



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 11 - 2021

TJENESTETILBUDET TIL HJEMMEBOENDE ELDRE

EIDSVOLL KOMMUNE

OKTOBER 2021

INNHold

SAMMENDRAG	I
Anbefalinger	iii
Kommunedirektørens uttalelse til rapporten	iii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstillinger	3
1.2.1 Avgrensninger	3
1.3 Organisering av tjenestetilbudet til eldre i Eidsvoll kommune	4
1.4 Eldre med vedtak og heldøgns tjenester	6
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	8
2.1.4 Saksgjennomgang	9
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	9
3 Revisjonskriterier	10
3.1 Internkontroll og kvalitet	10
3.1.1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	10
3.1.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene	11
3.2 Dreining av tjenestetilbudet til eldre med omfattende bistandsbehov	12
3.2.1 Retten til nødvendige og forsvarlige tjenester	12
3.2.2 Kommunal strategi for dreining av tjenestetilbudet	12
3.2.3 Heldøgns tjenester og omfattende bistandsbehov	12
3.3 Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester	13
3.3.1 Kartlegging av brukernes funksjonsnivå og bistandsbehov	13
3.3.2 Kommunale tildelingskriterier	15
3.3.3 Brukermedvirkning og brukererfaringer	15
4 Kvalitetsforbedring og internkontroll	17
4.1 Systemer for risikovurdering og avvikshåndtering	17
4.1.1 Skriftlige rutiner	17
4.1.2 Oppfølging og håndtering av avvik	19

4.2	Systematisk arbeid med kvalitet og brukernes grunnleggende behov	22
4.2.1	System for arbeid med kvalitetsforbedring	22
4.2.2	Brukernes grunnleggende behov	23
4.3	Revisjonens vurdering	26
5	Dreining av tjenestetilbudet	28
5.1	Dreining av tjenestetilbudet - oppfølging av kommunal strategi	28
5.1.1	Status for gjennomføring av tiltak i strategiplanen 2020-2030	31
5.1.2	Tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens	35
5.1.3	Tilgjengelighet, kontakt og aktivt tilsyn med hjemmeboende brukere	36
5.2	Revisjonens vurdering	37
6	Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester	39
6.1	Tildelingsprosessen	39
6.1.1	Rutiner og prosedyrer	39
6.1.2	Kartlegging og vedtak ved tildeling av hjemmebaserte tjenester	40
6.1.3	Tildeling av langtidsplass på sykehjem	45
6.2	Rutiner og praksis for å ivareta brukermedvirkning	47
6.2.1	Ansattes oppfatning av brukermedvirkning	48
6.3	Riktig nivå i omsorgstrappen - ansattes og lederes oppfatninger	50
6.4	Revisjonens vurdering	53
7	Revisjonens konklusjon og anbefalinger	55
7.1	Har kommunen på plass internkontroll som legger til rette for effektive tjenester som ivaretar brukernes grunnleggende behov?	55
7.2	I hvilken grad er eldre hjemmeboende med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov plassert på riktig nivå i omsorgstrappen?	55
7.3	Anbefalinger	56
LITTERATUR- OG KILDELISTE		57
	Lover og forskrifter	57
	Nasjonale føringer, planverk og andre rapporter	57
	WEB-sider	58
	Revisjonens egenproduserte data	58
	Kilder fra Eidsvoll kommune	58
VEDLEGG 1 – DEFINISJON AV «HELDØGNS TJENESTER»		60
VEDLEGG 2 – KOMMUNAL MØTEVIRKSOMHET		61
VEDLEGG 3 – SERVICEERKLÆRING		62
VEDLEGG 4 – PROSEDYRE, VURDERING AV RIKTIG OMSORGSNIVÅ		63

VEDLEGG 5 –FORSKRIFT OM TILDELING AV LANGTIDSOPPHOLD, § 3	64
VEDLEGG 6 – HVERDAGSREHABILITERING	65
VEDLEGG 7 - KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE	66

Tabell 1 Antall personer med heldøgns tjenester og trygghetsalarm, april 2021	6
Tabell 2 Ansattes oppfatning av brukernes grunnleggende behov	23
Tabell 3 Dekningsgraden i institusjon, kommunale plasser, 2018-2021	30
Tabell 4 Antall plasser i omsorgsboliger for eldre over 50 år, per april 2021	32
Tabell 5 Gjennomføring av tiltak i strategisk handlingsplan	33
Tabell 6 Tilgjengelighet, tilsyn og kontakt, hjemmeboende eldre per april 2021	36
Tabell 7 Vedtak om innvilgelse/avslag om langtidsplass 2020	46
Tabell 8 Konkretisering av brukermedvirkning i kommunale prosedyrer	48

Figur 1 Eidsvoll kommune sin «helse- og omsorgstrapp»	2
Figur 2 Organisasjonskart Eidsvoll kommune	4
Figur 3 Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester	5
Figur 4 Funksjonsvariable, IPLOS	14
Figur 5 Aktiviteter i kvalitetssystemet i forbindelse med avvik	18

Diagram 1 Respondentenes fagbakgrunn, i prosent	8
Diagram 2 Ansattes erfaring med avvikshåndtering, i prosent	20
Diagram 3 Ansattes oppfatning av lederens avvikshåndtering	21
Diagram 4 Befolkningsframskriving 2021-2040, per alderskategori	28
Diagram 5 Andel brukere over 80 år med omfattende bistandsbehov	29
Diagram 6 Dekningsgraden i institusjon, i prosent av innbyggere 80 år og over	30
Diagram 7 Netto driftsutgifter innen PLO til hjemmeboende, i prosent	31
Diagram 8 Ansattes erfaring med kartlegging	41
Diagram 9 Ansattes erfaring med IPLOS-registrering	44
Diagram 10 Ansattes opplevelse av brukermedvirkning, i antall	49
Diagram 11 Forventninger rundt oppgavefordeling vis a vis brukere	49
Diagram 12 Forventninger rundt oppgavefordeling vis a vis pårørende	50
Diagram 13 Tilstrekkelig hjelp til hjemmeboende brukere	51

SAMMENDRAG

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er lagt til rette for effektive og forsvarlige tjenester til eldre hjemmeboende brukere med behov for heldøgns tjenester i Eidsvoll kommune. Revisjonens hovedproblemstillinger har vært om kommunen har på plass internkontroll som legger til rette for effektive tjenester som ivaretar brukernes grunnleggende behov, og i hvilken grad eldre hjemmeboende med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov er plassert på riktig nivå i omsorgstrappen.

Hovedfunn

1. Mange tiltak i Strategiplan for helse- og omsorgstjenester 2020-2030 er allerede påbegynt.
2. Det er et forbedringspotensial på flere områder når det gjelder kommunens praksis for tildeling av tjenester, for eksempel tildeles flere tjenester uten at kriterier for disse er skriftliggjort.
3. Under halvparten av de ansatte mener brukernes grunnleggende behov rundt måltider, sosial kontakt og tilbud til personer med demens blir godt ivaretatt.
4. Kommunen jobber ikke tilstrekkelig systematisk med å følge opp avvik, og har et forbedringspotensial når det gjelder å benytte avvik som grunnlag for risikovurderinger og videre kvalitetsarbeid.
5. Ulike forventninger til oppgavefordelingen mellom brukere/pårørende og ansatte tyder på at brukere ikke i tilstrekkelig grad er involvert i utformingen av tjenestetilbudet.

Undersøkelsen viser at ressurser er tilført hjemmeboende eldre i form av nye tjenester som forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabiliteringsteam og hukommelsesteam. Videre er gjennomføring av mange tiltak i strategiplanen påbegynt. Kommunen har etablert omsorgsboliger med og uten fast bemanning, og dette tilbudet er fortsatt under utbygging. Da undersøkelsen ble gjennomført var det venteliste på omsorgsbolig med bemanning. Revisjonens innrykk er at kommunen er godt i gang med å implementere velferdsteknologi som bidrar til å styrke et «aktivt tilsyn» med hjemmeboende eldre i kommunen hele døgnet. For å styrke heldøgns tjenester livet ut mener revisjonen kommunen bør utarbeide en egen prosedyre for tilbudet om palliativ omsorg¹.

Kommunen har på bakgrunn av anbefalinger i en BDO²-rapport fra mai 2021 startet å planlegge sammenslåing av to av kommunens tre vurderingsteam. Det nye vurderingsteamet skal etter planen være i drift fra 1.1.2022, og skal ha ansvar for å fatte vedtak både om hjemmetjenester og institusjonsplasser. Undersøkelsen viser at kommunen mangler skriftlige kriterier for tildeling av flere

¹ Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Helsedirektoratet 2018).

² Internasjonalt rådgivnings- og revisjonsselskap

av helse- og omsorgstjenestene. Revisjonen vil understreke viktigheten av en skriftliggjøring for å tydeliggjøre kriteriene, samt for å sikre likebehandling og brukernes klagerett. Undersøkelsen viser også at prosedyren som benyttes ved vurdering av riktig omsorgsnivå ikke er kvalitetssikret.

Saksgjennomgangen i undersøkelsen viser at kommunen beskriver faktiske forhold i vedtaksbrev om langtidsplass på sykehjem slik forvaltningsloven forutsetter. Revisjonen mener det er forbedringspotensial når det gjelder ordlyden i brevene, og å formidle informasjonen om faktiske forhold på en hensynsfull måte som ivaretar brukerperspektivet og brukerens forutsetninger.

Undersøkelsen viser videre at kommunen i for liten grad oppdaterer vedtak om tjenester på bakgrunn av endringer i bistandsbehov, noe revisjonen antar kan henge sammen med en mangelfull opplæring i IPLOS-registreringer.

Undersøkelsen viser også at tverrfaglighet ikke ivaretas på samme måte ved tildeling av hjemmebaserte tjenester som ved tildeling av plass på sykehjemmet. Revisjonen mener dette kan gi risiko for mangelfulle vurderinger og at brukerne dermed ikke får et tilbud som er i tråd med deres reelle bistandsbehov.

Revisjonen finner at kommunens prosedyrer for avvikshåndtering ikke i tilstrekkelig grad er implementert og fulgt opp i praksis og vil understreke viktigheten av at en kultur for å melde avvik blir godt forankret i alle tjenestedistriktene. Revisjonen mener videre kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder å bruke avvikene systematisk i arbeidet med risikovurderinger og kvalitetsforbedring. Revisjonen mener det er bra at kommunen har etablert et møtefora som kalles «midtrapport», som er et godt eksempel på et virkemiddel for å forebygge risiko for feil og avvik.

I undersøkelsen kommer det fram at mange av brukernes grunnleggende behov ifølge ansatte i det alt vesentlige blir godt ivaretatt, mens langt færre er enige i at grunnleggende behov rundt måltider, sosial kontakt og tilbudet til personer med demens blir godt ivaretatt. Revisjonen vil peke på at god kvalitet i tjenestene er sentralt for at kommunen skal lykkes med dreiningen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

Hver tredje ansatt er helt eller delvis uenige i at det er samsvar i forventinger rundt oppgavefordeling mellom dem og brukere/pårørende. Revisjonen vurderer det som uheldig at det til dels er manglende overensstemmelse mellom oppgaver hjemmesykepleien utfører og funksjonsbeskrivelsen av tjenesten, spesielt ettersom hverdagsmestring skal innføres som tankesett både blant ansatte og brukere.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger:

1. Kommunedirektøren bør sørge for at prosedyrer for avvikshåndtering implementeres og følges opp, samt at oversikt over innmeldte avvik benyttes systematisk i forbindelse med risikovurderinger og videre kvalitetsarbeid.
2. Kommunedirektøren bør sikre rutiner og praksis knyttet til ivaretagelse av hjemmeboende brukeres behov for oppfølging rundt måltider, sosial kontakt og palliativ omsorg, med særlig fokus på å ivareta den voksende gruppen hjemmeboende personer med demens.
3. For å styrke brukernes rettigheter bør kommunedirektøren sørge for å kvalitetssikre forslag til prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå, utarbeide skriftlige tildelingskriterier for alle tjenester hvor det fattes enkeltvedtak, samt gjennomgå ordlyden i vedtaksbrevene.
4. I arbeidet med å sikre at dokumentasjon og vedtak er oppdatert etter endrede bistandsbehov, bør kommunedirektøren sørge for at opplæring av ansatte i IPLOS-registrering gjenopptas.
5. Kommunedirektøren bør sette inn tiltak som bidrar til samsvar i forventninger rundt oppgavefordeling mellom kommunen og brukere/pårørende, spesielt med tanke på å lykkes med innføring av hverdagsmestring som tankesett.

Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt kommunedirektøren til uttalelse. Høringssvar er mottatt 11.10.21 og er i sin helhet vedlagt rapporten. I svarbrevet skriver kommunedirektøren at revisjonen har gjennomført et omfattende revisjonsarbeid på et viktig område. Videre uttaler kommunedirektøren at flere av de tiltakene revisjonen peker på i sine anbefalinger er tatt tak i, selv om det gjenstår noe arbeid i forhold til det systematiske kvalitetsarbeidet. Arbeidet med ernæring og tilbudet til personer med demens er noe av det kommunedirektøren kommenterer spesielt. Når det gjelder avvikshåndtering beskriver kommunedirektøren at «[d]ette er et kontinuerlig arbeid i alle virksomheter. Fra 2022 har også kommunen skjerpet rutineene for alle virksomheter, ved tertialvis måling som bidrar til et større fokus på avvik som grunnlag for forbedring.»

Jessheim, 12.10.2021

Øyvind Nordbrønd Grøndahl
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

Miriam Sethne
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Eidsvoll behandlet i møte 26.10.2020 (sak 35/20) en forundersøkelse fra revisjonen om kommunes helse- og omsorgstjeneste. Sentrale tema var bemanning, organisering og ressursbruk, spesielt i sykehjemmene og i hjemmebaserte tjenester. Revisjonen konkluderte med at kommunen har utfordringer med rekruttering, fravær, vakanser, og tilstrekkelig kompetanse, i kombinasjon med et merforbruk i tjenesten. Risiko for underbemanning, samt risiko for mangler knyttet til forsvarlighet og kvalitet i tjenesten ble påpekt.

På bakgrunn av forundersøkelsen bestilte kontrollutvalget en prosjektplan som ble behandlet i møte 7.12.2020 (sak 40/20), og vedtok en forvaltningsrevisjon av tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre i tråd med prosjektplanen.

Kommunedirektøren har et overordnet ansvar for kommunens internkontroll (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2018). En velfungerende internkontroll skal bidra til å redusere den type risiko som framkom i den ovenfor nevnte forundersøkelsen. Internkontroll skal videre bidra til å sikre at både kommunale og nasjonale mål nås, samt til læring i kommunen som organisasjon.

Eidsvoll sin strategiplan for helse- og omsorgstjenester 2020-2030 ble vedtatt i kommunestyret 12.12.17³. Planen beskriver en rekke mål og strategier for helsesektoren på bakgrunn av generelle utfordringer innen området og spesifikke utfordringer for Eidsvoll. Det legges vekt på at det er behov for en dreining av tjenestetilbudet, hvor tjenester i all hovedsak skal ytes i hjemmet i form av forebyggende tiltak og egenmestring. Denne dreiningen er tydeliggjort i en egen «helse- og omsorgstrapp» som framgår av strategiplanen (figur neste side):

Helse- og omsorgstrappen representerer en grunnholdning om at helse- og omsorgstjenester i all hovedsak skal gis i hjemmet til den enkelte bruker og dermed gå fra en passiv bistand til en aktiv bistand. Ressursinnsatsen skal rettes mot hverdagsmestring, tidlig innsats og lavest mulig nivå i helse- og omsorgstrappen

(Eidsvoll kommune 2017, side 14).

³ Planen ble opprinnelig vedtatt som Plan for helse- og omsorgstjenester 2018-2028 og er revidert 19.5.20.

Figur 1 Eidsvoll kommune sin «helse- og omsorgstrapp»

Trinn	Psykisk helse, avhengighet, psykisk utviklingshemmede	Eldreomsorg/somatikk
1.	Frivilligsentralens åpne møteplasser Friskliv- og mestringssenter Solsiden brukerstyrt senter Glabakk aktivitetssenter Selvhjelpsgrupper	Frivilligsentralens åpne møteplasser Glabakk aktivitetssenter Friskliv- og mestringssenter Tilbud om kartleggingssamtale for alle over 80 år Forebygging- og mestringstilbud i grupper
2.	Mestrings- og behandlingstilbud i grupper Livsmestringsamtaler Foreldreveiledning i familier med funksjonshemmede barn Støttekontakt Tilrettelagte arbeidstilbud	Hverdagsrehabilitering Fysio-ergotererapi (kartlegging, vurdering og tiltak som enkel tilrettelegging i hjemmet) Velferdsteknologiske løsninger i hjemmet Omsorgsbolig med hjemmebaserte tjenester
3.	Solsiden aktivitetssenter Badet opplærings- og aktivitetssenter (BOA) Individuelle behandlingstilbud Omsorgsbolig med ambulante tjenester/ hjemmesykepleie Ambulerende miljøarbeid (boveiledning) Omsorgslønn / avlastning BPA (brukerstyrt personlig assistent)	Dagsentertilbud for eldre/kognitiv svikt Hjemmesykepleie Praktisk bistand i hjemmet Avlastning/rehabilitering/rullering sykehjem Omsorgslønn BPA (brukerstyrt personlig assistent)
4.	Kommunale akutte døgnplasser (KAD) - kan variere mellom trinnene	Kommunale akutte døgnplasser (KAD) - kan variere mellom trinnene
5.	Heldøgns bemannet omsorgsbolig Omfattende avlastning	Heldøgns bemannet omsorgsbolig Omfattende avlastning/rullering
6.	Sykehjem korttidsplass, ved alvorlig somatisk sykdom	Sykehjem korttidsplass
7.	Sykehjem langtidsplass	Sykehjem langtidsplass
8.	Sykehjem lindrende behandling/palliasjon	Sykehjem lindrende behandling/palliasjon

Kilde: Eidsvoll kommune 2017

Den strategiske planen legger videre opp til at framtidige behov for heldøgnsomsorg i hovedsak skal ivaretas i bolig/samløkaliserte boliger med mulighet for bemanning:

Dagens sykehjem vil i årene framover bestå av flere korttids-/rehabiliteringsplasser og avlastning, i tillegg til spesialiserte plasser for personer med demens og andre lidelser. Økt satsning på egenmestring gjør at flere klarer seg lenger og med færre tjenester. På denne måten kan flere bo i egen bolig/samløkalisert bolig. (ibid, s. 2)

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er lagt til rette for effektive og forsvarlige tjenester til eldre hjemmeboende brukere med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov.

Følgende problemstillinger har belyst formålet:

1. Har kommunen på plass internkontroll som legger til rette for effektive tjenester som ivaretar brukernes grunnleggende behov?
2. I hvilken grad er eldre hjemmeboende 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 brukermedvirkning?

For å svare på problemstilling 1 har revisjonen sett nærmere på om kommunen har etablert et system for kvalitetsforbedring, herunder avvikshåndtering, risikovurdering og rapportering, og som skal bidra til å sikre at hjemmeboende eldre får ivaretatt grunnleggende behov.

Problemstilling 2 er presisert i to underproblemstillinger. For det første har vi undersøkt i hvilken grad dreiningen i tjenestetilbudet framkommer i nasjonal statistikk, samt redegjort for hvordan kommunen har fulgt opp mål og tiltak i eget planverk. Videre har vi beskrevet 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 tildeling av langtidsopphold på sykehjem mv., 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 er en del av dette.

1.2.1 Avgrensninger

Da det allerede foreligger en rapport fra Agenda Kaupang (2020) som ser nærmere på ressursbruk, kvalitet og effektivitet i institusjonstjenesten i kommunen, er denne revisjonen avgrenset til eldre hjemmeboende brukere/pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester. I undersøkelsen defineres «eldre» å være i alderskategoriene 50-66 år, 67-79 år og over 80 år, da dette er alderskategorier benyttet i KOSTRA-statistikken. At 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.

Våren 2021 engasjerte Eidsvoll kommune BDO AS⁴ til å foreta en gjennomgang av helse- og omsorgsområdet, nærmere spesifisert virksomhetene: Hjemmebaserte tjenester, Helse og bistand, samt Eidsvoll helse- og omsorgssenter. Formålet med gjennomgangen var å vurdere om Eidsvoll kommunes helse- og omsorgstjenester er hensiktsmessig organisert og driftet sett opp mot dagens framtidige behov for tjenester. I gjennomgangen kartla man blant annet kommunens tildelingspraksis.

⁴ Internasjonalt rådgivnings- og revisjonsselskap

Da dette er en fersk kartlegging av et område som delvis overlapper med revisjonens undersøkelse, vil vi henviser til BDO-rapporten der dette er naturlig.

1.3 Organisering av tjenestetilbudet til eldre i Eidsvoll kommune

Administrasjonen har oversendt organisasjonskart over alle virksomheter i kommunen, som viser at hjemmebaserte tjenester er inndelt i tre distrikt, Ytre sør, Indre sør og Nord:

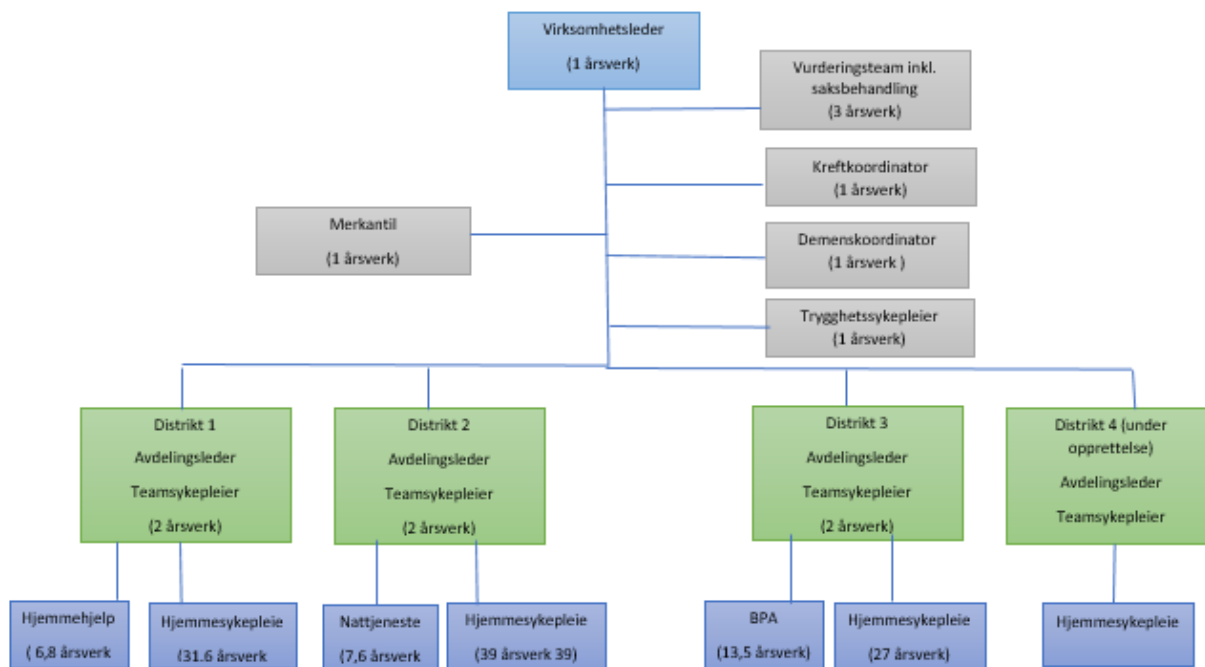
Figur 2 Organisasjonskart Eidsvoll kommune



Kilde: Eidsvoll kommune 2021

Videre er virksomhet hjemmebaserte tjenester organisert som vist i figuren under:

Figur 3 Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester



Kilde: Eidsvoll kommune 2021

Organisasjonskartet viser at ytterligere et distrikt, distrikt 4, er under etablering. Det framkommer av organisasjonskartet at virksomheten har ansatte med roller som «kreftkoordinator», «demenskoordinator» og «trygghetspsykeleier». Demenskoordinatorer og ergoterapeut utgjør kommunens hukommelsesteam⁵. Trygghetspsykeleier utfører forebyggende hjemmebesøk til eldre over 80 år i Eidsvoll kommune⁶. Videre har hvert distrikt en avdelingsleder, samt en teamsykeleier. Under ett av distriktene er det organisert en egen nattjeneste med 7,6 årsverk.

