



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 6-2021

TJENESTETILBUDET TIL HJEMMEBOENDE ELDRE

NANNESTAD KOMMUNE

AUGUST 2021

INNHold

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | I |
| Anbefalinger | ii |
| Kommunedirektørens uttalelse til rapporten | ii |
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn | 1 |
| 1.2 Formål og problemstillinger | 3 |
| 1.3 Organisering og personalressurser | 4 |
| 1.4 Eldre som mottar heldøgns, og/eller omfattende tjenester | 5 |
| 1.5 Rapportens oppbygning | 6 |
| 2 Metode og datagrunnlag | 7 |
| 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag | 7 |
| 2.1.1 Dokumentanalyse | 7 |
| 2.1.2 Intervjuer | 7 |
| 2.1.3 Spørreundersøkelse | 7 |
| 2.1.4 Saksgjennomgang | 8 |
| 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet | 8 |
| 3 Kjennskap til omsorgstrappen og tildelingskriterier | 9 |
| 3.1 Kommunale informasjonstiltak | 9 |
| 3.1.1 Informasjon til innbyggere og brukere/pårørende | 9 |
| 3.1.2 Informasjon til ansatte | 11 |
| 3.2 Informasjon om tildelingskriterier til ansatte og innbyggere | 11 |
| 3.3 Oppsummering | 12 |
| 4 Revisjonskriterier | 13 |
| 4.1 Dreining av tjenestetilbudet | 13 |
| 4.1.1 Retten til nødvendige og forsvarlige tjenester | 13 |
| 4.1.2 Kommunal strategi og omsorgstrapp etter BEON-prinsippet | 13 |
| 4.1.3 Heldøgns tjenester og omfattende bistandsbehov | 14 |
| 4.2 Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester | 15 |
| 4.2.1 Kartlegging av brukernes funksjonsnivå og bistandsbehov | 15 |
| 4.2.2 Kommunale rutiner og tildelingskriterier | 17 |
| 4.2.3 Brukermedvirkning og brukererfaringer | 17 |
| 5 Dreining av tjenestetilbudet til eldre med omfattende bistandsbehov | 19 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.1 | Dreining av tjenestetilbudet - oppfølging av kommunal strategi | 19 |
| 5.1.1 | Omfattende bistandsbehov hjemme og på sykehjem | 19 |
| 5.1.2 | Kommunale driftsutgifter innen pleie og omsorg | 20 |
| 5.1.3 | Kapasitet innen omsorgsboliger | 21 |
| 5.1.4 | Strategisk plan for virksomhet helse, status for gjennomføring av tiltak | 22 |
| 5.1.5 | Underliggende delplaner | 24 |
| 5.1.6 | Tilgjengelighet, kontakt og aktivt tilsyn med hjemmeboende brukere | 26 |
| 5.2 | Revisjonens vurdering | 28 |
| 6 | Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester | 29 |
| 6.1 | Kommunale rutiner og praksis innen kartlegging | 29 |
| 6.1.1 | Kartlegging i forbindelse med behov for praktisk bistand | 29 |
| 6.1.2 | Kartlegging i forbindelse med behov for hjemmesykepleie | 30 |
| 6.1.3 | Kartlegging i forbindelse med behov for langtidsplass på sykehjem | 30 |
| 6.1.4 | IPLOS-registreringer | 31 |
| 6.2 | Kommunale rutiner og praksis ved tildeling av tjenester | 32 |
| 6.2.1 | Tildeling av hjemmebaserte tjenester | 33 |
| 6.2.2 | Tildeling av langtidsplass | 34 |
| 6.3 | Kommunale rutiner og praksis for brukermedvirkning | 37 |
| 6.3.1 | Ansattes opplevelse av brukermedvirkning og forventningsavklaringer | 37 |
| 6.4 | Riktig nivå i omsorgstrappen - ansattes oppfatninger | 40 |
| 6.5 | Revisjonens vurdering | 42 |
| 7 | Revisjonens samlede vurdering og konklusjon | 44 |
| | Anbefalinger | 44 |
| | LITTERATUR- OG KILDELISTE | 45 |
| | VEDLEGG 1 - DEFINISJON AV HELDØGNS TJENESTER | 49 |
| | VEDLEGG 2 – FORSKRIFT OM RETT TIL LANGTIDSOPPHOLD, UTDRAG | 50 |
| | VEDLEGG 3 – UTKAST TIL PROSEDYRE, UTDRAG | 51 |
| | VEDLEGG 4 – PROSEDYRE, TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, UTDRAG | 53 |
| | VEDLEGG 5 – KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR | 55 |

| | |
|---|----|
| Tabell 1 Personer med heldøgns tjenester, omfattende bistandsbehov og trygghetsalarm, i antall, april 2021 | 6 |
| Tabell 2 Dekningsgraden på plasser med heldøgnsomsorg 2018-2020, i antall og prosent..... | 20 |
| Tabell 3 Plasser til personer over 50 år i ubemannede omsorgsboliger/leiligheter for eldre per 11.3.2021 | 22 |
| Tabell 4 Demensplan 2017-2020- Status for gjennomføring av tiltak, per mars 2021 | 25 |
| Tabell 5 Antall hjemmeboende eldre med vedtak om tiltak for tilgjengelighet, tilsyn og kontakt, per 11.3.21 | 27 |
| Tabell 6 Antall vedtak om langtidsplass på sykehjem 2020..... | 34 |
| Tabell 7 Vedtak om langtidsplass på sykehjem, avslag og innvilgelse, 2020..... | 35 |
| Tabell 8 Brukermedvirkning i kommunale prosedyrer..... | 37 |
| Diagram 1 Respondentenes fagbakgrunn..... | 8 |
| Diagram 2 Hvor ansatte har fått informasjon om omsorgstrappen og BEON-prinsippet, i antall..... | 11 |
| Diagram 3 Fordeling av netto driftsutgifter til institusjoner og tjenester til hjemmeboende 2017-2020, i prosent..... | 21 |
| Diagram 4 Ansattes oppfatning av ordningen med trygghetsalarm | 28 |
| Diagram 5 Ansattes opplevelse av kartleggingsrutiner | 32 |
| Diagram 6 Ansattes opplevelse av brukermedvirkning..... | 38 |
| Diagram 7 Ansattes opplevelse av pårørendes medvirkning..... | 38 |
| Diagram 8 Ansattes oppfatninger av forventninger vis a vis brukere | 39 |
| Diagram 9 Ansattes oppfatning av forventninger rundt oppgavefordeling vis a vis pårørende, i antall..... | 39 |
| Diagram 10 Ansattes oppfatning av hvorvidt brukere får tilstrekkelig hjelp, i antall | 40 |
| Figur 1 Omsorgstrapp, Nannestad kommune..... | 2 |
| Figur 2 Organisasjonskart virksomhet helse..... | 4 |
| Figur 3 Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester | 5 |
| Figur 4 Presentasjon av omsorgstrappen og BEON-prinsippet til Eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne | 10 |
| Figur 5 Informasjon på kommunens hjemmeside om kriterier for tildeling av langtidsplass..... | 12 |
| Figur 6 Funksjonsvariable, IPLOS..... | 16 |

SAMMENDRAG

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er lagt til rette for et forsvarlig og effektivt tjenestetilbud til hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov, det vil si et tjenestetilbud som er dimensjonert og tildeles slik at brukere får tjenester på riktig nivå i omsorgstrappen i henhold til BEON-prinsippet.

Hovedfunn

1. Kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg og etablert flere tilbud i omsorgstrappen som prøves ut før det innvilges langtidsplass på sykehjemmet.
2. Ansatte uttrykker at dreiningen av tjenestetilbudet har skapt et forventningspress om å løse oppgaver som de oppfatter ikke ligger inn under hjemmesykepleien.
3. Faktiske forhold som ligger til grunn når det fattes vedtak om tjenester er ikke beskrevet slik forvaltningsloven forutsetter, og det er heller ikke utarbeidet skriftlige tildelingskriterier for flere av helse- og omsorgstjenestene hvor det fattes enkeltvedtak.
4. Brukermedvirkning er i for liten grad ivaretatt i forbindelse med utforming av og vedtak om hjemmesykepleie.

Nannestad kommunen har etablert flere tiltak for hjemmeboende eldre de siste årene, og revisjonens saksgjennomgang viser at disse ofte prøves ut i stort omfang, før det innvilges langtidsplass på sykehjem. Samtidig uttrykker flere ansatte i hjemmesykepleien et stort forventningspress med hensyn til å utføre oppgaver de mener ikke faller inn under denne tjenesten, og nasjonal statistikk viser foreløpig minimale endringer med hensyn til ressursfordeling innen driftsmidler til pleie og omsorg. Revisjonen mener kommunen bør vurdere om tiltak rettet mot hjemmeboende eldre i tilstrekkelig grad er godt nok dimensjonert og utbygd, blant annet når det gjelder praktisk bistand og tiltak under kommunens demensplan.

Vedtaksbrev revisjonen har gjennomgått mangler beskrivelse av faktiske forhold som ligger til grunn for enkeltvedtaket om helse- og omsorgstjenester. Dette gjør det etter revisjonens vurdering vanskelig å bedømme om brukerne er plassert på riktig nivå i omsorgstrappen. Uten beskrivelse av faktiske forhold kan heller ikke brukere vurdere om formelle kriterier for tildeling er blitt fulgt og ivaretatt. Revisjonen vil peke på at dette svekker grunnlaget for brukers klagerett, og ikke er i henhold til forvaltningsloven og god forvaltningsskikk.

Saksgjennomgang indikerer at tildelingskriterier i lokal forskrift følges opp i forbindelse med vedtak om langtidsplass på sykehjem. Kommunen bør imidlertid utarbeide skriftlige tildelingskriterier også for andre tjenester til hjemmeboende hvor det fattes enkeltvedtak, for å sikre likebehandling og brukernes klagerett. Undersøkelsen viser videre at rutiner og praksis for å sikre tverrfaglighet og brukermedvirkning ved tildeling av hjemmesykepleie med fordel kan styrkes. Hjemmesykepleien benytter utkast til prosedyre for tildeling, men denne er enda ikke godkjent og lagt inn i kvalitetssystemet TQM.

Nær halvparten av de ansatte er helt eller delvis uenige i at ledelsen er opptatt av brukermedvirkning som tema, og over halvparten er helt eller delvis uenige i at arbeidsdagen er tilrettelagt slik at brukernes egne ønsker kan ivretas. Rundt halvparten av de ansatte er videre helt eller delvis uenige i at det er en felles forståelse av hvordan ansatte, brukere og pårørende skal fordele oppgaver seg imellom. Revisjonen vurderer at brukermedvirkningen med fordel kan systematiseres og synliggjøres i større grad, for eksempel i form av en serviceerklæring som beskriver hvilke forventninger brukeren kan ha til tjenestetilbudet. Revisjonen mener hjemmetjenesten bør gjennomgå sine nåværende rutiner og praksis med dette som formål.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger:

1. Kommunedirektøren bør sikre at oppgaver hjemmesykepleien utfører er i samsvar med tjenestebeskrivelsen for tjenesten.
2. Kommunedirektøren bør sørge for at foreliggende utkast til prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie blir kvalitetssikret, samt sikre at det utarbeides skriftlige tildelingskriterier for andre tjenester til hjemmeboende hvor det fattes enkeltvedtak.
3. Kommunedirektøren bør snarlig sørge for at enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester beskriver faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket, for å sikre brukerens klagerett.
4. Kommunedirektøren bør gjennomgå rutiner og praksis for å sikre at retten til brukermedvirkning i tilstrekkelig grad er konkretisert og forankret ved utforming og tildeling av tjenester, for eksempel ved å slutføre arbeidet med en serviceerklæring.

Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt kommunedirektøren til uttalelse. Høringssvar er mottatt 9.7.21 og er i sin helhet vedlagt rapporten. I svarbrevet skriver kommunedirektøren at «[r]evisjonen har levert en grundig rapport som bidrar til læringsutbytte og nyttig fokus på videre forbedringsarbeid og kvalitetssikring innenfor tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre». Videre oppgir kommunedirektøren at det vil bli iverksatt nødvendige tiltak for å etterkomme revisjonens anbefalinger.

Jessheim, 10.8.2021

Øyvind Nordbrønd Grøndahl
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

Miriam Sethne
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Nannestad bestilte i møte 13.10.2020 (sak 33/20) et forvaltningsrevisjonsprosjekt om tjenestetilbudet til eldre. Kontrollutvalget stiller i sin risiko- og vesentlighetsanalyse for 2019-2023 spørsmål ved om kommunen klarer omstillingen av tjenesteproduksjonen for å møte den store veksten i andel eldre over 80 år, og å gi tjenester på rett nivå i omsorgstrappen (Nannestad kommune 2020a).

Befolkningsframskriving for Nannestad kommune viser at andelen eldre over 80 år vil tredoble seg fram mot år 2040, fra 392 i år 2020 til 1155 i år 2040 (SSB)¹. For å løse omsorgsutfordringene knyttet til befolkningsøkningen blant de eldre, anbefaler kommunen i Strategisk plan for virksomhet helse 2017-2030 at omsorgsbehovene i større grad dekkes gjennom hjemmebaserte tjenester og i bemannede omsorgsboliger framfor sykehjem:

Økt satsing på hjemmebaserte tjenester og bemannede omsorgsboliger – kombinert med korttidsopphold på sykehjemmet – vil kunne frigjøre sykehjems plasser slik at de brukerne som oppfyller kriteriene for langtidsopphold er sikret et forsvarlig tilbud.

Nannestad kommune 2017a

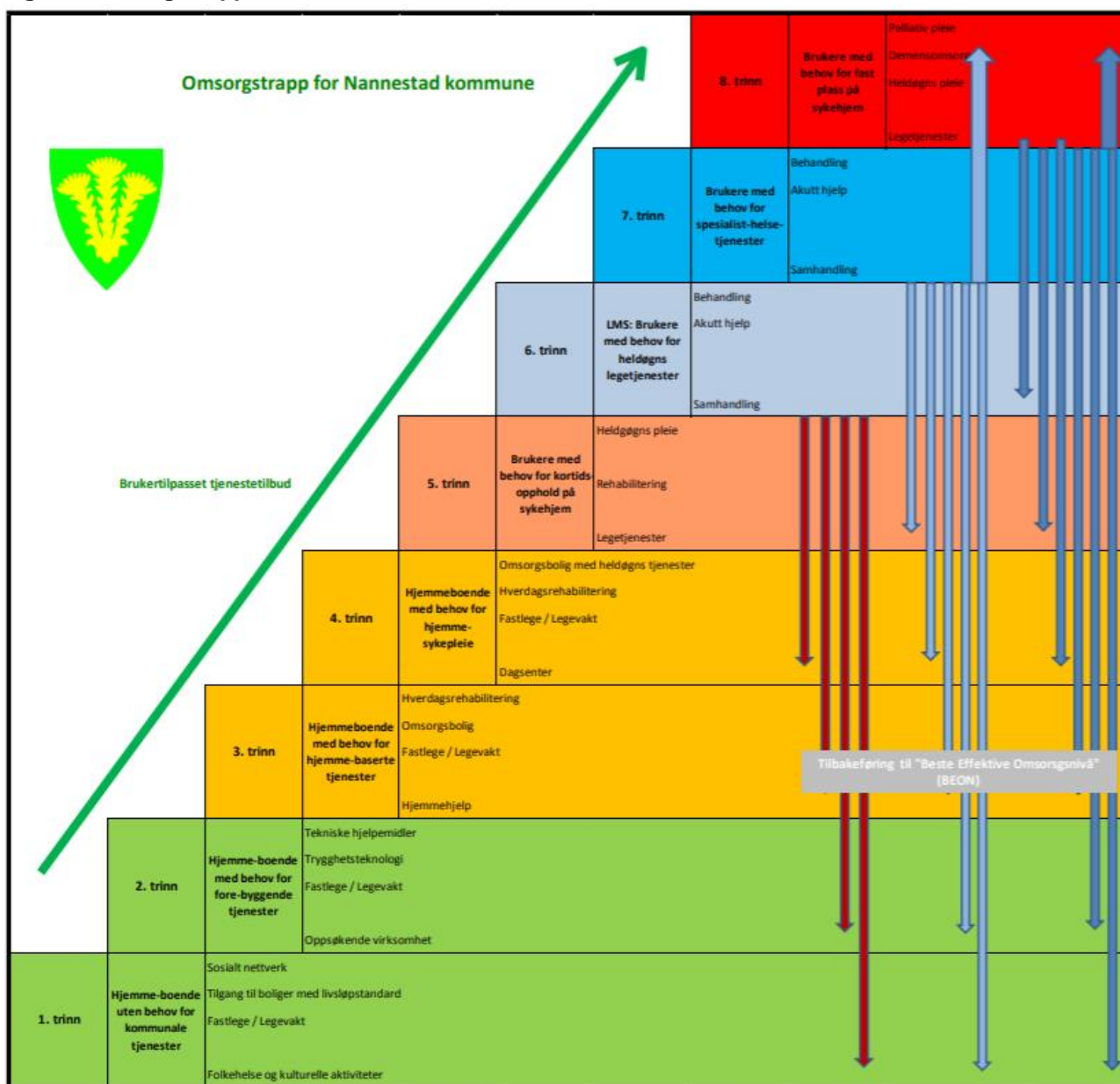
Nannestad kommune har utarbeidet en «omsorgstrapp» (se figur neste side) bestående av åtte trinn fra «hjemmeboende uten omfattende behov for kommunale tjenester» til «brukere med behov for fast plass på sykehjem». Kommunen har et mål om å ta i bruk hele omsorgstrappen og dra nytte av tidlig innsats, hverdagsrehabilitering, forebyggende hjemmebesøk, velferdsteknologi, dagaktivitetstilbud og gode hjemmebaserte tjenester «[...] for å bidra til at våre innbyggere skal kunne få muligheten til å bo lengst mulig i eget hjem» (ibid).

Når flere brukere skal gis tjenester på et lavere nivå i omsorgstrappen enn tidligere, blir det spesielt viktig at tjenestetilbudet dimensjoneres riktig og at tilretteleggingen av tjenestetilbudet fortsatt er forsvarlig.

Omsorgstrappen skal bidra til å gi en felles oppfatning blant innbyggere, ansatte og brukere om hva som er «riktige tjenester til rett tid». De fleste kommuner legger til grunn BEON-prinsippet, dvs. prinsippet om «beste effektive omsorgsnivå». Det innebærer at tjenester på et lavere kostnadsnivå og nærmere der brukeren bor skal være prøvd, før det gis tjenester på et høyere nivå. Dette prinsippet vil også ligge til grunn ved tildeling av langtids plass på sykehjem. En forventningsavklaring rundt BEON-prinsippet er derfor et viktig ledd i å bidra til felles forståelse og godt samarbeid mellom ansatte og brukere. Figuren under viser Nannestad sin omsorgstrapp:

¹ Befolkningsframskriving basert på Hovedalternativ MMMM, som betyr at man legger til grunn middels fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

Figur 1 Omsorgstrapp, Nannestad kommune



Kilde: Nannestad kommune 2017a

Hjemmeboende eldre med behov for heldøgns og/eller omfattende tjenester vil ifølge den kommunale omsorgstrappen kunne være plassert på fire ulike trinn (trinn fire til syv), avhengig av hvor omfattende behovet for tjenester er. Gitt det kommunale målet om at flere skal bo og få tjenester i eget hjem, vil vi avgrense forvaltningsrevisjonen til hjemmeboende² eldre som har behov for heldøgns tjenester³ og/eller som har omfattende bistandsbehov⁴.

I denne undersøkelsen er «eldre» avgrenset til å omhandle innbyggere i alderskategoriene 50-66 år, 67-79 år og over 80 år, blant annet fordi dette er alderskategorier benyttet i nasjonal statistikk. At

² Gjelder også brukere i omsorgsbolig.

³ For definisjon av heldøgns tjenester, se vedlegg 1

⁴ Med omfattende bistandsbehov menes i her personer med IPLOS-skår >3, se kapittel 4.2.1

grensen settes helt ned til 50 år skyldes blant annet nasjonale føringer om at personer under 50 år ikke skal bo på sykehjem, men tilbys alternative løsninger.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om det er lagt til rette for et forsvarlig og effektivt tjenestetilbud til hjemmeboende brukere med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov. Med «forsvarlig og effektivt tjenestetilbud» mener vi at tjenestetilbudet dimensjoneres og tildeles slik at brukere får forsvarlige tjenester på riktig nivå i omsorgstrappen i henhold til BEON-prinsippet.

