



cutting through complexity™

Forvaltningsrevisjon

"Institusjonstjenester og øvrige tilbud til eldre"

Tønsberg kommune

2015



Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Tønsberg kommune i april 2015 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon med fokus på tjenestetilbudet til eldre i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner går frem av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir problemstillinger, metode og revisjonskriter presentert. I kapittel 2 blir fakta presentert, mens våre vurderinger og anbefalinger går frem av kapittel 3.

Takk til kommunen for god hjelp og tilgjengelighet igjennom hele prosjektet.

Tønsberg, oktober 2015



Siv Karlsen Moe
Partner

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har KPMGs formål vært å vurdere om helse- og omsorgstjenestene har en hensiktsmessig organisering, blant annet med tanke på bemanning og kompetanse. Vi har sett på hvilke rutiner kommunen har for tildeling av tjenester til eldre i kommunen. Vi har også vurdert hvorvidt kommunen sikrer at tildeling av tjenester er basert på og tilpasset brukernes behov, samtidig som tjenestetildelinger understøtter BEON-prinsippet.

Våre vurderinger baserer seg hovedsakelig på innhentet dokumentasjon i tillegg til intervju med et bredt utvalg ansatte i kommunen. Under følger et kort sammendrag av KPMGs hovedfunn, vurderinger og anbefalinger:

- Revisors hovedinntrykk er at kommunen langt på vei tilbyr gode tjenester til eldre i kommunen, enten det er i hjemmet eller på institusjon. Revisjonen har å vist at effektiv ressursutnyttelse og BEON-prinsippet står sentralt når pleie- og omsorgstjenester skal tildeles.
- Kommunen har satt i gang flere tiltak som etter revisors vurdering bidrar til effektiv ressursutnyttelse. Et av tiltakene er hverdagsrehabilitering, som er viktig i arbeidet med å kunne tilby kostnads- og ressurseffektive løsninger. Det samme er opprettelse av egen pasientkoordinator som tidlig kommer i kontakt med pasienter som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan potensielt spare kommunen for mye ekstraarbeid, da det i en tidlig fase brukes tid på å tenke ut passende behandling.
- Positivt er det også at kommunen jobber med å etablere tiltak som bedrer arbeidshverdagen til de ansatte. Vi kan eksempelvis nevne at all dokumentasjon fra sykehus nå blir automatisk sendt til kommunen ved utskrivning, slik at man minimerer risikoen for å måtte etterspørre manglende dokumentasjon. Et annet tiltak er arbeidet med velferdsteknologi og planleggingen av innkjøp av håndholdte digitale enheter, som er sterkt ønsket og som vil spare hjemmetjenesten for mye tid og arbeid.
- Når det gjelder bemanningen og kompetansen i omsorgssektoren, ser vi at kommunen har satt i gang flere tiltak også her, for eksempel etablering av vikarpool og økt grunnbemanning i hjemmetjenesten. Samtidig ser vi et forbedringspotensial når det gjelder kartlegging og planlegging av videreutdanninger, og en plan for hvordan ansatte med spesialiseringer kan brukes på tvers av virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester.
- I selve organisering finner vi tydelige ansvarlinjer både på tvers og på langs av organisasjonen. Det fins mange møtepunkter som bidrar til god styring, men vi ser også at kommunikasjonen kan styrkes. Det gjelder både nedover linjen og på tvers av virksomhetene.
- Kommunen har en bestiller-utfører-modell, og tildeling av helse- og omsorgstjenester er delegert til tildelingskontoret (THO). Det har tidligere vært utfordringer knyttet til rolleavklaringer mellom THO og de utførende virksomhetene, men dette er noe som har gått seg til, og i dag foreligger det i større grad forståelse og respekt for hverandres ansvarsområder. Fortsatt virker det å være et forbedringspotensial når det kommer til kommunikasjon. Dette henger blant annet sammen med ulike praksiser ved dokumentering i Profil.

- Journalsystemet Profil er den viktigste kommunikasjonskanalen mellom bestiller og utfører. Det er på bakgrunnen av informasjon her at vedtak blir utformet og behandlingsopplegg blir laget. Mange har påpekt at dokumenteringen i Profil kunne vært bedre. Bedre og jevnligere opplæring i bruk av Profil er noe flere mener det bør brukes mer tid på. Her har kommunen allerede tatt grep ved å etablere et såkalt "Profilforum" som skal se på bruken av journalsystemet.
- I intervju ble det av noen etterlyst at THO i større grad skiller mellom de ulike korttidsavdelingene når de skal tildele plass. Vi bemerket oss også at korttidsavdelingen for demente til tider har ledige plasser. Av hensyn til ressursutnyttelsen er det uheldig hvis det er ledige korttids plasser i kommunen samtidig som det ligger utskrivningsklare pasienter på sykehus. Det bør bli kartlagt hvor ofte dette skjer, og videre om disse plassene kunne blitt benyttet av andre.
- Kommunen har et avvikssystem som skal brukes for å melde inn feil eller avvik, blant annet i forbindelse med tildeling av tjenester. Vi har hørt om eksempler på pasienter som har vært for syke til å bli behandlet i hjemmet, eller pasienter som ikke har fått riktig plass eller behandlingstilbud. Undersøkelsene viser at kommunens avvikssystem blir brukt, men vi har også hørt om eksempler på avvik som ikke er blitt registrert. Her har kommunen et forbedringspotensial. Et viktig hjelpemiddel for THO for å kunne jobbe med kontinuerlig forbedring, er nettopp tilbakemeldinger fra utførerne.
- Ellers viser undersøkelsene i rapporten at pasientoppfølgingen og pasientforløpet er blitt tydeligere og vesentlig styrket det siste året. THO har imidlertid et forbedringspotensial når det kommer til utarbeiding og revurdering av vedtak, da de ligger litt på etterskudd her. Dette er uheldig, da man risikerer at brukere ikke får det tilbudet som er best tilpasset behovet.
- Avslutningsvis ser vi at det foreligger et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten i arbeidet med å sikre god overføring av pasienter til kommunen.

KPMGs anbefalinger

Basert på våre vurderinger anbefaler vi kommunen å iverksette følgende tiltak:

- Representanter fra THO og de utførende virksomhetene bør diskutere hvordan man kan sikre enda bedre tjenester. Partene bør blant annet vurdere hvorvidt:
 - retningslinjer for bruk av Profil bør fornyes, slik at man får en praksis som alle enes om,
 - vedtakene fra THO kan utformes mer spesifikk enn de blir gjort i dag.
 - man kan gjøre mer for å effektivisere bruken av korttids plasser i kommunen, og i enda større grad sikre "rett bruker, på rett sted, til rett tid",
 - de ulike partene er flinke nok til å gi hverandre tilbakemeldinger, enten gjennom avvikssystemet eller ved hjelp av andre metoder, som for eksempel evalueringsskjema.
- Alle virksomhetene bør sikre at det blir gitt opplæring i bruk av Profil som samsvarer med innholdet i gjeldende retningslinjer.
- THO ligger bak når det gjelder evaluering av eksisterende vedtak. Dette bør tas tak i. Vedtak bør revurderes årlig, i tråd med rutinen.
- Vurdere om eksisterende planer for etterutdanning er tilstrekkelig utredet, og se på mulighetene for økt tverrfaglig samarbeid.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og formål	5
1.2 Problemstillinger	5
1.3 Metode	6
1.4 Revisjonskriterier	7
2 Fakta	8
2.1 Innledning	8
2.2 Organisering og styring	9
2.3 Tildeling av tjenester	14
2.4 Tjenestetilbudet	18
2.5 Mottak av utskrivningsklare pasienter	19
3 Vurdering og anbefalinger	21
3.1 Oppsummering og vurderinger	21
3.2 KPMGs anbefalinger	24
4 Uttale fra rådmannen	25
Vedlegg 1 Mottatt dokumentasjon	26
Vedlegg 2 Revisjonskriterier	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Bakgrunn

Kontrollutvalget vedtok i møte 29.4.2015 (sak 21/15) å gjennomføre forvaltningsrevisjonsprosjektet "Institusjonstjenester for eldre og øvrige tilbud for eldre". Temaet er et prioritert område i kommunens Plan for forvaltningsrevisjon.

Formål

Formålet med denne revisjonen har vært å kartlegge hvilke rutiner kommunen har for tildeling av tjenester til eldre i kommunen, og vurdere hvorvidt kommunen sikrer at tildeling av tjenester er basert på og tilpasset brukernes behov, samtidig som tjenestetildelingen understøtter BEON-prinsippet. Videre vil revisjonen vurdere om helse- og omsorgstjenestene har en hensiktsmessig organisering, blant annet med tanke på bemanning og kompetanse.

Det er også et formål at forvaltningsrevisjonen skal gi anbefalinger om framtidige forbedringstiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik.

1.2 Problemstillinger

I forvaltningsrevisjonen er følgende problemstillinger blitt besvart:

- 1) I hvilken grad er de enhetene i Tønsberg kommune som tilbyr tjenester til eldre styrt og organisert på en hensiktsmessig måte?**
 - a) Er kompetanse og bemanning riktig dimensjonert i forhold til brukere i de enkelte enhetene?
 - b) I hvilken grad foreligger det en tydelig fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver?
 - c) Blir det gitt tilstrekkelig med opplæring?
 - d) Har de ansatte tilgang til systemer og elektroniske hjelpemiddel som er med på å effektivisere/ forenkle arbeidshverdagen?
 - e) Hvordan blir enhetene fulgt opp gjennom året?