Den nevnte BDO-rapporten beskriver at Eidsvoll kommune tidligere hadde en samlet tildelingsenhet. I dag er dette organisert som tre vurderingsteam: Hjemmebaserte tjenester (HBT), Helse og bistand og Eidsvoll helse- og omsorgssenter. Kommunen har også et koordinerende team på avdelingsleder/saksbehandlernivå som møtes annenhver mandag, og som jobber på tvers av de tre virksomhetene. Vurderingsteamet for hjemmebaserte tjenester behandler vedtaksprosessen for hjemmesykeleie, hjemmehjelp, BPA, trygghetsalarm, omsorgsboliger og omsorgstønad (BDO 2021).

Når det gjelder tildeling av langtidsplass på sykehjem gjennomføres det inntaksmøter hver tirsdag ved Vilberg helsetun, i rapporten referert til som «tirsdagsmøtene». I møtene er virksomhetslederne fra Eidsvoll helse- og omsorgssenter og hjemmetjenesten, koordinator, avdelingsleder for 1. avdeling

⁵ For ytterligere beskrivelse se kapittel 5.1.2

⁶ Forebyggende hjemmebesøk ble etablert som tjeneste 1.3.2021.

ved sykehjemmet, teamsykepleiere i hjemmetjenesten, vurderingsteamet, demenskoordinator og avdelingsleder for fysio- og ergoterapi til stede (ibid.).

Administrasjonen opplyser at det per april 2021 arbeider til sammen 253 ansatte i hjemmesykepleien/hjemmehjelpen.

1.4 Eldre med vedtak og heldøgns tjenester

Da svært mange brukere har trygghetsalarm og i prinsippet kan tilkalle hjelp hele døgnet, defineres *heldøgns tjenester* i denne undersøkelsen som personer som får tjenester flere ganger om dagen, uavhengig om det også foreligger vedtak om tjenester på natt⁷. Brukere med *omfattende bistandsbehov* defineres i undersøkelsen som brukere som har en IPLOS-score over 3 (se nærmere beskrivelse av IPLOS i kapittel 3), det vil si som trenger bistand til de fleste daglige aktiviteter.

Ifølge oversendt dokumentasjon fra kommunen, har 117 personer i aldersgruppen 50-66 år vedtak om hjemmesykepleie i april 2021, og det samme gjelder 523 personer over 67 år. Det vil si at 640 av totalt 823 brukere av hjemmesykepleie, eller 78 prosent, tilhører kategorien «eldre» slik den er definert i undersøkelsen. Kommunen har videre oppgitt tall på brukere som har heldøgns tjenester i form av hjemmesykepleie flere ganger per dag. 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:

Tabell 1 Antall personer med heldøgns tjenester og trygghetsalarm, april 2021

	Personer 50-66 år	Personer over 67 år	Totalt
Heldøgns tjenester (hjemmesykepleie flere ganger per dag ⁸)	5	59	64
Har trygghetsalarm	10	314	324

Kilde: Eidsvoll kommune 2021

1.5 Rapportens oppbygning

Kapittel 2 beskriver hvilke metoder revisjonen har benyttet for å innhente data i undersøkelsen. I kapittel 3 redegjøres det for revisjonskriterier. Kapittel 4 og 6 redegjør for fakta knyttet til problemstilling 1 og 2, samt revisjonens vurderinger knyttet til dette. I kapittel 7 presenteres revisjonens konklusjon og anbefalinger.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet og KS har utarbeidet et notat for å klargjøre bruken av begrepet «heldøgns tjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet og KS, 2017). For ytterligere utredning av definisjonen, se vedlegg 1.

⁸ 3 eller flere ganger om dagen eller flere enn 20 besøk per uke (Eidsvoll kommune 2021)

2 METODE OG DATAGRUNNLAG

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon⁹ som er fastsatt i styret i Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

For å sikre et bredt og godt datagrunnlag har revisjonen benyttet flere ulike metoder for å besvare problemstillingene. Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, saksgjennomgang, intervju og spørreundersøkelse blant de ansatte. Videre benyttes statistiske data, blant annet hentet fra KOSTRA-rapporteringer.

Virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester har vært revisjonens kontaktperson i forbindelse med undersøkelsen.

2.1.1 Dokumentanalyse

Skriftlig dokumentasjon er en viktig kilde for informasjon om kommunens rutiner og praksis. Revisjonen har gjennomgått en rekke dokumenter og analysert disse opp mot revisjonskriteriene. Revisjonen har foretatt dokumentbestilling i to omganger, 5.3.2021 og 22.4.2021. Fristen for første dokumentbestilling ble utsatt og svar fra kommunen ble mottatt 9.4.2021. Svar på andre dokumentbestilling ble mottatt 6.5.2021. Kommunen ved administrasjonen har også besvart skriftlige spørsmål fra revisjonen som ble oversendt samtidig med dokumentbestillingen. Det er også stilt oppfølgingsspørsmål og etterspurt enkelte dokumenter i etterkant i e-postkontakt med administrasjonen i tidsrommet 12.4.2021 til 30.6.2021. Når vi i undersøkelsen referer til «skriftlige tilbakemeldinger fra administrasjonen», vises det til overfor nevnte dokumentasjon og skriftlige dialog.

2.1.2 Intervjuer

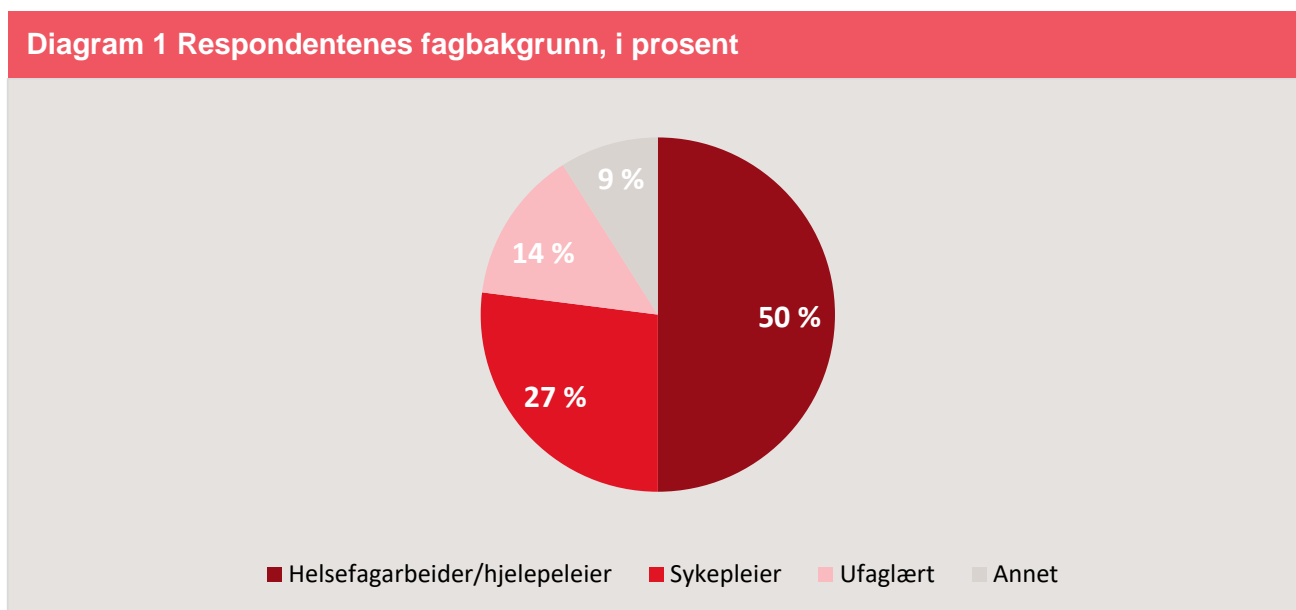
Revisjonen gjennomførte intervjuer med avdelingsledere for kommunens tre hjemmetjenestedistrikt per Teams/telefon 10.6.2021, samt et kort telefonintervju med saksbehandler i vurderingsteam for hjemmebaserte tjenester 21.6.2021. Ved bruk av sitater fra de tre avdelingslederne, er disse anonymisert og det oppgis derfor ikke hvilket tjenestedistrikt den enkelte er avdelingsleder for. Det ble gjennomført avsluttende intervju med virksomhetsleder 25.6.2021, hvor hun blant annet fikk anledning til å kommentere noen av undersøkelsens funn. Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at det i forkant av intervjuene ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål. Etter våre vurderinger passet delvis strukturert intervjuform godt for denne undersøkelsen, ettersom vi da har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Det ble i etterkant skrevet referater fra intervjuene, som er verifisert og som har blitt brukt som datagrunnlag i rapporten.

⁹ Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

2.1.3 Spørreundersøkelse

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte i kommunens hjemmetjeneste¹⁰. Gjennom denne metoden kunne vi innhente systematiske data om ansattes oppfatninger. En utfordring med tanke på gyldighet i spørreundersøkelser er å utforme spørsmålene på best mulig måte for å kunne få så relevant informasjon for våre problemstillinger som mulig. Vi har arbeidet grundig med spørsmålsformuleringer, og i spørreundersøkelsen også tatt med noen åpne spørsmål der respondentene kan legge til utfyllende informasjon, noe som også kan ha vært med på å øke mulighetene for høy gyldighet i undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble tilrettelagt i spørretjenesten SurveyXact, og sentrale tema var internkontroll, kvalitet og omsorgstrappen. Undersøkelsen ble på bakgrunn av e-postliste over ansatte sendt ut 20.5.2021, med svarfrist 3.6.2021, og utsatt frist til 11.6.2021. 81 av 178 ansatte gjennomførte hele undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 46. I tillegg er det fem ansatte som kun har besvart de første spørsmålene i undersøkelsen. Det vil si at svarprosentene varierer fra 46 til 48, og antall respondenter som har svart på ulike spørsmål oppgis som N= underveis i rapporten. Administrasjonen informerer om at mange av «ringevikarene» ikke har vært på jobb under pandemien, og dette kan være én av grunnene til at svarprosenten ikke ble høyere. Revisjonen vurderer likevel at svarprosenten er tilstrekkelig når nærmere halvparten av de ansatte har svart på undersøkelsen. Følgende diagram viser fordelingen av respondenter på variabelen fagbakgrunn:



Kilde: RRI 2021, N=85

Diagrammet viser at andelen helsefagarbeidere utgjør halvparten av de ansatte, og at ansatte som oppgir å være ufaglærte eller «annet» utgjør 23 prosent. Av ansatte som har svart «annet», kommenterer flere at de er studenter innen ulike helsefag.

¹⁰ Ledelsen og ansatte i virksomhetsleders stab, mottok ikke spørreundersøkelsen.

2.1.4 Saksgjennomgang

Revisjonen har gjennomgått til sammen åtte vedtak om langtidsplass på sykehjemmet, hvorav fire hadde fått innvilget plass og fire hadde fått avslag. Formålet med gjennomgangen var å undersøke hvorvidt oppdaterte IPLOS-registreringer var foretatt og benyttet i forbindelse med vedtakene. 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. Et problem med datagrunnlaget kan likevel være at vi ikke finner tilstrekkelig informasjon gjennom de dokumentene vi har etterspurt. Dette problemet er redusert ved hjelp av metodetriangulering, det vil si å bruke flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. Dette er utført gjennom intervjuer, spørreundersøkelse og saksgjennomgang. Ved å kombinere ulike metoder for å belyse samme fenomen kan forholdene beskrives fra flere vinkler. Dersom inntrykket vi får er lignende ut fra bruk av flere metoder styrkes kvaliteten og gyldigheten til 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 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 blant annet 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 av 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 1.1.2001 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift av 29.6.2017 nr. 1018 om tildeling av langtidsopphold på sykehjem mv., Eidsvoll kommune, Akershus
- Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)
- Forskrift av 28.10.2016 nr. 1250 om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
- Lov av 2.7.1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Forskrift av 21.2.2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret)
- Strategiplan for helse- og omsorgstjenester 2020-2030, Eidsvoll kommune (rev.19.2.2020)

I dette kapittelet utledes revisjonskriterier for problemstilling 1 og 2. 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.

3.1 Internkontroll og kvalitet

3.1.1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I kommunens arbeid med internkontroll er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten ansvarlig for å etablere et styringssystem for kvalitetsforbedring. Styringssystemet skal sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, § 3)¹¹. Styringssystemet

¹¹ Selv om det er øverste leder som har det overordnede ansvaret for styringssystemet, må også andre i virksomheten sørge for at kravene i styringssystemet følges. Oppgavene i styringssystemet vil ofte være delegert. Hvem som skal gjøre hva vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert (Helsedirektoratet 2017). Det er de ansatte som i det daglige utfører mye av internkontrollen, og medarbeiderne bør derfor delta aktivt og påvirke forbedringsarbeidet (KS 2020).

skal omfatte både planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. Oversikt over områder hvor det er risiko for svikt og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten, utgjør en sentral del av plikten til å planlegge (ibid., §§ 6-9).

Ansvarlig ledelse skal videre ha oversikt over avvik og uønskede hendelser som allerede har inntruffet. Gjennom en evaluering skal avvikene gjennomgås for å forebygge at lignende forhold oppstår (ibid. §§ 6 og 8). Resultater fra avviks- og meldesystemet er et av flere interne dokumenter som er relevante for virksomhetens arbeid med risikovurderinger. Det er derfor viktig at avvikene diskuteres i et kvalitetsutvalg eller tilsvarende, men også internt i den enhet der avviket oppsto¹² (Helsedirektoratet 2017).

Oversikt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk og annen informasjon skal bidra til at virksomheten i tilstrekkelig grad arbeider systematisk med kvalitetsforbedringen. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §§ 4- 8).

3.1.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

For å sikre faglig forsvarlige tjenester til mottakere av helse- og omsorgstjenester, må kommunen etablere et system av prosedyrer. Prosedyrene skal bidra til at brukere får dekt sine grunnleggende behov, som for eksempel

- Forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig og helsefremmende kosthold
- Personlig hygiene
- En normal livs- og døgnrytme
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Tilbud om tilpassede aktiviteter
- Tilbud tilrettelagt for personer med demens

Prosedyrer som kommunen etablerer skal bidra til at tjenestemottakeren får tjenester vedkommende har bruk for til rett tid, at tilbudet er helhetlig og samordnet, og at brukeren får medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet (§ 3, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene).

Revisjonen legger til grunn at kommunen har etablert et styringssystem i arbeidet med å sikre faglig forsvarlige tjenester, herunder rutiner for avvikshåndtering. Revisjonen legger videre til grunn at resultater fra avviks- og meldesystemet brukes systematisk i arbeidet med risikovurderinger og for å forhindre framtidige avvik. Revisjonen legger også til grunn at kommunen har prosedyrer og praksis som bidrar til at brukerne får dekt sine grunnleggende behov i eget hjem livet ut.

¹² Gode avviks- og meldesystemer kjennetegnes av at hensikten er læring og forbedring. Formålet er ikke bare å lukke det enkelte avvik, men å sikre at det samme ikke skjer igjen noen andre steder i virksomheten (Helsedirektoratet 2017).

På bakgrunn av gjennomgangen over er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 1:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Har kommunen på plass internkontroll som legger til rette for effektive tjenester som ivaretar brukernes grunnleggende behov?	<p>→ Kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjennom å</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ha prosedyrer, system og kultur for avvikshåndtering ○ ha oversikt over risikoområder, herunder meldte avvik, samt rapportere om risiko og avvik til politisk og administrativ ledelse ○ ivareta brukernes grunnleggende behov gjennom praksis basert på etablerte prosedyrer

3.2 Dreining av tjenestetilbudet til eldre med omfattende bistandsbehov

3.2.1 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).

3.2.2 Kommunal strategi for dreining av tjenestetilbudet

Eidsvoll kommune sin strategiplan for helse- og omsorgstjenester 2020-2030 beskriver at ressursinnsatsen skal rettes mot tidlig innsats og lavest mulig nivå i omsorgstrappen. Dreiningen av tjenestetilbudet skal oppnås gjennom følgende målsettinger:

- Riktig kapasitet i tjenestene
- Riktig kvalitet i tjenestene
- Tjenester basert på medvirkning og behov
- Helhet og sammenheng i tjenestene

3.2.3 Heldøgns tjenester og omfattende bistandsbehov

Retten til heldøgns tjenester er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl). Som et ledd i den lovfestede retten, skal kommunen forskriftsfeste kriterier for tildeling av langtidsoppholdet (hotjl § 3-

2). Eidsvoll kommune har utarbeidet en slik forskrift, Forskrift om tildeling av langtidsopphold på sykehjem mv¹³.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017) framhever at heldøgns bistand til hjemmeboende fra egnet personell, samt responstid¹⁴ og aktivt tilsyn¹⁵ med brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem. Eidsvoll kommune har et mål om at heldøgns omsorg hovedsakelig skal gis i bolig/samlokalisert bolig. Virksomheten bør derfor på bakgrunn av tildelingskriterier og egne målsetninger gjøre en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt tjenester i det enkelte tilfellet skal gis i institusjon, eller om bistandsbehovet best kan ivaretas i eget hjem.

Revisjonen legger 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 sykehjemsplass, og andre med behov for heldøgns/omfattende tjenester.

3.3 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 (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) en del av denne dokumentasjonen¹⁶.

3.3.1 Kartlegging av brukernes funksjonsnivå og bistandsbehov

Ved IPLOS-registrering¹⁷ innhentes opplysninger gjennom funksjonskartlegging som registreres og ajourføres av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i tjenesten (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 som vist i figuren under:

¹³ Langtidsopphold defineres her som «Et varig botilbud i institusjon, fortrinnsvis for eldre personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.» Boliger som er særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester definerer forskriften som: «En boform der det gis tjenester tilsvarende de som ytes i institusjon.»

¹⁴ Den tiden det tar fra brukeren tilkaller hjelp til hjelpen kommer.

¹⁵ Med «aktivt tilsyn» menes løsninger som sikrer toveis-kommunikasjon mellom pasient/bruker og helsepersonell når behovet for hjelp oppstår. Dagens hjelpemidler og velferdsteknologi gir flere eksempler på ulike løsninger som kan ivareta målet om et «aktivt tilsyn» (Helse- og omsorgsdepartementet og KS, 2017).

¹⁶ IPLOS ble obligatorisk i alle landets kommuner fra og med 1. mars 2006 (Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk).

¹⁷ 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.

(<https://www.statsforvalteren.no/contentassets/fd6464094f4c45138ea8d00848667a92/iplos-veileder.pdf>

[29.1.2021]

Figur 4 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 avkledning • Spise • Toalett • Bevege seg innendørs • Bevege seg utendørs 	

Kilde: Helsedirektoratet 2021

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 bistand¹⁸.

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.

¹⁸ 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.no 2021).

3.3.2 Kommunale 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 2015b). 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.

Revisjonen legger til grunn at tildelingskriterier for tjenester hvor det fattes enkeltvedtak er skriftliggjort og kvalitetssikret, for å sikre at kommunen oppfyller grunnleggende krav til god internkontroll, brukernes klagerett og rett til likebehandling.

3.3.3 Brukermedvirkning og brukererfaringer

Når tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 (helsetjenester i hjemmet) skal utformes, følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 at det skal legges stor vekt på hva pasienten/brukeren mener (Helsedirektoratet 2016/2017). Når pasienten mangler samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Pasient og brukerrettighetsloven beskriver videre om pasientens rett til informasjon at slik informasjon skal gis «[s]om er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen,» (§ 3-2). Videre heter det om informasjonens form at «[i]nformasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte» (§ 3-6).

Når kommunen fatter vedtak om tjenester, skal vedtaket begrunnes og begrunnelsen skal inneholde en beskrivelse av det faktum kommunen har lagt til grunn i saken (forvaltningsloven § 25, andre ledd). Fakta som gjør at parten etter kommunens vurdering har eller ikke har rett til helse- og omsorgstjenester må beskrives. Det holder å ta med de opplysningene som har vært avgjørende for utfallet. Vedtaket begrunnes etter de vedtatte kriterier.

Revisjonen legger til grunn at enkeltvedtak om tjenester som kommunen fatter beskriver faktiske forhold, og at informasjon om faktiske forhold i vedtaksbrevet formuleres på en hensynsfull måte og er tilpasset mottakerens forutsetninger.

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

Problemstilling 2 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

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 skal ha rutiner for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder ivareta tverrfaglighet og registrere skår på funksjonsvariable i IPLOS.➔ Kommunen skal benytte kriterier ved tildeling av hjemmebaserte tjenester og langtidsopphold på sykehjem, samt beskrive faktiske forhold som ligger til grunn når det fattes enkeltvedtak.➔ Kommunen skal tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester.

4 KVALITETSFORBEDRING OG INTERNKONTROLL

Kapittelet presenterer rutiner og praksis kommunen viser til for å ivareta internkontroll, kvalitetsforbedring og faglig forsvarlige tjenester. Beskrivelser baserer seg i all hovedsak på dokumentasjon administrasjonen har oversendt som svar på revisjonens bestilling, samt intervjuer og data fra spørreundersøkelsen til de ansatte hvor avvikshåndtering var ett av flere tema.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
<p>Har kommunen på plass internkontroll som legger til rette for effektive tjenester som ivaretar brukernes grunnleggende behov?</p>	<p>→ Kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjennom å</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ha prosedyrer, system og kultur for avvikshåndtering ○ ha oversikt over risikoområder, herunder meldte avvik, samt rapportere om risiko og avvik til politisk og administrativ ledelse ○ ivareta brukernes grunnleggende behov gjennom praksis basert på etablerte prosedyrer

4.1 Systemer for risikovurdering og avvikshåndtering

4.1.1 Skriftlige rutiner

Administrasjonen har oversendt følgende dokumentasjon på kommunens system for risikovurdering av tjenestene:

- ROS 2018 Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse¹⁹
- Ros-analyse helseberedskap
- Overordnet beredskapsplan²⁰

Overordnet beredskapsplan beskriver blant annet at «[a]vdekket risiko og sårbarhet skal reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak». Kommunens ROS-analyse innen helseberedskap fra 2019 vurderer såkalt initiell (før) og endelig (etter) risiko på ulike områder. Administrasjonen informerer skriftlig om at det ut ifra analysen ble påbegynt en helseberedskapsplan som per dags dato ikke er ferdigstilt.