Følgende problemstillinger skal belyse formålet:

1. Hvilke tiltak har kommunen iverksatt for å gjøre omsorgstrappen og tildelingskriterier kjent blant ansatte i hjemmebaserte tjenester, og blant innbyggere i kommunen?
2. I hvilken grad er eldre med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov plassert på riktig nivå i omsorgstrappen?
 - a. Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?
 - b. Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukervedvirkning?

Kommunens arbeid med å gjøre omsorgstrappen og tildelingskriterier kjent, skal bidra til forventningsavklaring og godt samarbeid mellom partene. Problemstilling 1 er beskrivende, dvs. at det ikke utarbeides revisjonskriterier med det formål å kunne vurdere kommunens etterlevelse eller komme med anbefalinger på området.

Problemstilling 2 er presisert i to underproblemstillinger. For det første vil vi undersøke i hvilken grad dreiningen i tjenestetilbudet framkommer i nasjonal statistikk, samt redegjøre for hvordan kommunen har fulgt opp mål og tiltak i eget planverk. Videre vil vi beskrive kommunens rutiner og prosedyrer for kartlegging, vurdering og tildeling av hjemmehjelp/hjemmesykepleie, samt rutiner og kriterier for tildeling av heldøgns tjenester i institusjon. Kommunens lokale forskrift om rett til langtidsopphold m.m. ved Nannestad sykehjem er her viktig. Innholdet i forskriften gir et grunnlag for å kunne vurdere hvordan kommunen praktiserer regelverket rundt retten til heldøgns tjenester, og hvorvidt dette skal gis i eget hjem eller på sykehjem. Brukernes mulighet til medvirkning vil være en del av dette.

1.3 Organisering og personalressurser

Virksomhet helse i Nannestad kommune er organisert som vist i figuren under:

Figur 2 Organisasjonskart virksomhet helse



Kilde: Nannestad kommune 2021a

Som figuren viser omfatter virksomhet helse både sykehjem, hjemmetjenester, rehabilitering, dagaktiviteter, samt servicefunksjoner. I figur 2 på neste side framkommer det at hjemmebaserte tjenester er delt i to enheter; enhet for hjemmesykepleien og enhet for rehabilitering, dagaktiviteter og praktisk bistand (RDP), med underliggende koordinerende enhet. Kommunen har delt vedtaksmyndigheten mellom de to enhetene:

Figur 3 Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester



Kilde: Nannestad kommune 2021b

Figuren viser at vedtaksmøter er underlagt hver av de to enhetene, og at vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand/hjemmehjelp dermed foregår på ulike steder. I figuren kommer det også fram at praktisk bistand/hjemmehjelp utgjør 5,4 årsverk fordelt på syv ansatte, mens hjemmesykepleien utgjør 30 årsverk fordelt på 37 ansatte i faste stillinger.

I årsmelding kommunen har oversendt informeres det om at det med bakgrunn i økt press og planlagt ressursvridning fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg, i september 2019 ble overført personellressurser (1,8 årsverk) fra sykehjemmet til hjemmetjenesten. Kommunen beskriver i årsmeldingen at de ser noe effekt av ressursvridningen, selv om de nye årsverkene ikke dekker opp alle mangler i kvelds- og helgeturnus (Nannestad 2019a).

1.4 Eldre som mottar heldøgns, og/eller omfattende tjenester

Ifølge oversendt dokumentasjon fra kommunen, har 36 personer i aldersgruppen 50-66 år vedtak om hjemmesykepleie i april 2021, og det samme gjelder 172 personer over 67 år. Det vil si at 208 av totalt 244 brukere, eller 85 prosent, tilhører kategorien «eldre» slik den er definert i denne undersøkelsen. Kommunen har videre oppgitt tall på brukere som har heldøgns tjenester i form av hjemmesykepleie flere ganger per dag, og brukere med omfattende bistandsbehov, dvs. brukere som har en IPLOS-score på > 3, som har et omfattende bistandsbehov og trenger hjelp til de fleste gjøremål⁵. Videre informerer kommunen om antall personer med trygghetsalarm og som dermed har mulighet til å tilkalle hjelp hele døgnet. I tabellen under er en oversikt over antall personer i de nevnte kategoriene:

⁵ Se ytterligere beskrivelse av IPLOS-skår kapittel 4.2.1.

Tabell 1 Personer med heldøgns tjenester, omfattende bistandsbehov og trygghetsalarm, i antall, april 2021

| | Personer 50-66 år | Personer over 67 år | Totalt |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------|
| Heldøgns tjenester (hj.sykepleie flere ganger per dag) | 10 | 52 | 62 |
| Omfattende bistandsbehov (IPLOS-skår over 3) | 5 | 14 | 19 |
| Har trygghetsalarm | 11 | 159 | 170 |

Kilde: Nannestad kommune 2021

Flere av brukerne som har trygghetsalarm vil være de samme som er registrert med heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov. Kommunens årsmelding beskriver utviklingen de siste årene med økt hjelpebehov hos brukerne. Kommunen har hatt en økning i antall samhandlingspasienter fra Ahus, dvs. pasienter som er utskrevet til eget hjem og blir ivaretatt av hjemmesykepleien. Videre har mange hjemmeboende et vedvarende behov for stor bistand, med flere og lengre besøk og stort behov for sykepleiefaglig kompetanse. Tjenesten har i økende grad måttet håndtere alvorlig sykdom, komplekse problemstillinger, palliasjon og tilrettelegging for hjemmedød (Nannestad 2019a).

1.5 Rapportens oppbygning

Kapittel 2 beskriver hvilke metoder revisjonen har benyttet for å innhente data i undersøkelsen. I kapittel 3 beskriver vi innhentede data for å belyse problemstilling 1. I kapittel 4 redegjør vi for revisjonskriterier knyttet til problemstilling 2. Kapittel 5 og 6 gjennomgår data knyttet til problemstilling 2. Revisjonens vurderinger kommer under hvert av faktakapitlene (kapittel 5 og 6), samt at en samlet vurdering og anbefalinger presenteres i kapittel 7.

2 METODE OG DATAGRUNNLAG

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon⁶ som er fastsatt i styret i Norges Kommunerevisorforbund. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon. Under følger en gjennomgang av metodene som er benyttet og en vurdering av datagrunnlagets pålitelighet og gyldighet.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, intervju, saksgjennomgang og spørreundersøkelse blant de ansatte. Virksomhetsleder helse har vært revisjonens kontaktperson i forbindelse med undersøkelsen, samt at konstituert virksomhetsleder overtok som kontaktperson fra og med uke 19.

2.1.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har foretatt dokumentbestillinger per e-post i to omganger, 28.1.2021 og 8.3.2021. Kommunen svarte på bestillingene med oversendelse av dokumenter per e-post 5.2.2021 og 17.3.2021. Utover dette har det vært dialog via e-post for avklaringer, samt at det er etterspurt utfyllende data som kommunen har oversendt i ulike e-poster i perioden 23.2.2021 til 5.5.2021. Når det flere steder i rapporten refereres til «skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen», henvises det til dokumentasjonen og skriftlige svar som revisjonen har mottatt som nevnt ovenfor.

2.1.2 Intervjuer

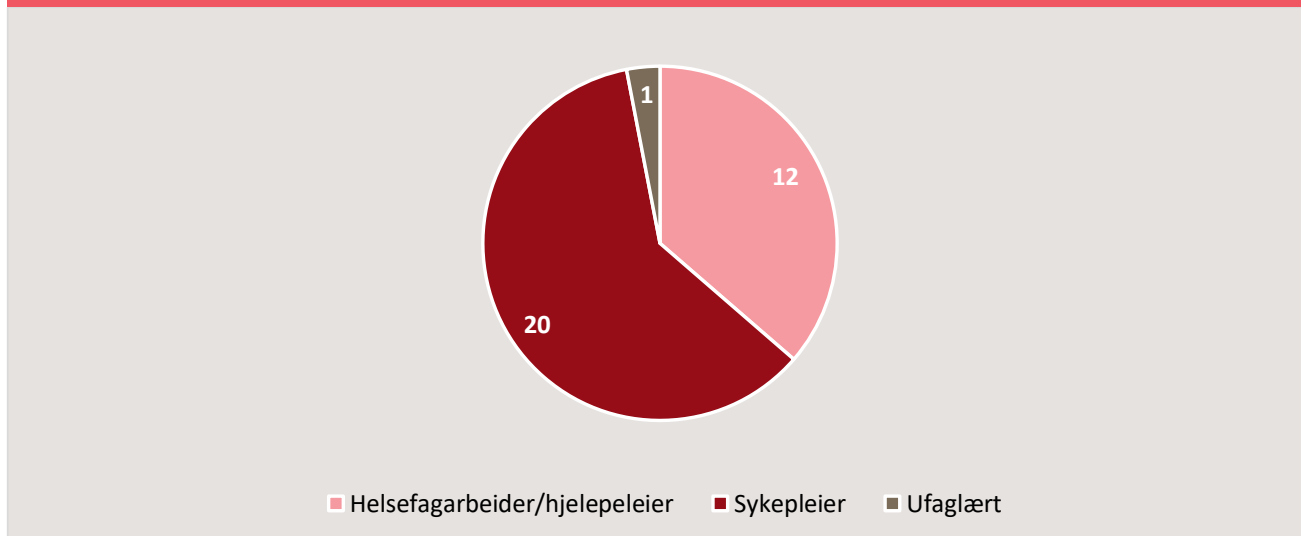
Revisjonen har foretatt intervjuer med leder for koordinerende enhet og med enhetsleder i hjemmesykepleien, samt med leder av elderrådet. Intervjuene ble gjennomført 15. og 16. april på telefon. Det ble også avholdt et avsluttende intervju med virksomhetsleder helse 4.5.2021 på Teams, hvor hun ble gitt mulighet til å kommentere ulike funn i undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at det i forkant ble utarbeidet forhåndsdefinerte spørsmål som ble benyttet under intervjuene. Det ble i etterkant skrevet referater som intervjuobjektene fikk tilsendt for gjennomgang og verifisering.

2.1.3 Spørreundersøkelse

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte i kommunens hjemmebaserte tjenester. Spørreundersøkelsen var tilrettelagt i spørretjenesten SurveyXact. Det primære tema var omsorgstrappen, BEON-prinsippet og ulike rutiner for kartlegging og tildeling av tjenester. Undersøkelsen ble sendt ut 7.4.2021, med svarfrist 21.4.2021. 33 av 47 respondenter besvarte undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 70. To av fem ansatte i hjemmehjelpen og 31 av 42 ansatte i hjemmesykepleien besvarte undersøkelsen. Følgende diagram viser fordelingen av respondenter på variabelen fagbakgrunn:

⁶ Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

Diagram 1 Respondentenes fagbakgrunn



Kilde: RRI 2021, N=33

Fordelingen viser at kommunen har en høy andel sykepleiere, og at flere ansatte med bakgrunn som helsefagarbeider også jobber i hjemmesykepleien.

I framstillingen av resultater fra spørreundersøkelsen angis fordelingen av antall ansatte/respondenter på ulike svaralternativer. I kommentaren til de ulike diagrammene er antallet omregnet til prosent for å gi leseren et bedre inntrykk av den forholdsmessige fordelingen av svar blant respondentene.

2.1.4 Saksgjennomgang

Revisjonen har gjennomgått til sammen ti vedtak om langtidsplass på sykehjemmet, hvorav fem hadde fått innvilget plass og fem hadde fått avslag. Formålet med gjennomgangen var å undersøke hvorvidt oppdaterte IPLOS-registreringer var foretatt og benyttet i forbindelse med vedtaket. Videre var det et formål å undersøke hvorvidt tjenester på et lavere nivå i omsorgstrappen var prøvd ut først, slik kommunens tildelingskriterier tilsier, samt om de som fikk avslag ble tilbudt andre tjenester som et alternativ.

2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

3 KJENNSKAP TIL OMSORGSTRAPPEN OG TILDELINGSKRITERIER

Problemstilling 1

Hvilke tiltak har kommunen iverksatt for å gjøre omsorgstrappen og tildelingskriterier kjent blant ansatte i hjemmebaserte tjenester, og blant innbyggere i kommunen?

For å skape legitimitet rundt den kommunale omsorgstrappen som grunnlag for prioriteringer og som grunnlag for tildeling av tjenester, er god informasjon viktig. Informasjon og dialog skal bidra til forventningsavklaring og felles forståelse, som i neste omgang skaper godt samarbeid mellom partene. En forventningsavklaring rundt «beste effektive omsorgsnivå» (BEON-prinsippet⁷) som sentralt prinsipp i omsorgstrappen, er derfor et viktig ledd i å ivareta brukermedvirkningen og et forsvarlig tjenestetilbud.

3.1 Kommunale informasjonstiltak

Under presenterer vi innhentet informasjon som belyser hvordan kommunen har arbeidet for å gjøre omsorgstrappen og tildelingskriteriene kjent. Informasjonen baserer seg på skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen, spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten, intervju med leder for eldrerådet, leder for koordinerende enhet, enhetsleder for hjemmetjenesten, samt avsluttende intervju med virksomhetsleder helse.

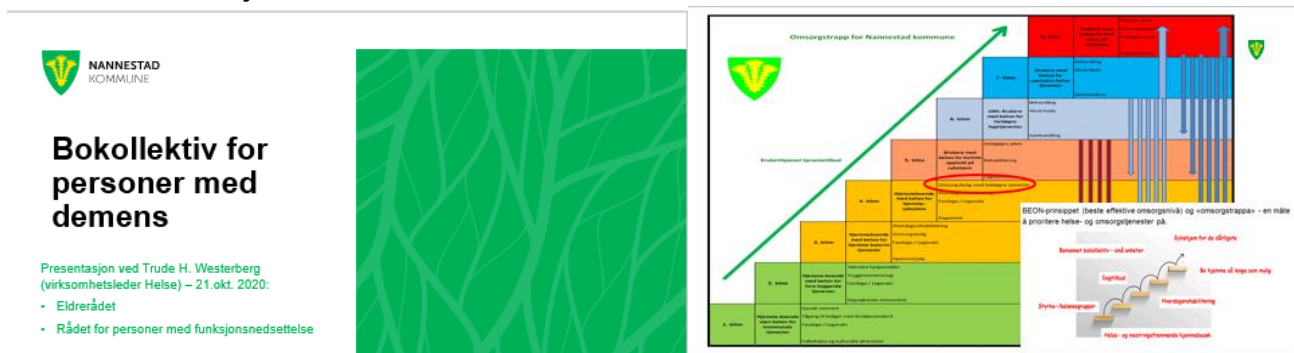
3.1.1 Informasjon til innbyggere og brukere/pårørende

Administrasjonen uttrykker i skriftlig tilbakemelding til revisjonen at det kontinuerlig jobbes med å avklare forventninger rundt tjenester, tjenestetilbud og omsorgstrappen. På spørsmål fra revisjonen om hvordan kommunen arbeider for å avklare forventninger vis a vis brukere, beskriver administrasjonen at dette blant annet gjøres indirekte gjennom innspill til politikere og til eldrerådet, der man legger fram planer og mål, beskriver omsorgstrappen og BEON-prinsippet, synliggjør de ressurser man har i tjenestene og hvilke forventninger man må stille til innbyggerne om mestring av eget liv. Kommunen har blant annet oversendt presentasjonen «Bokollektiv for personer med demens» hvor omsorgstrappen og BEON-prinsippet gjøres rede for⁸:

⁷ Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). (St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid)

⁸ Presentasjonen ble holdt i oktober 2020 i Eldrerådet og i Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Kommunen har også oversendt saksframlegget «Ombygging/omorganisering Nannestad sykehjem – prosjektoppstart» fra 2018, hvor det gjøres rede for behov for tjenesteutvikling i tråd med omsorgstrappen og BEON-prinsippet.

Figur 4 Presentasjon av omsorgstrappen og BEON-prinsippet til Eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne



Kilde: Nannestad kommune 2021

Leder av eldrerådet uttrykker til revisjonen at de som representanter for de eldre får informasjon om viktige ting som skjer i kommunen:

Jeg opplever at eldrerådet blir invitert på foredrag og får informasjon om det som skjer. Vi har fått informasjon om omsorgstrappen, og blant annet om teknologi i hverdagen. Nannestad er en kommune hvor det skjer mye og som har vokst en god del. Det jeg synes er mest spennende nå er prosjektet med videre utbygging av omsorgsboliger ved Nannestad sykehjem. Det bygges også en god del mindre leiligheter, på rundt 60 – 65 kvadratmeter. Det skal gi folk mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Med enkle grep kan du gjøre slik at folk greier seg sjøl.

I intervju med leder for koordinerende enhet uttrykker hun at hun tror ansatte og innbyggere forstår omsorgstrappen og BEON-prinsippet som at tjenester på et lavere nivå skal prøves ut, før et høyere omsorgsnivå tas i bruk:

Jeg tror nok ikke at BEON-prinsippet er så kjent blant ansatte og innbyggere, men det som er kjent er at vi skal prøve hjemmetjenester, før vi skal benytte sykehjemsplasser (langtidsplass). Alt skal være prøvd av hjemmetjenester. Korttidsopphold/avlastningsopphold på sykehjemmet er en del av omsorgstrappen som medvirker til at pasientene kan bo lenger hjemme. Det er dette vi har «oversatt» BEON-prinsippet til i praksis.

I skriftlig tilbakemelding til revisjonen beskriver administrasjonen at forventningsavklaringer ofte gjøres gjennom å gi informasjon i direkte dialog med brukere/pårørende i ulike sammenhenger i forbindelse med tjenestene de får, og i ulike møter og samtaler. Helse- og mestringsfremmende hjemmebesøk⁹ til alle kommunens 75-åring, er en viktig arena der man informerer om omsorgstrappen og ulike tjenestetilbud. I et saksframlegg fra virksomhet helse til helse- og omsorgsutvalget i 2019, fremheves nettopp forventningsavklaring som en av effektene med hjemmebesøket: «Hva forventes av innbyggerne (bo hjemme lengst mulig, hverdagsmestring, ansvar for eget liv og egen helse), og hva er kommunens ansvar» (Nannestad kommune 2019b).

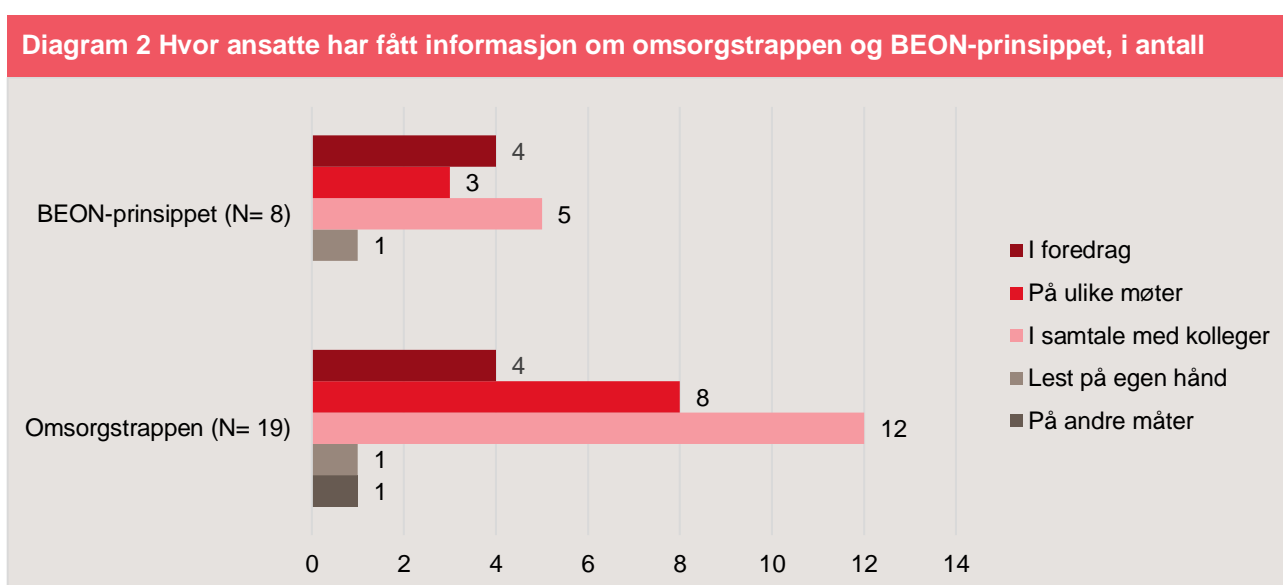
Administrasjonen kommenterer skriftlig at det kan være utfordrende å nå fram godt nok til innbyggere, brukere og pårørende, og at forventningene noen ganger er høyere enn tjenestene har kapasitet til. Det kan blant annet være en utfordring for pasienter som skrives ut fra sykehuset, hvor sykehuset har forespeilet pasient/pårørende et visst tjenestenivå etter utskrivning til kommunen, uten å kjenne til

⁹ I forbindelse med hjemmebesøket benyttes kartleggingsskjemaet «Forebyggende hjemmebesøk for eldre i Nannestad kommune». For mer informasjon se kapittel 5.1.4.

faktorer som kommunehelsetjenesten har oversikt over og som kan være svært relevante i vurderingen av om bruker kan klare seg i eget hjem. Administrasjonen uttrykker at de har flere eksempler på at brukere har klart seg mye bedre i eget hjem etter utskrivning, enn man har trodd, og at det derfor er svært viktig at det er kommunen, i samarbeid med bruker selv, som vurderer og avgjør riktig omsorgsnivå.