- 2) Hvilke rutiner har kommunen for tildeling av hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester?**
 - a) Hvem er det som tildeler tjenester?
 - b) I hvilken grad blir effektiv ressursutnyttelse av pleie- og omsorgstjenester hensyntatt ved tildeling?
 - c) Hvordan sikrer kommunen at tildeling av tjenester er basert på og tilpasset brukernes egne behov og ressurser, samtidig som tjenestetildelingen understøtter BEON-prinsippet?

3) Hvordan sikrer kommunen at eldre får det tjenestetilbudet som de har krav på?

- a) Hvordan blir brukerne fulgt opp?
- b) I hvilken grad er det fokus på samhandling og koordinerende tjenester i kommunen?
- c) Har kommunen system for brukerundersøkinger/ brukerinvolvering?

4) I hvilken grad har kommunen et tilfredsstillende system for mottak av utskrivningsklare eldre pasienter fra sykehus?

- a) Hvem har ansvar for utredning av behov for pleie og medisiner, og hvordan foregår dette?
- b) Hvordan sikrer kommunen at epikrise og annen sentral dokumentasjon blir formidlet fra sykehuset?
- c) Etter at kommunen har overtatt pleieansvaret, hvordan blir pasienten vurdert for videre behandling?
- d) I hvilken grad foreligger det klare mål om rehabilitering?

1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med krav i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon.

I prosjektet har følgende teknikker blitt brukt for å samle inn data:

Dokumentanalyse

Til grunn for rapporten ligger gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter. Mottatt skriftlig dokumentasjon er listet opp i vedlegg 1.

Intervju

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen er det gjennomført 16 intervjuer, der et av dem var gruppeintervju. Vi har snakket med:

- Kommunaldirektør
- Virksomhetslederne for henholdsvis hjemmetjenester (HIT), sykehjem (SIT) og tildeling (THO)
- Enhetsleder ved sykehjem
- Avdelingsleder og gruppesykepleier ved Træleborg korttidsavdeling
- Avdelingsleder og sykepleier rehabilitering (Træleborg)
- Enhetsleder og gruppesykepleier i hjemmetjenesten (sone 6)
- Saksbehandler og koordinator ved THO
- Hovedtillitsvalgt fra hhv Sykepleierforbundet, Delta og Fagforbundet
- En sykehjemslege
- Sykepleier i hverdagsrehabilitering

Intervjuer har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personenes erfaring og formelt ansvar i henhold til definert formål og problemstilling. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen.

Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese gjennom referatet og gjøre eventuelle korrigeringer.

Datainnsamlingen ble avsluttet 01.07.2015.

Rapport er sendt rådmannen til uttale.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunen blir revidert opp imot¹.

I denne forvaltningsrevisjonen har følgende kilder blitt benyttet for å utlede revisjonskriterier:

-
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Lov om pasient- og brukerrettigheter
 - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
 - Samarbeidsavtale mellom kommunen og SiV²
 - Kommunens egne målsetninger
-

Revisjonskriteriene vil bli referert til underveis i rapporten og er listet i vedlegg 1.

¹ RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon, Norges kommunerevisorforbund.

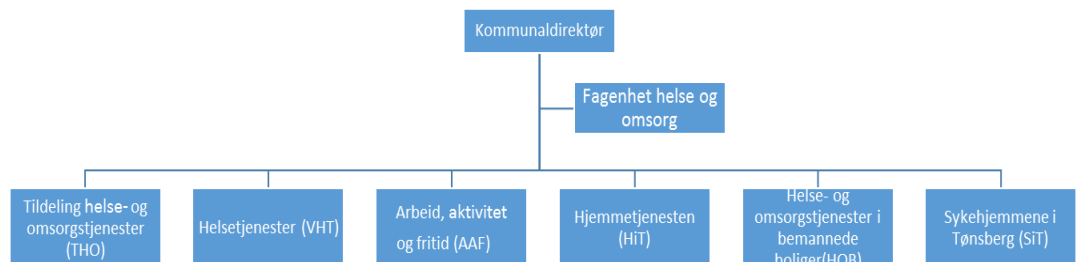
² Sykehuset i Vestfold HF

2 Fakta

2.1 Innledning

2.1.1 Om virksomhetene

Helse og omsorg i Tønsberg kommune består 6 virksomheter, og utgjør det største virksomhetsområdet til kommunen.



I denne forvaltningsrevisjonen har vi sett nærmere på tre av virksomhetene, og under følger en kort omtale av organisering og tjenestetilbud.

Sykehjemmene i Tønsberg (SIT)

Tønsberg kommune har tre sykehjem: Nes, Eik og Træleborg. Kommunen har i tillegg fast avtale om sykehjemsplasser ved de private institusjonene Attendo Maribu og Marie Treschow. I 2013 ble det foretatt en omorganisering som gjorde at sykehjemmene gikk fra å være ett virksomhetsområde per sykehjem, til å være ett samlet virksomhetsområde.

Ved sykehjemmene tilbys følgende tjenestetilbud:

- korttid (avlastning, rullering, vurdering, øyeblikkelig hjelp)
- lindrende behandling
- rehabilitering
- dagsenter for demente
- skjermede plasser for demente
- langtid

I denne revisjonen har vi snakket med ansatte ved Træleborg sykehjem, henholdsvis korttids- og rehabiliteringsavdelingen.

Hjemmetjenesten i Tønsberg

Hjemmesykepleien i Tønsberg kommune tilbyr helsetjenester i hjemmet, og er organisert i fire soner, henholdsvis Træleborg, Sem, Solvang og Søndre Slagen. I tillegg har man nattevaktsonen som dekker hele kommunen. Helsetjenester i hjemmet omfatter bl.a. hjelp til personlig hygiene, hjelp til ernæring, hjelp til medikamenthåndtering, råd og veiledning, betjening av trygghetsalarmer, sårbehandling og omsorg ved livets slutt. Aktuelle tjenester er også ergoterapi og fysioterapi.

Natt-tjenesten er egen sone, og er felles for alle brukere som er innskrevet i virksomheten "Hjemmetjenester".

Praktisk bistand blir utført av hjemmehjelpen. For noen år tilbake ble også disse samlet i en egen sone (Nordre Slagen).

Kommunen opprettet i 2013 et hverdagsrehabiliteringsteam i hver av de 4 sonene som tilbyr helsetjenester. Disse tilbyr rehabilitering i hjemmet i en avgrenset periode. Formålet er å øke funksjonsnivået til pasienter som f.eks. har vært utsatt for benbrudd, slag mm., og som er friske nok til å få behandling hjemme.

I denne revisjonen har vi snakket med ansatte fra sone 6, Søndre Slagen.

Tildeling av helse- og omsorgstjenester

Denne virksomheten behandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester til personer over 18 år. I tillegg gis det informasjon, råd og veiledning i forbindelse med søknad og behov for helse- og omsorgstjenester. Virksomheten kartlegger og fatter vedtak for hhv. tjenester i hjemmet, opphold i sykehjem/ institusjon, kommunale botilbud, kommunale boliger med heldøgnsbemanning og individuell plan.

Virksomhetene Arbeid, aktivitet og fritid (AAF), Helse- og omsorgstjenester i bemannende boliger (HOB) og Helsetjenester (VHT) vil ikke bli berørt av denne rapporten.

2.1.2 Nøkkeltal

På korttidsavdelingen til Træleborg sykehjem er det 34 plasser i tillegg til 8 korttidsplasser på rehabiliteringsavdelingen. De 34 plassene kan videre fordeles slik:

- 11 kommunale akutte døgnplasser (KAD) / intermædierplasser
- 10 rulleringsplasser
- 11 plasser på lindrende enhet
- 2 trygghetsplasser (benyttes av hjemmesykepleien)

Nes og Eik sykehjem har også korttidsavdelinger, med ti plasser hver, men disse plassene er forbeholdt pasienter med demens.

Hjemmetjenesten har ikke et tilsvarende tak på sine tjenester. I stedet måles vedtakstimer per måned for å ha oversikt over hvor stor del av arbeidsdagen som blir belagt med arbeid ute hos brukerne.

2.2 Organisering og styring

Det synes å være tydelig organisering og tydelige ansvarlinjer både på tvers og på langs av organisasjonen. Kommunen har også satt i gang flere tiltak for å styrke bemanningen og kompetansen i omsorgssektoren, og flere tiltak er under planlegging. Det er imidlertid noen forbedringsområder når det gjelder kommunikasjon og dokumentasjon.

¹ Tallangivelsen på sonen (sone 6) henger igjen fra tidligere, da kommunen opererte med flere soner, og er med andre ord ikke blitt endret på som følge av omorganiseringer.

2.2.1 Organisering

Kommunen som helhet er organisert som en to-nivå-kommune. Nivå 1 består av rådmannen og hans stab. Nivå 2 består av totalt av 34 virksomheter og 6 fagenheter som alle rapporterer direkte til rådmannen.