¹⁹ Vedtatt av kommunestyret den 29.1.2019

²⁰ Godkjent av Eidsvoll kommunestyre, sak 4/2019 Dato: 29.1.2019

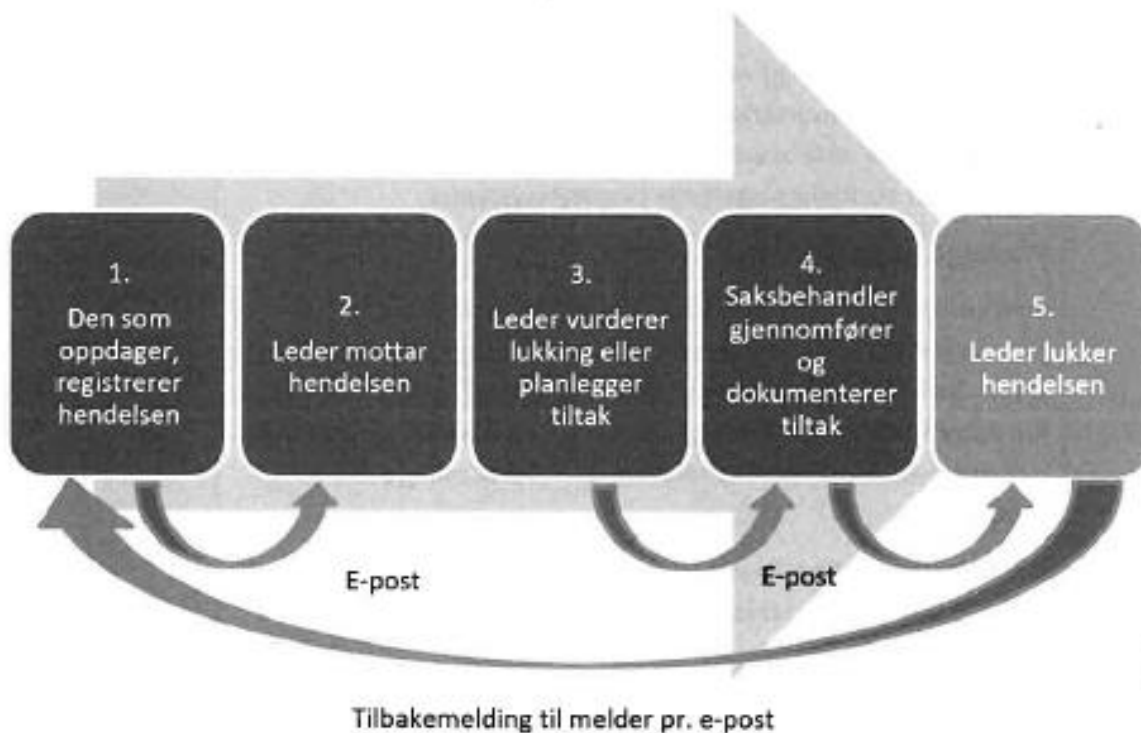
Administrasjonen har videre oversendt følgende dokumentasjon som beskriver kommunens rutiner for avvikshåndtering:

- Prosedyre for hendelses- og avviksbehandling i kvalitetssystemet²¹, TQM
- Prosedyre for avvikshåndtering i fagsystemet CosDoc

Sistnevnte prosedyre beskriver at avvik som er en del av tjenesteproduksjonen, for eksempel bruker- eller personrelaterte avvik, skal behandles og dokumenteres i fagsystemet. Avviket skal videre registreres, behandles og lukkes i kvalitetssystemet for samlet oversikt og oppfølging, «for det kontinuerlige forbedringsarbeidet av tjenesteutøvelse [...]», men da uten personopplysninger knyttet til bruker.

TQM-prosedyren for håndtering av avvik beskriver at hendelsen skal lukkes innen 30 dager. Videre beskriver prosedyre for avvikshåndtering i fagsystemet CosDoc at avviket skal tas opp med tjenesteyter eller den det gjelder. Begge prosedyrene beskriver ulike trinn i avvikshåndteringen. Figuren under illustrerer aktiviteter som skal skje i kvalitetssystemet TQM:

Figur 5 Aktiviteter i kvalitetssystemet i forbindelse med avvik



Kilde: Eidsvoll kommune.2021

Som vist i figuren skal leder gi en tilbakemelding til «melder» per e-post i forbindelse med at hun lukker hendelsen.

²¹ Sist godkjent 2.9.2020, Rådmannsutvalget Gardermoregionen

4.1.2 Oppfølging og håndtering av avvik

Administrasjonen informerer om at det innen hjemmetjenesten i 2020 ble meldt 83 avvik i TQM og 450 avvik i fagsystemet Cosdoc, og at det jobbes for at alle avvik også skal meldes i kvalitetssystemet TQM. I intervju med avdelingsledere for de tre hjemmetjenestedistriktene Nord, Indre sør og Ytre sør, beskriver de avdelingens rutiner knyttet til håndtering av avvik:

Når det er et avvik risikovurderer vi hvor alvorlig det er. Om det er alvorlig der og da, finner vi raskt en løsning på det som skjedde, og gir tilbakemelding til virksomhetsleder og kommunelegen. [...] Er det små avvik så tas det opp med verneombud. To ganger i måneden går vi gjennom alle avvik, og sammenligner med hvor mange vi hadde i forrige måned. Vi gir også tilbakemelding til de ansatte, hvis avvik for eksempel skyldes misforståelser. I noen tilfeller blir det også gitt internundervisning. [...] Vi har nå laget en såkalt «klikkveileder» for hvordan man skal gå fram for å registrere avvik.

Avdelingsleder

«[...] mitt inntrykk at de ansatte har gode vaner med hensyn til å melde avvik som omhandler pasienter, og at de gjør gode observasjoner. De skriver avvik og er opptatt av avvik. [...] Er det alvorlig, finner vi raskt en løsning for de det gjelder. Veldig ofte har avvikene allerede blitt rettet opp, og det er veldig sjelden pasientene blir skadelidende. [...] [jeg] lager en konklusjon i slutten av hver måned, det vil si jeg lager en oversikt som jeg legger fram for personalet, slik at de også får se det. Håpet er at vi skal få antallet ned. Det virker som det svinger veldig, en måned er det fem avvik, neste er det 25. Når det gjelder avvik i TQM handler dette om rutinesvikt. Der er ikke de ansatte så flinke til å melde. [...] Det er mange rutinesvikt som skulle vært skrevet der, men som ikke står der. Det tar tid å skrive avvikene, både i pasientjournal og i TQM.

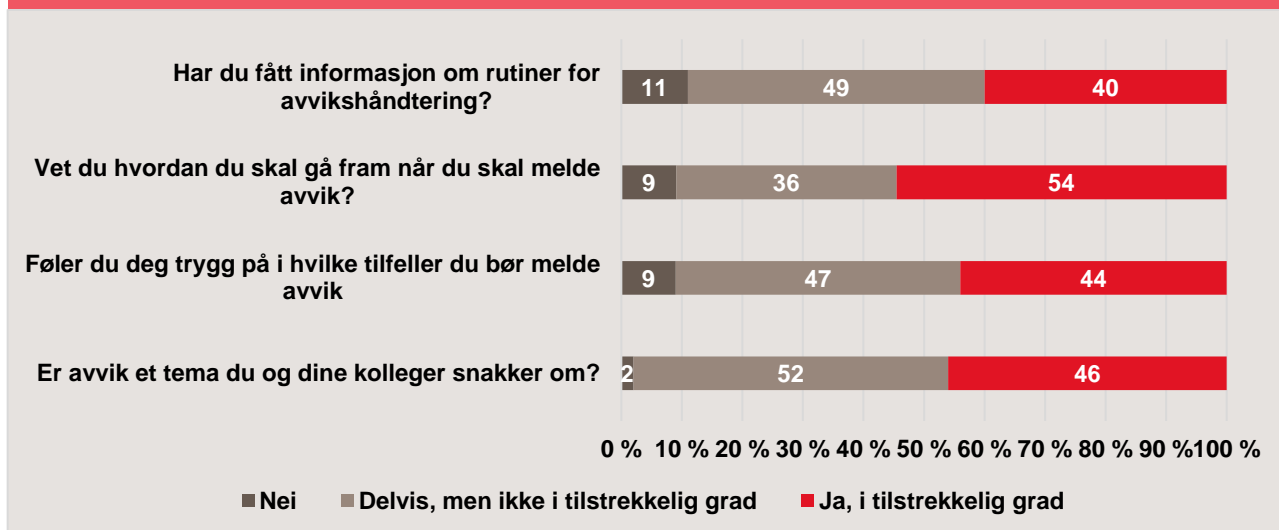
Avdelingsleder

Vi ønsker at mer skal komme inn i TQM, men her ser vi at vi må jobbe mer med implementeringen og opplæringen. Ansatte er mest vant til å melde avvik i Cosdoc. Noen ansatte melder oftere avvik enn andre, og det tyder på at de er tryggere på hvordan det skal gjøres. Vi har jo et høyt tempo, så en del blir bare meldt muntlig. Ansatte kommer inn og forteller, så håndterer vi det muntlig der og da. [...] Vi har begynt å ta avvik opp som tema i stabsmøtene med verneombudet til stede, og hva en eventuelt skal gjøre med det. Men her har vi et forbedringspotensial, og det har ikke vært prioritert høyest. Mye skjer som sagt muntlig. [...] Ikke alltid lett å vurdere hva som er avvik, her er det sikkert mørketall. Noen ansatte uttrykker at det ikke er noe vits å melde avvik, fordi det ikke blir gjort noe med avvikene. Dette er noe det tar tid å håndtere. Det er mange «trykk» som skal til, og da går jeg heller og prater med folk. Så blir det med det.

Avdelingsleder

I en spørreundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten, ble det stilt ulike spørsmål rundt erfaringer med avvikshåndtering. 74 av 85 ansatte som svarte på spørsmålet, oppgir at de selv har meldt avvik. I diagrammene nedenfor gjengis hva ansatte svarte på andre spørsmål rundt avvikshåndteringen.

Diagram 2 Ansattes erfaring med avvikshåndtering, i prosent



Kilde: RRI 2021, N=85

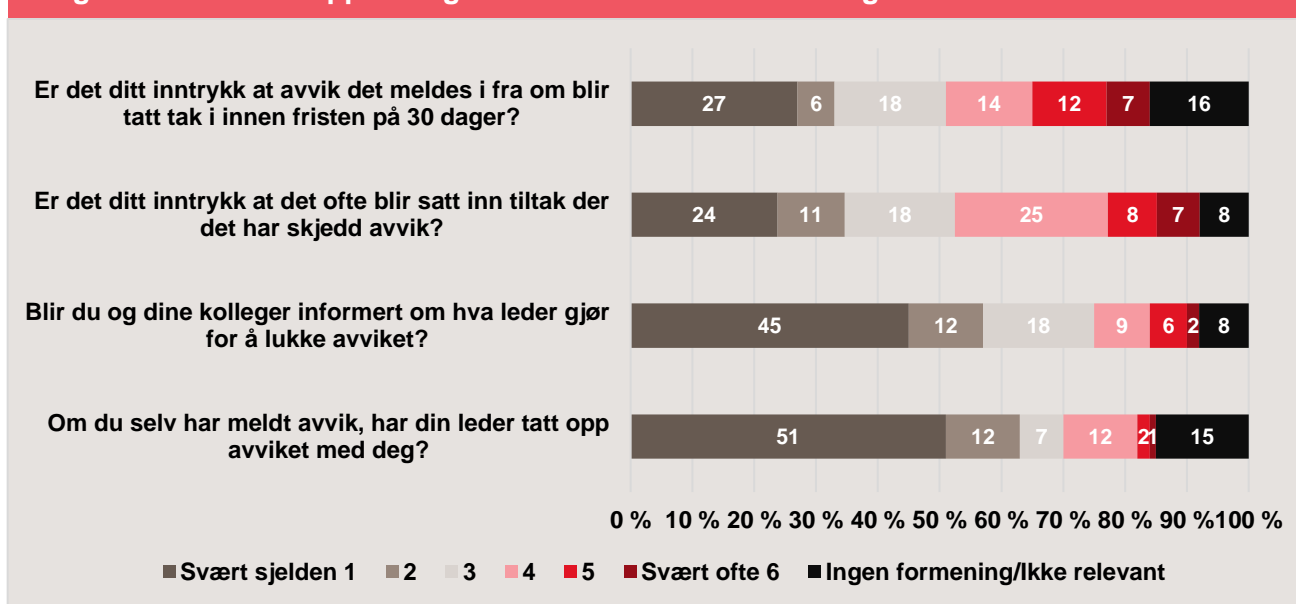
49 prosent av de ansatte som har svart på spørreundersøkelsen oppgir at de delvis, men ikke i tilstrekkelig grad, har fått informasjon om rutiner for avvikshåndtering. Elleve prosent oppgir at de ikke har fått slik informasjon i det hele tatt. Selv om 60 prosent av de ansatte dermed svarer at de bare delvis har fått eller ikke har fått informasjon i det hele tatt, svarer 54 prosent at de vet hvordan de skal gå fram når de skal melde avvik. Omtrent like mange oppgir at de ikke, eller bare delvis, føler seg trygge på i hvilke tilfeller de bør melde avvik. Det er også over halvparten av de ansatte som oppgir at avvikshåndtering er et tema kolleger ikke i tilstrekkelig grad snakker om. Enkelte ansatte kommenterer sin mening av avvikshåndteringen i kommentarfeltet:

Altfor dårlig info om hvordan avvik i TQM fungerer, og hva som skjer videre etter sendt avvik.

Lite informasjon til ansatte om ulike avvik og hva som skal håndteres som et avvik.

Flere ansatte bekrefter i kommentarfeltet at det spesielt er opplæringen i TQM som oppleves mangelfull. Det uttrykkes også usikkerhet rundt hva som skal meldes, og om man skal melde avviket. Diagrammet under viser hva ansatte svarer med hensyn til lederens oppfølging av avvik. Svar er gitt på en skala fra 1 til 6, fra «svært sjelden» til «svært ofte».

Diagram 3 Ansattes oppfatning av lederens avvikshåndtering



Kilde: RRI 2021, N=85

Diagrammet viser at halvparten av de ansatte som har svart på spørsmålet oppgir at avvik sjelden eller svært sjelden blir tatt tak i innen fristen på 30 dager slik TQM-prosedyren beskriver. 16 prosent har ingen formening. Det er også omtrent halvparten som oppgir at tiltak sjelden eller svært sjelden blir satt inn der det har skjedd avvik. 75 prosent av respondentene mener kolleger sjelden eller svært sjelden blir informert om hva leder gjør for å lukke avviket, og kun 15 prosent oppgir at lederen tar opp avviket med den ansatte, når det er han/hun som har meldt dette. Flere ansatte har kommentert sin oppfatning av lederens avvikshåndtering i kommentarfeltet. Enkelte beskriver at dette har blitt bedre den siste tiden og nå blir mer systematisk behandlet, mens andre opplever at det ikke er noen vits å melde avvik fordi «[det] skjer jo ingenting med det uansett», eller at «[alle] avvik som meldes inn bare forsvinner i systemet».

Virksomhetsleder uttrykker i avsluttende intervju at hun i møter med avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud før sommeren har fått tilbakemelding om at ansatte etterlyser hva som er blitt gjort etter meldte avvik. Videre informerer hun om at oppdatering av rutiner i TQM etter planen skulle tas tak i ved inngangen til 2020, men at dette ble forsinket grunnet pandemien. Per i dag ser hun at ting kan bli bedre, men mener at de er på rett vei.

På revisjonens forespørsel om kommunal praksis for å rapportere rundt risikovurderinger og avvik fra hjemmetjenesten til administrativ og politisk ledelse, svarer administrasjonen skriftlig at virksomhetsleder ukentlig rapporterer på hendelser/avvik i samtaler med kommunedirektøren²². Med hensyn til rutiner for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende slik forskrift for ledelse og

²² Det vises også til årsmelding for 2020 hvor det rapporteres innen ulike måleparametere i hjemmebaserte tjenester. «Andel brukere over 80 år som får hjemmetjenester» er et av de nevnte måleparametere, samt «primærkontakter til brukere med omfattende behov (IPLOS-score >4)».

kvalitetsutvikling forutsetter, og hvor risikovurderinger er en sentral del av plikten til å planlegge, viser administrasjonen til en rekke møter som avholdes jevnlig på ulike nivå i kommunen (se vedlegg 2).

4.2 Systematisk arbeid med kvalitet og brukernes grunnleggende behov

4.2.1 System for arbeid med kvalitetsforbedring

Administrasjonen har oversendt følgende dokumenter som skal bidra til kvalitetsarbeid og ivareta brukerens grunnleggende behov i tråd med kvalitetsforskriften:

- Rutine teamsykepleier
- Serviceerklæring for hjemmebaserte tjenester
- Opplæring av nyansatte
- Prosedyre for fullmakt og krav til kompetanse for ansatte ved legemiddelhåndtering
- Skjema for fullmakt til legemiddelhåndtering med kompetanseskjema
- Skjema for fullmakt for subcutane injeksjoner med kompetanseskjema
- Rutiner i forhold til daglig drift fra en avdeling i hjemmebaserte tjenester

Rutine teamsykepleier beskriver ulike oppgaver i løpet av uken som tilligger funksjonen, slik som møter, rapporteringer og koordinering. Av andre oppgaver teamsykepleier har, nevnes blant annet fagansvar for pasienter og pasientflyt, og koordinering med andre institusjoner og samarbeidende parter. Teamsykepleiers rolle bekreftes i intervju med avdelingslederne som presiserer at disse har det daglige fagansvaret for pasientene, selv om avdelingslederne til syvende og sist har det overordnede ansvaret.

Administrasjonen informerer skriftlig om at alle brukere/pasienter får utlevert en serviceerklæring ved oppstart av hjemmebaserte tjenester²³. Målet med erklæringen er «[a]t den enkelte bruker kan bo hjemme så lenge det er faglig forsvarlig og brukeren selv ønsker det». Forventninger brukeren/pårørende kan ha til tjenesten er formulert, for eksempel at brukeren skal bli møtt med respekt og at tjenestetilbudet skal legges opp sammen med brukeren. Videre beskriver serviceerklæringen hva tjenesten forventer av brukeren, for eksempel at brukeren utfører de funksjoner som vedkommende selv kan klare. Det gis også eksempler på tilbud som kan gis ved hjemmesykepleie, og hva som ikke gis.

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble de bedt om å svare på hvorvidt de er kjent med innholdet i serviceerklæringen samt innholdet i forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften). Godt over 80 prosent svarer enten ja, at de kjenner til innholdet i kvalitetsforskriften og i serviceerklæringen, eller at de delvis gjør dette.

På spørsmål fra revisjonen om hvilke virkemidler kommunen spesielt vil framheve med tanke på kvalitetsforbedringsarbeidet, svarer administrasjonen at dette er ledermøter, sykepleiermøter, stabsmøter i administrasjon og avdelingsmøter/stabsmøter på avdeling. Disse møtene tar ifølge administrasjonen for seg den daglige driften, løser utfordringer knyttet til tjenester og sikrer en god kvalitet på det som leveres av tjenester. Videre har teamsykepleierne faste møter med sykepleierne. I disse møtene gjennomgås kvalitetssikring for tjenestene og gjennomgang av interne rutiner. Viktigheten av disse møtene bekreftes i intervju med avdelingslederne. Én av avdelingslederne

²³ Se vedlegg 3

kommenterer imidlertid at hun ikke opplever at det jobbes systematisk med «forbedringshjulet»²⁴, og at det ikke er mye tid til fagutvikling i driften av hverdagen. En annen avdelingsleder framhever blant annet «midtrapporten» som sentral:

Ellers vil jeg trekke fram midtrapportene fra mandag til fredag. Der kommer det fram veldig mye. Listekjørere²⁵ og sykepleier deltar og vi «går runden», og hører om noe er ugreit, om det har oppstått feil eller avvik. [...] Dette er kvalitetsarbeid føler jeg, når listekjørerne får lov til å komme med tilbakemeldinger. Mandager før ledermøte, har vi avdelingsmøte med teamsykepleier og koordinator, hvor vi går gjennom uka som kommer, kvalitetssikrer om vi har nok folk, om vi har mangel på sykepleiere, og eventuelt må innleie fra vikarbyrå. Så går vi gjennom pasienter hvor det er utfordringer. Jeg mener vi driver med kvalitetssikring hver eneste dag i alt vi gjør.

Avdelingsleder

4.2.2 Brukernes grunnleggende behov

På spørsmål til de ansatte om hvor de har fått opplæring knyttet til grunnleggende behov hos brukerne, svarer 80 prosent at de har fått dette gjennom grunnutdanning innen helsefag. Nærmere 70 prosent oppgir at de har fått kunnskap gjennom arbeidserfaring og samtaler med kolleger. I spørreundersøkelsen ble ansatte også bedt om å oppgi i hvilken grad de opplever at hjemmetjenestens brukere får ivaretatt ulike grunnleggende behov, på en skala fra 1 til 6, hvor 1 tilsvarer i svært liten grad og 6 tilsvarer i svært stor grad. Svarene fra de ansatte er rangert med fargekodene grønt, gult og rødt i tabellen under. Grønn fargekode innebærer at flere enn 75 prosent av respondentene har valgt svarkategoriene 4 til 6, hvor svarkategori 6 som nevnt over innebærer at behovet blir dekket «i svært stor grad». Gul fargekode innebærer at 50 til 75 prosent av respondentene har valgt svarkategorier fra 4 til 6, og rød fargekode innebærer at færre enn 50 prosent har valgt svarkategoriene fra 4 til 6.

Tabell 2 Ansattes oppfatning av brukernes grunnleggende behov

Grunnleggende behov ifølge kvalitetsforskriften	Prosentandel som har valgt svarkategorier fra 4 til 6, hvor 6 tilsvarer «i svært stor grad».
Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)	93 prosent
Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling	87 prosent
Mulighet til selv å ivareta egenomsorg	86 prosent

²⁴ «Forbedringshjulet» beskriver en modell for hvordan man kan gå fram for å oppnå forbedringer i tjenestene i fem faser (helsebiblioteket.no).

²⁵ Listekjørere er ansatte som jobber ute hos brukerne etter bestemte arbeidslister.

En verdig livsavslutning	86 prosent
Tilpasset hjelp ved av- og påkledning	85 prosent
Opplive respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet	84 prosent
Tilstrekkelig næring (mat og drikke)	80 prosent
Selvstendighet og styring av eget liv	79 prosent
Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold	76 prosent
Nødvendig tannbehandling og munnhygiene	65 prosent
Tilbud tilrettelagt for personer med demens	48 prosent
Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise	43 prosent
Få dekt behov for sosial kontakt og aktiviteter i hverdagen	35 prosent

Kilde: RRI 2021, N=83

Oversikten viser at en høy andel ansatte har valgt svaralternativ 4-6 på mange av spørsmålene, noe som indikerer at de opplever at grunnleggende behov hos brukerne blir godt ivaretatt. 85 prosent mener dette blant annet gjelder hjelp til av- og påkledning. Samtidig beskriver flere ansatte i kommentarfeltet at de opplever at hjemmetjenesten i for liten grad tilrettelegger for egenmestring:

Mangler fokus på hverdagsmestring og tilrettelegging for selvstendighet. Mange får for mye tjenester ved oppstart og blir avhengige av hjelp når de i utgangspunktet kunne hatt fokus på å klare seg selv for å kunne bo lengst mulig hjemme. Tjenesten gis og blir værende på grunn av manglende evaluering av behov. Man bør i større grad involvere pasienten og veilede til å mestre egen hverdag, bli trygg i eget hjem og klare seg selv. Dette vil frigjøre mer tid til de som virkelig trenger det.

86 prosent av de ansatte har valgt svaralternativ 4-6 på spørsmålet om hvorvidt brukere får dekt et grunnleggende behov for en verdig livsavslutning. Samtidig kommenterer en av de ansatte i spørreundersøkelsen det ikke er tilrettelagt eller planlagt nok rundt dette:

«[o]fte sitter vi igjen med at vi burde klart å tilrettelegge bedre for en mer verdig hjemmedød. [...] Det skal ikke brukes forskyvninger eller endring av [arbeids]tid, og helst ikke overtid og da er det vanskelig i forbindelse med hjemmedød, som ofte kommer litt brått på.»

Tilrettelegging for personer med demens er et av de områdene hvor mange ansatte har valgt svaralternativ 1-3, hvor svaralternativ 1 indikerer at de mener grunnleggende behov i svært liten grad blir ivaretatt. To ansatte kommenterer dette:

Utfordringen er brukere med demens. Disse har vi per nå ikke tid til å følge opp godt nok, for tida strekker ikke til. Mange av disse brukerne får ikke dekt sine grunnleggende behov [...].

Er vel et savn med mer plasser for de med demens på dagtid, og en egen dagavdeling for denne brukergruppen. I dag er alle på én dagavdeling.

Virksomhetsleder kommenterer i avsluttende intervju at kommunen har en demenskoordinator i 100 prosent stilling. Men også dette er ifølge henne for lite i forhold til arbeidsmengden koordinatoren har, som per i dag utgjør aktiv oppfølging av om lag 90 brukere, i form av kartlegging og ulike samarbeidsmøter. I et hukommelsesteam deltar det i tillegg en halv ergoterapeutstilling, men denne har hatt lite tid og ressurser til å bidra.

Et annet område hvor mange ansatte har valgt svaralternativ 1 til 3 er tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. Flere ansatte utdyper dette i kommentarfeltet:

Jeg skulle ønske at vi hadde mer tid til å sitte ned med brukere, spesielt ved matsituasjonen. Mange brukere spiser dårlig og er underernærte. Per nå gjør vi ikke ernæringskartlegginger, noe jeg virkelig synes vi bør komme i gang med. Samspising burde vært et tema.

Det er et stort problem med underernæring blant hjemmetjenestens brukere. Dette er et område som vi opplever at det er svært vanskelig å hjelpe brukerne med. Nedsatt matlyst er svært utbredt blant eldre.

Nok tid hos brukere er ofte et problem i hjemmetjenesten. Oppfølging av ernæring er så og si håpløst med måten vi jobber. Brukere og pårørende handler selv, vi kan gi råd, men vi har ingen mulighet til å følge opp dette i hjemmet. Da bør de inn på institusjon og følges opp med faste måltider med riktig ernæring.

Til tross for at flere ansatte peker på oppfølgingen rundt måltider og ernæring som mangelfull, velger samtidig 80 prosent svarkategori 4 til 6 på spørsmål om hvorvidt grunnleggende behov for tilstrekkelig næring (mat og drikke) blir ivaretatt. Her er det med andre ord varierende inntrykk hos ansatte.

Området færrest mener blir ivaretatt i stor grad, er brukernes grunnleggende behov for sosial kontakt og aktiviteter i hverdagen. Her har kun 35 prosent av respondentene valgt svarkategoriene 4 til 6. Flere ansatte utdyper dette i kommentarfeltet:

For enkelte er hjemmetjenesten den eneste kontakten de har med omverden og tiden strekker ikke til for annet enn høyst nødvendig. Noen trenger sårt en prat, gå en tur og sosial stimuli.

Det burde vært mulig for flere eldre å delta på dagavdelingen. Det er mange som sitter alene dag inn og ut. Vi burde ha tid til [...] en enkel gåtur, men det settes det ikke av tid til.

I denne tiden (under pandemien) vil jeg si at mange ikke har fått dekt behovet med tanke på sosial kontakt før de ble vaksinert, da de eneste de møtte i løpet av en dag/uke kun var oss, spesielt i den perioden de stengte dagavdelingen.

Noen ansatte uttrykker at det nettopp er forhold rundt ernæring og mangel på sosial kontakt som er årsaken til at enkelte brukere ønsker en plass på sykehjemmet:

Noen brukere ønsker seg inn på institusjon på grunn av ensomhet, men min opplevelse er at de fleste vil være lengst mulig hjemme, men at dette kan være veldig belastende for familie og de som er rundt bruker.

Det er mange som burde ha bodd på sykehjem, som per nå bor hjemme. Det er mange skrøpelige eldre som er dårlig ernært og som har lite sosialt liv. Hadde vi hatt tid til å følge opp spisevaner og brukt mer tid hos dem, kunne mange vært hjemme.

Mange ønsker og bo hjemme lengst mulig, men man har også de som blir veldig ensomme og ønsker seg inn på grunn av trygghet og samhold med flere rundt seg. Det burde vært en mulighet til dette når man ønsker dette selv. I dag må man være dement og til fare for seg selv, eller så redusert at du nesten ikke står på egne bein før du får sykehjemsplass. Burde vært en institusjon man kunne bodd på med flere, uten at det er sykehjemmet.

Virksomhetsleder presiserer i avsluttende intervju at sør-distriktene har innarbeidet ernæringskartlegging som en del av rutinen ved vurderingsbesøket hos brukerne, og at alle skal få tilbudet²⁶. Slik kartlegging er foreløpig ikke satt i system i distrikt Nord.

Videre kommenterer hun at det kan være vanskeligere for hjemmetjenesten å dekke behovet for sosial kontakt enn på sykehjem, hvor ansatte er til stede hele tiden. Hjemmetjenesten er tradisjonelt en «inn-ut»-tjeneste, hvor ansatte gjør det de skal og forsvinner igjen. Virksomhetsleder oppgir at det grunnleggende behovet for sosial kontakt også bør være noe hjemmetjenesten har mer fokus på, i tillegg til at antall dagsenterplasser må opp og at hjemmetjenesten arbeider tettere med frivilligheten.

4.3 Revisjonens vurdering

Revisjonen legger i undersøkelsen til grunn at kommunen skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring, herunder ha rutiner, system og kultur for avvikshåndtering, ha oversikt over risikoområder og ivareta brukernes grunnleggende behov gjennom praksis basert på etablerte prosedyrer.

Gjennomgangen viser at kommunen har på plass skriftlige prosedyrer og rutiner for avvikshåndtering, men at det varierer i hvilken grad det enkelte tjenestedistrikt har implementert rutinene. Ansatte uttrykker usikkerhet med hensyn til hva som skal rapporteres som avvik, og uttrykker spesielt at de savner oppfølging etter at avviket er meldt. Revisjonen vurderer at kommunens rutiner på området ikke i tilstrekkelig grad er implementert og fulgt opp i praksis. Revisjonen vil påpeke viktigheten av å utvikle en kultur rundt avvikshåndteringen, som bidrar til at alle avvik blir meldt og benyttes systematisk i virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring, slik regelverket forutsetter. Et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er viktig for at brukerne av hjemmetjenesten får et så godt tjenestetilbud som mulig.

²⁶ Kommunen har oversendt skjema for ernæringsvurdering MNA

På bakgrunn av innhentet data fra kommunen er det vanskelig for revisjonen å slå fast at kommunen har god oversikt over risikoområder. Revisjonen har heller ikke mottatt noe informasjon om rapportering av risikoområder til administrativ eller politisk ledelse. Når det gjelder rapportering om hendelser/avvik viser administrasjonen blant annet til jevnlige møter med kommunedirektøren. I tillegg vises det til annen møtevirksomhet på ulike nivå hvor det foregår planlegging og evaluering. Revisjonen vil peke på «midtrapporten» som et godt eksempel på et virkemiddel kommunen har etablert i arbeidet med å forebygge og redusere risikoen for feil og avvik. Mangler knyttet til oppfølging av avvik indikerer imidlertid at kommunen ikke i tilstrekkelig grad benytter innmeldte avvik systematisk i arbeidet med risikovurderinger.

Revisjonen legger også til grunn at kommunen skal ivareta brukernes grunnleggende behov gjennom praksis basert på etablerte prosedyrer. Undersøkelsen viser at kommunen har flere prosedyrer på området, og at en stor andel ansatte har kjennskap til kvalitetsforskriften og kommunens serviceerklæring. De ansatte gir i spørreundersøkelsen uttrykk for at mange av brukernes grunnleggende behov i det vesentlige blir godt ivaretatt. Områder ansatte mener i mindre grad blir ivaretatt er oppfølging rundt måltider, sosial kontakt og tilbud om aktivitet, samt tjenestetilbudet til personer med demens. Revisjonen vil peke på at god kvalitet i tjenestene er sentralt for at kommunen skal lykkes med dreiningen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

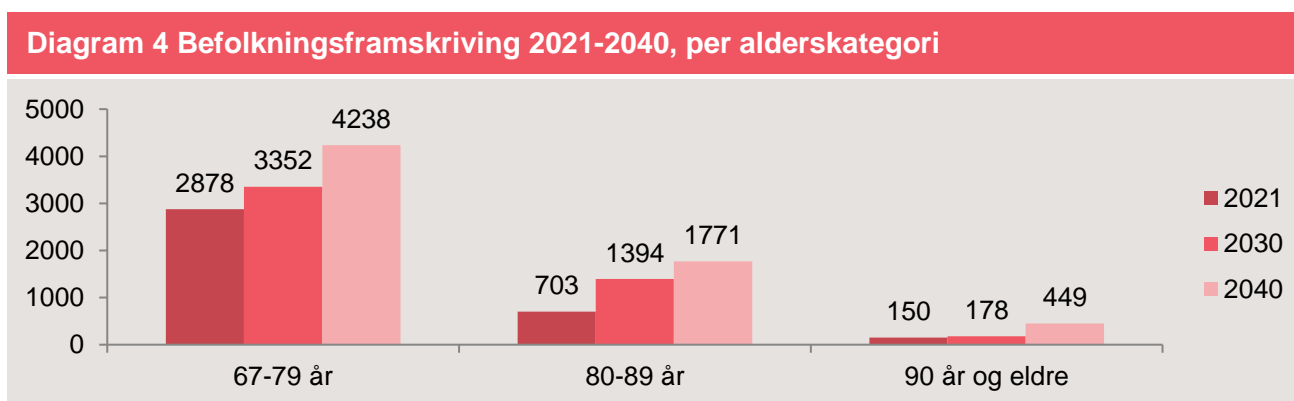
5 DREINING AV TJENESTETILBUDET

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, gir noe informasjon om hvordan dreiningen av tjenestetilbudet foregår. Videre omtaler vi tiltak kommunen har etablert for at eldre tjenestemottakere skal kunne bo lengst mulig hjemme, herunder tiltak beskrevet i kommunens strategiplan. Tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens er ikke spesielt omtalt i strategiplanen, men administrasjonen har oversendt informasjon om kommunens hukommelsesteam som gis en kort omtale i kapittelet.

Problemstilling 2 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

Befolkningsframskriving indikerer at spesielt antall personer mellom 80 og 90 år vil mer enn fordoble seg i Eidsvoll kommune fram mot 2040.

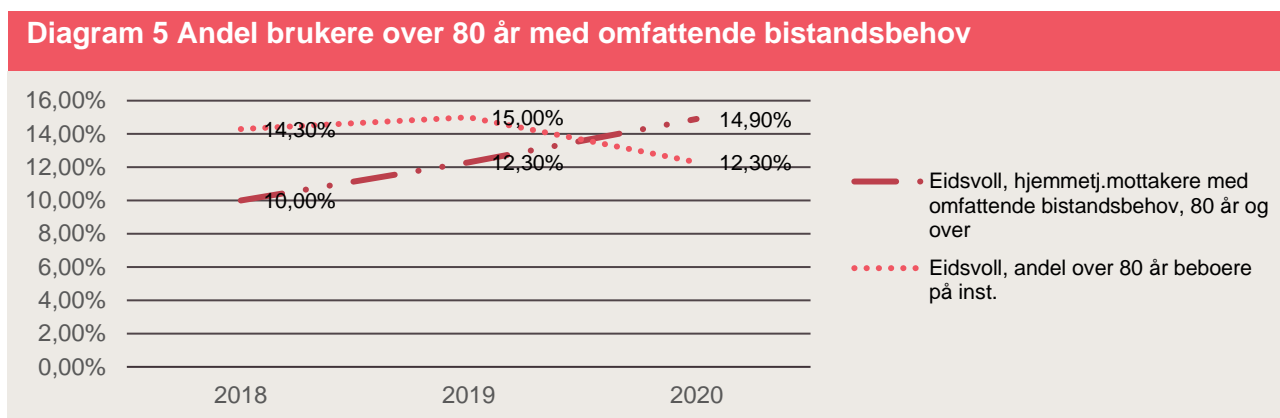


Kilde: SSB 2021

Som diagrammet viser vil antall personer i aldersgruppen 80-89 år stige fra 703 til 1771, og fra 150 til 449 for de over 90 år. I nylig publiserte prevalenstall for omfanget av demens i befolkningen, kommer det også fram at antall personer med demens i Eidsvoll kommune vil stige fra 393 i 2020 til 886 i 2040, noe som utgjør mer enn en fordobling (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2021).

I sin strategi for virksomhet helse legger kommunen opp til en vridning i tjenestetilbudet fra institusjonsbasert omsorg øverst i helse- og omsorgstrappen, til at en større del av omsorgen skal gis

i form av hjemmebaserte tjenester. Statistikk som viser eldre over 80 år med omfattende bistandsbehov og som får tjenester i egen bolig eller på institusjon, kan si noe om utviklingen de siste årene. Diagrammet under viser hvordan denne fordelingen var i Eidsvoll i perioden 2018-2020:



Kilde: KOSTRA 2021

Av diagrammet kommer det fram at andelen over 80 år i institusjon gikk ned 2,7 prosentpoeng fra 2019 til 2020, mens andelen over 80 år med omfattende bistandsbehov som fikk tjenester i eget hjem gikk opp 2,6 prosentpoeng. Spesielt fra 2019 til 2020 viser statistikken en dreining fra institusjon til hjemmetjeneste.

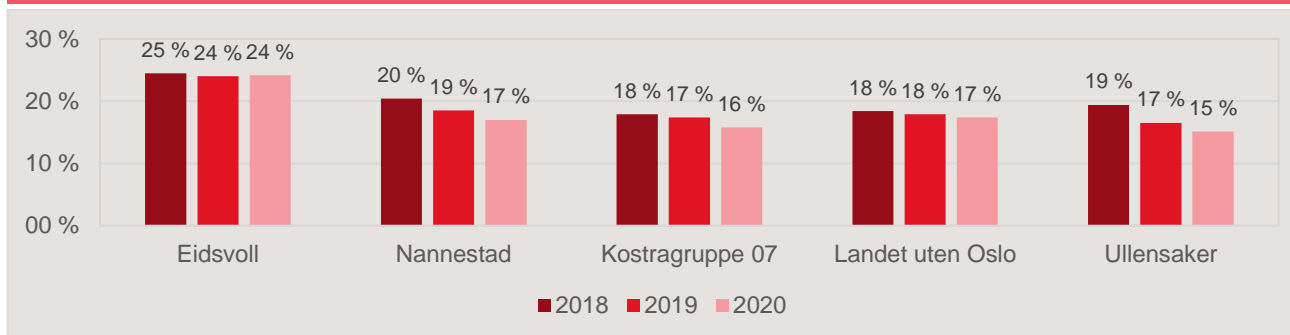
Administrasjonen oppgir at virksomhetene de siste årene har en betydelig økt bevissthet i å dreie omsorgen mot mere hjemmetjenester. Det er iverksatt ulike tiltak for tilrettelegging både gjennom ansettelse av trygghetssykepleier, hjemmetrenere²⁷ og en styrking av hjemmetjenestene. Administrasjonen informerer skriftlig om at hverdagsrehabiliteringsteamet som hjemmetrenere er en del av i 2020 fulgte opp 75 brukere. Som følge av pandemien var teamet satt til andre oppgaver opptil 40 prosent av året. Videre har det ifølge administrasjonen også vært gjennomført et eget prosjekt i 2019: «Leve hele livet hjemme», som skisserer ytterligere tiltak for å få til dreiningen²⁸.

Dekningsgrad²⁹ 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 sykehjems plasser sammenlignet med 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. Figuren under viser utviklingen i Eidsvoll i perioden 2018-2020.

²⁷ Hjemmetrenere er en del av hverdagsrehabiliteringsteamet. Tilbudet er et forebyggende tiltak med mål om en tidlig intervensjon med rehabilitering for eldre med begynnende funksjonstap. Målet med tilbudet er å bistå i å gi brukerne et løft som gjør at de kan klare seg uten eller mindre timer med hjemmebaserte tjenester (se vedlegg 6).

²⁸ Koronasituasjonen har ifølge administrasjonen medført at noen tiltak har vært satt på vent, og kommunen har avventet en gjennomgang av helse og omsorg med ekstern bistand.

²⁹ Dekningsgraden er et uttrykk for hvor stor del av befolkningen som vil trenge en heldøgns plass (KS 2016).

Diagram 6 Dekningsgraden i institusjon, i prosent av innbyggere 80 år og over

Kilde: KOSTRA 2021

Tabellen viser at dekningsgraden på plasser i institusjon har ligget høyt og uforandret i Eidsvoll, mens det i Nannestad, Ullensaker og andre sammenlignbare kommuner, samt i landet ellers har vært en liten men jevn nedgang. Noe av forklaringer er ifølge kommunen selv at tallene inkluderer private sykehjemsplasser som også tilbys pasienter fra andre kommuner. Revisjonen ba derfor kommunen oversende oversikt over dekningsgraden basert på plasser som er forbeholdt kommunens egne innbyggere, noe tabellen under viser.

Tabell 3 Dekningsgraden i institusjon, kommunale plasser, 2018-2021

	2018	2019	2020	2021
Eldre 80 +	789	815	818	853
Plasser på sykehjem	143	143	159	159
Dekningsgrad i prosent	18	18	19	19

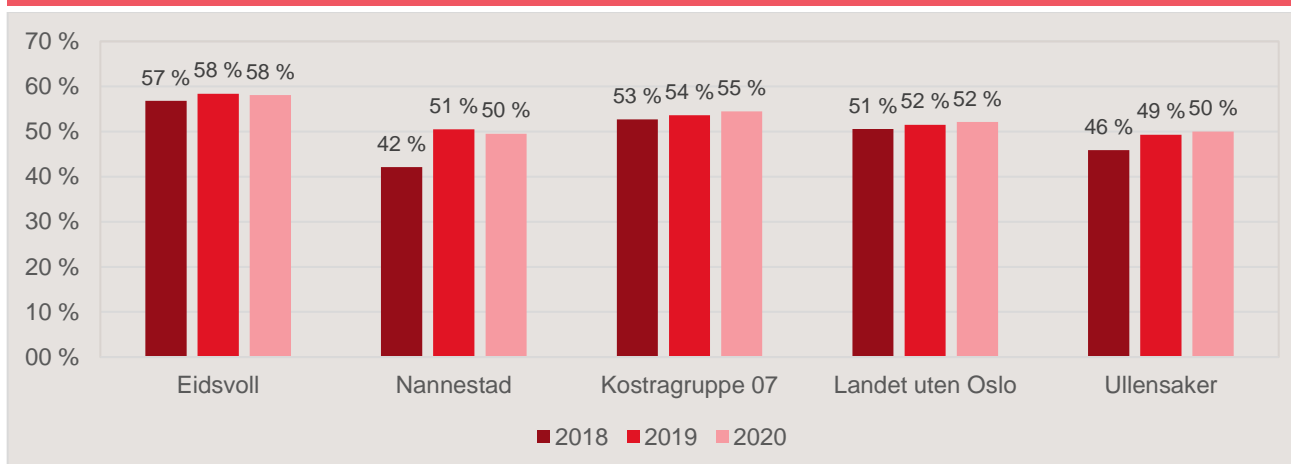
Kilde: Eidsvoll kommune 2021

Oversikten i tabell 3 viser at dekningsgraden har gått opp med én prosent de siste fire årene, og fortsatt ligger over sammenlignbare kommuner, til tross for at plasser som kjøpes av andre kommuner ikke er medregnet³⁰.

En annen indikator på hvorvidt kommunen har klart å dreie omsorgen fra institusjonsbasert til hjemmebaserte tjenester, er om andelen av driftsutgifter innen pleie og omsorg (PLO) som går til hjemmeboende har økt de siste årene. Diagrammet under viser hvordan denne utviklingen har vært fra 2018-2020.

³⁰ Når det gjelder antall eldre 80 år og over, informerer virksomhetsleder for Vilberg kompetansesenterer skriftlig om at tallet for 2018 er hentet fra kommunens budsjett og handlingsplan for 2019. Videre informerer han om at tallet for 2019 er SSB's prognose for 2019, og at tallene for 2020 og 2021 er basert på SSB's befolkningsframskriving (hovedalternativet) i august 2020. I oktober 2019 sto nytt byggetrinn ferdig med 16 nye plasser, og disse plassene er medregnet fra 2020.

Diagram 7 Netto driftsutgifter innen PLO til hjemmeboende, i prosent



Kilde: KOSTRA 2021

Diagrammet viser at andelen av PLO-utgifter som går til hjemmeboende ligger høyere i Eidsvoll enn i sammenlignbare kommuner og over landsgjennomsnittet, og at andelen har holdt seg omtrent på samme nivå, det vil si økt med ett prosentpoeng de siste tre årene. Det har altså ikke vært en økning i andelen driftsutgifter, mens andelen over 80 år som mottar omfattende tjenester i eget hjem har økt. Til sammenligning hadde Nannestad og Ullensaker en noe mer markant økning fra 2018 til 2019, mens nivået i Kostragruppe 7 og i landet ellers har hatt en minimal økning. I avsluttende intervju med virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester uttrykker hun at hun mener noen av ressursene tjenesten yter ikke kommer fram i statistikken, fordi virksomheten ikke godt nok får prioritert å skrive løpende vedtak. Noen av de ressursene tjenesten bruker blir derfor ifølge henne «usynlige» i statistikken. Dette gjelder ifølge henne også tjenester som ytes av kreftkoordinator og demenskoordinator. Manglende kontroll på aktivitet spesielt innenfor ressursbruk i hjemmetjenestene er også noe den nevnte BDO-rapporten trekker fram. Dette gjør det ifølge rapporten utfordrende med grundige og presise analyser av kostnader og effektivitet i tjenesten (BDO 2021).

5.1.1 Status for gjennomføring av tiltak i strategiplanen 2020-2030

I dette delkapittelet gjennomgår vi status for gjennomføringen av kommunale tiltak som skal bidra til at eldre personer med bistandsbehov kan bo lengst mulig i eget hjem, slik dette er formulert i kommunens strategiske plan for helse- og omsorgstjenester. Informasjon om tiltakene er i all hovedsak innhentet gjennom dokumenter kommunen har oversendt på forespørsel fra revisjonen, samt i skriftlige tilbakemeldinger på revisjonens spørsmål til kommunen.

Kapasitet innen omsorgsboliger

Bygging av nye omsorgsboliger er et av tiltakene kommunens strategiske plan for helse og omsorgstjenester viser til, og som skal bidra til å dreie tjenestetilbudet til lavere trinn i helse- og omsorgstrappen. I kommunens helse- og omsorgstrapp plasseres omsorgsbolig med hjemmebaserte tjenester på trinn to, mens heldøgns bemannede omsorgsboliger er plassert på trinn fem. Boligsosial strategi 2019 viser til at kommunen over flere år har bygget ut omsorgsboligtilbudet med både ubemannede og bemannede boliger (Eidsvoll kommune 2019). I tabellen under har kommunen gitt en oversikt over ulike omsorgsboliger, både som er i drift, og som er under utbygging til målgruppen eldre og til personer med kognitiv svikt:

Tabell 4 Antall plasser i omsorgsboliger for eldre over 50 år, per april 2021

Boliger for eldre	Antall plasser totalt	Bemannet/ubemannet	Under utbygging	Personer 50-66 år	Personer > 67 år
Råholt bosenter	57	Ubemannet		7	48
Ovrilia	10	Ubemannet		1	8
Påsejordet Bokollektiv (for personer med demens)	24	Bemannet		1	23
Vilberg bosenter	42	Bemannet		3	37
Feiring omsorgsboliger	8	Ubemannet	X		
Sundet omsorgsboliger	48	Bemannet	X		

Kilde: Eidsvoll kommune 2021

Som det kommer fram av oversikten vil spesielt ferdigstilling av Sundet omsorgsboliger øke kapasiteten betraktelig. På revisjonens spørsmål om hvorvidt det er venteliste på omsorgsbolig, bekrefter administrasjonen at seks personer som er aktuelle for Vilberg bosenter står på venteliste, samt at to personer står på venteliste for ubemannet omsorgsboliger per 6.5.2021. Virksomhetsleder informerer i avsluttende intervju om at ny omsorgsbolig med åtte plasser på Feiring tas i bruk på sensommeren. Boligen skal betjenes av hjemmetjenesten, men hun ser for seg at den etter hvert bør bemannes opp, selv om det per nå ikke er lagt inn i økonomiplanen. Hun utdyper at etterspørselen etter bemannede omsorgsboliger har økt og at det er her kommunen har ventelister, - ikke på sykehjemsplasser.

Kapasitet innen dagsenter/dagaktivitetstilbudet

Styrking og videreutvikling av dagtilbud til eldre og til personer med kognitiv svikt er en av kommunens strategier for å nå målet om riktig kapasitet i tjenestene. Kommunen har oversendt dokumentet «Oppfølging av eldrereformen, Leve hele livet»³¹, som viser til at tilbudet ved Vilberg bosenter (ViBo) har blitt utvidet, blant annet for å gi et bedre tilbud for personer med demens³². Mens det tidligere ble gitt tilbud til cirka 50 brukere, er det nå cirka 70 brukere som har et dagtilbud. Grunnet koronapandemien informerer administrasjonen om at dagsentertilbudet er redusert til 51 brukere per april 2021. I forbindelse med bygging av omsorgsboliger og dagsenter i Sundet skal det samlede dagaktivitetstilbudet oppgraderes ytterligere.

På bakgrunn av tiltak kommunen har vedtatt i strategisk plan, ba revisjonen om en kort redegjørelse for status innen gjennomføringen av de ulike tiltakene som spesielt retter seg mot hjemmeboende

³¹ Eidsvoll kommune 2021

³² I kapittel 5.1.2 kommer det fra at 23 av hukommelsesteamets pasienter har dagplass.

eldre. I tabellen under gjengis de aktuelle tiltakene i venstre kolonne, hva som er gjennomført eller påbegynt i midterste kolonne, samt det som gjenstår eller ikke er gjennomført i høyre kolonne. Kolonnen til høyre markeres med fargene grønt (gjennomført), gult (påbegynt, men ikke fullført) og rødt (ikke påbegynt) etter som i hvilken grad tiltaket er gjennomført eller ikke.

Tabell 5 Gjennomføring av tiltak i strategisk handlingsplan

Strategier/tiltak i handlingsplanen	Status april 2021	
	Hva er gjennomført?	Hva gjenstår?
Systematisk bruk av statistikk/data for å finne riktig volum på tjenesteapparatet	<ul style="list-style-type: none"> • IPLOS • Vedtak på tjenester • Årlig gjennomgang Kostratall • Folkehelseprofil 	Få ut gode rapporter fra fagsystemet
Styrke hjemmebaserte tjenester med forebyggende og helsefremmende fokus - hverdagsmestring	<ul style="list-style-type: none"> • Hjemmetrenere • Økt grunnbemanning • Økt fra 2 til 4 distrikt • Økt hjemler for sykepleiere. • Økt BPA ordning 	Øke fokus på kompetanse vedrørende hverdagsmestring
Styrking og videreutvikling av dagtilbud		<ul style="list-style-type: none"> • Ikke igangsatt dagtilbud Pålsjordet • Nytt dagsenter 2024 (20 brukere pr dag)
Styrke og utvikle tilpassede boliger med hensiktsmessig bemanning	<ul style="list-style-type: none"> • Nye omsorgsboliger Sundet ferdig 2024 • Nye omsorgsboliger Feiring ferdig juli 2021 	
Aktivitet og fellesskap	<ul style="list-style-type: none"> • Sertifisert livsgledehem for eldre (Eidsvoll helse og omsorgssenter) • Samarbeid med elever fra videregående skole 	
Hverdagsmestring som tankesett i hele tjenesteapparatet	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført åpent folkemøte 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering utsatt fra 2020 til høsten 2021 grunnet covid

Kompetanse og rekruttering	<ul style="list-style-type: none"> • Tre fagarbeidere til høyskole i hjemmebaserte tjenester (HBT) • Gjennomført flere videreutdanninger i HBT • Demensomsorgens ABC gjennomført for 40 ansatte • Internopplæring • Eksterne kurs • Kompetansebroen med e-læring • Webinar • Konferanse • Felles kompetanse og rekrutteringsplan for virksomhetene 	<ul style="list-style-type: none"> • PROAKT³³ høst 2021 for HBT, (Igang satt på institusjon) • KS nettverk gode pasientforløp
Systematisk kartlegging av brukernes egne ressurser, muligheter og mestring	<ul style="list-style-type: none"> • Trygghetssykepleier i HBT 2020 • Kartlegging og vurdering av omsorgsbehov i HBT 	
Bevisstgjøre innbyggerne på ansvar for egen helse	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført folkemøte høsten 2019 	<ul style="list-style-type: none"> • Bør gjennomføres nytt folkemøte
Sikre en kultur med stor vekt på bruker – og pårørendes medvirkning	<ul style="list-style-type: none"> • Vurderingsbesøk • Samarbeidsmøter 	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk oppfølging som f.eks. brukerundersøkelser
Bruk av Eldrerådet og Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KRFF) for å sikre medvirkning og innflytelse.	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført informasjon til rådene • Deltakelse og deling av informasjon i rådene • Rådene gir høringsuttalelse 	

³³ En systematisk metode for å forebygge, overvåke, kommunisere, dokumentere og iverksette konkrete tiltak, <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/Forbedringshistorier/hjemmeboende-pasienter-og-forverring-av-tilstand> [25.5.2021]

<p>Tilrettelegge og videreutvikle tjenester som bidrar til at innbyggerne kan få bo i eget hjem så lenge det er hensiktsmessig og forsvarlig</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leve hele livet hjemmet • Koordinerende team • Fellesmøter gjennomføres på tvers av virksomheter 	<ul style="list-style-type: none"> • Samlokaliserte lokaler for flere virksomheter som jobber for samme målgruppe
<p>Utvikle og ta i bruk flere velferdsteknologiske løsninger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elektroniske dørlåser • Trygghetsalarmer • Nettbrett • Medisindispenser 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruteplanlegger Spider • GPS lokalisering for demente • MILA2 Nasjonalt prosjekt. (Avstandsoppfølging av KOLS pasienter i samarbeid med Ahus)

Kilde: Eidsvoll kommune 2021

Som det framkommer av tabellen har kommunen igangsatt tiltak under de aller fleste av planens mål og strategier, men gitt at planperioden går fram mot 2030, gjenstår det fortsatt ytterligere gjennomføring på de fleste områdene.

Virksomhetsleder beskriver i avsluttende intervju at hun mener de er på rett vei i gjennomføring av tiltak under strategisk handlingsplan. Kommunen jobber ifølge henne mye mer forebyggende, og har fått inn nye ressurser, for eksempel innen hverdagsmestring. Implementering av hverdagsmestring som tankesett ble som tiltak utsatt grunnet pandemien, men administrasjonen informerer om at forebyggende hjemmebesøk nå er etablert som tjeneste fra 1.3.2021, og utføres av trygghetspsykeleier (spesialpsykeleier) i 100 prosent stilling. Tilbudet retter seg mot hjemmeboende 80-åringer som ikke har omfattende tjenester fra kommunen. Målsettingen er at den eldre skal leve et godt og selvstendig liv, med fokus på å mestre hverdagen best mulig i eget hjem. Tema som tas opp under besøket er fysisk og psykisk helse, sosialt nettverk, innhold i hverdagen, kost og ernæring, fysisk aktivitet og fallforebygging, tilrettelegging og sikkerhet i hjemmet. Tanken er at tjenestene kan komme tidlig inn og tilby hjelp i hjemmet. Antall foretatte hjemmebesøk per 1.7.2021 er 38. På grunn av koronasituasjonen og av smittevern hensyn ble det ikke foretatt hjemmebesøk fra midten av mars og ut april måned. Totalt planlagte besøk i 2021 er 78, men erfaringsvis er det ifølge administrasjonen noen som også vil takke nei.

5.1.2 Tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens

Hukommelsesteamet består som tidligere nevnt av demenskoordinator og ergoterapeut. Administrasjonen har oversendt dokumentasjon som beskriver at kommunens hukommelsesteam skal utføre oppgaver som bidrar til forebygging og trygging av både pasient og pårørende i hjemmet. Antall pasienter hukommelsesteamet har vært i kontakt med fram til juni i år er 117, hvorav 92 fortsatt følges opp aktivt, samt at fire nye henvisninger ennå ikke er registrert. Noen av hukommelsesteamets oppgaver er:

- Kartlegge hjelpebehov og tilrettelegging i hjemmet.
- Bistå legene og spesialisthelsetjenesten i utredning av demens.
- Følge opp pasienter og pårørende gjennom samtaler, veiledning og ha oversikt over ulike tjenestetilbud i kommunen.
- Arrangere pårørendeskole hver høst (over fem kvelder).

- Veilede/undervise personalet i hjemmesykepleien og sykehjem.
- Demenskoordinator er kontaktperson og følger opp deltakere fra kommunen i demensomsorgens ABC (ettårig kompetansehevende kurs).
- Delta på dagavdelingsmøter. Mange av pasientene tildeles dagsenter for at pasientene kan bo hjemme lenger. Dagsenteret bidrar til mindre belastning for pårørende og til mer aktivitet for personen med demens. Per dags dato har 23 av hukommelsesteamets pasienter dagplass.
- Samarbeide med frivilligsentralen, og elleve pasienter som har «aktivitetsvenn»³⁴. To yngre personer med demens (under 60 år) har aktivitetsvenner og deltar på Inn-på-tunet prosjekt med musikkstudent som tar mastergrad i musikk og personer med demens.

I avsluttende intervju med virksomhetsleder uttrykker hun at selv om kommunen nå har en demenskoordinator i 100 prosent stilling, er dette for lite sammenlignet med antall personer koordinatoren følger opp gjennom kartlegging og ulike samarbeidsmøter. Den halve ergoterapistillingen som er tilknyttet hukommelsesteamet har ifølge virksomhetsleder i praksis hatt lite tid og ressurser til å bidra.

5.1.3 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. Administrasjonen redegjør skriftlig for at hjemmetjenesten betjener trygghetsalarmer og sjekker batteristatus på disse på hver dag- og kveldsvakt. Om batteristatusen er lav kontaktes bruker. Brukere som har tjenesten trygghetsalarm har også elektronisk dørlås. Det innebærer at hjemmetjenesten har mulighet til å komme seg inn i boligen om ikke det oppnås kontakt med pasient på annen måte.

Administrasjonen informerer om at hjemmetjenesten i tillegg til trygghetsalarmer også benytter «ringetilsyn»³⁵ som et tjenestetilbud. Hjemmetjenesten betjener også flere elektroniske medisindispensere. Om pasienten ikke tar sine medisiner varsles ansvarsvakt på telefon og pasienten blir kontaktet. I dokumentet oppfølging av eldreformen «Leve hele livet», skriver kommunen at den også skal prøve ut digitalt tilsyn og bruk av sensorteknologi (Eidsvoll kommune 2021).

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

Tabell 6 Tilgjengelighet, tilsyn og kontakt, hjemmeboende eldre per april 2021

Tiltak	Personer 50-66 år	Personer over 67 år
Trygghetsalarm	10	314
Elektronisk dørlås	10	326

³⁴ Aktivitetsvenn er en frivillig som gjør aktiviteter sammen med en som har demens (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2021)

³⁵ Ringetilsyn benyttes til brukere man ikke har fysiske besøk hos, eventuelt i kombinasjon med noen fysiske besøk.

Elektronisk medisindispenser	0	5
Ringetilsyn	4	30
Palliativ omsorg ³⁶ (i 2020)		8

Kilde: Eidsvoll kommune 2021

Hjemmesykepleien jobber ifølge skriftlig tilbakemelding fra administrasjonen etter vedtak hvor det er definert responstid innenfor et tidsrom på 2 timer. Ved betjening av trygghetsalarm er responstid så raskt som mulig. I spørreundersøkelsen til de ansatte svarer rundt 80 prosent at de er helt eller delvis enige i at ordningen med trygghetsalarm fungerer godt, og at brukerne som benytter alarmen får hjelp innen rimelig tid.

Tilbudet om palliativ omsorg er tatt med i tabellen da det indikerer i hvilken utstrekning heldøgnsstilbudet er ivaretatt «livet ut»³⁷. Administrasjonen informerer skriftlig om at de ikke har egen prosedyre for «hjemmedød», men en rutinebeskrivelse ved dødsfall i brukers hjem, og som er i bruk når ansatte finner bruker død i hjemmet. I avsluttende intervju med virksomhetsleder, beskriver hun at virksomheten har jobbet med en holdningsendring med tanke på at folk skal bli ivaretatt hjemme, med mindre det er noe spesielt som skjer. Kommunen har en kreftkoordinator, og en ressursperson på området på hvert distrikt, og dette mener hun er forankret i tjenesten ute. En god oppfølging vil ifølge virksomhetsleder ofte kreve tilstrekkelig ansatte med sykepleierkompetanse, men virksomheten jobber også med å trygge helsefagarbeidere med tanke på ivaretagelse av brukere i forbindelse med palliativ omsorg i eget hjem.

5.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen legger i undersøkelsen til grunn at kommunen bør ha startet gjennomføringen av vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet, samt tatt i bruk virkemidler, som for eksempel velferdsteknologi, for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne hele døgnet.

Selv om nasjonal statistikk viser at en større andel av eldre over 80 år mottar omfattende tjenester hjemme, viser foreløpig ikke statistikken en tilsvarende dreining i ressursbruken innen utgifter til pleie og omsorg. Undersøkelsen viser imidlertid at mange tiltak i strategiplanen er påbegynt, og at kommunen har etablert tjenester som forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabiliteringsteam og hukommelsesteam. En del tiltak gjenstår og noe er forsinket grunnet pandemiutbruddet. Kommunen har venteliste på bemannede omsorgsboliger og flere slike boliger er under utbygging.

Tilbudet om palliativ omsorg for å kunne ha en verdig død i eget hjem er sentralt i heldøgnsomsorgen for hjemmeboende. Til tross for at mange ansatte oppgir at brukere får dekt et grunnleggende behov

³⁶ Kommunen presiserer at de ikke har mulighet til å hente ut statistikk for hvor mange hjemmeboende som har fått tilbud om palliativ omsorg i 2020. Alle som er i livets slutfase og som ønsker palliativ omsorg, blir vurdert for dette. Det er i 2020 gjennomført minimum 8 stykk.

³⁷ «Hjemmedød» brukes i noen sammenhenger som et alternativt begrep for «palliativ omsorg»

for en verdig livsavslutning, mener revisjonen det er mangelfullt at kommunen ikke har en egen prosedyre for palliativ omsorg til hjemmeboende.

Revisjonen mener den høye andelen ansatte som oppgir at ordningen med trygghetsalarm fungerer godt, og at brukerne som benytter alarmen får hjelp innen rimelig tid, viser at kommunen har evnet å styrke kontakten med hjemmeboende brukere hele døgnet. Revisjonens innrykk er at kommunen er godt i gang med å implementere velferdsteknologi som bidrar til å styrke et «aktivt tilsyn» med hjemmeboende eldre i kommunen.

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 brukervedvirkning 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 b	Revisjonskriterier
Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukervedvirkning?	<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 brukervedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester.

6.1 Tildelingsprosessen

6.1.1 Rutiner og prosedyrer

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

- Prosedyre for oppstart av hjemmesykepleie
- Rutine for oppstart av hjemmehjelp
- Prosedyre for IPLOS registrering
- Prosedyre for evaluering av hjemmesykepleie
- Prosedyre for løpende vurdering av pasient
- Forslag til prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå for brukere som trenger helse og omsorgstjenester (foreløpig ikke godkjent)
- Prosedyrer for saksbehandling, vurdering og tildeling av tjenestene hjemmesykepleie, BPA, omsorgslønn, trygghetsalarmomsorgsbolig uten døgnbemanning (sist godkjent 6.9.2018)
- Forskrift om tildeling av langtidsplass

Forskrift for tildeling av langtidsplass på sykehjem beskriver kriterier som skal legges til grunn, for eksempel at:

- Det vurderes å være et varig behov for heldøgns tjenester.
- Hjemmetjenester eller andre tiltak på et lavere omsorgsnivå, med tilpasning av bolig og hjelpemidler, er prøvd ut eller vurdert som uaktuelt.

Administrasjonen orienterer skriftlig om at kommunens prosedyrer for vurdering og tildeling ikke er i samsvar med dagens organisering og praksis. Det foreligger derfor et forslag til reviderte rutiner som skal samsvare med dagens praksis (utkast til prosedyre i punktliste ovenfor). I utkastet defineres blant annet at beslutninger skal drøftes tverrfaglig³⁸ på bakgrunn av innhentet rapportering og tilbakemeldinger på status. Prosedyren skisserer videre en rekke opplysninger som skal ligge til grunn for vurderingene, som for eksempel:

- Vurdering av hva pasienten klarer selv og hva som er hjelpebehov
- IPLOS-vurdering
- Opplysninger om hva pasienten selv ønsker av tjenester

Hensikten med prosedyre er å sikre at personer som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester får en individuell og faglig riktig vurdering av omsorgsnivået. Videre å sikre at brukermedvirkning ved vurdering av omsorgsnivået ivaretas. Prosedyren gjelder for tjenester som hjemmebaserte tjenester og Eidsvoll helse- og omsorgssenter har ansvar for.

I avsluttende intervju bekrefter virksomhetsleder at mange av de prosedyrene virksomheten har hatt innen vedtak og tildeling, ikke har blitt gjort noe med etter at kommunen fikk tre vurderingsteam. Når kommunen nå planlegger å slå sammen to av vurderingsteamene, er prosedyrer ifølge henne noe av det første kommunen må få ferdigstilt.

6.1.2 Kartlegging og vedtak ved tildeling av hjemmebaserte tjenester

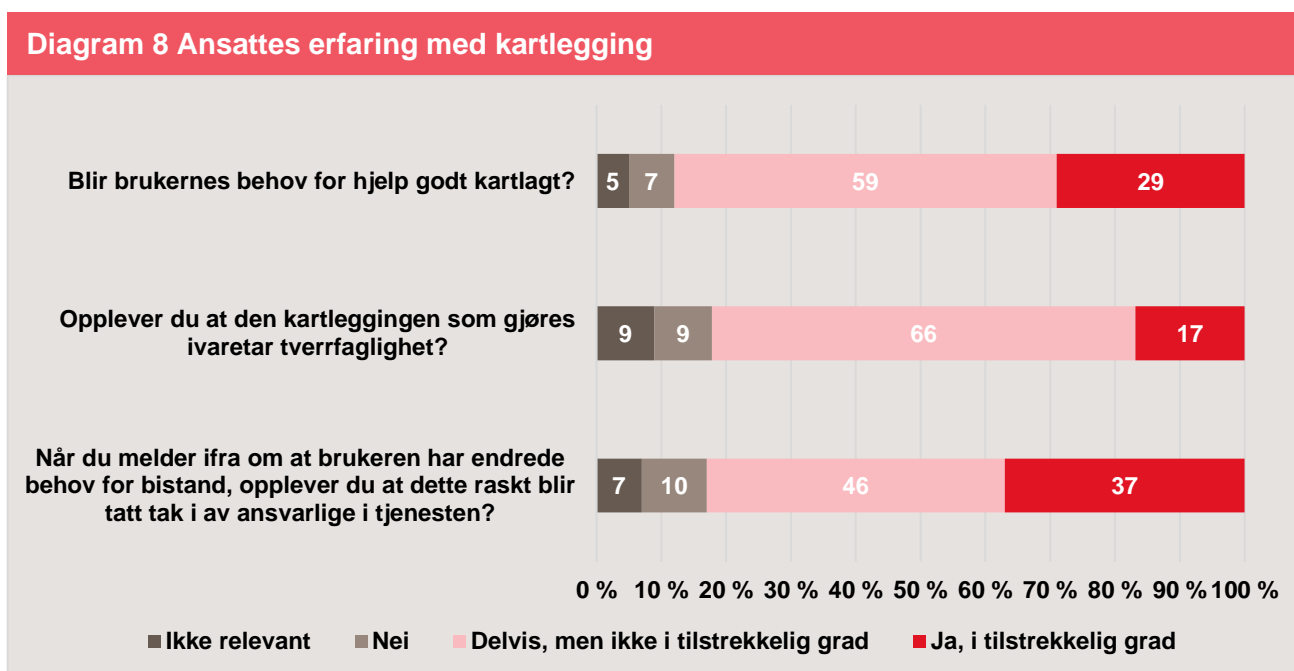
I følge BDO-rapporten fra mai 2021 mottar vurderingsteamet for hjemmebaserte tjenester alle henvisningene fra spesialisthelsetjenesten og fastleger i form av elektroniske meldinger (e-meldinger). Dersom e-meldingen ikke omhandler hjemmebaserte tjenester videresendes disse til en av de to andre vurderingsteamene. Når vurderingsteamet får melding, eksempelvis fra sykehuset, varsler teamet hjemmesykepleien om at en ny pasient trenger oppfølging. Hjemmesykepleien tar da et vurderingsbesøk hos pasienten. Etter besøket starter hjemmesykepleien med tjenestene som de mener pasienten har behov for. Vedtaket skrives av saksbehandler i vurderingsteamet etter at hjemmesykepleien har sendt sin vurdering på hvilke tjenester som burde gis, og sendes til virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester som har beslutningsmyndighet og skal godkjenne vedtaket (BDO 2021).

Videre mottar ifølge BDO-rapporten vurderingsteamet for hjemmebaserte tjenester stort sett søknader i forbindelse med tjenester som hjemmehjelp og BPA. Teamet sender da ut bekreftelse på mottatt søknad. Deretter gjennomføres det vurderingsbesøk for å kartlegge behovet hos brukeren. Vurderingen fra kartleggingen tas med i vedtaksmøte som holdes annenhver tirsdag med vurderingsteamet, virksomhetsleder og avdelingslederne for hjemmetjenesten (BDO 2021).

³⁸ Deltakere skal være virksomhetsledere og inntil 3 øvrige deltakere fra hver virksomhet, samt avdelingsleder fysio/ergo, demenskoordinator og vurderingsteam.

I avsluttende intervju kommenterer virksomhetsleder at vurderingsteamet per i dag ikke har kapasitet til å utføre vurderingsbesøk utover dette, men at hun ser behovet for at teamet også burde være de som drar på vurderingsbesøk ved behov for hjemmesykepleie³⁹.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte stilt ulike spørsmål rundt sin erfaring med kartleggingsrutiner. 55 prosent oppgir at de selv har deltatt i kartlegging av brukeres bistandsbehov, og 66 prosent svarer at de delvis har fått informasjon om hvilke kartleggingsrutiner kommunen benytter. 24 prosent svarer at de ikke har fått slik informasjon. Diagrammet under viser hva ansatte ellers svarer på spørsmål om hvordan de opplever kartleggingsrutinene:



Kilde: RRI 2021, N=82

Oversikten viser at den største andelen, det vil si 59 prosent av respondentene mener brukernes behov delvis blir godt kartlagt, men ikke i tilstrekkelig grad. Når det gjelder opplevelse av om tverrfaglighet blir ivaretatt i kartleggingen, er andelen som svarer ja, og at dette skjer i tilstrekkelig grad kun 17 prosent. En av avdelingslederne kommenterer i intervju med revisjonen hvordan hun opplever tverrfaglighet blir ivaretatt i forbindelse med vurderingsbesøk hos brukeren:

Vi kunne vært mye bedre på det med tverrfaglighet, og det kunne vært veldig spennende med andre faggrupper i hjemmesykepleien. Men jeg mener sykepleiere er gode på å tenke helhetlig, og at de ved behov henviser til fysio/ergo. De snakker med pasienten om det, og ved behov kommer fysio/ergo på et selvstendig vurderingsbesøk. Hvis det er nødvendig drar vi ut flere, men da det er det ofte for å løse konkrete problemer, og når det trengs en tverrfaglig tilnærming. Avdelingsleder

³⁹ I sin oppsummering påpeker BDO-rapporten at alle de tre vurderingsteamene har kapasitetsproblemer og anbefaler at kommunen bør «[a]vklare og tydeliggjøre mandat og myndighet for personer i vurderings/tildelingsteamet.»

Virksomhetsleder bekrefter i avsluttende intervju at ergo/fysio-tjenesten ikke er inne på samme måte i forbindelse med vedtak om hjemmebaserte tjenester som på «tirsdagsmøtene»⁴⁰ hvor vedtak om plass på sykehjemmet vedtas. I de tilfeller hvor det er behov for ergo/fysio sin tilstedeværelse når det foretas vurderingsbesøk av hjemmetjenesten, må dette avtales. Om det er større utfordringer i en aktuell sak, kan denne også løftes til koordinerende team⁴¹.

Når det gjelder hvorvidt *endringer* i bistandsbehov raskt blir tatt tak, svarer 37 prosent av de ansatte at dette skjer, mens 46 prosent mener dette skjer delvis, men ikke i tilstrekkelig grad. Enkelte ansatte kommenterer sine erfaringer med å fange opp endringer i bistandsbehov:

Det bør gjøres ny kartlegging 2-3 uker etter oppstart da behovet ofte endres i løpet av denne tiden. Det ender ofte med at hjemmetjenesten utfører unødvendige besøk og hjelper til med ting brukere klarer fint selv.

Vurderinger og vedtak er ikke alltid lett og følge, da vedtak ofte ikke er tilgjengelig og ikke alltid samsvarer med tjenesten bruker har fått tildelt. Kanskje det burde lages vedtak fortere ved endringer, HBT er en tjeneste som endrer seg hele tiden.

I intervju med virksomhetsleder utdyper hun hva hun tenker er årsaken til at revurderingsprosessen ikke er godt nok ivaretatt i dag:

Med tanke på endringer og revurderinger ser vi at dette ikke har vært godt nok og at vi bruker for liten tid på vedtaksskriving, og at ikke alle dermed har vedtak på den tjenesten de faktisk får til enhver tid. Vi har snakket om hvordan vi kan få løst dette innenfor de rammene vi har per i dag. Vi håper dette skal bli bedre med ansettelse av saksbehandler med fagansvar i nytt vurderingsteam fra 2022. Vi har også behov for bedre meldingsprosedyrer mellom tjenesten og vurderingsteamet ved endringer ute, og at det blir en bedre flyt fra koordinator inn til vurderingsteamet. Dette blir noe av høstens jobb, som er påbegynt i ledermøte, med dialog rundt hvilken strategi vi skal bruke for å komme i mål.

Prosessen rundt revurdering av vedtak er et tema også BDO-rapporten løfter fram:

Kommunen mangler ressurser og systemer til kontroll, oppfølging og revurdering av vedtak. Særlig hjemmetjenestene har utfordringer med å følge opp vedtatte timer. Hjemmebaserte tjenester mangler systemer for å sikre at vurderingsteamet blir informert om tjenester som ytes av eksempelvis hjemmesykepleien. Videre har samtlige vurderingsteam kapasitetsutfordringer, som blant annet går utover muligheten til å systematisk evaluere og revurdere eksisterende vedtak.

På bakgrunn av funn i kartleggingen, anbefaler man i BDO-rapporten at kommunen bør prioritere å få på plass «[...] en revurderingsprosess etter en fast struktur og som er godt forankret både i tildelingsteamet og i tjenestene. I de tilfeller hvor det er endring i brukerbehov – enten i form av flere eller færre timer – bør sluttresultatet av prosessen være at det konkluderes med en forpliktende enighet om hva som skal skje videre med saken, både forvaltningsmessig (nytt vedtak) og praktisk (tilpasse tjenesten til det nye vedtaket).» BDO-rapporten gir videre anbefalinger om organisatoriske

⁴⁰ Se kapittel 1.

⁴¹ Se kapittel 1.

endringer for å effektivisere tildelingsprosessen, og skisserer to ulike modeller for sammenslåing av vurderingsteamene i kommunen:

- Etablere en felles tildelingsenhet
- Slå sammen vurderingsteamene for hjemmetjenester og institusjon

Både saksbehandler i vurderingsteam og virksomhetsleder informerer i intervju med revisjonen om at kommunen nå er i gang med å forberede sammenslåing av de to teamene (tilsvarende andre kulepunkt), etter anbefalingen i BDO-rapporten. Virksomhetsleder redegjør i intervju for hva hun mener er begrunnelsen for sammenslåingen:

Allerede for to år siden så jeg behovet for å slå sammen vurderingsteamet for hjemmetjenesten og for helsetunet, for å kunne gjøre mer helhetlige vurderinger av brukerne og brukernes bistandsbehov. Vi kom så langt at vi fikk flyttet over saksbehandleren, men på grunn av bemanningsutfordringer måtte hun flyttes tilbake igjen. På bakgrunn av anbefalinger i BDO-rapporten har jeg og virksomhetsleder for sykehjemmet nå satt oss ned og startet planleggingen for sammenslåing av de to vurderingsteamene. Vi kommer i den forbindelse til å be om en hundreprosent stilling til en ansatt som skal være fagansvarlig for det nye teamet. Jeg tenker at disse to tjenestene henger så tett sammen, som hånd i hanske, og at kvaliteten på tjenestene er helt avhengig av et tett samarbeid som det nye vurderingsteamet vil bidra til. Prosessen vil fortsette gjennom høsten og planen er at det nye teamet skal være etablert fra 1.1.2022.

IPLOS-registreringer

Som beskrevet i kapittel 3 er IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Administrasjonen opplyser om at hjemmetjenesten har startet arbeidet med IPLOS og har opprettet en egen arbeidsgruppe som skal være superbrukere og ha opplæringsansvar. Gruppen ble opprettet i starten av 2020 og det ble avholdt et møte før pandemien brøt ut. Kommunen har per i dag ikke egne rutiner for bruk av IPLOS-skår, men har som mål å benytte IPLOS-skår som beslutningsgrunnlag i hjemmebaserte tjenester i tillegg til faglig skjønn og vurdering.

Saksbehandler i vurderingsteam for Hjemmebaserte tjenester (HBT) uttrykker at de foretar IPLOS-registreringer etter hvert vurderingsbesøk de gjennomfører. I intervju med avdelingsledere kommenterer også de hvilke interne rutiner de har for IPLOS-registrering i sin avdeling.

IPLOS-registrering utføres både av sykepleiere og helsefagarbeidere. Noen ganger frigir jeg listekjørere etter lunsj, slik at de kan gjøre dette og skrive tiltaksplaner. Men IPLOS-registreringer er ikke hundre prosent på plass. Alle ansatte bør kunne registrere, både helsefagarbeidere og sykepleiere forventer jeg at er trygge på dette.

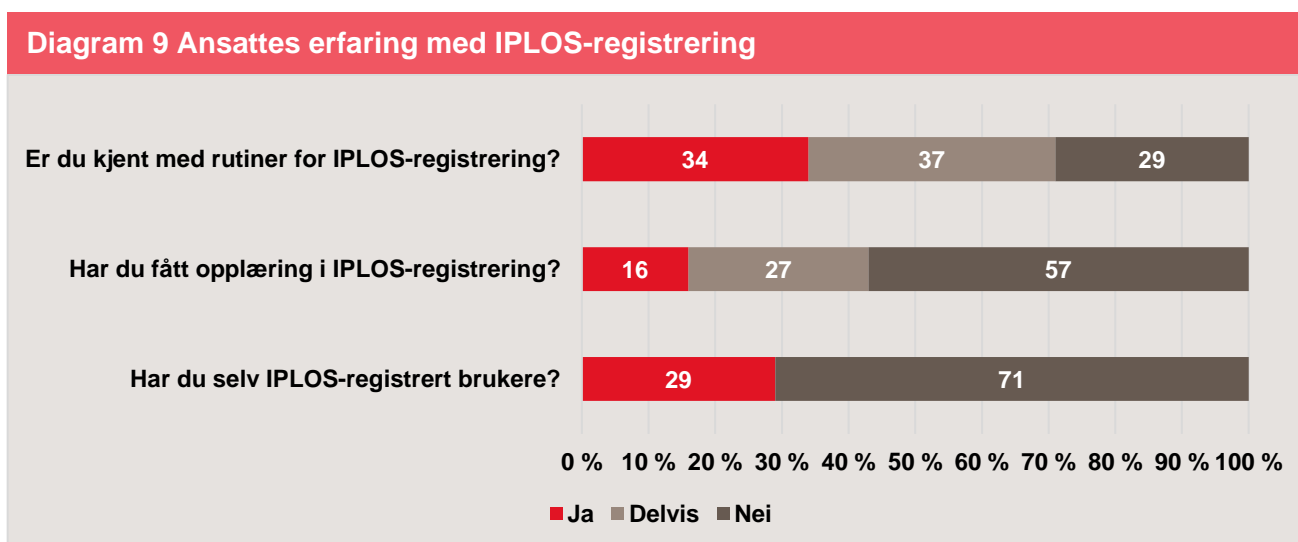
Avdelingsleder

Per i dag skrives IPLOS-registrering av vurderingsteamet. I fagsystemet må dette gjøres når man registrerer nye brukere. Det kan være vanskelig for dem (i vurderingsteamet) fordi det ikke er de, men hjemmesykepleien som er på vurderingsbesøk, og de er derfor avhengig av at hjemmesykepleien gjør registreringene. Hjemmesykepleien gjør det til en viss grad, men mange er veldig usikre. [...]Opprinnelig er det bestemt at registreringer skal gjøres fire ulike datoer i året, men det har ikke blitt

gjort på mange år. Vi gjør det når det er en endring og i forbindelse med at det opprettes tiltaksplaner i fagsystemet. Jeg mener dette skjer oftere nå, men jeg er litt usikker på kvaliteten.

Avdelingsleder

Sitatene indikerer at det er ulike erfaringer og praksis i avdelingene med hensyn til dagens rutiner for IPLOS-registrering, men alle de tre avdelingslederne uttrykker behov for forbedringer på området. I spørreundersøkelsen til de ansatte, ble det stilt spørsmål rundt deres erfaringer med IPLOS.



Kilde: RRI 2021, N=82

Oversikten viser at 29 prosent av de ansatte selv har IPLOS-registrert brukere. 66 prosent svarer enten ja eller at de delvis er kjent med rutiner for IPLOS-registrering, mens 57 prosent svarer at de ikke har fått en opplæring i slik registrering. Virksomhetsleder presiserer i avsluttende intervju at det er viktig at kunnskapen om IPLOS-registrering blir breddet ut, slik at mange ansatte blir trygge nok, samt at tjenesten har ressurspersoner som følger med på at dette blir gjort. Det var ifølge henne dette arbeidet kommunen startet ved å sette ned en gruppe i 2020, og som rakk å ha ett møte før pandemien brøt ut.

Tildelingskriterier

Tidligere nevnte prosedyre for saksbehandling, vurdering og tildeling av tjenester⁴², skal sikre at innbyggerne i kommunen med behov for helse- og omsorgstjenester får «[en] individuell og faglig riktig vurdering av behovet for tjenester. Prosedyren skal samtidig sikre brukermedvirkning.» Prosedyren referer til aktuelle lovhomepler under hver av de aktuelle tjenestene, men beskriver ikke hvilke tildelingskriterier som gjelder for den enkelte tjeneste. Tidligere nevnte serviceerklæring ved oppstart av hjemmetjenester beskriver kriterier som at «[h]jelpebehovet må framkomme gjennom relevante medisinske, helsemessige og funksjonsmessige opplysninger». Videre beskriver forslag til prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå hvilke opplysninger om pasienten som skal journalføres i forbindelse med et vurderingsbesøk (se vedlegg 4).

⁴² Hjemmesykepleie, BPA, omsorgslønn, trygghetsalarm og omsorgsbolig uten døgnbemanning

I intervju med saksbehandler i vurderingsteam for hjemmebaserte tjenester (HBT) uttrykker hun at hun er usikker på om tildelingskriterier foreligger skriftlig, men at hun for eksempel legger til grunn hvorvidt bruker som har søkt om hjemmehjelp klarer å utføre rengjøringen selv, har hjelp fra pårørende, bruker hjelpemidler som for eksempel rullator, eller har en diagnose/helsetilstand som tilsier at vedkommende har behov for hjelp. Også administrasjonen informerer skriftlig om at en oversikt over tildelingskriterier ikke finnes, men at det er prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå og forsvarlige tjenester som er førende. Det er ifølge administrasjonen enighet om at det er nødvendig å utarbeide et kriteriesett, men dette er ikke gjort foreløpig.

6.1.3 Tildeling av langtidsplass på sykehjem

Kartlegging og vurdering

BDO-rapporten beskriver at vurderingsteamet tilknyttet Eidsvoll helse- og omsorgssenter mottar og behandler søknader for korttids-, langtids-, og rehabiliteringsplasser på sykehjemmet, samt søknader for Påsejordet bokollektiv og Vilberg bosenter. Teamet mottar også e-meldinger fra vurderingsteamet for hjemmebaserte tjenester. Dersom det er kritisk og en pasient får et større omsorgsbehov kan teamet også motta beskjed fra hjemmesykepleien. Saksbehandler har ansvaret for prosessen. Dette inkluderer å gjennomføre vurderingsbesøk hos brukerne og å skrive forslag til vedtak som signeres og sendes til koordinator for signering. Saksbehandler legger også fram vurderingene på ukentlig inntaksmøte («tirsdagsmøtene»). På dette møtet diskuterer saksbehandler med koordinator og avdelingsleder for korttidsavdelingen. Det framkommer i intervju at man stort sett blir enige på vurderingsmøte om inntak av pasienter (BDO 2021).

Tildelingskriterier og vedtak om å stå på venteliste

I kapittel 3, samt i vedlegg 5, er kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem ifølge lokal forskrift beskrevet. Forskriften regulerer også rutiner for oppfølging av pasienter som står på venteliste⁴³. I forbindelse med vurdering og vedtak om langtidsplass, beskriver administrasjonen at det etter en drøfting i et inntaksmøte gjøres vedtak om venteliste for personer som vurderes å ha rett på sykehjems plass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Per april 2021 informerer administrasjonen om at det ikke står personer på venteliste for langtidsplass.

Praksis i forbindelse med vedtak om langtidsplass

Administrasjonen informerer skriftlig om at det i 2020 ble innvilget 71 søknader om langtidsplass på sykehjem, mens 7 søknader fikk avslag. Revisjonen har gått igjennom et tilfeldig utvalg av fire avslag og fire innvilgelser på vedtak om langtidsplass på sykehjem. Hensikten med gjennomgangen er å vurdere i hvilken grad bestemmelser i forskrift om langtidsplass er ivaretatt på følgende punkter:

- Pasienten har kroniske lidelser og/eller varig funksjonstap som innebærer at oppfølging i hjemmet ikke er forsvarlig
 - Det forutsettes at kommunen har benyttet oppdatert IPLOS-registrering som viser bistandsbehovet

⁴³ § 5 i forskriften beskriver at personer med vedtak som står på venteliste skal få andre tjenester for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp i ventetiden. Aktuelle tjenester kan være hjemmesykepleie, hjemmehjelp og korttidsopphold mv. (se vedlegg 5).

- Hjemmetjenester eller andre tiltak på et lavere omsorgsnivå, med tilpasninger av bolig og hjelpemidler, er prøvd ut eller vurdert som uaktuelle.
 - Det forutsettes at brukeren har hatt/har omfattende tjenester i eget hjem, eller at dette har vært prøvd ut.

I tabellen under er vedtak revisjonen har gjennomgått nummerert fra 1-8, hvorav fire som nevnt har fått innvilget langtidsplass og fire 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 innvilgelse/avslag om langtidsplass 2020

Vurdering	Vedtak om innvilgelse				Vedtak om avslag			
	1	2	3	4	1	2	3	4
IPLOS-registrering/ skår ifm. vedtaket	3,55 ⁴⁴	2,57 ⁴⁵	3 ⁴⁶	3,35	2,47	1,89 ⁴⁷	2,36 ⁴⁸	2,63 ⁴⁹
Brukeren har/har hatt om-fattende bistand og/eller ulike tjenester i eget hjem er prøvd ut	*50	X	X	X	X	X	X	X
Vedtaket er begrunnet/faktiske forhold beskrevet	x	x	x	x	x	x	x	x
			Annet tilbud etter avslag					
			Økning av hjemme-tjenester			X ⁵¹	X ⁵²	X ⁵³
			Omsorgsbolig		X ⁵⁴			X
			Andre tiltak		X			

Kilde: Eidsvoll kommune 2021

⁴⁴ Vedtak og IPLOS-registrering samme dato

⁴⁵ Vedtak og IPLOS-registrering samme dato

⁴⁶ Vedtak og IPLOS-registrering samme dato

⁴⁷ Vedtak fattet 4.5.2020, siste IPLOS-registrering gjort 24.11.2016. På oppfølgingsspørsmål om dette skriver kommunen at datoen sannsynligvis er feil, og at den aktuelle registreringen er registrert inn 16.4.2020.

⁴⁸ Vedtak fattet 12.8.2020, vedlagt IPLOS-registrering er fra 24.7.2020

⁴⁹ Vedtak og IPLOS-registrering samme dato

⁵⁰ Det framkommer at vedkommende kun har hatt hjemmesykepleie x 1 per uke, samt dagsenter, kognitiv svikt

⁵¹ Brukeren anbefales å ta imot økt bistand fra hjemmesykepleien til dusjing

⁵² Brukeren anbefales å øke hjemmesykepleie ved behov

⁵³ Informeres om at hjemmesykepleie kan øke

⁵⁴ Brukeren oppfordres til å søke om omsorgsbolig

Kommentarer til saksgjennomgang

- IPLOS-skår for de som fikk innvilget langtidsplass, ligger i snitt høyere enn de som fikk avslag (3,1/2,3)
- I seks av åtte saker er IPLOS-registrering gjort samme dag som vedtaket er fattet
- Av de åtte sakene revisjonen har gjennomgått, er kognitiv svikt/demens en sentral faktor ved tildeling av langtidsplass
- Flere av søkerne bor allerede i omsorgsbolig, med bistand fra hjemmesykepleien
- Tjenester som ofte er prøvd ut/prøves ut er
 - Rullerende korttidsopphold
 - Hjemmesykepleie flere ganger om dagen
 - Trygghetsalarm
 - Dagsenterplass
- I flere av sakene som har fått avslag, informeres det om at bistand fra hjemmesykepleien kan økes ved behov, og brukeren oppfordres til å ta imot hjelp fra denne tjenesten.
- I flere av sakene framkommer det at pårørende bistår bruker med bistand til personlig hygiene/dusj.

Utforming av vedtaksbrev i forbindelse med enkeltvedtak om langtidsplass

Vedtaksbrev i de åtte sakene revisjonen har gjennomgått, beskriver de faktiske forhold som ligger til grunn for vedtaket. Begrunnelser som oppgis i forbindelse med innvilgelse er for eksempel: «[...] Du er kognitiv svekket og er ikke i stand til å ivareta din egenomsorg. Du bor i tillegg under dårlige boforhold, som ikke er helsemessig forsvarlig.» I vedtaksbrev hvor det er gitt avslag, kan begrunnelsen for eksempel være: «[...] Du har per i dag lite bistand fra hjemmesykepleien og kan øke tjenestene ved behov. [...] Du har trygghetsalarm og kan tilkalle bistand ved nødvendighet». Et annet eksempel på ordlyd i vedtak om avslag er: «[...] Du blir i dag ivaretatt av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien kan øke tjenestene og du må ta imot bistanden de tilbyr. Det er besluttet i samråd med hjemmesykepleien».

I avsluttende intervju med virksomhetsleder kommenterer hun at hun selv har reflektert rundt ordlyden i vedtaksbrevene, og tenker at dette er noe det kan være naturlig å se nærmere på i forbindelse med sammenslåing av vurderingsteamene.

6.2 Rutiner og praksis for å ivareta brukermedvirkning

Plikten til å samarbeide med, samt ivareta medvirkning fra bruker/brukers pårørende eller verge, er konkretisert i ulike kommunale prosedyrer. En av hensikten med prosedyrene for vurdering og saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, er nettopp å sikre medvirkning fra brukerne. I tabellen under følger en kort gjengivelse av hvordan brukermedvirkning er nedfelt i noen av kommunens prosedyrer:

Tabell 8 Konkretisering av brukermedvirkning i kommunale prosedyrer

Prosedyre	Konkretisering av brukermedvirkning
Prosedyre for løpende vurdering av pasient	Det er viktig med god kommunikasjon mellom pasient og hjelper, samtidig som det er viktig med observasjoner og vitale målinger. Kommunikasjon og målinger må tilpasses pasientens forutsetninger for å uttrykke seg og bli forstått.
Prosedyre for IPLOS-registrering	Søker/tjenestemottaker skal ALLTID informeres om at de vil bli registrert i IPLOS-systemet. De har rett til å motsette seg dette (deler av registreringen).
Forslag til prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå for brukere som trenger helse og omsorgstjenester	Prosedyren skal sikre at brukermedvirkning ved vurdering av omsorgsnivået ivaretas.
Prosedyrer for saksbehandling, vurdering og tildeling av tjenesten hjemmesykepleie	Prosedyren skal sikre brukermedvirkning.
Forskrift om tildeling av langtidsplass	Forskriften skal legge til rette for fokus på brukermedvirkning i forbindelse med vurdering av behov for langtidsplass for den enkelte pasient og ved utvikling av kommunens rutiner.
Serviceerklæringen	Vi evaluerer jevnlig ditt hjelpebehov i samarbeid med deg og eventuelt dine pårørende. Vi tilbyr også samarbeidsmøter hvis ønskelig.

Kilde: Eidsvoll kommune 2021

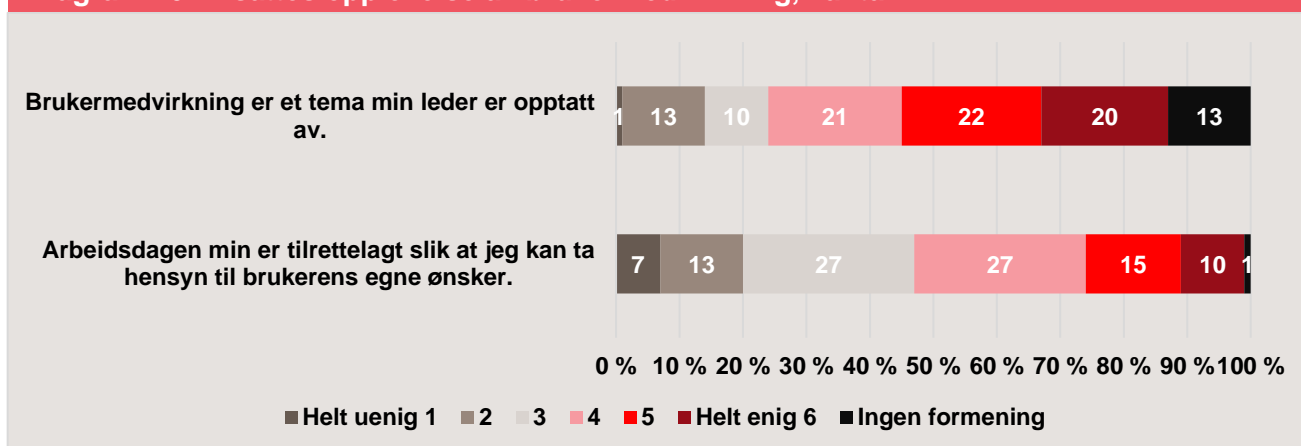
På spørsmål fra revisjonen om kommunens rutiner, utdyper administrasjonen skriftlig at brukermedvirkning praktiseres i forbindelse med både kartlegging, vurdering og vedtak om tjenester, også når det gjøres endringer. Det samarbeids også med verge på de områder der det er nødvendig. Avdelingslederne poengterer i intervju at det primært er i møte mellom den enkelte bruker og ansatte, at brukermedvirkning praktiseres.

Administrasjonen framhever videre skriftlig at vedtaksmøter, midtrapport og samarbeidsmøter som de møtene hvor brukererfaringer og brukermedvirkning spesielt blir ivaretatt. Her blir ifølge administrasjonen pasienters og pårørendes ønsker tatt med i vurderingen for å gi en helhetlig helsehjelp. Administrasjonen informerer også om at det er planlagt gjennomført brukerundersøkelse etter korona-pandemien, forhåpentligvis i 2022.

6.2.1 Ansattes oppfatning av brukermedvirkning

I spørreundersøkelsen ble de ansatte bedt om å vurdere hvorvidt de var enige eller uenige i at brukermedvirkning er noe ledelsen er opptatt av, og om arbeidsdagen er tilrettelagt slik at man kan ta hensyn til brukernes egne ønsker. Diagrammene under viser hvordan de ansatte svarte.

Diagram 10 Ansattes opplevelse av brukervedvirkning, i antall

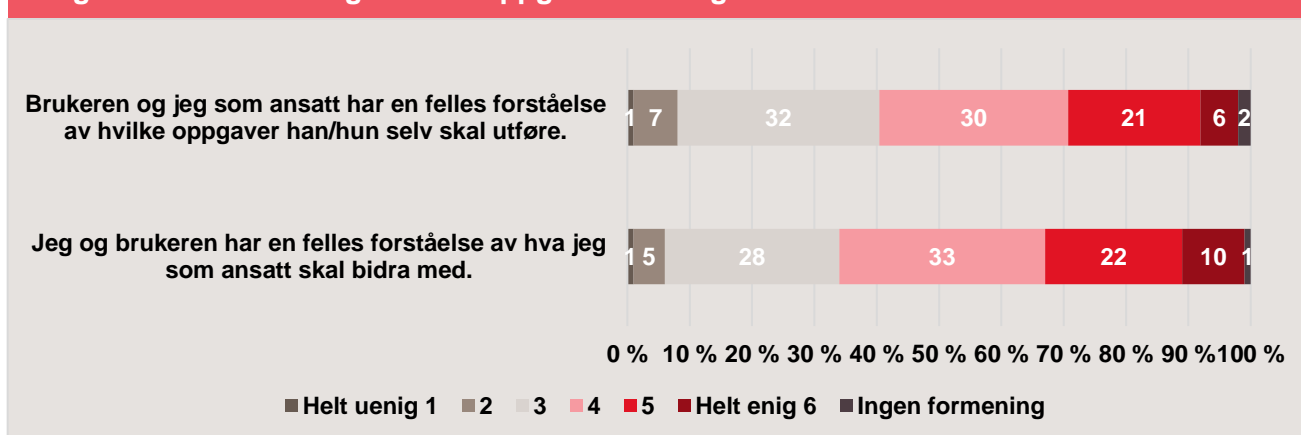


Kilde: RRI 2021, N=82

Om vi slår sammen svarkategori 4 til 6 viser oversikten at 63 prosent av de ansatte er helt eller delvis enige i at brukervedvirkning er et tema lederen er opptatt av. 13 prosent har ingen formening om spørsmålet. Nærmere halvparten av de ansatte er helt eller delvis uenige i at arbeidsdagen er tilrettelagt slik at vedkommende kan ta hensyn til brukerens egne ønsker.

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

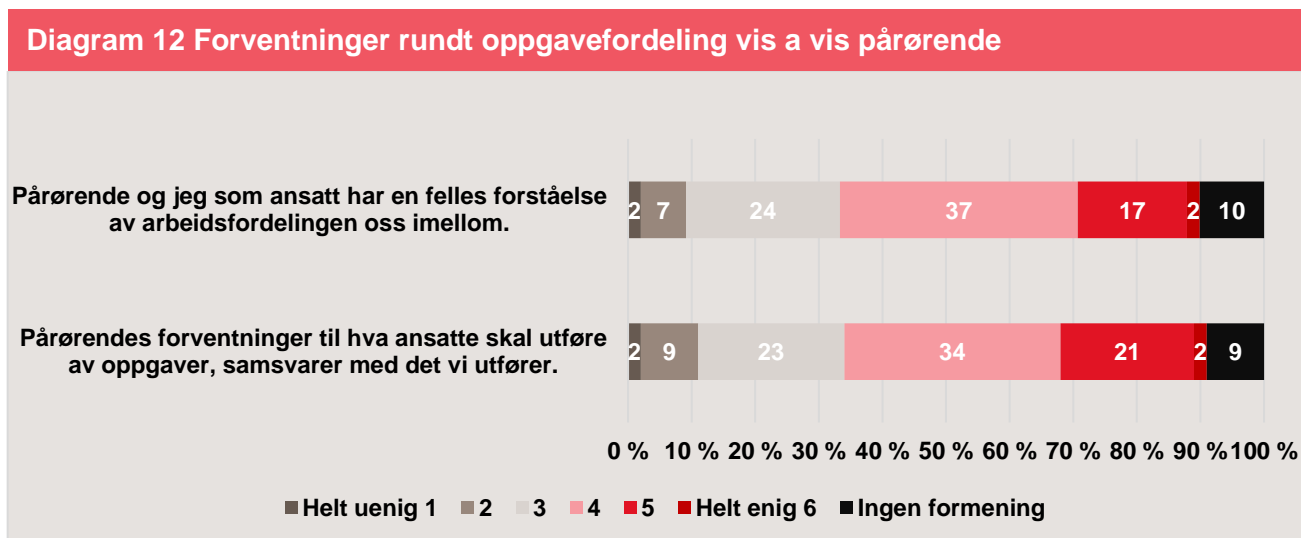
Diagram 11 Forventninger rundt oppgavefordeling vis a vis brukere



Kilde: RRI 2021, N=82

Diagrammet viser at få ansatte har svart helt enig eller helt uenig. Henholdsvis 39 og 33 prosent er delvis uenige i påstandene om at brukeren og den ansatte har en felles forståelse av hva brukeren selv skal bidra med, og hva den ansatte skal bidra med.

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



Kilde: RRI 2021, N=82

Også her er det flest respondenter som er delvis enige eller uenige, det vil si at man har valgt svarkategori 2 til 5. Fordelingen viser at om lag hver tredje ansatt er helt eller delvis uenig i de to påstandene. Mange ansatte har kommentert forventninger vis a vis brukere og pårørende i spørreundersøkelsens kommentarfelt:

Pårørende er (føler jeg) lite informert om hvilke arbeidsoppgaver som følger tjenesten og vil ofte ha mer gjort og mer ansvar lagt over på oss.

Det er som nevnt tidligere forventninger til hva vi som tjenesteytere gjør, kanskje av ordet «tjeneste» når vi yter helsehjelp. Tror mange ikke har forståelse av at det er helsehjelp vi gir, da de kan be oss om for eksempel å vanne blomster eller andre hverdagslige oppgaver de fint er i stand til selv, men ber oss om dette fordi det vi opprinnelig skulle bistå med er noe de selv har mestret. Argumentet har da vært at det er satt av for eksempel 15 minutter til å bistå dem, og da kan vi gjøre noe annet istedenfor.

Det er ofte liten forståelse for at HBT ikke kan gjøre andre småting når man først er der. Det gjelder ofte oppgaver som brukerne fint kan gjøre selv.

Samarbeidet med pårørende varierer veldig. Noen tenker at så fort HBT er inne i bildet så faller alt av ansvar over på oss, mens andre stiller opp for sine familiemedlemmer og er evig takknemlige for den bistanden bruker får fra HBT

I avsluttende intervju med virksomhetsleder presiserer hun at serviceerklæringen er sentral med hensyn til å avklare forventninger vis a vis pårørende og brukere, og at erklæringen som er fra 2016 bør gjennomgås på nytt fordi hjemmesykepleien endrer seg. Hun peker i intervjuet på at «[d]et er viktig at vi tidlig får avklart forventninger og hvem som har ansvar for hva, slik at pårørende blir trygge».

6.3 Riktig nivå i omsorgstrappen - ansattes og lederes oppfatninger

På spørsmål om hvorvidt kommunen operer med et mål på pleietyngde ved vurdering av hva som er «riktig omsorgsnivå» i omsorgstrappen for den enkelte bruker, svarer administrasjonen at de i utgangspunktet har et definert mål om å «leve hele livet hjemme». Videre utdyper administrasjonen at når pleietyngden er høy blir det gjort en helhetlig vurdering av forsvarlig helsehjelp i samråd med

pasient og eventuelt pårørende. Det er ingen tilfeller som er like og mange forhold som tas med i vurderingen. Avdelingslederne kommenterer i intervju hvorvidt de mener kommunen er i rute med å dreie omsorgen slik at «hjemme lengst mulig» blir det rette omsorgsnivået:

Jeg mener vi er godt i gang med «dreiningen», for vi ser nå at de aller fleste vil være hjemme i sitt eget hjem. Og vi har en trykkesykepleier som kommer tidlig inn og for eksempel foreslår ulike hjelpemidler. Dette er også en del av «dreiningen».

Avdelingsleder

Mange brukere vil være hjemme selv om de er syke. Da er det viktig å huske at dette har vært pasientens eget valg. Tidligere har vi hatt en grense på fem besøk i døgnet, men her må vi i noen tilfeller være fleksible og gjøre individuelle vurderinger. Vi er i en endringsprosess.

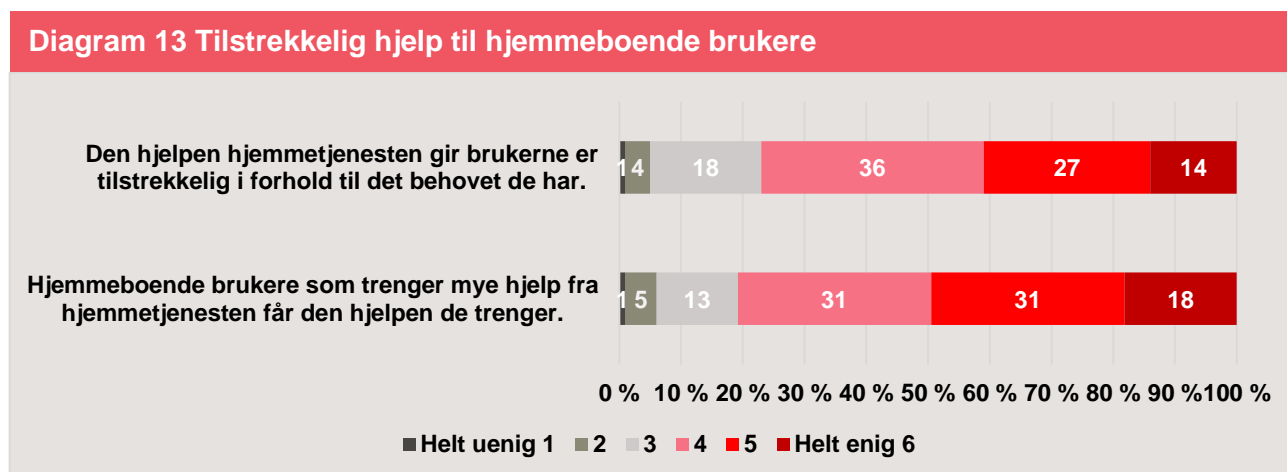
Avdelingsleder

Sitatene antyder at «dreiningen» ifølge avdelingslederne har gitt konkrete resultater i holdninger hos brukerne om at «hjemme» er «riktig omsorgsnivå», og at brukerne slik de oppfatter det nå får flere tjenester hjemme. Også blant ansatte er det en stor andel, nærmere 80 prosent, som er helt eller delvis enige i at brukere med omfattende behov for hjelp bør få mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. 85 prosent er også helt eller delvis enige i at dette er brukernes eget ønske. Enkelte ansatte kommenterer målet om «lengst mulig i eget hjem»:

Om boligen er tilrettelagt og bemanningen er god nok kan man i prinsippet bo hjemme selv om man har omfattende hjelpebehov. Det krever ekstra innsats fra pleierne og ett godt samarbeid på tvers av yrkesgruppene. Da har man jo gjerne ett behov for flere tjenester og det er viktig at de koordineres i den perioden det er aktuelt. Tjenestene må snakke sammen.

Fin tanke og et prinsipp vi bør jobbe for. Men da må hjemmetjenesten rustes med nok ansatte, slik at brukerne kan få flere besøk som må til for å bo lengre hjemme. Ansatte må rustes med undervisning og kompetanseheving til å kunne ivareta den enkelte bruker med de behov som vil oppstå.

Kommentarene signaliserer støtte til prinsippet om «lengst mulig hjemme» under visse forutsetninger, men ikke for enhver pris. Ansatte fikk videre spørsmål rundt sitt inntrykk av om hjemmeboende brukere får den hjelpen de trenger:



Kilde: RRI 2021, N=83

77 prosent av de ansatte er helt eller delvis enige i at den hjelpen hjemmetjenesten gir er tilstrekkelig, og 80 prosent er helt eller delvis enige i at brukere som trenger mye hjelp fra hjemmetjenesten får den hjelpen de trenger. Av kommentarer enkelte ansatte gir i spørreundersøkelsens kommentarfelt, kan det virke som flere mener hjemmetjenesten gir «for mye» hjelp til brukerne:

Ser ofte at det ikke er tid nok til å la brukere selv får prøve seg for eksempel i stell, påkledning, smøre og ordne mat. Det går mye fortere hvis vi bare gjør det. HBT lager seg brukere som trenger mer hjelp enn hva de hadde behøvd.

Jeg synes at vi hos mange brukere syr puter under armene på dem, og dette mener jeg kommer av for mye bruk av personell som er ukvalifisert. De tør ikke ta diskusjonen med bruker, eller forstår ikke hva det betyr for brukeren at vi gjør alt.

En av avdelingslederne kommenterer i intervjuet at ansatte kan reagere på at de nå må jobbe annerledes enn tidligere:

Dreiningen innebærer at hjemmesykepleien mer og mer får en ny måte å jobbe på. Noe skal ta mer tid. Tidligere var det mer fokus på effektivitet. Dreiningen innebærer at hjemmesykepleien skal gi mer omsorg, for at brukere skal kunne bo lenger hjemme, leve hele livet hjemme. Da må brukerne få litt av den omsorgen de ville fått på sykehjemmet. Dette kan være litt uvant for oss. Individuelle tilpasninger og praktiske oppgaver vi ikke fikk lov til tidligere. Nå er det pasienten som er det viktige. «Hvorfor må vi gjøre dette nå?» – er en av reaksjonene som kan komme fra ansatte.

Avdelingsleder

I avsluttende intervju med virksomhetsleder, kommenterer også hun at dreiningen i tjenestetilbudet fordrer at virksomheten implementerer nye måter å tenke på blant ansatte:

Hverdagsrehabilitering/egenmestring er et tankesett som må implementeres. Hverdagsmestringsteamet som er relativt nytt skal bidra til dette. Tanken har blant annet vært å bestille en foredragsholder og at «hjemmetrenere» skal komme i tettere dialog inne på hjemmetjenesten, med internundervisning. Ansatte skal lære å jobbe mer med henda på ryggen. Dette vil nok kunne ta mer tid der og da, men i lengden vil det være mer effektivt og ikke minst ha noe å si for livskvaliteten til den enkelte bruker.

Selv om mange ansatte mener brukere bør få bo hjemme lengst mulig, svarer samtidig 95 prosent at de selv mener enkelte brukere som i dag bor hjemme, burde vært på sykehjem. Flere ansatte utdyper i denne sammenheng det de opplever som uenighet mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet i spørsmålet om «riktig omsorgsnivå», og hvem som bør få en sykehjems plass:

Synes det er en unødvendig stor kamp for å få brukere inn på sykehjemmet. [...] Opplever svært dårlig samarbeid mellom HBT og sykehjemmet, som gjør at de som styrer på sykehjemmet ofte ikke tror på HBT sin vurdering. Har en opplevelse av at holdningen er litt: «nå skal HBT ha inn han/hun for å få mindre å gjøre selv». Tar alt for lang tid med mange før de får plass. Ofte sendes brukere også hjem, etter sykehjemsopphold fordi de fungerer så fint der, men faller bare tilbake når de kommer hjem. De fungerer jo fint på sykehjemmet fordi de er under rette rammer.

Er et stort problem når HBT, som kjenner bruker godt, ikke blir lyttet til av de som vurderer behov for sykehjem.

Det er ofte en utfordring å få personer inn på sykehjem. De som vurderer inntak til sykehjem, forstår ofte ikke hvorfor det ikke fungerer hjemme. Noen fungerer veldig bra på sykehjem, men svært dårlig hjemme, det kan være mange årsaker til dette.

I avsluttende intervju med virksomhetsleder kommenterer også hun det som kan oppleves som en «kamp» om hva som er riktig omsorgsnivå i enkeltsaker, og hva hun mener er løsningen på motstridende oppfatninger:

Vi har nok opplevd at vi må «ta opp kampen» med koordinator ved sykehjemmet som gjør vedtakene, og har savnet gode helhetsvurderinger på brukere som blir tatt opp til vurdering. Dette er nok en uheldig konsekvens av at den tidligere tildelingsenheten ble splittet. Jeg mener et mer handlekraftig vurderingsteam vil løse mye av det som i dag er motstridende oppfatninger mellom sykehjemmet og hjemmetjenesten vedrørende hva som er «riktig» omsorgsnivå, og hvem som skal få sykehjemsplass.

«Et mer handlekraftig vurderingsteam» er ifølge virksomhetslederen et sentralt grep for å skape bedre helhetsforståelse rundt vurderinger av hva som er «riktig omsorgsnivå» for den enkelte bruker.

6.4 Revisjonens vurdering

Revisjonen legger i undersøkelsen til grunn at kommunen skal ha rutiner for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder at tjenesten IPLOS-registrerer brukere og ivaretar tverrfaglighet. Videre legges det til grunn at kommunen skal benytte tildelingskriterier ved tildeling av tjenester og at faktiske forhold beskrives i vedtaksbrevet når det fattes enkeltvedtak. Revisjonen legger også til grunn at kommunen skal tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester.

Gjennomgangen viser at kommunen har utarbeidet et forslag til prosedyre som skal bidra til å avklare riktig omsorgsnivå for den enkelte bruker. Samtidig er det en svakhet at det fortsatt er tilgjengelige utdaterte prosedyrer. Det kan skape usikkerhet om hvilke prosedyrer som faktisk gjelder. Revisjonen vurderer også at det er forbedringspotensial hva angår kvalitetssikring og godkjenning av prosedyren som skal benyttes. Undersøkelsen viser videre at tverrfaglighet ikke ivaretas på sammen måte ved tildeling av hjemmebaserte tjenester som ved tildeling av plass på sykehjemmet⁵⁵. Det kan gi risiko for ulik vurdering av tjenestebehov og at brukerne ikke får et tilbud som er i tråd med deres bistandsbehov. En risiko for ulik vurdering øker også etter revisjonens vurdering når man tar i betraktning at kommunen ikke har skriftliggjort alle tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester. Skriftliggjøring av tildelingskriterier er etter revisjonen oppfatning viktig for å sikre brukernes rett til likebehandling og klagerett.

Revisjonens undersøkelse samsvarer med funn i BDO-rapporten om manglende oppfølging rundt revurdering av bistandsbehov. Virksomhetsleder bekrefter behovet for større fokus på

⁵⁵ Som tilbakemelding på faktagrunnlaget kommenterer administrasjonen her følgende: «Vurdering av sykehjemsopphold gjort i tildelingsmøtene på tirsdager har en tverrfaglig vurdering med hjemmetjeneste, sykehjem og fysio/ergo. Vurderinger utover dette er det kun rehab-pasientene som blir tverrfaglig vurdert på sykehjemmet. Vi ser også at det kan være hensiktsmessig med et tettere samarbeid med fysio/ergo i HBT. Vi har påbegynt dette arbeidet med månedlige møter mellom HBT og leder for fysio/ergo.»

endringsmeldinger mellom hjemmetjenesten og vurderingsteamet, samt på utforming av oppdaterte vedtak. Revisjonen vil påpeke viktigheten av at revurderinger prioriteres høyt for å effektivisere og synliggjøre ressursbruken, samt for å yte mer treffsikre tjenester etter brukernes reelle behov.

Det går videre fram av undersøkelsen at kommunen har startet arbeidet med å i større grad ta i bruk IPLOS som verktøy, men at det har vært forsinkelser i dette arbeidet på grunn av utbruddet av pandemien våren 2020. Gjennomgangen viser at relativt mange er kjent med rutiner for IPLOS-registrering, men nærmere 60 prosent oppgir at de ikke har fått opplæring i slik registrering.

Revisjonen mener det er bra at IPLOS-registreringer blir gjort i forbindelse med vedtak om langtidsplass på sykehjemmet og at tjenester på et lavere nivå prøves ut slik saksgjennomgangen viser. Saksgjennomgangen viser videre at kommunen beskriver faktiske forhold i vedtaksbrev om langtidsplass på sykehjem. Revisjonen mener det er forbedringspotensial når det gjelder ordlyden i brevene, og å formidle informasjonen om faktiske forhold på en hensynsfull måte som ivaretar brukerperspektivet og brukerens forutsetninger.

En forventningsavklaring rundt oppgavefordelingen mellom brukere/pårørende og ansatte er et viktig ledd i brukerinvolveringen og skal bidra til felles forståelse og godt samarbeid mellom partene. Undersøkelsen viser at hver tredje ansatt opplever uklare forventninger vis a vis brukere og pårørende med hensyn til oppgavefordeling og det kommer også fram at arbeidet med å implementere hverdagsmestring forsinket. Revisjonen oppfatter det slik at ledelsen per i dag har forventninger om at ansatte skal arbeide på en måte som mange av dem ennå ikke har forstått eller opplever at de har tid til. Revisjonen vil i denne sammenheng påpeke viktigheten av at funksjonsbeskrivelsen til de ansatte, slik den for eksempel framkommer i serviceerklæring for hjemmebaserte tjenester, stemmer overens med hvordan kommunen mener tjenesten faktisk skal utføre sitt arbeid.

Det kommer fram i undersøkelsen at både ansatte og ledere opplever uenighet rundt hva som er riktig omsorgsnivå for enkelte brukere og det synes å være en mangel på forståelse for hjemmetjenestens perspektiv på hva som er brukerens behov⁵⁶. Revisjonen merker seg at virksomhetsleder mener sammenslåing av vurderingsteam for hjemmebaserte tjenester og vurderingsteam for helsetunet⁵⁷ vil bidra til en bedre helhetsvurdering av tjenestebehovet til hver enkelt bruker.

⁵⁶ Som tilbakemelding på faktagrunnlaget kommenterer administrasjonen her følgende: «Dette dreier seg om uenighet mellom HBT og institusjon hvorvidt det er behov for institusjonsplass eller omsorg i hjemmet.»

⁵⁷ Tilsvaret vurderingsteam for Eidsvoll helse- og omsorgssenter

7 REVISJONENS KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

7.1 Har kommunen på plass internkontroll som legger til rette for effektive tjenester som ivaretar brukernes grunnleggende behov?

Vi har i undersøkelsen sett nærmere på om kommunen har på plass et system for kvalitetsforbedring, herunder blant annet prosedyrer og praksis for å ivareta brukernes grunnleggende behov.

Undersøkelsen viser at kommunen langt på vei har en internkontroll som legger til rette for effektive tjenester, blant annet gjennom foreliggende prosedyrer for avvikshåndtering, samt møtevirksomhet som på ulike måter skal ivareta planlegging og evaluering av tjenestetilbudet. Undersøkelsen viser imidlertid at prosedyrer for avvikshåndtering ikke i tilstrekkelig grad er implementert og fulgt opp i praksis. Revisjonen vurderer at kommunen i større grad bør utvikle en kultur for å melde avvik i alle tjenestedistriktene, samt styrke arbeidet med å få oversikt over risikoområder. Det kommer også fram at mange av brukernes grunnleggende behov ifølge ansatte blir godt ivaretatt, men at langt flere er uenige i at dette gjelder grunnleggende behov for oppfølging rundt måltider, sosial kontakt og tilbudet til personer med demens. Revisjonen vil peke på at god kvalitet i tjenestene er sentralt for at kommunen skal lykkes med dreiningen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

7.2 I hvilken grad er eldre hjemmeboende med behov for heldøgns tjenester og/eller med omfattende bistandsbehov plassert på riktig nivå i omsorgstrappen?

Vi har her undersøkt om kommunen har startet dreining av tjenestetilbudet mot hjemmebaserte tjenester og om kommunens tildeling av tjenester skjer på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning.

Undersøkelsen viser at ressurser er tilført hjemmeboende eldre i form av for eksempel forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabiliteringsteam og hukommelsesteam. Undersøkelsen viser også at mange tiltak i strategiplanen er påbegynt. Kommunen har etablert omsorgsboliger med og uten fast bemanning og noe er under utbygging. Revisjonen mener kommunen bør utarbeide en egen prosedyre for tilbudet om palliativ omsorg i eget hjem, for å i større grad sikre heldøgns tjenester til hjemmeboende livet ut.

For å sikre brukernes rett til likebehandling og klagerett mener revisjonen kommunen bør kvalitetssikre prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå, samt utarbeide skriftlige tildelingskriterier for alle tjenester hvor det fattes enkeltvedtak. Revisjonen mener det er forbedringspotensial når det gjelder ordlyden i vedtaksbrevene og å formidle informasjonen om faktiske forhold på en hensynsfull måte som ivaretar brukerperspektivet og brukerens forutsetninger.

Revisjonen mener kommunen i større grad bør sikre overensstemmelse mellom hjemmesykepleiens tjenesteutførelse og funksjonsbeskrivelsen av tjenesten, spesielt ettersom hverdagsmestring skal innføres som tanke sett både blant ansatte og brukere.

7.3 Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger:

1. Kommunedirektøren bør sørge for at prosedyrer for avvikshåndtering implementeres og følges opp, samt at oversikt over meldte avvik benyttes systematisk i forbindelse med risikovurderinger.
2. Kommunedirektøren bør sikre rutiner og praksis knyttet til ivaretagelse av hjemmeboende brukeres behov for oppfølging rundt måltider, sosial kontakt og palliativ omsorg. Dette bør også gjelde for hjemmeboende personer med demens.
3. For å styrke brukernes rettigheter bør kommunedirektøren sørge for å kvalitetssikre forslag til prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå, utarbeide skriftlige tildelingskriterier for alle tjenester hvor det fattes enkeltvedtak, samt gjennomgå ordlyden i vedtaksbrevene.
4. I arbeidet med å sikre at dokumentasjon og vedtak er oppdatert etter endrede bistandsbehov, bør kommunedirektøren sørge for at opplæring av ansatte i IPLOS-registrering gjenopptas.
5. Kommunedirektøren bør sette inn tiltak som bidrar til samsvar i forventninger rundt oppgavefordeling mellom kommunen og brukere/pårørende, spesielt med tanke på innføring av hverdagsmestring som tankesett.

LITTERATUR- OG KILDELISTE

Lover og forskrifter

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

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

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Forskrift om tildeling av langtidsopphold på sykehjem mv., Eidsvoll kommune, Akershus

Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)

Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

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

Nasjonale føringer, planverk og andre rapporter

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

Helsedirektoratet 2015b, *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester, Kriterier for tildeling av omsorgstjenester*, Rapport IS – 2391

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

Helsedirektoratet 2016/2017, *Veileder for saksbehandling, Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*, ISBN-nr.: 978-82-8081-432-6

Helsedirektoratet 2017, *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Helsedirektoratet 2018, *Lindrende behandling i livets slutfase, Nasjonale faglige råd*, Først publisert: 18. september 2018, Sist faglig oppdatert: 18. september 2018

Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2018, Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)* Prop. 46 L 2017-2018, 261

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon

KS 2020, *Orden i eget hus, Kommunedirektørens internkontroll*, versjon 3

Agenda Kaupang 2020, *Gjennomgang av Vilberg helsetun, Kartlegging og analyse av oppgaver og ressursbruk ved sykehjemmet*, Rapport fra Agenda Kaupang august 2020

BDO 2021, *Rapport om gjennomgang helse og omsorg for Eidsvoll kommune*, 18. mai 2021

WEB-sider

Nasjonalforeningen for folkehelsen, <https://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2021: <https://demenskartet.no/#3035>

Helsebiblioteket om modell for kvalitetsforbedringsarbeid: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

SSB 2021, befolkningsframskriving: <https://www.ssb.no/statbank/table/12882/>

Revisjonens egenproduserte data

RRI 2021, *Dokumentbestilling*, e-post 5.3.2021 og 22.4.2021

RRI 2021, *Internkontroll, kvalitet og omsorgstrappen*, Spørreundersøkelse i SurveyXact våren 2021

RRI 2021, *Referat fra intervju med avdelingsleder Indre sør*, 10.6.2021

RRI 2021, *Referat fra intervju med avdelingsleder Ytre sør*, 10.6.2021

RRI 2021, *Referat fra intervju med avdelingsleder Nord*, 10.6.2021

RRI 2021, *Referat fra Intervju med saksbehandler i vurderingsteam hjemmetjenesten*, 21.6.2021

RRI 2021, *Referat fra avsluttende intervju med virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester*, 25.6.2021

Kilder fra Eidsvoll kommune

Eidsvoll kommune 2016, *Serviceerklæring ved oppstart av hjemmebaserte tjenester*

Eidsvoll kommune 2017, *Strategiplan for helse- og omsorgstjenester 2020-2030*, vedtatt i kommunestyret 12.12.17

Eidsvoll kommune 2018, *ROS 2018, Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse*

Eidsvoll kommune 2019, *Boligsosial strategi for Eidsvoll kommune*, vedtatt av kommunestyret 10.12.2019

Eidsvoll kommune 2020, *Årsmelding og årsberetning 2020*

Eidsvoll kommune 2021, *Oppfølging av eldrereformen «Leve hele livet» i Eidsvoll kommune*, saksframlegg, Hovedutvalg for helse, omsorg og forebygging, 16.03.2021

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for hendelses- og avviksbehandling i kvalitetssystemet , TQM*, sist godkjent 2.9.2020

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for avvikshåndtering i fagsystemet CosDoc*, sist godkjent 19.2.2021

Eidsvoll kommune, *Forskrift om tildeling av langtidsopphold på sykehjem mv.*, Eidsvoll kommune, Akershus, ikrafttredelse 1.7.2017

Eidsvoll kommune 2019, *Overordnet beredskapsplan*, godkjent av kommunestyre 29.1.2019, sak 4/2019

Eidsvoll kommune 2021, *Svar på dokumentbestilling* 9.4.2021 og 6.5.2021

Eidsvoll kommune, *Organisasjonskart virksomheter i kommunen*, per 1.1.2021

Eidsvoll kommune, *Organisasjonskart hjemmebaserte tjenester*, udatert

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for oppstart av hjemmesykepleie*, udatert

Eidsvoll kommune, *Rutine teamsykepleier*, udatert

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for fullmakt og krav til kompetanse for ansatte ved legemiddelhåndtering*, udatert

Eidsvoll kommune, *Skjema for fullmakt for subcutane injeksjoner med kompetanseskjema*, opprettet 1.11.2020

Eidsvoll kommune, *Rutine for hjemmetjenester*, revidert 1.1.2021

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for bruk av IPLOS*, sist godkjent 21.4.200

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for evaluering av hjemmesykepleie*, udatert

Eidsvoll kommune, *Prosedyre for endringsskjema - løpende vurdering av pasient*, sist godkjent 22.3.2021

Eidsvoll kommune, *Forslag til prosedyre for vurdering av riktig omsorgsnivå for brukere som trenger helse og omsorgstjenester*, opprettet 2.3.2016

Eidsvoll kommune, *Prosedyrer for saksbehandling, vurdering og tildeling av tjenestene hjemmesykepleie, BPA, omsorgslønn, trygghetsalarmomsorgsbolig uten døgnbemanning*, sist godkjent 6.9.2018

Eidsvoll kommune, *Skjema for ernæringsvurdering MNA* (udatert)

Eidsvoll kommune 2021, 8 vedtaksbrev og IPLOS-registreringer

Eidsvoll kommune 2021, e-post om herdagsrehabiliteringsteam, 2.7.2021

Eidsvoll kommune 2021, e-post om helsefremmende hjemmebesøk, 30.6.2021

Eidsvoll kommune 2021, e-post om hukommelsesteam, 30.6.2021

Eidsvoll kommune 2021, kommunedirektørens uttalelse, 11.12.2021

VEDLEGG 1 – DEFINISJON AV «HELDØGNS TJENESTER»

Helse- og omsorgsdepartementet og KS har utarbeidet et notat for å klargjøre bruken av begrepet «heldøgns tjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet og KS, 2017). Notatet beskriver hvordan bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i flere år har blitt gitt ulikt innhold innen statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning. Ofte har begrepet blitt knyttet til bestemte boformer, mer enn til det faktiske omfanget av tjenester den enkelte bruker mottar, noe man i notatet betegner som problematisk. Det vises til forarbeidene til lovendringen (Prop. 99 L (2015–2016) som presiserer at det er «[...] vedkommendes tjenestebehov som skal avgjøre omfanget av tjenester, og ikke vedkommendes bosted.» Forarbeidene beskriver videre bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som «[...] boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt.» (s. 6). Det framheves at bistand fra egnet personell, samt responstid og aktivt tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem. Aktivt tilsyn kan foregå både ved besøk fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, eller ved bruk av kommunikasjonsteknologi, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel. Med «aktivt tilsyn» menes løsninger som sikrer toveis-kommunikasjon mellom pasient/bruker og helsepersonell når behovet for hjelp oppstår. Dagens hjelpemidler og velferdsteknologi gir flere eksempler på ulike løsninger som kan ivareta målet om et «aktivt tilsyn».

Revisjonen legger i denne undersøkelsen til grunn definisjonen av «heldøgns tjenester» som notatet anbefaler:

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 – KOMMUNAL MØTEVIRKSOMHET

- Leder og stabsmøte x 1 pr uke.
- Avdelingsledermøte x 2 pr uke.
- Vedtaksmøte med vurderingsteam annen hver uke. (Behandling av søknader om hjemmesykepleie, trygghetsalarm, hjemmehjelp, omsorgslønn, BPA og omsorgsbolig)
- Samarbeidsmøte med vurderingsteam annen hver uke.
- Samarbeidsmøte med demenskoordinator x 1 pr mnd.
- Samarbeidsmøte med kreftkoordinator x 1 pr mnd.
- Samarbeidsmøte med trygghetssykepleier x 1 pr mnd.
- Allmøte x 2 pr år for hele virksomheten
- Vernetjenesten og tillitsvalgte x 2 pr år.

Avdelingsleder avholder møter i sin avdeling som følger:

- Stabsmøte x 1 pr uke
- Møte med verneombud x 1 pr uke
- Personalmøte x 1 pr mnd.
- Sykepleiemøte annen hver uke
- Koordinator møte annen hver uke. (Pasientflyt internt i avdelingen).

Andre møter hvor hjemmebaserte tjenester deltar på er:

- Tverrfaglig inntaksmøte med sykehjem/fysio/ergo hvor søknader om korttidsplass, langtidsplass og omsorgsbolig med heldøgnsomsorg behandles. I dette møte gjennomgås også PLO skjema fra sykehus og fra fastleger.
- Dagavdelingsmøte annen hver uke. Her behandles også søknad om dagavdelingsplass. Demenskoordinator og 1 fra vurderingsteam i hjemmebaserte tjenester deltar.

Det avholdes også pasientrapport tre ganger pr dag internt i avdelingene.

VEDLEGG 3 – SERVICEERKLÆRING



EIDSVOLL KOMMUNE
Hjemmebaserte tjenester

Telefon: 66 10 70 00
2080 EIDSVOLL

Vedlegg 16

SERVICEERKLÆRING FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER

Målgruppe:

Personer som bor eller midlertidig oppholder seg i Eidsvoll kommune og har behov for pleie- og omsorgstjenester fra Hjemmebaserte tjenester.

Målet med tjenesten er at den enkelte kan bo hjemme så lenge som det er faglig forsvarlig og brukeren selv ønsker det.

Kriterier:

Hjelpebehovet må fremkomme gjennom relevante medisinske, helsemessige og funksjonsmessige opplysninger.

Søknadsprosessen:

- Enten underskrevet skriftlig søknad med opplysninger om helsetilstand og mulig hjelpebehov fra søker eller deres pårørende.
- Evt. PLO-melding fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utskriving.
- Du finner søknadskjema på kommunens hjemmeside, henvendelse til servicetorget på Rådhuset eller ta kontakt med vurderingsteamet ved hjemmebaserte tjenester.

SERVICEERKLÆRING:

- vi møter deg og dine pårørende med respekt og engasjement.
- tjenestetilbudet legges opp sammen med deg, og eventuelt dine pårørende, for at du skal få best mulig tilrettelagte tjenester ut fra ditt behov.
- våre tjenester kan bidra til at du selv kan utføre de oppgaver du kan klare.
- du får den hjelp som er fattet i vedtaket og at hjelpen kommer til deg. Blir det avvik skal du få beskjed.
- vi evaluerer jevnlig ditt hjelpebehov i samarbeid med deg og evt. dine pårørende. Vi tilbyr også samarbeidsmøter hvis ønskelig.
- tjenesten følger gjeldende lovverk.
- vi ivaretar taushetsplikten.

For at vi skal kunne gi deg riktig og nødvendig hjelp forventes det

- at du og evt. dine pårørende bidrar med nødvendig informasjon (herunder gir uttrykk for dine behov).
- at du selv bidrar og utfører de funksjoner som du selv kan klare.
- at du tillater tilpasning av hjelpemidler i boligen din.
- at du og evt. dine pårørende gir oss tilbakemelding når dere ser at det er nå.
- at du møter oss med respekt.
- at du respekterer at personalet har taushetsplikt, samtidig som vi må gis til samarbeid

Tjenesten kan omfatte:

- Hjelp til personlig stell og pleie.
- Legemiddelhåndtering.
- Hjelp til utførelse av sykepleieprosedyrer.
- Oppfølging og observasjon.
- Tilsynsbesøk.
- Akutt hjelp ved bruk av trygghetsalarm.
- I noen tilfeller har mottakere av hjemmesykepleie krav på tannbehandling tannhelsetjenesten.

Hjemmesykepleie omfatter normalt ikke følge til lege/sykehus.

VEDLEGG 4 – PROSEDYRE, VURDERING AV RIKTIG OMSORGSNIVÅ

Vurderingsbesøk	<p>Vurderingsbesøk/samtale med pasient mens vedkommende er på sykehus bør gjennomføres dersom dette finnes nødvendig for et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag med tanke på omsorgsnivå etter utskrivning og/eller avklaring av nødvendig planlegging.</p> <p>Vurderingsbesøk hos hjemmeboende pasient gjennomføres når det er søkt om tjenester eller når annet omsorgsnivå bør vurderes.</p> <p>Vurderinger <i>journalføres</i> i CosDoc i eget journalnotat med overskrift «Vurderingsbesøk» - og skal inneholde opplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoser og tidligere sykdommer • Aktuell problemstilling • Vurdering fysisk funksjon/evt. hjelpemidler • Vurdering kognitiv funksjon • Klinisk status (ernæring, eliminasjon, respirasjon, sirkulasjon, smerter, sår o.a. relevante opplysninger) • Vurdering hva pasienten klarer selv og hva som er hjelpebehov • IPLOS-vurdering • Opplysninger om hva slags informasjon som er gitt om kommunens helse-/omsorgstjenester • Opplysninger om hva pasienten selv ønsker av tjenester 	Vurderingsteamet, evt andre etter avtale
-----------------	---	--

VEDLEGG 5 –FORSKRIFT OM TILDELING AV LANGTIDSOPPHOLD, § 3

§ 3

Kriterier for tildeling av langtidsopphold på sykehjem m.v.

Tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester baseres på en grundig vurdering av søkers behov, sett opp mot tjenestetilbudet gitt av hjemmetjenestene og andre forhold som kan spille inn.

Et eventuelt vedtak om langtidsopphold vil baseres på en helhetsvurdering der behandlende legers vurderinger, epikrise og andre relevante opplysninger om pasienten inngår i den helse- og omsorgsfaglige evalueringen.

Ved tildeling av langtidsopphold skal følgende kriterier vektlegges:

- Det vurderes å være et varig behov for heldøgns tjenester.
- Hjemmetjenester eller andre tiltak på et lavere omsorgsnivå, med tilpasning av bolig og hjelpemidler, er prøvd ut eller vurdert som uaktuelt.
- Pasienten har kroniske lidelser og/eller varig funksjonstap som innebærer at oppfølging i hjemmet ikke er forsvarlig.
- Det er et stort behov for medisinsk oppfølging og/eller omfattende helse- og omsorgstjenester.
- Betydelig kognitiv svekkelse vil kunne utløse rett til langtidsplass.

Pasientens egne ønsker skal vektlegges i tråd med bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven.

§ 4

Nærmere bestemmelser om vedtak og venteliste

Pasient som oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold etter § 3 har rett til vedtak. Pasient som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av ledig plass, skal settes opp på venteliste. Kommunen skal ha en oversikt over pasienter med vedtak som står på venteliste og en oversikt over den enkeltes behov.

Kommunen skal alltid vurdere hvem som har størst behov for langtidsopphold. Ved ledig sykehjems plass har den som trenger plassen mest, fortrinnsrett, uavhengig av plass på ventelisten.

§ 5

Oppfølging av pasienter på venteliste

Personer med vedtak og som venter på langtidsopphold i sykehjem eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester skal få andre tjenester for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp i ventetiden.

Aktuelle tjenester i ventetiden kan være hjemmesykepleie, hjemmehjelp og korttidsopphold m.v.

Kommunen har opplysnings-, veilednings- og informasjonsplikt for søknad eller melding om hjelpebehov som meldes på annen måte enn søknad innvilges ved enkeltvedtak.

VEDLEGG 6 – HVERDAGSREHABILITERING

Hverdagsrehabilitering

1 årsverk ergoterapeut som koordinerer teamet

1 årsverk hjemmetrener

0,4 årsverk fysioterapeut

Fra og med 1.1.2022 øker teamet til 2 årsverk hjemmetrener og 1 årsverk fysioterapeut. Tilbudet for hverdagsrehabilitering er et forebyggende tiltak med mål om en tidlig intervensjon med rehabilitering for eldre med begynnende funksjonstap. Målet med tilbudet er å bistå i å gi brukerne et løft som gjør at de kan klare seg uten eller mindre timer med hjemmebaserte tjenester. Brukerne henvises fra HBT, trygghetssykepleier eller henviser seg selv. Brukerne blir kartlagt med tanke på funksjonsevne, underliggende sykdommer og diagnoser og hvilke mål som er viktig for den enkelte. Målet må knyttes til å kunne mestre en aktivitet de tidligere har mestret og som de selv ønsker å mestre igjen. Å få tilbud fra hverdagsrehabiliteringsteamet kreve betydelig egeninnsats i form av øvelse/ trening på de ferdighetene som trenges. Fysioterapeuten lager et program og hjemmetrener kommer hjem til bruker for å følge bruker opp. Som regel gis bruker et tilbud om 3 uker intensiv oppfølging. Ergoterapeuten i teamet kartlegger som regel brukers funksjon ved oppstart og organiserer med hjelpemidler og koordinerer andre tjenester.

I 2020 hadde teamet 75 brukere som ble fulgt opp. Som følge av korona var teamet satt til andre oppgaver/ tjenester opptil 40% av året.

(Eidsvoll kommune, 2.7.2021)

VEDLEGG 7 - KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Til Kommunerevisjonen

Romerike Revisjon IKS har gjennomført et omfattende revisjonsarbeid på et viktig område. Effektive og forsvarlige tjenester til hjemmeboende eldre er en grunnpilar i eldreomsorgen. Revisjonsarbeidet startet i mars 2021 og ble avsluttet i september 2021. Noe av bakgrunnen for at det tok såpass lang tid, var at revisjonen ønsket å sette seg inn i BDO-rapporten som ble ferdigstilt i juni 2021, før de konkluderte. BDO-rapporten og revisjonsrapporten peker derfor naturlig nok på flere av de samme utfordringene og dermed også på noe av de samme anbefalingene. Umiddelbart etter at BDO-rapporten forelå, nedsatte jeg en arbeidsgruppe som utarbeidet ny struktur for tildeling av tjenester, som konkluderte med en sammenslåing av teamet i hjemmetjenesten og på sykehjemmet. Arbeidet med skriftliggjøring av tildelingskriter og tydeligere vedtak er allerede i gang, men vil bli ytterligere systematisert fra 2022 når teamet er samlet og har fått en egen leder. Rapporten peker også på behovet for en grundigere forventningsavklaring opp mot brukere/pårørende og det vil derfor være naturlig å ha en gjennomgang av serviceerklæringene, samt synliggjøre brukerperspektivet i vedtaket.

Revisjonen peker i sin rapport særlig på to forhold som kommunen må jobbe videre med - ernæring og demensomsorg. Ernæring har vært et tema kommunen har jobbet med, bl.a. i forbindelse med «Leve hele livet». Kommunens sykehjem er allerede i gang med flere ulike tiltak, og hjemmetjenesten skal følge opp videre i samarbeid med sykehjemmet. I forbindelse med dette arbeidet legges det fram en sak til behandling i Hovedutvalg for helse, omsorg og forebygging. Det er viktig å følge opp hjemmeboende i forhold til ernæring, men det vil kreve ressurser.

Eidsvoll kommune var tidlig ute med å opprette omsorgsboliger for demente og bygging av nytt dagsenter er vedtatt med oppstart i 2022. Utfordringen videre er å få etablert tilbud som også favner de yngre gruppene, da dette er noe vi mangler pr. i dag.

Når det gjelder avvikshåndtering, så er dette et kontinuerlig arbeid i alle virksomheter. Fra 2022 har også kommunen skjerpet rutinene for alle virksomheter, ved tertialvis måling som bidrar til et større fokus på avvik som grunnlag for forbedring. Som det framgår av rapporten er hjemmetjenesten allerede i gang med å følge opp dette punktet, ved at de har etablert møtefora «midtrapport» hvor kvalitet er tema og virkemiddel for forbedringsarbeid.

Revisjonen framhever i rapporten at mange forbedringstiltak allerede er igangsatt og at dreining fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg er i gang, i tråd med Strategiplan for helse og omsorg (2020). Det er likevel verdt å merke seg at rapporten peker på at Eidsvoll fortsatt ligger høyt når det gjelder andelen sykehjemsplasser, til tross for at det har vært en økning i andelen over 80 år som mottar tjenester i eget hjem.

Kommuneadministrasjonen vurderer at Romerike Revisjon IKS (RR) har gjort et grundig og godt arbeid med revisjon av «Tjenestetilbud til hjemmeboende eldre» og i utarbeidelse av rapport med anbefalinger. Eidsvoll kommune er allerede i gang med å følge opp mange av punktene, selv om det gjenstår noe arbeid i forhold til det systematiske kvalitetsarbeidet.

Med hilsen

Knut Haugestad | Kommunedirektør
Tlf: 98 20 35 22 | www.eidsvoll.kommune.no



