

# KORTTIDSPLASSER I SANDEFJORD, ANDEBU OG STOKKE

- en forløpstudie for perioden 04.09.12 – 01.12.12

Utarbeidet i januar 2013 av:



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjeneste**  
Vestfold

Rapport skrevet av: Prosjektkoordinator Anne Mette Aralt

## Innholdsfortegnelse

Innledning	side 3
1. Sammendrag	side 4
2. Bakgrunn	side 6
3. Organisering av forløpstudien	side 8
3.1 Arbeidsgruppe	side 9
3.2 Ressursgruppe	side 9
4. Kartleggingen	side 9
4.1 Deltakeravdelinger i forløpstudien	
4.2 Antall og type plasser	side 10
4.3 Målsettinger og problemstillinger for forløpstudien	side 10
4.4 Når er kartleggingen foretatt?	side 11
4.5 Hva er kartlagt?	side 11
4.6 Hvordan er det kartlagt?	side 12
5. Resultater	side 12
5.1 Antall innlagte i perioden 04.09.12- 01.12.12	side 12
5.1.1 Kommentar inneliggende pasienter pr 01.12.12	side 13
5.2 Alder og kjønn	side 14
5.3 Sykdommer og problemstillinger	side 15
5.4 Hvor kommer pasientene fra?	side 16
5.4.1 Innleggelser fra SIV	side 17
5.4.2 Avtaler	side 19
5.4.3 Når kommer pasientene til avdelingene?	side 20
5.5 Legetjenester under oppholdet	side 21
5.6 Hvor utskrives pasientene til og hvor lenge blir de i avdelingen?	side 22
5.7 Hjemmetjenester	side 24
5.8 Interne flyttinger på Nygård	side 24
5.9 Finnes det ulike typer korttid?	side 25
5.10 Identifiserte utfordringer	side 26
5.10.1 Innspill fra tidligere rapporter	side 26
5.10.2 Innspill fra deltakende avdelinger	side 27
5.11 Litt om kompetanse	side 28
6. Referanser	side 29
7. Vedlegg	side 30

## INNLEDNING

Den nasjonale "normen" har lenge vært at 15 % av sykehjemsplassene bør være korttidsplasser. "Det som imidlertid betyr noe i den praktiske hverdagen", sier forsker Tor Inge Romøren, "er antall utskrivninger per tids- og befolkningsenhet og ikke andel korttidsplasser i seg selv. Pasientsirkulasjon bestemmes i betydelig grad av pasientstrømmen i korttidssengene". God dekning av sykehjemsplasser er viktig nok, men hjelper ikke dersom man ikke har korttidsplasser som gir muligheter for inn- og utskrivninger. Dersom alle sykehjemsplassene til enhver tid er belagt med langtidspasienter, vil det uvegerlig danne seg køer.

- Hva er egentlig en korttidsplass?
- Er korttidsplassene i Sandefjord, Stokke og Andebu reelle korttidsplasser?
- Hvor lenge kan en person være på en korttidsplass?
- Skal personer med alle typer diagnoser ha korttidsplass?
- Er utnyttelsesgraden av sengene det viktigste?

Det er mange spørsmål som kan stilles. Svarene er ikke verken enkle eller entydige. De vil også kunne være forskjellige fra organisasjon til organisasjon, fra kommune til kommune og fra år til år. Det er imidlertid viktig å stoppe opp en gang imellom for å se på om den måten tjenestene fordeles på til enhver tid er til pasientenes beste. Det som ser ut til å være den rimeligste og beste løsningen ved første øyekast, er kanskje ikke det når mange faktorer sees i sammenheng.

Innføringen av Samhandlingsreformen er et tidspunkt for å ta disse drøftingene.

## 1. SAMMENDRAG

Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har laget forløpstudien etter forespørsel fra helse- og sosialsjefen i Sandefjord kommune.

Alle 5 korttidsavdelingene i Sandefjord deltar i studien.

Stokke og Andebu kommune har deltatt etter forespørsel.

Studien skal bidra til:

- Å få en samlet oversikt over hvor mange og hvilke typer pasienter som benytter seg av korttids plassene
- Å få en systematisk telling over en lengre tidsperiode av hvor lenge pasientene oppholder seg på korttids plassene
- Å få en oversikt over hvor pasientene kommer fra og hvor de blir utskrevet til
- Å få en bedre samlet oversikt over type diagnoser
- Å få et bilde av pasientflyten
- Identifisere "flaskehals" i systemet

Bestillingen inneholder ikke forslag til tiltak.

Den multisyke pasienten preger korttidsavdelingene. Omsorgen for og behandlingen av disse pasientene krever høy kompetanse, tverrfaglighet og god forvaltningskunnskap for at gjennomstrømningen i avdelingene skal bli god og oppholdet for pasientene til det beste.

297 pasienter er registrert i Sandefjord, Stokke og Andebu kommune, i perioden 04.09.12 – 01.12.12; - 144 menn og 153 kvinner. 43 av dem var under 70 år, 74 mellom 70 og 80 år, 119 av dem var mellom 80 og 89 år og 61 over 90 år. Av de over 90 år, hadde 3 også passert 100 år.

Gjennomstrømningen på korttidsavdelingene er generelt sett mindre enn planlagt fordi utredning og avklaring av enkeltpasienter tar lang tid og fordi mange langtids pasienter ikke får flyttet raskt nok. Det kan også være slik at tjenestene som pasientene trenger i hjemmemiljøet enten ikke er planlagt tidnok eller ikke er tilgjengelig.

145 pasienter kom fra SIV HF til disse korttidsavdelingene; - 10 flere fra medisinske avdelinger enn fra kirurgiske. Sykehuset skriver ut til avdelingene alle ukedager. Mange mottas i korttidsavdelingene på ettermiddager/kvelder.

221 av de registrerte pasientene var utskrevet pr 01.12.12. Av disse dro 136 hjem eller til omsorgsbolig, 23 ble utskrevet til en langtids plass i sykehjem, 15 ble utskrevet til sykehus og 30 personer døde i registreringsperioden. De resterende flyttet til annen korttidsavdeling. Hele undersøkelsespopulasjonen sett under ett, hadde gjennomsnittlig 26 liggedøgn i korttidsavdelingen.

Det er liten forskjell både sykdomsmessig og aldersmessig på de pasientene som innlegges i såkalt "avklarings seng" (se kriterier i vedlegg) på avdeling C på Nygård og andre korttidspasienter på samme avdeling. Det er også slik at denne avdelingen har mange pasienter som kunne vært innlagt i Rehabiliteringsavdelingen (Rehab). Det er derfor vanskelig å se hvorfor rehabiliteringskompetansen skal være ulik på disse avdelingene.

De interne flyttingene mellom korttidsavdelingene på Nygård utgjør ca 10 %. I tillegg kommer flyttinger internt i alle avdelingene og overflyttinger til langtid. For mange flyttinger av pasienter er ressursmessig svært krevende; - spesielt for pasienten selv, men også for personalet. Dobbeltrom er en hovedårsak til denne flytteproblematikken. Det finnes imidlertid også eksempler på flyttinger der personalkompetanse og profil på avdelingene har vært hovedårsak.

Legedekning og legeetterspørsel varierer mellom avdelingene.

Det er ulikt fokus i de ulike avdelingene i forhold til å tenke på hjemmesituasjonen, gjøre nødvendige kartlegginger og å planlegge i forhold til dette.

"Pasientflyten" er ulik fra og til de ulike avdelingene. Noe er preget av pasientgrunnlaget; andre ting kan synes å være preget av kultur, tradisjon og fokus. I en tidligere, ikke-implementert rapport utarbeidet av Unni Stensvold, foreligger det ulike forslag til rutiner som kan innarbeides for å motvirke utilsiktede forskjeller i håndtering av "pasientflyt".

Fokus på kompetanse er sentralt i planleggingen av lokalmedisinsk senter.

## 2. BAKGRUNN

I november 2010 ble det laget en prosjektrapport om "Forventet forløp korttid – hjemmesykepleie". Prosjektleder for dette arbeidet var Unni Stensvold (se referanser). Resultatene/forslagene ble ikke implementert i driften i 2011. De kan imidlertid være relevante å se på i kjølevannet av årets kartlegging.

I forbindelse med Samhandlingsreformen og derigjennom kommunens utvidede plikt til å ta imot "utskrivningsklare pasienter" fra sykehuset, ble det etablert såkalte "avklaringsenger" på avdeling C på Nygård; - i alt 5 i tallet.

Det ble i mai 2012 sluttført et utredningsprosjekt i kommunene Sandefjord, Stokke og Andebu i samarbeid med Sykehuset i Vestfold (Rapport utarbeidet av Kirsti Nyerrød: "Lokalmedisinsk senter i Sandefjord – kartlegging av behov og muligheter"). Prosjektet så på muligheten for et samarbeid om etablering av lokalmedisinsk senter i sykehusbygget i Sandefjord. Utredningsprosjektet var et ledd i kommunens forberedelse til nye lovpålagte tjenester i forbindelse med iverksettelse av Samhandlingsreformen.