3.1.2 Informasjon til ansatte

Kjennskap til begrepene omsorgstrappen og BEON-prinsippet var et av temaene i spørreundersøkelsen til de ansatte i hjemmetjenesten. Av 33 ansatte som besvarte spørsmålene oppgir 58 prosent at de kjenner til begrepet omsorgstrappen, mens kun 24 prosent oppgir at de kjenner til begrepet BEON-prinsippet. Figuren under viser hvor de ansatte oppgir at de har fått informasjon om de to begrepene:



Kilde: RRI 2021, N= 8 og 19

Av de som kjenner til begrepene, oppgir flest at samtaler med andre kolleger er den måten de har fått informasjon på, men også i forbindelse med foredrag og på ulike møter.

3.2 Informasjon om tildelingskriterier til ansatte og innbyggere

For kommuner som følger BEON-prinsippet, vil kriterier for tildeling av tjenester på ulike nivå i omsorgstrappen følge normen om at tjenester på et lavere og mer kostnadseffektivt nivå skal være prøvd ut før det gis tjenester på et høyere nivå. I kapittel 4.1.3 redegjør vi for kommunens sykehjemsforskrift, hvor BEON-prinsippet beskrives som grunnlaget for vurdering og tildeling av langtidsplass på sykehjemmet. På kommunens hjemmeside informeres det om tildelingskriteriene, med link til den aktuelle forskriften:

Figur 5 Informasjon på kommunens hjemmeside om kriterier for tildeling av langtidsplass

| Innhold | Kriterier for tildeling av plass |
|---------------------|--|
| Korttidsopphold | <ul style="list-style-type: none"> Søker skal ikke være i stand til å bo i eget hjem med tilrettelagt hjelp, grunnet omfattende tilsyns- og hjelpebehov som følge av sykdom. Som hovedregel bør alltid helsehjelp i hjemmet og deretter korttidsopphold prøves ut først. |
| Langtidsopphold | <p>Behov for langtidsopphold kan også vurderes ut fra følgende problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kroniske sykdommer og plager Somatisk og mental svekkelse Svekkede sanser Nedsatt førlighet Svekkede ADL-funksjoner Sviktende sosialt nettverk, isolasjon og angst <p>Lokal forskrift om langtidsopphold m.v.</p> |
| Avlastningsopphold | |
| Sykehjem i kommunen | |
| Klage | |
| Aktuelle lover | |

Kilde: Nannestad kommune 2021

I spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om hvorvidt de kjenner til at kommunen har kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem. 27 prosent av 33 ansatte oppgir at de kjenner til tildelingskriteriene, og 15 prosent svarer at de kjenner til innholdet i kriteriene, og at de selv har informert brukere/pårørende om kriteriene. En ansatt kommenterer sin opplevelse av hvordan kriteriene fungerer i praksis:

Ikke tydelige kriterier for hvem som får sykehjemsplass. Tidligere var det et krav at de må ha et visst antall punktbesøk, og vurdering av IPLOS. Ikke lett å forstå kriterier slik det er nå. Behov for høyere omsorgsnivå og plass på sykehjem blir ofte presisert av helsepersonell fra sykehus i PLO meldinger¹⁰, og skrevet i helseopplysninger, men dette blir overstyrt, og ikke tatt med i betraktning, og bruker kommer hjem med bistand fra hjemmesykepleien.

3.3 Oppsummering

Gjennomgangen viser at kommunen har informert om omsorgstrappen og BEON-prinsippet til innbyggere, blant annet i møter med eldrerådet og i andre politiske utvalg, samt i direkte møter med brukerne, blant annet i organiserte helse- og mestringsfremmende hjemmebesøk til alle 75-åringene.

Gjennomgangen viser at flest ansatte oppgir samtaler med andre kolleger som den måten de har fått informasjon på, samt i ulike møter og foredrag. Flere ansatte oppgir å kjenne til omsorgstrappen enn til BEON-prinsippet, og ledelsen antar at ansatte forstår BEON-prinsippet som det å gi tjenester på et lavere nivå, før et høyere omsorgsnivå prøves ut.

Litt over en fjerdedel av de ansatte oppgir at de kjenner til at det er egne kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem.

¹⁰ PLO-meldinger er elektroniske meldinger som blant annet sendes mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

4 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra lover og forskrifter, kommunenes egne rutiner og hva som anses som god forvaltningsskikk og faglig anerkjente normer på området.

I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Forskrift om rett til langtidsopphold m.m. ved Nannestad sykehjem, Nannestad kommune, Akershus
- Overordnet plan for helse- og omsorgstjenester i Nannestad, Nannestad kommune 2017
- Strategisk plan for virksomhet Helse 2017-2030, Nannestad kommune 2017
- Prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Koordinerende enhet, Nannestad kommune (sist godkjent 17.12.2020)

I rapporten belyses problemstilling 2 med utgangspunkt i de to underproblemstillingene nevnt i kapittel 1.2. For det første undersøkes hvorvidt kommunen gjennom ulike tiltak har dreid tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre ifølge egne politiske vedtak, det vil hovedsakelig si vedtatt planverk. For det andre undersøkes kommunens rutiner for kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester.

4.1 Dreining av tjenestetilbudet

4.1.1 Retten til nødvendige og forsvarlige tjenester

Personer som oppholder seg i en kommune har en grunnleggende rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har et overordnet ansvar for å tilby slike tjenester. Helselovgivningen stiller også krav om forsvarlighet, som innebærer at tjenestene skal være helhetlige, koordinerte og ivareta verdighet for den enkelte bruker/pasient (Helse- og omsorgstjenesteloven (hotjl), §§ 3-1 og 4-1). Forsvarlighetskravet setter rammer for utforming, organisering, omfang og tidspunktet for iverksettelse av tjenestene. Videre skal brukerens rett til medvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet ivaretas. Ut over dette står kommunen relativt fritt til å bestemme hvordan tjenestene til den enkelte utformes (Helsedirektoratet 2016/2017).

4.1.2 Kommunal strategi og omsorgstrapp etter BEON-prinsippet

I 2017 vedtok Nannestad «Strategisk plan for virksomhet helse 2017-2030» som gir føringer for kommunes satsninger fram mot år 2030. Planen beskriver at helse- og omsorgstjenester skal sikre riktig kapasitet på alle tjenestenivåer, og at tjenestetilbudet skal planlegges og kvalitetssikres i tråd

med befolkningens utvikling og tjenestebehov. Planen anbefaler en vridning fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg slik at flere kan få hjelp ut fra den til enhver tid tilgjengelige bemanning. Videre anbefales at en større del av den eldre befolkningen får dekket sine omsorgsbehov i bemannede omsorgsboliger framfor i sykehjem.

Både strategisk plan og «Overordnet plan for helse- og omsorgstjenester i Nannestad (2017)» beskriver at den kommunale omsorgstrappen skal være retningsgivende for framtidig dimensjonering og tildeling av tjenester. Prinsippet om en omsorgstrapp innebærer: tidlig innsats, økt vektlegging av hjemmebaserte tjenester, boliger med livsløpsstandard, forebygging og rehabilitering framfor behandling og institusjonalisering, helse- og omsorgstilbud tilpasset den enkelte bruker, og at innsatsen rettes inn mot beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Tanken er at tjenester på lavere kostnadsnivå og med større nærhet til der brukeren bor, som hovedregel skal være prøvd før det tildeles tjenester på høyere omsorgsnivå. Revisjonen legger i undersøkelsen til grunn at kommunen har startet gjennomføringen av tiltak og strategier for å dreie tjenestetilbudet i samsvar med omsorgstrappen og vedtatte mål i kommunalt planverk.

4.1.3 Heldøgns tjenester og omfattende bistandsbehov

Retten til heldøgns tjenester er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl). Som et ledd i den lovfestede retten, skal kommunene forskriftsfeste kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester (hotjl § 3-2). Nannestad kommune har utarbeidet en slik forskrift, «Forskrift om rett til langtidsopphold m.m. ved Nannestad sykehjem», som trådte i kraft 29.6.2017 (se vedlegg 2). Langtidsopphold skal ifølge forskriften være et tilbud til pasienter/brukere som har et varig, omfattende, døgkontinuerlig pleie- og omsorgsbehov som ikke kan oppfylles tilstrekkelig i eget hjem eller omsorgsbolig.

Forskriften beskriver at kommunen skal bruke BEON-prinsippet i «omsorgstrappen» som indikator ved vurdering og tildeling av tjenester. Videre slår forskriften fast at kommunen skal samhandle med pasientene/brukerne, pårørende og eventuelt verge i vurdering- og tildelingsprosessen og at dokumentasjon underveis skal foregå i kommunens fagjournalssystem. Retten til vedtak om å settes på venteliste og motta forsvarlig hjelp fra hjemmesykepleien i eget hjem i påvente av langtidsplass, er også beskrevet i kommunens forskrift slik loven forutsetter. (Forskrift om rett til langtidsopphold m.m. ved Nannestad sykehjem, §§ 4-7)

Før en eventuell tildeling av langtidsplass, skal det ifølge forskriften gjøres ulike vurderinger som nevnt i punktene under:

- Søkers eget ønske om langtidsopphold
- Pasienten/brukerens evne til egenomsorg og hverdagsmestring
- Er hjemmet tilrettelagt, brukes velferdsteknologi og hjelpemidler?
- Kan hverdagsrehabilitering benyttes?
- Kan det være tilstrekkelig med dagsenter og dagaktivitetstilbud?
- Benyttes hjemmehjelp og hjemmesykepleie i tilstrekkelig grad eller kan disse tjenestene økes?
- Kan omsorgsbolig med hjemmetjenester være et godt/bedre alternativ?
- Kan korttidsopphold/rulleringsopphold/avlastning/rehabilitering bidra til at pasienten/brukeren kan bo hjemme lenger?

Forskriften nevner også spesifikt kriterier som at «[t]jenester på et lavere nivå må være prøvd først», og at «[k]roniske sykdommer og plager er av så omfattende karakter at det medfører behov for medisinsk behandling, døgkontinuerlig tilsyn og pleie,» (§ 5). Virksomheten skal på denne bakgrunn gjøre en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt tjenester skal gis i institusjon, eller om bistandsbehovet best kan ivaretas i eget hjem. Et notat fra Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017), definerer hva «heldøgns tjenester» bør omfatte om dette gis utenfor institusjon¹¹. Her fremheves blant annet at bistand fra egnet personell, samt responstid¹² og aktivt tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem.

I tillegg til brukere med behov for heldøgns tjenester, vil kommunen ha hjemmeboende brukere i kategorien «med omfattende bistandsbehov». Noen av disse vil ha trygghetsalarm som gjør det mulig å tilkalle hjelp hele døgnet. Brukere med omfattende bistandsbehov er i denne sammenheng definert som personer med IPLOS-skår >3, dvs. med et behov for hjelp til alle funksjoner/aktiviteter som vist i kapittel 4.2.1.

På bakgrunn av gjennomgangen over legger revisjonen til grunn at hjemmeboende personer, etter en skjønnsmessig vurdering, bør kunne motta heldøgns tjenester og/eller omfattende bistand lengst mulig i eget hjem eller i omsorgsbolig. Det bør gjelde både for personer som står på venteliste til sykehjems plass, og andre med behov for heldøgns/omfattende tjenester.

4.2 Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester

I forbindelse med saksbehandling knyttet til tildeling og utmåling av helse- og omsorgstjenester er det nødvendig å innhente relevant og nødvendig informasjon og dokumentasjon (forvaltningsloven § 17). I kommunene utgjør IPLOS-opplysningene en del av denne dokumentasjonen¹³.

4.2.1 Kartlegging av brukernes funksjonsnivå og bistandsbehov

Ved IPLOS-registrering¹⁴ innhentes opplysninger gjennom funksjonskartlegging som registreres og ajourføres av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i tjenesten (jf. lov om helsepersonell § 39). Vurdering av funksjon skal alltid gjøres når det fattes nytt vedtak om tjenester. Ved informasjon om *endring* i tjenestemottakers situasjon, ressurser og behov for bistand, skal det foretas ny vurdering og registrering. Informasjonen om endret behov kan komme både fra tjenestemottaker og tjenesteutøver. Oppdatert registrering skal alltid foreligge ved revurdering av vedtaket (Helsedirektoratet 2015). De 15 variablene hvor det gjøres funksjonsvurderinger er vist i figuren under:

¹¹ For hele definisjonen se vedlegg 1

¹² Den tiden det tar fra brukeren tilkaller hjelp til hjelpen kommer.

¹³ IPLOS ble obligatorisk i alle landets kommuner fra og med 1. mars 2006 (Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk).

¹⁴ IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester (Statsforvalteren 2021).

Figur 6 Funksjonsvariable, IPLOS

| | | |
|---|--|--|
| <p>A. Sosial fungering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosial deltakelse • Beslutninger i dagliglivet • Styre atferd | <p>B. Kognitiv svikt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hukommelse • Kommunikasjon | <p>C. Ivareta egen helse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ivareta egen helse |
| <p>D. Husholdsfunksjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skaffe seg varer og tjenester • Alminnelig husarbeid • Lage mat | <p>E. Egenomsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personlig hygiene • På- og avklledning • Spise • Toalett • Bevege seg innendørs • Bevege seg utendørs | |

Kilde: Helsedirektoratet 2018/2019

På bakgrunn av registrering og utregning, opererer man i IPLOS med tre bistandsnivå: noe/avgrenset behov for bistand, middels til stort behov for bistand, og omfattende behov for bistand¹⁵.

Det følger av forvaltningsloven § 17 at kommunen har plikt til å påse at en sak er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Saksbehandler skal utrede saken, og sørge for at alle relevante forhold er belyst. Det må sikres at det foreligger tilstrekkelige opplysninger til at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. I mange saker vil det være viktig å ha en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet, slik at pasienten/brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi en riktigere vurdering av tjenestebehovet og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken (Helsedirektoratet 2016/2017).

Revisjonen legger til grunn at kommunen har rutiner for tverrfaglig kartlegging av brukerens funksjon og bistandsbehov, samt av behovsendringer, og at IPLOS-registrering utgjør en del av kartleggingen.

¹⁵ Middels til stort behov for bistand innebærer at personen utfører/klarar deler selv, men at bistandsyter er til stede hele tiden for assistanse/tilrettelegging/veiledning. Omfattende bistandsbehov innebærer et behov for hjelp til alle aktivitetene som er beskrevet i de 15 funksjonsvariablene. Gjennom beregningen av samlemål vil statistikk på nasjonalt nivå kunne vise hvor stor andel av hjemmetjenestemottakere i en kommune som er i gruppen med behov for «omfattende tjenester» (Helsedirektoratet 2018a).

4.2.2 Kommunale rutiner og tildelingskriterier

Hensikten med kriterier for tildeling av tjenester er først og fremst å sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering i forhold til de ulike omsorgstjenestene som tilbys (Helsedirektoratet 2018b). Kriterier skal bidra til å sikre forutsigbarhet og rettferdig fordeling av tjenester som har stor betydning for den enkelte, og hvor tilgangen vil være begrenset. Nannestad kommune har som tidligere nevnt egen forskrift med kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem, og for vedtak om å sette søkere på venteliste. I forskriften heter det at «[v]edtaket begrunnes etter de vedtatte kriterier». Kommunen har også utkast til egen prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie som ifølge administrasjon ikke ennå er godkjent og lagt i kvalitetssystemet TQM. Prosedyren beskriver tildelingskriterier for tjenesten, samt at «[e]n helsefaglig begrunnelse skal framgå i vedtaket»¹⁶.

Når kommunen fatter vedtak om tjenester, skal vedtaket begrunnes og begrunnelsen skal inneholde en beskrivelse av de fakta kommunen har lagt til grunn i saken, jf. forvaltningsloven § 25 andre ledd. Det holder å ta med de opplysningene som har vært avgjørende for utfallet. Vedtaket begrunnes etter de vedtatte kriteriene i kommunen.

Revisjonen legger til grunn at kommunen har, samt benytter, tildelingskriterier ved tildeling av tjenester hvor det fattes enkeltvedtak, samt følger bestemmelsene i sykehjemsforskriften når det fattes vedtak om langtidsplass på sykehjem. Revisjonen legger også til grunn at enkeltvedtak om tjenester beskriver faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket, slik at bruker får informasjon om hva vedtaket er bygget på, samt får ivaretatt sin klagerett.

4.2.3 Brukermedvirkning og brukererfaringer

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Når pasienten mangler samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Helse- og omsorgstjenesteloven (hotjl) beskriver også at kommunen skal sørge for å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter (§ 3-10). Revisjonen legger til grunn at kommunen har et system for å gi brukere eller brukerens representant medvirkning i forbindelse med utforming av og vedtak om tjenester.

På bakgrunn av gjennomgangen over, er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 2, punkt a og b:

| Problemstilling 2 a | Revisjonskriterier |
|---|--|
| <p>Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?</p> | <p>→ Kommunen bør tilrettelegge for at eldre med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov kan bo og motta forsvarlige tjenester lengst mulig i eget hjem eller i omsorgsboliger, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ha startet gjennomføringen av vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet ○ ha tatt i bruk ulike virkemidler, som for eksempel velferdsteknologi, for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne hele døgnet |

¹⁶ Se vedlegg 3 for utdrag fra prosedyren.

| Problemstilling 2 b | Revisjonskriterier |
|--|--|
| Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning? | <ul style="list-style-type: none">➔ Kommunen bør ha rutiner for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder ivareta tverrfaglighet og registrere skår på funksjonsvariable i IPLOS.➔ Kommunen bør benytte kriterier ved tildeling av hjemmebaserte tjenester og langtidsopphold på sykehjem, samt beskrive faktiske forhold som ligger til grunn når det fattes enkeltvedtak.➔ Kommunen bør tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester. |

5 DREINING AV TJENESTETILBUDET TIL ELDRE MED OMFATTENDE BISTANDSBEHOV

I dette delkapittelet presenteres fakta for å belyse punkt a under problemstilling 2. Statistikk som viser utviklingen i kommunen med hensyn til hvor i omsorgstrappen tilbudet til eldre brukere med omfattende bistandsbehov blir gitt, vil gi en viss pekepinn om hvordan utviklingen har vært. Videre omtaler vi tiltak kommunen har etablert for at eldre tjenestemottakere skal kunne bo lengst mulig hjemme.

| Problemstilling 2, punkt a. | Revisjonskriterier |
|---|--|
| Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk, slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem? | <p>→ Kommunen bør tilrettelegge for at eldre med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov kan bo og motta forsvarlige tjenester lengst mulig i eget hjem eller i omsorgsboliger, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ha startet gjennomføringen av vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet ○ ha tatt i bruk ulike virkemidler, som for eksempel velferdsteknologi, for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne hele døgnet |

5.1 Dreining av tjenestetilbudet - oppfølging av kommunal strategi

Den demografiske utviklingen med en sterk økning i antall personer i de eldste aldersgruppene omtales i flere av kommunens planer. Befolkningsframskriving fra SSB viser at antall personer 80-89 år vil stige fra 335 til 831, og fra 68 til 209 for de over 90 år fram mot år 2040. I nylig publiserte prevalenstall for omfanget av demens i befolkningen, kommer det også fram at antall personer med demens i Nannestad kommune vil stige fra 182 i 2020 til 457 i 2040, noe som tilsvarer en økning på 151 prosent (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2021). For å bidra til at personer med omfattende behov for tjenester blir plassert på riktig nivå i omsorgstrappen, er det derfor viktig at kommunen følger opp mål og strategier for dimensjonering av tjenestetilbudet på de ulike trinnene, slik dette er vedtatt i gjeldende planverk for årene som kommer.

