lavere nivå enn enhetsledernivå, at det er vanskelig med møter når tjenestene er lokalisert på helt ulike steder, og at det kan være vanskelig å oppnå kontakt med riktig tjeneste.

Figur 12: I hvilken grad opplever du at det blir gjennomført samarbeidsmøter om enkeltpasienter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i tilfeller der det er behov for dette? (N = 289*)



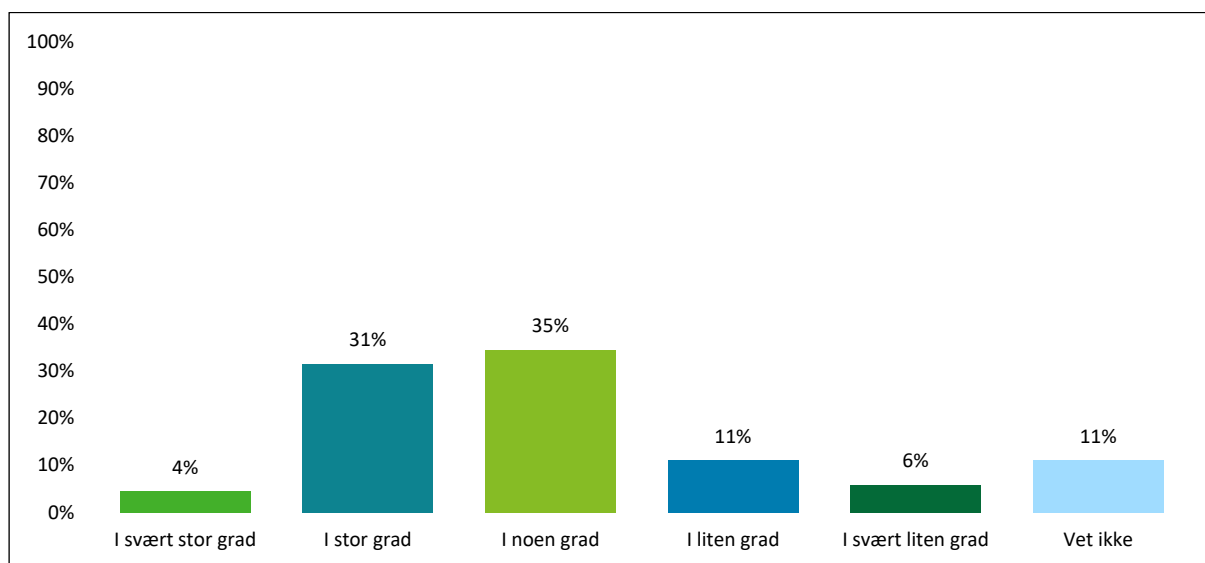
* De som har svart «ikke aktuelt» er tatt ut av figuren. Dette utgjør 2,1 prosent.

²⁵ Bergen kommune. VURK – arbeidsprosess samhandling. Rutinen står som «gyldig fra: ikke godkjent».

Det går frem av tilsendt dokumentasjon og intervju at det er god samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten når det gjelder pasienter som har behov for spesialisert medisinsk utstyr eller prosedyrer. Dersom kommunen skal ta imot en pasient fra sykehuset som benytter utstyr eller prosedyrer som kommunen ikke er kjent med, samhandles det på avdelingsnivå mellom sykehus og kommune for å sikre tilstrekkelig opplæring ved overføring. Det forekommer også at ansatte fra kommunen deltar på opplæring i utstyr eller prosedyrer ved spesialisthelsetjenesten i forkant av utskrivning av pasient.

35 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen opplever at spesialisthelsetjenesten i stor eller svært stor grad er tilgjengelig for å gi veiledning/opplæring til deres avdeling når de har hatt behov for det. Like mange opplever at spesialisthelsetjenesten i noen grad er tilgjengelig for å gi veiledning/opplæring til deres avdeling. Nærmere en av fem opplever at spesialisthelsetjenesten i liten/svært liten grad er tilgjengelige for opplæring og veiledning.

Figur 13: I hvilken grad opplever du at spesialisthelsetjenesten har vært tilgjengelig for å gi veiledning/opplæring til din avdeling når dere har hatt behov for dette? (N = 289*)



* De som har svart «ikke aktuelt» er tatt ut av figuren. Dette utgjør 1,4 prosent.

Samhandling ved utskrivning av pasient

Tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor²⁶ og retningslinje for elektroniske meldinger innen somatisk sektor²⁷ omtaler samhandling og informasjonsflyt ved utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Ved utskrivning varierer saksgangen ut fra om pasienten er tidligere mottaker av kommunale tjenester eller ikke, jf. beskrivelse i kapittel 3.

I forkant av utskrivning sender spesialisthelsetjenesten et tidligvarsel om utskrivning til Bergen kommune. Deloitte får opplyst at logistikkteamet videresender disse til aktuell utfører dersom pasienten har kommunale tjenester fra før. For nye pasienter uten kommunale tjenester, blir varselet sendt til vurderingskontoret.

Når pasienten er utskrivningsklar, sender spesialisthelsetjenesten et varsel om utskrivningsklar pasient til kommunen. Logistikkteamet sjekker deretter hvorvidt kommunen har kapasitet til å ta imot pasienten, og vurderer hvilken tjeneste som skal ta imot pasienten. Logistikkteamet har ansvar for å avklare dette, og gi tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten, innen to timer. Det går frem av intervju at dette i hovedsak går fint, men at det kan være utfordrende å rekke fristen dersom sykehuset sender meldingen rett før kontortiden slutter eller dersom de mottar mange meldinger på en gang.

Hvilken tjeneste i kommunen som mottar den utskrivningsklare pasienten, beror på om det er en eksisterende eller ny tjenestemottaker, og konkrete vurderinger av behovet til pasienten .

²⁶ [Retningslinjer for samarbeid om innleggelse i og utskrivning fra sykehus innen somatisk sektor for Haraldsplass Diagonale Sykehus AS og Helse Bergen HF \(saman.no\)](#)

²⁷ [Retningslinje for elektroniske meldinger innen somatisk sektor - Saman](#)

Meldinger om pasienter som ikke tidligere har mottatt tjenester i kommunen, og som har et uavklart hjelpebehov, skal videreformidles til vurderingsteamet. Vurderingsteamet har ansvar for å kartlegge pasientens hjelpebehov, og vurdere videre tjenester.

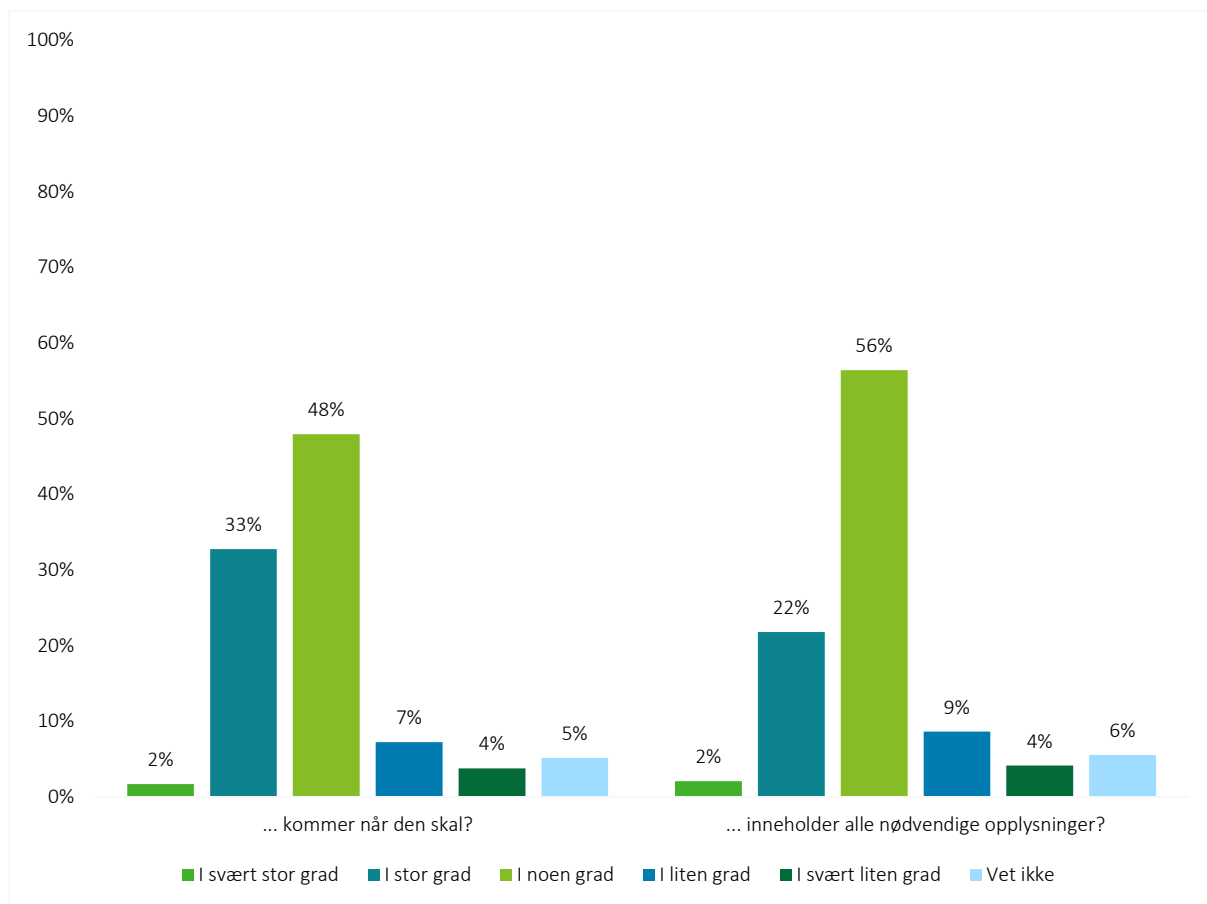
Pasienter som ikke tidligere har mottatt tjenester i kommunen, men har et tydelig behov for institusjonstjenester, skal imidlertid ikke håndteres av vurderingsteamet. Meldinger om disse pasientene videreformidles til egne ansatte på logistikktteamet, som har kontakt med sykehjemmene i kommunen. Disse tildeler tjeneste om institusjonsopphold direkte. Dersom det er fullt på institusjon, kan det være aktuelt å legge pasienten inn på KAS.

For noen nye pasienter blir det opplyst at det kan være utfordrende å raskt avklare om vurderingsteamet skal settes inn eller ikke, herunder hvilke pasienter som det er hensiktsmessig at vurderingsteamet kartlegger, og hvilke pasienter som det ikke er formålstjenlig at vurderingsteamet kartlegger. Dette fordrer at helsetilstand og behovet er godt beskrevet. Palliative pasienter trekkes frem som et eksempel på pasienter som det ikke er formålstjenlig at vurderingsteamet kartlegger. Pasienter med behov for lindrende behandling bør og får ofte heller tilbud om ressursykepleier med spesialkompetanse på kreft heller enn at vurderingsteamet kobles på. Flere viser til at palliative pasienter med langtkommen sykdom prioriteres høyt til å få nødvendige tjenester

For eksisterende tjenestemottakere, videreformidler logistikktteamet melding om utskrivningsklar pasient til aktuelle utførere, og utfører følger også med på egne pasienter som er innlagt på sykehus, og tar imot disse selv.

Når pasienten forlater sykehuset, skal sykepleier rapport og eventuelle rapporter fra andre relevante faggrupper oversendes elektronisk og/eller følge pasienten. Epikrise fra lege skal også følge pasienten ved overføring til kommunal institusjon. Omtrent halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at informasjon fra sykehus om utskrivningsklare pasienter i noen grad kommer når den skal, og at informasjonen i noen grad inneholder nødvendige opplysninger.

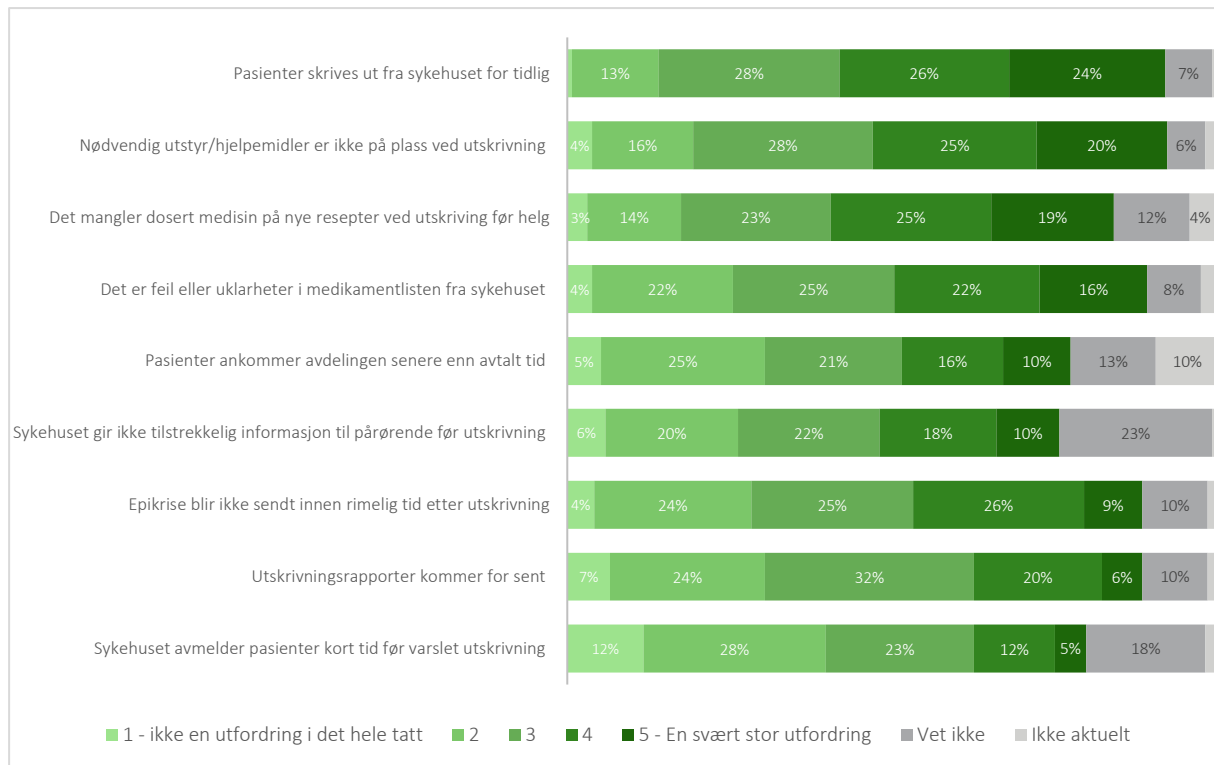
Figur 14: I hvilken grad opplever du at informasjonen din avdeling får om utskrivningsklare pasienter i hovedsak ... (N = 289-290*)



*Respondenter som har svart «ikke aktuelt» er tatt ut av figuren. Dette utgjør 1,4 prosent på begge spørsmålene.