Kommunaldirektøren for helse og omsorg er med i rådmannens ledergruppe, og representerer rådmannen i saker som omhandler helse- og omsorgstjenester. Kommunaldirektøren har også ansvar for å følge opp virksomhetene som er underlagt 'helse og omsorg' som består av 6 virksomheter.

Pleie- og omsorgssektoren har vært gjennom flere omorganiseringer de siste årene. Et av de siste tiltakene har vært å samle sykehjemmene til en virksomhet. Kommunen forsøkte i en periode å ha en virksomhet per sykehjem. Dette skapte avstand fra ledernivå og ned til de ansatte. I 2013 fikk alle sykehjemmene hver sin enhetsleder, med en felles virksomhetsleder over seg. Dette er utelukkende blitt vurdert som positivt.

I THO var det ved oppstart to enhetsledere, men begge disse stillingene er blitt omgjort til andre stillinger. Per i dag er alt lederansvaret plassert hos virksomhetslederen, men med en rådgiver som støttefunksjon.

I hjemmetjenesten jobbes det med å forbedre lederstrukturen ute i sonene ved å legge til et lederledd. Som følge av dette har to av sonene fått på plass en avdelingsleder som er underlagt soneleder. Bakgrunnen for tiltaket var at man så at lederspennet var for stort. Det jobbes med å få tilsvarende stilling på alle sonene. Også dette organisatoriske grepet blir vurdert som positivt da hjemmetjenesten tradisjonelt sett har vært kjent for å ha et stort lederspenn.

Fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver

I revisjonen har vi mottatt en rekke stillingsbeskrivelser for nøkkelpersonell. Beskrivelsene gir en god oversikt over hva som ligger i stillingen, og inneholder blant annet:

- Stillingens formål
- Stillingens organisasjonsmessig plassering
- Ideelle kvalifikasjonskrav
- Stillingens arbeids og ansvarsområde
- Øvrige hovedoppgaver

Vi bemerker oss at kommunen også har andre dokumenter som beskriver ansvars- og oppgavefordeling. Vi kan eksempelvis nevne delegeringsreglement, samarbeidsavtaler og øvrige rutiner og prosedyrer.

Oppfølging

Alle virksomhetslederne innen helse og omsorg inngår i en virksomhetsledergruppe sammen med kommunaldirektøren. Gruppen har jevnlig møter, og her jobbes det blant annet med å skape et helhetlig fokus.

Fire ganger i året har kommunaldirektøren møte med alle enhetslederne. Det er ønskelig fra kommunaldirektørens side å ha kontakt med enhetslederne, blant annet for å vise retningen som kommunen ønsker.

Kommunaldirektøren har også satt i gang et tiltak kalt "pasientsikkerhetsvisitt". På disse visittene stiller kommunaldirektør og kommunelege som har individuelle møter med et utvalg ansatte i pleie- og omsorgstjenestene som jobber tettest på pasientene. I samtalene

diskuteres det hva som fungerer bra og dårlig på enheten, samt mulige risikoer eller forbedringsområder. Samtalene ender med at man blir enige om tre problemstillinger som det skal jobbes med, for eksempel bruk av avvikssystemet. Problemstillingene blir også gitt til den ansattes leder og det blir foretatt en evaluering etter en måned.

I tillegg til overnevnte møter finnes det en rekke andre møtearenaer i helse- og omsorgssektoren på alle ulike nivåer, eksempelvis enhetsledemøter, avdelingsmøter, personalmøter og kvalitetsmøter. På sentralt kvalitetsutvalg deltar to tillitsvalgte, to brukerrepresentanter, kommuneoverlegen og kommunaldirektør

Involvering av tillitsvalgte

Hovedtillitsvalgte deltar også på månedlige medbestemmelsesmøter med kommunaldirektør og rådmann. På møtet tas alt som har med styringsenheten opp, deriblant saker som berører de ansatte, eksempelvis økonomi, medarbeiderundersøkelse og sykefravær. Medbestemmelsesmøter blir holdt nedover i organisasjonen hvor plasstillitsvalgte deltar på virksomhetsnivå. Plass- og hovedtillitsvalgte har møter seg imellom.

De hovedtillitsvalgte vi har snakket med gir uttrykk for god involvering. De har for eksempel vært involvert i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" og andre enkeltprosjekter. I noen prosesser er de imidlertid blir involvert litt sent, for eksempel i ansettelsesprosesser, men har i slike tilfeller sagt ifra. Hvilke av forbundene som blir involvert avhenger av hvilken type prosjekt det er snakk om.

Kommunikasjon

Selv med mange etablerte møtepunkter er det blitt påpekt av flere i intervju at kommunikasjonen fra overordnet ledelse til bunn kunne vært bedre, og mer informasjon blir etterlyst. Det opplyses om at det svikter på noen områder når det gjelder informasjon fra mellomledernivå og ned til de ansatte i ytterste ledd. Et eksempel var renovering av noen korttidsplasser ved Træleborg sykehjem, der det ble gitt lite informasjon om hvordan det ville påvirke tjenestetilbudet.

2.2.2 Kompetanse og bemanning

Både hjemmetjenesten og sykehjemmene merker samhandlingsformen. utfordringene er større ettersom man mottar flere pasienter enn tidligere, og mange har et mer komplekst sykdomsbilde.

Det varierer i hvilken grad bemanningen oppleves som god. Ute i virksomhetene gis det uttrykk for at ressursene ikke har økt proporsjonalt med økt arbeidsmengde, og at pleiefaktoren³ er den samme som den har vært i flere år. I perioder med høyt trykk og mange ressurskrevende brukere merkes arbeidspresset godt. Fra overordnet nivå blir det imidlertid opplyst om at pleiefaktoren er i tråd med vanlige føringer.

I rapporten "Analyse av framtidig behov for sykehjemsplasser i kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme" utarbeidet av Agenda Kaupang kan vi lese at Tønsberg kommune brukte 70,9 % av netto driftsutgifter til pleie og omsorg på eldre brukere (i hovedsak) i 2013. Videre går det frem av undersøkelsen at Tønsberg var den kommunen som av en rekke sammenlignbare kommuner, brukte mest på hjemmetjenesten i 2013. Her ble det tatt utgangspunkt i årsverk/brukere per 1000 innbygger. Andel årsverk ved THO ble sagt å ligge like over gjennomsnittet til de sammenlignbare kommunene.

³ Pleiefaktoren er antall årsverk pleiepersonell pr. plass

At bemanningen oppleves som lav, kommer særlig frem ved fravær av fagarbeidere, og da særlig sykepleiere. På grunn av sykefravær, ferier og permisjoner ser man seg ofte nødt til å ta inn vikarer, og disse erstatter ikke alltid den fagarbeideren som er borte. Vikarene er gjerne ufaglærte da det for eksempel kan være vanskelig å få inn vikarer som er utdannet sykepleier. Konsekvensen er at grad av fagarbeidere på vakt blir lavere enn planlagt, og arbeidspresset blir større på de fagarbeiderne som er på jobb.

At fagarbeidere blir erstattet av ufaglærte kom blant annet frem i en kartlegging, som ble gjort for en tid tilbake, der man så på planlagt og faktisk bemanning i en tidsperiode på to uker. Denne undersøkelsen ble initiert av fylkeskontoret til Norges Sykepleierforbund.

En annen ting som blir pekt på som uheldig, er effektiviseringen i omsorgssektoren. Utviklingen har ført til kortere vakter, flere oppmøter og mindre overlappingsstid ved vaktskifter enn det var tidligere. Her har imidlertid fagforeningene fått på plass en avtale om at man ikke skal ha mer enn 20 vakter på fire uker, og aldri vakter under 6 timer. Kommunen har i årets budsjett en egen målsetning å tilby større stillinger.

De siste årene har enkelte enheter hatt utfordringer med høyt sykefravær. I virksomhetene blir det, i tett samarbeid med tillitsvalgte, IA- og HMS-rådgiver, jobbet aktivt med å fremme nærvær hvor man fokuserer på kultur og holdningsendringer. En av de tillitsvalgte informerte om et pilotprosjekt som er under planlegging. I prosjektet skal man øke grunnbemanningen og se om det påvirker sykefraværet. Hvis man oppnår ønsket effekt vil målet på sikt være å vri vikarbudsjetten over til økt grunnbemanning.

Til tross for at ressursene kan komme litt til kort dersom det er mange pasienter inne samtidig, så oppleves alltid pasientsikkerheten som godt ivaretatt. Høyt arbeidspres går som regel utover forefallende arbeid, og det blir mindre tid til sosialt samvær med pasientene.

Kompetansenivået

Om kompetansen i omsorgssektoren blir det sagt at den stadig blir bedre, men at det er behov for å styrke kompetansen, ikke bare ved hjelp av enkeltkurs, men også videreutdanninger. Det er flere som i intervju har pekt på behov for flere fagarbeidere og flere spesialiseringer. I den forbindelse blir det etterlyst bedre tilrettelegging fra arbeidsgivers side, samt bedre kartlegging på arbeidsplassen over hvem som ønsker å ta videreutdanning.

Det ble blant annet nevnt i et intervju at dersom hjemmetjenesten hadde mer kompetanse innenfor geriatri, kunne trolig enkelte sykehusinnleggelser vært unngått, da man kunne identifisert symptom tidligere, og følgelig satt i gang behandling raskere.