5.1.1 Omfattende bistandsbehov hjemme og på sykehjem

Statistikk over andelen eldre over 80 år med omfattende bistandsbehov som får tjenester enten i egen bolig eller på institusjon¹⁷, kan si noe om utviklingen de siste årene. På spørsmål fra revisjonen om hvordan kommunen vil beskrive utviklingen på dette området de siste tre årene, svarer administrasjonen at tallene på eldre som får heldøgns tjenester hjemme har vært relativt stabile når man ser dette per år. KOSTRA-tall de siste tre årene viser en svak nedgang i andelen hjemmetjenestemottakere over 80 år med omfattende bistandsbehov, fra 14 prosent i 2018 til 12,5 prosent i 2020. Administrasjonen presiserer at enkelte hjemmeboende brukere av ulike årsaker har

¹⁷ KOSTRA-tall viser at 90 prosent av alle brukere med langtidsopphold på sykehjem i Nannestad hadde omfattende bistandsbehov i 2019.

kortvarig behov for heldøgns tjenester, og at det derfor vil være noe variasjon på hvor mange brukere som mottar slike tjenester gjennom året.

Dekningsgrad¹⁸ for langtids plass på sykehjem har i flere år vært brukt som en indikator på hvordan kommunene har dimensjonert tjenestetilbudet til personer med behov for heldøgnsomsorg. Flere kommuner opererte tidligere med en norm om 25 prosent dekningsgrad av sykehjemsplasser i forhold til antall eldre over 80 år. I senere år har man sett at denne dekningsgraden ikke er bærekraftig med et økende antall eldre, og at den derfor bør ned, samtidig som hjemmetjenestene styrkes. Nannestad kommune har oversendt data som beskriver dekningsgrad på plasser med heldøgnsomsorg i perioden 2018-2020 (i prosent av befolkningen over 80 år).

Tabell 2 Dekningsgraden på plasser med heldøgnsomsorg 2018-2020, i antall og prosent

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Antall innbyggere over 80 år ved utgangen av året | 358 | 374 | 383 |
| Antall sykehjemsplasser inkl. tre samhandlingsplasser ¹⁹ | 73 | 73 | 70 |
| Antall plasser i omsorgsbolig for eldre med heldøgns bemanning | 0 | 0 | 0 |
| Antall heldøgns omsorgsplasser totalt og i prosent | 73 (20,4%) | 73 (19,5%) | 70 (18,3%) |

Kilde: Nannestad kommune 2021

Tabellen viser at dekningsgraden på plasser med heldøgnsomsorg har gått ned fra 20,4 til 18,3 prosent, men sier ikke nødvendigvis noe om hvor stor andel av personer over 80 år som faktisk har blitt tildelt og benyttet en slik plass. Kommunen bekrefter i skriftlig tilbakemelding til revisjonen at det over flere år har vært ledig kapasitet på sykehjemmet. På slutten av 2019 reduserte kommunen derfor antallet med tre faste sykehjemsplasser, slik at antall plasser ble mer i tråd med gjennomsnittlig belegg de siste årene.

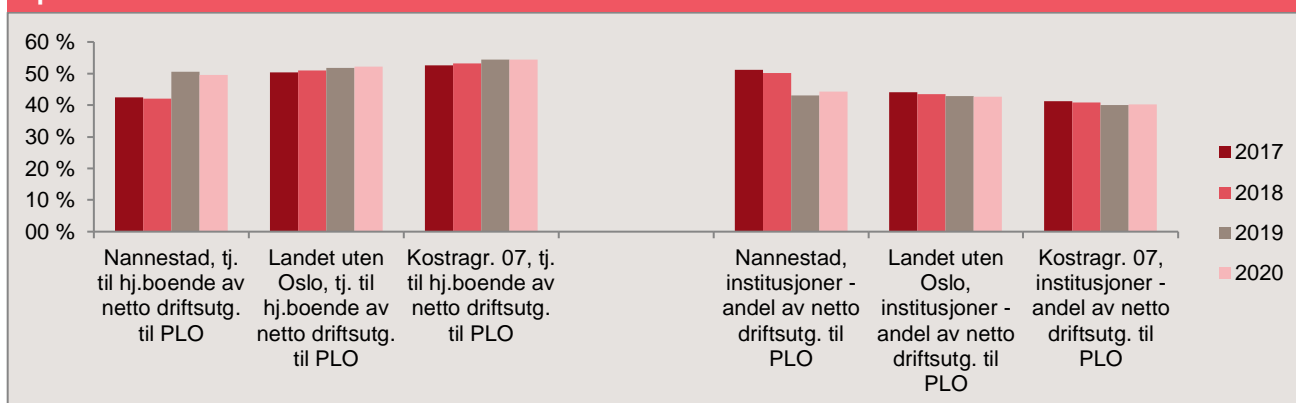
5.1.2 Kommunale driftsutgifter innen pleie og omsorg

En annen indikator på hvorvidt kommunen har klart å dreie omsorgen fra institusjonsbasert til hjemmebaserte tjenester, er fordelingen av kommunens utgifter innen pleie- og omsorg (PLO) de siste årene. Diagrammet under viser hvordan denne utviklingen har vært fra 2017-2020.

¹⁸ Dekningsgraden er et uttrykk for hvor stor del av befolkningen som vil trenge en heldøgns plass (KS 2016).

¹⁹ Samhandlingsplasser er korttidsplasser kommunen har i beredskap for pasienter som utskrives fra sykehus til kommunen, og som bemannes opp når det er behov.

Diagram 3 Fordeling av netto driftsutgifter til institusjoner og tjenester til hjemmeboende 2017-2020, i prosent



Kilde: Framsikt 2021

Diagrammet viser at utgifter til hjemmeboende utgjorde en lavere andel av netto driftsutgifter til pleie- og omsorg i Nannestad for tre år siden, men at andelen økte betraktelig fra 2018 til 2019 og i 2019 lå på samme nivå som landsgjennomsnittet. I 2020 har Nannestad hatt en nedgang på én prosent i driftsutgifter til hjemmeboende, mens driftsutgifter til institusjon gikk opp med litt over én prosent i samme tidsrom, etter en nedgang fra 2018 til 2019.

Som nevnt i tidligere avsnitt viser statistikken det siste året at andelen over 80 år som mottar omfattende bistand hjemme ikke har økt. Samtidig påpeker administrasjonen i skriftlig tilbakemelding at flere brukere har økt tjenestebehov pga. forverring av sykdomstilstand og funksjonsnivå.

I avsluttende intervju med virksomhetsleder helse bekrefter hun det som gjenkjennbart at dreiningen i tjenestetilbudet foreløpig ikke gir stort utslag i statistikken over fordeling av driftsutgifter innen pleie- og omsorg. Hun bekrefter videre som statistikken viser at kommunen for noen år siden lå høyere på utgifter til institusjon, og at det på et tidspunkt ble flyttet over ressurser fra institusjonstjenesten til hjemmetjenesten. Det har imidlertid vært behov på korttidsavdelingen som har ført til at noen av disse ressursene er lånt tilbake igjen. Hun beskriver videre at hjemmesykepleien per i dag bruker endel ressurser i ubemannet omsorgsbolig kalt «bo- og service». Når denne enheten etter hvert får egen fast bemanning (dette er planlagt i forbindelse med byggeprosjektet «bemannet bokollektiv for personer med demens»), vil det frigjøres flere ressurser til hjemmesykepleien «ute».

5.1.3 Kapasitet innen omsorgsboliger

Det er et kommunalt mål at flere eldre skal få dekt sine bistandsbehov i bemannede omsorgsboliger, fremfor i sykehjem. Administrasjonen presiserer i skriftlig tilbakemelding at kommunen per i dag har *ubemannede* omsorgsboliger for eldre, såkalt «bo- og service» i en fløy ved siden av sykehjemmet, samt leiligheter på «Teietunet», der kommunen disponerer seks leiligheter som leies ut. Disse ubemannede boligene og leilighetene tildeles etter søknad som behandles i koordinerende enhets boligmøte.

Tabell 3 Plasser til personer over 50 år i ubemannede omsorgsboliger/leiligheter for eldre per 11.3.2021

| Boliger for eldre | Personer 50-66 år | Personer > 67 år |
|---------------------------------|-------------------|------------------|
| Bo- og service (20 leiligheter) | 1 | 16 |
| Teietunet (6 leiligheter) | 1 | 5 |

Kilde: Nannestad kommune 2021

Administrasjonen svarer videre at *bemannede* omsorgsboliger er det trinnet i omsorgstrappen kommunen mangler. Av ulike grunner ble bygging/ombygging av slike boliger ikke igangsatt i 2016 som planlagt²⁰. Siden 2019 har kommunen jobbet med et prosjekt for et nybygg med 16 bemannede omsorgsleiligheter i bokollektiv for personer med demens. Planleggingen har tatt tid, men forprosjekt er forankret politisk og tegninger er sendt til Husbanken. Det er også med i planen at de ovenfor nevnte 20 ubemannede omsorgsleilighetene da skal få egen bemanning. Dette fordi man ser at det er et stort behov for denne boformen, i stedet for langtids plass i sykehjem. Sykehjem skal være for de aller sykeste og mest pleiekrevende.

Status: Slik saken står i dag er det estimert at bygging/ombygging kan være klart til 2023. I forbindelse med nybygg vil man redusere ytterligere 19 sykehjems plasser i 2023. I tillegg skal det som nevnt over settes inn bemanning i 20 omsorgsboliger. Dette vil gi en reduksjon av dekningsgraden i sykehjem, men vil gi en *økning i dekningsgraden for heldøgns omsorgstilbud*. Nåværende byggeprosjekt vil fra ca. 2023 gi 36 bemannede omsorgsboliger i kommunen.

Kilde: Nannestad kommune, 2021

5.1.4 Strategisk plan for virksomhet helse, status for gjennomføring av tiltak

I følgende delkapittel ser vi på status for gjennomføringen av flere tiltak beskrevet i kommunens strategiske plan for virksomhet helse, samt underliggende delplaner, og som skal bidra til at eldre personer med bistandsbehov kan bo lengst mulig i eget hjem. Informasjon om tiltakene er i all hovedsak innhentet gjennom dokumenter kommunen har oversendt på forespørsel fra revisjonen, samt skriftlige svar fra administrasjonen på spørsmål revisjonen har stilt til kommunen.

Helse- og mestringshjemmebesøk for hjemmeboende eldre som fyller 75 år

Helse- og mestringshjemmebesøk er et tilbud til alle kommunens eldre innbyggere i det aktuelle året de fyller 75 år. Tema som tas opp under hjemmebesøkene er blant annet vurdering av og veiledning rundt boligforhold, og vurdering av behov for hjelpemidler som kan gjøre hverdagen tryggere og enklere. Tilbakemeldingene på besøkene er ifølge kommunen positive, og tjenestene får en god oversikt over helsetilstanden til denne aldersgruppen, og kan tidlig fange opp begynnende demens og egenomsorgssvikt. Målet er at 83 prosent av 75-åringene skal ha fått hjemmebesøk.

²⁰ Først var det et planlagt prosjekt (nybygg) som likevel ikke ble igangsatt i 2017. Så gikk man i gang med å se på mulighetene for ombygging av 1.etg. midtfløy i eksisterende sykehjem, til bemannede omsorgsboliger. Dette var ikke mulig pga. bygningsmassens tilstand.

Status: I 2019 var det 85 prosent av 75 åringene som fikk hjemmebesøk, mens det i 2020 var 67 prosent. Dette skyldes ifølge kommunen koronapandemien og flere som ønsket å utsette besøket til senere, og at noen takker nei. Oppfølgingsbesøk hos 78-åringene har vært ønsket av både innbyggere og politikere. Før pandemien i 2020 skulle kommunen se på muligheten for oppstart for noen, men per nå er dette ikke gjennomført.

Kilde: Nannestad kommune 2021

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et tilbud hvor brukerne setter egne, individuelle mål for opptrening. Tildeling skjer etter henvisninger fra sykehjemmet (pasienter som planlegges utskrevet), hjemmesykepleien, eller etter forebyggende hjemmebesøk. Hverdagsrehabiliteringsteamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere (hjemmehjelpere). Aktuelle kandidater kartlegges av fysioterapeut og sykepleier (herunder IPLOS-registrering). Tiltak utarbeides i samarbeid med fysio- og ergoterapeut, og gjennomføres i bolker á 4-8 uker. Kapasiteten er 4-6 brukere i hver bolke.

Status: Per 15.mars 2021 er det fem personer med hverdagsrehabilitering, alle over 67 år. Det har vært noe redusert kapasitet i fysioterapitjenesten, og dette påvirker noe av oppfølgingen. Hjemmetrenere og ergoterapeut har fulgt opp brukerne som vanlig.

Kilde: Nannestad kommune 2021

«Hjemmetid – en plan for hjemmedød»

Ifølge oversendt plan, «Hjemmetid – en plan for hjemmedød», skal kommunen opprette egne grupper av ansatte i alle soner, som ønsker å jobbe spesielt med terminale pasienter. På denne måten er det en liten gruppe som skal være tilgjengelig daglig sammen med pasient og pårørende når den siste tiden nærmer seg. I slike perioder setter hjemmetjenesten inn intensiv innsats av personell gjennom hele døgnet i den aktuelle fasen.

Status: Tre pasienter fikk tilbud om hjemmedød i 2020. Én person var 50-66 år, og to personer over 67 år.

Kilde: Nannestad kommune 2021

Dagtilbud for hjemmeboende

I årsmelding for virksomheten fra 2019, framkommer det at kommunen drifter to dagtilbud. Det ordinære dagsenteret for eldre har tolv plasser per ukedag med til sammen 28 brukere. Dagaktivitetstilbudet for personer med demens har åtte plasser per ukedag med til sammen 13 brukere. I dokumentet Handlingsplan 2020-2023 beskriver kommunen at dagtilbud skal fortsette i planperioden, både det ordinære dagsenteret for eldre og dagaktivitetstilbudet for personer med demens:

Gode og tilrettelagte dagtilbud bidrar til å skape trygghet, aktivitet og meningsfulle hverdager for hjemmeboende, gi avlastning til pårørende med omsorgsoppgaver, og kan i noen grad utsette institusjonsopphold.

I kommunens Demensplan 2017 – 2020 defineres det at dagtilbudet skal bidra til at brukeren med demens får mulighet til å bo i eget hjem så lenge som mulig (Nannestad kommune 2017d). Dagaktivitetstilbudet ble opprinnelig drevet med prosjektmidler fra Helsedirektoratet ut 2019, men kom

inn under ordinær drift i 2020. Tilbudet består ordinært av åtte plasser, fordelt på fem dager i uka. På landsbasis²¹ var det i gjennomsnitt 38 prosent av hjemmeboende personer med demens som hadde vedtak om dagtilbud i 2020. I Nannestad var det 43 prosent i målgruppen som hadde slik vedtak (Kommunebarometeret 2020).

Status: Dagsenter for eldre og dagaktivitetstilbud for personer med demens har hatt noe redusert drift i 2020 grunnet koronasituasjonen. Planen var å utvide dagtilbudet til personer med demens, men grunnet korona og nødvendigheten av å ha små grupper, så har ikke dette vært mulig.

Kilde: Nannestad kommune 2021

Revisjonen har bedt kommunen redegjøre for gjennomføringen av tiltak i strategiplanens underliggende delplaner, og som har betydning for tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre. På bakgrunn av administrasjonens tilbakemeldinger, beskriver vi i det følgende kort gjennomføring av Strategisk kompetanseplan (2019-2022)²², tiltak rettet mot eldre i Boligsosial handlingsplan 2018 – 2023²³ og Sektorplan for kosthold og ernæring 2017-2018²⁴. Oppfølging av kommunens Demensplan 2017-2020 redegjøres for i egen tabell.

5.1.5 Underliggende delplaner

Strategisk kompetanseplan (2019-2022)

Administrasjonen beskriver at punktene i strategisk kompetanseplan for 2019-2022 følges opp. I en opplæringsplan som justeres årlig, legges det inn planlagt og gjennomførte opplæringstiltak (kurs, fagdager internt, utdanninger). Det gis jevnlig tilbud til ansatte om etter- og videreutdanning, og ledergruppa vurderer hva som er behovet. Videre søkes det om kompetansemidler årlig. Det jobbes også fortløpende med rekruttering til fagstillinger, og flere faggrupper er aktive f.eks. innen palliasjon, forflytning, smittevern, livsglede og observasjonskompetanse. Videre beskriver administrasjonen at det jobbes mye med heltidsfokus, dvs. å gi ansatte høyere stillingsbrøker. Kommunen skal i 2021 i gang med årsturnusplanlegging, hvor noe av hensikten også er å øke stillinger for de som ønsker det. Det har vært mindre deltakelse i eksternt kurs i 2020 og hittil i 2021 pga. pandemien, men tilbud om opplæring internt og digitalt via e-læring og webinarer.

Boligsosial handlingsplan (2018 – 2023)

Administrasjonen beskriver at flere eldre selv velger å kjøpe tilrettelagte leiligheter sentralt. Ved hjemmebesøk hos 75-åring tar kommunen opp tema rundt bolig hvis personen bor i en lite hensiktsmessig bolig. Tjenestene oppfordrer også personer som får et økende omsorgsbehov, om å skaffe mer egnet bolig – enten søke omsorgsbolig, eller kjøpe ny bolig hvis man har mulighet til det. Det bygges stadig ut private leiligheter sentralt, som er aktuelle for eldre, men dette fordrer at de eldre har råd til å kjøpe. Per i dag er det for få omsorgsboliger for eldre, og administrasjonen opplyser om at søkere står på venteliste. Det foreligger ingen planer for utbygging av flere omsorgsboliger nå, utover nybygging av bemannet bokollektiv.

²¹ For de kommunene som har rapportert tall for dette til Helsedirektoratet

²² Nannestad kommune 2018a

²³ Nannestad kommune 2018b

²⁴ Nannestad kommune 2017c

Sektorplan for kosthold og ernæring 2017-2018

Planen beskriver at hjemmebaserte tjenester skal utvikle og kvalitetssikre rutiner som ivaretar ernæringsstatus for sine brukere. Administrasjonen informerer om at kommunen har prosedyrer og bruker verktøy for kartlegging av ernæringsstatus. Dette følges opp fortløpende der det er aktuelt, og der man ser at ernæring kan være eller bli en utfordring.

Demensplan 2017-2020

Kommunens demensplan skisserer en rekke tiltak som skal gjennomføres i planperioden. Revisjonen gjorde en vurdering av hvilke tiltak i planen som spesielt er rette mot hjemmeboende (venstre kolonne), og ba administrasjonen kort redegjøre skriftlig for status for gjennomføring av de ulike tiltakene (midtre og høyre kolonne). Kolonnen til høyre farges med grønt, gult og rødt for å markere om tiltaket er påbegynt eller ikke, eller om det er ferdigstilt.