Respondentene ble også bedt om å ta stilling til ulike påstander om utfordringer ved utskriving av pasienter. Disse påstandene ble formulert med utgangspunkt i det som kom frem i intervjuer med ledere og ansatte i kommunen. Se figuren under.

Figur 15: Ta stilling til påstandene under ved å bruke en skala fra 1 til 5, der 1 er "ikke en utfordring i det hele tatt" og der 5 er "en svært stor utfordring" (N = 290-292)



Pasienter skrives ut fra sykehuset for tidlig

Om lag halvparten av respondentene opplever at det er en stor eller svært stor utfordring at pasienter skrives ut fra sykehuset for tidlig. Dette påpekes også i en rekke intervjuer. Både i intervju og spørreundersøkelse blir det vist til at for tidlig utskriving i flere tilfeller fører til reinnleggelse (se også nærmere omtale om dette i neste kapittel). Dette omtales som svært uheldig, da det påfører pasientene økt stress og påkjenning. Både i intervju og i spørreundersøkelsen blir vist til at for tidlig utskriving både handler om at pasientene ikke opplever utskrivningsklare (eksempelvis at pasienten ikke er klare for å begynne et rehabiliteringsløp) og/eller at pasienten ikke er godt nok kartlagt (eksempelvis ikke kartlagt om pasienten trenger et rehabiliteringsopphold eller et korttidsopphold).

Det blir av mange i intervju pekt på at det er utfordrende at sykehusene skriver ut mange pasienter i forkant av helg og ferier. Dette er tidspunkt da bemanningen i kommunale helse- og omsorgstjenester i utgangspunktet er lavere, og det kan være utfordrende å skalere opp bemanningen på kort varsel.

Nødvendig utstyr/hjelpemidler er ikke på plass ved utskriving

Figuren over viser at 45 prosent av respondentene opplever at det er en stor eller svært stor utfordring at nødvendig utstyr/hjelpemidler ikke er på plass ved utskriving. Dette blir også påpekt i intervju, der det blir vist til at dette medfører at pårørende eller ansatte i kommunale tjenester må bruke tid på å hente/skaffe utstyr og hjelpemidler. Noen tjenester oppgir at de har forsøkt å rigge seg for manglende utstyr, og har noe reserveutstyr på lager eller låner fra nærliggende sykehjem. I intervju blir det også vist til at søknad om hjelpemidler ofte kan ta for lang tid å få svar på.

Det mangler dosert medisin på nye resepter ved utskriving før helg

44 prosent av respondentene svarer at det er en stor/svært stor utfordring at det mangler dosert medisin på nye resepter ved utskriving før helg. Dette påpekes også i intervju, og det blir opplyst at man i slike tilfeller enten må be pårørende hente, eller at ansatte i kommunen må hente eller kjøpe medisinen på apotek. Det blir vist til at det å få tak i nødvendig medisin er tid- og ressurskrevende, og at dette går utover andre pasienter som trenger oppfølging. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, blir det imidlertid kommentert at det kun er unntaksvis at det må sendes med medisiner fra sykehus.

Det er feil eller uklårheter i medisinlister

38 prosent av respondentene svarer at det er en stor eller svært stor utfordring at det er feil eller mangler i medisinlister ved utskriving. I intervju og fritekstsvar blir det vist til at medisinlister ofte er endret ved utskriving uten at det er spesifisert hvorfor en medisin er lagt til eller tatt bort. Dette gjør det vanskelig å vite om endringen er gjort som følge av endret medisinbehov, eller om det er en feil. Når det oppdages feil i medisinlister, må de kommunale tjenestene ta kontakt med pasientens fastlege eller avdelingen pasienten har vært innlagt på. I intervju pekes det på at det er svært tid- og ressurskrevende å rette opp feil i medisinlister, særlig i perioder med lavere bemanning (kvelder og helger).

Det blir i intervju vist til at årsaken til hyppige feil og uklårheter i medisinlister i hovedsak skyldes at det ikke finnes en felles legemiddelliste som benyttes av sykehus, fastlegene og kommunale tjenester. Bergen kommune er i ferd med å pilotere det nasjonale systemet «Pasientens legemiddelliste», som samler all relevant informasjon om hvilke medisiner en pasient står på i sanntid uavhengig av hvilken tjeneste som har ansvar for pasienten. Det blir i intervju vist til at innføringen av dette systemet trolig vil redusere feil i legemiddellister. Foreløpig er det bare utprøving av systemet. På sikt skal alle avdelinger og enheter i kommune- og spesialisthelsetjenesten benytte systemet.

Pasienter ankommer avdelingen senere enn avtalt tid

Litt over en fjerdedel av respondentene svarer at det er en stor eller svært stor utfordring at pasienter ankommer avdelingen senere enn avtalt tid. I intervju blir det påpekt at det ikke er uvanlig at pasienter blir meldt utskrivningsklare tidlig på formiddagen, men ankommer kommunal institusjon sent på kvelden fordi de venter på sykehustransport. Dette gjør det vanskelig for de kommunale tjenestene å planlegge et godt inntak av pasienten, og er også utfordrende fordi det er lavere bemanning på kveldsvaktene.

Sykehuset gir ikke tilstrekkelig informasjon til pårørende før utskriving

28 prosent av respondentene svarer at det er en stor eller svært stor utfordring at sykehuset ikke gir tilstrekkelig informasjon til pårørende før utskriving. I intervju blir det vist til at sykehuset i noen tilfeller gir manglende, eller misvisende, informasjon til pårørende knyttet til kommunens tjenestetilbud. Eksempelvis forventer noen å få tildelt en institusjonsplass eller hjemmebaserte tjenester etter utskriving fordi sykehuset har lagt det frem som en realistisk mulighet, selv om pasienten i realiteten ikke har behov for dette.

Det går også frem av intervju at noen behandlingssentre opplever at sykehusene ikke alltid gir pårørende eller pasienter tilstrekkelig informasjon om forventet levetid, eller gjør tilstrekkelige avklaringer knyttet til ønsket behandling ved kort forventet levetid. Det påpekes også at det i mange tilfeller er *uklart* om sykehuset har gjennomført samtaler knyttet til dette med pasient og/eller pårørende, da det ikke alltid fremgår av dokumentasjonen.

Informasjon om utskrivningsklar pasient (epikrise og utskrivningsrapporter) kommer for sent

35 prosent av respondentene svarer at det er en stor eller svært stor utfordring at epikrise ikke blir sendt innen rimelig tid etter utskriving. I intervju blir det også påpekt at flere pasienter som har vært på poliklinisk konsultasjon eller behandling ikke får med seg epikrise i det hele tatt. I mange tilfeller må ansatte i kommunehelsetjenesten bruke tid på å kontakte poliklinikken for å få oversendt epikrisen.

26 prosent av respondentene svarer i spørreundersøkelsen også at det er en stor eller svært stor utfordring at utskrivningsrapport kommer for sent. I intervju blir det vist til at sykepleierrapporter kan komme timer, og i noen tilfeller dager, etter at en pasient er skrevet ut fra sykehus. I enkelte tilfeller må rapporten også etterspørres. I intervju pekes det på at dette er utfordrende, ettersom det ikke gir kommunehelsetjenesten tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand.

Sykehuset avmelder pasienter kort tid før varslet utskriving

I tilfeller der en pasients helsetilstand endrer seg, og pasienten ikke lenger er å regne som utskrivningsklar, skal sykehuset varsle kommunen umiddelbart. I spørreundersøkelsen svarer 17 prosent av respondentene at det i stor

eller svært stor grad er en utfordring at sykehuset avmelder pasienter kort tid før varslet utskrivning. Dette påpekes også i intervju, der det blir vist til flere tilfeller av at pasienter avmeldes svært sent på dagen, eller ikke dukker opp i det hele tatt og blir avmeldt dagen etterpå. I intervju med enkelte tjenester anslås det at dette skjer ukentlig. Det påpekes at avmelding kort tid før varslet utskrivning gir lite effektiv bruk av kommunale sengeplasser, fordi kommunen ikke rekker å tildele plassene til noen andre.

KAS opplyser blant annet at det forekommer forholdvis ofte at sykehuset avmelder pasientene kort tid før de skal skrives ut, og viste til et eksempel der KAS i løpet av en uke opplevde at ti pasienter ble avmeldt kort tid før mottak. Dette gir lite effektiv bruk av sengeplassene på KAS. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, viser kommunen til at dette var en uke med særskilt høye tall på avmeldinger, som ikke er representativt for normalen. Det opplyses også at problemstillingen med avmeldinger er tatt opp med spesialisthelsetjenesten, og at antallet nå er gått betraktelig ned.

Pasienter skrives ut før kommunen har gitt tilbakemelding om at de kan ta imot pasienten

I intervju og fritekstfelt i spørreundersøkelsen blir det påpekt at kommunale tjenester i noen tilfeller opplever at pasienter skrives ut før kommunen har bekreftet at de har kapasitet til å ta imot pasienten. Dette er særlig en utfordring for hjemmebaserte tjenester, dersom pasienter med store hjelpebehov sendes hjem uten at hjemmebaserte tjenester har bekreftet, eller mottatt informasjon om, at pasienten kan sendes hjem. I intervju blir det også vist til at enkelte ansatte i hjemmebaserte tjenester har opplevd at brukere har skrevet seg selv ut fra sykehuset uten at hjemmetjenesten har fått informasjon om dette.

Det blir i intervju vist til at det også er en risiko for at hjemmetjenesten får informasjon om, og bekrefter, mottak av utskrivningsklar pasient, men glemmer å dokumentere eller videreformidle informasjonen internt. Det kan medføre at pasienten blir sendt hjem, uten at noen følger videre opp fra hjemmetjenestens side. Det påpekes at risikoen for dette er lav, og at det alltid går kort tid før pasienten ev. fanges opp, men at det kan være behov for å utarbeide bedre rutiner på dette feltet.

Feil i meldt hjelpebehov

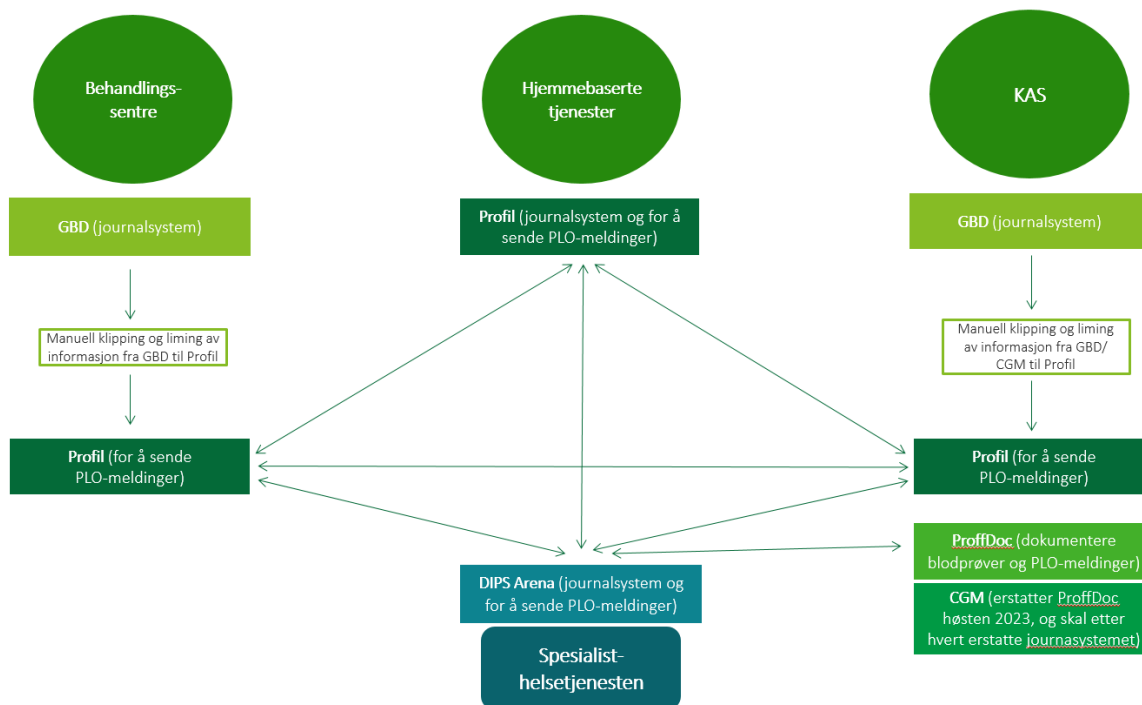
I noen tilfeller melder sykehusene at pasientene har et større hjelpebehov enn det som er reelt ved utskrivelse. Det blir pekt på at dette kan handle om at sykehusets ansatte melder om behov for institusjonsplass, mens kommunen vurderer at pasienten kan ivaretas i hjemmet. Problemet kan også være motsatt, der sykehuset skriver ut pasienter som er langt sykere enn beskrevet og/eller burde fått mer behandling på sykehuset. I intervju går det frem at det har vært enkelte utfordringer med at spesialisthelsetjenesten har skrevet ut pasienter som ikke burde vært skrevet ut eller flyttet. Dette gjelder særlig pasienter med behov for ro (f.eks. pasienter i livets siste fase eller svært utagerende pasienter). Ansatte peker i intervju på at flytting av disse pasientene ofte skjer fordi sykehusene underrapporterer, eller ikke har fanget opp, hvor syke eller kognitivt svekket pasientene i realiteten er. Det blir også påpekt at flyttingen kan være et resultat av prioriteringer som følge av ressurs- og kapasitets/prioriterings hensyn på sykehuset.