Det blir også opplyst om at tverrfaglig kompetanse kunne vært bedre utnyttet. For eksempel demens- eller kreftkompetanse på tvers av sykehjemmene, eller kompetanse innenfor terminal fase, rusomsorg og psykiatrisk. De faglærte bør brukes bedre på tvers til veiledning og sparring. Det å få til å bruke hverandre bedre i vanskelige situasjoner sies å være et potensial. Per i dag forblir kompetansen i stor grad der den ansatte er.

Iverksatte tiltak

■ Økt grunnbemanning

Hjemmetjenesten har fått styrket grunnbemanningen med en sykepleier på hver av sonene. Dette er midler kommunen satt igjen med etter at de sa opp innleide plasser i Nøtterøy kommune. Dette ressurstilskuddet oppleves som svært positivt. I sone 6 blir vedkommende brukt til å særlig jobbe med oppfølging av personer med komplekse

problemer. Hjemmetjenesten har også ansatt egne koordinatorene for henholdsvis demens og kreftomsorg.

I 2013 fikk hver av sykehjemmene hver sin sykehjemslege. Det ble sagt at dette tiltaket bidro til økt kvalitet på arbeidet. Ved korttidsavdelingen på Træleborg har de også ansatt en egen fysioterapeut.

■ Vikarpool

Et annet tiltak er etablering av vikarpool i kommunen. Poolen består av vikarer med krav om fast ansettelse. Denne poolen serverer ut til de ulike sykehjemmene i kommunen, alt etter hvor det er behov. Tanken er at disse skal bli prioritert neste gang en ledig stilling dukker opp. De som er ansatt i denne poolen blir oppfordret til å ta fagbrev, da det øker sjansene for fast jobb. Generelt sett så jobbes det aktivt med å oppfordre ufaglærte i helse- og omsorgssektoren til å ta fagbrev.

■ Kompetansekartlegging

Det er et høyt fokus på kompetanseheving i kommunen. Mange har fokus på kartlegging av kompetanse og man jobber aktivt med å heve kompetansen internt der det er mulig. Ved Træleborg sykehjem, for eksempel, er en person fristilt 50 % fra stillingen for å drive fagutvikling og veiledning av nye kollegaer. Vedkommende har kartlagt kompetansen til hver enkelt ansatt, og nå jobbes det med opplæring og veiledning individuelt eller i små grupper. Tema i opplæringen er alt de ansatte må kunne for å jobbe på korttidsavdelingen. Det er laget en egen plan for opplæringen.

I sone 6 er kompetansen til alle hjelpepleierne blitt kartlagt, og deretter er de blitt gitt oppdrag som inneholder oppgaver de ikke har så god kjennskap til. Da er de gjerne sammen med en sykepleier en hel dag som lærer vedkommende opp. På den måten styrker man kompetanse, og man utnytter mulighetene som ligger innenfor hjelpepleierens kompetanseområde. Dette avlastet sykepleierne som i større grad kan konsentrere seg om de oppgavene de har ansvar for.

■ Kompetanseheving

Et annet tiltak for å styrke den faglige kompetansen er prosjektet "I trygge hender", som er et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i helsetjenesten. Et av flere tiltak i dette prosjektet er kompetanseheving innen pasientsikkerhetsarbeid. Her deltar representanter fra hele pleie- og omsorgssektoren i kommunen.

Det siste året har det vært 60 ansatte fra både sykehjem og hjemmesykepleie på simuleringssenter ved sykehuset. Der har de ansatte fått opplæring i spesifikke situasjoner og håndtering av akutt kritisk syke. Dette tilbudet oppleves som en stor styrke da man føler seg tryggere på god håndtering av akuttsituasjoner.

2.2.3 Hjelpemiddel

Profil, som er kommunes journalsystem, blir i flere intervjuer omtalt å være et tidkrevende og uoversiktlig system. Det blir samtidig påpekt at alternativene gjerne ikke er noe bedre, og at det vil være vanskelig å få tak i et system som fungerer 100 %. Noen skulle gjerne hatt flere moduler i Profil, som de vet er tilgjengelige, men som kommunen ikke har tatt i bruk.

Som en konsekvens av at Profil er et uoversiktlig system, er det etablert flere ulike praksiser på hvor man fører ting, da systemet inneholder mange forskjellige steder/faner hvor man kan legge inn informasjon. Dette bidrar til at man gjerne må bruke lang tid på å

frembringe all informasjonen som er lagt inn på pasienten. Av kommentarer tilknyttet opplæring var det nettopp opplæring i bruk av Profil som ble trukket frem i intervjuer som et forbedringsområde.

Når det gjelder forbedring av Profil, så har kommunen allerede tatt grep ved å etablere et såkalt "Profilforum" som skal se på bruken av systemet. Fra sykehjemmene (SIT) ble det som en del av dokumentasjonen, tilsendt en egen opplæringsplan (for vår 2015), som inneholdt datoer for kurs i journalsystemet Profil.

Hjemmesykepleien har hatt utfordringer når det gjelder systemtilgjengelighet. Det gjelder hovedsakelig kø for å bruke PC og treghet i systemene. I tillegg er det tungvint at de ansatte må innom kontoret for å skrive ut nødvendig dokumentasjon, og deretter inn igjen for å legge dokumentasjon inn i journalsystemet. Hjemmesykepleien skal etter planen få håndholdte enheter som vil forenkle arbeidshverdagen deres. Dette er en del av kommunens arbeid med å ta i bruk velferdsteknologi, som er et fokusområde i kommunen. De håndholdte enhetene vil først komme når kommunen har kommet seg over på en ny plattform.

Kommunen har et avvikssystem for å melde ifra om feil eller avvik som forekommer ute i enhetene. Det fins og et system for å melde avvik opp imot spesialisthelsetjenesten. Flere gir uttrykk for at systemet blir brukt etter hensikten, men i undersøkelsen kom det også frem eksempel på avvik som ikke var blitt meldt inn i avvikssystemet. En av de intervjuede mente at bruk av avvikssystemet varierer, og avhenger av engasjement fra leder.

2.3 Tildeling av tjenester

Effektiv ressursutnyttelse og BEON-prinsippet står sentralt når pleie- og omsorgstjenester skal tildeles, men høyt press på institusjonsplassene fordrer tydelig og oppdatert informasjon.

2.3.1 Roller og ansvar

I Tønsberg kommune har man en bestiller-utfører-modell. Bestillerfunksjonen er satt til THO, som tildeler helse- og omsorgstjenestene til kommunens innbyggere, med et par unntak, som f.eks. hverdagsrehabilitering. THO er en virksomhet på lik linje med de øvrige virksomhetene innenfor helse og omsorg i kommunen. Hovedmålet til virksomheten er å tildele helse- og omsorgstjenester på beste effektive omsorgsnivå.

Etter oppstart av THO var det noen uklarheter knyttet til rollefordeling, herunder hva som var THOs oppgaver og hva som var det øvrige virksomhetsområdenes oppgaver. Dette har gått seg til, og THOs ansvarsområder er i større grad blitt rendyrket. Noen mener at det fortsatt er et forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjon og samhandling mellom THO og de øvrige virksomhetene. Dette kommer vi tilbake til i avsnitt 2.3.3.

2.3.2 Rutiner kring tildeling

Av dokumentasjon tilsendt fra THO finner man flere dokumenter som beskriver hvordan helse- og omsorgstjenestene skal tildeles og utøves. Rutinene fremstår i stor grad som tydelige. Det går klart frem hvem som har ansvar for hva.

En tildeling foregår på følgende måte (hentet fra THOs flytskjema):

Henvendelse/ revuderinger	Det starter med en søknad eller henvendelse fra bruker, pårørende, sykehus e.l. om å motta helse- og omsorgstjenester fra kommunen. I noen tilfeller er det snakk om revurdering av allerede vedtatte tjenester.
Kartleggingsfase	I denne fasen innhentes informasjon og man vurderer om det er behov for å sende ut et foreløpig svarbrev. I denne fasen vurderes også behovet for å dra på kartleggingsbesøk hjemme hos brukeren.
Saksbehandlingsprosess	Gjennom saksbehandlingsprosessen bistår de øvrige virksomhetene THO ved behov, gjennom kompetanseoverføring/faglige vurderinger og ev. bistand på kartleggingsbesøk. TDU er involvert i kompliserte saker (se neste avsnitt).
Slutfør saksbehandling – vedtak/ underretting	Når saksbehandlingen er overstått må søker og andre involverer underrettes om vedtak
Iverksette	Deretter iverksetter man tjenester. Her overtar den aktuelle virksomheten ansvaret for brukeren
Revurdere	Vedtak skal jevnlig revurderes for å se om behovet har endret seg. Her innhenter man informasjon og foretar nye vurderinger.
Dokumenter og evaluere i Profil	For at THO skal kunne gjøre så gode vurderinger som mulig, er det viktig at virksomhetene rapporterer jevnlig i Profil.

Som følge av høy etterspørsel etter korttidsplassene, er det blitt bestemt at THO maksimalt skal gi 14 dagers vedtak. Dette blir i stor grad fulgt, men det hender ennå at det kommer korttidsvedtak på 3-4 uker. THO sier at dette skjer i enkelte tilfeller der det helt åpenbart ikke vil være mulig å behandle en person på to uker, det kan eksempelvis gjelde slagpasienter. I følge enkelte fra SIT er dette et avvik. De mener at de nye retningslinjene burde bli fulgt.

2.3.3 Kartlegging

Det er THOs oppgave som kommunenes bestillerfunksjon, å dra ut på vurderings-/kartleggingsbesøk og se om de reelle forholdene stemmer overens med søknaden. På grunn av tidspress har de ikke mulighet til å gjøre kartleggingsbesøk for alle, og de prioriterer gjerne nye brukere som ønsker plass på institusjon/omsorgsbolig. For utskrivningsklare pasienter prioriteres det at tilbudet i kommunen igangsettes, og så kommer vedtaket i etterkant. Det samme gjelder brukere som blir sendt hjem etter institusjonsopphold. For tildeling av hjemmebaserte tjenester hender det at THO ber hjemmetjenesten om å komme med sine vurderinger som de baserer tildelingen på.

I arbeidet med å kartlegge funksjonsevnen til pasienter/brukere blir det brukt en rekke med kartleggingsverktøy, som IPLOS og Barthel. Disse verktøyene er med på å gi en pekepinn på hvor i omsorgstrappen man bør legge tjenestetilbudet, og det fremmer likebehandling.

2.3.4 Tildelingskriterier

BEON-prinsippet går ut på at helse- og omsorgstjenester skal gis på Beste Effektive Omsorgsnivå, og betyr at man skal forsøke å tilby tjenester på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp.

Det sies at det har vært en åpenbar vridning de siste årene når det gjelder tildeling av tjenester, ved at flere får hjelp hjemme fremfor i institusjon. Kommunen er i dag mer bevisst på å plassere personer på et lavere nivå i omsorgstrappen⁴ enn tidligere.

I komplekse og kostnadskrevenne saker blir tildelingsutvalget (TDU) involvert. Dette er et utvalg som består av alle virksomhetslederne i helse- og omsorgssektoren, en jurist samt aktuell saksbehandler i THO. Utvalget skal sikre tildeling av tjenester etter BEON-prinsippet og sikre effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser. Dette går frem av utvalgets mandat.

Kommunen har ingen konkrete planer om å bygge ned antall sengeplasser, men det skal i tråd med BEON-prinsippet jobbes mer med forebygging for å utsette behovet for institusjonsplass lengst mulig. En utfordring i kommunen per i dag er høyt press på de institusjonsplassene som kommunen har, noe som gir ringvirkninger. Dersom en person får vedtak om langtidsopphold, må vedkommende vente til det blir en plass ledig, og det kan være vanskelig å forutsi ventetiden. I mellomtiden opptar personen en korttids plass, som andre kunne hatt nytte av.

For å sikre lik behandling er man i kommunen svært opptatt av at virksomhetene/spesialisthelsetjenesten bare skal dokumentere behov og nå-situasjon, og ikke antyde hvilken type tilbud eller behandling vedkommende skal få. Unntaket kan være anbefalinger om å forlenge et korttidsopphold hvis det blir vurdert som hensiktsmessig. Det er THOs oppgave å avgjøre hvilken behandling som skal gis, og de ønsker å gjøre sine vedtak basert på objektive beskrivelser. Dette er en problemstilling som har gått seg til, ettersom det er blitt brukt mye tid på å klargjøre grensesnittet mellom bestiller og utfører.

Det går frem av intervjuene at det er et forbedringspotensial når det kommer til informasjonsflyt mellom THO og de øvrige virksomhetene. Særlig viktig er det at korttidsavdelingen melder fra til THO så tidlig som mulig, hvis de ser at utreisedato ikke kommer til å bli overholdt, og at det er behov for forlengelse av opphold. På denne måten hindrer man at denne informasjonen kommer rett før det er planlagt at vedkommende skal reise hjem, og det er tenkt at en ny person skal overta plassen.

I Profil skriver de utførende virksomhetene evalueringer av hver pasient, som sier noe om utviklingen i pasientens behandling. Det sies at utformingen av enkelte av disse evalueringene kan bli bedre. THO kan, basert på evalueringene, tro at pasienter er utskrivningsklare, men så viser det seg i ettertid at det ikke er tilfelle. Det kan for eksempel skyldes at det ikke er skrevet nok om pasienten, og THO må da bruke tid på å fremskaffe nødvendig informasjon. Mangelfulle evalueringer regnes som avvik fra rutine, da man skal ha oppdatert informasjon om den enkelte. Jo kortere oppholdet er, jo viktigere er det med riktig dokumentasjon.

Både fra sykehjem og hjemmetjenesten opplyses det om at de kunne vært flinkere på å oppdatere i Profil, og å oppdatere riktig plass/fane. At arbeidet ikke er godt nok sies å komme av hektiske arbeidshverdager og tidspress.

⁴ Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) og til et omfattende hjelpebehov (f.eks. langtidsplass på institusjon).

På den andre siden etterlyser de utførende enhetene mer konkrete bestillinger fra THO. Noen ganger oppleves det at bestillingene fra THO er for runde, vage og lite spesifiserte. De mener, for eksempel, at i stedet for å skrive "vurdere omsorgsnivå", kunne THO i større grad spesifisert hvilken type kartlegging som trengs.

Det sies også at kommunen har en vei å gå når det gjelder fokus på å få riktig person på rett plass, til rett tid, og at man på den måten kan sette i gang tiltak raskere. Enkelte mener for eksempel at THO i større grad kunne differensiert mellom korttidsplassene, særlig somatisk og rehabilitering. Det vil si å nærmest utelukkende sende pasienter med somatiske lidelser til korttidsavdelingen ved Træleborg sykehjem, og sende pasienter med rehabiliteringsbehov til rehabiliteringsavdelingens korttidsavdeling.

THO sier at de på grunn av mangel på plasser ikke har mulighet til å skille mellom kommunens korttidsavdelinger, og at det heller ikke er meningen. Unntaket er Nes og Eik sykehjem som hovedsakelig tar imot pasienter med demens. Det ble imidlertid nevnt i et av intervjuene at korttidsavdelingen for demens ved Eik til tider har noen ledige plasser.

Hverdagsrehabilitering

Et nytt tiltak i kommunen, i arbeidet med effektiv ressursutnyttelse, er å tilby hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider" samt "nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet".

Tilbud om hverdagsrehabilitering kan alle søke om, og det er teamet selv som bestemmer hvem som skal få tilbud om hverdagsrehabilitering. Tildelingen går med andre ord ikke via THO. Mange av de som mottar tjenestene kommer gjerne fra sykehus eller fra opphold på korttidsavdeling, og mange har vært utsatt for beinbrudd.

Målet er at de som mottar tilbudet skal bli rehabilitert ved hjelp av intens behandling i hjemmet. Teamet har en høy ressursinnsats i starten, med flere timers behandling hver ukedag. Etter hvert trappes behandlingen ned, og brukeren får oppgaver som må løses på egenhånd. Motivasjon er svært viktig for rehabiliteringen. Man må finne ut hva som er viktig for den enkelte bruker, for eksempel det å kunne gå i trapper på egenhånd. Dersom brukeren ikke er motivert nok, er det vanskelig å få gode resultater av rehabiliteringen.

En viktig del av arbeidet med hverdagsrehabilitering er forebygging; man vil hindre at brukeren får et langvarig behov for hjemmesykepleie/institusjonsopphold. Hjelp til selvhjelp er en viktig faktor i teamets arbeid. I fremtiden må flere bo hjemme, og man må i større grad gi hjelp i hjemmet. Et tilbud om hverdagsrehabilitering styrker ressursene til brukerne.

Teamet (i sone 6) består av totalt en sykepleier, to helsefagarbeidere, to fysioterapeuter og en ergoterapeut, og alle er ansatt i hjemmetjenesten. Hverdagsrehabiliteringsteamet utfører også andre hjemmetjenesteoppgaver hos den enkelte bruker når de først er der. De som jobber på temaet inngår i en vanlig turnus sammen med de andre i hjemmetjenesten.

Effekten av rehabilitering i hjemmet er ikke blitt evaluert enda, men alle sonene har hatt møte, der man har lagt fram tall og resultat. Resultatene viser at antall timer har gått ned, det vil si at brukerne i tråd med formålet i snitt mottar mindre og mindre hjelp utover i behandlingsperioden.

2.4 Tjenestetilbudet

Pasientoppfølgingen og pasientforløpet er blitt tydeligere og vesentlig styrket det siste året.

2.4.1 Oppfølging av brukere

Kommunen har gjennom et prosjekt utført av Agenda Kaupang sett på tildeling- og iverksettingsprosess for helse- og omsorgstjenester, der det blant annet ble pekt på behov for rutiner og prosedyrer som sikrer effektivitet og pasientsikkerhet. Kommunen har som følge av denne gjennomgangen, samt deltagelse i pasientsikkerhetsprosjektet "I trygge hender", iverksatt en rekke tiltak som blant annet går på helhetlig pasientforløp.

På sykehjemmene har man fått opp fysiske tavler som viser krav i behandlingen til hver pasient. Det kjøres nå tavlemøter på bakgrunn av alle kravene som gjelder per pasient. Her settes grønt på de stegene som er gjennomført for hver, for eksempel at avklaringsamtale er avholdt. Disse møtene blir holdt en gang i uken.

Tavlene synliggjør oppfølgingen av hver enkelt pasient, og bidrar særlig til at arbeidsoppgaver knyttet til pasienter på korttidsopphold blir utført, slik at det øker sjansene for at vedkommende er klar til hjemreise når vedtakstiden er over. Det er planlagt at også hjemmetjenesten skal ta i bruk tavler for strukturert oppfølging av brukere i starten.

Evaluering av tjenester

Brukere av omsorgstjenester blir jevnlig vurdert, og vedtak som strekker seg over en lang periode blir revurdert. Her brukes Profil, og revurderingene baserer seg på endringer som er meldt inn i journalsystemet. Det skal rapporteres inn hvis det skjer endringer i behovet eller situasjonen til bruker som kan ha betydning for tilbudet.

THO har som mål å gjennomgå alle vedtak årlig. På grunn av høyt arbeidspress og at de ligger etter når det gjelder å skrive ut førstegangsvedtak, er dette arbeidet blitt noe nedprioritert.

Som følge av revurderinger har kommunen gjort noen reduksjoner i omfang av hjemmetjenester osv. Men for å endre på vedtak, må man ha gode faglige begrunnelser. Tidligere ble det gjerne utformet mer vage vedtak, noe som gjør det vanskeligere å omgjøre/endre vedtaket som går langt tilbake i tid. Dette underbygger viktigheten av å lage gode vedtak, og THO sier at dette er noe de har bedre kontroll på per i dag.

2.4.2 Samarbeid og koordinering

Kommunen har som mål å ha en effektiv ressursutnyttelse, ref. BEON-prinsippet. Kommunen har i den forbindelse iverksatt noen tiltak, som kan ses på som en samordning mellom korttidsavdelingen på Træleborg sykehjem og hjemmetjenesten.

Hjemmetjenestene i Tønsberg disponerer to trygghetsplasser ved korttidsavdelingen på Træleborg sykehjem. Hensikten er, ifølge mottatt prosedyre, å sikre et godt pasientforløp, samt redusere behovet for korttidsopphold eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er for hjemmeboende som på grunn av sin hjemmesituasjon, har behov for døgnkontinuerlig tilsyn for å trygge enten pasient eller pårørende. Oppholdet er for en avgrenset periode på 1-2 uker, og det er enhetsledere ved sone 2 som har ansvar for å tildele plass til rett pasient, og følgelig ha en fortløpende oversikt over bruk av plassene.

Korttidsavdelingen på Træleborg sykehjem har også 10 rulleringsplasser som blir mye brukt av brukere av hjemmetjenesten. Her er det en gruppe brukere som ruller på å ha et korttidsopphold på institusjon. Intervallene varierer, men kan for eksempel være 3 uker på institusjon og 6 uker hjemme. Også dette er et tiltak for å utsette behovet for langtidsopphold, og fungerer ofte som en avlastning for pårørende.

På grunn av bestiller-utfører-modellen er det ellers lite samhandling mellom hjemmetjenesten og sykehjemmene. Det blir holdt utskrivningsmøte i forbindelse med overføring, for eksempel fra sykehjem til hjemmetjeneste, og det er for øvrig åpent for at man kan kontakte hverandre hvis man har spørsmål om pasienter/ brukere.

2.4.3 Brukermedvirkning

Både sykehjemmene og hjemmetjenesten har faste pårørende- og brukerundersøkelser annethvert år. På sykehjemmet gjelder dette for brukere på langtidsopphold. Det blir også gjennomført brukermøter minimum en gang årlig⁵. Virksomheten Arbeid, Aktivitet og Fritid (AAF) har system for brukermøter og brukermedvirkning i alle enheter. I kommunen har de også brukerutvalg som har møter 4 ganger per år.

På korttidsavdelingen ved Træleborg sykehjem har de evalueringsskjema som leveres ut til brukerne/pårørende, men det er lav oppslutningsprosent. De ansatte skulle gjerne sett at mange valgte å levere inn skjema, men tror at mange ikke orker på grunn av situasjonen de er i. Korttidsavdelingen får mange gode tilbakemeldinger (for eksempel uttrykt med konfekt og blomster), men de skulle gjerne fått mer informasjon om hva som ikke fungerer, som grunnlag for forbedring.

I hjemmetjenesten startet de i 2014 med gruppeinndeling av sonene i hjemmetjenesten for å møte brukernes ønsker om å ha færre pleiere å forhold seg til.

2.5 Mottak av utskrivningsklare pasienter

Kommunen har fått på plass et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten når det gjelder overføring av pasienter.

2.5.1 Oppstart av behandling

Sykehuset skal i løpet av de første 24 timer etter innleggelse av pasient melde skriftlig til kommunen om de pasienter de mener vil ha behov for kommunale tjenester. Når situasjonen er mer avklart skal sykehuset oversende "Melding om behov for kommunale tjenester" på de pasienter hvor kommunale tjenester er aktuelt. Dette går frem av rutinen "Ansvar e-meldinger fra sykehus".

På bakgrunn av informasjon fra sykehuset bestemmer THO hvilket tilbud vedkommende skal få. Hvis man er usikker på situasjonen får pasienten vedtak om et toukersopphold på en av korttidsavdelingene for videre kartlegging.

I tildelingsenheten har de en egen pasientkoordinator hvis rolle er å ha jevnlig kontakt med spesialisthelsetjenesten samt pasienter som på et tidspunkt skal overføres til kommunen. Koordinatoren er på sykehuset i Tønsberg en gang i uken.

⁵ Fra kommunens årsmelding for 2014.

Når pasienten kommer til kommunen fra et sykehusopphold bruker man informasjonen fra sykehuset sammen med egne observasjoner og kartlegginger til å lage et behandlingsopplegg for pasienten.

Det meste ser ut til å fungere godt ved mottak. Det har imidlertid oppstått kommunikasjonssvikt, og det har hendt at pasienter har blitt utskrevet fra sykehus der sykehjem eller hjemmesykepleie har fått beskjed i seneste laget, eller ikke fått beskjed i hele tatt. Det er blitt understreket at dette er noe som hører til sjeldenhetene. Vanligvis er det god informasjon i forkant av utskrivningen.

2.5.2 Kommunikasjon og samarbeid

All dokumentasjon fra sykehusene til kommunen blir nå sendt elektronisk. Dette startet man opp med i juni 2015. Både sykehjem og hjemmetjeneste har dermed den informasjonen de trenger, i form av epikrise og sykepleiervurdering, når pasientene kommer. Det ble i intervju vist til eksempler på at nødvendig dokumentasjon (f.eks. epikrise) ikke alltid har vært på plass, men at dette stort sett fungerer bra. Nå som det er en større automatikk i dokumentoverføringen er risikoen for manglende dokumentasjon blitt redusert.

Øvrig kommunikasjon med sykehus virker å fungere bra, og det blir vurdert som positivt at kommunen har en egen koordinator som særlig jobber tett opp mot sykehusene og pasienter som skal overføres til kommunen.

Det er også lett for de ansatte å ta kontakt med sykehuset hvis de har noen spørsmål om en pasient som nylig er blitt utskrevet. Det hender også at sykehuset ringer behandlende virksomhet hvis det er noe spesielt de vil informere om.

Det er imidlertid blitt pekt på at sykehuset av og til kan gå for langt i anbefalingene, og at sykehusene da ofte anbefaler institusjonsplass. I ettertid kan det vise seg at brukeren helt fint klarer seg hjemme med hjelp fra hjemmetjenesten. En av de intervjuende mente at pasientene ikke alltid er godt nok utredet fra sykehuset når de kommer ut, og at man ikke helt har sett effekten av igangsatt behandling. Dette gjelder spesielt gamle mennesker som ofte har et sammensatt sykdomsbilde.

2.5.3 Vurdering og vedtak

Utskrevne pasienter som blir overført til et av sykehjemmene i kommunen, får automatisk vedtak om korttidsopphold på to uker. Det skriftlige vedtaket kommer gjerne i etterkant av utskrivningen, da man prioriterer at tilbudet igangsettes. Disse to ukene blir brukt til å kartlegge pasientens situasjon og hvis aktuelt, vurdere videre behandling, som enten vil bli på sykehjem eller i hjemmet. I denne fasen er det, som vi har vært inne på tidligere, viktig å kartlegge videre behov. Sykehjemmene legger da sine kartlegginger inn i Profil, og på bakgrunn av denne informasjonen bestemmer THO hvilket tjenestetilbud brukeren skal få videre.

Det har hendt at pasienter har blitt vurdert som friske nok til å komme hjem, mens det har vist seg i ettertid at pasienten burde bli værende på sykehus eller blitt sendt til sykehjem for korttidsopphold.

3 Vurdering og anbefalinger

3.1 Oppsummering og vurderinger

Revisors hovedinntrykk er at kommunen langt på vei tilbyr gode helse- og omsorgstjenester til eldre i kommunen, enten det er i hjemmet eller på institusjon. Tiltak som hverdagsrehabilitering er viktig i arbeidet med å tilby kostnads- og ressurseffektive løsninger. Det samme er ansettelse av egen pasientkoordinator som tidlig kommer i kontakt med pasienter som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan potensielt spare kommunen for mye ekstraarbeid, da det i en tidlig fase brukes tid på å tenke ut passende behandling.

Positivt er det også at kommunen har fått, og jobber med å få, etablert tidsbesparende tiltak. Vi kan for eksempel nevne at all dokumentasjon fra sykehus nå blir automatisk sendt til kommunen ved utskriving, slik at man minimerer risikoen for å måtte etterspørre manglende dokumentasjon. Et annet tiltak er planleggingen av innkjøp av håndholdte digitale enheter, som er sterkt ønsket og som vil spare hjemmetjenesten for mye tid og arbeid.

3.1.1 Hensiktsmessig styring og organisering

Hensiktsmessig styring og organisering tolker vi som at kommunen:

- Legger til rette for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tjenestetilbud
- Sikrer tilstrekkelig med fagkompetanse i tjenestene.
- Sikrer effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene.

Samhandlingsreformen medfører, som vi har vært inne på i rapporten, flere og sykere pasienter. Dette gir økt press på korttidsavdelingene og hjemmetjenesten, noe som fordrer høy kompetanse, men også effektive løsninger, samtidig som kvaliteten på tjenestene bli ivaretatt.

Vår gjennomgang viser at kommunen har satt i gang en rekke tiltak som fremmer økt kompetanse og økt bemanning, som igjen bidrar til økt kvalitet på tjenestene. Vi kan eksempelvis nevne:

- Styrket grunnbemanning med en person i hver av sonene
- Ansettelse av fysioterapeut, sykehjemsleger samt kreft- og demenskoordinator
- Arbeid med kompetansekartlegging både i hjemmetjenesten og korttidsavdeling
- Kompetansehevede tiltak som pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" og simuleringssenteret ved SiV.

Samtidig viser våre undersøkelser at kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder kartlegging og tilbud om videreutdanning. Herunder hva det trengs videreutdanning i, hvem som ønsker å ta videreutdanning og hvordan videreutdanningen skal bli gitt. Det er både behov for, og ønske blant de ansatte, at kommunen får flere spesialister innen helse- og omsorgstjenester, eksempelvis geriatri i hjemmetjenesten. Høy fagkompetanse er en forutsetning for å kunne behandle pasienter med stadig mer kompliserte sykdomsbilder, eller for å raskere kunne identifisere symptom som kan utvikle seg til å bli et stort behov.

Det kom også frem i undersøkelsen at kommunen kunne vært bedre på tverrfaglig samarbeid. Kommunen har ansatt både demens- og kreftkoordinator som jobber på tvers i hjemmetjenesten. Også innenfor andre fagområde er det rom for økt samarbeid, også på tvers av virksomhetsområdene. Kompetanse innenfor rus og psykiatri ble blant annet nevnt. Arbeid på tvers gir ikke bare gode tjenester, men kan også gi kostnadseffektive løsninger hvis man finner gode måter å jobbe tverrfaglig på.

I intervju kom det frem eksempel om mangelfull informasjon til ansatte i linjen. På faste møter med de ansatte bør det tas opp hva som skjer av endringer. Viktig informasjon må gjerne nevnes flere ganger, ettersom deltagerne på møtene varierer på grunn av turnus. Med mange deltidsansatte og begrenset tilgang til PCer kan man heller ikke være sikker på at informasjon på e-post eller på intranettet er tilstrekkelig.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester heter det at "*Alle som yter helse- og omsorgstjenester etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*". I det ligger det blant annet å bruke avvikssystemet aktivt i arbeidet med å melde inn feil eller avvik i tildeling av tjenester. Vi har blant annet hørt eksempler på pasienter som har vært for syke til å bli behandlet i hjemmet, eller pasienter som ikke har fått riktig plass eller behandlingstilbud.

Undersøkelsene viser at kommunens avvikssystem blir brukt, men vi har også hørt eksempel på avvik som ikke er blitt registrert. Hvis det er tilfelle at avvik ikke blir meldt inn, så har kommunen et forbedringspotensial her. Et viktig hjelpemiddel for THO for å kunne jobbe med kontinuerlig forbedring, er nettopp tilbakemeldinger fra utførerne. Det er også viktig at det gis tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten hvis man vurderer at en pasient har vært for syk til å bli overført til kommunen. Vi opplever at dette blir gjort, men også her kan det være rom for forbedringer.

3.1.2 Rutiner for tildeling av tjenester

I arbeidet med tildeling av tjenester skal kommunen sikre at:

- det blir etablert et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid,
- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
- et løsningsorientert samarbeid kommer på plass, slik at pasienter uten forsinkelser får et godt tilbud på riktig sted.

Kommunen har som målsetning å ha et helse- og omsorgstjenestetilbud som dekker innbyggernes nødvendige behov. Herunder skal det tilrettelegges for at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem. Det sammenfaller med BEON-prinsippet, som handler om å tilby helse- og omsorgstjenester på beste effektive omsorgsnivå. I våre undersøkelser var det tilsynelatende stor enighet om at kommunen aktivt jobber for å ivareta dette prinsippet.

Kommunen har et bestillerkontor som er ansvarlig for tildeling av tjenestene. Rutinene for tildeling som er blitt gjennomgått i denne revisjonen, fremstår som tydelige.

Samarbeidet mellom tildelingskontoret og de utøvende virksomhetene, i dette tilfelle hjemmetjenesten og sykehjemmene, fungerer tilsynelatende bra. Det ser ut til å være en større gjensidig forståelse for den enkelte virksomhets arbeidsoppgaver enn det var tidligere. Likevel er det noen forbedringsområde også her.

Forbedringsområdene går i all hovedsak ut på å sikre tilstrekkelig dokumentasjon og informasjon. Det er positivt at de enhetene vi har snakket med er oppmerksom på egne forbedringsmuligheter. Våre funn tyder på at sykehjemmene og hjemmetjenesten kan bli flinkere til å dokumentere i Profil, slik at THO lettere kan gjøre sine vurderinger og vedtak. Hvis man tidlig dokumenterer relevant informasjon vil det også kunne gi et bedre grunnlag for THO å fatte vedtak. Kommunen er allerede i gang med arbeidet, da de har etablert et Profilforum som skal se på bruken av systemet. THO kan på sin side bli mer spesifikke i sine bestillinger, slik at utfører lettere kan sette i gang (riktig) behandling.

THO ligger også på etterskudd når det kommer til utarbeiding og revurdering av vedtak. Dette er uheldig, da man risikerer at brukere ikke får det tilbudet som er best tilpasset behovet.

I intervju ble det av noen etterlyst at THO i større grad skiller mellom de ulike korttidsavdelingene når de skal tildele plass. Vi forstår det slik at det ikke er meningen at man skal skille mellom korttidsavdelingene ved Træleborg sykehjem, men ser likevel fordelene ved å kunne tilby pasienter behandling på steder som har spisskompetanse. Vi bemerket oss også at korttidsavdelingen for demente til tider har ledige plasser.

Av hensyn til ressursutnyttelse er det uheldig hvis det til tider er ledige korttidsplasser i kommunen, samtidig som det ligger utskrivningsklare pasienter på sykehus. Det bør bli kartlagt hvor ofte dette skjer, og videre om disse plassene kunne blitt benyttet av andre, for eksempel pasienter med demenslidelser som av ulike årsaker er blitt plassert på de øvrige korttidsavdelingene.

3.1.3 Tjenestetilbud

Kommunen må sikre at eldre får det tjenestetilbudet de har krav på. I det ligger det blant annet å:

- sikre at man arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet,
- tilrettelegge tjenestene slik at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem, og ha trygge og forutsigbare pasientforløp,
- planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Kommunen har tilsynelatende gode arbeidsrutiner for å sikre gode tjenester til brukerne av helse- og omsorgstjenester. Vi så blant annet at kommunen har iverksatt en rekke tiltak som blant annet går på helhetlig pasientforløp gjennom deltagelse i pasientsikkerhetsprosjektet "I trygge hender". Det foreligger også rutiner for brukermedvirkning og brukerundersøkelser, som blant annet har resultert i at hjemmetjenestene startet med gruppeinndeling av sonene i hjemmetjenesten. Ved korttidsavdelingen savnet de imidlertid flere tilbakemeldinger på oppholdet.

3.1.4 Mottak av utskrivningsklare eldre pasienter

I overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har partene ansvar for å:

- etablere et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud
- sikre god samhandling og forståelse mellom nivåene i helsetjenesten
- styrke pasientsikkerheten og pasientopplevd kvalitet
- få på plass effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene.

Det foreligger både samarbeidsavtaler og formaliserte rutiner som beskriver hvordan kommunen og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide, noe som er med på å sikre gode og effektive prosesser. Vi så også at dokumentasjon fra sykehus nå blir automatisk sendt til kommunen ved utskriving, slik at man minimerer risikoen for å måtte etterspørre manglende dokumentasjon.