Tabell 4 Demensplan 2017-2020- Status for gjennomføring av tiltak, per mars 2021

| Tiltak/mål i Demensplan 2017-2020 | Beskrivelse av gjennomførte tiltak | Status: Grønt= gjennomført Gult= Påbegynt/ delvis gjennomført Rødt= Ikke påbegynt/ ikke gjennomført |
|---|--|---|
| Tilby og ta i bruk GPS i større omfang, for hjemmeboende (og på sykehjemmet) | Tas i bruk i de tilfeller det vurderes som et behov og pasienten har nytte av det, både hjemmeboende og i sykehjem. | Har per i dag ikke vært tatt i bruk i stort omfang, mye avhenger av eksisterende teknologi vi har tilgjengelig. |
| Personer med demens og deres pårørende skal tilbys en fast kontaktperson i kommunen uavhengig av om de har kommunale tjenester eller ikke | En demenssykepleier følger opp hjemmeboende personer med demens og deres pårørende, uavhengig av andre vedtak om tjenester. https://www.nannestad.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/demenskoordinator/ Teamet som gjør hjemmebesøk hos 75-åring, informerer om tilbudet med demenssykepleier. | Viktig at man fortsatt jobber for å gjøre tilbudet kjent hos fastleger, sykehus, og innbyggerne. |
| Personer med demens som har behov for flere og koordinerte tjenester, skal få tilbud om koordinator og individuell plan. | Ingen har fått tilbud om koordinator og IP. Demenssykepleier følger opp i forhold til andre helsetjenester, og fungerer i praksis som koordinator. | Utarbeide egen prosedyre for koordinator og IP for denne pasientgruppen |
| Pårørende skal tilbys mulighet til å delta på pårørendeskole for personer med demens. | Arrangeres hvert annet år. Jobbes oppsøkende for å få pårørende til å delta, alle som har meldt sin interesse har fått tilbud. De årene kommunen ikke har hatt tilbudet selv, har pårørende vært henvist til tilbud i nabokommunene. Pårørende tilbys ellers individuelle samtaler per telefon eller personlig oppmøte, og oppfordres til å ta kontakt utover dette. | Ikke vært arrangert i 2020 pga. pandemien, planlegger ny pårørendeskole høsten 2021. |

| | | |
|---|--|--|
| Hjemmesykepleien overtar medisiner, pleie og stell som pårørende ellers ville måtte bidra med. | Det gjøres dersom ønskelig fra pårørende. | Tilbudet gis, dialog med pårørende. |
| Tilby pårørende avlastning for sine på sykehjemmet | Det gjøres, tildeles ut fra søknad. Mange har rullerende avlastningsopphold. | Tilbudet fortsetter, behovet er stort. |
| Utvide dagaktivitetstilbudet for personer med demens fra 14 til 20 plasser, samt vurdere utvidelse til kveldstilbud og lørdagstilbud | Se beskrivelse s. 24 Kommunen har også gitt tilbud om individuelt dagaktivitetstilbud i eget hjem for 2 brukere. | Individuelle tiltak i brukers hjem kan utvides hvis mulig ut fra de ressursene vi har. |
| Opprette egen tjeneste i CosDoc for halvårslige kontroller ved demens, hvor det journalføres hva som er gjort, vurderinger og videre tiltak. Informasjon viderefremmes til fastlegen og tilbakemelding gis bruker/pasient og pårørende. | Det er opprettet egen tjeneste i CosDoc, det blir gitt informasjon videre til fastlege og pårørende. Det er ulikt intervall på oppfølgingen. | Systemet med å få en prosedyre for halvårslige kontroller som en standard, gjenstår. |
| Omgjøring av en sykehjemsavdeling til «bofellesskap for personer med demens» med bemanning hele/deler av døgnet. | Se status boks s. 22 | |

Kilde: Nannestad kommune 2021

Tatt i betraktning at planperioden gikk ut i 2020, gjenstår det fortsatt å få etablert flere tiltak i tilstrekkelig grad. Noe er påbegynt, men forsinket og utsatt grunnet utbruddet av koronapandemien, som for eksempel utvidelse av dagaktivitetstilbudet og gjennomføring av pårørendeskole.

5.1.6 Tilgjengelighet, kontakt og aktivt tilsyn med hjemmeboende brukere

Tiltak som ivaretar kontakt og tilsyn med hjemmeboende brukere er viktige virkemidler for å kunne tilby heldøgns og omfattende tjenester lengst mulig. Kommunen benytter blant annet SmartVakt trygghetsalarm for 170 brukere totalt, som innebærer at bistand fra hjemmesykepleien kan tilkalles gjennom hele døgnet. Administrasjonen beskriver at dette er digitale alarmer som går direkte til den pleieren som er nærmest geografisk, og alarmen går automatisk videre til neste pleier hvis det ikke oppnås respons i løpet av noen få minutter. Løsningen med trygghetsalarmer er knyttet til egne mobiltelefoner, som også kan brukes til å åpne e-låser. Pleierne løser oppdraget direkte, enten i form av toveis kommunikasjon med bruker eller ved uttrykning til boligen:

Får ansatte snakket med bruker direkte via alarmen, så løser man minst 70 prosent av alarmene på den måten (tall hentet ut fra alarmsystemet). I akuttifeller rykker man ut så snart som mulig (men hvor lang tid det i realiteten tar, avhenger av hvor pleier er), men man har ingen «blålysfunksjon». For øvrige oppdrag går det maksimalt en halvtime før man er på plass, dette vil variere gjennom døgnet (det er høyere bemanning på dagtid, enn kveld og natt).

Kommunen benytter videre både ringetilsyn og fysiske tilsyn med brukere. Ringetilsyn benyttes til brukere man ikke har fysiske besøk hos, eventuelt i kombinasjon med noen fysiske besøk. Fysisk tilsyn benyttes ofte i forbindelse med observasjoner av medisiner, ernæring og hygiene. I skriftlig tilbakemelding presiserer administrasjonen at tilsyn/observasjon hører naturlig med til alle besøk

hjemmetjenesten gjør, om det er stell/pleie eller om man bare deler ut legemidler, eller varmer middag/middagsutkjøring.

I tabellen under har kommunen oppgitt hvor mange brukere 50 år og over som i dag mottar ulike løsninger som ivaretar tilgjengelighet, kontakt og aktivt tilsyn:

Tabell 5 Antall hjemmeboende eldre med vedtak om tiltak for tilgjengelighet, tilsyn og kontakt, per 11.3.21

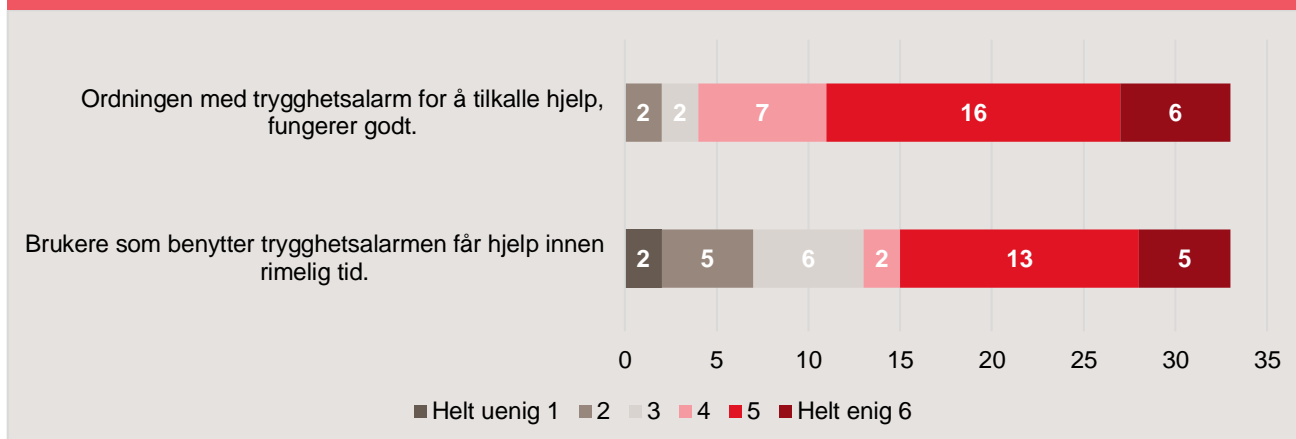
| Tiltak | Personer 50-66 år | Personer >67 år |
|--|-------------------|-----------------|
| SmartVakt trygghetsalarm | 11 | 159 |
| Evondos elektroniske medisindispensere | 1 | 11 |
| GPS-klokke | 0 | 1 |
| Døralarmer | 0 | 0 |
| Ringetilsyn | 0 | 6 |
| Fysiske tilsyn | 0 | 6 |

Kilde: Nannestad kommune 2021

Administrasjonen opplyser om at det gis varsel på vakttelefonen til hjemmesykepleien i de ulike sonene hvis bruker ikke tar medisin ved bruk av elektronisk medisindispenser, og hvis det er feil ved dispenser og lignende. I avsluttende intervju med virksomhetsleder helse utdyper hun at det innen velferdsteknologisatsingen er et samarbeid mellom DGI og kommunene på Øvre Romerike. Tidsplanen for utrulling av ulike løsninger i den enkelte kommune styres derfor i stor grad av dette samarbeidet. Elektroniske medisindispensere startet kommunen med i desember 2020, og virksomhetslederen tenker derfor de er godt i gang i forhold til tidsplanen. Hun presiserer at det tar tid å innføre ulike velferdsteknologiske løsninger, både fordi det krever en tilrettelegging av tjenestene som skal drifte løsningene, og i forhold til selve teknologien som skal fungere. Blant annet skal løsningen med elektronisk medisindispensere integreres med pasientjournalssystemet.

Når det gjelder bruken av GPS kommenterer virksomhetsleder at kommunen har hatt noen utfordringer med at teknologien ikke har fungert. Videre informerer hun om at medisinsk avstandsoppfølging er et prosjekt hvor Ullensaker har vært pilot og som nå skal ruller ut til flere kommuner. Satsningen er tildelt samhandlingsmidler fra Ahus. Målgruppen er KOLS- pasienter som ofte er storforbrukere av tjenester, og som ofte er inn og ut av sykehus. Pasienter skal kunne gjøre ulike målinger selv og lage en egenbehandlingsplan. Dette vil gjøre dem mer selvstendig, men det krever ressurser å få tatt dette i bruk. I spørreundersøkelsen til de ansatte ble de bedt om å svare på hvorvidt de opplever at ordningen med trygghetsalarm fungerer bra, og om brukere som benytter trygghetsalarm får hjelp innen rimelig tid. Figuren under viser hvordan de ansatte svarer på spørsmålene:

Diagram 4 Ansattes oppfatning av ordningen med trygghetsalarm



Kilde: RRI 2021, N=33

Som diagrammet viser oppgir en høy andel av ansatte at de er helt eller delvis enige i at ordningen med trygghetsalarm fungerer godt, dvs. at 88 prosent av de ansatte svarer dette. Cirka 40 prosent er helt eller delvis uenige i at brukerne får hjelp innen rimelig tid når de benytter trygghetsalarmen.

5.2 Revisjonens vurdering

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet slik at flere eldre med omfattende bistandsbehov kan bo hjemme lengst mulig. Undersøkelsen viser at kommunen har etablert flere tiltak beskrevet i strategisk handlingsplan, som for eksempel helse- og mestringsfremmende hjemmebesøk, hverdagsrehabilitering og «hjemmedød». Kommunen er imidlertid forsinket når det gjelder utbygging av bemannede omsorgsboliger som etter planen skulle vært igangsatt i 2016. Nasjonal statistikk viser foreløpig minimale endringer i ressursfordelingen mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester i kommunen, med unntak av en liten stigning i ressursene til sistnevnte i overgangen 2018 til 2019. Noen av personalressursene som opprinnelig ble overført fra institusjonstjenesten til hjemmetjenesten, er midlertidig tilbakeført til korttidsavdelingen.

Revisjonen har videre lagt til grunn at kommunen bør ha tatt i bruk virkemidler, som for eksempel velferdsteknologi, for å styrke kontakten med, og tilgjengeligheten for brukerne hele døgnet. Undersøkelsen viser at trygghetsalarm i stor grad benyttes, men at brukere ifølge mange ansatte ikke får hjelp innen rimelig tid når de benytter alarmen. Kommunen har et samarbeid med DGI og kommuner på øvre Romerike rundt velferdsteknologiske løsninger. Dette styrer i stor grad tidsplanen for utrulling av ulike løsninger, og kommunen startet innføring av elektroniske medisindispensere i slutten av 2020.

Undersøkelsen viser at kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet, men at flere tiltak er forsinket, samt at enkelte sentrale virkemidler som trygghetsalarm ikke fungerer helt etter hensikten. Revisjonen vil understreke viktigheten av at dreining av tjenestetilbudet og dimensjonering av tjenestene ikke må gå på bekostning av forsvarligheten i tjenestetilbudet til de eldre.

6 KARTLEGGING, VURDERING OG TILDELING AV TJENESTER

I følgende delkapitler presenterer vi informasjon om kommunens rutiner og praksis ved kartlegging av bistandsbehovet hos brukerne, samt hvordan brukermedvirkning ivaretas i denne sammenheng. Videre omtales kommunens rutiner og praksis ved tildeling av hjemmetjenester, og ved innvilgelse av og avslag på sykehjemsplass. Det sistnevnte undersøkes for å kunne vurdere i hvilken grad kommunen følger bestemmelser i egen forskrift når det fattes vedtak om langtidsplass framfor å gi omfattende tjenester i brukerens eget hjem. Avslutningsvis i kapittel 6 redegjøres det for ansattes vurderinger rundt spørsmålet om hvorvidt brukere er plassert på riktig nivå i omsorgstrappen.

| Problemstilling 2, punkt b | Revisjonskriterier – Kartlegging, vurdering, tildeling |
|--|--|
| Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning? | <ul style="list-style-type: none"> ➔ Kommunen bør ha rutiner for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder ivareta tverrfaglighet og registrere skår på funksjonsvariable i IPLOS. ➔ Kommunen bør benytte kriterier ved tildeling av hjemmebaserte tjenester og langtidsopphold på sykehjem, samt beskrive faktiske forhold som ligger til grunn når det fattes enkeltvedtak. ➔ Kommunen bør tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester. |

6.1 Kommunale rutiner og praksis innen kartlegging

Administrasjonen har oversendt følgende prosedyrer som skal benyttes ved kartlegging av bistandsbehov i forbindelse med søknad om hjemmetjenester, eller ved endring av behov og revurdering av vedtak:

- Prosedyre for dokumentasjon i pasientjournal CosDoc
- Prosedyre for informasjon til bruker ved vurderingsbesøk ved oppstart hjemmesykepleie
- Sjekkliste for informasjon til bruker ved vurderingsbesøk ved oppstart hjemmesykepleie
- Prosedyre for kartlegging av demens
- Sjekkliste for tjenesteoppgaver i hjemmesykepleien

6.1.1 Kartlegging i forbindelse med behov for praktisk bistand

Leder for koordinerende enhet (KE) i kommunen informerer i intervju om at tildelingen av tjenester som praktisk bistand, dagsenterplass og omsorgsstønning er fordelt på forskjellige saksbehandlere. Hvis det kommer søknader på flere tjenester samtidig, blir disse splittet i fagsystemet CosDoc ved at søknaden scannes inn som forskjellige/egne søknader som går til ulike saksbehandlere. Det er en

fast saksbehandler på hjemmehjelp som drar på kartleggingsbesøk. Når det gjelder søknader om dagsenterplass er det ofte demenssykepleier som kommer med innspill, samt pårørende, men det fylles bestandig ut egensøknad hvor bruker underskriver selv.

6.1.2 Kartlegging i forbindelse med behov for hjemmesykepleie

Enhetsleder for hjemmesykepleien beskriver i intervju at de aller fleste saker blir meldt fordi bruker/pasient er innlagt på sykehus, og blir fanget opp ved utskriving, og at det blir foretatt en kartlegging i den forbindelse. Noen brukere er innom sykehjemmet, og da er det naturlig at hjemmesykepleien er med på innkomstsamtaler, etterfulgt av oppfølging i hjemmet. Henvendelser kan også komme fra pårørende, fastlegene, og fra sykehus. Enhetslederen beskriver videre at hjemmesykepleien noen ganger kartlegger samme ettermiddag, eller tar dette på telefon, for å komme raskest mulig i gang²⁵. Man kommer da tilbake med et lenger vurderingsbesøk senere, hvor også nærmeste pårørende er til stede og kan fange opp informasjon. Overfor nevnte sjekklister for tjenesteoppgaver i hjemmesykepleien, er et skjema som brukes som grunnlag etter vurderingsbesøket og for å skrive vedtak og lage arbeidsplan i fagsystemet CosDoc. Her skal man ut ifra det brukeren søker om hjelp til, vurdere hva hjemmesykepleien skal bidra med og hva bruker selv og pårørende skal utføre.

Enhetslederen beskriver videre at det er hjemmesykepleien selv som foretar kartleggingen, dvs. en fast ansatt som kjenner rutinene og har oversikten over hva som er viktig. Under vurderingsbesøket brukes en egen kartleggingsperm, med skjema for kartlegging av hjemmet, hjelpemidler, informasjon om tjenestene, hva hjemmesykepleien gir av nødvendig helsehjelp, avtaler om medisiner om det er behov for dette, og kartlegging brannfare.

Hjemmesykepleien går igjennom søknader på vedtaksmøter annenhver uke, gjør vurderinger og fordeler besøk. Når det gjelder elektronisk medisindispenser, døralarm etc., er det hjemmesykepleien som gjør en vurdering av behovet i samarbeid med bruker/pårørende, om hvorvidt dette er noe bruker kan nyttiggjøre seg.

I avsluttende intervju med virksomhetsleder helse utdyper hun på revisjonens spørsmål om tverrfaglighet i kartleggingen, at virksomheten har jobbet med prosedyrene, for å sikre at de rette personene deltar på utskrivingsmøter når pasienter har vært på korttidsopphold. Her uttrykker hun at ikke alle møter har fungert like godt. De har derfor snakket om å ha gode rutiner ved utskriving, ta med pasienten på hjemmebesøk for å se på hva må som må tilrettelegges, og at involveringen fra fysio- ergotjenesten også må være god. Da mener hun det også vil bli lettere å oppnå en felles forståelse av at «nå prøver vi dette trinnet i omsorgstrappen».

6.1.3 Kartlegging i forbindelse med behov for langtidsplass på sykehjem

Leder for KE informerer om at vurdering av søknader om sykehjemsplasser gjøres i faste møter hver tirsdag. KE består av enhetslederne i hjemmesykepleien, representanter fra enhet for rehabilitering, dagaktiviteter og praktisk bistand (RDP), enhetsleder for korttidsenheten, samt en fysioterapeut. Disse vurderer søknader om sykehjemsplass i fellesskap. Noen ganger deltar også virksomhetsleder. Leder for KE utdyper skriftlig at det ikke er avsatt egne ressurser til kartleggingsbesøk i forhold til

²⁵ Andelen vedtak om hjemmetjenester som er iverksatt innen 15 dager, er for landet på 97.18 prosent. 98 prosent av alle vedtak om hjemmetjenester blir i Nannestad satt i verk innen 15 dager, ifølge tall fra Helsedirektoratet (Kommunebarometeret 2020).

sykehjemsplasser. Her brukes hjemmesykepleien som en forlenget arm og enhetsleder for hjemmesykepleien deltar som nevnt i KE. Med hensyn til pasienter som kommer fra sykehus, vurderes behovet ut fra PLO-meldingene. For vurderinger i forbindelse med videre sykehjemsopphold/omsorgsnivå er sykehjemmet den forlengede armen, og derfor deltar enhetsleder derfra i KE.

6.1.4 IPLOS-registreringer

Ovenfor nevnte prosedyre for dokumentasjon i CosDoc beskriver rutiner for IPLOS-registrering i forbindelse med søknad om tjenester, samt at registreringen skal oppdateres fire ganger årlig og ved endringer av brukerens ADL-funksjoner (aktiviteter i dagliglivet). Koordinerende enhet, sykepleier og primærkontakt står som ansvarlige for oppgaver under IPLOS. IPLOS-kartlegging gjøres ifølge enhetslederen for hjemmesykepleien etter noen dager når man har blitt mere kjent med brukeren. Ansatte melder også ifølge henne ifra om eventuelle endringer:

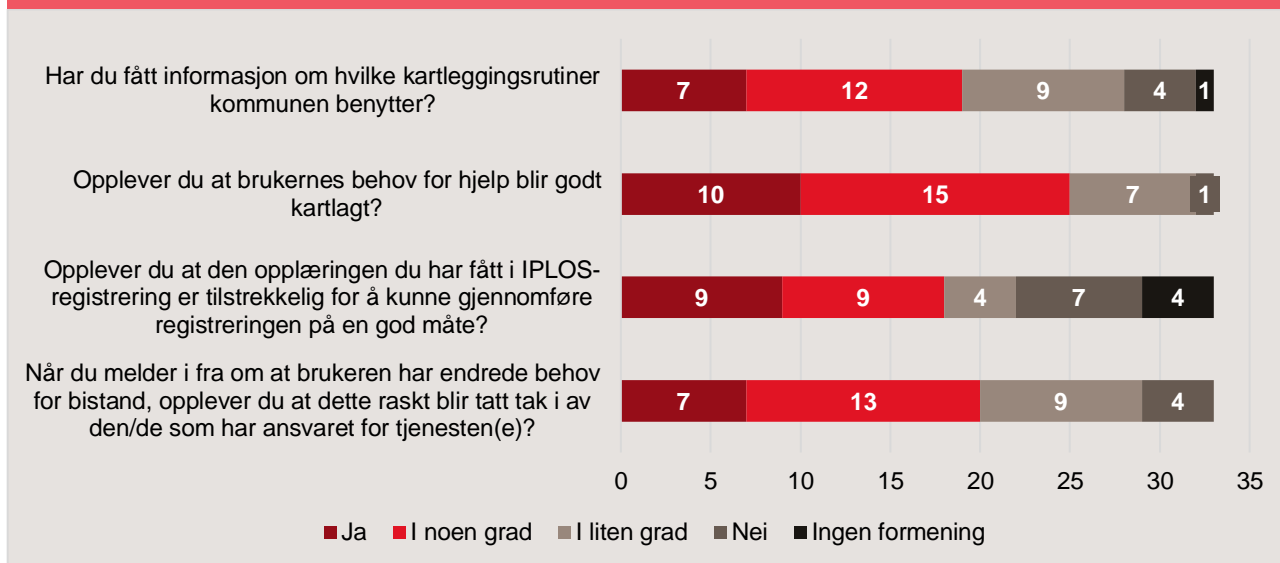
Da skal vi i utgangspunktet gjøre nye IPLOS- registreringer, men her syndes det nok – og det er ikke alltid vi får fulgt opp dette. Det som har vært vanskelig er at fagsystemet vårt er dårlig på å få kjørt ut «lister», systemet gir dårlige muligheter for rapporter, og da får vi lite informasjon ut av IPLOS-registreringene. Jeg mener vi likevel vet veldig godt hvem som er de «tunge» brukerne våre.