Prosjektet gjennomførte noen kartlegginger av pasienter over 60 år. Det var planlagt følgende kartleggingssteder i perioden mai – august 2011:

- Nevrologisk avdeling SIV	4 uker
- Legevakt Sandefjord og Tønsberg	4 uker
- Korttidsavdeling i Sandefjord, Andebu og Stokke	12 uker
- Fastlegene	2-4 uker

Resultat: - Det ble svært få utfylte skjemaer fra SIV og ingen fra Tønsberg legevakt (gjaldt Andebu og Stokke-pasienter). I praksis ble det derfor kun utfylte kartleggingsskjemaer fra Sandefjord legevakt og korttidspasienter i sykehjem etter sykehus – i alt 80 pasienter fra de tre kommunene. I tillegg til denne gruppen på 80 personer er det kartlagt 28 personer som benyttet "avklaringsengene" i perioden 16.01.12 -15.04.12. Verken Stokke eller Andebu benyttet avklaringsengene i den aktuelle kartleggingsperioden. Alle de 28 var derfor hjemmehørende i Sandefjord.

Dataene både fra alle pasientkartleggingene og de 28 som har benyttet "avklaringsengene" på Nygård, ga viktig informasjon som må bygges videre på. Oppsummert var de som flg.:

- *"Av 28 pasienter har gjennomsnittlig liggetid i avklaringsopphold vært 5,1 døgn. Gjennomsnittlig døgnopphold på de 5 sengene totalt for alle 28 pasienter var 15,6 døgn (avklaringsopphold og påfølgende korttidsopphold). Erfaring tilsier at dette er raskere forløp enn ved ordinære korttids plasser, uten å kunne tallfeste dette nærmere.*
- *Metodikk; strukturert plan (sjekklister) for arbeidsprosesser, klare mål og tverrfaglig innsats gir tjenester av god kvalitet på kortere tid.*

- *Metoden er overførbart til ordinære korttids - og rehabiliteringsplasser.*
- *Behov for økt legeressurs 2 timer daglig hverdager, tilsvarer 2 timer/seng/uke for avklarings sengene. Dette skyldes kortere tid på inn- og utskriving, behandling, prøverekvirering, kommunikasjon med fastlege og andre.*
- *Avdekket behov for raskere blodprøveprøvesvar. Dette er løst gjennom hyppigere prøvetaking og tilgang til fortløpende elektronisk prøveanalyse.*
- *Behov for styrket sykepleierressurs, spesielt kveld og helg. Oppgavene spres på større deler av døgnet.*
- *Behov for økt fysioterapiressurs utover det som er vanlig i sykehjem. Tydelige samarbeidsrutiner mellom ulike faggrupper er viktig. Foruten å jobbe aktivt med pasienter og veilede annet personell, foreta hjemmebesøk for vurdering av behov for hjelpemidler i samarbeid med ergoterapeut.*
- *Piloten har avdekket en flaskehals i forhold til fysioterapiressurs til hinder for effektive forløp.*
- *Kortere opphold medfører at det ikke er tid til å ta tak i alle problemstillinger under oppholdet. En del av oppfølgingsansvaret overføres til fastlege via elektronisk epikrise.*
- *Inntakskriteriene har vært tydelige, men skulle disse følges strengt ville utnyttelsesgraden av sengene vært dårlig med mange ledige sengedøgn. For å utnytte sengene bedre har inntakskriteriene blitt utvidet til å omfatte utskrivningsklare pasienter med behov for korttidsopphold. Erfaringen tilsier at mindre populasjon betinger samdrift og mer fleksibel bruk av plassene for å få høyere utnyttelsesgrad. Balansen mellom høy utnyttelsesgrad og blokkering av plasser er krevende. Alternativt kan populasjonen utvides og ha mer avgrensede inntakskriter.*
- *Sandefjord kommune benytter elektronisk meldingsutveksling av pasientopplysninger etter nasjonal standard internt mellom ulike helsetjenester. Det har vært en fordel for legen tilknyttet avklarings sengene å sende e-melding til pasientenes fastlege underveis og ved utreise, for å sikre rask oppdatering og kontinuitet i medisinsk faglig behandling. Dette er foreløpig ikke mulig interkommunalt eller mellom helseforetak og kommuner.*
- *Stokke hadde ingen aktuelle pasienter i pilotperioden. Skriftlige samhandlingsrutiner er utarbeidet, men ikke uttestet. Erfaringer fra piloten er overførbare til Stokke og Andebu.*
- *Fastlegers mulighet til innleggelse i avklarings seng, som alternativ til sykehus, ble utprøvd de siste 3 ukene av pilotperioden. Målgruppen var for pasienter godt kjent av fastlege med behov for forsterket oppfølging. Begrenset liggetid inntil 3 døgn. Det var kun to henvendelser, hvorav den ene fikk opphold og fulgte forventet forløp. Tiltaket vil kunne redusere antall innleggelser i sykehus og anbefales videreført for å få mer erfaringsgrunnlag før ordningen evalueres.*

- *Metoden krever noe mer medisinteknisk utstyr enn det som er vanlig for korttidsplasser i sykehjem.*
- *Utskrivningsklare pasienter overføres noe tidligere til kommunen enn før iverksetting av samhandlingsreformen.*
- *I pilotperioden er det registrert pasientdata, indikatorer, som er nedtegnet i eget skjema. Dette gir nyttig informasjon som bør videreføres og brukes som styringsdata i forhold til videre tjenesteutvikling.*
- *Dobbeltrum har vært en begrensende faktor i forhold til inntak med «feil kjønn». Dobbeltrum svekker fleksibel bruk av sengene.*
- *Flertallet av de 28 pasientene i avklarings sengene var multisyke med 1-4 diagnoser.*
- *De fleste pasientene (20 av 27) ble overført fra medisinsk avdeling.*
- *En fjerdedel reiste rett hjem etter 5 døgn, men litt mer enn halvparten reiste hjem etter korttidssopphold i forlengelse av avklaringsoppholdet.*
- *Det er utviklet nære samarbeidsrelasjoner mellom partene som kan utvikles videre. Prosjektet anbefaler at Andebu og Stokke får mulighet til å kjøpe avklaringsenger ved Nygård frem til 2016 dersom kommunenes egen tiltakskjede ikke kan gi forsvarlig tilbud på grunn av mangel på kompetanse eller medisinteknisk utstyr. Samarbeidet må i tilfelle formaliseres i en forenklet samarbeidsavtale.”*

Ifølge statistikk fra SIV for 2010 utgjorde henvisninger fra Sandefjord, Stokke og Andebu ca 25 % av innleggelse i sykehuset mens de tre kommunene utgjør snaut 27 % av befolkningen. Helse- og sosialsjefen i Sandefjord kommune ønsket ytterligere informasjon, - spesielt om bruken av korttidsplassene generelt og hvordan ”avklarings sengene” skal inngå som et smidig tjenestetilbud sammen med øvrige allerede etablerte tilbudene for alle aktuelle pasientkategorier – både i og utenfor institusjon.

I juni 2012 ba derfor helse- og sosialsjefen Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT) om å lage en forløpstudie der alle korttidsplasser i Sandefjord skulle inngå. Stokke og Andebu fikk invitasjon til å delta og har ønsket det.

Høsten 2012 viser statistikken at det i september ble utskrevet 123 personer fra SIV til Sandefjord. Tallene for oktober og november var henholdsvis 140 og 146. I tillegg kommer de pasientene som legges inn og hvor sykehuset ikke tror det blir behov for kommunale tjenester i etterkant.

### **3. ORGANISERING AV FORLØPSSTUDIEN**

Det er ikke laget en formell prosjektorganisering for denne kartleggingen., - kun etablert en arbeidsgruppe og en ressursgruppe.

#### **3.1 Arbeidsgruppe**

Det ble allerede i juni dannet en arbeidsgruppe med 1 representant fra hver av de berørte



avdelingene. Fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT) har Henriette Ruud og Anne Mette Aralt deltatt. Sistnevnte er ansvarlig for at kartleggingen gjennomføres innenfor de rammene som er skissert av ledelsen i helse- og sosialetaten og USHT.

Som arbeidsgrupperepresentanter ble følgende personer oppnevnt i samråd med ledelsen:

- Avd. B1 på Lunden senter for demente : sykepleier 1 Monica Reistad
- Avd. rehabilitering på Nygård: sykepleier 1 Kjersti Schanche
- Avd. G på Nygård : sykepleier 1 Torill Kristiansen
- Avd. C på Nygård: sykepleier 1 Alexandra Berthling-Hansen
- Avd. E på Nygård – lindrende enhet: avd.leder og nåværende fungerende seksjonsleder May- Lisbeth Graff
- Soletunet sykehjem i Stokke kommune avd. Soltoppen og Solstua – fagsykepleier Marit Dale Petersen
- Andebu sykehjem - leder sykehjem Ferri Adloo og sykepleier 1 Ragne Håland
- USHT: prosjektmedarbeider Henriette Ruud og prosjektkoordinator Anne Mette Aralt

Arbeidsgruppen har hatt 4 møter.