I våre undersøkelser har vi ikke funnet noen avvik som gjelder mottak av utskrivningsklare pasienter. Det er imidlertid viktig å understreke viktigheten av å melde fra hvis en av partene ikke oppfylder sine arbeidsoppgaver, som for eksempel hvis viktig dokumentasjon ikke foreligger, eller pasienter har vært for syke til å bli utskrevet.

3.2 KPMGs anbefalinger

Basert på våre vurderinger anbefaler vi kommunen å iverksette følgende tiltak:

- Representanter fra THO og de utførende virksomhetene bør diskutere hvordan man kan sikre enda bedre tjenester. Partene bør blant annet vurdere hvorvidt:
 - Retningslinjer for bruk av Profil bør fornyes, slik at man får en praksis som alle enes om.
 - Vedtakene fra THO kan utformes mer spesifikk enn de blir gjort i dag.
 - Man kan gjøre mer for å effektivisere bruken av korttidsplasser i kommunen bedre, og i enda større grad sikre "rett bruker, på rett sted, til rett tid".
 - De ulike partene er flinke nok til å gi hverandre tilbakemeldinger, enten gjennom avvikssystemet eller ved hjelp av andre metoder, som for eksempel evalueringsskjema
- Alle virksomhetene bør sikre at det blir gitt opplæring i bruk av Profil som samsvarer med innholdet i gjeldende retningslinjer.
- THO ligger bak når det gjelder evaluering av eksisterende vedtak. Dette bør tas tak i. Vedtak bør revurderes årlig i tråd med rutinen.
- Vurdere om eksisterende planer for etterutdanning er tilstrekkelig utredet, og se på mulighetene for økt tverrfaglig samarbeid.

4 Uttale fra rådmannen

Mottatt på e-post fra kommunaldirektøren, 09.10.15:

"Kommunaldirektør mener at dette har vært en nyttig forvaltningsrevisjon og rapporten gir kommunen et helhetlig blikk på tjenesteområdet til de eldre. Rapporten peker på de samme utfordringsområdene som kommunen selv er opptatt av å forbedre og som vi har satt inn tiltak på."

Vedlegg 1 Mottatt dokumentasjon

Overordnet dokumentasjon

- Rapport fra Agenda Kaupang "Analyse av framtidig behov for sykehjemsplasser i kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme (TNT)", 2015
- Presentasjon fra Agenda kaupang "Oppsummering og foiler fra arbeidet med ny tildeling og iverksettelsesprosess helse- og omsorgstjenester Tønsberg kommune"
- Forvaltningsrevisjonsrapport fra Deloitte "Tilpassing til Samhandlingsreformen", 2014
- Budsjett for 2015 og årsmelding for 2014
- Overordnet samarbeidsavtale mellom Tønsberg kommune og sykehuset i Vestfold, juni 2013
- Avtale om "etablering av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i Tønsberg kommune", mars 2013
- Innføring av velferdsteknologi, saksnummer 040/15 i utvalg for helse og omsorg
- Presentasjon av tjenestområdet Helse og omsorg, av kommunaldirektør i kontrollutvalget april 2015

Sykehjemmene i Tønsberg (SIT)

- Organisasjonskart SIT
- Stillingsbeskrivelse til hhv. avdelingsledere, enhetsledere, fagrådgivere i sykehjemmene i Tønsberg.
- Arbeidsbeskrivelse for rådgiver
- Kompetanseplan
- Bemanningsoversikt
- Opplæringsplan Profil, våren 2015
- Brukermedvirkning
- KAD-opplæring
- KOST, korttid og langtid
- Legemiddelhåndtering overordnet
- Legemiddelprosedyre
- Resultat fra pårørendeundersøkelse 2014
- Registreringsansvar i pasientjournalens plan-rapport jf. sak og tjeneste
- Registreringsansvar i brukermodulen jf. sak og tjeneste
- Rutiner korttidsopphold
- Samhandling – hverdagsrehabilitering
- Samhandling – SIT (øyeblikkelig hjelp) og SIV
- Samhandling SIT – THO
- Utfordringsdokument 2014

Hjemmetjenesten i Tønsberg (HIT)

- Organisasjonskart for hjemmetjenester
- Helhetlig pasientforløp
- Hverdagsrehabilitering (samhandlingsprosedyre)
- Rutine for utarbeidelse av individuell plan
- Medisinhåndtering – overordnet prosedyre
- Målsetning for virksomhet hjemmetjenester
- Opplæringsplan
- Kompetansekartlegging
- Registreringsansvar i pasientjournalens plan-rapport jf. sak og tjeneste
- Registreringsansvar i brukermodulen jf. sak og tjeneste
- Strukturert oppfølging (sjekklister)
 - 3 dager etter hjemkomst
 - 4 uker
 - 6 måneder
- Resultat brukerundersøkelse 2014
- Stillingsbeskrivelser
- Sjekklister – akutt forverring
- Trygghetsplasser – rutine og prosedyre

Tildeling helse- og omsorgstjenester (THO)

- Organisasjonskart THO
- Kompetanseplan
- Nyansattmappe
- Flytskjema for saksbehandling
- Mandatet til Tildelingsutvalg helse og omsorg (TDU)
- Rutine korttidsopphold i institusjon
- Eksempel på søkeliste sykehjem
- Forfall sjekklister
- Prosedyre overføring til sykehjem
- Tillitsvalgte mm.
- Rutine for e-meldinger fra sykehus
- Sykehustelefon – vaktliste
- Søknadsskjema HO-tjenester med veileder
- Samhandlingsavtale mellom Tønsberg kommune og sykehuset i Vestfold (HF) om "retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra spesialisthelsetjenestene jf. overordnet samarbeidsavtale", april 2014.

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Gjennomføringen av Samhandlingsreformen startet i januar 2012, og i den forbindelse trådte en ny helse- og omsorgstjenesteloven i kraft, til erstatning for kommunehelsetjenesteloven og deler av sosialtjenesteloven. Samhandlingsreformen innebærer blant annet at kommunene får vesentlig større innflytelse over de samlede helsetjenestene, og de får virkemidler til å utvikle de kommunale tjenestene.

■ § 1-1 Lovens formål

Formålet med den nye loven er å:

- *Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne*
- *Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,*
- *Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,*
- *Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,*
- *Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,*
- *Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet*
- *Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.*

■ § 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

- *Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.*
- *Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.*
- *Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.*

■ § 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (pkt. 6).

For å oppfylle ansvaret etter §3-1 skal kommunen mellom anna tilby *Andre helse- og omsorgstjenester*, herunder:

- a. *Helsetjenester i hjemmet*
- b. *Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,*
- c. *Plass i institusjon, herunder sykehjem og*
- d. *Avlastningstiltak*

■ § 4-1 Forsvarlighet

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

- a. *Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b. *Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud*
- c. *Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tjenestetilbud, og*
- d. *Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*

■ § 4-2 Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

- *Alle som yter helse- og omsorgstjenester etter loven skal sørge for at virksomhetene arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Lov om pasient- og brukerrettigheter

■ § 2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

- *Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.*
- *Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.*
- *Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.*
- *Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.*

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

■ § 3 Oppgaver og innhold i tjenestene:

- *Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at: tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid (...).*
- *Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*
- *Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenesten.*

Samarbeidsavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF (SiV)

Formålet med avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver ved opphold i og utskrivning fra helseforetaket. Avtalen skal bidra til:

- At pasienten får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Sikre god samhandling og forståelse mellom nivåene i helsetjenesten
- Å styrke pasientsikkerheten og pasientopplevd kvalitet
- Å redusere risikoen for uheldige hendelser
- Løsningsorientert samarbeid om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten slik at pasienter uten forsinkelser får et godt tilbud på riktig sted.
- Effekt, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene. Elektronisk kommunikasjon av pasientinformasjon skal benyttes mellom HF og kommunen. Det skal kontinuerlig utvikles elektroniske kommunikasjonsløsninger mellom partene. Dersom elektroniske løsninger ikke er tilgjengelige skal papirbaserte løsninger benyttes.

Kommunen skal sørge for at utskrivningsklare pasienter overføres til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar, uavhengig av betalingsplikten

Kommunens egne målsetninger

Kommuneplanen for 2014-2016 presenterer en rekke med mål for helse- og omsorgstjenestene. Under følger de mest sentrale målene for denne rapporten:

- Prioritere forebyggende- og helsefremmede tiltak, blant annet ved å vektlegge aktiv og målrettet bruk av rehabilitering.
- Til enhver tid har et helse- og omsorgstjenestetilbud som dekker innbyggernes nødvendige behov for tjenester, blant annet gjennom å tilrettelegge tjenestene slik at innbyggerne kan bo lengst mulig i eget hjem, og ha trygge og forutsigbare pasientforløp.
- Ha større andel faglærte i helse- og omsorgstjenestene, ved å ha en kompetanseplan for alle tjenestoområdene; bare tilsette faglærte i ledige stillinger og tilby større stillinger.
- Ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder i helse- og omsorgstjenester

Kontakt oss

Siv Karlsen Moa

Partner

T +47 4063 9548

E siv.karlsen@kpmg.no

Ole Willy Fundingsrud

Prosjektleder

T +47 40 63 9692

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Ingvill Strand

Prosjektdeltager

T +47 4063 9107

E ingvill.strand@kpmg.no

kpmg.no

© 2015 KPMG AS, a Norwegian member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International Cooperative ("KPMG International").