I forbindelse med hjemmehjelp er det ifølge leder for KE den aktuelle saksbehandleren som oppdaterer IPLOS. Hun opplyser videre om at det hender hun etterspør registrering. Hvis det f.eks. søkes om sykehjemsplass og IPLOS-registreringen tilsier at denne pasienten er ganske velfungerende, ber hun ansatte oppdatere registreringen. Hun uttrykker at det nok kan hende de «glipper» på dette, men at IPLOS-skårene stort sett skal være oppdatert. I tillegg til IPLOS-registreringen, er dokumentasjon i journal viktig for vurderingene som gjøres i forhold til vedtak. IPLOS-skår kommer fram på det administrative vedtaket, men ikke på vedtaket ut til brukeren.

Også administrasjonen kommenterer skriftlig at IPLOS-skår ikke nødvendigvis er det som veier tyngst i vurderingene. IPLOS er en del av vurderingen av den enkeltes helsetilstand og funksjonsnivå. Der kan en få en liten oversikt over bistandsbehov utfra de ulike skår som settes. Man bruker i tillegg journalnotater fra ulike tjenester, fastleger og sykehus. Dette sammen med kommunens «sjekklister for tjenesteoppgaver» og hva som kommer fram under et vurderingsbesøk, vil avdekke hva brukeren trenger hjelp til og hvilket omfang bistandsbehovet har.

I spørreundersøkelsen til de ansatte var kartlegging og IPLOS-registreringer et tema. Av de 33 ansatte som har svart på undersøkelsen oppgir 82 prosent at de selv har deltatt i kartlegging av brukernes bistandsbehov, og 79 prosent oppgir også at de er kjent med IPLOS-registrering. Videre oppgir 52 prosent at de selv har hatt ansvar for å IPLOS-registrere brukere. Diagrammet under viser hva ansatte ellers svarer på spørsmål om hvordan de opplever kartleggingsrutinene:

Diagram 5 Ansattes opplevelse av kartleggingsrutiner



Kilde: RRI 2021, N=33

Diagrammet viser at 76 prosent av de ansatte enten svarer ja, eller at de i noen grad opplever at brukernes behov for hjelp blir godt kartlagt. Videre svarer 58 prosent enten ja, eller at de i noen grad har fått informasjon om kartleggingsrutiner, mens 39 prosent, svarer enten nei eller at de i liten grad har fått slik informasjon. Til sammen 40 prosent svarer enten nei, eller at de i liten grad opplever at endringer i bistandsbehov som det meldes i fra om raskt blir tatt tak i. 40 prosent svarer også enten nei eller at de i liten grad opplever at den IPLOS-opplæringen de har fått er tilstrekkelig. I avsluttende intervju med virksomhetsleder helse uttrykker hun at alle ansatte, og i hvert fall alle ansatte med fagbakgrunn, bør kunne IPLOS-registrere. Her mener hun kommunen helt sikkert har noe å gå på med hensyn til opplæring, da noen ansatte er litt usikre på hvordan det skal gjøres.

6.2 Kommunale rutiner og praksis ved tildeling av tjenester

Administrasjonen har oversendt følgende prosedyrer m.m. som skal benyttes i forbindelse med tildeling av tjenester:

- Prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Koordinerende enhet
- Prosedyre for tildeling av korttids plass i sykehjem
- Forskrift om rett til langtidsopphold m.m. ved Nannestad sykehjem
- Prosedyre for tildeling av langtids plass i sykehjem
- Prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie (utkast, ikke kvalitetssikret/godkjent)

Prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester i koordinerende enhet skal sikre et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud, og at alle vurderinger om tjenester er tverrfaglige. Prosedyren omfatter blant annet alle hjemmebaserte tjenester, samt institusjonsplasser. Videre skal prosedyren sikre at bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang, samt at bruker gis mulighet til medvirkning. Prosedyren definerer også generelle saksbehandlingsregler og krav til saksbehandlingen (se vedlegg 4).

Utover kriterier for langtids- og korttidsplass, samt utkast til kriterier for tildeling av hjemmesykepleie, informerer administrasjonen skriftlig om at det ikke er utarbeidet særskilte kriterier for tildeling av tjenester som praktisk bistand, dagsenterplass, velferdsteknologi og avlastning²⁶.

6.2.1 Tildeling av hjemmebaserte tjenester

Overordnet ved tildeling av tjenester er ifølge skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen «[k]ommunehelseloven og krav om å gi forsvarlig helsehjelp». Administrasjonen skriver videre at omsorgstrappen som modell brukes i all tildeling av pleie- og omsorgstjenester, og i revurdering av vedtak på tjenester. For pasienter som skrives ut fra sykehjemmet etter korttidsopphold, vurderer man for eksempel hva som må tilrettelegges i egen bolig, eventuelle hjelpemidler som må på plass, tjenestebehov fra hjemmesykepleien, tildeling av dagtilbud eller økt dagtilbud, og om det er aktuelt med hverdagsrehabilitering.

Leder for koordinerende enhet beskriver i intervju at kriterier for hjemmehjelp ikke er skriftliggjort, men at hovedfokus er om bruker har funksjonsnedsettelse fysisk og kognitivt/psykisk, samt om brukeren har nedsatt gangfunksjon eller om brukeren for eksempel glemmer. Dette ligger ifølge henne til grunn ved utøvelsen av skjønnsvurderinger. Brukeren må være ute av stand til å utføre praktiske oppgaver for kortere eller lengre tid.

Når det gjelder tildeling av hjemmesykepleie har kommunen som nevnt ettersendt utkast til prosedyre. Prosedyren ble utarbeidet i 2019 men «har blitt liggende», og skulle vært kvalitetssikret og lagt inn i TQM. I prosedyren vises det til følgende kriterier:

- Søker kan ikke være i stand til å ha omsorgen for seg selv, helt eller delvis, og vil for en kortere eller lengre periode være avhengig av hjelp fra helsepersonell.
- Behovet må kunne begrunnes ut fra relevante medisinske og funksjonsmessige opplysninger.

I ovenfornevnte prosedyre presiseres også hvilke tjenester hjemmesykepleie kan inneholde, for eksempel medisin håndtering og sårstell, samt hva tjenesten *ikke* omfatter, som for eksempel husarbeid og lignende som ligger naturlig under praktisk bistand/hjemmehjelp. Prosedyren presiserer også at «[e]n helsefaglig begrunnelse skal framgå i vedtaket».

Enhetsleder for hjemmesykepleien forteller i intervju om at de i flere år har benyttet prosedyren for tildeling av hjemmesykepleie med kriterier, og at denne ligger i en egen vurderingsperm. Videre beskriver hun at det reelle de ser etter er hvilke oppgaver hjemmesykepleien kan bidra med og hva som er nødvendige helsetjenester for den enkelte. På spørsmål om tverrfaglighet i forbindelse med vedtak om tjenester, svarer enhetslederen følgende i intervju:

Så er det viktig at brukeren er med og bestemmer, det er noe vi er opptatt av. Vi har ingen møter på tvers i forbindelse med tildeling av hjemmesykepleie, men har jo kontorer rett ved hverandre, og tar kontakt om det er noe.

På bakgrunn av en arbeidsplan og hva den ansatte som var på vurderingsbesøk har avtalt med den enkelte, skriver enhetsleder for hjemmesykepleien vedtakene. Også ved endringer i behov er det enhetsleder som skriver vedtakene. Ifølge leder for koordinerende enhet er det hun som skriver under på vedtak som ligger under RDP (rehabilitering, dagaktiviteter og praktisk bistand). Det er også hun

²⁶ Her benyttes i dag samme prosedyre og kriterier som for tildeling av korttidsplass

som skriver under vedtak ved tildeling av sykehjemsplass, men hun presiserer at vurderingene gjøres i felleskap, og at hun ikke har større myndighet enn de andre enhetslederne som sitter i koordinerende enhet.

6.2.2 Tildeling av langtidsplass

Som beskrevet i kapittel 4 har kommunen egen lokal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsplass ved sykehjemmet. Kommunens prosedyre for tildeling av langtidsplass gjengir de samme kriterier som forskriften. I tillegg har kommunen egen prosedyre for tildeling av korttidsplass. Som tidligere nevnt behandles søknader om langtidsplass på sykehjem av koordinerende enhet, og man ser her på om det er prøvd ut andre tiltak først. Det kan være tiltak som hjemmesykepleie, dagtilbud, hjemmehjelp, trygghetsalarm, velferdsteknologi, matombringing, avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold, som virksomheten ønsker skal være utprøvd.

På spørsmål fra revisjonen avkrefter administrasjonen at de opererer med definerte mål på pleietyngden i vurderingen av hvem som skal tildeles langtidsplass på sykehjem, dette blir individuelle vurderinger fra sak til sak. Kommunen ser store individuelle forskjeller som gjør at man ikke tenker det er riktig å ha fast definerte pleietyngdemål som skal avgjøre hvor tjenestene skal gis:

Det er store forskjeller mellom de hjemmeboende med hensyn til bosituasjon, boligutforming, brukers egne ønsker (brukermedvirkning), hva slags pårørendestøtte som finnes, pårørendes belastninger, hvilke hjelpetiltak som er mulig å sette inn i hjemmet (f.eks. velferds- og trygghetsteknologi, hjelpemidler og ombygginger, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, trening, matombringing og dagtilbud). Det gjøres også individuelle vurderinger av om det er forsvarlig (ut fra fallfare, brannfare og kognitiv funksjon) for bruker å bo hjemme. Det er også slik at noen hjemmeboende opplever stor angst og utrygghet ved å bo alene hjemme, uten at de nødvendigvis har et stort pleiebehov på andre måter. Videre så har vi hjemmeboende som har svært store pleiebehov som bor hjemme, etter eget/pårørendes ønsker, som man kanskje normalt sett kunne tenke burde hatt institusjonsplass.

Pleietyngde er med andre ord ifølge kommunen ikke det eneste kriteriet for å flytte bruker fra hjemmebasert omsorg til institusjonsbasert omsorg, men en rekke ulike faktorer som spiller inn i hver enkelt vurdering av hva slags omsorgsnivå som er det riktige.

I virksomhet helse sine rapportering til helse- og omsorgsutvalget i kommunen, framkommer antall vedtak om langtidsopphold på sykehjem, antall avslag på søknad om sykehjem og antall som har fått et annet tilbud, per måned. I rapportering per 31.12.2020 så denne fordelingen ut som i tabellen under:

Tabell 6 Antall vedtak om langtidsplass på sykehjem 2020

| | jan. | febr. | mars | april | mai | juni | juli | aug. | sept. | okt. | nov. | des. | sum |
|--------------------------|------|-------|------|-------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|-----|
| Antall innvilget | 2 | 1 | 4 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 19 |
| Antall avslag | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| Har fått et annet tilbud | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 |

Kilde: Nannestad kommune 2021

Tabellen viser at det til sammen ble fattet 19 vedtak om langtidsplass i 2020, samt at det ble gitt seks avslag. Det innebærer at en fjerdedel av søknadene om langtidsplass fikk avslag. I fem av avslagene oppgis det at søkeren fikk et annet tilbud. Revisjonen har gått igjennom fem av seks avslag, samt et tilfeldig utvalg av fem vedtak hvor langtidsplass ble innvilget, for å vurdere om bestemmelser i forskrift om langtidsplass (kapittel 4.1.3) er ivaretatt på følgende punkter:

- Kroniske sykdommer og plager er av så omfattende karakter at det medfører behov for medisinsk behandling, døgkontinuerlig tilsyn og pleie
 - Det forutsettes at kommunen har oppdatert IPLOS-registrering i forbindelse med vedtaket.
- Tjenester på lavere nivå i omsorgstrappen må være prøvd først.
 - Det forutsettes at brukeren har hatt/har omfattende tjenester i eget hjem, eller at dette har vært prøvd ut. Tjenester forskriften viser til er: tilrettelegging i hjemmet, velferdsteknologi og hjelpemidler, dagaktivitetstilbud, hjemmehjelp/ hjemmesykepleie, korttidsopphold/avlastning/rehabilitering

I tabellen under er vedtak revisjonen har gjennomgått nummerert fra 1-10, hvorav fem som nevnt har fått innvilget langtidsplass og fem har fått avslag. Under hvert vedtak oppgis IPLOS-skår på bakgrunn av den registreringen som ifølge kommunens dokumentasjon er gjennomført nærmest i tid i forhold til når vedtaket ble fattet. Videre er det satt kryss for de saker hvor det framkommer at omfattende tjenester på et lavere nivå er prøvd ut. For søkere som har fått avslag, er det satt kryss for hvorvidt disse fikk tilbud om andre tjenester, som økning i hjemmetjenester, omsorgsbolig eller andre tjenester.

Tabell 7 Vedtak om langtidsplass på sykehjem, avslag og innvilgelse, 2020

| Vurdering | Vedtak om innvilgelse | | | | | Vedtak om avslag | | | | |
|--|-----------------------|------|---|------|------|------------------|-------------------|-----|-----|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Oppdatert IPLOS-reg. /skår | 3,15 | 3,78 | 2,35 | 4,05 | 3,45 | 1,83 | 2,5 ²⁷ | 3,1 | 2,8 | 3,05 ²⁸ |
| Omfattende tjenester i eget hjem er prøvd ut | x | x | x | x | | x | | x | x | x |
| | | | Har fått annet tilbud etter avslag | | | | | | | |
| | | | økning av hjemmetjenester | | | x | | | | |
| | | | Tildelt omsorgsbolig | | | x | | x | x | |
| | | | Andre tiltak | | | | | | | x |

Kilde: Nannestad kommune 2021

²⁷ Trakk søknaden

²⁸ Kun én IPLOS-registrering i 2020, til tross for søknad, og registreringen gjort neste 4 måneder før vedtaket ble fattet.

Kommentarer til saksgjennomgangen

- IPLOS-skår hos søkere som har fått innvilget langtidsplass ligger i snitt over de som har fått avslag (3,4/2,7)
- Hos søker med lav IPLOS-skår som har fått innvilget langtidsplass, er det spesielle hensyn i situasjonen som tilsier at personen likevel får innvilget plass
- I de fleste saker som er gjennomgått, er IPLOS-skår gjennomført jevnlig, men i enkelte tilfeller har det gått 2-4 måneder fra siste IPLOS-registrering til vedtak fattes.
- I ett tilfelle ble det bare gjennomført én IPLOS-registrering i løpet av 2020, til tross for søknad om langtidsplass og at brukeren hadde hjemmesykepleie x 4 per dag, samt bestemmelser i kommunens egen prosedyre som sier at registrering skal gjøres 4 ganger i året (se side 31)
- Tjenester på et lavere nivå prøves ut i stor grad ut, både blant de som får innvilget og hos de som får avslag på langtidsplass. Tjenester de fleste får før en langtidsplass på sykehjem er:
 - Hjemmesykepleie flere ganger om dagen
 - Hjemmehjelp
 - Legemiddeloppfølging
 - Korttidsopphold/rullerende korttidsopphold
 - Omsorgsbolig
 - Hverdagsrehabilitering og opptrening med fysioterapeut
 - Ergoterapi og ulike hjelpemidler
 - Trygghetsalarm og tilsyn
 - Matombringing
 - Dagsenterplass
 - Bistand fra pårørende
- I enkelte tilfeller er det søkt om langtidsopphold flere ganger, men hvor det prøves ut andre tiltak på lavere nivå, før ny søknad om langtidsplass innvilges.
- Det beskrives at enkelte hjemmeboende brukere som har søkt langtidsplass, bruker trygghetsalarmen svært hyppig, blant annet på grunn av angst og uro.
- Fallfare er nevnt hos flere som får innvilget langtidsplass
- Tildeling av omsorgsbolig er det tiltaket som er hyppigst nevnt som alternativ til de som får avslag på langtidsplass, i de fem sakene som er gjennomgått.

Utforming av enkeltvedtak i forbindelse med vedtak om langtidsplass

Saksgjennomgangen viser at IPLOS-skår framkommer i det administrative vedtaket, men ikke i brevet til søkeren. Videre framkommer det at det ikke gis en beskrivelse av faktiske forhold som begrunnelse for vedtaket i svarbrevet til søkeren, kun en konklusjon og henvisning til lovverket, for eksempel: «Søker blir vurdert å fylle kravene til hjelp, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7. Tjenesten blir vurdert som tilstrekkelig i forhold til behovet.» Det vises heller ikke til når søknaden ble mottatt.

Når det gjelder manglende beskrivelse av faktiske forhold som ligger til grunn for enkeltvedtak om langtidsplass, meddeler virksomhetsleder helse i avsluttende intervju at de klarer over at dette er en mangel ved vedtaksbrevene i dag. Hun informerer om at kommunen har en relativt nyansatt jurist med helsefaglig bakgrunn, og at han har gått gjennom malene som kommunen jobber med å få lagt inn. Hun presiserer at tjenesten går igjennom begrunnelsene i de vurderingsmøtene de har, men at beskrivelsen av de faktiske forholdene har manglet i selve vedtaksbrevet.

6.3 Kommunale rutiner og praksis for brukervedvirkning

I ulike prosedyrer har kommunen konkretisert rutiner for brukervedvirkning. Som tidligere nevnt er blant annet en av hensiktene med prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester nettopp å sikre medvirkning fra brukerne. Følgende er en kort gjengivelse av hvordan brukervedvirkning er nedfelt i de kommunale prosedyrene:

Tabell 8 Brukervedvirkning i kommunale prosedyrer

| Prosedyre | Konkretisering av brukervedvirkning |
|--|---|
| Prosedyre for dokumentasjon i pasientjournal CosDoc | Der det er mulig skal IPLOS-registrering utføres i samarbeid med bruker |
| Prosedyre for informasjon til bruker ved vurderingsbesøk ved oppstart av hjemmesykepleie | Fylle ut «tjenestebeskrivelse for hjemmesykepleien» i samarbeid med søkeren |
| Sjekkliste for tjenesteoppgaver i hjemmesykepleien | Gjennomgang av hva det søkes hjelp til, og avklaring rundt «hva gjør søker selv», «hva gjør familien» og «hva gjør hjemmesykepleien». Skjema brukes for å skrive vedtak og lage arbeidsplan i fagsystemet CosDoc. |
| Prosedyre for kartlegging av demens | Tilstrebe primærsykepleie til denne gruppen pasienter, for best mulig kontinuitet, regelmessighet og brukervedvirkning. |

Kilde: Nannestad kommune, 2021

I kommunens prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie, nevnes ikke brukervedvirkning eksplisitt, men at prosedyren skal «[s]ikre forsvarlig saksbehandling av søknader om hjemmesykepleie».

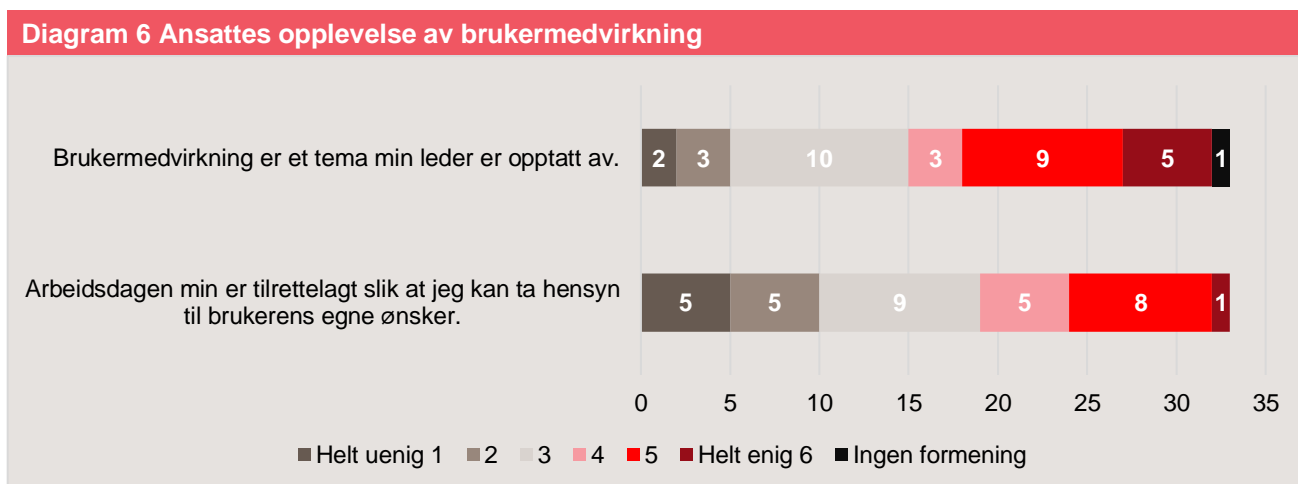
Som tidligere beskrevet har kommunen etablert forebyggende hjemmebesøk for å komme tidlig i dialog med bruker rundt behovet for framtidige tjenester. Videre legges det gjennom tilbud om hverdagsrehabilitering vekt på at det er brukernes egne målsettinger for opptreningen som skal stå i sentrum.