### **3.2 Ressursgruppe**

I tillegg til arbeidsgruppens deltagere har følgende personer deltatt som ressurspersoner for gjennomføringen av arbeidet:

- Seksjonsleder /leder USHT Anny-Elisabeth Hanedalen
- Leder av utredningsavdelingen Gerd Numme/Ingelin Tangestuen
- Pasientkoordinator Kirsti Nyerrød
- Avdelingsleder Gunn- Heidi Schrøder
- Lege Nygård sykehjem Ragnhild Eikaas Bøhm

Ressursgruppen har hatt 2 møter. I tillegg har de mottatt referat fra arbeidsgruppemøtene og kunnet kommentere prosessen.

## **4. KARTLEGGINGEN**

### **4.1 Deltakeravdelinger i forløpsstudien**

Korttidsavdelinger i Sandefjord:

- Avd. B1 på Lunden senter for demente
- Avd. rehabilitering på Nygård
- Avd. G på Nygård
- Avd. C på Nygård
- Avd. E på Nygård – lindrende enhet

Korttidsavdelinger i Stokke:

- Soltoppen: avdeling for rehabilitering og lindring v/Soletunet sykehjem
- Solstua: tilrettelagt avdeling for demens v/Soletunet sykehjem

Korttidsavdeling i Andebu:

- Rehabiliteringsavdelingen v/Andebu sykehjem

#### **4.2 Antall og type plasser**

Det er både lovteknisk og til dels også faglig en forskjell på "korttids plass" og "avlastnings plass". Et korttidsopphold er et tidsavgrenset/ ikke varig opphold der personalet målrettet skal bidra til kartlegging, vurdering og oppfølging av brukers omsorgsevne ved hjelp av tverrfaglig samarbeid. En "korttids plass" skal være en behandlings/omsorgsplass hvor utgangspunktet er pasientens eget behov. Det kan tas en fastsatt egenbetaling pr. døgn for en slik plass.

En "avlastnings plass" skal være en bistand til pårørende og skal være et gratis tilbud. Avd. G på Nygård har i praksis flere "avlastnings plasser". Det er ikke formelt et definert antall. Det samme gjelder Soletunet og Andebu sykehjem.

Antall korttids plasser kan være vanskelig å definere og blir derfor ikke helt entydig. Dette henger blant annet sammen med at det kan være personer som kommer inn på en korttidsavdeling ikke kan utskrives igjen, men blir værende i påvente av en plass på en definert langtidsavdeling. Disse personene kan blokkere plasser i kortere eller lengre tid. Så lenge det opereres med dobbeltrom kan også dette forrykke antall plasser. Dobbeltrom kan f.eks ikke brukes ved terminalpleie, smitte, sterk uro/ svært vanskelig håndterbar atferd eller til personer med ulikt kjønn.

Pr. november 2012 er det imidlertid lagt til grunn at:

- Avd. BI skal ha 6 plasser (i realiteten 5 på grunn av 1 langtidsbeboer)
- Avd. rehabilitering har 11 plasser
- Avd. G har 11 plasser
- Avd. C har 27 plasser hvorav 5 avklaringsenger
- Avd. E har 9 plasser (i realiteten 8 på grunn av 1 langtidsbeboer)
- Stokke kommune har 10 plasser på Soltoppen og 1-2 plasser på Solstua
- Andebu 14 døgnplasser

#### **4.3 Målsettinger og problemstillinger for forløpstudien**

Studien skal bidra til:

- Å få en samlet oversikt over hvor mange og hvilke typer pasienter som benytter seg av korttids plassene

- Å få en systematisk telling over en lengre tidsperiode av hvor lenge pasientene oppholder seg på korttidsplassene
- Å få en oversikt over hvor pasientene kommer fra og hvor de blir utskrevet til
- Å få en bedre samlet oversikt over type diagnoser
- Å få et bilde av pasientflyten
- Identifisere "flaskehals" i systemet

Hva såkalte "flaskehals" består i, vil sannsynligvis kunne variere fra tjenesteområde til tjenesteområde – og fra kommune til kommune. Helse- og sosialsjefen antok at det likevel vil kunne være noe å lære for flere kommuner hvis studiet ble gjennomført på en systematisk og veldokumentert måte. Det vil uansett være viktig å minimalisere "flaskehals" og sårbare områder – ikke minst med tanke på det utvidede mandatet kommunene har fått i forbindelse med innføringen av den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven.

Det er en hypotese at systematiseringen av dataene og gjennomgangen av pasientforløpene sannsynligvis vil avdekke områder som må arbeides videre med – muligvis også som avgrensede prosjekter.

#### **4.4 Når er kartleggingen foretatt?**

Som nevnt, ble oppdraget fra helse- og sosialsjefen gitt til USHT i juni 2012. Det ville være vanskelig for avdelingene å finne tid til å registrere på sommerstid. Det ble derfor besluttet at kartleggingen skulle foretas i perioden 04.09.12 – 01.12.12. Alle inneliggende pasienter på korttidsplassene pr 04.09.12 ble registrert selv om de var innlagt forut for 04.09.12. På samme måte er alle inneliggende pasienter pr 01.12.12 også registrert selv om utskrivningen skjedde etter den tid. Denne måten å registrere på, vil bety noe for gjennomsnittlig antall liggedøgn. Det er imidlertid lite som tyder på at det vil være noen systematisk forskjell på dem som var inneliggende i september og de pasientene som var inneliggende i overgangen fra november og desember.

#### **4.5 Hva er kartlagt?**

Som det framkommer i skjemaet (se vedlegg), gjelder registreringene faktiske opplysninger om pasientene, hvor de kommer fra og hva de blir utskrevet til. Alle opplysninger er selvsagt anonymisert. I tillegg har vi vært interessert i å få et bilde av samhandlingen med sykehuset på den ene siden og hjemmetjenesten på den andre. Det har vært et fokus å få et bilde av hvorvidt de inngåtte avtalene mellom kommunene og sykehuset blir overholdt. Pasientflyten har vært tema – både internt og i forhold til de mest sentrale samarbeidsinstansene.

#### **4.6 Hvordan er det kartlagt?**

Det utarbeidede skjemaet er laget av USHT i samarbeid med arbeidsgruppa. Avdelingene har fått papirversjon av skjemaene og fylt ut alle manuelt. USHT v/prosjektmedarbeider

Henriette Ruud og prosjektkoordinator Anne Mette Aralt har plottet alle opplysningene fra alle skjemaene inn i en excell-oversikt. Det er en fordel at ikke for mange personer plotter inn resultater da det alltid vil være rom for ulike tolkninger av svaralternativer.

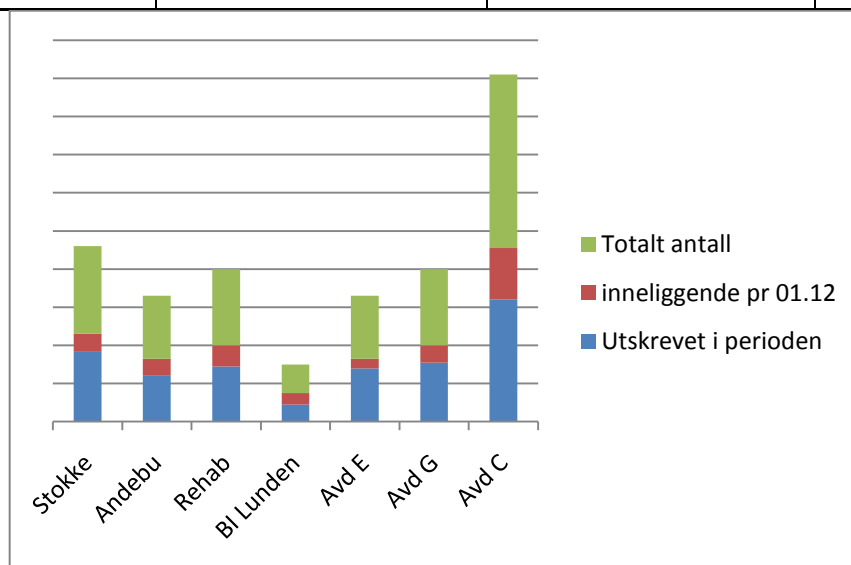
Det har vært tett dialog med både avdelingene og de representantene fra avdelingene som har deltatt i prosjektgruppa. I tillegg har vi hatt 4 møter i arbeidsgruppen (se denne) hvor ulike problemstillinger knyttet til kartleggingen har vært drøftet. Ett av møtene har vært viet spørsmålet om flaskehals. Prosjektkoordinator har deltatt en dag i Utredningsavdelingen.

Ressursgruppen har hatt to møter og underveis fått seg forelagt problemstillinger og spørsmål til videre drøfting.

## 5. RESULTATER

### 5.1 Antall innleggelser i perioden 04.09-01.12.12

	Utskrevet i perioden	inneliggende pr 01.12	Totalt antall
Stokke	37	9	46
Andebu	24	9	33
Rehab	29	11	40
Bl Lunden	9	6	15
Avd E	27	5	32
Avd G	31	9	40
Avd C	64	27	91
Sum	221	76	297



### 5.1.1 Kommentarer Inneliggende pasienter pr. 01.12.12:

Som det framgår av pkt 4.2, er avdeling BI definert til å ha 6 korttidsplasser. En av de inneliggende pasientene har vært svært lang tid på BI. I realiteten er det derfor slik at BI i registreringsperioden kun har hatt 5 korttidsplasser.

Avdeling E hadde på grunn av dødsfall og andre omstendigheter, tre ledige senger pr 01.12.12.

Avdeling Rehab hadde 11 pasienter innlagt pr 01.12.12 slik den avdelingen er dimensjonert for.

Avdeling C skal ha 27 korttidsplasser. Pr. 01.12.12, var 13 av disse belagt med pasienter som har langtidsvedtak og ventet på overføring til en langtidsavdeling. I realiteten var det derfor kun 14 korttidsplasser der i sirkulasjon ved begynnelsen av desember.

Av avdelingens 27 plasser, har som nevnt, 5 plasser vært definert som "avklaringsenger". Dette er senger som er tenkt forbeholdt akutte innleggelser fra sykehuset og hvor bemanningen skal være høyere både på lege og pleiesiden. Stokke har kjøpt en andel av disse plassene.

I registreringsperioden har i alt 24 personer blitt lagt inn i avdelingen via "avklaringsengene". 19 av disse gjelder utskrevne pasienter. Henholdsvis 15 av 24 og 12 av de 19 er overført til "ordinær" korttid." Stokke har benyttet seg av "avklaringseng" ved en anledning.

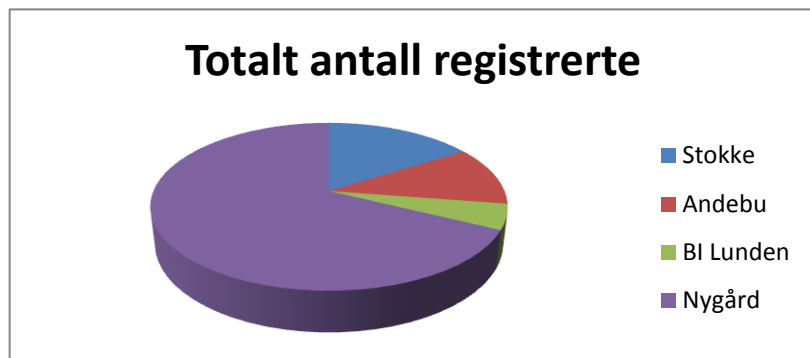
Avdeling G hadde 9 innlagte ved månedsskiftet november/desember.

På Soletunet sykehjem i Stokke er det en avdeling for lindring og rehabilitering med 10 definerte plasser (Soltoppen) samt 1-2 plasser på Solstua som er en avdeling tilrettelagt for demente. Et par pasienter er overført mellom Solstua og Soltoppen. En pasient er i perioden overført fra korttid til langtid og samtidig beholdt plassen i avdelingen. I praksis har derfor Soltoppen pr primo desember 9 korttidsplasser i sirkulasjon.

Andebu har en rehabiliteringsavdeling med 11 rom. I perioder benyttes 3 rom som dobbeltrom. Antallet korttidsplasser varierer derfor mellom 11 og 14. I tillegg har kommunen 1-2 dagplasser.

Som vi ser av nedenstående tabeller, har det vært i alt 203 innleggelser på Nygård i kartleggingsperioden og 15 på BI på Lunden. Stokke kommune har hatt 46 og Andebu 33. Utskrevne pasienter i samme periode er henholdsvis 151 fra Nygård, 9 fra BI på Lunden, 37 i Stokke kommune og 24 i Andebu kommune.

	Totalt antall registrerte
Stokke	46
Andebu	33
BI Lunden	15
Nygård	203



## 5.2 Alder og kjønn

Kjønnsfordelingen:

	Mann	Kvinne	Totalt antall registrerte
Stokke	23	23	46
Andebu	11	22	33
Rehab	23	17	40
BI Lunden	7	8	15
Avd. E	20	12	32
Avd. G	24	16	40
Avd C	36	55	91
<b>Totalt</b>	<b>144</b>	<b>153</b>	<b>297</b>

Aldersfordelingen:

	Under 60	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 -99	100	
Stokke	1	3	9	20	13		46
Andebu	1	4	6	13	9		33
Rehab	6	2	12	15	5		40
BI Lunden		3	1	11			15
Avd. E	4	9	7	9	3		32
Avd. G	0	0	12	23	5		40
Avd C	1	9	27	28	23	3	91
<b>Sum</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>74</b>	<b>119</b>	<b>58</b>	<b>3</b>	<b>297</b>

### 5.3 Sykdommer og problemstillinger

De aller fleste pasientene som kommer til korttidsavdelingene, kan karakteriseres som multisyke. De fleste er registrert med mellom 5 og 10 ulike diagnoser. Det kan være vanskelig å sortere mellom "hoveddiagnoser" og "bidiagnoser" selv om innleggelsesårsak og/eller problemstilling er forsøkt definert.

Under 10 % av de registrerte, er oppført med 1 diagnose. Også blant disse er det sannsynligvis flere som har ytterligere diagnoser hvis journalene granskes nøye nok.

Hvis vi benytter diagnoseregistreringene som utgangspunkt for "sortering", er det vanskelig å se noen systematisk forskjell mellom dem som er innlagt i "avklaringsengene" i forhold til "ordinære korttidspasienter" på avd. C. Det støttes også av det faktum at over halvparten av de pasientene som har vært innlagt via avklaringsengene, er overført til ordinære korttidsplasser i etterkant.

Underveis i registreringsperioden, er det også slik at fra å definere avklaringsperioden til kun 5 døgn, ble den utvidet til inntil 14 dager. Bakgrunnen for dette, var nettopp det faktum at det var vanskelig å få til en forsvarlig plan for videre behandling i løpet av kun 5 døgn for de fleste pasientene. Diagnosespekteret og problemstillingen er for sammensatt.

Det er også slik at avd. C har mange av den samme "typen" pasienter som Rehab, mens Rehab på sin side har pasienter som er somatisk mindre dårlige.

Det vanskelig å se noen systematisk forskjell mellom diagnosespekteret mellom avd. C og Andebu og Stokke. Det er imidlertid naturlig nok slik at avd. C har flere sykere pasienter parallelt.

Det har vært mye fokus på håndtering av KOLS og andre diagnoser med lungerelaterte symptomer. På avd. C har ca ¼ av pasientene registrerte diagnoser som kan komme i denne kategorien. Stokke og Andebu har få med disse diagnosene. Mental svikt/demens/demenslignende tilstander er svært utbredt. Avd. G har mange pasienter hvor dette er hovedproblemer og hvor de fysiske plagene mindre fremtredende.

Avd. BI på Lunden og Solstua i Stokke er som nevnt, definert som avdelinger tilrettelagt for demente. Også her ser vi at mange av pasientene har flere tilleggsdiagnoser. Til forskjell fra de øvrige avdelingene, er det slik at demens/atferdsproblematikken i de fleste tilfellene definert som den dominerende årsaken til innleggelsen. Men også her er det unntak.

På den annen side viser det seg at også de andre korttidsavdelingene har et relativt stort antall med demenstilstander og i noen grad utagerende atferd. Uttalt demens og store atferdsforstyrrelser er vanskelig håndterbart i korttidsavdelinger.

Det er ikke slik at de avdelingene som har færrest innleggelser fra sykehus, har flere

pasienter med færre diagnoser. Det synes imidlertid der å være mer avklart for flere hva som er hovedmålet for oppholdet.

#### **5.4. Hvor kommer pasientene fra?**

Av alle de 91 pasientene som er registrert på avd. C kommer 20 fra privat eid bolig, 5 fra kommunalt eid bolig, 56 fra SIV, 3 fra spesialsykehus (Radiumhospitalet og Kysthospitalet), 6 fra andre avdelinger på Nygård og 1 fra Stokke kommune. Innleggelsene kommer fra svært mange ulike avdelinger på sykehuset; - flest fra avdeling 6 C som er en ortopedisk avdeling.

Avd. G får definitivt de fleste pasientene fra hjemmet. Der er også mange på rullerende avlastningsopphold. I registreringsperioden er det 18 slike opphold, - fordelt på 15 personer. 1 person er overflyttet fra annen avdeling på Nygård.

Av de 32 registrerte pasientene på avd. E, kommer i alt 15 pasienter fra SIV, 2 fra spesialsykehus og 2 pasienter er overført fra annen Nygård-avdeling.

Til Rehab kommer de fleste fra sykehus, - i alt 23 fra SIV, 1 fra annet regionalt sykehus og 3 fra spesialsykehus. Det kan også synes som de også får de "riktige" pasientene – altså pasienter med et reelt rehabiliteringspotensiale. I alt 9 av 40 pasienter er overflyttet fra annen avdeling på Nygård. Kun 5 kommer direkte fra hjemmet.

Til BI på Lunden kommer de fleste fra hjemmet. 6 av 15 er innlagt fra kommunal bolig/eldresenter, - 4 fra privat bolig. 1 pasient kom flyttende fra annen kommune, 1 fra spesialsykehus og 1 fra SIV. 2 pasienter er overflyttet fra Nygård.

Av Stokke kommunes 46 registreringer kommer 25 personer fra SIV. Innleggelsene er godt spredt på ulike sykehusavdelinger. 2 pasienter er internt overført og 1 pasient kom tilbake fra Nygård etter korttidsinnleggelse på "avklarings seng". 16 pasienter kom hjemmefra.

Til Andebu kom 13 pasienter fra sykehus, 2 fra spesialisthelsetjenesten og 1 fra annen kommune. De øvrige kom fra hjemmet. Også her er det ulike typer sykehusavdelinger som oversender pasienter.

Som vi ser av nedenstående tabeller, har avd. C det største antall innleggelse fra SIV både faktisk og i prosent. Rehab og Stokke kommune ligger ganske jevnt med en innleggelse mellom 50 og 60 % fra SIV. Avd. G har det laveste antallet innleggelse prosentvis.

Naturlig nok, vil innleggelse fra SIV til BI på Lunden kun være unntaksvis.

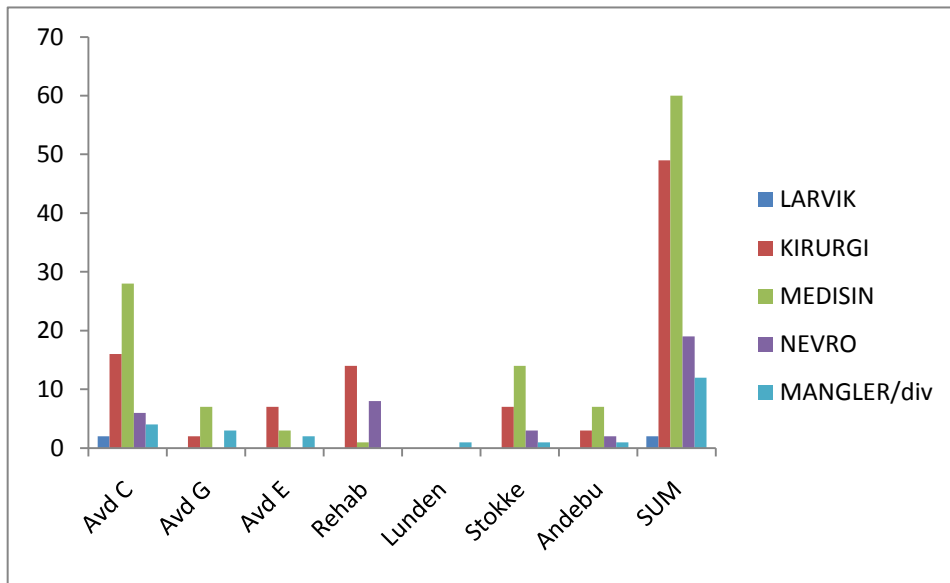


### 5.4.1 Innleggelser fra SIV

KIRURGI						
	2A -	2B -	3A -	6C -øre/	7A - urologi/	
	gastro	onkologi	ortopedi	nese/hals	gynekologi	
			kar	ortopedi		
Avd C	3	2	1	9	1	16
Avd G				2		2
Avd E	2	4		2	1	9
Rehab	1			13		14
Lunden						0
Stokke	1	1	1	4		7
Andebu				3		3
	7	7	2	33	2	51

MEDISIN							NEVROLOGI		
	5A -	7B - nyre og	5 - BC	2C -	5C -	7C -	3 C -	Mangler	
	lunge	hematologi	hjerter	geriatrik	overv.	infeksjon	nevrologi	eller	
				mottak				annen	
							avd		
Avd C	7	5	7	4	1	4	6	4	38
Avd G	3		1	3				3	10
Avd E	2	2						2	6
Rehab				1			8		9
Lunden								1	1
Stokke	2	3	2	5		2	3	1	18
Andebu		1		2		4	2	1	10
	14	11	10	15	1	10	19	12	92

	LARVIK	KIRURGI	MEDISIN	NEVRO	MANGLER/div	SUM
Avd C	2	16	28	6	4	56
Avd G	0	2	7	0	3	12
Avd E	0	9	4	0	2	15
Rehab	0	14	1	8	0	23
Lunden	0	0	0	0	1	1
Stokke	0	7	14	3	1	25
Andebu	0	3	7	2	1	13
<b>SUM</b>	<b>2</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>145</b>



	Fra SIV	Total registrert	Prosent innlagt fra SIV
<b>Avd C</b>	56	91	61,5 %
<b>Avd G</b>	12	40	30 %
<b>Avd E</b>	15	32	47 %
<b>Rehab</b>	23	40	57,5 %
<b>Lunden</b>	1	15	6,5 %
<b>Stokke</b>	25	46	54 %
<b>Andebu</b>	13	33	39,5 %
<b>SUM</b>	145	297	49 %

Som det fremgår under punkt 2, viser utskrivningstallene fra SIV at det i perioden f.o.m september t.om november 2012 ble utskrevet 409 personer til Sandefjord kommune. De tilsvarende tallene for Andebu var 46. Stokke kommune har ikke systematisk registrert de pasientene som kom direkte til hjemmet; - verken de som trengte tjenester i hjemmet eller de som klarte seg selv. Summert opp i ettertid, er Stokke kommet til at 61 pasienter som trengte kommunale tjenester, ble utskrevet fra SIV i kartleggingsperioden.

**Andel av pasienter til korttid sett i forhold til utskrevne pasienter fra SIV med behov for tjenester:**

	Fra SIV totalt sept - desember	Fra SIV til korttid sept - desember	Prosent til korttid
<b>Sandefjord</b>	409	107	26 %
<b>Andebu</b>	46	13	28 %
<b>Stokke</b>	61	25	41 %
	516	145	

#### 5.4.2 Avtaler

Som det framgår av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1, er den en plikt for kommuner og Helseforetak å inngå forpliktende avtaler. Avtalenes innhold framgår av lovens § 6-2. I Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 2001-11-18-1115, er det skissert hvordan varslingen om utskrivningsklare pasienter skal foregå, når det skal skje og hva varslet skal inneholde. Forskriften definerer også hva en "utskrivningsklar pasient" er og hvilke plikter kommunen har. I de inngåtte delavtalene framgår det at utskrivning av en pasient som hovedregel skal gjøres så tidlig på dagen som mulig og at en varsling av en utskrivning normalt skal skje på dagtid og innen kl. 15.00. Avdelingene er derfor spurt om innleggelsestidspunkt. Dette er oppsummert under pkt. 5.4.2.

Elektronisk meldingsutveksling er pr i dag kun i et pilotprosjekt mellom Sandefjord kommune og 2 avdelinger på SIV. Det er derfor manuelle rutiner og papirversjon som er gjeldende forøvrig. En ny utfordring for kommunen er håndteringen av all informasjon fra sykehuset. Dette medfører mye papir og rutinearbeid for å holde oversikt og å sikre tilstrekkelig informasjonsflyt med alle samarbeidspartnere.

Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. forskrift om pasientjournal § 9. Delavtalen presiserer at oppdatert legemiddelliste skal følge pasienten utskrivningsdagen og samtidig sendes innleggende eller henvisende helsepersonell samt pasientens fastlege. Alle nødvendige medisinske opplysninger, sykepleiesammenfatning og eventuelle andre rapporter om videre behandling av pasienten i kommunen skal også følge pasienten.

Vi har spurt avdelingene om slik informasjon har fulgt pasientene. Den generelle tilbakemeldingen er at dette har bedret seg betraktelig i løpet av 2012 – fra svært

mangelfullt vinteren 2012 til adskillig bedre nærmere sommeren. I løpet av vår registreringsperiode er det i alt 17 anmerkninger til dette fra avdelingene på Nygård. I tillegg er det anmerkninger knyttet til et par innleggelses fra sykehus utenfor fylket. I alt vesentlig gjelder anmerkningene mangel på epikriser, behandlingsavklaringer og medisinsk klarheter.

Fra Stokke er det 5 anmerkninger knyttet til ulike forhold så som epikrisemangler, utstyrsmangler og mangler knyttet til medisiner.

Fra Andebu er det 4 anmerkninger som mest dreier seg om feil på medikamenter og epikriser.

### **5.4.3 Når kommer pasientene til avdelingene?**

Innleggelsene fra SIV til Andebu kom alle ukedager (også lørdag og søndag), men tendensen viser at det er flest innleggelses på tirsdager. Torsdager kommer det flest pasienter totalt sett. Onsdager er de absolutt færrest innleggelses totalt sett, - ingen fra SIV.

De registreringene som er gjort på klokkeslett mottatt i avdeling, viser at de desidert fleste ble mottatt før kl. 15.00. Dette gjaldt også innleggelses fra SIV. De få som kom senere på dagen, var fordelt på alle ukedager og fra flere ulike avdelinger.

Også Innleggelses til Stokke kommune viser en jevn fordeling over alle ukens hverdager. Ingen er mottatt i helgen. Mottakstidspunktene viser imidlertid en helt annen tendens i Stokke enn i Andebu. Hele 88% av de som kom til Soletunet fra SIV, er mottatt etter kl. 15.00. De kommer fra nesten alle typer avdelinger.

Av de 12 pasientene som kom fra sykehuset til avdeling G, er det en jevn fordeling på onsdager, torsdager og fredager som innleggelsesdager. Kun 1 er innlagt en tirsdag. Totalt sett kommer imidlertid de fleste til G på onsdager – i alt 20 personer.

Personer som kommer fra hjemmet, kommer i all hovedsak før kl. 15.00. Fra SIV kom imidlertid 8 av 12 etter kl. 15.00. Også her viser det seg at det ikke er noe mønster i hvilke avdelinger på SIV som skriver ut pasienter sent på dagen.

Til avdeling E, kom det 15 pasienter fra SIV. De fleste av disse kom på tirsdager og etter kl. 15.00. De øvrige pasientene kom fordelt på de andre hverdagene unntatt torsdag.

De øvrige pasientene som er registrert, var godt fordelt på alle ukedager (minus søndag) og i alt vesentlig mottatt før kl. 15.00.

Av de 23 som ble innlagt fra SIV på Rehab., kom desidert flest tirsdager og onsdager, men også 3 kom i helgedagene. Alle de tre som kom lørdag/søndag, ble innlagt etter kl. 15.00. Av de 21 pasientene som er registrert med innleggelses klokkeslett, er hele 16 personer mottatt etter kl. 15.00. Siden Rehab mottar de fleste fra nevrologen og avd 6 c på SIV, vil de sene innleggelsene i all hovedsak komme derfra.

Av de resterende 17 personene, kom 9 fra andre avdelinger på Nygård. Disse kom i hovedsak før kl 15.00. Det gjorde også de pasientene som kom direkte fra hjemmet.

Til avdeling C kommer det pasienter fra sykehuset jevnt over på alle hverdagene; - men litt flere på mandager og onsdager. Av de registreringene som er gjort med klokkeslett, er det 26 personer som er mottatt etter kl. 15.00 fra ulike avdelinger.

Flertallet av de øvrige innleggelsene kommer før kl. 15.00.

Det generelle bildet er at det er vanskelig å si at noen spesielle avdelinger ved SIV sender ut sine pasienter senere enn andre avdelinger. Det er mulig det også er forhold ved mottaksavdelingene ved sykehjemmene som påvirker tidspunktene for når pasientene ankommer.

### 5.5. Legetjenester under oppholdet

Det er bedt om registrering av ekstra tilkalling av legeressurser under korttidsoppholdet.

”Bistand utover tjenestetid” betyr i denne sammenhengen henvendelser som er gjort til sykehjemslegene utover avtalt arbeidstid.

	Legevakt	Fastlege	Bistand utover tjenestetid	Sum ulike henvendelser
Stokke	4	1	6	11
Andebu	1	15	23	39
BI - Lunden	12	5	4	21
Avd C	1	2	9	12
Avd G	0	0	4	4
Avd E	0	0	11	11
Rehab	7	0	40	47
SUM	25	23	97	145

Ved henvendelse til lege/avdeling C, er det godtgjort at antall henvendelser til lege utover tjenestetid fra avdeling C er for lavt. På tross av dette, viser tabellen en tendens som bekreftes som riktig.

Som vi ser, er det svært ulikt hvor mange henvendelser avdelingene mener det er behov for å gjøre utover det som er avtalt av legeressurser. Det er også slik at det svært ulikt hvor store legeressurser som er tilgjengelig og hvilket pasientgrunnlag avdelingene har hatt. Det er også forskjellig hvilken kompetanse som ellers er tilgjengelig. Dette gjelder ikke minst kompetanse og mulighet til å håndtere mental svikt og utagering.

## 5.6 Hvor utskrives pasientene til og hvor lenge blir de i avdelingen?

	hjem	sykehus	langtid	korttid	demensbolig	omsorgsbolig	mors	sum
Andebu	20	1	1	1	0	0	1	24
Stokke	24	3	5	1	0	2	2	37
BI Lunden	0	0	6	0	3	0	0	9
Avd C	39	4	2	8	0	1	10	64
Avd G	16	2	9	2	0	0	2	31
Avd E	9	2	0	1	0	0	15	27
Rehab	20	3	0	4	0	2	0	29
Sum	128	15	23	17	3	5	30	221

Som tidligere nevnt, har Stokke to ulike avdelinger som benyttes; - Soltoppen og Solstua. De 37 pasientene fra Stokke fordeler seg på flg. måte på de to avdelingene:

	hjem	sykehus	langtid	korttid	demensbolig	omsorgsbolig	mors	sum
Soltoppen	19	1	4	0	0	2	2	28
Solstua	5	2	1	1	0	0	0	9
Stokke	24	3	5	1	0	2	2	37

Som vi ser, er det 17 overflyttinger til korttid; – altså fra korttid til korttid. 15 av disse er internt på Nygård.

23 er overflyttinger til langtid. Av de 17 som gjelder Sandefjord, er 12 av disse internflyttinger på Nygård, 3 til Lunden og 2 til Kamfjordhjemmet. (se ellers pkt. 5.8 - internflyttinger).

Som vi så over, er 145 personer overført fra sykehus til korttid, - kun 15 er overført motsatt vei. Dette er på tross av at pasientene er multisyke med svært mange diagnoser.

De 23 som allerede er overført langtidsavdeling i tillegg til de ca 20 personene som lå på korttidsavdeling pr 01.12.12 i påvente av langtid, er med på å underbygge at svært mange pasienter har store behov for helse- og omsorgstjenester. Det er i denne undersøkelsen ikke kartlagt hvor mange som får langtidsplass direkte fra hjemmet.

30 er døde mens undersøkelsen pågikk, - 27 av disse døde på Nygård.

Reinnleggelser har vært et tema i høst. Reinnleggelser er, i tråd med internasjonal sedvane, definert som enhver etterfølgende akutt innleggelse som skjer mellom åtte timer og 30 dager etter utskrivelse.

Antall reinnleggelser fra korttidsavdelingene til SIV lavt. Det antallet som faktisk blir reinnlagt, anses å være et helt nødvendig minimum. Når vi ser bort fra dem som er på

rullerende avlastningsopphold eller måtte ha vedtak om rullerende korttidsplass, er reinnleggelsene som skjer fra hjemmet i all hovedsak basert på at det har skjedd nye hendelser/oppstått nye situasjoner som gir grunnlag for nye vurderinger.

Det kan oppleves som påfallende at det ikke er noen som er utskrevet til hjemmet fra BI. I praksis betyr det at pasientene er svært dårlige. Dette faktum sett i sammenheng med at gjennomsnittlig antall liggedøgn også er høyt, viser at det er mange pasienter der som i realiteten venter på langtids plass. Den spesielle kompetansen som ansatte på BI har, kommer på den måten få til gode.

Liggedøgn for utskrevne pasienter:

	Liggedøgn	Utskevne pasienter	Gjennomsnitt
<b>Andebu</b>	486	24	Ca 20 døgn
<b>Stokke</b>	861	37	Ca 23 døgn
<b>BI Lunden</b>	372	9	Ca 41 døgn
<b>Avd C</b>	1907*	64	Ca 30 døgn
<b>Avd G</b>	664	31	Ca 21 døgn
<b>Avd E</b>	510	27	Ca 19 døgn
<b>Rehab</b>	1013	29	Ca 35 døgn
<b>Sum</b>	5813	221	Ca 26 døgn

\*Inklusive avklarings sengene

Som tidligere nevnt, har 24 personer vært innlagt på avklarings seng, - 19 av disse ble utskrevet i kartleggingsperioden. Gjennomsnittlig liggetid for dem som er utskrevet fra avklarings seng, har vært 6,5 døgn. 12 av de 19 er overført til ordinær korttid.

Avdeling Soltoppen i Stokke hadde 718 liggedøgn fordelt på 28 utskrevne pasienter. Dette gir et gjennomsnitt på 26 liggedøgn. Avdeling Solstua hadde 143 liggedøgn fordelt på 9 utskrevne pasienter. Det gir et gjennomsnitt på ca 16 liggedøgn.

Av de utskrevne pasienter har dette antallet vært inneliggende i over 20 døgn:

- 7 av Andebus pasienter.
- 18 av Rehabs pasienter
- 16 av Stokkes pasienter
- 10 av avd. G's pasienter
- 9 av avd. E's pasienter
- 35 av avd. C's pasienter
- 6 av BI 's pasienter

Av de inneliggende pasientene pr 01.12.12 har både Stokke og Andebu 7 pasienter som allerede har over 20 liggedøgn. I Andebu hadde 5 pasienter over 50 liggedøgn. På Rehab hadde 1 pasient over 20 liggedøgn, mens det var 2 på avd. G. Alle de inneliggende pasientene på BI hadde allerede over 30 døgn på avdelingen.

## 5.7 Hjemmetjenester

Registreringene over hvor mange og hvilke hjemmetjenester den enkelte hadde ved innkomsten i avdelingen, er her svært variable. Det kan synes som om noen avdelinger ikke legger spesielt stor vekt på hjemmesituasjonen/ ikke er så opptatt av hva som skjer utenfor avdelingen. Selvsagt kan det henge sammen med pasientens situasjon, at det f.eks ikke er så sannsynlig at pasienten skal hjem. Det kan også henge sammen med en kultur for at det er "noen andres bord". For å få til ønsket "sirkulasjon" på plassene er det viktig med økt fokus på målsettinger for oppholdet og raskere avklaring av enkeltsituasjoner.

Generelt kan det uansett konstateres at det er lite fysioterapi som er registrert som tjeneste ved innkomst – og for så vidt også ved utskrivning. Kun en håndfull mottar omsorgslønn – noen flere ergoterapi; - i alle fall kortvarig.

Tallene fra Andebu viser imidlertid at 6 av 33 pasienter ikke hadde hjemmetjenester ved innkomst. I Stokke var tilsvarende tall 5 av 37. For BI's vedkommende var det 1 av 9. På Rehab hadde 20 av 38 ikke hjemmetjenester ved innkomst. Så godt som nesten alle pasienter på Rehab får hjemmebesøk under oppholdet.

Av de 44 svarene vi har fra avd. C, er de 9 som ikke hadde hjemmetjenester ved innkomst.

## 5.8 Interne flyttinger på Nygård

Fra - Til	Avd C fått	Avd G fått	Avd E fått	Rehab fått	
Avd C avgitt			2	6	
Avd G avgitt	2			2	
Avd E avgitt				1	
Rehab avgitt	4	1			
	6	1	2	9	18

Tallene i denne tabellen gjelder kun korttidspasienter. I tillegg til flyttingene mellom avdelingene, er det et uregistrert, men relativt stort antall flyttinger internt i avdelingene. Dette henger sammen med "avklaringssengene", men smittefare, med behov for enerom ved livets slutt og med kjønnsfordeling på dobbeltrom eller andre omstendigheter som dobbeltrom fører med seg.

Det er også slik at definerte langtidspasienter som oppholder seg på korttidsavdeling i påvente av langtidsplass på annen avdeling, blir en del av denne "flytteproblematikken". Når kravet og målet er til enhver tid 100 % utnyttning av sengene, blir logistikken svært komplisert og til dels uoversiktlig. Det kan reises spørsmål om hvilke medisinske og mentale konsekvenser denne flytteproblematikken har for den enkelte pasient og om kravet om full utnyttelse er til det beste, - også økonomisk.

Som tidligere nevnt, er det i tillegg mange interne overflyttinger av langtidspasienter.



## 5.9 Finnes det ulike typer korttid?

I punkt 4.2 ble det redegjort for de juridiske sontringene mellom avlastningsplasser og korttidsplasser. Problemene knyttet til at korttidsplassene fylles av langtidspasienter, ble også skissert. Vår kartlegging viser at det siste er et svært aktuelt tema for Nygård. Bare på avdeling C var 13 korttidsplasser fylt opp av langtidspasienter i månedsskiftet november/desember. Det er vanskelig å tenke seg at det til enhver tid vil være slik at ingen langtidspasienter oppholder seg på en korttidsavdeling. På den annen side synes det åpenbart at hvis kommunen ønsker å få til en god og riktig sirkulasjon av plassene med utredningsmulighet for nye pasienter, må kommunene reelt sett øremerke et visst antall korttidsplasser og holde på dette antallet selv om behovet for langtidsplass melder seg. Når behovet for langtidsplass i perioder eventuelt topper seg utover det kommunen har lagt til rette for, må det da kanskje kjøpes plasser utenfor kommunen. I praksis må det også kunne tåles noen døgn med mindre belegg på korttidsplassene.

Dimensjonering av hjemmetjenesten er også viktig og må sees i nøye sammenheng med hvordan korttidsplassene benyttes.

Allerede i 1997 skrev Hans Knut Ottestad i tidsskriftet "Sykepleien" en artikkel om "Omsorgskapasiteten avhenger av helhetlige løsninger". Han skriver i sin oppsummering at den dokumentasjonen han har fra sine undersøkelser viser at ".... man både i teori og praksis trenger et tilstrekkelig antall funksjonelle korttidssenger for å kunne opprettholde en effektiv pasientstrøm. Kravet om mange nok korttidsplasser blir spesielt viktig når den samlede dekningsgraden av sykehjemssenger er relativt lav".

Han skriver videre: " Det dreier seg om et dynamisk system der brukerne har store og vekslende behov, slik at de stadig skifter behandlingsnivå. I dette systemet som både omfatter sykehus, sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene, er det stort sett to midlertidige behandlingsnivåer eller korttidsplasser: Sykehusenes akuttavdelinger og sykehjemmenes korttidsplasser. I den store sammenheng blir antallet liggedøgn på disse nivåene relativt få fordi det er et begrenset antall plasser. Til gjengjeld er pasientstrømmen betydelig. Dette bidrar til at langtidsplassene i sykehjemmene ikke tilstoppes. Kommuner som ikke klarer å opprettholde effektive pasientstrømmer, får to symptomer på sirkulasjonssvikt: Opphopning av "utskrivingsklare pasienter" i lokalsykehuset eller køproblemer på sykehjemsnivået i hjemkommunen med en høy andel langtidspasienter. Disse tilstandene henger nøye sammen. Denne undersøkelsen viser at bygging av flere langtidsplasser i liten grad bøter på køproblemer i sykehjem. Det skyldes at dette behandlingsnivået bare bidrar med en liten andel av pasientstrømmen, anslagsvis 15 prosent. Et mer effektivt virkemiddel vil være å verne om pasientsirkulasjonen i korttidssengene ved å sikre at "utskrivingsklare brukere i korttidssenger i sykehjem" blir utskrevet i tide, det vil si etter tre-fire ukers liggetid. Det krever et tilstrekkelig godt tilbud fra de hjemmebaserte tjenestene i tillegg til en tilpasset bolig (omsorgsbolig) hvis den vanlige boligen ikke lenger strekker til. Det blir lettere å opprettholde effektive pasientstrømmer i sykehjemmene hvis korttids- og langtidspasienter

*atskilles fysisk i ulike avdelinger. I tillegg må sykehjemmet satse på et nært samarbeid med de hjemmebaserte tjenestene slik at utskrivelse kan planlegges i god tid”.*

Det har skjedd mye siden 1997 og redegjørelsen knyttet til ”utskrivningsklare pasienter”, er foreldet. De ”utskrivningsklare pasientene” er jo allerede i kommunene. Likevel: problemstillingene for øvrig, er like.

Selv om de 4 avdelingene som har korttidsplasser på Nygård har ulik ”profil”, er det likevel slik at mange av pasientene har like problemstillinger, - og ikke minst: de har det til felles at de aller fleste trenger en eller annen form for ”rehabilitering”.

Som tidligere nevnt, har avd. C hatt mange pasienter i høst som like gjerne kunne vært på avdeling Rehab. Flere pasienter har vært flyttet rundt av ”logistikkhensyn” – ikke minst fordi dobbeltromkabalene ikke går opp internt i egen avdeling. Det er imidlertid til tider også slik at pasienter flyttes av kompetansehensyn; - for eksempel flyttes til Rehab fordi den avdelingen har bedre tilgang på fysioterapi og ergoterapi. Det er et spørsmål om disse flyttingene er hensiktsmessig og til beste for pasienten. Det er også slik at jo flere ”spesialiserte” avdelinger som lages, jo vanskeligere blir flyttekabalene og jo større sjanse er det for at det får utvikle seg egne avdelingskulturer for hva som skal vektlegges, hvilke pasienter som er ”våre” og hvordan beste praksis egentlig er.

Hvis rehabiliteringsbehovet er til stede for en stor prosentandel av alle korttidspasientene, kan det gi feil signal at kun 11 plasser er øremerket til det formålet.

Stokke og Andebu gir uttrykk for å kunne kjenne seg igjen i disse problemstillingene. Det synes likevel å være slik at ”flytteproblematikken” internt ikke er så fremtredende i disse to kommunene.

## **5.10 Identifiserte utfordringer**

### **5.10.1 Innspill fra tidligere rapporter**

Som nevnt det framgår under pkt 2., ble det laget en rapport av Kirsti Nyerrød i mai 2012. I denne rapportens oppsummering er det blant annet vist til økt behov for fysioterapiressurser utover det som er vanlig i sykehjem. Dette er også påpekt ved flere anledninger i denne kartleggingen. Det er et ikke -tallfestet behov for å følge opp pasienter utenfor avdelingen/i hjemmet etter utskrivningen for at treningen videreføres og nyttiggjøres også etter hjemkomst.

Nyerrød påpekte også det vi har kommentert i denne kartleggingen at ballansen mellom høy utnyttelsesgrad og blokkering av plasser er krevende.

I rapporten fra mai er det skissert et tiltak knyttet til fastlegers mulighet for å legge direkte inn på korttids plass i sykehjem. Dette har kun vært benyttet ved et par anledninger. En slik ordning fordrer høy kompetanse/ erfaring hos dem som skal motta og vurdere pasientene

ved innkost i korttidsavdelingene og også en tettere legekontakt med avdelingene for fort å kunne vurdere rehabiliteringspotensialet. Disse pasientene må være medisinsk avklarte og vurderte til ikke å være i behov av spesialisthelsetjenester.

Dobbeltrom har vært og er en svært begrensende faktor for fleksibel og hensiktsmessig bruk av sengene.

Rapporten om "Forventet forløp korttid – hjemmesykepleie" som er laget av Unni Stensvold i 2010, viser sjekklister og prosedyrer som er nyttige verktøy for å få til god pasientflyt.

### **5.10.2 Innspill fra deltagende avdelinger**

De deltagende avdelingene har etter interne vurderinger kommet med innspill/synspunkter som de har identifisert som "flaskehals". En del av utsagnene er mer formulert som påstander/opplevelser/påpekninger knyttet til situasjoner som de ansatte har ønsket andre løsninger på. Noen av disse innspillene er kommentert andre steder i rapporten og gjentas ikke her.

Følgende innspill er formidlet til oss:

- Sykehjemmet er blitt minisykehus og adopterer sykehustenkningen: - smalt fokus i stedet for å se "hele" pasienten.
- Vedtakene for korte. Dette medfører mye ekstrajobb med fornying av dem.
- Burde ha fokus mer på individuelle vedtak i stedet for standardopphold + standardlengde.
- Tidligere hjemreise medfører annen måte å tenke på. Må ha fokus på andre ting enn tidligere. Hjemreise planlegges for seint.
- Info om pasientbehov kan være vanskelig å få formidlet.
- Opphold utvides fordi det søkes hjelpemidler for seint i prosessen.
- Holdninger – ikke mitt bord. Skjulte agendaer for innleggelser av og til.
- Vanskelig for mange å være "kommunen" når avgjørelser er tatt/forsvare avgjørelser som er tatt.
- For mye fokus på overliggedøgn/penger. Det kan være dyrere å motta uavklarte pasienter.
- Pasientene for lite i fokus – for lite brukermidvirkning.
- Kanskje det ville vær bedre å komme hjem med god oppfølging i stedet for å flyttes rundt på ulike korttidsavdelinger.
- Flere pasienter er meldt i flere dager fra SIV før de faktisk kommer (mindre problem etter hvert).
- Viktig hvem som melder til kommunen.

- Hvordan best ivareta yngre brukere med rus og/eller store psykiske problemer. Kompetansen jobber ikke døgnet.
- Tilrettelegging av leilighet forsinket utskrivning.
- Kompetanseøkning trengs.
- For lite fysioterapi hjemme. Blir liggende i påvente av dette/evt skrives ut til for dårlig behandling.
- Kommunikasjonen mellom utredning og avdelingene. Hvem bør bestemme?

Både arbeidsgruppen og referansegruppen mener det vil være grunnlag for å diskutere videre enkelte av disse påpekningene.

### 5.11 Spesielt om kompetanse

Et vedvarende og økt fokus på kompetanse er på mange måter kjernen i dagens helse- og omsorgsarbeid. I den nye Stortingsmelding nr 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester uttales at: "Kompetansen til personellet i helse- og omsorgssektoren må utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen og endringer i befolkningens tjenestebehov. Det er behov for å heve det formelle utdanningsnivået i deler av helse- og omsorgstjenestene, skape større faglig bredde med flere faggrupper, sikre økt vekt på tverrfaglighet, og styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning". Det er gjennom hele meldingen presisert behovet for å styrke de faglige nettverkene for å få til kvalitetsutvikling av tjenestene. Også kommunenes nye lovkrav knyttet til deltakelse i forskning er påpekt.

Forløpstudien har ikke som mandat å kartlegge kompetansen til de ansatte i korttidsavdelingene. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester har imidlertid via andre prosjekter fått et bilde av og også lagt til rette for, en systematisk kompetanseheving – ikke minst knyttet til kampanjen i "Trygge hender", ernærings-satsingen, 3IV (intravenøsprosjektet), LCP (Liverpool Care Pathway), ulike typer fagnettverk – og nå også pilotarbeidet for om mulig å få på plass et kommunalt "Ferdighetssenter" for systematisk trening av rutiner, prosedyrer m.m.

Det er arbeidsgruppens klare formening at det er grunnleggende viktig og helt nødvendig å legge til rette for at systematisk kompetanseheving blir koordinert og lagt til rette for i de nye lokalmedisinske sentraene som bygges. Dette vil være avgjørende for at pasientene skal få trygge og sikre tjenester – også når presset på tid og logistikk ytterligere høynes.

Korttidsavdelingene blir for mange pasienter mellomledet mellom de spesialiserte tjenestene som sykehuset leverer og de tjenestene som leveres i hjemmet. Som tidligere påpekt, er det også en gjensidig avhengighet mellom dimensjoneringen av korttids plassene og de kommunale hjemmetjenestene som det må satses på i den enkelte kommune. Her trengs utvidet faglig vurderingskompetanse og annen tverrfaglig kompetanse både knyttet til pasientbehandling, forvaltning og systemisk tenkning.

## **6. REFERANSER**

Hans Knut Otterstad: "Omsorgskapasiteten avhenger av helhetlige løsninger". Sykepleien 2008 96(09):37-41

Tor Inge Romøren: "Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg". Aldring og livsløp – 1/2007

Kirsti Nyerrød: Lokalmedisinsk senter i Sandefjord. Kartlegging av behov og muligheter. Rapport mai 2012

Unni Stensvold: "Forventet forløp korttid – hjemmetjeneste". USH november 2010

## **7.VEDLEGG**

**Målgruppe etter sykehus – avklaringssenger på Nygård**

**Registreringsskjema**

## VEDLEGG

### Målgruppe etter sykehus – avklaringsenger ved Nygård

Utskrivningsklare, men ikke ferdigbehandlede pasienter fra sykehus. Der det er behov for avklaring av videre tjenestebehov på kommunalt nivå. Tidsbegrenset opphold – inntil 5 døgn.

- Pasienten har behov for forlenget medisinsk behandling.
- Problemstillingene/innleggelsesårsak slik disse er formulert av innleggende lege er avklart.
- Pasienten er ferdig utredet for innleggelsesårsak.
- Behandlingen er igangsatt. Overføring til avklaringseng på Nygård forutsetter at epikrise og nødvendige opplysninger for videre behandling følger pasienten.

### Inklusjonskriterier

- Pasienten må være bosatt i Sandefjord eller Stokke kommune
- Pasienten skal i utgangspunktet være orientert for tid, sted og egen situasjon. Demente pasienter, (hvor demensdiagnosen er avklart), forutsatt at det ikke er påkrevd kontinuerlig oppfølging og tilsyn, kan i gitte tilfeller henvises til avklaringsengene. Akutt forvirrede, ikke demente pasienter kan inkluderes, unntatt når årsaken til forvirringen ikke er avklart innen ett døgn.
- Pasienten har nytte av rehabilitering eller en avklaring for videre rehabiliteringsbehov. Det er den medisinske tilstanden som avgjør tjenestenivået.
- Pasienten må være medisinsk avklart.

### Eksklusjonskriterier

- Pasienten er ferdigbehandlet og utskrivningsklar til hjemmet.
- Pasienten har alvorlig grad av demens, rus eller psykiatriske problemstillinger som medfører omfattende oppfølging av lege og eller sykepleier 24 timer i døgnet.
- Pasienten er respiratorisk og/eller sirkulatorisk ustabil.
- Akutt funksjonssvikt hos eldre, multisyke pasienter. Med dette menes raskt oppstått eller forverret forvirring, mobilitetsvasker, ernæringsvansker og eller dehydrering. Disse pasientene må ha diagnostisk avklaring på sykehuset.
- Pasienten er ikke innenfor målgruppene.