Det blir blant annet vist til at flere behandlingssentre har opplevd å motta pasienter i livets siste fase, som har dødd kort tid etter ankomst på behandlingssenteret. Ansatte ved KAS opplever også at de får overført pasienter med demens, som kan være utagerende og urolige. Det er i utgangspunktet besluttet at disse pasientene ikke skal være på KAS, fordi avdelingen ikke er tilrettelagt for å ivareta disse pasientene (det mangler eksempelvis enerom og mulighet for skjerming).

Ulike journalsystem

De kommunale tjenestene i Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten benytter ulike journalsystem. I intervju og spørreundersøkelse pekes det på at dette i noen tilfeller gjør utveksling av informasjon og samhandling rundt pasienter mer krevende. Flere av systemene «snakker» ikke sammen, og det er behov for å manuelt overføre opplysninger mellom ulike systemer.

Figur 16: Illustrasjon av journal- og samhandlingssystem som blir benyttet i kommune- og spesialisthelsetjenesten



Behandlingssentrene og KAS benytter GBD som sitt journalsystem. Ansatte omtaler dette som et godt system med viktige funksjoner og sikkerhetsmekanismer. Ulempen er at systemet ikke samhandler med systemene til andre kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten. For å videreformidle informasjon om pasienter til spesialisthelsetjenesten eller andre kommunale tjenester må ansatte manuelt klippe og lime informasjon fra GBD til Profil.²⁸ I intervju blir det vist til at dette er en manuell jobb, som er tidkrevende å lære andre opp i. Det kan også true pasientsikkerheten, dersom sykepleiere blir avbrutt i dette arbeidet, og glemmer å legge inn viktig informasjon. KAS skal høsten 2023 innføre CGM som elektronisk meldingssystem for blodprøvesvar og PLO-meldinger med spesialisthelsetjenesten. CGM erstatter da ProffDoc. På sikt skal CGM også erstatte GBD som journalsystem.

Etat for sykehjem viser til at selv om det er utfordringer ved bruk av ulike journalsystem, oppleves likevel fordelene med å benytte GBD som større enn risikoene med å ha ulike journalsystem. Det vises blant annet til at enhetene og etaten ikke ville hatt samme mulighet til å følge med og avdekke potensielt uheldige trender på sykehjemmene uten GBD. Sykehjemmene er også vant til å forholde seg til ulike journalsystem fra samhandling med spesialisthelsetjenesten.

I intervju med ansatte blir det imidlertid vist til at ansatte har ulik oppfatning av hvor brukervennlige og oversiktlige journalsystemene er, og at det også varierer hvilken opplæring de ansatte får i systemene. Det vises også til at vikarer ved KAS ikke alltid har tilgang journalsystemene eller får opplæring i bruk av systemene.

Bruk av ulike journalsystem medfører også at sykehusene ikke nødvendigvis følger opp ned- eller opptrapping av medisiner, fordi de ikke har oppdaterte medisinkort lett tilgjengelig. For å sikre at sykehuset får oppdatert legemiddelliste pleier behandlingssentrene å skrive ut legemiddelkortet, og fysisk sende det med ambulansen som henter pasienten.

Flere ansatte peker på risikoer som følge av utfordringer knyttet til blant annet for tidlig utskrivning, manglende samsvar i legemiddellister og bruk av ulike journalsystemer. Det flere peker på er uverdighet for pasientene, særlig ved for tidlig utskrivning eller flytting i livets siste fase. Det pekes også på at mangler i medisiner eller nødvendige

²⁸ KAS skal fra sommeren 2023 bytte journalsystem fra GBD til CGM, som er samme system som blir benyttet på Bergen legevakt. KAS vil likevel fortsette å benytte Profil, ettersom informasjon om hvilke tjenester pasienter har fra før kun vil være tilgjengelig i Profil.

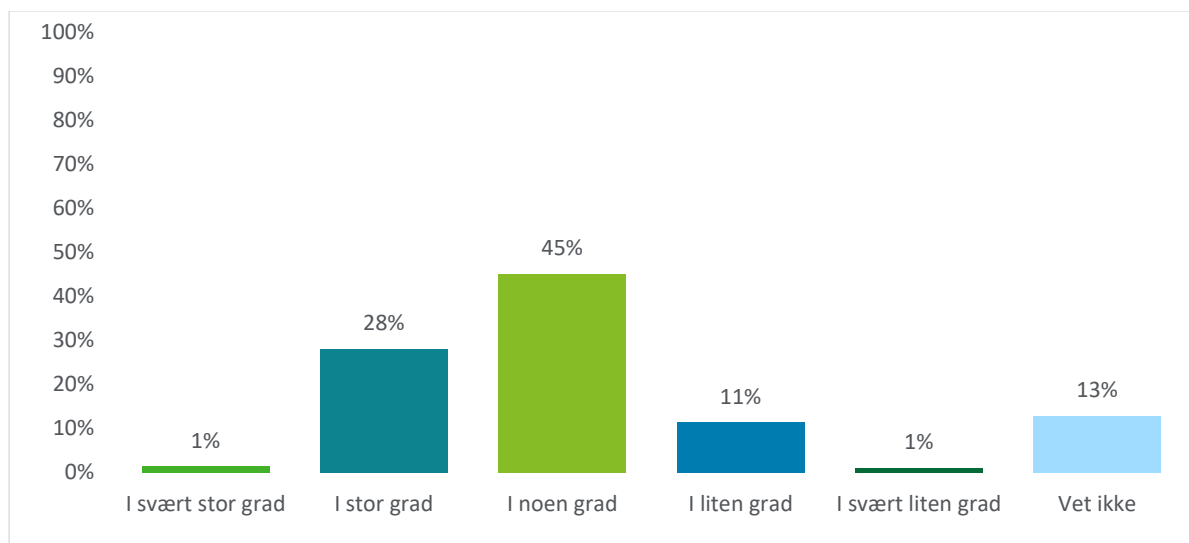
hjelpe midler gjør det utfordrende for tjenestene å yte god helsehjelp, og at dette er en risiko for pasientsikkerheten.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenteres det at det arbeides nasjonalt med å finne journalløsninger som kan dekke behovet for meldingsoverføring mellom ulike systemer, og lovgivning som tillater dette. Kommunen viser til «Felles Kommunal Journal», som er arbeidet med å planlegge, anskaffe og innføre en felles journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester.²⁹

Opplevelse av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Respondentene ble ikke bare bedt om å ta stilling til konkrete spørsmål om samhandling ved inn- og utskrivning av pasienter, men fikk også et overordnet spørsmål om hvorvidt de opplever at det er en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten om somatiske pasienter. Se figuren under.

Figur 17: I hvilken grad opplever du at det er en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten knyttet til somatiske pasienter? (N=288)



En overvekt av respondentene opplever at det i noen grad er en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten om somatiske pasienter. Nærmere en av tre opplever at dette i stor/svært stor grad er tydelig, og en mindre andel opplever at det i liten grad er tydelig. Hva som oppleves som utydelig, er basert på fritekstkommentarer i hovedsak relatert til de problemstillingene og utfordringene som er nevnt tidligere i dette kapittelet.

4.3.3 Opplæring og tiltak som skal sikre god samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Utover tjenesteavtalene og kommunens rutiner for samhandling, er det etablert flere tiltak og prosjekt som skal sikre god samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten:

- Felles e-læringskurs i fellesskap mellom spesialisthelsetjenesten og foretakskommunene. Kurset omhandler samhandling og ansvarsområder ved inn- og utskrivning av pasienter, og er tilgjengelig på KSLæring. Kurset ligger som læringskrav i Kompetanseportalen til tjenestene i Bergen kommune
- Kommunen deltar på tre store prosjekter sammen med spesialisthelsetjenesten, herunder «Det gode pasientforløp», arbeidsgruppe for å opprette innleggelsesrapport som første melding samt Pakkeforløp for kreftpasienter). Fagkoordinator tilbyr også undervisning til spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- Koordinerende enhet har ansvar for å sikre at pasienter som har behov for det, får utnevnt koordinator/barnekoordinator og individuell plan. Koordinerende enhet har også ansvar for å gi opplæring og veiledning til ansatte.
- Koordinator har ansvar for å bidra til at tjenestene pasienten mottar er helhetlige, koordinerte og godt tilpasset pasienten. Koordinator sikrer brukermedvirkning og kaller blant annet inn til samhandlingsmøter med bruker, pårørende og aktuelle velferdstjenester som NAV, spesialisthelsetjenesten m.m.

²⁹ For mer informasjon se Direktoratet for e-helse: [Felles kommunal journal](#).

I tillegg opplyser Helse Bergen at de har igangsatt et prosjekt «Trygge overganger ved inn- og utskrivning av pasienter», for å gjøre ansatte bedre kjent med rutiner for samhandling med kommunen. Formålet med prosjektet er blant annet å tydeliggjøre hva som skal være innholdet i PLO-meldinger ved inn- og utskrivinger. Prosjektet er i første omgang internt, men etter hvert skal kommunene også inviteres inn til samlinger for å delta i dialog om hva som er viktig både for sykehus og kommune.

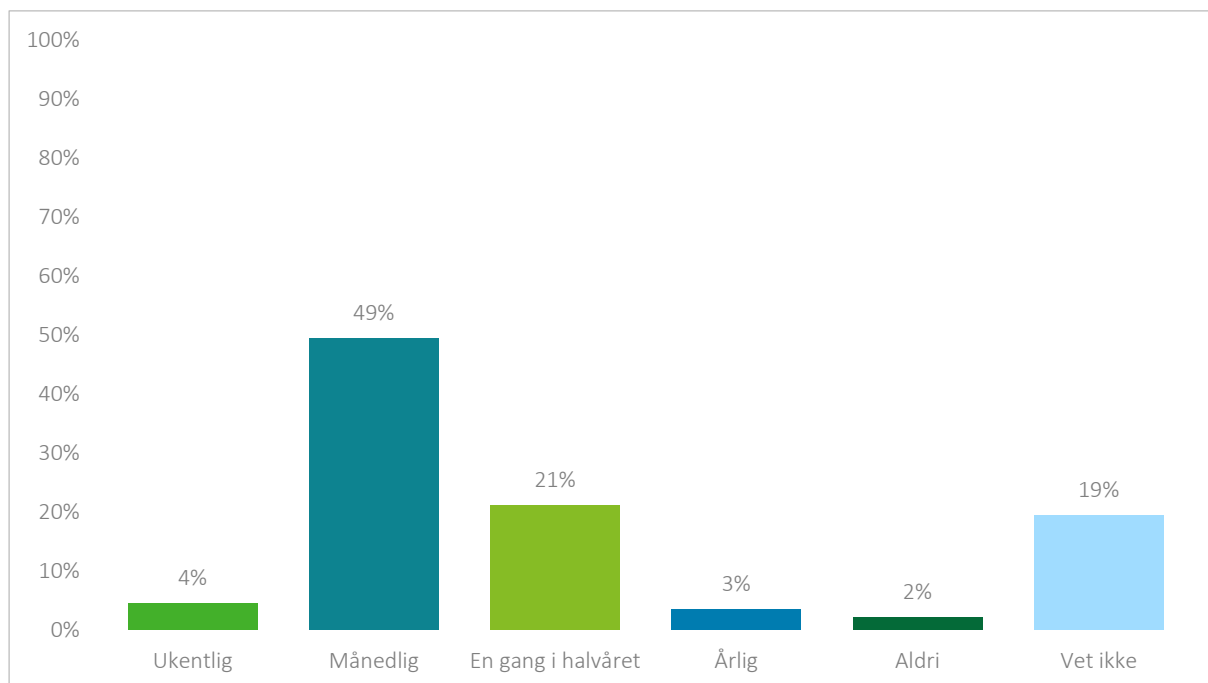
4.3.4 Reinnleggelser etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Statistikk fra Bergen kommune viser at ca. 25 prosent av alle sykehusinnleggelsene fra *sykehjem* i 2021 og 2022 er reinnleggelser.³⁰ Reinnleggelser defineres i dette tilfellet som innleggelse på sykehus innen en uke etter utskrivning. Etat for hjemmebaserte tjenester opplyser at det ikke foreligger tall på reinnleggelser fra hjemmebaserte tjenester, men det påpekes i intervju at det trolig er færre reinnleggelser enn fra sykehjemmene. Etat for hjemmebaserte tjenester opplyser samtidig at de undersøker muligheten for å få tall på reinnleggelser for sine pasienter.

Data fra spørreundersøkelsen indikerer også at reinnleggelser forekommer relativt hyppig. Som omtalt i forrige kapittel, peker flest respondenter i spørreundersøkelsen på at for tidlig utskrivning av pasienter er en stor eller svært stor utfordring i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Videre oppgir over halvparten av respondentene at reinnleggelser forekommer månedlig eller oftere (jf. figuren under).³¹ Det er noe forskjell i hvor ofte ansatte i ulike etater opplever at reinnleggelser forekommer, der det er flere ansatte på behandlingssentrene som opplever at reinnleggelser forekommer månedlig eller oftere (64 prosent) sammenlignet med ansatte i hjemmebaserte tjenester.

I intervju blir det også vist til at pasient- og brukerombudet mottar henvendelser om eldre pasienter som blir skrevet for tidlig ut av sykehus, og som følge av dette opplever å bli reinnlagt på sykehus. Pasient- og brukerombudet opplyser at omfanget av disse henvendelsene er forholdsvis stabilt, og har ikke merket en økning i omfanget selv om det har vært en økning i innleggelser og antall pasienter gjennom vinteren 2022/2023.

Figur 18: Hvor ofte opplever du at pasienter som blir utskrevet til din avdeling må reinnlegges* på sykehuset? (N = 289)



*Reinnleggelse er i dette tilfelle definert som pasienter som legges inn på sykehus innen 7 dager etter utskrivning

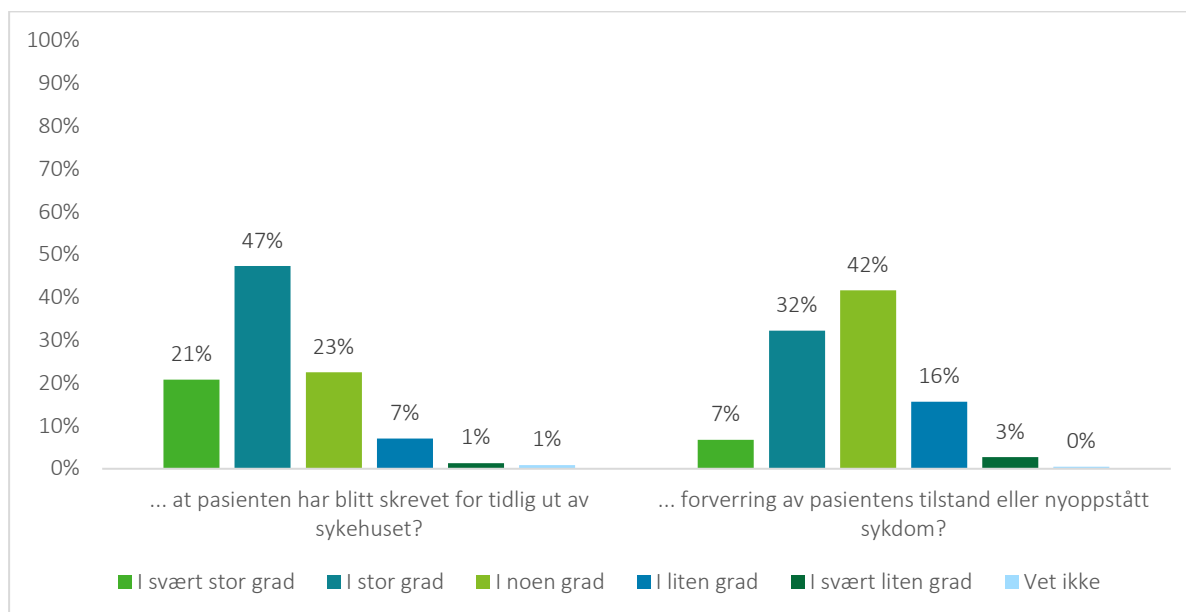
I spørreundersøkelsen ble ansatte og ledere også bedt om å ta stilling til hva som er årsaken til reinnleggelser. Som vist i figuren under, svarte flest respondenter (68 prosent) at det i stor eller svært stor grad skyldes at pasienter

³⁰ Dette inkluderer ikke pasienter som har vært på sykehjem i samme periode, men nå bor hjemme.

³¹ Reinnleggelser var i dette tilfellet definert som pasienter som blir lagt inn på sykehus innen en uke etter utskrivning.

blir skrevet for tidlig ut av sykehus. Noe færre (39 prosent) svarte at det i stor eller svært stor grad skyldes forverring av pasienters tilstand eller nyoppstått sykdom.

Figur 19: I hvilken grad opplever du at reinnleggelser av pasienten skyldes at pasienten har blitt skrevet for tidlig ut av sykehuset (N = 226) / forverring av pasientens tilstand eller nyoppstått sykdom (N = 223)?



I intervju og fritekstfelt i spørreundersøkelsen blir det også vist til at reinnleggelser kan ha andre årsaker, eksempelvis manglende utstyr eller hjelpemidler i kommunen, manglende utredninger i spesialisthelsetjenesten, eller at sykehusene har behov for å frigjøre plass. Det påpekes at det også er tilfeller av at pasienter selv ønsker å skrives ut, selv om helsetilstanden er uavklart eller ikke ferdigbehandlet, og at dette kan føre til at pasienten har behov for ny innleggelse etter kort tid.

4.4 Vurdering

Selv om det gjennomgående oppleves å være etablert gode **samhandlingsarenaer** mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det fremkommet at det ikke alltid oppleves som at samhandlingsarenaene slik som områdeutvalget fungerer i tråd med sin intensjon eller helt har funnet sin form. Deloitte vurdering er at Bergen kommune har oppmerksomhet rundt dette, og løfter viktige avklaringer og problemstillinger til utvalgene de deltar i. Helsefelleskapene er også relativt nye, selv om det over lang tid har vært strukturer og etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten på flere nivå. Spørsmålet er om det kan være behov for flere samarbeidsarenaer, når det trekkes frem at områdeutvalget (som er på systemnivå) også benyttes til å diskutere enkeltpasientsaker, og en rekke respondenter i spørreundersøkelsen viser til at det ikke blir gjennomført samarbeidsmøter om enkeltpasienter når det er behov for dette. Bergen kommune bør ev. vurdere om det er behov for å se på rutineene for dette sammen med spesialisthelsetjenesten, herunder om det er tydelig nok hvem som skal ta initiativ til samarbeidsmøter om enkeltpasienter og i hvilke tilfeller det kan være hensiktsmessig.

Undersøkelsen viser at det er delte meninger om hvorvidt fastlegene **henviser** pasienter tidsnok til spesialisthelsetjenesten, men det foreligger i liten grad data om henvisningspraksis. Deloitte vurdering er imidlertid at Bergen kommune bør være oppmerksomme på at henvisningspraksis kan være en potensiell problemstilling som forsinker innleggelser, og ved behov løfte det i sine utvalg med fastlegene.

Undersøkelsen viser videre at det er noe varierende om ansatte og ledere i kommunen opplever at det er en tydelig **ansvars- og oppgavefordeling** mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, noe Deloitte mener også henger sammen med at kommunen i flere tilfeller ikke opplever å få tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetak om pasienters behov etter utskrivning. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget, kommenterer kommunen at dette også handler om at oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linje ikke er konkret beskrevet, og at dette er en kjent problemstilling nasjonalt som Helse- og omsorgsdepartementet følger opp. Selv om det trekkes frem at kommunen i flere tilfeller ikke får den informasjonen de har behov for, er det likevel mange som uttaler at samhandlingen i hovedsak fungerer godt.

Deloitte vurdering er at rutiner for samhandling ved **innleggelse** i hovedsak fungerer tilfredsstillende, og ansatte i Bergen kommune kjenner i stor grad til hvilken dokumentasjon som skal sendes til spesialisthelsetjenesten. Det har imidlertid vært en utfordring at denne informasjonen i flere tilfeller har blitt sendt for sent, fordi kommunen ikke har hatt tilgang til å sende innleggesrapport med nødvendige opplysninger til spesialisthelsetjenesten før spesialisthelsetjenesten har bekreftet innleggelse av pasienten. Underveis i revisjonsperioden har det blitt jobbet med tiltak for å løse denne problemstillingen, og det har fra våren 2023 vært mulig for kommunen å sende innleggesrapport før sykehuset har bekreftet mottak av pasient. Dette fremstår å være et godt tiltak som er kommet i stand gjennom samarbeid mellom partene.

Deloitte vurdering er at samhandling **underveis** ved innleggelser i hovedsak ser ut til å fungere godt, men det er samtidig tydelig at ansatte i kommunen opplever at det kan være hensiktsmessig med mer dialog og møter om pasienter sammen med spesialisthelsetjenesten. En relativt stor andel svarer at det per i dag ikke i tilstrekkelig grad blir gjennomført samarbeidsmøter når det er behov for det. Vi viser også her til første avsnitt i vår vurdering der vi stiller spørsmål om det kan være behov for flere møtearenaer.

Undersøkelsen viser at det er noen gjentakende utfordringer knyttet til **utskrivning** av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Dette handler blant annet om at kommunen opplever at pasienter **skrives ut fra sykehuset for tidlig**, og flere rapporterer om hyppige **reinnleggelser**. Kommunen har imidlertid ikke tilstrekkelig informasjon om omfanget. Deloitte vurdering er at det kan være hensiktsmessig at kommunen ber om tall fra spesialisthelsetjenesten på omfanget, for å vurdere behov for tiltak. Mange rapporterer også om at kommunen i flere tilfeller ikke mottar tilstrekkelig og tidsriktig informasjon om pasienters behov etter utskrivning, blant annet er det **feil eller uklareheter i medisinalister** ved utskrivning, manglende resepter eller det mangler nødvendig medisin ved utskrivning før helg. Slik Deloitte vurderer det, medfører disse utfordringene risiko for pasientsikkerheten.

Det er etter Deloitte vurdering viktig at kommunen i større grad melder avvik knyttet til disse utfordringene og andre brudd på samhandlingsrutiner, slik at problemstillingene kan synliggjøres og det kan iverksettes tiltak (se nærmere omtale av dette i neste kapittel).

Deloitte vil også presisere at problemstillingene som er løftet frem i denne undersøkelsen ikke kan sies å være unike for Bergen kommune, og at det også i andre rapporter om dette temaet er trukket frem flere av de samme problemstillingene.³² Det pågår også arbeid nasjonalt knyttet til å løse utfordringer med at det er manglende samsvar i legemiddellister når pasienter overføres fra et tjenestenivå til et annet, gjennom *Pasientens legemiddelliste*³³ som skal tilgjengeliggjøre legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt. Bergen kommune har en sentral rolle i dette prosjektet og har påtatt seg oppgaven med å pilotere Pasientens legemiddelliste.

³² Se blant annet Rapport om samhandling mellom kommuner og sykehus utarbeidet av Sintef på oppdrag for KS (2020): <https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>

³³ Direktoratet for e-helse: [Utprøving av pasientens legemiddelliste](#)

5 Avvik knyttet til samhandling

5.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgende hovedproblemstillinger med underproblemstillinger:³⁴

I hvilken grad blir avvik knyttet til samhandling mellom Bergen kommune og helseforetak meldt og fulgt opp?

- I hvilken grad blir det meldt fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten?
- I hvilken grad blir det meldt avvik fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune?
- I hvilken grad blir eventuelle avvik knyttet til samhandling mellom Bergen kommune og helseforetak fulgt opp på en systematisk måte?
 - Hvordan følger Bergen kommune opp ev. avvik som er meldt fra spesialisthelsetjenesten?
 - Får Bergen kommune tilbakemelding på at ev. avvik som er meldt til spesialisthelsetjenesten er fulgt opp?

5.2 Revisjonskriterier

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6, punkt g, har kommunen plikt til å:

ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Kommunen skal også gjennomgå avvik og uønskede hendelser slik at lignende forhold kan forbygges (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8, punkt e).

Håndtering av avvik i samhandling mellom helseforetak og kommune beskrives også i *Tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor* mellom Helse Bergen og foretakskommunene. Av tjenesteavtalen går det frem at:

Som et ledd i oppfølgingen av uønskete hendelser knyttet til behandling/oppfølging av enkeltpasienter skal det være mulig å overføre saker inn i den andre parts avvikssystem. På forespørsel fra samarbeidsutvalgene skal avtalepartene kunne legge fram statistikk/data på et aggregert nivå. For øvrig skal det legges til rette for samarbeidsmøter på et formålstjenlig nivå ved behov for avklaringer av ansvar mv.

Basert på de overnevnte regelverk og avtaler, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må sikre at avvik meldt fra og til spesialisthelsetjenesten blir ført i kommunens eget avvikssystem, og at avvikene blir fulgt opp og brukt til kvalitetsforbedring
- Kommunen bør ha rutiner som omtaler hvordan ansatte skal melde avvik som gjelder brudd på samhandlingsrutiner

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

5.3 Datagrunnlag

5.3.1 Rutiner for og omfang av avvik meldt fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten

Det er utarbeidet skriftlige rutiner for melding og håndtering av avvik i etat for sykehjem, etat for hjemmebaserte tjenester og etat for vurdering og rehabilitering.³⁵ Rutinene beskriver hva ansatte skal gjøre dersom det oppstår avvik i forbindelse med tjenesteavtale 3 og 5 med spesialisthelsetjenesten. Det fremgår av rutinene at avvik skal registreres og saksbehandles i BkKvalitet.

Tabellen under viser antall meldte avvik i BkKvalitet fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten fra 2020 til og med oktober 2022. Som illustrert i tabellen, meldes det flest avvik på samhandling i etat for hjemmebaserte

³⁴ Disse problemstillingene var i opprinnelig prosjektplan underproblemstillinger av problemstillingen «Er det etablert hensiktsmessige system og rutiner for samhandling mellom Bergen kommune og helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten?». Problemstillingene er besvart i et eget kapittel for å gjøre rapporten mer leservennlig.

³⁵ Etat for sykehjem. *Håndtering av uønskede hendelser og avvik i Etat for sykehjem*. Udatert., Etat for hjemmebaserte tjenester. *EHBT Håndtering av avvik og uønskede hendelser i Etat for hjemmebaserte tjenester*. 04.04.2022., Etat for vurdering og rehabilitering. *EVR avvikshåndtering i etat for vurdering og rehabilitering*. 08.11.21.

tjenester. Antall avvik har også steget noe i etat for hjemmebaserte tjenester, mens antall avvik har gått ned i etat for sykehjem og i etat for vurdering og rehabilitering.

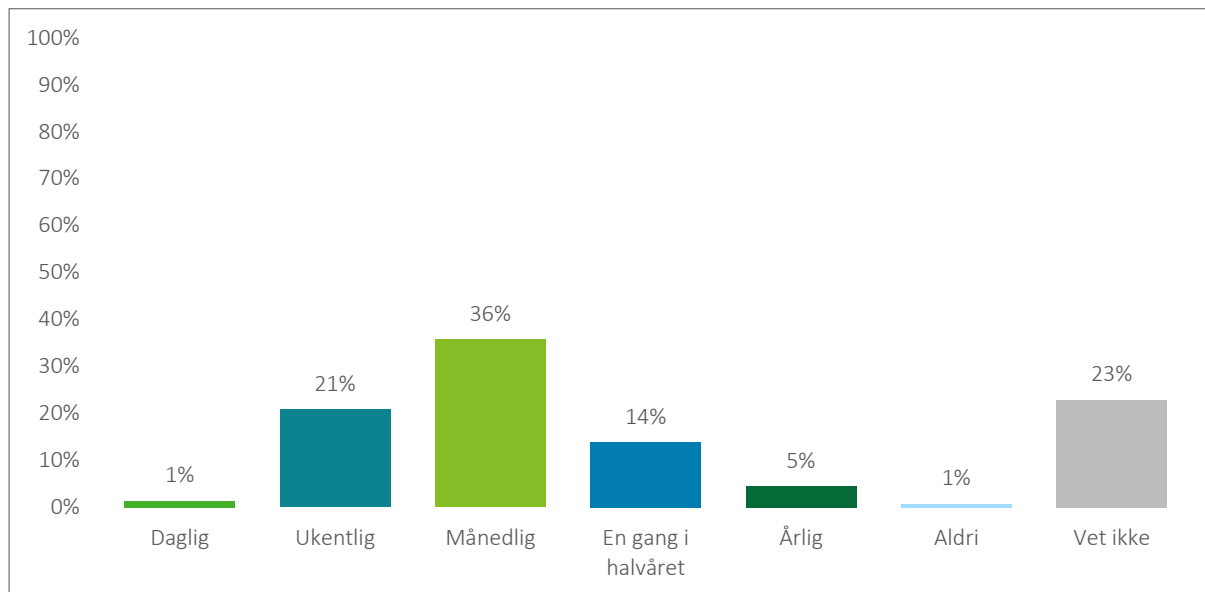
I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, viser kommunen til at det er jobbet systematisk i flere arenaer for å bedre meldekulturen, eksempelvis er det fast agenda på alle pasientsikkerhetsvisitter i etat for hjemmebaserte tjenester. Det påpekes at flere meldte avvik og uønskede hendelser bør sees i sammenheng med bedre meldekultur, og at det er naturlig at det blir meldt flere avvik når det er rettet oppmerksomhet mot viktigheten av å melde. Kommunen presiserer at dette ikke nødvendigvis betyr at det skjer flere hendelser, men at de får vite om flere.

Tabell 3: Antall meldte avvik i BkKvalitet fra Bergen kommune til spesialisthelsetjenesten (avvik på tjenesteavtale 3-5 med spesialisthelsetjenesten)

	2020	2021	2022 (t.o.m. oktober)
Etat for hjemmebaserte tjenester	93	99	103
Etat for sykehjem	27	27	19
Etat for vurdering og rehabilitering	71	69	60

I spørreundersøkelsen er ansatte og ledere i kommunen spurt om deres opplevelse av omfang avvik knyttet til samhandling mellom deres avdeling og spesialisthelsetjenesten. Som illustrert i figuren under, svarer 22 prosent at det forekommer avvik knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten ukentlig eller oftere. 36 prosent svarer at det forekommer avvik knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten månedlig.

Figur 20: Hvor ofte opplever du at det forekommer avvik knyttet til samhandling mellom din avdeling og spesialisthelsetjenesten? (N = 288)

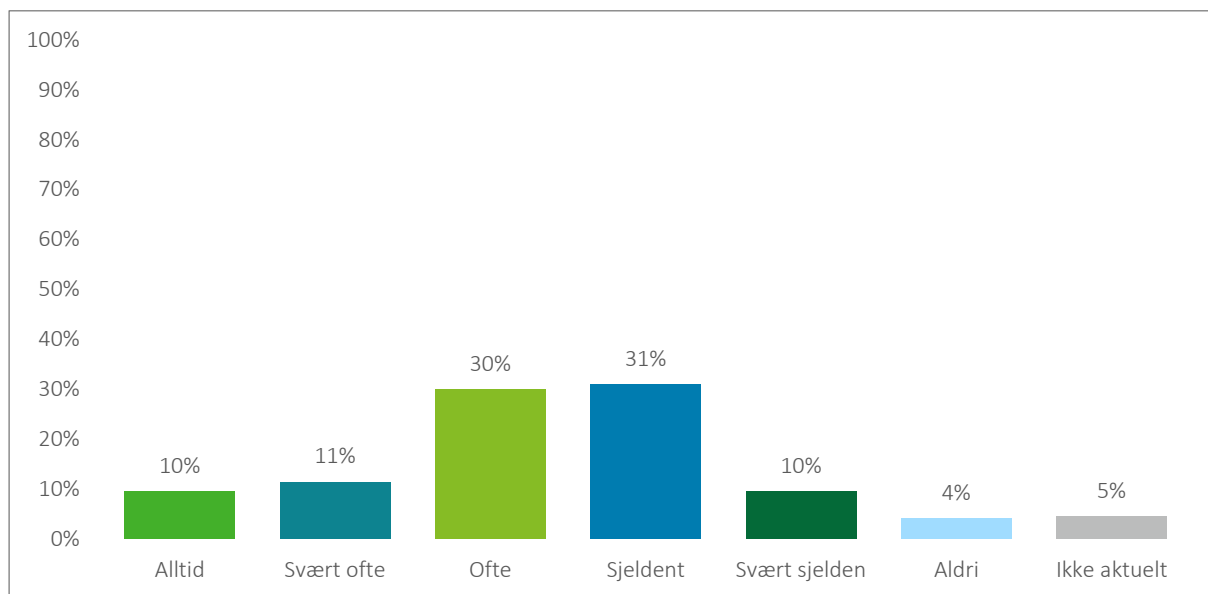


I intervju og spørreundersøkelse blir det vist til at avvik knyttet til samhandling ofte omhandler feil i medisinlister, feil i hjelpebehovet meldt fra spesialisthelsetjenesten, manglende medisiner, manglende utstyr/hjelpemidler, forsinket utskrivningsrapport/manglende epikrise, for tidlig utskrivning av pasient eller at pasient har blitt skrevet ut uten at kommunen har bekreftet at de har kapasitet til å ta imot pasienten (se kapittel 4 for ytterligere omtale av flere av disse punktene).

Det går frem av både intervju og spørreundersøkelse at selv om ansatte er kjent med at de skal melde avvik knyttet til brudd på tjenesteavtalen, forekommer det trolig en underrapportering på avvik. Som illustrert i figuren under, svarer 45 prosent at de sjeldent, svært sjeldent eller aldri melder inn avvik knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten når dette forekommer.

Ledere i de ulike etatene opplyser også i intervju at underrapportering er en kjent utfordring, og at lederne oppfordrer ansatte til å melde avvik. I etat for hjemmebaserte tjenester vises det til at etaten ønsker at alle avvik knyttet til samhandling meldes, slik at omfanget av eventuelle utfordringer kan tallfestes i møte med spesialisthelsetjenesten. Alle de tre nevnte etatene har arbeidet med å få opp avviksrapporteringen: Kvalitetsrådgiver i etat for hjemmebaserte tjenester har blant annet deltatt på avdelingsmøter i etaten for å formidle viktigheten av å melde avvik knyttet til samhandling. I etat for sykehjem er tilsvarende tatt opp med samtlige enhetsledere, senest våren 2023. Dette har også vært tema på ledermøter i etat for vurdering og rehabilitering.

Figur 21: Når du opplever at det forekommer avvik knyttet til samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten, hvor ofte melder du dette inn som et avvik? (N = 220)



I spørreundersøkelsen ble ansatte og ledere også spurt om hva som er årsaken til at de ikke alltid melder avvik som omhandler samhandling.³⁶ To tredjedeler (66 prosent) av respondentene svarte at de ikke har tid, og omtrent én tredjedel (29 prosent) svarte at de opplever at det ikke nytter å melde avvik. I tillegg svarte flere at de ikke vet hva som skal meldes som avvik (17 prosent) eller at de ikke vet hvor avvik skal meldes (9 prosent). I intervju vises det også til at ikke god nok avviksmeldekultur kan være en av årsakene til underrapportering på avvik.

5.3.2 Oppfølging av avvik som sendes til spesialisthelsetjenesten

I henhold til etatenes rutiner for avviksmelding,³⁷ har kvalitetsrådgiver i etatene ansvar for å sende meldte avvik knyttet til samhandling videre til spesialisthelsetjenesten. I intervju vises det til at Bergen kommune videreformidler avvikene til spesialisthelsetjenesten i papirform. Det påpekes at dette er en lite hensiktsmessig praksis, ettersom prosessen er tungvint og avvikene fort blir utdaterte. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer etat for hjemmebaserte tjenester at problemstillingen har vært drøftet gjentatte ganger i samarbeidsfora med helseforetakene, uten at man har funnet gode løsninger så langt.

Etatene opplyser i intervju at de i varierende grad får tilbakemelding om hvordan avvikene har blitt fulgt opp etter oversending til spesialisthelsetjenesten. I tilsendt dokumentasjon går det frem at byrådsavdeling for helse og omsorg (BHO) anslår å motta tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten på om lag 5-10 prosent av innmeldte avvik. Kommunen mangler imidlertid nøyaktige tall, ettersom kommunens rutine, som sier at tilbakemeldingen på avviket skal registreres i kommunens kvalitetssystem, ikke er tilstrekkelig implementert. I tillegg varierer det hvilken etat som mottar tilbakemeldingen fra spesialisthelsetjenesten, noe som gjør at etatene ikke har full oversikt om det er blitt gitt tilbakemelding på alle avvik. Det er også tilfeller av at tilbakemeldinger på avvik fra spesialisthelsetjenesten mangler identifikasjon, noe som gjør det vanskelig for kommunen å vite hvilket avvik det er blitt gitt tilbakemelding på. I intervju med etatsdirektør for hjemmebaserte tjenester påpekes det imidlertid at

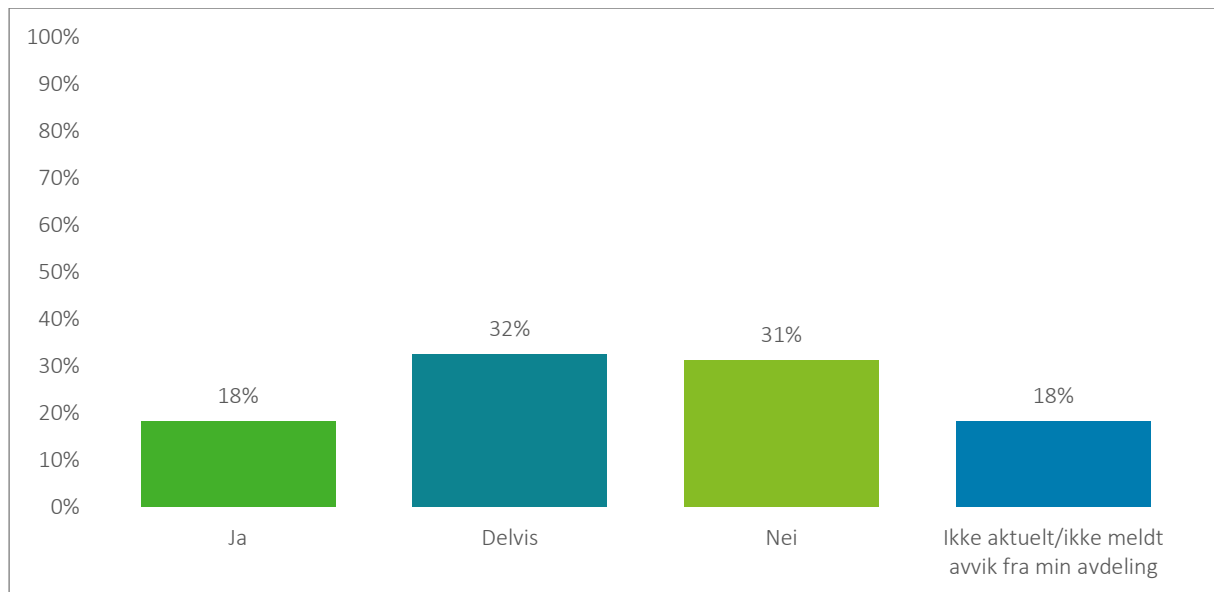
³⁶ På dette spørsmålet var det mulig å krysse av for flere svaralternativer.

³⁷ Etat for sykehjem. *Håndtering av uønskede hendelser og avvik i Etat for sykehjem*. Udatert., Etat for hjemmebaserte tjenester. *EHBT Håndtering av avvik og uønskede hendelser i Etat for hjemmebaserte tjenester*. 04.04.2022., Etat for vurdering og rehabilitering. *EVR avvikhåndtering i etat for vurdering og rehabilitering*. 08.11.21.

etaten i økende grad opplever å få tilbakemelding på at spesialisthelsetjenesten har fulgt opp innmeldte avvik. I mange tilfeller er tilbakemeldingen at spesialisthelsetjenesten tar informasjonen til orientering.

I spørreundersøkelsen er ledere spurt om de får tilbakemelding om at avvik knyttet til samhandling som er meldt til spesialisthelsetjenesten er fulgt opp. Data fra spørreundersøkelsen viser at om lag 1 av 3 (31 prosent) svarer «nei» på dette spørsmålet, og at om lag 1 av 3 (32 prosent) svarer «delvis».

Figur 22: Får du som leder tilbakemelding om at avvik knyttet til samhandling som er meldt til spesialisthelsetjenesten er fulgt opp? (N = 77)



5.3.3 Avvik meldt fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune

Bergen kommune opplyser at de mottar et begrenset antall avvik knyttet til samhandling fra spesialisthelsetjenesten. Tabellen under viser antall meldte avvik fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune fra 2020 til og med oktober 2022. Det er kun enkeltstående avvik, på det meste fem per år.

Tabell 4: Antall meldte avvik fra spesialisthelsetjenesten på Bergen kommune (avvik på tjenesteavtale 3-5)

	2020	2021	2022 (t.o.m. oktober)
Etat for hjemmebaserte tjenester	-	-	1
Etat for sykehjem	-	-	-
Etat for vurdering og rehabilitering	1	5	4

I intervju med representanter fra spesialisthelsetjenesten, blir det vist til at ansatte i Helse Bergen melder avvik knyttet til samhandling i systemet Synergi. Avvik som omhandler samhandling, blir deretter sendt videre til aktuell avdeling eller etat i Bergen kommune. Avvik knyttet til samhandling som blir identifisert gjennom intern kommunikasjon eller e-post blir som regel tatt direkte opp med Bergen kommune fremfor å meldes via Synergi.

5.3.4 Oppfølging av meldte avvik fra spesialisthelsetjenesten

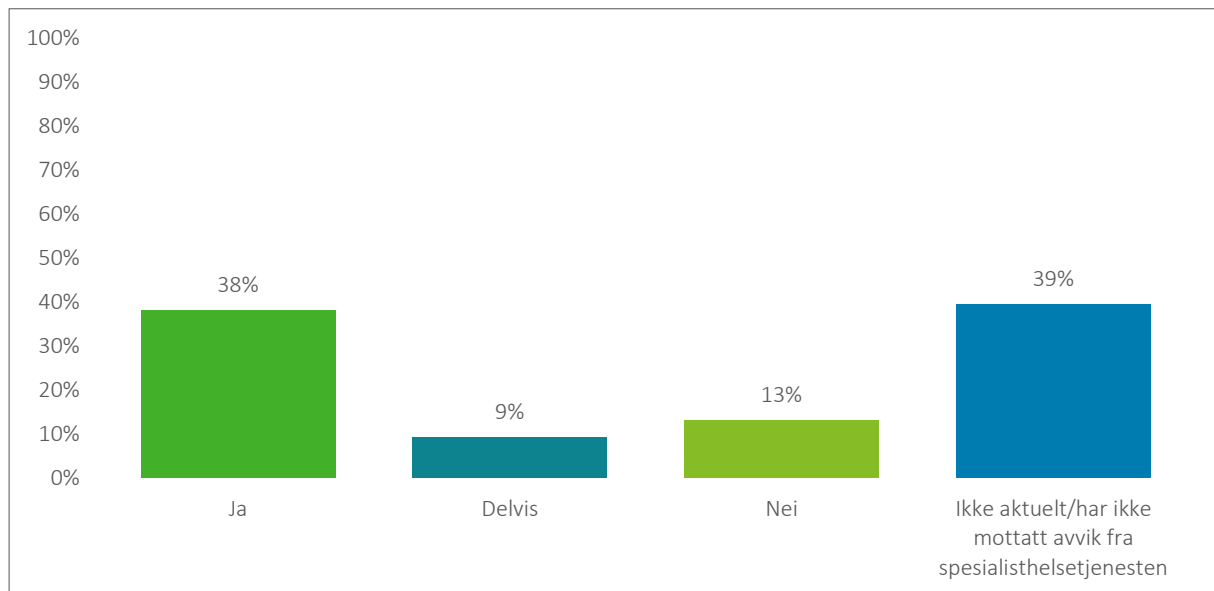
I intervju med representanter fra kommunen blir det vist til at avvik mottas som fysisk post. Etatenes skriftlige rutiner for avvikshåndtering³⁸ beskriver hvordan etatene skal gå fram ved oppfølging av avvik meldt fra spesialisthelsetjenesten. Avviket skal registreres og saksbehandles i BkKvalitet av enheten der avviket har oppstått. Enheten som har mottatt avviket skal også gi tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten på hvordan avviket er håndtert. I intervju blir det opplyst at det varierer i hvor stor grad rutinene blir fulgt når det gjelder oppfølging av avvik meldt fra spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet en utfordring at avvikene blir lagt på feil sted i BkKvalitet,

³⁸ Etat for sykehjem. *Håndtering av uønskede hendelser og avvik i Etat for sykehjem*. Udatert., Etat for hjemmebaserte tjenester. *EHBT Håndtering av avvik og uønskede hendelser i Etat for hjemmebaserte tjenester*. 04.04.2022., Etat for vurdering og rehabilitering. *EVR avvikshåndtering i etat for vurdering og rehabilitering*. 08.11.21.

eller at de ikke blir lagt inn i det hele tatt. I intervju forklares dette med at rutinen for håndtering av avvik ikke er tilstrekkelig kjent blant de ansatte. Det opplyses at etatene arbeider med å gjøre rutinen bedre kjent. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer kommunen at kjennskap til disse rutinene bør sees i sammenheng med hvor få avvik spesialisthelsetjenesten melder til kommunen.

Spørreundersøkelsen viser at nærmere halvparten av ledere har fulgt opp avvik fra spesialisthelsetjenesten (jf. figuren under).

Figur 23: Følger du som leder opp avvik du mottar fra spesialisthelsetjenesten om brudd på samhandlingsrutiner? (N = 76)



I intervju med representanter fra Helse Bergen blir det vist til at det i noen saker kan være hensiktsmessig å få tilbakemelding om hvordan kommunen har fulgt opp avviket, men at det i de fleste tilfeller er viktigst at kommunen er oppmerksom på eventuell uheldig praksis. De intervjuede erfarer derfor at det i de fleste tilfeller er mer hensiktsmessig å løse avviket gjennom dialog sammenlignet med å kun melde avviket videre til Bergen kommune.

Forum for å diskutere avvik mellom tjenestenivåene

Deloitte får opplyst at det blir avholdt faste avviksmøter mellom byrådsavdeling for helse og omsorg og Helse Bergen flere ganger i året, der formålet er å diskutere avvik. På møtet blir det blant annet gjennomgått hvilke typer avvik som er mottatt, om det er noen typer avvik som går igjen og om alvorlige hendelser som eventuelt har oppstått. På møtet diskuteres også hva som er bakenforliggende årsaker til avvikene.

På møtet deltar blant annet representanter fra etat for helsetjenester, etat for sykehjem, etat for hjemmebaserte tjenester, etat for vurdering og rehabilitering, samt ledere og rådgivere fra Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass diakonale sykehus.

5.4 Vurdering

Deloitte vurderer at det per i dag ikke er tilfredsstillende avviksmeddelingskultur som sikrer at avvik som gjelder brudd på samhandlingsrutiner mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten blir meldt. Årsaker til manglende avviksrapportering oppgis å være knyttet til manglende tid, manglende kunnskap om hvordan avviket skal meldes, og manglende opplevelse av at det nytter å melde avvik. Selv om Bergen kommune har rutiner som omtaler hvordan slike avvik skal meldes, og har jobbet med å bedre avviksrapporteringen, er det etter Deloitte vurdering behov for at kommunen arbeider videre med å sikre at ansatte kjenner godt nok til rutinene, inkludert får tilstrekkelig informasjon om *hvorfor* det er viktig å melde avvik knyttet til samhandling og *hvordan* dette skal gjøres. Dette er viktig for å sikre en mer korrekt avviksrapportering, og for å synliggjøre omfang og innhold i brudd på samhandlingsrutiner slik at målrettede og risikoreduserende tiltak kan iverksettes.

Det er videre Deloitte vurdering at systemet for melding og oppfølging av avvik mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke er optimalt. Som følge av at kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike

avvikssystem, må avvik mellom partene meldes manuelt utenom organisasjonenes avvikssystemer. Deloitte vurdering er at dette øker risikoen for at avvik ikke kommer frem til riktig adressat og/eller at avviket kommer frem sent, noe som også kan påvirke oppfølgingen av avvik. Dette er en utfordring det ikke nødvendigvis er enkelt å gjøre noe med (og i hvert fall ikke for Bergen kommune alene) men Deloitte finner likevel grunn til å påpeke risikoene ved systemet. Deloitte vil presisere at vi ikke her mener at virksomhetene skal ha felles avvikssystem, men at vi mener det er behov for å se på om det er mulig å iverksette tiltak for å sikre at avviksmeldinger kommer raskt nok frem til riktig adressat.

Undersøkelsen viser at Bergen kommune i varierende grad har informasjon om oppfølging av avvikene de har meldt til spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes ifølge de intervjuede dels at kommunen ikke alltid får tilbakemelding av spesialisthelsetjenesten om at avvik er fulgt opp, og dels at kommunen ikke har implementerte rutiner for å registrere tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten i eget kvalitetssystem. Vi merker oss imidlertid at noen gir uttrykk for at kommunen i større grad enn før nå får tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten.

Videre er det Deloitte vurdering at Bergen kommune ikke fullt ut har en tilfredsstillende praksis for å følge opp avvik som er meldt fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Selv om det er etablert rutiner for oppfølging av avvik, er ikke disse tilstrekkelig implementert eller fulgt. Deloitte finner også grunn til å stille spørsmål ved om antallet avvik som er meldt fra spesialisthelsetjenesten til Bergen kommune er korrekt, i og med at det ikke er godt nok implementert at avvikene som blir sendt fra spesialisthelsetjenesten skal registreres i kommunens avvikssystem i BkKvalitet.

6 Involvering av brukere

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad er det tilstrekkelig tilrettelagt for involvering av brukere for å lære av deres erfaringer?

Under dette:

- I hvilken grad innhenter og gjør Bergen kommune bruk av erfaringer fra brukere og pårørende om samhandling mellom tjenestenivåene?
- I hvilken grad opplever brukerne/brukernes representanter at de får tilstrekkelige og godt koordinerte tjenester?

6.1 Revisjonskriterier

Kommunens plikt til å sikre pasient- og brukermedvirkning går frem av helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Basert på lovkravene, har Deloitte utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal sikre at brukere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1a)
- Kommunen skal sørge for å innhente erfaringer fra brukere og pårørende om hvordan de opplever tjenestetilbudet, de tjenestene de mottar og hva de mener bør forbedres (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8d)
- Kommunen skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §7e)

6.2 Datagrunnlag

Det går frem av undersøkelsen at Bergen kommune i liten grad systematisk innhenter og benytter brukere og pårørendes erfaringer om samhandling mellom ulike tjenestenivå. Det er imidlertid etablert flere system og rutiner for å sikre *generell* bruker- og pårørendemedvirkning i utforming av tjenestene.

I tilsendt dokumentasjon blir det vist til at generell bruker- og pårørendemedvirkning blir ivaretatt i oppstarts- og inntakssamtaler i **etat for hjemmebaserte tjenester**. Ansatte blir også utdannet i motiverende intervju, og i henhold til etatens mal for oppstartssamtale skal ansatte alltid stille nye mottakere av hjemmesykepleie spørsmålet «hva er viktig for deg?». ³⁹ I tillegg deltar to brukerrepresentanter i etatens kvalitetsutvalg. Etat for hjemmebaserte tjenester gjennomfører i tillegg brukerundersøkelser, men spørsmål om samhandling inngår ikke som del av undersøkelsen. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget, opplyser etat for hjemmebaserte tjenester at det også er et pågående prosjekt for å styrke pårørendesamarbeid; «Sett, styrket og hørt».

I **etat for sykehjem** gjennomføres det en brukerundersøkelse for somatiske korttidspasienter to ganger i året, men i spørreskjemaet er det ingen spørsmål knyttet til samhandling. Etat for sykehjem har også opprettet et felles brukerråd for behandlingssentrene som skal sikre brukermedvirkning og involvering av pårørende. I henhold til kommunens interne beskrivelse av brukerrådet, ⁴⁰ skal det gjennomføres møter to ganger i året. Representanter fra pasienter/pårørende skal rekrutteres fra inneliggende pasienter på møtetidspunktet.

Det blir ikke gjennomført brukerundersøkelser i **etat for vurdering og rehabilitering**, men etatsdirektør opplyser at det planlegges å sende ut en brukerundersøkelse til brukere av vurderingsteamet. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, opplyser etaten at brukerundersøkelsen ikke har blitt gjennomført på grunn av andre pågående prosjekter, men at etaten fortsatt har dette som en prioritert oppgave og satser på å få gjennomført brukerundersøkelse i løpet av 2024. Det kommenteres at det i tillegg skal settes i gang et stort forskningsprosjekt som skal se på brukers/pårørendes opplevelser med vurderingsteam, og etaten ønsker å se disse i sammenheng.

³⁹ Bergen kommune. *EHBT Oppstartssamtale for nye mottakere av hjemmesykepleie*. Gyldig fra: 07.07.2021.

⁴⁰ Bergen kommune. *Brukerråd*. Gyldig fra: 27.11.2022.

Det er etablert noe samarbeid mellom Bergen kommune og **bruker- og pårørendeorganisasjoner**. Etat for vurdering og rehabilitering og etat for hjemmebaserte tjenester har etablert samarbeid med Handikapforbundet, og planlegger også å etablere et samarbeid med FFO (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon). Etat for vurdering og rehabilitering opplyser også at de inviterer brukerorganisasjonene med på store samlinger for å holde innlegg om brukeropplevelser. Det går ikke frem av informasjonen Deloitte har mottatt, at noen av samarbeids- eller møteforaene er dedikert til å diskutere brukere og pårørendes opplevelser av samhandling mellom tjenestenivåene. Videre har representanter fra byrådet og Helse Bergen deltatt på møter i Eldrerådet når samhandling har vært et tema. Etat for helsetjenester har også årlig møte med pasient- og brukerombudet i Bergen, og det er ellers kontakt mellom kommunen og pasient- og brukerombudet i enkeltsaker knyttet til pasienter. Pasient- og brukerombudet skal også delta på møte i Helsefellesskapet.

Bergen kommune deltar i **læringsnettverk i «det gode pasientforløp»**. Formålet med det gode pasientforløpet er å sikre at pasienter mottar helhetlige og individuelt tilpassede pasientforløp i kommunen. Bergen kommune deltar med representanter fra etat for sykehjem, etat for hjemmebaserte tjenester og etat for vurdering og rehabilitering i flere læringsnettverk som møtes gjennom året. Mellom samlingene får representantene veiledning av utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Læringsnettverkene i det gode pasientforløp jobber med ulike prosjekter som skal bidra til bedre samhandling og sikre bruker- og pårørendemedvirkning, blant annet:

- **Etablere samhandlingsforum.** Samhandlingsforumet skal sikre at brukere med sammensatte behov og oppfølging fra flere kommunale tjenester får kontakt med riktig tjeneste til rett tid. Forumet skal blant annet benyttes til å avgjøre hvilken tjeneste som skal møte pasienten først etter utskrivning, og sikre at pasientene opplever å forholde seg til en aktør, og ikke en fragmentert organisering med mange involverte team. Samhandlingsforum prøves i første omgang kun ut i etat for vurdering og rehabilitering i sørvest, og skal utvides til nord/sentrum høsten 2023.
- **Utvikle kartleggingsskjema for overføring mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.** Kartleggingsskjemaet skal benyttes for å vurdere hvordan brukere i hjemmetjenesten med endret hjelpebehov har opplevd innleggelse på sykehuset, og overføring tilbake til hjemmetjenesten.

I intervju med både representanter for brukere (Eldrerådet og pasient- og brukerombudet) blir det vist til at samhandling rundt somatiske pasienter fungerer godt, og at pasientforløpene i hovedsak er godt koordinerte og tilstrekkelige. Unntaket er for pasienter med behov for ulike typer helsehjelp (eksempelvis somatikk/psykiatri/rus), der det er en større fragmentering av ansvar og tjenestetilbud, som tidligere omtalt i rapporten.

Samtidig blir det også vist til at det kan være krevende å forholde seg til ulike etater og personer for pasienter som har behov for flere kommunale tjenester. Disse pasientene må ofte gjengi sin sykdomshistorikk flere ganger, og opplever i noen tilfeller at tjenestene har ulike oppfatninger om aktuelle tjenestetilbud og behandling. I forbindelse med opprettelsen av Kraftsenter for opplæring og rehabilitering i Helse Bergen ble det gjennomført brukerintervju, der det også gikk frem at pasienter i større grad ønsket «en vei» inn i kommunen. Pasientene opplevde å møte mange ulike team, eller være gjenstand for flere kartlegginger av ulike tjenester som ofte inneholdt de samme spørsmålene. Prosjektet «det gode pasientforløpet» og etablering av samhandlingsforum er ment å motarbeide noen av disse utfordringene.

6.3 Vurdering

Deloitte vurderer at Bergen kommune gjennom flere initiativ systematisk innhenter informasjon om hvordan brukerne opplever tjenestene. Deloitte finner likevel grunn til å påpeke at det per i dag i liten grad blir innhentet informasjon om hvordan brukerne opplever samhandlingen og koordineringen mellom ulike tjenester. Det medfører at kommunen i begrenset grad kan benytte informasjon om brukeres erfaringer til å forbedre samhandlingen. Det pågår imidlertid prosesser som også skal kartlegge brukernes erfaringer, blant annet gjennom læringsnettverkene. Det bør også vurderes om det kan inkluderes spørsmål om samhandling i de brukerundersøkelsene kommunen allerede gjennomfører.

I intervju med brukerrepresentanter fremkommer det at særlig pasienter med behov for tjenester fra ulike avdelinger og/eller nivåer i liten grad blir møtt av et helhetlig og koordinert tjenesteapparat. Dette er utfordringer Bergen kommune også selv har identifisert, herunder at det er krevende å avklare hvem som skal ha ansvar for pasienter som trenger tjenester fra flere etater og byrådsavdelinger. Deloitte stiller spørsmål ved om kommunen da klarer å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1a.

7 Faktorer og tiltak for å sikre god samhandling og helhetlige pasientforløp

7.1 Problemstilling

I dette avsluttende kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

*Hva mener ansatte og ledere er viktige faktorer/tiltak for å sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling om pasienter?*⁴¹

Vi gjør oppmerksom på at vi ikke gjør en vurdering av kommunens praksis opp mot krav i lov og regelverk for denne problemstillingen, da den i hovedsak er kartleggende og deskriptiv. Formålet er å belyse hva ansatte og ledere mener er viktig fremover for å sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom nivåer og tjenester.

7.2 Datagrunnlag

I intervju og spørreundersøkelse peker både ansatte og ledere på at det er mye som fungerer bra i samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samtidig vises det også til at det er flere forhold som kan forbedres for å sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling om pasienter.

I spørreundersøkelsen svarer et flertall av respondentene at det i denne sammenhengen er nødvendig med **bedre kommunikasjon**, både internt i kommunen (herunder mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, samt mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og vurderingskontoret), med fastleger og med spesialisthelsetjenesten. I frittekstsvarene blir det også påpekt at det er nødvendig å involvere brukere og pasienter i større grad i denne kommunikasjonen.

Ansatte og ledere skriver i spørreundersøkelsens frittekstsvarene at det er særlig ønskelig med mer telefonisk kontakt med spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, for å eksempelvis få en muntlig rapport om diagnose, gjennomført behandling og eventuelle nye medisiner. Det blir også vist til at ansatte ønsker å ha mulighet til å ringe direkte til leger som har hatt behandlingsansvar for pasienten i etterkant av utskrivelse. I intervju med pasient- og brukerombudet blir det påpekt at det er viktig at ansatte i spesialisthelsetjenesten er åpne og tilgjengelige for å veilede kommunehelsetjenesten etter utskrivning av pasienter. Ettersom det ikke er et felles journalsystem som benyttes av både kommune- og spesialisthelsetjenesten, kan det være utfordrende for ansatte i kommunen å få tak i sykehuspersonell for å få tilstrekkelig veiledning, ettersom at de må basere seg på telefonisk kontakt med den legen som har hatt behandlingsansvaret for pasienten.

I forlengelsen av ønsket om mer kommunikasjon, er det flere ledere og ansatte som i spørreundersøkelsen peker på at informasjonen må **komme tidsnok og være korrekt**. Det blir vist til at kommunen har behov for å få informasjon om utskrivning så tidlig som mulig på dagtid. Informasjonen må også være korrekt og utfyllende, slik at kommunen kan planlegge mottak av pasienten på en god måte. Det blir vist til at dette er særlig viktig for pasienter som har et stort hjelpebehov. I forlengelsen av dette viser flere til viktigheten av at kommunen mottar epikriser tidsnok ved utskrivning av pasienter.

Flere ansatte og ledere peker også på at det er behov for at spesialisthelsetjenesten har bedre **kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestenes oppgaver og ansvar** for å kunne sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling. Flere skriver i frittekstsvarene i spørreundersøkelsen at de opplever at pasienter blir skrevet ut fra sykehuset med urealistiske forventninger om hva kommunen kan tilby dem, som følge av at de har fått feil eller unyansert informasjon fra sykehuset om kommunens tjenester. Det vises til et behov for en tydeligere avklaring

⁴¹ Denne problemstillingen er deskriptiv, og vil derfor bli besvart uten en vurdering.

av hva kommune- og spesialisthelsetjenesten kan forvente av hverandres tjenestetilbud. Dette bør være skriftlig nedfelt, slik at det ikke er rom for uklarheter eller ansvarsfraskrivelse.

I fritekstsvar fra spørreundersøkelsen blir det videre vist til at **manglende medisiner og/eller feil i medisinalister** ofte er en stor utfordring, som også omtalt tidligere i rapporten. Det kommenteres av flere at sykehuset ikke alltid er klar over at de må sende med medisiner fra sykehus. Flere kommenterer også at de ønsker at fullstendige legemiddellister sendes før pasienten sendes hjem, slik at kommunen har tid til å fremskaffe medisinerne. Det påpekes at innføringen av Pasientens legemiddelliste trolig vil bidra til å redusere denne utfordringen på sikt.

Ledere og ansatte kommenterer i fritekstsvar i spørreundersøkelsen at de også ønsker flere **møtepunkt** med spesialisthelsetjenesten, herunder nevnes samarbeidsmøter og hospitering. Palliative pasienter, pasienter med kompliserte sykdomsforløp og andre alvorlig syke pasienter trekkes frem som grupper det er ønskelig at det arrangeres flere samarbeidsmøter for.

Enkelte ledere og ansatte skriver også i fritekstfelt at de ser behov for **bedre/flere rutiner og retningslinjer** for å regulere samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Enkelte ønsker seg også felles rutiner med sykehusene. Det kommenteres også at det må arbeides for å sikre at alle er kjent med eksisterende rutiner og følger disse. Enkelte skriver også at de opplever at eksisterende prosedyrer på BkKvalitet «ikke stemmer overens med virkeligheten», og at det derfor bør tilstrebes å ha tydeligere og likere rutiner mellom de ulike tjenestene.

«Rutinene bør utbedres og tydeliggjøres slik at de ikke kan tolkes feil. Det bør stilles tydeligere krav til hva som er forventet av kommunehelsetjenesten og hva som er forventet av spesialisthelsetjenesten. Ingen rom for tolkning, for å unngå ansvarsfraskrivelse, og for å forhindre at feil blir gjort»

7.3 Oppsummering

Samlet sett kommer ledere og ansatte i Bergen kommune med flere forslag til tiltak for hvordan samhandlingen kan fungere enda bedre enn i dag. Flere av tiltakene er relativt konkrete og dreier seg om tydeliggjøring både gjennom rutiner, opplæring og mer kommunikasjon både mellom ulike tjenester, og mellom tjenestene og pasientene.

8 Konklusjon og anbefalinger

Basert på det som fremkommer av undersøkelsen, mener Deloitte at helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune på mange måter er **organisert** på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til pasientene. Det er utarbeidet en rekke system og rutiner som regulerer ansvar og oppgaver, og både ansatte og ledere på ulike nivåer gir uttrykk for at samhandlingen om somatiske pasienter i hovedsak fungerer godt, med noen unntak. Samtidig er det tydelig at Bergen kommune har vært presset på kapasitet den siste tiden. Det er iverksatt og vurderes tiltak for å øke kapasiteten, noe Deloitte mener er nødvendig dersom kommunen i større grad skal klare å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Det kommer også frem at deler av organiseringen i kommunen ikke oppleves tilstrekkelig tydelig og/eller hensiktsmessig. Dette gjelder spesielt fordeling av oppgaver og ansvar mellom vurderingsteamet i etat for vurdering og rehabilitering, og hjemmebaserte tjenester. Det pekes på flere forhold her, blant annet er det flere som peker på at det ikke er hensiktsmessig med en dobbelt kartlegging, der pasienten først blir kartlagt av vurderingsteamet og deretter av hjemmebaserte tjenester når det er avklart at pasienten har behov for hjemmebaserte tjenester. Det pekes også på at det kan bli gjort ulike vurderinger av hjelpebehovet av disse to tjenestene, og at det kan være vanskelig for pasientene å skille mellom de ulike tjenestene. Det bør avklares nærmere om det er behov for justeringer i rutinene, eller om det er behov for mer opplæring knyttet til rutinene og de ulike tjenestene sine ansvarsområder. Det er også kommet frem at det ikke oppleves å være en optimal organisering av ØHD-tilbud og KMA-plasser for utskrivningsklare pasienter, ved hhv. KAS og akuttavdelingen ved Fyllingsdalen behandlingssenter. Deloitte merker seg at det er gjennomført risikovurderinger knyttet til dette og at en eventuell endring av organisering av plassene foreløpig er satt på vent blant annet som følge av at KAS relativt nylig vært gjennom en sammenslåingsprosess.

Selv om denne forvaltningsrevisjonen har omhandlet somatikk, fremkommer det at det er utfordringer med å samhandle godt om pasienter som har behov for tjenester fra flere etater/byrådsavdelinger. Basert på det som kommer frem, stiller Deloitte spørsmål ved om kommunen klarer å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til disse pasientene i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1a. Deloitte vil presisere at vi ikke har gjennomført egne undersøkelser i andre byrådsavdelinger enn helse og omsorg, og at kommunen bør følge opp funnene i ulike byrådsavdelinger i kommunen.

Videre mener Deloitte at det i stor grad, men med noen unntak, er etablert **hensiktsmessige system og rutiner for samhandling** mellom Bergen kommune og helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten.

Selv om det i hovedsak pekes på god samhandling innenfor somatikk, er det enkelte utfordringer som innebærer risiko for pasientene i overgangen mellom ulike tjenestenivåer. Dette handler blant annet om feil og mangelfull informasjon om legemidler. Feil i legemiddellister er en stor utfordring nasjonalt. Årsaken skyldes at det ikke foreligger en felles legemiddelliste som er tilgjengelig for alle tjenesteytere i sanntid. For pasientene er det betydelig risiko forbundet med at informasjon om nødvendige medikamenter ikke kommer frem, eller er feil, i overganger mellom ulike tjenester og nivå. Denne utfordringen kan ikke løses av Bergen kommune, og det pågår arbeid nasjonalt gjennom utviklingen av Pasientens legemiddelliste som også Bergen kommune har en sentral rolle i. I påvente av nye og bedre systemer, er det likevel viktig at Bergen kommune gjør det de kan for å redusere risikoen for feil og mangler i legemiddelbehandling, og arbeider for å synliggjøre omfanget av feil overfor spesialisthelsetjenesten slik at også den kan iverksette risikoreducerende tiltak.

Deloitte mener at Bergen kommune ikke i tilstrekkelig grad melder **avvik knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten**. Det å tallfeste omfanget av avvik på brudd på samhandlingsrutiner, med gode beskrivelser av hva avvikene handler om, er viktig for å kunne iverksette målrettede tiltak for å redusere risiko for feil og svikt i overføring av pasienter fra ulike tjenester.

Videre mener Deloitte at det ikke i tilstrekkelig grad er tilrettelagt for **involvering av brukere** for å lære av deres erfaringer når det gjelder samhandling. Bergen kommune gjennomfører flere brukerundersøkelser, men disse berører i liten grad spørsmål om hvordan brukere opplever samhandlingen mellom ulike nivå og tjenester. Et alternativ for kommunen kan være å benytte eksisterende plattformer og brukerundersøkelser til å få mer kunnskap om dette.

Også **ansattes erfaringer**, og forslag til tiltak for å samhandle bedre, kan etter Deloitte vurdering være hensiktsmessige å følge opp med spesialisthelsetjenesten.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen anbefaler Deloitte at Bergen kommune arbeider videre med følgende tiltak og områder:

1. Sikre at pasienter som har behov for tjenester fra ulike etater og byrådsavdelinger får et helhetlig og godt koordinert tjenestetilbud
2. Sikre at kunnskap om hvordan brukere og pasienter opplever samhandling mellom ulike nivå og tjenester hentes inn og benyttes i kvalitetsforbedringsarbeid
3. Sikre at oppgave- og ansvarsfordeling mellom vurderingsteam og hjemmebaserte tjenester i tilstrekkelig grad er tydelig og hensiktsmessig, herunder vurdere om det er behov for å gjøre rutinene bedre kjent og om det er forhold i rutinene som ikke er tydelig nok
4. Sikre tydelig og hensiktsmessig bruk av hhv. KMA og ØHD-plasser
5. Sikre at ansatte og ledere i Bergen kommune melder avvik ved brudd på samhandlingsavtaler- og rutiner
6. Sikre at avvik meldt både til og fra spesialisthelsetjenesten blir registrert i BkKvalitet i tråd med egne rutiner
7. Følge opp samhandling med spesialisthelsetjenesten når det gjelder
 - a) Reinnleggelsesprosent
 - b) Omfang av avvik på brudd på samhandlingsrutiner
 - c) Vurdere behov for enda tydeligere rutiner om de ulike tjenestenes ansvarsområder og opplæring i dette
 - d) Vurdere om det er behov for å tydeliggjøre i hvilke tilfeller det kan og bør gjennomføres samarbeidsmøter/overføringsmøter om enkeltpasienter

Vedlegg 1: Høringsuttalelse



BERGEN
KOMMUNE

BHO - Kommunaldirektørens stab

Til
Kontrollutvalget (Arbeidssted) v/Ingrid Kalsnes

Intern korrespondanse

Vår referanse: 2023/18230-19
Saksbehandler: Eirik Vestrheim
Dato: 21. august 2023

Unntatt offentlighet: Offl § 5

Høringsuttalelse til rapport om forvaltningsrevisjon av samhandling med spesialisthelsetjenesten

Byrådsavdeling for helse og omsorg har mottatt utkast til rapport om forvaltningsrevisjon av samhandling mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten, avgrenset til somatiske pasienter. Formålet med revisjonen har vært å undersøke om helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune er organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til pasientene, samt om kommunen har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det har også vært et formål å undersøke om det er en tilfredsstillende samhandling med helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten konkluderer med at Bergen kommune i all hovedsak er organisert på en hensiktsmessig måte for å ta imot utskrivningsklare pasienter og ivareta behovene til pasientene. Det er utarbeidet en rekke systemer og rutiner som regulerer ansvar og oppgaver, og både ansatte og ledere på ulike nivåer gir uttrykk for at samhandlingen om somatiske pasienter i hovedsak fungerer godt, med noen unntak.

Rapporten identifiserer også flere forbedringsområder med konkrete anbefalinger til tiltak. Dette gjelder organisering av deler av tjenestetilbudet til utskrivningsklare pasienter, samarbeidet internt om somatisk syke pasienter med samtidig psykisk lidelse og/eller rusproblem, meldekultur og system for melding av samhandlingsavvik og hvordan kommunen involverer brukere for å lære av deres erfaringer fra samhandlingen.

Byrådets overordnede vurdering av forvaltningsrevisjonens konklusjoner og anbefalte tiltak er at de samsvarer godt med kommunens egen kunnskap og kvalitets- og utviklingsarbeidet som pågår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Byrådet vil likevel påse at det systematiske og målrettede kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten fortsetter og videreutvikles i tråd med de anbefalingene som rapporten presenterer.

Selv om rapportens formål er avgrenset til å undersøke organisering, kompetanse og kapasitet i helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune, mener byråden at rapporten i større grad burde ha redegjort for samhandlingens sentrale juridiske og økonomiske rammebetingelser. Dette gjelder blant annet ulikheter i lovverk, systemer, finansieringsordninger og styringslinjer. Etter byrådets oppfatning er dette kontekstuell informasjon som er nødvendig for å kunne vurdere rapportens beskrivelse av utfordringer og anbefalte tiltak.

Byråden oppfatter også rapporten som noe mangelfull og delvis misvisende når det gjelder beskrivelsen av helsefelleskapet, og forståelsen av samhandlingsstrukturen som er etablert lokalt. Byråden viser her til bystyresak 175/22 om [etablering av helsefelleskap](#), samt [statusmelding for samhandling med spesialisthelsetjenesten](#) for en beskrivelse av de

konkrete sakene og samhandlingsprosjektene som har vært behandlet i helsefellesskapet. I tillegg er referater og sakslister fra samhandlingsmøtene tilgjengelig på www.saman.no.

Med unntak av en veldig forenklet vurdering av henvisningspraksisen til Bergen kommunes fastleger, berører heller ikke rapporten den medisinske samhandlingen, det vil si samarbeidet mellom leger i kommunen og leger i spesialisthelsetjenesten. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er søkt regulert gjennom [overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtale 1](#), samt [tjenesteavtale 3-5](#). Gjeldende avtaleverk er i stor grad en gjengivelse av lovens ordlyd og konkretiserer i liten grad oppgavedelingen mellom nivåene i samhandlingen, slik rapporten opplyser om. Det er likevel viktig å supplere med at det nå er utarbeidet egne [generelle retningslinjer for samarbeidet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten](#). Retningslinjene bygger på prinsippet om at alle leger skal fullføre sin del av pasientbehandlingen uten å «skyve» oppgaver over på kollegaer i sykehuset eller i kommunen. Den som tar en beslutning rundt pasienten, skal også ta hånd om de administrative oppgavene. Eksempler på dette er at den som beslutter at pasienten skal ha sykemelding, også skal skrive og sende sykemeldingen. Eller at den som beslutter at pasienten skal behandles med et nytt legemiddel, skal skrive og sende resepten.

Avslutningsvis vil byråden presisere at behovet for samarbeid og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil øke etter hvert som andelen eldre i befolkningen øker og mangelen på helsepersonell tiltar. Samhandling med spesialisthelsetjenesten er et prioritert satsingsområde for byrådet, og den helt klare målsetninger er å sikre en felles utviklingsretning for helsetjenesten som setter pasientene i sentrum, og som vil gjøre helsevesenet bedre i stand til å forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet.

Med hilsen

Ruth Grung - Byråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys **nødvendige helse- og omsorgstjenester**.

Kommunene står i utgangspunktet fritt til å organisere tjenesteapparatet slik de selv mener er hensiktsmessig. Det går frem av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at tjenestene som kommunen tilbyr skal være forsvarlige, og at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal legge til rette for samhandling både internt og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig.

Kommunen plikter å **planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere** virksomheten slik at helse- og omsorgstjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Disse internkontrollpliktene er nærmere regulert i egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter skal bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenestene, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten (§ 1 i forskriften). Kommunen må betale sykehuset dersom den ikke har kapasitet til å ta imot pasienter som er meldt utskrivningsklare i påvente av et kommunalt tilbud.

Plikt til samarbeid

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 følger det at de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal, i tillegg til å følge opp pasienter eller brukere, samarbeide med andre tjenesteytere slik at de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Kommunen har også plikt til å inngå **samarbeidsavtale** med det regionale helseforetaket i helseregionen (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, 1. ledd), og samarbeidet skal ha som målsetning å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (§ 6-1, 2. ledd).

Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten foregår også gjennom **helsefelleskap**. Etablering av helsefelleskapene kom i stand gjennom avtale mellom Solberg-regjeringen og KS i 2019.⁴²

Prinsippene som helsefelleskapene skal bygge på er blant annet:⁴³

- En tydeligere samarbeidsstruktur gjennom en tredelt struktur – et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.
- Bedre felles planlegging for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå
- Økt samordning mellom kommunene
- Bedre og mer forpliktende beslutningsprosesser
- Tydelige prioriteringer på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
- Felles virkelighetsforståelse

Helsefelleskapene skal bestå av representanter fra helseforetaket, kommuner i opptaksområdet, fastleger og brukere, som skal møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Helsefelleskapene skal organiseres på tre nivåer:⁴⁴

- På det øverste nivået, i partnerskapsmøtet, møtes den øverste ledelsen i kommunene og sykehusene årlig og bestemmer den overordnede strategiske retningen.

⁴² Saman.no: [Notat om etablering av helsefelleskap](#).

⁴³ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) [Avtale mellom regjeringen g KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse og omsorgstjeneste](#)

⁴⁴ Regjeringen (2019): [Avtale mellom regjeringen og KS: etablerer 19 helsefelleskap](#)

- På det neste nivået, strategisk samarbeidsutvalg, møtes administrativ og faglig ledelse. De beslutter de konkrete pasientforløpene og hvordan tjenestene skal utvikles.
- På nivået under er faglige samarbeidsutvalg. Dette er arbeidsgruppene som skal jobbe med forslag de konkrete prosedyrene og pasientforløpene.

Det er opprettet flere **samarbeidsavtaler** mellom Helse Bergen og kommunene i Helse Bergen sitt opptaksområde, som altså også gjelder Bergen kommune. I tillegg til en overordnet avtale mellom partene, er det inngått egen avtale og rutiner knyttet til samhandling i somatisk sektor (tjenesteavtale 3 og 5). Avtalen med tilhørende rutiner regulerer inn- og utskrivning, og er derfor lagt til grunn som revisjonskriterier.

Plikt til å ha oversikt over og korrigere avvik

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6, punkt g, har kommunen plikt til å:

ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Kommunen skal også gjennomgå avvik og uønskede hendelser slik at lignende forhold kan forbygges (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8, punkt e).

Håndtering av avvik i samhandling mellom helseforetak og kommune beskrives også i *Tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor* mellom Helse Bergen og foretakskommunene. Av tjenesteavtalen går det frem at:

Som et ledd i oppfølgingen av uønskete hendelser knyttet til behandling/oppfølging av enkeltpasienter skal det være mulig å overføre saker inn i den andre parts avvikssystem. På forespørsel fra samarbeidsutvalgene skal avtalepartene kunne legge fram statistikk/data på et aggregert nivå. For øvrig skal det legges til rette for samarbeidsmøter på et formålstjenlig nivå ved behov for avklaringer av ansvar m.v.

Pasient og brukervedvirkning

Kommunens plikt til å sikre pasient- og brukervedvirkning går frem av helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1a skal kommunen sikre at brukere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Videre skal kommunen sørge for å innhente erfaringer fra brukere og pårørende om hvordan de opplever tjenestetilbudet (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8d) og gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §7e).

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61
- Kommunal- og distriktsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-2021-04-23-24
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. FOR-2011-11-18-1115
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen. FOR-2012-08-29-843

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helsedirektoratet: *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift.* Publisert 17. februar 2019, sist faglig oppdatert 29. oktober 2018.

Dokumenter fra kommunen

- Bergen kommune. *EHBT Håndtering av avvik og uønskede hendelser i Etat for hjemmebaserte tjenester.* Gyldig fra: 04.04.2022.,
- Bergen kommune. *Elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgssystemet.* Gyldig fra: 15.09.2022.
- Bergen kommune. *EVR avvikshåndtering i etat for vurdering og rehabilitering.* Gyldig fra: 08.11.21.
- Bergen kommune. *Funksjonsbeskrivelse for e-meldingsansvarlige ved vurderingskontor.* Gyldig fra: 30.05.2022.
- Bergen kommune. *Håndtering av uønskede hendelser og avvik i Etat for sykehjem.* Udatert.
- Bergen kommune. *VURK – arbeidsprosess samhandling.* Gyldig fra: ikke godkjent
- Bergen kommune. *Prosedyre for legemiddelhåndtering (del 1).* Gyldig fra: 17.10.2022.
- *Tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor.* Tjenesteavtale for samhandling om inn- og utskrivning, mellom kommuner, Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS innen somatisk sektor. Versjon 1.0. *Retningslinje for elektroniske meldinger innen somatisk sektor.*

Andre kilder

- Helsedirektoratet. Utskrivningsklare pasienter etter bosted – somatikk. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/utskrivningsklare-pasienter-etter-bosted--somatikk>



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2023 Deloitte AS