Revisjonen har stilt kommunen spørsmål rundt hvordan det samarbeides med brukere/eventuelt verge ved vurdering av tjenestenivå og utmåling av tjenesteomfang. Til dette redegjør administrasjonen skriftlig for at bruker og eventuelt pårørende/verge deltar i hjemmebesøk/kartleggingsbesøk, innkomst-/utskrivningssamtaler på sykehjem, samt i ansvarsgruppemøter. Aktuelle ansatte skisserer hvilke muligheter og tjenestetilbud som finnes, hva som må tilrettelegges i boligen, og gir eventuelt råd om å kjøpe en mer egnet bolig. Videre legges det til rette for dialog med bruker og eventuelt pårørende/verge etter behov og ønske.

6.3.1 Ansattes opplevelse av brukervedvirkning og forventningsavklaringer

I spørreundersøkelsen ble de ansatte bedt om å vurdere hvorvidt de var enige eller uenige i at brukervedvirkning er noe ledelsen er opptatt av, og om arbeidsdagen er tilrettelagt slik at man kan ta hensyn til brukernes egne ønsker. Også når det gjelder medvirkning fra de pårørende ble ansatte

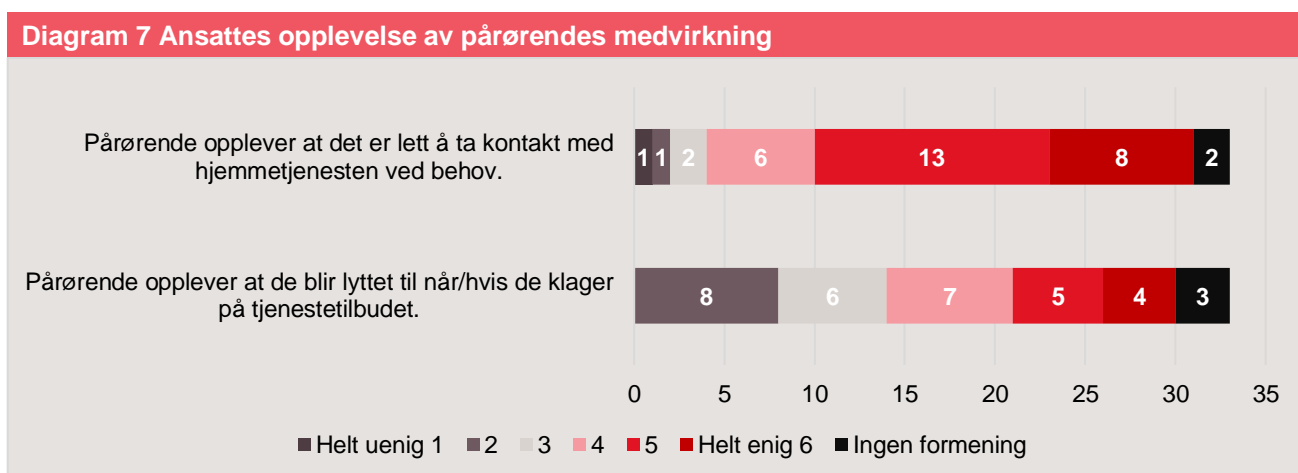
bedt om å vurdere enighet eller uenighet i påstander om temaet. Diagrammene under viser hvordan de ansatte svarte.



Kilde: RRI 2021, N=33

Nær halvparten av respondentene, svarer at de er helt eller delvis uenige i at brukermedvirkning er et tema lederen er opptatt av. På påstanden om at arbeidsdagen er tilrettelagt slik at den ansatte kan ta hensyn til brukerens ønsker, svarer over 58 prosent at de er helt eller delvis uenige i dette.

Diagrammet under viser hvordan ansatte vurderer påstander om de pårørendes medvirkning:



Kilde: RRI 2021, N=33

I spørreundersøkelsen ble det presisert at det er den enkelte ansattes opplevelser som etterspørres. Det kan likevel være vanskelig for ansatte å vurdere hva de tror pårørende opplever. Svaret de gir vil være baserte på det inntrykket de får gjennom sitt daglige arbeid. 82 prosent av de ansatte er helt eller delvis enige i påstanden om at pårørende opplever det som lett å ta kontakt med hjemmetjenesten ved behov. Litt over 40 prosent er helt eller delvis uenige i at pårørende opplever de blir lyttet til hvis de klager på tjenestetilbudet.

Hvorvidt ansatte, brukere og pårørende har en omforent forståelse av oppgavefordelingen seg imellom, kan være en indikasjon på om brukermedvirkning er satt i system i tjenesten. Diagrammet under viser hvordan ansatte oppfatter dette:

Diagram 8 Ansattes oppfatninger av forventninger vis a vis brukere

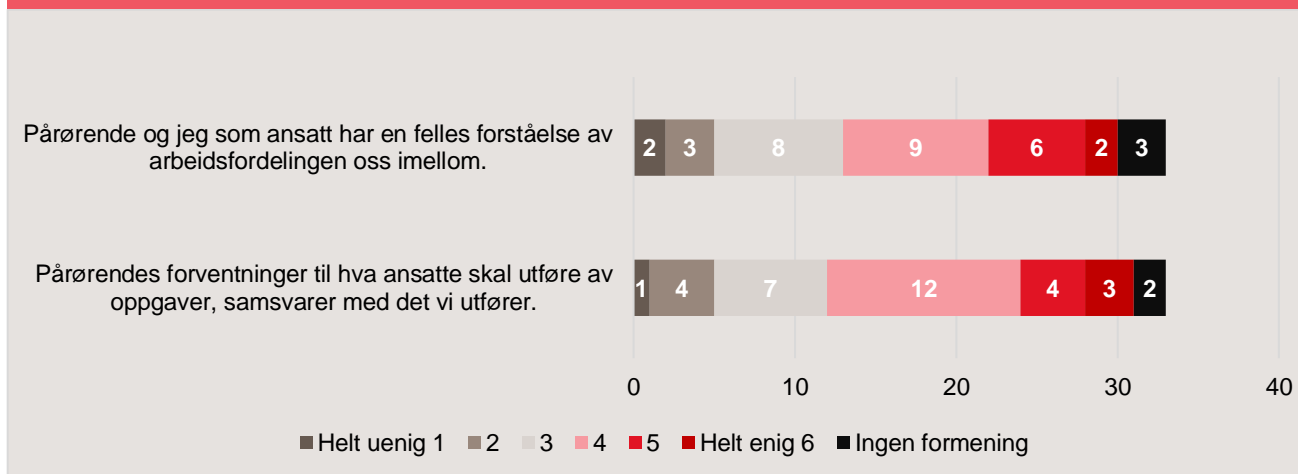


Kilde: RRI 2021, N=33

Av diagrammet framkommer det at like mange ansatte er enige som uenige i at brukeren og den ansatte har felles forståelse av hva ansatte skal bidra med. Også når det gjelder felles forståelse og forventninger til hvilke oppgaver brukeren selv skal utføre, deler de ansatte seg på midten.

Når det gjelder forventninger mellom ansatte og pårørende med tanke på oppgavefordelingen, deler svarene seg som vist i diagrammet under:

Diagram 9 Ansattes oppfatning av forventninger rundt oppgavefordeling vis a vis pårørende, i antall



Kilde: RRI 2021, N=33

40 prosent av de ansatte er helt eller delvis uenige i påstanden om at det er en felles forståelse av arbeidsfordelingen vis a vis de pårørende. 36 prosent oppgir også å være helt eller delvis uenige at pårørendes forventninger samsvarer med det de ansatte faktisk utfører av oppgaver. Noen av de ansatte ga utfyllende kommentarer til temaet:

Pårørende forventer at hjemmesykepleien skal prioritere og gjøre hjemmehjelpsoppdrag. Det er ikke tydelig nok skille mellom hvem som har ulike arbeidsoppgaver.

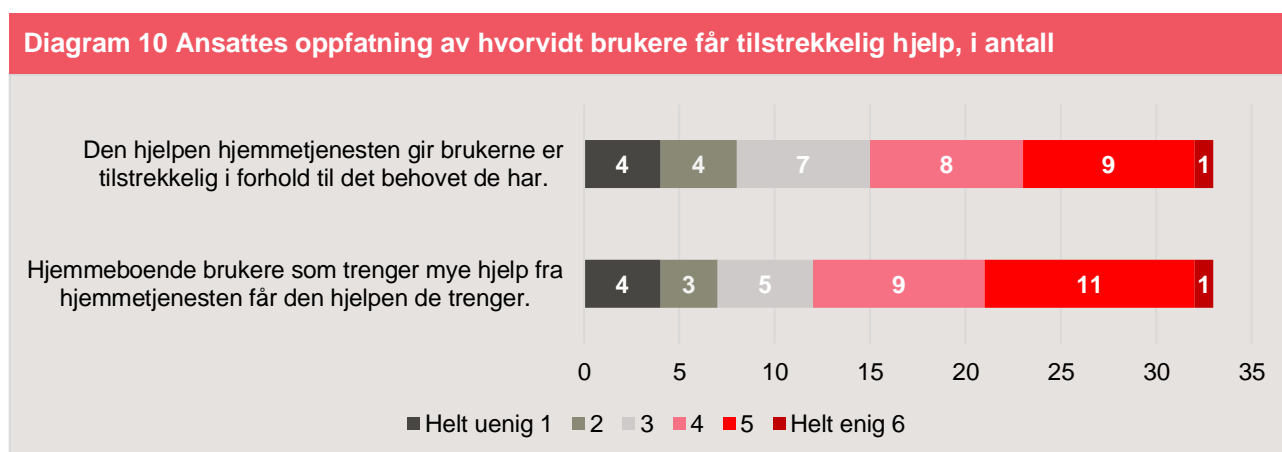
Forventninger om hva som er hjemmesykepleiens oppgaver samsvarer ikke alltid med brukers/pårørendes. Vi utfører flere oppgaver som egentlig ikke ligger innenfor vårt område.

Flere ansatte påpeker i spørreundersøkelsens kommentarfelt at det både kan være uklare forventninger rundt oppgavefordelingen vis a vis brukere og pårørende, men også at brukere og pårørende ikke godt nok skiller mellom hvilke oppgaver som ligger til hjemmesykepleien og hva som ligger til hjelp i form av praktisk bistand/hjemmehjelp.

På revisjonens spørsmål om brukermedvirkning og konkretisering av dette i en eventuell serviceerklæring, svarer virksomhetsleder i avsluttende intervju at kommunen har hatt et utkast på slik erklæring, som ikke har blitt ferdigstilt. Hun mener dette kunne vært nyttig, med tanke på å beskrive tjenestene og hvilke forventninger brukere og pårørende kan ha og ikke ha til de ulike tjenestene. Hun mener dette også bør framkomme på kommunens hjemmesider på en bedre måte enn det gjør i dag.

6.4 Riktig nivå i omsorgstrappen - ansattes oppfatninger

Ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt ulike spørsmål rundt tilbudet om heldøgns tjenester og brukere med omfattende bistandsbehov. Hensikten var å få en tilbakemelding fra dem som møter brukerne i det daglige, og hvilket inntrykk de sitter med når det gjelder ivaretagelse av brukernes behov. I diagrammet under framkommer det om ansatte er enige eller uenige i at brukere som trenger mye hjelp får den hjelpen de trenger.



Kilde: RRI 2021

Den største andelen ansatte er delvis enige i påstandene, men svært få, kun én ansatt, er helt enig i at hjemmeboende brukere får den hjelpen de trenger, og at hjemmetjenesten gir tilstrekkelig hjelp. 45 prosent av respondentene er helt eller delvis uenige i at den hjelpen hjemmetjenesten gir er tilstrekkelig i forhold til brukernes behov. Fire ansatte er helt uenige i at hjemmeboende får den hjelpen de trenger.

En stor andel av de ansatte, cirka 80 prosent, svarer i undersøkelsen at det er viktig at brukere med omfattende behov for hjelp får mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. Samtidig svarer omtrent like mange at enkelte brukere overfor dem har gitt uttrykk for at de ønsker plass på sykehjem, og 94 prosent svarer også at de selv mener enkelte brukere som i dag bor hjemme, burde vært på sykehjem. Flere ansatte utdyper dette i kommentarer:

Enkelte brukere har et så omfattende omsorgsbehov at vi i hjemmesykepleien ikke har mulighet til å oppfylle alle. Det fører til dårligere pleie for brukeren og et uforsvarlig arbeidsforhold for de ansatte. I tillegg til dette oppleves det paternalisme overfor disse brukerne.

Det hender at brukere kommer hjem fra sykehjem eller sykehus uten at de er i stand til å bo hjemme. Noen ønsker egentlig heller ikke å være hjemme, eller synes det er for tidlig å komme hjem. Noen pårørende greier ikke/blir veldig slitne etter få dager, men det blir ikke tatt hensyn til. Noen pårørende får seg ikke til å si at de egentlig ikke greier å ta seg av ektefelle, selv med hjemmesykepleie.

Leder for KE uttrykker i intervju en forståelse for at ansatte kan ha opplevelser av at brukere er plassert på «feil» omsorgsnivå:

Jeg tror nok de ansatte kan kjenne på at noen brukere som krever masse burde vært på sykehjem. [...] «Alt» av pasienter går til hjemmesykepleien, alt skal dekkes innenfor rammen, det vil si at hjemmesykepleien må løse alt og ikke kan si nei til noen oppgaver eller pasienter. Andre tjenester kan si at «nå er det fullt», det kan ikke hjemmesykepleien.

Ledere i sektoren revisjonen har intervjuet uttrykker at det både er enighet og uenighet blant ansatte i spørsmålet om hvilke brukere som skal få langtidsplass og hvilke brukere som skal få omfattende tjenester hjemme:

Jeg opplever ikke at det er mye uenighet rundt spørsmålet om hvem som bør få langtidsplass på sykehjem og hvem som bør bo hjemme. Jeg sitter i koordinerende enhet og syns vi samarbeider godt rundt dette. Jeg opplever at sykehjemmet ser brukerne godt, og ser hvem som trenger høyere omsorgsnivå.

enhetsleder hjemmesykepleien

Mitt inntrykk er at det kan være litt uenighet rundt hvem som bør få sykehjems plass eller ikke. Det har vært flere eksempler på det. Dette handler nok om ressurser og kapasitet i tjenestene. I mange tilfeller er det mest effektivt å ha sykehjemsplasser, men hadde vi hatt god nok kapasitet på hjemmetjenester, kunne jo de aller fleste ha bodd hjemme!

leder for KE

Mitt inntrykk er at det også er veldig bra med tanke på sykehjemsplasser i kommunen, og at de som bør ha det får dette. Om noen klager er det ofte pårørende som til tider kan ha en «skjult agenda», og som vil ha en sykehjemsplass til sine for å gjøre det lettere for seg selv.

leder i eldrerådet

Virksomhetsleder helse uttrykker i avsluttende intervju at det stadig pågår en dialog rundt spørsmål knyttet til «riktig nivå» i omsorgstrappen:

Koordinerende enhet gjør hele tiden vurderinger av hvordan omsorgstrappen fungerer i praksis. En god del pasienter ønsker å bo hjemme, selv om ikke alltid boligen er tilrettelagt for det. Og ikke alle har anledning til å innløse egen boligen for å selv kjøpe en mer egnet bolig. Da kommer vi fort i en skvis. [...] Mitt inntrykk er at hva som er riktig omsorgsnivå kan oppleves forskjellig fra sykehjemmet og hjemmesykepleiens ståsted. Vi har derfor jobbet med kommunikasjonsbiten, og det å forstå hverandres perspektiv i de ulike tjenestene.

Av kommentarene fra ansatte og ledere, kommer det fram at de ansatte som er ute blant brukerne er de som i størst grad uttrykker uenighet rundt at hjemmeboende med omfattende behov er plassert på riktig omsorgsnivå, til tross for at de som tidligere nevnt mener eldre bør få bo hjemme lengst mulig.

Flere påpeker at hjemmesykepleien blir stående med oppgaver som «ingen annen kommunal instans tar seg av». En av de ansatte kommenterer følgende:

Hjemmesykepleien gjør mye som ikke hører med til hjemmesykepleie-oppgaver fordi det er eneste måten bruker kan få bodd hjemme på. For eksempel gjør vi mye oppvask og vasker klær, samt rydder bort klær og ellers holder orden i leiligheten, organiserer frisør og fotpleie. Det er tydeligvis ingen annen kommunal instans som har ansvar for dette. Noen brukere som blir "erklært" egnet til å bo alene, kan faktisk ikke bo alene. De klarer ikke å ta seg av alt det som ikke hører til hjemmesykepleie-oppgaver. Et annet problem er at mange pårørende og brukere forventer at hjemmesykepleien kan følge til lege/sykehus, men det har vi ikke mulighet for. Det er i en del tilfeller svært vanskelig å få brukerne til lege/sykehuskontroll da det ikke alltid er mulig eller egnet å få frivillighetssentralen til å følge. Mange brukere har pårørende som ikke har mulighet til å følge. Etter hvert blir det også flere som ikke har nære pårørende i det hale tatt.

Det påpekes med andre ord at mange oppgaver på dette trinnet i omsorgstrappen blir stående «uløste» fordi det ikke er definert hvilken instans som skal ivareta oppgaven. Dette øker i neste omgang forventningspresset på hva hjemmesykepleien som er til stede hos brukeren i det daglige skal ta seg av.

6.5 Revisjonens vurdering

Undersøkelsen legger til grunn at kommunen har rutiner for kartlegging og vurdering av bistandsbehov som ivaretar brukermedvirkning, tverrfaglighet og IPLOS-registreringer. Kommunen bør også benytte skriftlige kriterier ved tildeling av tjenester, tilrettelegge for brukermedvirkning, samt beskrive faktiske forhold som ligger til grunn når det fattes enkeltvedtak.

Undersøkelsen viser at kommunen har prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester som sier at alle søknader skal vurderes tverrfaglig. Dette blir etter revisjonens oppfatning ivaretatt i forbindelse med vurdering av søknader om langtidsplass på sykehjem. Her er det koordinerende enhet som er tverrfaglig sammensatt som gjør vurderinger i fellesskap. Når det gjelder kartlegging i forbindelse med hjemmetjenester, oppgir derimot 40 prosent av de ansatte at brukernes behov ikke blir godt nok kartlagt og at endringer i bistandsbehov ikke blir tatt tak i raskt. Like mange oppgir også at opplæringen i IPLOS-registrering ikke er tilstrekkelig.

Kommunen benytter kriterier i lokal forskrift ved tildeling av langtidsplass på sykehjem, men for tildeling av hjemmesykepleie benyttes et utkast til prosedyre som ikke er kvalitetssikret. Revisjonens vurdering er at sistnevnte prosedyre og praksis knyttet til denne, ikke i tilstrekkelig grad ivaretar tverrfaglighet og brukermedvirkning, og vurderer også at prosedyren bør godkjennes og legges i kvalitetssystemet TQM. For andre tjenester til hjemmeboende hvor det fattes enkeltvedtak, viser undersøkelsen at det per i dag ikke foreligger skriftlige tildelingskriterier, noe revisjonen mener medfører risiko knyttet til likebehandling og brukers klagerett.

Revisjonens gjennomgang av enkeltvedtak viser at kommunen ikke beskriver faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket. Revisjonen vurderer det som en svikt at kommunen ikke utformer

enkeltvedtak i tråd med forvaltningsloven og kommunens eget utkast til prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie, som sier at en helsefaglig begrunnelse skal framgå av vedtaket.

Undersøkelsen viser videre at nærmere 60 prosent av ansatte ikke opplever arbeidsdagen som tilrettelagt for å kunne hensynta brukernes egne ønsker. Nær halvparten av de ansatte opplever også at det i liten grad er en felles forståelse av hvordan ansatte, brukere og pårørende skal fordele oppgaver seg imellom. Revisjonens vurdering er at brukermedvirkningen i for liten grad er systematisert og synliggjort. Dette kunne for eksempel vært gjort i form av en serviceerklæring som beskriver hvilke forventninger brukeren kan ha til tjenestetilbudet.

7 REVISJONENS SAMLEDE VURDERING OG KONKLUSJON

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er lagt til rette for et forsvarlig og effektivt tjenestetilbud, det vil si et tjenestetilbud som er dimensjonert og tildeles slik at brukere får tjenester på riktig nivå i omsorgstrappen i henhold til BEON-prinsippet. For å belyse formålet har vi sett nærmere på om kommunen har startet dreining av tjenestetilbudet mot hjemmebaserte tjenester, og om tildeling av heldøgns tjenester skjer i henhold til krav i lov og forskrift.

Gjennomgangen viser at kommunen de siste årene har etablert flere tiltak for hjemmeboende brukere. Samtidig er sentrale tiltak som bemannede omsorgsboliger forsinket. Flere ansatte i hjemmesykepleien uttrykker et stort forventningspress, og at brukernes behov ikke blir godt nok ivaretatt. Ledere og ansatte gir også uttrykk for at flere oppgaver er tillagt hjemmesykepleien, uten at det har fulgt med ressurser. Likevel mener flertallet at eldre med omfattende bistandsbehov bør få bo hjemme lengst mulig. Revisjonen vil i lys av dette understreke viktigheten av at kommunen ivaretar hensynet til forsvarlighet i ulike faser av tjenestedreiningen. Revisjonen vil også peke på risikoen ved en uavklar oppgave- og ansvarsfordeling i tjenesten. Dette kan føre til uklare forventninger hos brukere og pårørende, og usikkerhet rundt hvilke «instanser» som skal løse det som kan framstå som «uløste oppgaver» på dette trinnet i omsorgstrappen.

Saksgjennomgangen viser at mange tjenester på et lavere nivå i omsorgstrappen prøves ut før langtidsplass på sykehjem tildeles, slik BEON-prinsippet tilsier. Vedtaksbrevet mangler imidlertid beskrivelse av hvilke faktiske forhold som legges til grunn for vedtak om langtidsplass. Dette gjør det etter revisjonens vurdering vanskelig å bedømme om brukerne er plassert på riktig nivå i omsorgstrappen. Uten beskrivelse av faktiske forhold kan heller ikke brukere vurdere om formelle kriterier for tildeling er blitt fulgt og ivaretatt. Revisjonen vil peke på at dette svekker grunnlaget for brukers klagerett, og ikke er i henhold til forvaltningsloven og god forvaltningskikk.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger:

1. Kommunedirektøren bør sikre at oppgaver hjemmesykepleien utfører er i samsvar med tjenestebeskrivelsen for tjenesten.
2. Kommunedirektøren bør sørge for at foreliggende utkast til prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie blir kvalitetssikret, samt sikre at det utarbeides skriftlige tildelingskriterier for andre tjenester til hjemmeboende hvor det fattes enkeltvedtak.
3. Kommunedirektøren bør snarlig sørge for at enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester beskriver faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket, for å sikre brukerens klagerett.
4. Kommunedirektøren bør gjennomgå rutiner og praksis for å sikre at retten til brukervedvirkning i tilstrekkelig grad er konkretisert og forankret ved utforming og tildeling av tjenester, for eksempel ved å slutføre arbeidet med en serviceerklæring.

LITTERATUR- OG KILDELISTE

Lover og forskrifter

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Forskrift om rett til langtidsopphold m.m. ved Nannestad sykehjem, Nannestad kommune, Akershus

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020

Nasjonale føringer, planverk og andre rapporter

Helse- og omsorgsdepartementet 2009, *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, St.meld. nr. 47 (2008–2009)

Helsedirektoratet 2015, IPLOS-registeret *Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*, IPLOS-veileder IS-1112

Norges Kommunerevisorforbund 2016, *Veileder i forvaltningsrevisjon*

Helsedirektoratet 2016/2017, *Veileder for saksbehandling, Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*, IS-2442 (rev. 2017)

Helse- og omsorgsdepartementet og KS 2017, «Heldøgns» *Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*

Helsedirektoratet 2018a, *IPLOS-temadag i Aust- og Vest-Agder*, 25 oktober 2018

Helsedirektoratet 2018b, *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester Kriterier for tildeling av omsorgstjenester - Arbeidsprosess, rutiner og verktøy – Tjenestekriterier*, Rapport IS - 2391

Helsedirektoratet 2018/2019, *Registrering av IPLOS-data i kommunen*, Nasjonal veileder, Først publisert: 25. juni 2018 Sist faglig oppdatert: 14. juni 2019 2021

KS 2016, *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester*, Rapportnr.: R9342, Ansvarlig konsulent: Liv Wergeland Sørbye og Per Schanche
Medforfattere: Sidsel Sverdrup, Birgit Brunborg

WEB-sider

Nannestad.kommune.no

SSB.no

Framsikt.no

Kommunebarometeret.no

Demenskartet.no: <https://demenskartet.no/#3036> [24.2.2021]

Statsforvalteren.no:

<https://www.statsforvalteren.no/contentassets/fd6464094f4c45138ea8d00848667a92/iplos-veileder.pdf> [29.1.2021]

Revisjonens egenproduserte data

RRI 2015, *Tildeling av korttidsopphold på sykehjem, tildelingspraksis og samhandling med Ahus*, Nannestad kommune

RRI 2021, Spørreundersøkelse SurveyXact vinteren 2021, *Omsorgstrappen og BEON-prinsippet*

RRI 2021, *Referat fra intervju med leder for koordinerende enhet*, 15.4.2021

RRI 2021, *Referat fra intervju med enhetsleder hjemmesykepleien*, 15.4.2021

RRI 2021, *Referat fra intervju med leder for eldrerådet*, 16.4.2021

RRI 2021, *Referat fra avsluttende intervju med virksomhetsleder helse*, 4.5.2021

Kilder fra Nannestad kommune

Nannestad kommune 2017a, *Strategisk plan for virksomhet helse 2017-2030*, vedtatt i kommunestyret 22.06.2017

Nannestad kommune 2017b, *Overordnet plan for helse- og omsorgstjenester i Nannestad*, vedtatt i kommunestyret 2.11.2017

Nannestad kommune 2017c, *Sektorplan for kosthold og ernæring 2017-2018*, vedtatt i helse- og omsorgsutvalgets møte 24.10.2017

Nannestad kommune 2017d, *Demensplan 2017-2020*, vedtatt i kommunestyret 7.12.2017

Nannestad kommune 2018a, *Strategisk kompetanseplan (2019-2022)*, revidert høsten 2018

Nannestad kommune 2018b, *Boligsosial handlingsplan (2018 – 2023)*, vedtatt i kommunestyret 12.02.2018 (sak PS 8/19)

Nannestad kommune 2019a, *Årsmelding virksomhet helse*

Nannestad kommune 2019b, *Utredning av muligheter for å utvide tilbud om helse- og mestringsfremmende hjemmebesøk til 78-åringer*, saksframlegg Helse og omsorgsutvalget, 3.12.2019

Nannestad kommune 2020a, *Risiko- og vesentlighetsvurdering*, andre utkast behandlet i kontrollutvalget 3.06.2020

Nannestad kommune 2020b, *Saksutskrift, arkivsak-dok. 20/00381-1*, 13.10.2020, saksbehandler Kjell Nordengen

Nannestad kommune, *Hjemmetid – en plan for hjemmedød*, (udatert)

Nannestad kommune, *Forebyggende hjemmebesøk for eldre i Nannestad kommune*, kartleggingsskjema (udatert)

Nannestad kommune, *Prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie*, utkast (udatert)

Nannestad kommune 2021a, *Organisasjonskart virksomhet helse*

Nannestad kommune 2021b, *Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester*

Nannestad kommune, *Svar på dokumentbestilling*, e-post 5.2.2021 og 17.3.2021

Nannestad kommune, *Prosedyre for dokumentasjon i pasientjournal CosDoc*, sist godkjent 16.08.2019

Nannestad kommune, *Prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Koordinerende enhet*, sist godkjent 17.12.2020

Nannestad kommune, *Prosedyre for informasjon til bruker ved vurderingsbesøk ved oppstart hjemmesykepleie*, sist godkjent 9.9.2019

Nannestad kommune, *Sjekkliste for informasjon til bruker ved vurderingsbesøk ved oppstart hjemmesykepleie*, sist godkjent 9.9.2019

Nannestad kommune, *Sjekkliste for tjenesteoppgaver i hjemmesykepleien*, sist godkjent 9.9.2019

Nannestad kommune, *Prosedyre for kartlegging av demens*, 12.4.2019

Nannestad kommune, *Prosedyre for tildeling av korttids plass i sykehjem*, sist godkjent 17.12.2020

Nannestad kommune, *Prosedyre for tildeling av langtidsplass i sykehjem*, sist godkjent 17.12.2020

Nannestad kommune, *Bokollektiv for personer med demens*, PP-presentasjon ved Trude H. Westerberg virksomhetsleder Helse, 21.10.2020, Eldrerådet og Rådet for personer med funksjonsnedsettelse

Nannestad kommune, *Ombygging/omorganisering Nannestad sykehjem*, Saksframlegg prosjektoppstart, juni 2018

Nannestad kommune, *Utredning av muligheter for å utvide tilbud om helse- og mestringsfremmende hjemmebesøk til 78-åringer*, Saksframlegg 03.12.2019

Nannestad kommune, *Dokumenter fra journal i forbindelse med saksgjennomgang*, 2021

Nannestad kommune, *Rapportering fra Virksomhet Helse per 31.12.2020*

VEDLEGG 1 - DEFINISJON AV HELDØGNS TJENESTER

Definisjonen av «heldøgns tjenester» ifølge notat fra Helse- og omsorgsdepartementet og KS:

En person som får et heldøgns tjenestetilbud mottar helse- og omsorgstjenester på kveld og natt gjennom hele uka i tillegg til helse- og omsorgstjenester og/eller arbeids-, utdannings- eller aktivitetstilbud på dagtid. Som helse- og omsorgstjenester regnes også aktivt tilsyn ved bruk av kommunikasjonsteknologi eller besøk fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel. (Helse- og omsorgsdepartementet og KS, 2017, s. 19)

VEDLEGG 2 – FORSKRIFT OM RETT TIL LANGTIDSOPPHOLD, UTDRAG

§ 4. Grunnlag for vurdering og tildeling

Nannestad kommune bruker «omsorgstrappen» som indikerer det beste effektive omsorgsnivået som prinsipp (BEON) i tildeling av tjenester. Dette betyr at tjenester på lavere nivå som hovedregel skal være prøvd før tildeling av tjenester på høyere omsorgsnivå. Langtidsopphold i sykehjem anses som kommunens høyeste tjenestenivå i omsorgstrappen. I størst mulig grad ønsker vi å hjelpe pasientene og brukerne i deres egne hjem. Pasienten/brukeren skal selv medvirke til utforming av tjenestetilbudet.

Kommunen skal på denne måten samhandle med pasientene/brukerne, pårørende og evt. verge i vurdering- og tildelingsprosessen. Dokumentasjon under veis foregår i kommunens fagjournalssystem.

Følgende forhold tas i betraktning i vurderingen:

- Søkers eget ønske om langtidsopphold.
- Pasienten/brukerens evne til egenomsorg og hverdagsmestring.
- Er hjemmet tilrettelagt, brukes velferdsteknologi og hjelpemidler?
- Kan hverdagsrehabilitering benyttes?
- Kan det være tilstrekkelig med dagsenter og dagaktivitetstilbud?
- Benyttes hjemmehjelp og hjemmesykepleie i tilstrekkelig grad eller kan disse tjenestene økes?
- Kan omsorgsbolig med hjemmetjenester være et godt/bedre alternativ?
- Kan korttidsopphold/rulleringsopphold/avlastning/rehabilitering bidra til at pasienten/brukeren kan bo hjemme lenger?

§ 5. Kriterier for tildeling av langtidsopphold

(pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester).

- Søknad må være underskrevet av pasienten/brukeren selv.
- Dersom pårørende søker på vegne av pasienten/brukeren må det foreligge en fullmakt fra vedkommende, evt. at det søkes fra oppnevnt verge.
- Legeattest fra fastlege må følge søknaden.
- Tjenester på lavere nivå i omsorgstrappen må være prøvd først.
- Kroniske sykdommer og plager er av så omfattende karakter at det medfører behov for medisinsk behandling, døgkontinuerlig tilsyn og pleie.
- Somatisk og mental svekkelse av egenomsorgsevne og dagliglivets aktiviteter (ADL).
- Svekkede sanser i tilknytning til høy alder.
- Nedsatt førlighet, fallfare, vansker med gangfunksjon og toalettbesøk.
- Sviktende sosialt nettverk, isolasjon og angst.

§ 6. Venteliste

Pasient/bruker som oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjemmet, men som vurderes til at de med forsvarlig hjelp kan bo hjemme, skal settes på venteliste.

Ved ledig langtidsplass skal den pasient/bruker med størst behov prioriteres.

VEDLEGG 3 – UTKAST TIL PROSEDYRE, UTDRAK

1 | Prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie

2 Hensikt

- Sikre at personer som bor eller oppholder seg i kommunen og som har behov for det, får bistand av helsepersonell i hjemmet i kortere eller lengre tid.
- Sikre at tjenestetilbudet tildeles og tilrettelegges slik at søker i størst mulig grad forebygger, gjenvinner og/ eller opprettholder sitt funksjonsnivå. Dette for å ivareta god livskvalitet og bli boende i eget hjem lengst mulig.
- Sikre forsvarlig saksbehandling av søknader om hjemmesykepleie.

4.1.1.1 Hva tjenesten ikke omfatter

- Husarbeid og lignende som ligger naturlig under praktisk bistand.
- Snømåking og gressklipping.
- Bistand til dyrehold.
Listen er ikke uttømmende

4.1.2 Kriterier

- Søkeren må bo eller oppholde seg i kommunen.
- Søker kan ikke være i stand til å ha omsorgen for seg selv, helt eller delvis, og vil for en kortere eller lengre periode være avhengig av hjelp fra helsepersonell.
- Behovet må kunne begrunnes ut fra relevante medisinske og funksjonsmessige opplysninger.

| | | |
|---|---|--|
| 4 | Vedtak: En helsefaglig begrunnelse skal fremgå i vedtaket. Behovet for tjenesten vurderes fortløpende. Lengden på vedtaket er individuelt, og følger av den enkeltes behov for tjenester. | Saksbehandler tildeling |
| 5 | Tjenesten overføres utførende enhet: a) Vedtaksteamet tildeler hjemmesykepleie b) Iverksette tjenesten i pleie- og omsorgssystemet. | a) Saksbehandler tildeling b) Vedtaksteamet |

VEDLEGG 4 – PROSEDYRE, TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, UTDRAG

Dokumentnr: 12019-1

Prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Koordinerende enhet



Sted og prosess Helse felles / Felles HS støtte* / Journalføring og dokumentasjon

Siste revisjonsdato
Neste revisjonsdato 16.12.2020

Sist godkjent dato 17.12.2020 (Westerberg, Trude Helen)

Dato endret 16.12.2020 (Jacobsen, Mette)

1 | **Prosedyre for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Koordinerende enhet**

2 Hensikt

- Sikre et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud til personer som har rett til og behov for nødvendig helsehjelp, og som søker om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sikre at brukers tjenestebehov er grundig utredet og tilstrekkelig belyst.
- Sikre tverrfaglige vurderinger av alle søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sikre at bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.
- Sikre at bruker gis mulighet for medvirkning, og at brukers rettssikkerhet for øvrig ivaretas.
- Sikre at saksbehandlingen ivaretar grunnleggende personvern hensyn.

| | | |
|---|--|----------------|
| 6 | <p>Generelle saksbehandlingsregler:</p> <p>A. Krav til saksbehandlingen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det skal foretas nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon.• Like saker skal behandles likt, slik at det i størst mulig grad er forutsigbart for brukere og saksbehandlere hvilke tjenester et behov vil utløse.• Saksbehandlingen skal sikre saklighet og objektivitet.• Saksbehandlingen skal skje skriftlig slik at vurderinger og begrunnelser kan etterprøves. <p>B. Informert samtykke:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hovedregelen er at det foreligger et informert samtykke fra bruker til å motta helse- og omsorgstjenester.• Hvis en person motsetter seg å motta helse- og omsorgstjenester, kan det ikke ytes tjenester overfor vedkommende uten at det foreligger hjemmel i lov. <p>C. Saksbehandlingstid:</p> <ul style="list-style-type: none">• Saksbehandling og prioriteringer av saker til behandling, må ivareta kravet om faglig forsvarlighet.• Saken skal forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold:<ul style="list-style-type: none">○ Enkle saker skal avgjøres raskt.○ Kompliserte saker kan begrunne lenger saksbehandlingstid.○ Saker som krever rask avklaring må gå foran saker som kan vente. | Saksbehandlere |
|---|--|----------------|

VEDLEGG 5 – KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR



NANNESTAD
KOMMUNE

Hjemmesykepleien

Romerike revisjon IKS
Ringveien 4
2050 JESSHEIM

| | | | |
|------------------------|--------------------------|--|---------------------|
| Deres ref.: 2021/13 | Vår ref.: 21/3265 - 2 | Saksbehandler: Ingunn Roland Edseth | Dato: 07.07.2021 |
|------------------------|--------------------------|--|---------------------|

Foreleggelse av forvaltningsrevisjonsrapport - tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre

Det vises til høringsutkast til forvaltningsrevisjonsrapport om tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre. Romerike revisjon IKS ber om kommunedirektørens uttalelse til rapporten. Kommunedirektøren gir tilbakemelding på revisjonens anbefalinger, og hvordan administrasjonen vil følge opp disse.

Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan kommunen klarer omstillingen av tjenesteproduksjon for å møte den store veksten i andelen eldre over 80 år, og å gi tjenester på rett nivå i omsorgstrappen. Informasjon om prosjektet og informasjon underveis har gått via kommunikasjon med virksomhetsleder.

Revisjonen har levert en grundig rapport som bidrar til læringsutbytte og nyttig fokus på videre forbedringsarbeid og kvalitetssikring innenfor tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre. Romerike Revisjon har kommet med følgende anbefalinger:

1. Kommunedirektøren bør sikre at oppgaver hjemmesykepleien utfører er i samsvar med tjenestebeskrivelsen for tjenesten.
2. Kommunedirektøren bør sørge for at foreliggende utkast til prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie blir kvalitetssikret, samt sikre at det utarbeides skriftlige tildelingskriterier for andre tjenester til hjemmeboende hvor det fattes enkeltvedtak.
3. kommunedirektøren bør snarlig sørge for at enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester beskriver faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket, for å sikre brukerens klagerett.
4. kommunedirektøren bør gjennomgå rutiner og praksis for å sikre at retten til brukermedvirkning i tilstrekkelig grad er konkretisert og forankret ved utforming og tildeling av tjenester, for eksempel ved å slutføre arbeidet med en serviceerklæring.

Administrasjonen vil sørge for at det blir iverksatt nødvendige tiltak for å etterkomme revisjonens anbefalinger på følgende måte:

Vedrørende punkt 1: Dette tas til etterretning og vil følges opp internt i hjemmesykepleien.

Postadresse
Postboks 3
2031 NANNESTAD

Besøksadresse
Mikkjel Revis veg 2
NANNESTAD

Telefon
+47 66 10 52 00

Kontonr.
8601 41 96236
Org.nr.
964 95 0202

E-post
postmottak@nannestad.kommune.no
Internett
www.nannestad.kommune.no

Vedrørende punkt 2: Anbefalingen tas til etterretning og dette vil følges opp internt i hjemmebaserte tjenester.

Vedrørende punkt 3: Dette tas til etterretning og det tilstrebes å beskrive faktiske forhold i begrunnelsen for vedtak. Dette for å sikre brukerens klagerett.

Vedrørende punkt 4: Dette tas til etterretning og arbeidet med serviceerklæringen sluttføres.

Nannestad kommune vil takke Romerike Revisjon for konstruktivt samarbeid med forvaltningsrevisjonsprosjektet. Forvaltningsrevisjonen har vært nyttig og lærerik og setter fokus på viktige områder i forbedringsarbeidet.

Med hilsen

Runar Kristiansen
Kommunedirektør

Ingunn Roland Edseth
Konstituert virksomhetsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur