

Forvaltningsrevisjon | Karmøy kommune

Tildeling og tilgjengelighet av pleie- og omsorgstjenester for eldre



Sammendrag

På oppdrag fra kontrollutvalget i Karmøy kommune har Deloitte gjennomført en forvaltningsrevisjon av tildeling og tilgjengelighet av pleie- og omsorgstjenester for eldre.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjonen

Revisjonen har undersøkt og vurdert om Karmøy kommune har et tilfredsstillende tjenestetilbud til eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester, og om tjenestetilbudet er tilstrekkelig tilpasset kravene i Samhandlingsreformen. Revisjonen har videre undersøkt kommunens tildelingspraksis, i tillegg til ressursituasjonen for pleie- og omsorgstjenestene.

Revisjonen har gått igjennom relevant dokumentasjon fra kommunen. Dette dreier seg blant annet om styringsdokumenter, budsjett, rutiner og rapporteringer. Det er videre gjennomført intervju med representanter for ledelsen innen etat for helse og omsorg og representant for økonomiavdelingen. Totalt er det gjennomført fire intervju. Det er videre gjennomført 17 stikkprøver av saksmapper.

Revisjonens vurderinger

Problemstilling 1: *Har kommunen tilstrekkelig med ressurser innenfor hjemmetjenestene og institusjonstilbudet?*

Dekningsgraden i kommunen, det vil si andelen institusjonsplasser og boliger med heldøgns bemanning, var i 2013 på 25%, et nivå som etter Omsorgplan 2015 kan defineres som i nedre del av kategorien «middels dekningsgrad». Kommunen har videre få omsorgsboliger og relativt sett lav andel innbyggere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning. Revisjonen mener det er positivt at kommunen har satset og fortsatt satser på å etablere korttidsplasser, planlegger utbygging av omsorgsboliger og har prioritert å etablere et prosjekt for å gjennomgå kommunens dagtilbud til eldre. Planlagt oppbygging av tjenester på flere nivåer i omsorgstrappen vil etter revisjonens vurdering bidra til at kommunens tjenester i større grad leveres i samsvar med BEON-prinsippet.

Budsjettoverskridelsene har de siste årene vært betydelige både innenfor hjemmetjenestene og institusjonstjenestene. I undersøkelsen blir det vist til at budsjettene tidligere ikke har tatt tilstrekkelig høyde for det faktiske aktivitetsnivået i sektoren. Hjemmetjenestene har over tid levert betydelig flere timer enn budsjettet. I 2014 hadde hjemmetjenestene i kommunen behov for nær 33 personer i full stilling mer enn det var budsjettet for. Til tross for økningen i vedtakstimer, kommer det ikke frem noe i undersøkelsen som indikerer at Karmøy kommune ikke klarer å utføre lovpålagte oppgaver og gi brukerne den bistand de har rett til. Revisjonen mener det er positivt at kommunen har satt i verk ulike tiltak knyttet til å effektivisere hjemmetjenestenes arbeidsmåter. Det er likevel viktig å holde fokus på at rettighetsbaserte tjenester som er individuelt vurdert, skal leveres og derfor må tas høyde for i budsjettet.

Undersøkelsen viser at sykefravær er en medvirkende årsak til merforbruket innen helse og omsorg i 2014, på grunn av utgifter til vikarbruk og overtid. Revisjonen mener at foreslått omorganisering kan bidra til tettere oppfølging av ansatte og dermed også til bedre oppfølging av syke medarbeidere. Revisjonen mener imidlertid at en må forvente at det vil ta noe tid før effekten av tettere oppfølging av ansatte vil bidra til lavere sykefravær og dermed bedret ressursituasjon.

Undersøkelsen viser at selv om helse- og omsorgsetaten har fått økte bevilgninger for 2015, er bevilgningene ikke tilstrekkelige til å dekke et merforbruk tilsvarende det etaten hadde i 2014. Kostnadsreduksjon skal gjennomføres med effektiviserende tiltak. Revisjonen vil peke på at det ikke er beregnet, og det er vanskelig å forutsi, hvilken effekt etatens eventuelle omorganisering vil få. Det er også usikkert når effekten av mobil omsorg i hjemmetjenestene vil gi effekt, bl.a. fordi innføringen også vil innebære en etablerings- og oppstartsfasen. Revisjonens totale vurdering er at det er risiko for at helse- og omsorgsetaten også vil overskride tildelt budsjett i 2015.

Problemstilling 2: Fungerer kommunens tildeling av pleie- og omsorgstjenester tilfredsstillende?

Det er revisjonens vurdering at organiseringen med eget bestillerkontor i kommunen fungerer godt og bidrar til spesialisering av saksbehandlingen.

Basert på de opplysninger revisjonen har mottatt har vi ikke avdekket mangler ved kommunens rutiner for vurdering av brukernes behov ved tildeling av tjenester.

Kommunens melder bidrar til at forvaltningslovens regler overholdes i forbindelse med saksbehandling og vedtak om pleie- og omsorgstjenester. I stikkprøvegjennomgangen ble det avdekket at vedtakene ikke inneholder beskrivelse av de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av skjønn. Kommunen bør derfor sikre at vedtak om pleie- og omsorgstjenester inneholder slik informasjon i de saker det etter § 24 i forvaltningsloven er krav om en samtidig begrunnelse.

I undersøkelsen blir det videre vist til at kommunen har et etterslep når det gjelder å evaluere de tjenestene som er tilmålt og fattet vedtak om. Revisjonen vil derfor anbefale at kommunen iverksetter tiltak for å sikre at den ikke har etterslep når det gjelder å evaluere tildelte tjenester, for å sikre effektive og tilpassede tjenester.

Problemstilling 3: Er kommunens tjenestetilbud i tilstrekkelig grad tilpasset Samhandlingsreformens krav?

Karmøy kommune har hatt utgifter på henholdsvis 2,1 millioner i 2013 og 1,1 millioner i 2014 til overliggedøgn. Halvering av utgiftene i 2014 gir en indikasjon på at kommunen er i ferd med å tilpasse seg konsekvenser av samhandlingsreformen, men at det fremdeles er muligheter for å videreutvikle tjenestetilbudet slik at kommunen kan ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Revisjonen mener kommunen bør vurdere ytterligere tiltak for å redusere antall overliggedøgn. I denne forbindelse bør kommunen også vurdere om det er hensiktsmessig å iverksette tiltak for å sikre raskere tilgang til og tilpassing av nødvendige hjelpemidler ved utskriving av pasienter.

Karmøy kommune har fra november 2014 etablert et akutttilbud med mulighet for døgnopphold ved Norheim bu- og behandlingssenter. Basert på de opplysninger revisjonen har mottatt, vil dette tilbudet innfri krav i § 3.5 i helse- og omsorgstjenesteloven som vil gjelde fra 1. januar 2016.

Problemstilling 4: Har kommunen et system som sikrer at kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien blir etterlevd?

Etter det revisjonen har fått opplyst arbeider Karmøy kommune med å implementere et nytt kvalitetssystem for å etterleve krav til internkontroll knyttet til helse- og omsorgssektoren. Dette arbeidet er pågående på revisjonstidspunktet, og det er derfor slik revisjonen vurderer det, ennå ikke etablert et helhetlig system for å sikre at kravene i kvalitetsforskriften etterleves. Etter

revisjonens mening er et helhetlig system viktig for å sikre enkel tilgang til rutiner og prosedyrer og sikre at oppdatert informasjon er tilgjengelig for alle ansatte.

Karmøy kommune har ikke etablert skriftlige rutiner for alle områder som er listet opp i kvalitetsforskriften § 3 og revisjonen vil derfor peke på at manglende rutiner må utarbeides og implementeres. Oppdaterte og dekkende prosedyrer er viktig for å sikre for å sikre lik forståelse av hvilken kvalitet helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal ha. Revisjonen vil også presisere viktigheten av å etablere systemer som sikrer at kommunens retningslinjer og rutiner har henvisninger til relevant regelverk, og at de blir jevnlig gjennomgått og oppdatert.

Forslag til tiltak

På bakgrunn av funn og vurderinger vil revisjonen anbefale Karmøy kommune å:

1. Iverksette tiltak for å unngå etterslep når det gjelder å evaluere tildelte tjenester.
2. Sikre at avslag på søknader om pleie- og omsorgstjenester inneholder informasjon om de hovedhensyn som har vært avgjørende for utøvelsen av skjønn i samsvar med forvaltningsloven §§ 24 og 25.
3. Vurdere ytterligere tiltak for å redusere antall overliggedøgn. I denne forbindelse bør kommunen også vurdere om det er hensiktsmessig å iverksette tiltak for å sikre raskere tilgang til og tilpassing av nødvendige hjelpemidler ved utskrivning av pasienter.
4. Etablere skriftlige rutiner for alle områder som er listet opp i kvalitetsforskriften § 3.

Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	7
1.1 Formål og problemstillinger	7
1.2 Avgrensinger.....	8
2. Metode	9
2.1 Dokumentanalyse	9
2.2 Intervju	9
2.3 Stikkprøvegjennomgang.....	9
2.4 Statistisk analyse	9
2.5 Verifiseringsprosesser	9
3. Revisjonskriterier	10
3.1 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester	10
3.2 Samhandlingsreformen	10
3.2.1 Kommunalt betalingsansvar	11
3.2.2 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp.....	11
3.3 BEON-prinsippet.....	11
3.4 Dekningsgrad.....	12
3.5 Ansikt til ansikt tid i hjemmetjenestene	13
3.6 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp.....	13
3.7 Tildeling av tjenester.....	13
3.8 Krav til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.....	14
4. Data	17
4.1 Organisering	17
4.2 Tjenestetilbud og ressurser i pleie- og omsorgstilbudet	19
4.2.1 Heldøgns pleie og omsorg.....	21
4.2.2 Dagtilbud.....	25
4.2.3 Hjemmetjenestene	26
4.2.4 Sykefravær.....	29
4.3 Tilpasning av tjenestetilbudet til Samhandlingsreformen og pågående utviklingsarbeid ...	31
4.3.1 Mottak av utskrevne pasienter fra sykehus.....	31
4.3.2 Tekniske hjelpemidler	32
4.3.3 Akutttilbud	32
4.4 Budsjettering og budsjettoverskridelser	32
4.4.1 Bakgrunn for budsjettoverskridelser	32
4.4.2 Budsjettering	33
4.4.3 Tiltak for å sikre bedre budsjettbalanse og effektivisere tjenestene	33
4.5 Tildeling av tjenester.....	35
4.5.1 Bestillerkontoret for helse- og omsorgstjenester.....	35
4.5.2 Saksutredning og tildeling	35
4.5.3 Rutiner og maler for tildeling av tjenester.....	36
4.5.4 Vedtaksutforming.....	37
4.5.5 Klagesaker	37

4.6 System for å sikre etterlevelse av kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien ...	38
4.6.1 Bruk av enerom og dobbeltrom ved sykehjemmene.....	38
4.6.2 Prosedyrer og rutiner for å sikre kvalitet i tjenestene	38
5. Vurdering.....	40
5.1 Har kommunen tilstrekkelig ressurser innenfor hjemmetjenestene og institusjonstilbudet?	40
5.1.1 Tjenestetilbud i samsvar med BEON- prinsippet	40
5.1.2 Kapasitet.....	40
5.1.3 Sykefravær.....	41
5.1.4 Budsjett.....	41
5.2 Fungerer kommunens tildeling av pleie- og omsorgstjenester tilfredsstillende?	42
5.3 Er kommunens tjenestetilbud i tilstrekkelig grad tilpasset Samhandlingsreformens krav?	42
5.4 Har kommunen et system som sikrer at kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien blir etterlevd?	43
6. Anbefalinger.....	44
Vedlegg 1: Høringsuttalelse	45
Vedlegg 2: Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur	46

1. Innledning

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenestene i Karmøy kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Karmøy kommune i sak 37/13.

1.1 Formål og problemstillinger

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om kommunen har et tilfredsstillende tjenestetilbud til eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester, og om tjenestetilbudet er tilstrekkelig tilpasset kravene i Samhandlingsreformen. Formålet har videre vært å undersøke kommunens tildelingspraksis, i tillegg til ressursituasjonen for pleie- og omsorgstjenestene.

Med utgangspunkt i formålet ble det formulert følgende problemstillinger:

1. Har kommunen tilstrekkelig med ressurser innenfor hjemmetjenestene og institusjonstilbudet?
 - a. Har kommunen tilstrekkelig tjenestetilbud i samsvar med BEON-prinsippet¹?
 - b. Har hjemmetjenestene tilstrekkelig kapasitet til lovpålagte oppgaver?
 - c. I hvilken grad påvirker sykefravær ressursituasjonen ved hjemmetjenestene og institusjonstilbudet?
 - d. Legger budsjettprosessene i tilstrekkelig grad til rette for realistiske budsjetter for hjemmetjenestene og institusjonstilbudet?
 - e. Hva er årsaken til eventuelle budsjettoverskridelser/behov for tilleggsbevilgninger innenfor pleie- og omsorgstjenestene de siste to årene?
2. Fungerer kommunens tildeling av pleie- og omsorgstjenester tilfredsstillende? Under dette:
 - a. Har kommunen organisert saksbehandlingen knyttet til tildeling av tjenester på en formålstjenlig måte?
 - b. Har kommunen tilfredsstillende rutiner for å vurdere brukernes behov?
 - c. Etterleves kravene i forvaltningsloven knyttet til enkeltvedtak som gir rett til tjenester?
 - d. Blir forvaltningslovens regler for saksbehandling fulgt ved endringer av tjenestetilbudet?
3. Er kommunens tjenestetilbud i tilstrekkelig grad tilpasset Samhandlingsreformens krav?
 - a. Har kommunen innført hensiktsmessige tiltak for å sikre lavest mulig antall liggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter?
 - b. Har kommunen etablert et tilfredsstillende akutttilbud for å redusere behovet for sykehusinnleggelser?
4. Har kommunen et system som sikrer at kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien blir etterlevd?

¹Prinsippet om «Beste Effektive Omsorgs Nivå» - BEON – ble lansert i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen.

1.2 Avgrensinger

I denne undersøkelsen har revisjonen hatt fokus på de tjenestene som primært ytes til de eldre innbyggerne i kommunen med behov for helse- og omsorgstjenester. Det vil si at revisjonen fokuserer på kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, punkt 6, bokstav a-d, som blant annet omfatter helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, plass i institusjon og avlastningstiltak.

2. Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Oppdraget er gjennomført i tidsrommet mars 2014 til februar 2015.²

2.1 Dokumentanalyse

Innsamlet dokumentasjon og kildemateriale i form av rettsregler og kommunale vedtak er benyttet som revisjonskriterier. I tillegg har sentrale styringsdokumenter, rapporter og rutiner blitt samlet inn og analysert.

2.2 Intervju

For å få mer utdypende kjennskap til pleie- og omsorgstjenestene i kommunen har revisjonen gjennomført intervju med leder for bestillerkontoret, avdelingsledere for helse og omsorg, og kommunalsjef for helse- og omsorgsetaten i kommunen, samt representant for økonomiavdelingen. Til sammen har revisjonen gjennomført 4 intervju.

2.3 Stikkprøvegjennomgang

Revisjonen har gjennomført stikkprøver av 10 saksmapper der det er gjort vedtak om tildeling av tjenester og 7 saksmapper der det er gitt avslag på forespørsel om pleie- og omsorgstjenester.

2.4 Statistisk analyse

Revisjonen har gjennomgått statistikk fra KOSTRA-databasen som utgangspunkt for vurderinger av dekningsgrad mv. og som en del av analysen av kommunens tjenestetilbud innenfor sektoren.

2.5 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering. Rapporten er sendt til rådmannen for verifisering og faktafeil er rettet opp i samsvar med rådmannens tilbakemelding. Rapporten er deretter sendt til rådmannen på høring og høringsuttalelsen er vedlagt rapporten.

² Etter dialog med tjenestene og kontrollutvalget ble datainnsamlingen i prosjektet i hovedsak gjennomført høsten 2014. Forsinkelser knyttet til overlevering av etterspurte dokumenter medførte utsatt ferdigstilling av prosjektet.

3. Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderes opp mot. I dette prosjektet er revisjonskriteriene blant annet hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven, tilhørende forskrifter, lovforarbeider og stortingsmeldinger. I tillegg har BEON-prinsippet, som ble lansert ved innføring av Samhandlingsreformen, blitt lagt til grunn. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.

3.1 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1. Kommunen skal ifølge loven sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er i dette prosjektet fokus på den delen av helse- og omsorgstjenester som omfattes av § 3-2, punkt 6, bokstav a-d. Dette er de tjenestene som primært ytes til den eldre befolkningen i kommunen:

«§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester
(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
- d. avlastningstiltak.»

3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett sted.³ I St. meld. 47 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringer innenfor helse- og omsorg.

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tjenester
2. For liten innsats på å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreformen er blant annet ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgstilbudet til innbyggerne, slik at spesialisthelsetjenesten utelukkende skal drive de spesialiserte tjenestene. Reformen har til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om enkeltpasienter og pasientgrupper.

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt incentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

³ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:⁴

- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

3.2.1 Kommunalt betalingsansvar

I «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»⁵ går det fram at kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Målet er å hindre at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus å vente fordi kommunen deres ikke har et tilbud til dem. I 2014 var døgnprisen satt til 4255 kr.

3.2.2 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Helse og omsorgstjenestelovens § 3-5 omhandler Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Her står det at kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig.

Fra 1.januar 2016 vil §3-5 også inneholde krav om at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. I lovteksten vil det stå at denne plikten kun vil gjelde for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

3.3 BEON-prinsippet

Grunnlaget for Deloittes tilnærming når det gjelder kommunenes tilbud om helse- og omsorgstjenester er BEON- prinsippet. Våre analyser og vurderinger vil baseres på prinsippet om at tjenestene skal tildeles og ytes på «Beste Effektive Omsorgs Nivå» (BEON-prinsippet). Prinsippet bygger på at kommunen bør tilby en trinnvis opptrapping av pleie og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig. BEON-prinsippet omfatter både forebyggende arbeid, hjemmetjenester og tjenester i institusjon. Omsorgstrappen i BEON-prinsippet er illustrert i figuren under.

⁴ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

⁵ «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter», sist endret 1.1.2015.

Omsorgstrappen

BEON-prinsippet



3.4 Dekningsgrad

Når det gjelder heldøgntilbud er det satt som nasjonalt mål å sikre full sykehjemsdekning innen 2015, ved at alle som trenger sykehjems plass eller omsorgsbolig skal få dette.⁶

Av St. meld. nr. 50, Handlingsplan for eldreomsorgen går det frem at behov for heldøgns pleie og omsorg er tilsvarende ca. 25 % av befolkningen over 80 år:

«Ut fra en vurdering av vitenskapelige undersøkelser og faglige analyser, er det for planperioden lagt til grunn et behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig svarende til ca. 25 pst. av befolkningen 80 år og eldre. Denne dekningsgraden kan oppfattes som et uttrykk for hva som er tilfredsstillende behovsdekning på landsbasis under forutsetning av godt utbygde hjemmetjenester. Det reelle behovet i hver enkelt kommune vil kunne variere rundt dette gjennomsnittet.»⁷

Av *Omsorgsplan 2015*⁸ går det også fram at dekningsgrad blir regnet som tallet på institusjonsplasser og omsorgsboliger i forhold til tallet på innbyggere over 80 år i en kommune. En gjennomgang av dekningsgraden i alle norske kommuner som er presentert i *Omsorgsplanen* viser at 11 % av kommunene har en dekningsgrad under 25 % (lav), 21,5 % har en dekningsgrad på 25-30 % (middels), 45 % har en dekningsgrad på 30-40 % (høy). 22,5 % av kommunene har en dekningsgrad på over 40 % (svært høy).

Det går fram av *St.meld. nr. 25: Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* at:

«En sentral utfordring for kommunene er å etablere en balanse mellom sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. (...) Det er først og fremst brukernes behov og ønsker som må legges til grunn for valg av boformer og organisering av tilbudet. (...) Det er i denne sammenheng grunn til å peke på at nesten 3/4 av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse, og at mange av dagens sykehjemsplasser er dårlig tilrettelagt for mennesker med demens. Fagfolk etterlyser alternative boformer og bofellesskap med mindre driftsenheter som alternativ til store, tradisjonelle sykehjemsavdelinger for denne

⁶ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2010/malet-om-sykehjemsplasser-ligger-fast.html?id=611753>

⁷ St. meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet, kapittel 3.4, Sammendrag og konklusjon

⁸ St.prp.nr 1 (2007-2008) Programkategori 10.60

store brukergruppen. (...) I tillegg til faglige vurderinger og brukernes ønsker er det viktig at omsorgstjenesten finner driftsformer som utnytter ressursene best mulig».⁹

3.5 Ansikt til ansikt tid i hjemmetjenestene

Ansikt til ansikt (ATA) tid er et begrep som benyttes for å beskrive den tiden som brukes sammen med brukerne av hjemmetjenester til forskjell fra den tiden ansatte i tjenestene bruker til andre oppgaver som f.eks. kjøring mellom brukere, journalføring mv.

I KS' veileder for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester står det at erfaringstall fra kommuner som de siste årene har kartlagt sin ATA tid viser at ATA tiden varierer fra under 50% til over 70%. Videre står det følgende i veilederen:

«Erfaringer viser at hvis hjemmesykepleien er 3 ganger på basen¹⁰, så vil ATA-tiden være under 50%, 3 ganger pr. dag gir ofte en ATA-tid på 60%, og kommuner som bruker tekniske hjelpemidler som nettbrett mv. og kun er på basen 1 gang pr. dag kan ha en ATA-tid på 70%.¹¹

3.6 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Helse og omsorgstjenestelovens § 3-5 omhandler Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Her står det at kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig.

Fra 1. januar 2016 vil §3-5 også inneholde krav om at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. I lovteksten vil det stå at denne plikten kun vil gjelde for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

3.7 Tildeling av tjenester

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet etter helse- og omsorgstjenesteloven (jf. § 2-2), og tildeling eller avslag på søknad om tjenester regnes som enkeltvedtak.

Saksbehandling knyttet til enkeltvedtak skal ifølge forvaltningsloven blant annet skje uten ubegrunnet opphold, jf. § 11a:

«Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og så vidt mulig angis når svar kan ventes. Foreløpig svar kan unnlates dersom det må anses som åpenbart unødvendig.¹²

I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar etter annet ledd dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.»

⁹ St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, side 83-84.

¹⁰ For å rapportere mv.

¹¹ Pkt 2.3, side 10

¹² I Gyldendals Rettsdata, note 197, sier Jan Fridthjof Bernt følgende om hva som er åpenbart unødvendig: "Dette må forstås slik at det bare er ganske snever unntaksadgang, jf. forståelsen av den tilsvarende formulering i fvl. § 16 tredje ledd bokstav (c) og § 27 første ledd siste punktum. Typisk vil foreløpig svar kunne unnlates der parten fra før er kjent med grunnen til den lange saksbehandlingstiden og når han eller hun kan vente å få sin henvendelse besvart.»

Enkeltvedtak skal være skriftlige om dette ikke av praktiske grunner «vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet», jf. § 23. I § 24 står det videre at enkeltvedtak skal være begrunnet av forvaltningsorganet samtidig med vedtaket. I andre saker enn klagesaker kan forvaltningsorganet likevel la være å gi samtidig begrunnelse dersom det innvilger en søknad og det ikke er grunn til å tro at noen part vil være misfornøyd med vedtaket.

I § 25 i forvaltningsloven er det også egne krav til innholdet i begrunnelsen:

«I begrunnelsen skal vises til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene.
(...)
I begrunnelsen skal dessuten nevnes de faktiske forhold som vedtaket bygger på. (...).»

Og videre at:

«De hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn, bør nevnes. Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil i alminnelighet en henvisning til retningslinjene være tilstrekkelig.»

I §27 i forvaltningsloven står det at det i underretningen om vedtak skal videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Retten til å klage på enkeltvedtak er omtalt i § 28 i forvaltningsloven:

«Enkeltvedtak kan påklages av en part eller annen med rettslig klageinteresse i saken til det forvaltningsorgan (klageinstansen) som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket (underinstansen).

For enkeltvedtak som er truffet av forvaltningsorgan opprettet i medhold av lov om kommuner og fylkeskommuner, er klageinstansen kommunestyret eller fylkestinget, eller etter disses bestemmelse, formannskapet eller fylkesutvalget eller en eller flere særskilte klagenemnder oppnevnt av kommunestyret eller fylkestinget. (...)

Er det klagerett over et vedtak om å avvise en klage som er truffet av et kommunalt eller fylkeskommunalt organ som klageinstans, går klagen til fylkesmannen.»

Fristen for å klage er tre uker fra tidspunktet man er blitt underrettet om vedtaket, jf. fvl. § 29.

3.8 Krav til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Formålet med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er at den skal bidra til å sikre at «personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven (...) får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel».¹³

I § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene¹⁴ er oppgaver og innhold i tjenestene beskrevet:

«Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

¹³ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting mv. § 1.

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR 2003-06-27 nr 792.

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»

For å løse oppgavene skal kommunen utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov. Det er listet opp 16 punkt i forskriften som skal dekkes av slike prosedyrer:

«For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.»

Innføring av en verdighetsgaranti gjennom Forskrift om en verdig eldreomsorg fra 1. januar 2011 kan oppfattes som en understreking av krav til kvalitet i tjenestene til eldre og pleietrengende. I § 1 går det der fram at:

«Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven (og sosialtjenesteloven). Forskriften får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud.»

§ 3 i verdighetsgarantien omhandler tjenestens innhold. Her står det at tjenestetilbudet skal innrettes med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. Det står videre at for å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a. «En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- b. Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider

- c. Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- d. Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- e. Lindrende behandling og en verdig død.
- f. Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g. Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen
- h. Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom»

4. Data

4.1 Organisering

Helse- og omsorgsetaten i Karmøy kommune har om lag 1300 ansatte. Etaten ledes av en helse- og omsorgssjef og er delt opp i avdeling omsorg, avdeling helse og avdeling forvaltning, som ledes av respektive avdelingssjefer. Figuren nedenfor viser gjeldende organisering der enhetene som har særlig fokus i undersøkelsen, er fremhevet på nivået under avdelingssjefene:

Figur 1: Organisasjonskart helse- og omsorgsetaten



Helseavdelingen i Karmøy kommune omfatter tjenestene fysio- og ergoterapi, legetjenester, barnevern, helsestasjon og skolehelsetjeneste, rus og psykisk helsetjeneste.

Omsorgsavdelingen har blant annet ansvar for institusjonstjenester, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Det er totalt syv sykehjem i Karmøy kommune, og to av sykehjemmene tilbyr korttidsplasser.

Hjemmetjenestene i Karmøy er organisert i seks virksomheter, og utøver helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Hjemmesykepleie er benevnelsen for helsetjenester til syke og funksjonshemmede i eget hjem, mens praktisk bistand er en fellesbetegnelse for hjemmehjelpstjenester og annen hjelpevirksomhet for eldre, funksjonshemmede, barnefamilier og andre med behov for hjelp.

Karmøy kommune har en organisatorisk modell som innebærer et skille mellom bestiller- og utførelsesfunksjonen. Dette innebærer at de som vurderer brukernes behov for tjenester og fatter

vedtak om hvilke tjenester som skal tildeles den enkelte bruker, er adskilt fra den virksomheten som utfører tjenesten for brukeren. Tildeling av tjenester til den enkelte bruker foretas av bestillerkontoret. Dette kontoret var tidligere organisert under omsorgsavdelingen, men ble fra og med 2013 flyttet til forvaltningsavdelingen for å rendyrke rollefordelingen i bestiller- og utførermodellen.

I intervju blir det vist til at bestiller-utfører-modellen fungerer godt, og at ansvarsfordelingen innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunen er tydelig definert.

Fra mars til desember 2014 har en arbeidsgruppe bestående av representanter fra fagforeningene, vernetjenesten, og tjenestene og ledelsen i helse- og omsorgsetaten arbeidet med å utarbeide forslag til ny organisasjonsstruktur for helse- og omsorgsetaten. Bakgrunnen for ønsket om organisasjonsendringer blir opplyst å være et behov for å fordele oppgaver på en mer hensiktsmessig måte mellom tjenesteområdene. Blant annet ble det pekt på at flere ledere innen helse og omsorg har gitt signaler om at lederspennet er for stort, og at de har for mange ansatte å ha ansvar for i forbindelse med blant annet sykefraværsoppfølging. I enkelte tilfeller har det vært opp til 80 ansatte per leder. I forslaget til ny organisering går det frem at Arbeidstilsynet i 2013 ga et pålegg til etaten om å se på hvordan hver enkelt enhet var organisert i forhold til lederstruktur, og at Arbeidstilsynet mente at stort lederspenn, uoversiktlig struktur og variasjoner i strukturen innad i virksomhetene kunne bidra til lavere grad av forsvarlighet i tjenestene.¹⁵

I sak til hovedutvalg for helse og omsorg 01.10.2014¹⁶ går det frem at formålet med å utarbeide forslag til ny organisering innen helse- og omsorgsetaten også er å beskrive ansvar og myndighet knyttet til lederroller, avskaffe fagansvarlige og innføre avdelingsledere for å få en tettere oppfølging av personal, økonomi og fag i den enkelte virksomhet, og samtidig vurdere funksjonsfordelingen mellom de ulike virksomhetene. Hensikten med dette er å oppnå mer effektiv drift og bedre kvalitet gjennom spesialisering. Av mandatet til arbeidsgruppen går det frem at kostnadssiden ved forslaget også skulle fremgå av forslaget som ble utarbeidet.

Forslaget til omorganisering innebærer at fagansvarligstillinger og teamlederstillinger blir tatt bort og at det opprettes avdelingslederstillinger i alle virksomheter i etaten. Avdelingslederne er da tenkt å ha helhetlig ansvar for drift, dvs. både tjenesteytelse, personalforvaltning og økonomi. Lederspennet til den enkelte avdelingsleder skal tilpasses innholdet i tjenesteproduksjonen, men ikke overstige det anbefalte tallet fra kommunens arbeidsgiverstrategi som er opplyst å være 35-40 ansatte. For institusjons- og hjemmetjenestene vil forslaget innebære en reduksjon i antall virksomhetsledere (fra syv til fire innen institusjoner og fra seks til tre innen hjemmetjenestene) og etablering av henholdsvis 16 avdelingsledere innen institusjonstjenesten og 13 innen hjemmetjenestene. Revisjonen får opplyst at det er ikke beregnet at organisasjonsendringen i første omgang eller på lengre sikt vil medføre reduserte lønnskostnader i etaten. Kommunen forventer at effekten av omorganiseringen vil bli tatt ut i forhold til at det vil bli flere tjenester innenfor samme budsjettamme. Det blir opplyst at det vil bli gjort en omfordeling som innebærer at tid som tidligere er blitt brukt til administrasjon hos fagansvarlige nå skal tas ut i produksjon av tjenester. Tidligere har de fagansvarlige hatt anslagsvis 20-30% til administrativt arbeid. Denne andelen vil nå bli fordelt på færre avdelingsledere og revisjonen får opplyst at formålet med dette er å få bedre kontroll både når det gjelder oppfølging av ansatte og økonomi.

Arbeidsgruppen begrunner sitt forslag til organisasjonsendring med at det vil føre til mindre lederspenn og økt nærledelse som bl.a. gir rom for mer systematisk og planmessig oppfølging av den enkelte ansatte. Videre blir det vist til at forslaget innebærer helhetlig ledelse ved at samme person har ansvar for faglig innhold, personal og økonomi, og at dette vil gi bedre ressursforvaltning og kvalitet i tjenestene som leveres til bruker. Det blir også vist til at organiseringen må legge til rette for kompetanseheving av alle ansatte for å sikre forsvarlige tjenester og at flere brukere kan motta tjenester som de tidligere har blitt overført til sykehuset for å motta. I dokumentet som beskriver forslag til ny organisering av helse- og omsorgsetaten blir det pekt på at mange av de ansatte i etaten har videreutdanning, men at organisering i små

¹⁵ Organisering av helse og omsorgsetaten – dokument til høring, pkt 2.1

¹⁶ Arkivsaknr 14/3398, Institusjoner – omsorgstjenester – behov for tiltak.

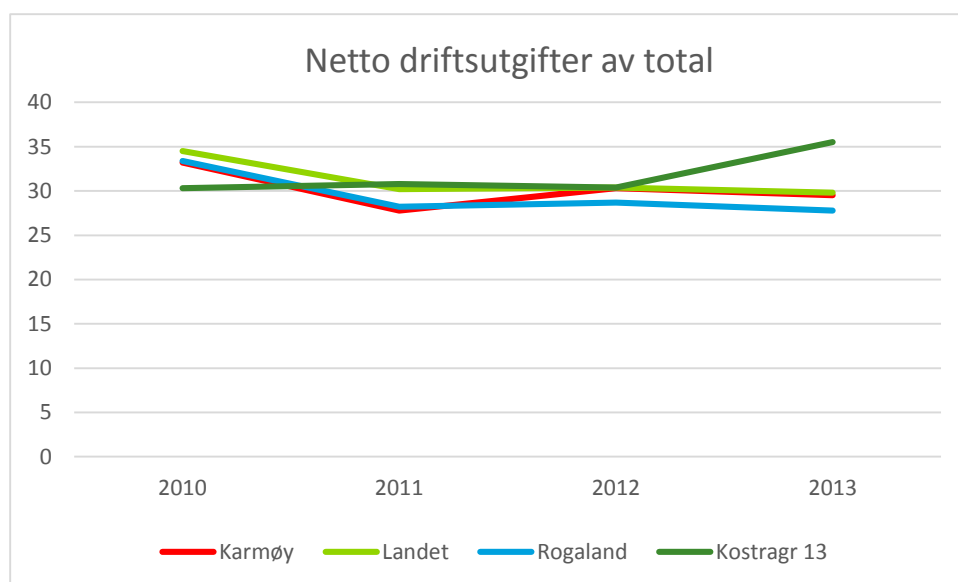
enheter har gjort at ressursene ikke har blitt utnyttet i tilstrekkelig grad. Det blir også vist til at slik tjenestene er organisert i dag, har ikke de fagansvarlige tilstrekkelig myndighet til å utnytte personalressursene optimalt når det er behov for dette.

Revisjonen har fått opplyst at arbeidsgruppens forslag ble sendt på høring i organisasjonen i begynnelsen av desember 2014 og at det ved høringsfristens utløp var kommet inn over 40 tilbakemeldinger/dokumenter både fra virksomheter og enkeltansatte. I helse- og omsorgsetaten vil etatsledelsen og arbeidsgruppen nå gå igjennom høringsuttalelsene og deretter vil saken bli behandlet i styringsgruppen for omorganiseringsprosjektet før det blir fattet beslutning om hvorvidt forslaget skal gjennomføres eller ikke.

4.2 Tjenestetilbud og ressurser i pleie- og omsorgstilbudet

I Karmøy kommune utgjør netto driftsutgifter for pleie og omsorg 29,5 % av kommunens totale netto driftsutgifter i 2013. Andelen har blitt redusert fra 33,2% i 2010. Også gjennomsnittsandelen av netto driftsutgifter til pleie- og omsorg for landet for øvrig og for kommuner i Rogaland har blitt redusert fra 2010, mens for kommunegruppen¹⁷ har gjennomsnittlig andel økt fra ca. 30% i 2010 til 35,5 % i 2013. Figuren under illustrerer utviklingen.

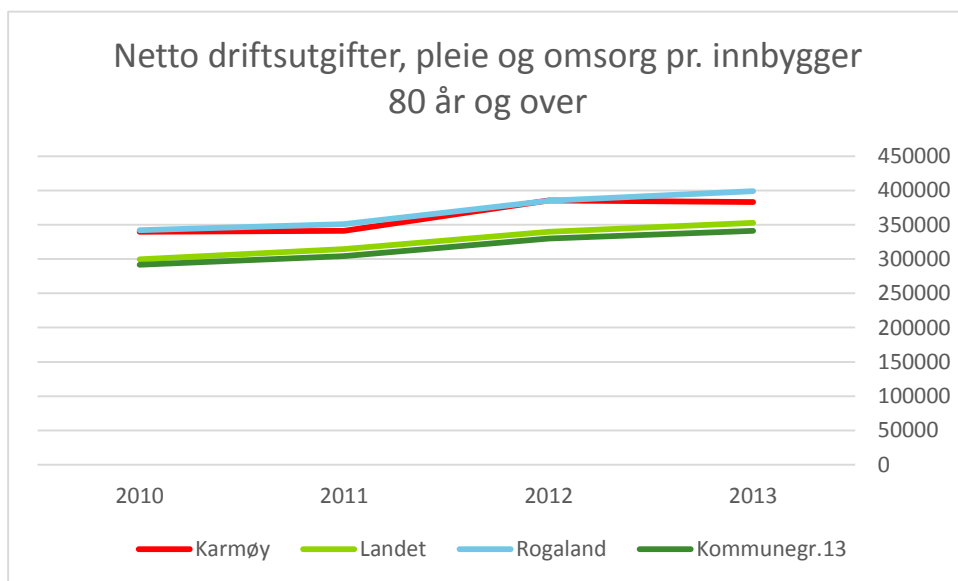
Figur 2 Netto driftsutgifter for pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter, konsern (Kilde: KOSTRA)



Dersom en ser på netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger 80 år og over, ser vi at Karmøy kommune de siste årene har ligget rett under gjennomsnittet for Rogaland, men over gjennomsnittet for landet og kommunegruppen. For Karmøy sin del var netto driftsutgifter på 383 000 kr per innbygger i aldersgruppen 80 år og over i 2013.

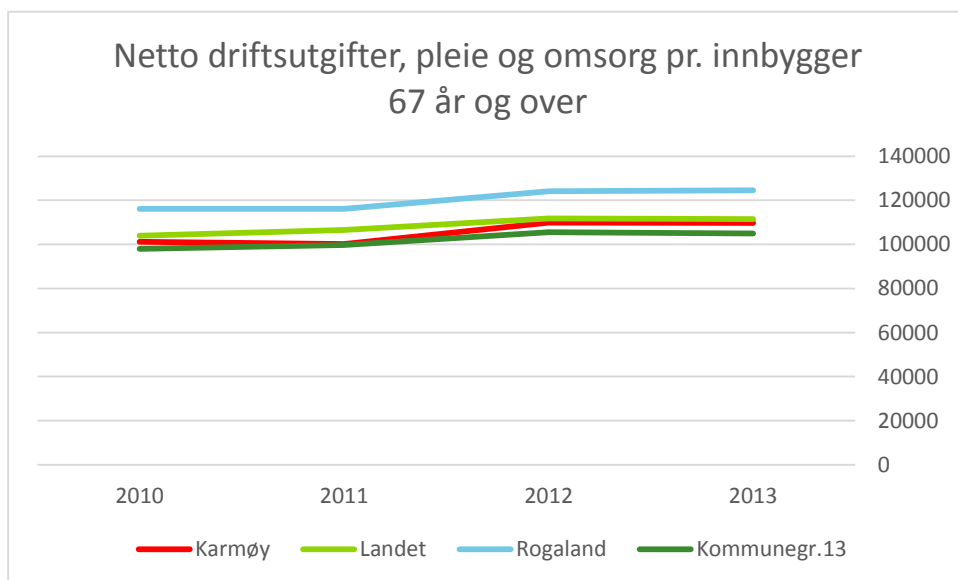
¹⁷ Kommunegruppe 13 i KOSTRA

0Figur 3 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger 80 år og over



For aldersgruppen 67 år og over, ser vi at netto driftsutgifter i Karmøy til pleie og omsorg per innbygger ligger under gjennomsnittet for landet og Rogaland, men over gjennomsnittet for kommunegruppen. Figuren under illustrerer forskjellene. For Karmøy kommune var netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger i aldersgruppen 67 år og over, 110 000 kr i 2013.

Figur 4 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger 67 år og over

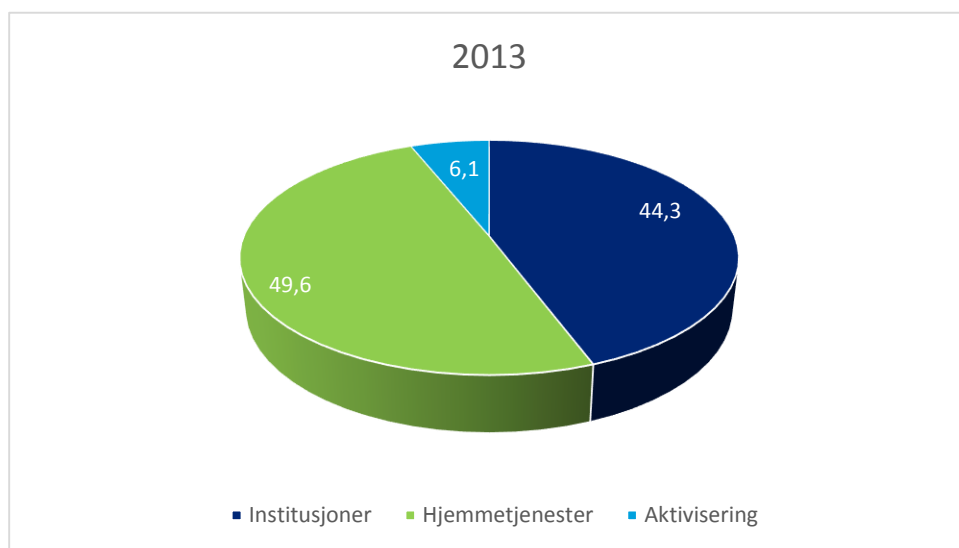


KOSTRA-tall viser også fordelingen av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenestene til henholdsvis institusjoner, hjemmetjenester og aktivisering i Karmøy.¹⁸ Ca. halvparten av utgiftene

¹⁸ Inkluderer tilbud til alle aldersgrupper i befolkningen.

er knyttet til hjemmetjenester, 44% er utgifter til institusjonsplasser, mens 6 % er utgifter til aktivisering. Fordelingen går frem av figuren under:

Figur 5 Prosent av utgifter knyttet til institusjon, hjemmetjenester og aktivisering av netto utgifter til pleie- og omsorgstjenester totalt (kilde: KOSTRA)



Av KOSTRA-tallene går det frem at denne fordelingen har vært relativt stabil siden 2010, men med en liten men jevn reduksjon i hjemmetjenestenes andel fra 52% i 2010 til 49,6% i 2013 og en tilsvarende jevn økning i institusjonsutgiftenes andel fra 42,1% i 2010 til 44,3 i 2013.

Karmøy kommunes fordeling av netto driftsutgifter til pleie og omsorg på institusjoner, hjemmetjenester og aktivisering ligger relativt likt med gjennomsnittet for landet, Rogaland og kommunegruppen.

4.2.1 Heldøgns pleie og omsorg

Personer som ikke får dekket sitt daglige behov for pleie og omsorg i hjemmet kan søke om plass på sykehjem. Tjenestetilbudet ved sykehjemmene omfatter langtidsopphold, avlastningsopphold og korttidsopphold.

Institusjonstjenestene i Karmøy kommune omfatter høsten 2014 totalt 268 sykehjemsplasser fordelt på syv sykehjem.¹⁹ I mai 2013 ble det vedtatt en funksjonsfordeling av sykehjemmene i Karmøy. Funksjonsfordelingen innebar å ha langtidsplasser ved fem av sykehjemmene og korttidsplasser ved to sykehjem. Fordelingen av sykehjemsplasser per januar 2015 fremgår av tabellen under.

Tabell 1: Antall institusjonsplasser i Karmøy kommune²⁰

Institusjoner	Langtidsplasser Somatikk	Langtidsplasser Demens	Korttidsplasser
Skudenes bu og behandlingsheim	30	29	
Åkra bu og behandlingsheim	21	10	
Fredheim bufelleskap		16	

¹⁹ Karmøy kommune (udatert): *Organisasjonskart*

²⁰ Karmøy kommune (udatert): *Oversikt over antall sykehjemsplasser i Karmøy kommune*

Kopervik bu og behandlingsheim	21	21	
Storesund bu og behandlingsheim	20	21	
Vea sykehjem		14	32*
Norheim bu- og behandlingsheim			33**
Totalt	92	111	65

*Kommunen har opplyst at dette sykehjemmet *primært* skal tilby korttidsplasser

** Inkluderer øyeblikkelig hjelp og tre øremerkede plasser til lindrende behandling og omsorg. Etter gjennomført funksjonsdeling finnes ikke egen demensavdeling på Norheim

Ved Norheim bu- og behandlingsheim (BBH) er det opprettet en mottaksavdeling for pasienter som skrives ut fra sykehus dersom pasienten ikke er frisk nok til å reise hjem eller har behov for oppfølging og tilrettelegging. Fra november 2014 har Norheim bu- og behandlingssenter også et tilbud med plasser til øyeblikkelig hjelp og tre øremerkede plasser til lindrende behandling. Tidligere var lindrende behandling spredt på ulike sykehjem. Kommunestyret vedtok i desember 2014 at det skal opprettes inntil 16 flere korttidsplasser ved denne institusjonen.²¹

Vea sykehjem har i dag 46 plasser, inklusive seks plasser til forsterket skjermet avdeling for demente. Denne institusjonen tilbyr primært korttidsplasser, men har også langtidsplasser for demente, samt en forsterket skjermet avdeling for demente med rom med egen utgang til hage. Personalet har dessuten ekstra kompetanse knyttet til denne brukergruppen. Revisjonen har fått opplyst at slik institusjonstilbudet til demente er innrettet i dag, bor en del demente i kommunen på sykehjem uten egen utgang på bakkeplan, selv om kommunen vurderer at dette hadde vært til det beste for brukerne.

Revisjonen får opplyst at formålet med korttidsplassene, i tillegg til å tilby pleie, er å tilby innbyggerne rehabilitering eller avlastning. Rehabiliteringsopphold tildeles på bakgrunn av brukerens sykdombilde og opptreningspotensiale. Avlastningsopphold tilbys til hjemmeboende med pårørende som er vurdert å ha særlig tyngende omsorgsarbeid. Det gis også tilbud om vekselopphold i institusjon, som skal bidra til at brukeren klarer å bo hjemme lenger ved at brukeren er inne i institusjon noen ganger i måneden.

I kommunens tiltaksplan for helse- og omsorgstjenester 2020 legges det opp til at om lag 25 % av institusjonsplassene skal brukes til korttidsoffhold. Antallet korttidsplasser i forhold til langtidsplasser i Karmøy viser at kommunen per i dag har nådd dette målet etter budsjettvedtaket for 2015.

Det er et mål for kommunen å klargjøre innholdet i institusjonstilbudet for kommunens innbyggere. Ved å innrette enkelte av sykehjemmene for korttidsoffhold, på samme måte som et sykehusopphold, forsøker kommunen å forsterke forståelsen for bruk av korttidsplasser. Dette ønsker de skal bidra til å motivere brukere til å ta imot tjenester i hjemmet heller enn å ha fokus på å bo fast på institusjon.

Dekningsgrad institusjonsplasser og heldøgns pleie- og omsorg

I intervju blir det pekt på at antallet som søker om institusjonsplass øker raskere enn tilgjengelig antall institusjonsplasser.

Et alternativ til institusjon for eldre som ikke lenger kan bo i eget hjem er omsorgsboliger med heldøgns bemanning. I intervju blir det pekt på at drift av sykehjem er dyrere enn

²¹ Kommunestyret vedtok i desember 2014 følgende: «Det opprettes inntil 16 korttidsplasser ved Norheim BBH for å imøtekomme behovet for korttids- og avlastningsopphold. Det forutsettes at ressursbruken til nye korttidsplasser ses i sammenheng med behov og tilbud som kan ytes av hjemmetjenesten med tanke på effektiv ressursutnyttelse.» Revisjonen har fått opplyst at disse midlene foreløpig er delt på Norheim og Hjemmetjenesten og at etaten eventuelt vil ta en ny vurdering til sommeren 2015 om endring av dette. Sak om dette ble behandlet i hovedutvalget i januar 2015.

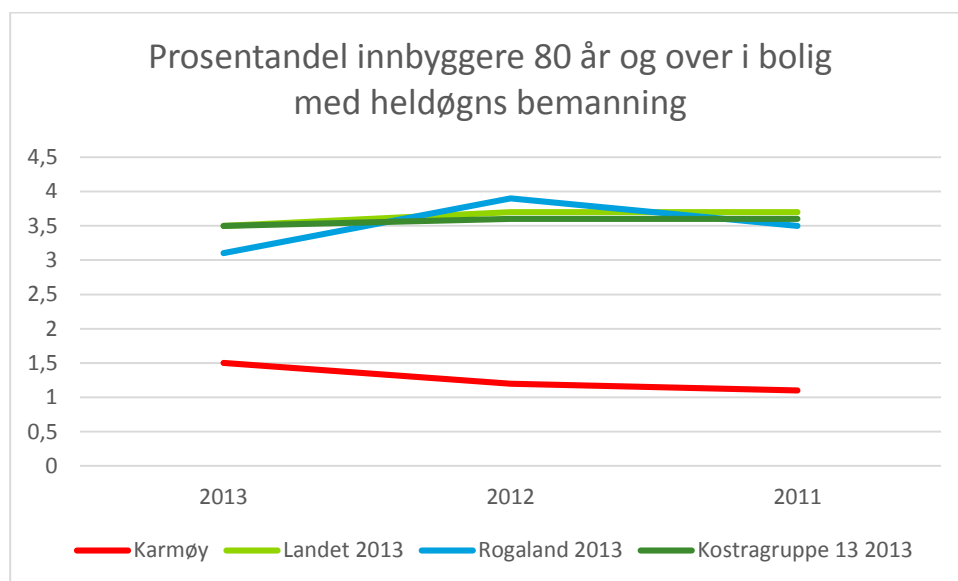
omsorgsboliger med heldøgns bemanning, og at dette skyldes at det ligger føringer for ressursbruk og drift av institusjoner, slik som blant annet krav om sykehjemsleger og sykepleierressurser. I tillegg blir det vist til at pårørende trolig vil involvere seg mer i oppfølgingen av de eldre dersom tilbudet i større grad blir gitt i form av bolig med heldøgnsomsorg.

I kommunens dokument *Fremtidens helse- og omsorgstjenester*²² står det at « (...) heldøgns tjenester i omsorgsbolig skal være en av bærebjelkene i fremtidens omsorgstjeneste. Sykehjem og institusjoner skal vanligvis bare benyttes til korttidsopphold/korttidsbehandlingsopphold»²³

Revisjonen får opplyst at kommunen mangler omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg og at kommunen har få slike boliger i dag. Planen er å bygge om to av sykehjemmene, Skudesnes og Åkra bu- og behandlingshjem, til omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Samtidig vil et nybygg, Veia II, huse 55 nye institusjonsplasser. Revisjonen har fått opplyst at ombyggingen først vil finne sted et par år frem i tid etter at byggetrinn to på kommunens nyeste sykehjem er ferdigstilt.

KOSTRA-tall viser at Karmøy kommune har en betydelig lavere andel innbyggere over 80 år i bolig med heldøgnsbemanning (omsorgsbolig), sammenlignet med både gjennomsnittet for landet, kommunegruppen og andre kommuner i fylket. I 2013 var andelen for Karmøy 1,5%, mens andelen for landet og kommunegruppen var 3,5% og Rogaland 3,1 %

Figur 6: Prosentandel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning (KILDE: KOSTRA)

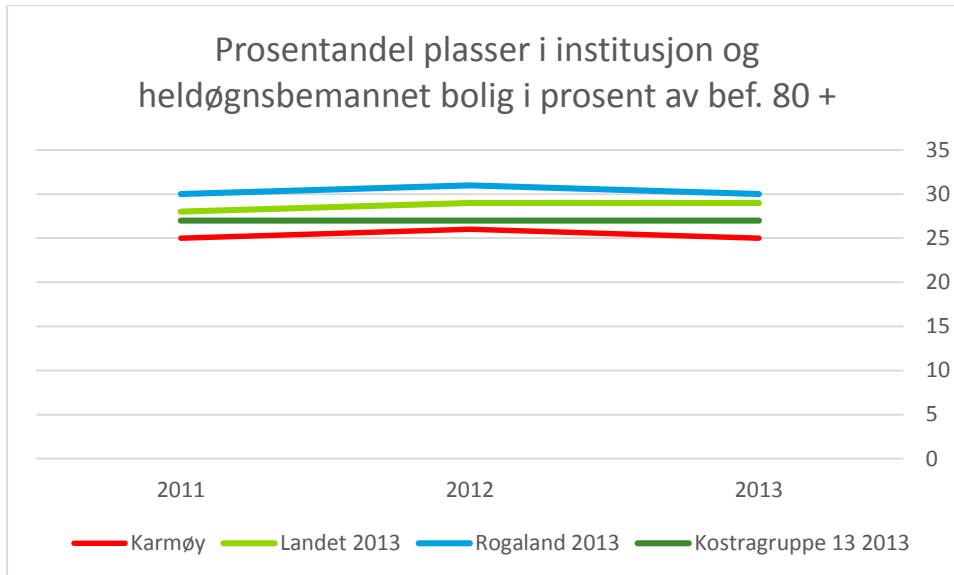


Når vi ser på samlet dekningsgrad for institusjoner og heldøgnsbemannet bolig for befolkningen fra 80 år og over ser vi at Karmøy har en dekningsgrad som er lavere enn gjennomsnittet for kommunegruppen, Rogaland og landet. Figurene nedenfor illustrerer dette og viser at dekningsgraden i Karmøy i 2013 var på 25%:

²² Vedtatt i kommunestyret 14.6.2011, sak 40/11, planlagt revidert våren 2015

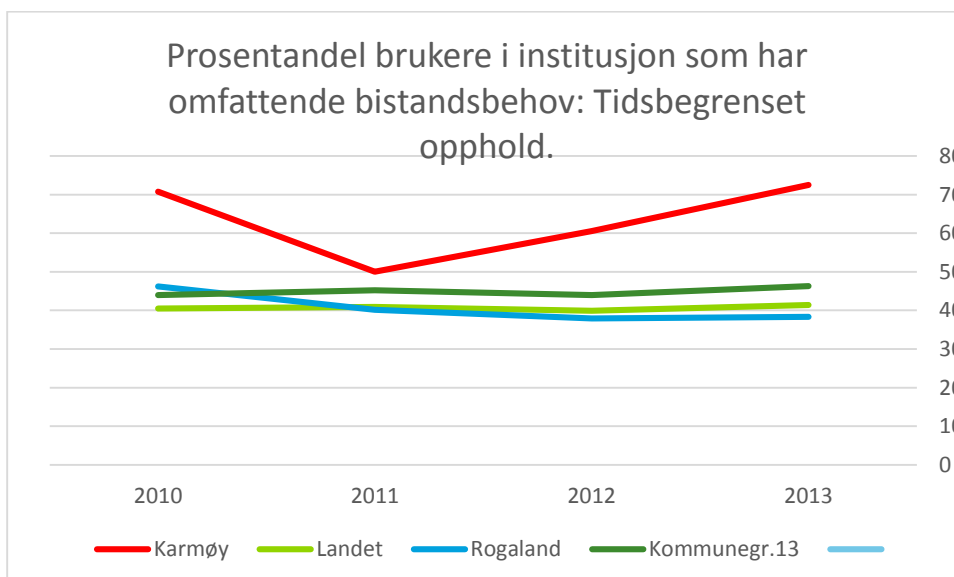
²³ Pkt. 2.1.

Figur 7 Prosentandel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen 80 år og over



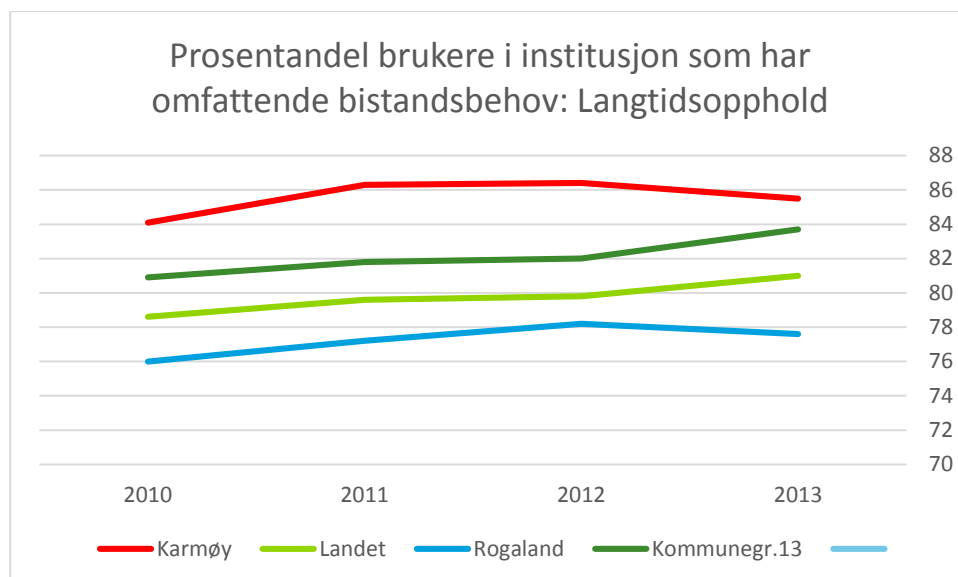
KOSTRA har også tall for prosentandel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov. Tallene viser at Karmøy har en høyere prosentandel brukere med omfattende bistandsbehov på tidsbegrenset opphold i institusjon enn gjennomsnittet for landet, Rogaland og kommunegruppen. I 2013 hadde 72,5% av brukerne i institusjon på tidsbegrenset opphold i Karmøy et omfattende bistandsbehov. Gjennomsnittsandelen for kommunegruppen var imidlertid på 46% og gjennomsnittet for landet, og Rogaland lå enda lavere der henholdsvis 41% og 38% av brukerne på tidsbegrenset opphold hadde omfattende bistandsbehov. Figuren under viser fordelingen:

Figur 8 Prosentandel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov. Tidsbegrenset opphold.



KOSTRA-tallene viser at prosentandelen også for brukere på langtidsopphold i institusjon som har omfattende bistandsbehov ligger over gjennomsnittet for landet, Rogaland og kommunegruppen. I Karmøy er andelen i 2013 86%, mens gjennomsnittet for kommunegruppen var 84%, og gjennomsnittet for landet og Rogaland var på henholdsvis 81% og 78%:

Figur 9 Prosentandel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov: Langtidsopphold.



4.2.2 Dagtilbud

I intervju blir det vist til at kommunen fremover vil fokusere på dagtilbud for å avhjelpe det økte presset på institusjonsplasser. Dagtilbud vil i mange tilfeller kunne avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette behov for heldøgnsomsorg.²⁴ Alle sykehjemmene i kommunen, med unntak av tre, har et dagtilbud for hjemmeboende. I intervju gis det uttrykk for at dagtilbudet som blir gitt til eldre med pleie- og omsorgsbehov er tilfredsstillende og velfungerende. Det blir likevel pekt på at kommunen bør forbedre dagtilbudet for hjemmeboende ved å differensiere tilbudet og ta hensyn til ulike brukergrupper. Kommunen har i dag ikke eget dagtilbud for demente brukere, og revisjonen får opplyst at kommunen ønsker å opprette et slikt tilbud som er differensiert slik at kommunen også kan gi et tilbud til yngre demente. Videre er det et ønske å etablere et dagtilbud som er åpent fra 08.00 – 21.00 syv dager i uken. I dag har kommunen ikke et slikt tilbud i helgene. Planen er å etablere et prosjekt som skal se på dagtilbudet og hva som er behovet fremover, og dette blir også foreslått i forslaget til ny organisering av helse- og omsorgsetaten. I dette dokumentet står det videre at et av målene for prosjektet er å vurdere mulighetene for å etablere et samarbeid med frivillige lag og organisasjoner slik at frivillige driver dagtilbud i kommunen til hjemmeboende eldre og seniorer uten vedtak, men at kommunen har koordineringsansvar for tilbudet.

En utvidelse og differensiering som tar hensyn til ulike brukergrupper vil kunne forbedre dagtilbudet, men det understrekes at for å kunne oppnå denne målsetningen vil det være nødvendig å foreta en omfordeling av tilgjengelige ressurser.

Dagtilbudene har til nå vært organisatorisk plassert i institusjonene, men i forslaget til ny organisering i helse- og omsorgsetaten, foreslås det at tilbudet organiseres som en avdeling i en av hjemmetjenestene. Bakgrunnen for dette er at det er de ansatte i hjemmetjenestene møter brukerne i det daglige.

²⁴ Pkt 4.4. i organisering av helse og omsorgsetaten – dokument til høring (desember 2014)

4.2.3 Hjemmetjenestene

Tall fra kommunens årsmelding for 2013 viser at det fra 2010 til 2013 har vært en økning i antall vedtakstimer om hjemmetjenester på ca. 16 500 vedtakstimer. Tabellen under viser utviklingen.

Tabell 2 Vedtakstimer i hjemmetjenestene i perioden 2010 til 2013

	2010	2011	2012	2013
Antall vedtakstimer hjemmetjenester	223 693	209 416	222 598	240 147

I sak til hovedutvalg for helse og omsorg 28. januar 2015 går det frem at aktiviteten innen hjemmetjenestene i 2014 ligger over det som er målt i tidligere år både totalt og for hver måned.

I saksfremlegget i politisk sak høsten 2014 om *Institusjoner – omsorgstjenesten – behov for tiltak*²⁵ blir det opplyst at i gjennomsnitt ligger hjemmetjenestenes aktivitet på 2500 vedtakstimer over budsjett per måned. Det blir opplyst at årsaken til dette er at brukerne har et større behov enn det budsjettet har lagt opp til. I sak til hovedutvalg for helse og omsorg 28. januar 2015 går det frem at Karmøy kommune i snitt for 2014 utførte 2 859 vedtakstimer over budsjett innen hjemmetjenestene per måned, det vil si 34 308 timer for året totalt.

Revisjonen har fått opplyst at en anslår at ansikt til ansikt (ATA) tiden med brukerne av hjemmetjenestene i Karmøy er om lag 60 %. Kommunen har ikke benyttet verktøy for å måle dette. Revisjonen får videre opplyst at de ansatte i hjemmetjenestene arbeider med utgangspunkt i arbeidslister der det er angitt hvor mye tid de ulike aktivitetene som skal gjennomføres vil ta.

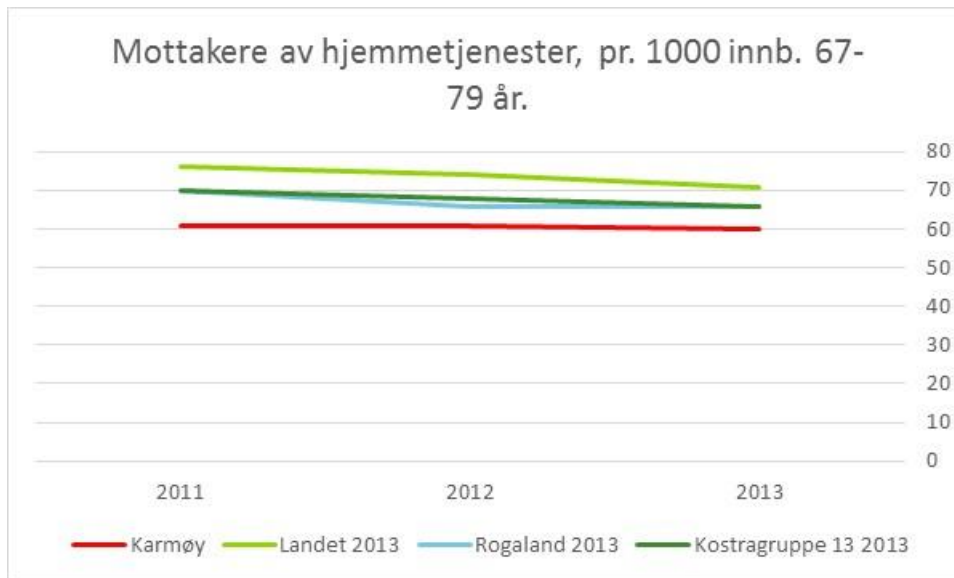
Statistisk sentralbyrå beregner et årsverk eksklusiv ferie til 1750 timer. Dersom 60% av tiden til de ansatte i hjemmetjenestene brukes hos bruker (ATA-tid) vil en person i full stilling arbeide 1050 vedtakstimer per år. I 2014 hadde derfor hjemmetjenestene i kommunen behov for nær 33 personer i full stilling mer enn det var budsjettet for.

KOSTRA-tall for perioden 2011 til 2013²⁶ viser at Karmøy kommune hadde færre innbyggere som er mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere i aldersgruppen 67-79 år enn gjennomsnittet for landet, andre kommuner i fylket og kommunegruppen.

²⁵ Arkivsaknr 14/3398

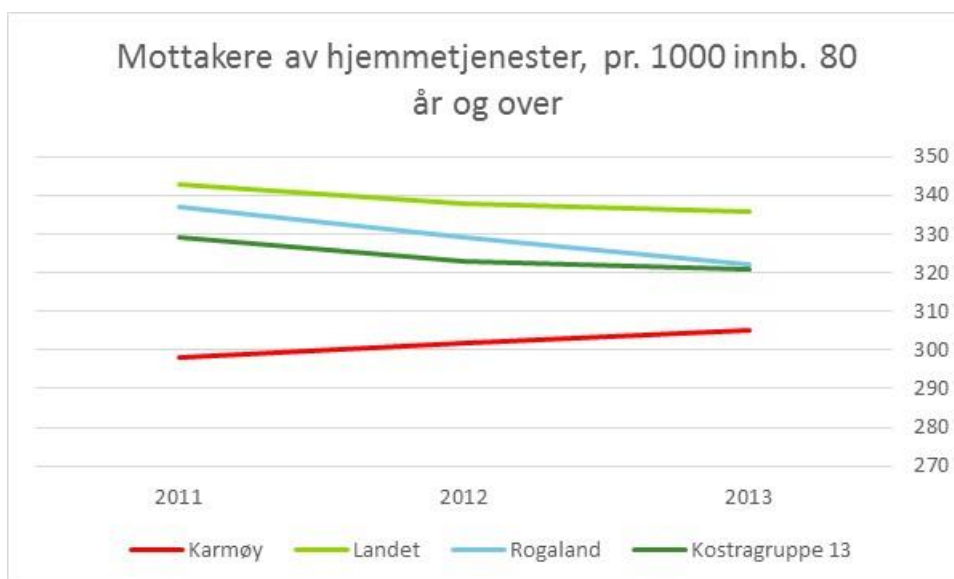
²⁶ KOSTRA- tall for 2014 er ikke klare

Figur 10 Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innbyggere 67-79 år



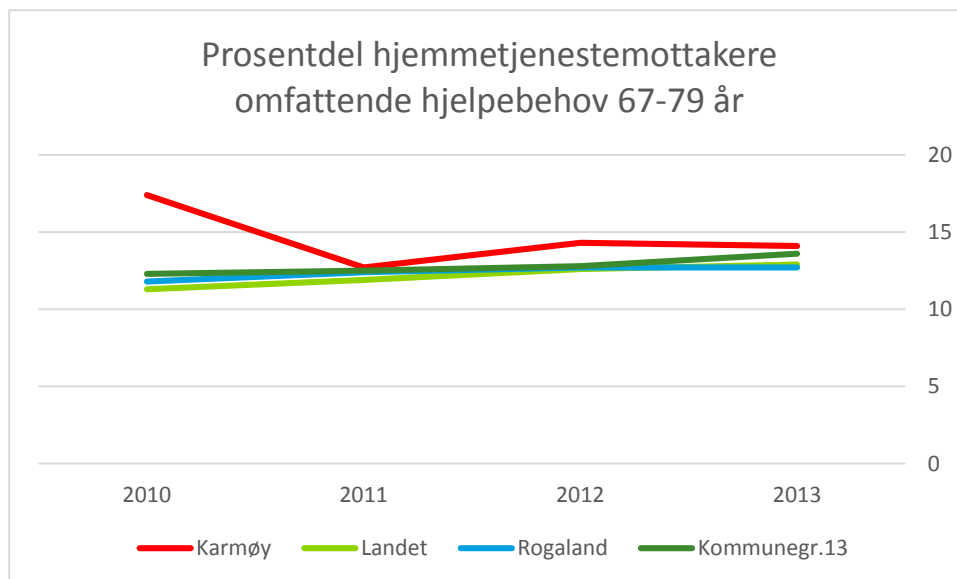
KOSTRA-tall viser også at Karmøy kommune hadde færre innbyggere som er mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere i aldersgruppen 80 år og oppover enn landet, andre kommuner i fylket og kommunegruppen. KOSTRA-tallene viser at mens antallet mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 80 år og oppover har økt de siste årene i Karmøy, har antallet i gjennomsnitt gått ned i landet ellers, i andre kommuner i fylket og i kommunegruppen.

Figur 11 Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innbyggere 80 år og oppover



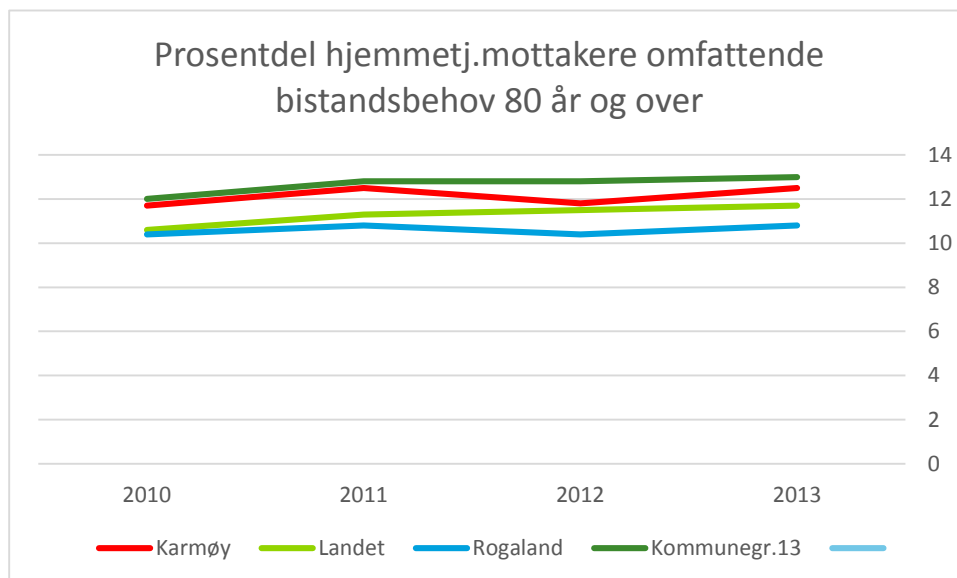
Også for hjemmetjenestene har KOSTRA tall som viser prosentdel hjemmetjenestemottakere med omfattende hjelpebehov i aldersgruppen 67-79 år. Som det går frem av figuren under har Karmøy kommune de siste årene hatt en høyere prosentdel hjemmetjenestemottakere med omfattende hjelpebehov i denne aldersgruppen enn gjennomsnittet for landet, Rogaland og kommunegruppen.

Figur 12 Prosentdel hjemmetjenestemottakere med omfattende hjelpebehov, 67-79 år



Prosentdelen hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov i aldersgruppen 80 år og over ligger for Karmøy sin del noe under gjennomsnittet for kommunegruppen, men over gjennomsnittet for Rogaland og landet. Figuren under viser fordelingen basert på KOSTRA-tall:

Figur 13 Prosentdel hjemmehjelpsmottakere med omfattende bistandsbehov, 80 år og over.



Det er et mål for kommunen at pleie- og omsorgstjenestene innrettes slik at brukerne kan bo lengst mulig hjemme. Kommunen har også mål om at pasienter som skrives ut fra sykehus i størst mulig grad skal reise hjem og motta tjenester der. Det understrekes samtidig at enkelte trenger videre oppfølging eller vurdering av tilrettelegging, og derfor har behov for et opphold på mottaksavdelingen på Norheim bu- og behandlingsheim, før de flytter hjem.

Det blir opplyst i intervju at kommunen lykkes med å få fatt i tilstrekkelig med personalressurser til å dekke behovet for hjemmetjenester, og til å håndtere de bestillingene som kommer fra bestillerkontoret, selv om det tildeles over 2500 timer mer i måneden enn budsjettert. Det blir samtidig pekt på at det er utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig med sykepleiere til stillinger ved enkelte virksomheter i hjemmetjenestene.

Det blir også vist til at brukere plutselig kan få forverret helsetilstanden i en slik grad at det kan medføre store hjelpebehov og behov for spesialisert kompetanse i hjemmetjenestene, og at dette kan være utfordrende å få på plass.

I saksfremlegget i politisk sak om *Institusjoner – omsorgstjenesten – behov for tiltak*²⁷ blir det opplyst om at den organisatoriske modellen etaten har for ordinær hjemmetjeneste, med forholdsvis små virksomheter, kan ha driftsutfordringer med uforutsigbar produksjon og at det er utfordringer knyttet til å få til en optimal kompetanse og ressursutnyttelse på tvers av virksomhetene. I intervju blir det vist til at dersom det oppstår akutt behov for ressurser, har leder for omsorg sammen med leder forvaltning sett på den totale ressursbruken i hjemmetjenesten.

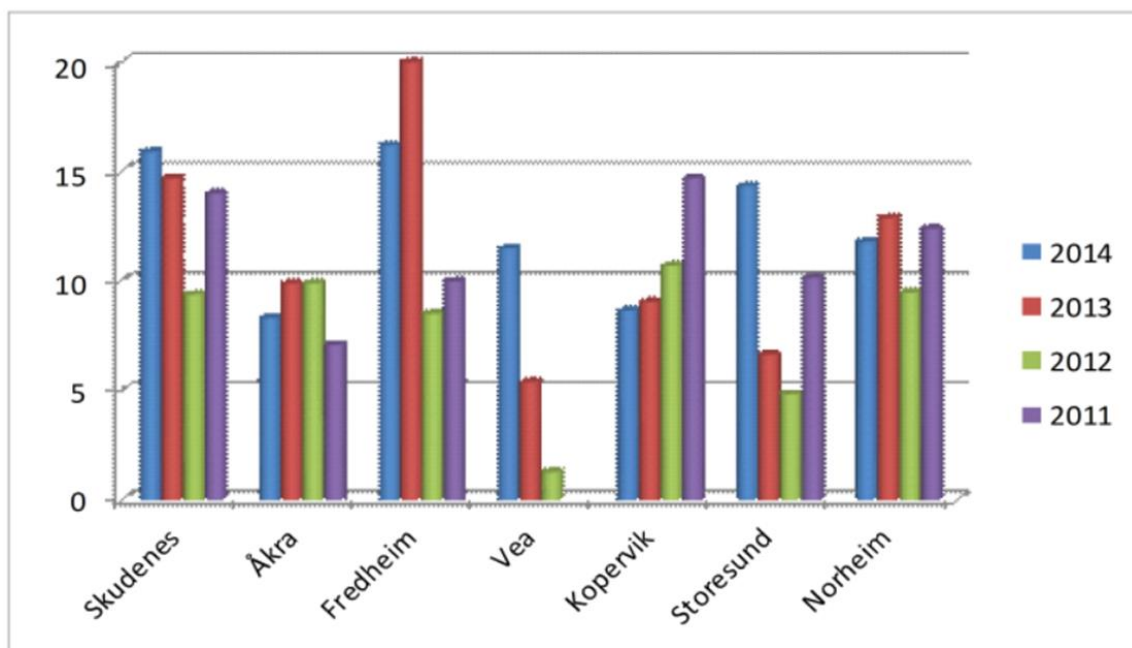
I forslaget til ny organisering for helse- og omsorgsetaten blir det foreslått en organisasjonsendring som innebærer at det vil være tre virksomhetsledere mot tidligere seks i hjemmetjenestene og totalt 13 avdelingsledere under virksomhetslederne. Hensikten er bl.a. å sikre bedre utnyttning av den fagkompetansen som er tilgjengelig.

4.2.4 Sykefravær

Samlet sykefravær i 2013 var for ansatte i institusjoner i kommunen 10,1 %, og 8,8 % for hjemmetjenestene. Tall per 31.5.2014 som revisjonen har mottatt viser at sykefraværet blant institusjonsansatte ligger på 12,6 % og 8,2 % for hjemmetjenestene.

I institusjonene er det store variasjoner i sykefraværet, der to institusjoner peker seg ut med høyere sykefravær enn de andre. Det er en institusjon som har redusert sykefraværet fra 2011 og frem til i dag, ellers har de andre institusjonene økt sykefravær de siste tre – fire årene. Samlet sett har sykefraværet ved institusjonene økt noe fra 2011, da det var på rundt 10 %.

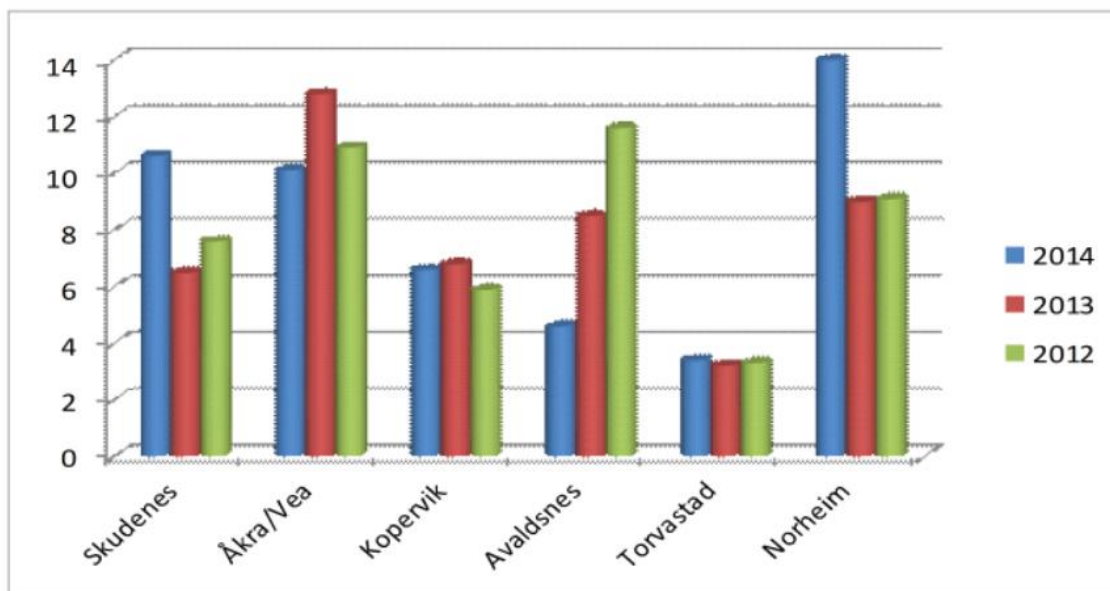
Figur 14: Sykefravær i institusjonene i Karmøy kommune (KILDE: Karmøy kommune)



²⁷ Arkivsaknr 14/3398

Sykefraværet ved hjemmetjenestene har over de siste tre årene også variert både mellom ulike områder, og fra år til år. Tre av områdene har fått et økt sykefravær, mens tre har lavere eller nesten stabilt sykefravær. Det går fram av figuren under at det også er store variasjoner mellom områdene i omfanget av sykefraværet.

Figur 15: Sykefravær i hjemmetjenestene, per område. (KILDE: Karmøy kommune)



I årsrapport 2013 fra virksomhetene i avdeling omsorg, pekes det på flere utfordringer knyttet til sykefravær. Enkelte virksomheter trekker frem at det er brukt tid og ekstramidler til kartlegging og arbeid med utfordringer i arbeidsmiljøet. Det blir vist til at sykefravær medfører store utfordringer i kvaliteten på tjenesten, fordi forutsigbarhet i relasjonen mellom bruker og ansatt er en viktig del av tilbudet som blir svekket ved mye fravær. I tillegg pekes det på at høyt sykefravær medfører større belastning for de ansatte som fortsatt er på jobb. Arbeidspresset øker og skaper utfordringer for personalet på grunn av for lav grunnbemanning.

Revisjonen har fått opplyst at det i etaten er aktive HMS-IA grupper som har arbeidet med jobbnærvær. Det er også utarbeidet en IA-handlingsplan. Hovedmålet er at den ansatte skal være på jobb, så langt det lar seg gjøre. I intervju er det flere som mener at sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er høyere enn ønskelig. For å møte denne utfordringen har kommunen gjort endringer i sykefraværsoppfølgingen. Blant annet ved at det er innført tidlige dialogsamtaler, samt at ansatte skal fylle ut et skjema sammen med leder tidlig i sykdomsforløpet. I skjemaet skal det settes opp hvilke oppgaver den ansatte eventuelt kan utføre. Dersom det blir aktuelt med sykemelding, tar den ansatte med seg til skjemaet til legen, og det skal da gå klart frem av skjemaet hvilken type tilrettelegging arbeidsgiver kan tilby.

I intervju pekes det på at det er legemeldt sykefravær som er høyt, ikke bruk av egenmeldinger. Det blir opplyst at kommunen til tross for fokus på nærværarbeid, ikke har lyktes med å finne klare årsaker til at fraværet har steget brått enkelte steder.

Som nevnt ovenfor blir det opplevd som en utfordring med gjeldende organisering at enkelte ledere har for stort lederspenning slik at sykefraværsoppfølgingen blir vanskelig.

4.3 Tilpasning av tjenestetilbudet til Samhandlingsreformen og pågående utviklingsarbeid

Kommunens beslutning om å legge korttidsplasser til to av sykehjemmene var et svar på samhandlingsreformen og behov for å tilpasse tjenestetilbudet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Det blir vist til at en slik organisering blant annet forhindrer at praktiske oppgaver knyttet til hyppig inn- og utskrivning tar fokus bort fra pasienter på langtidsplasser.

I og med at kommunen nå tar seg av pasienter som tidligere oppholdt seg i sykehus, har pasientene på sykehjemmet dårligere helse og har behov for annen type pleie og tilsyn enn tidligere.

Kommunen har i samarbeid med andre kommuner inngått samarbeidsavtaler med helseforetakene. Allerede før innføringen av samhandlingsreformen hadde kommunen en intensjonsavtale med Helse Fonna. Revisjonen får opplyst at samarbeidsavtalene definerer og avklarer ansvarsområder og oppgaver mellom kommunen og helseforetaket.

I intervju blir det opplyst at samarbeidsavtalene er et godt verktøy for å komme til enighet om hvordan kommunen og helseforetaket skal innrette seg. Revisjonen får opplyst at både kommunen og helseforetaket har hatt avvik fra inngåtte avtaler, blant annet når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Fra kommunens side er det en oppfatning av at enkelte pasienter med fortsatt behandlingsbehov meldes utskrivningsklare for tidlig og dermed kommer for raskt ut av sykehus, og i enkelte tilfeller uten at det er gitt tydelig nok beskjed om utskrivelse. Det fremkommer i omsorgsavdelingens årsrapport for 2013 at det forekommer tilfeller hvor pasienter blir skrevet ut fra sykehuset på kort varsel, helt ned til to timer. Revisjonen får opplyst at dette er iht. inngått avtale. I intervju blir det vist til at pasientene også ofte har store og varierende behov, og utskrivninger på kort varsel kan bli problematiske bl.a. med hensyn til å organisere hjelpemidler og nødvendige resepter/medisiner.

Det er jevnlig dialog mellom kommunen og helseforetaket, og det avholdes møter mellom helse- og omsorgssjefen og helseforetaket på overordnet nivå. Det oppleves uproblematisk for kommunen å be om et møte med helseforetaket, for eksempel for å drøfte avvik.

E-meldingssystemet som brukes mellom kommunen og sykehuset blir opplyst å fungere bra. Opplevelsen er at overgang fra telefonsamtaler til skriftlig kommunikasjon gir færre feilkilder, og at det blir lettere å identifisere eventuelle mangler. Kommunen opplyser at det har blitt gitt opplæring til alle ansatte i aktuelle driftsenheter i å håndtere e-meldinger som sendes mellom kommunen og helseforetaket. Videre skal alle ledere ha fått opplæring i samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket.

4.3.1 Mottak av utskrevne pasienter fra sykehus

Revisjonen får opplyst at med dagens løsning med mottaksenhet ved et av sykehjemmene, sikres felles rutiner for mottak av pasienter fra sykehus.

Det skjer ofte at pasienter blir skrevet ut i helger og på helligdager, når bestillerkontoret er stengt. Utenfor bestillerkontorets åpningstider er det mottaksenheten som mottar melding om utskrivningsklare pasienter. I intervju blir det vist til at denne løsningen fungerer godt.

I intervju blir det vist til at det sjelden forekommer at kommunen ikke har et tilbud til pasienter som skrives ut fra sykehuset. Ved mangelfull kapasitet på institusjonsplasser, kan kommunen oftest tilby et forsvarlig tjenestetilbud i hjemmet. Kommunen har hatt en halvering av utgifter til utskrivningsklare pasienter fra 2013 til 2014:

- 2013: 538 overliggedøgn, utgifter på 2.127.000 kr
- 2014: 287 overliggedøgn, utgifter på 1.077.000 kr (Revisjonen har fått opplyst at dette tallet kan bli noe justert ettersom regnskapet for 2014 ikke er helt klart når tallene oppgis)

Ved Norheim bu- og behandlingsheim avholdes ukentlige tverrfaglige møter, som bidrar til at pasienter så snart som mulig kan utskrives til hjemmet. I rehabiliteringssaker knyttes et innsatsteam til aktuell bruker for å sikre overgangen fra sykehjem til videre rehabilitering i hjemmet.

4.3.2 Tekniske hjelpemidler

I intervju blir det vist til at kommunen har opplevd en økning i behovet for hjelpemidler etter innføringen av samhandlingsreformen, både i omfang av hjelpemidler og varighet på de periodene brukerne trenger hjelpemidlene. Det pekes på at tidsaspektet er blitt mer avgjørende. Bakgrunnen for dette er at dersom pasientene får rask tilgang til hjelpemidler kan de raskere overføres fra sykehuset til kommunen. Fordi kommunen må betale for overliggedøgn når pasientene er utskrivningsklare, haster det for kommunen å få tak i hjelpemidler når pasienter skrives ut.

Kommunen har et utlånslager for hjelpemidler, som også utfører tjenester for hjelpemiddelsentralen. Enten søker sykehuset om hjelpemidler på vegne av brukeren, eller kommunale ergoterapeuter og fysioterapeuter kan hjelpe den enkelte med å skaffe hjelpemidler. Hjelpemiddellageret i kommunen er ikke bemannet i helger, og kommunen ønsker derfor å få beskjed om utskrivelse i god tid, slik at de kan sørge for å fremskaffe nødvendige hjelpemidler tidsnok til utskriving. Revisjonen får videre opplyst at informasjon om utskrivelser går til bestillerkontoret, og dersom informasjon om brukeres behov ikke meldes i henhold til avtale, sendes det avviksmelding.

Det blir i intervju opplyst at kommunen har et ressursproblem når det gjelder å ha tilstrekkelig med personell som kan bistå og veilede i å skaffe og ta i bruk hjelpemidler. Når en bruker skal ha et hjelpemiddel, må det foretas vurderinger av hvilken type hjelpemiddel som er riktig, veiledning rundt montering og bruk, samt at hjelpemiddelet må kjøres ut/ monteres.

I intervju blir det opplyst at dersom en utskrevet pasient trenger tilrettelegging hjemme, og det ikke lar seg gjøre å få tak i nødvendige hjelpemidler umiddelbart, tilbyr kommunen en korttids plass på institusjon.

4.3.3 Akutt tilbud

Karmøy kommune etablerte et akutt tilbud med sengeplasser/døgntilbud til øyeblikkelig hjelp som var i drift fra 10. november 2014. Akutt tilbudet er lokalisert på Norheim bu- og behandlingsheim, i samme institusjon som mottaksavdelingen for utskrevne pasienter fra sykehus.

I intervju blir det pekt på at dette tilbudet blir ansett som et positivt tiltak med store muligheter, blant annet fordi brukere med kroniske plager kan slippe å dra på sykehuset. Det blir vist til at det er viktig at akutt tilbudet blir utformet slik at legene velger å bruke disse plassene fremfor sykehusinnleggelse.

4.4 Budsjettering og budsjettoverskridelser

4.4.1 Bakgrunn for budsjettoverskridelser

Budsjettoverskridelsene har vært betydelige de siste årene både knyttet til institusjonsdrift og hjemmetjenester. I sak om budsjett 2015 til hovedutvalg for helse og omsorg 28.1. 2015 går det frem at korrigert avvik for helse- og omsorgssektoren i Karmøy kommune ble på ca 25 millioner kroner i 2014.

Ledelsen i helse- og omsorgsetaten mener budsjettene ikke har tatt høyde for det aktivitetsnivået sektoren faktisk har, og siden tjenestene er rettighetsbaserte, har det ikke vært lett å kutte i tilbudet. Det blir opplyst at det særlig er volumet knyttet til hjemmetjenester som har økt, men også andre rettighetsbaserte tjenester.

Da administrasjonen la frem saken *Institusjoner – omsorgstjenesten – behov for tiltak for politisk behandling* høsten 2014 ble det gjort en gjennomgang av årsaken til forventet budsjettoverskridelse i 2014. Hovedårsakene til budsjettoverskridelsene ble opplyst å være merforbruk innenfor institusjonstjenestene og hjemmetjenestene. Av saksutredningen går det videre frem at merforbruket er knyttet til lønnsutgifter, høy bruk av sykevikar og andre vikarutgifter og overtid.

I intervju blir det imidlertid også vist til at kommunen ikke så konsekvensene av hva det ville koste å etablere en egen mottaksavdeling og at driftskostnadene her har blitt høyere enn forventet fordi mottaksplassene krevde mer bemanning enn først antatt. Ved funksjonsfordelingen ved å innføre sykehjem med kun korttidsplasser eller langtidsplasser ble pleiefaktoren ved de ulike sykehjemmene justert i forhold til bemanning og budsjett. Det er opplyst at det i forbindelse med budsjettet for 2015 ble gjort en analyse av bemanning og drift for å sikre realistisk budsjett.

4.4.2 Budsjettering

I forbindelse med utarbeiding av budsjett mottar etatene et budsjettsskriv fra økonomiavdelingen som danner grunnlag for arbeidet med å utarbeide et realistisk budsjettforslag for kommende år. Innenfor rammene skal etatene legge frem forslag til tiltak som er nødvendig for å kunne holde den rammen de har til rådighet. Revisjonen får opplyst at det i budsjettsskrivet er spesielt pekt på nødvendigheten av å innarbeide et realistisk budsjett og at det står at kostnadsdrivere/aktivitetsdata bør tallfestes så langt som mulig, slik at man har kontroll på hvilke forutsetninger som ligger til grunn.

Helse- og omsorgsetaten har egen stab som skal ivareta oppgaver innen økonomi- og budsjettoppfølging på sine områder. Under dette ligger også det å følge opp virksomhetene og utarbeidelse av etatens budsjettforslag innenfor de rammene som er sendt ut sentralt. I intervju får revisjonen opplyst at helse- og omsorgssjefen får innspill fra virksomhetslederne i budsjettarbeidet. I tillegg til helse- og omsorgssjefen, er leder for forvaltningsenheten, ledergruppen for avdelingene omsorg og helse og personalsjefen involvert i utarbeidelsen av budsjettet. Budsjettforslaget som blir utarbeidet gjennomgås og bearbeides i dialog med budsjettssjef, etatsledelsen og rådmann med ledergruppe.

Fra økonomiavdelingen får revisjonen opplyst at stramme tider gjør det utfordrende å få på plass et realistisk budsjett innenfor helse- og omsorgsområdet. Budsjettet for helse og omsorg utarbeides i samarbeid med etaten. Fokus fra økonomiavdelingens side har vært å veilede og være diskusjonspartner for etaten og etterspørre og ha fokus på om etaten har sikret at budsjettet er realistisk.

Fra økonomiavdelingen blir det videre pekt på at kapasiteten knyttet til oppfølging, analyse og utredninger på økonomiområdet oppleves som knapp, blant annet fordi nøkkelpersoner i staben har mange andre oppgaver de skal håndtere samtidig.

4.4.3 Tiltak for å sikre bedre budsjettbalanse og effektivisere tjenestene

Revisjonen har fått opplyst at sykehjemmene tidligere har fått tildelt en ramme, basert på en beregning av antall sengeplasser. Nå vil kommunen i større grad fordele midler basert på om et sykehjem bare har korttidsplasser, eller om det er langtidsplasser og demens-/forsterket avdeling; altså hvilke brukergrupper som bor på sykehjemmet. Revisjonen har fått opplyst at det i forbindelse med budsjettet for 2015 ble gjort analyser av brukere og kostnader ved de enkelte sykehjemmene for å vurdere ressursfordelingen mellom dem.

I saken *Institusjoner – omsorgstjenesten – behov for tiltak for politisk behandling* går det videre frem at omgjøring av ekstrahjelp til faste stillinger pågår for å styrke grunnbemanningen. Likevel blir det vist til at kostnadene øker og at flere av virksomhetene har utfordringer med å levere

dagens volum av tjenester innenfor vedtatte rammer. I denne sammenhengen blir det vist til at høyt pleiebehov på brukere som kommer fra sykehuset er en kostnadsdriver.

Som nevnt over er planlagt omorganisering bl.a. ment som et tiltak som kan bidra til å sikre bedre budsjettbalanse og effektivisere tjenestene ved at lederne får samlet ansvar for fag, personell og økonomi. Forslaget til ny organisasjonsstruktur har til hensikt å gi større mulighet for fleksibilitet med hensyn til bruk av ressurser/kompetanse og videre skal færre ansatte per leder med personalansvar gi tettere sykefraværsoppfølging.

I intervju blir det også vist til at det er store forskjeller mellom sykehjemmene når det gjelder ressursbruk, og at de små institusjonene med færrest beboere er dyrest å drive. Det blir videre pekt på at kombinasjon av både langtids- og korttids plasser på samme sykehjem er ressurskrevende, og at den gjennomførte omleggingen i kommunen vil kunne bidra til mer effektiv drift og at kommunen forventer å se resultater av dette i 2015.

I intervju blir det understreket at selv om man ikke kan legge til grunn budsjetter fra tidligere år, særlig når kommunen står oppe i en omlegging av helse- og omsorgstjenestene, gir det en viss forutsigbarhet å se på tidligere års budsjetter. I budsjettprosessen gjøres det vurderinger med tanke på størrelse på sykehjemmene og hvilke plasstyper sykehjemmet har (korttids- eller langtids plasser). Igjen pekes det på at ressurskrevende brukere er et kostnadsdrivende element, og at sykehjem med skjermet avdeling, som Veia sykehjem, krever høyere bemanningsfaktor på grunn av krevende beboere.

Revisjonen har fått opplyst at etatsledelsen har fokus på å sikre god ressursbruk og drift, og involverer lederne i virksomhetene i dette arbeidet. Virksomhetslederne skal jobbe med sine ansatte for å skape bevissthet rundt ressursbruk. Som en del av arbeidet, gjøres det løpende vurderinger knyttet til om kommunen tilbyr et tjenestenivå som er tilpasset behovet. Det har også blitt gjort analyser av hjemmebaserte tjenester med tanke på utmåling av tjenester, for å vurdere om tjenestenivået kan reduseres uten at tilbudet blir uforsvarlig og går ut over brukernes rettigheter. Også i institusjonene undersøkes det om ressursbruken er riktig.

I intervju blir det pekt på at kommunen er opptatt av hvordan en kan effektivisere tjenestene som ytes og uten at dette går på bekostning av kravet til faglig forsvarlige tjenester. Helse- og omsorgssjefen mener det kontinuerlig må gjøres vurderinger og analyser av hvilke tjenester kommunen skal tilby, og om det er kommunens oppgave å gjøre oppgaver som ikke er lovpålagt. Revisjonen har fått opplyst at det ble gjennomført ekstern analyse med dette som tema i 2011. Det blir ellers vist til at ledelsen har invitert de ansatte til å komme med innspill til hvordan kommunen bør drive tilbudet til innbyggerne og få til en optimal drift.

Revisjonen får videre opplyst at det arbeides kontinuerlig med å vurdere tjenestenivået i hjemmetjenestene, samtidig holdes det fokus på de ansattes holdninger med hensyn til nivå på tjenestene og hvordan arbeidet bør utøves. Bl.a. har de ansatte ved sykehjemmene med korttids plasser og de ansatte i hjemmetjenestene blitt kurset i bruk av pasientens iboende ressurser. I intervju blir det opplyst at kommunen i 2014 startet et pilotprosjekt i hverdagsrehabilitering i Åkra/Veia hjemmetjeneste. Hverdagsrehabilitering er en omsorgstjeneste med målrettet innsats i en tidsavgrenset periode. Dette innebærer at det gis intensive tjenester i oppstarten, i den hensikt at brukeren vil klare seg med færre tjenester lenger ut i rehabiliteringsløpet. Dette vil være med på å gjøre brukeren mest mulig selvstendig og i stand til å bo hjemme lengst mulig.

I intervju blir det vist til at kommunen jobber med å bedre dokumentasjonen på tilbudet som ytes til den enkelte bruker. I budsjettet for 2015 ble det vedtatt å innføre mobil tilgang (nettbrett og mobil) til den elektroniske pasientjournalen Profil, slik at de ansatte kan registrere pasientopplysninger i journalen mens de er hjemme hos brukere. Det pekes på at det er ikke optimalt at ansatte må vente med å føre opplysninger inn i journalen til de kommer tilbake til kontoret, fordi det vanskeliggjør arbeidet og øker sjansen for at dokumentasjonen ikke skjer på

ønsket måte. Ved å forenkle dokumentasjonsprosessen med bruk av nettbrett kan tiden som brukes på rapportering reduseres, og de ansatte kan bruke mer tid ute med brukerne. I budsjett-fremlegget blir det opplyst at årlige driftskostnader er beregnet til 1 million kroner, og revisjonen har fått opplyst at bruk av mobil omsorg vil være en effektivisering som vil frigjøre inntil 4 millioner kroner per år.

Fra økonomiavdelingen i kommunen blir det vist til at helse- og omsorgsetaten på tross av økte bevilgninger, ikke vil få dekket et merforbruk tilsvarende det overforbruket etaten hadde i fjor, innenfor årets budsjett. Deler av utfordringene må løses gjennom andre tiltak og effektivisering. Det blir opplyst at det er avgjørende at etaten får effekt av de tiltak som er igangsatt eller som er planlagt i 2015, blant annet knyttet til omorganisering, funksjonsfordeling, mobil omsorg og nærværarbeid. Ledelsen i helse- og omsorgsetaten peker på at budsjettet for 2015 er sårbart f.eks. dersom kommunen skulle få ansvar for et økt antall ressurskrevende brukere. Oppfatningen er derfor at det er risiko for at virksomhetene innenfor Helse og omsorg ikke vil få dekket sine kostnader innenfor budsjettet for 2015.

4.5 Tildeling av tjenester

4.5.1 Bestillerkontoret for helse- og omsorgstjenester

Karmøy kommune har et bestillerkontor for helse- og omsorgstjenester, som mottar og behandler søknader om helse- og omsorgstjenester. Det er totalt 21 ansatte ved kontoret, fordelt på 19,85 årsverk. Flertallet av de ansatte er saksbehandlere som behandler søknader om helse- og omsorgstjenester, men det er også 4-5 merkantile stillinger som blant annet håndterer oppgaver knyttet til egenbetaling. Det er også en kreftkoordinator ved kontoret.

Saksbehandlerne ved kontoret er inndelt i team som er spesialisert på de ulike fagfeltene. Det blir i intervju pekt på at det er utfordrende å holde seg oppdatert på alle typer tjenester og rettigheter slik at det er en fordel at saksbehandlerne har spesialistområder. Hvert team har en fagansvarlig, og det blir gjennomført veiledning og fagmøter i teamene for å kvalitetssikre vedtak.

Kompliserte tilfeller drøftes i tiltaksmøter, eller med leder for bestillerkontoret og fagansvarlig. Saksbehandlerne har i det daglige tett dialog og samarbeid seg imellom, for å sikre likebehandling av saker.

4.5.2 Saksutredning og tildeling

I intervju blir det opplyst at bestillerkontoret og omsorgstjenestene i kommunen har god dialog, og det gjennomføres månedlige møter for å drøfte aktivitetsnivået og tjenestene. På møtene deltar avdelingssjef for omsorgstjenestene, leder for bestillerkontoret og leder av forvaltningsenheten.

Kommunen opplyser på sine nettsider at alle søknader om helse- og omsorgstjenester vurderes individuelt. Det blir videre opplyst at vurderingen skal foretas i dialog med bruker, enten per telefon, ved møter på bestillerkontoret eller ved hjemmebesøk. Saksbehandler og tjenesteutøver samarbeider for å finne fram til det riktige tjenestetilbudet til brukerne.

I intervju blir det informert om at alle nye brukere skal ha et hjemmebesøk fra bestillerkontoret i forbindelse med søknad om tjenester, men at dette ikke alltid er mulig å gjennomføre i praksis, særlig i perioder med avvikling av ferie eller ved fravær hos bestillerkontoret. I tilfeller der brukeren søker om forlengelse av en pågående tjeneste, er det ikke alltid bestillerkontoret vurderer det slik at det er behov for å ha nye hjemmebesøk. I slike tilfeller kontaktes bruker eller pårørende per telefon.

Når kommunen får melding om utskrivingsklar pasient fra sykehuset danner denne meldingen ofte grunnlag for en søknad om sykehjemsplass eller hjemmetjenester. Kommunen har erfart at pasienter ofte blir skrevet ut så kort tid etter henvendelsen at saksbehandlerne ikke får tid til å foreta hjemmebesøk. I slike tilfeller tar bestillerkontoret utgangspunkt i informasjonen som er gitt i

forbindelse med utskrivning fra sykehuset for å sette i gang tjenester fra hjemmetjenesten. Hjemmebesøk blir eventuelt gjort i etterkant, for å vurdere om informasjonen om tjenestebehov var riktig, eller om det må gjøres justeringer.

I intervju blir det pekt på at enkelte av saksbehandlerne ved bestillerkontoret har gitt uttrykk for at de ønsker å bruke mer tid på hjemmebesøk, for å kunne danne seg et tydeligere bilde av brukerens situasjonen ved tildeling av tjenester. Det blir vist til at hjemmebesøk gjør det mulig å se og vurdere bruker i sitt eget miljø. Samtidig blir det vist til at hjemmebesøk bare gir et øyeblikksbilde og at bestillerkontoret også må ta med informasjon fra bruker selv og andre om hvordan bruker er i andre situasjoner og til andre tider på døgnet. På bakgrunn av dette er oppfatningen at kvaliteten i tildelingene også er god uten hjemmebesøk og at justeringer i tildeling stort sett skjer på bakgrunn av endrede behov og ikke på bakgrunn av feil i tildeling.

I intervju blir det pekt på at det er tett dialog mellom bestillerkontoret og tjenesteutøvere. I vedtak og bestillinger til hjemmetjenestene, angis det antall timer som bestillerkontoret anslår at brukeren har behov for. Det pekes i intervju på at tjenesteytere i møte med brukere kan vurdere hvorvidt det innvilgede antall timer er riktig, eller om brukeren trenger mer eller mindre hjelp. Tjenestenivået til den enkelte blir på denne måten tilpasset den enkeltes behov gjennom dialog mellom utfører og bestiller.

Av intervju går det frem at de ansatte innen helse- og omsorgstjenestene er mer opptatt av hvilken type hjelp brukeren skal ha, heller enn tidsbruk og antall timer. Dersom en bruker har behov for mindre endringer eller justeringer i tjenestetilbudet, er oppfatningen at det ikke er nødvendig å ta opp saken på nytt for å gjøre små justeringer i timetallet det er fattet vedtak om. Samtidig understrekes det at dersom det skjer større endringer i behovet til den enkelte, blir det fattet et nytt vedtak. Det blir også fattet nytt vedtak dersom en endring i tilbudet omfatter tjenester med egenbetaling som brukere skal faktureres for.

Det er utarbeidet egne rutiner for evaluering av de tjenester som er tilmålt og fattet vedtak om.. I intervju blir det opplyst at det er et etterslep når det gjelder evaluering av tiltak, men det blir pekt på at brukerne får den hjelpen de har behov for selv om vedtakene ikke blir revidert så ofte som ønskelig. Det blir opplyst at konsekvensene av at vedtak ikke blir revidert, kan være at brukerne mottar et tjenestenivå som er høyere enn hva kommunen er forpliktet til å yte.

4.5.3 Rutiner og maler for tildeling av tjenester

Revisjonen får opplyst at bestillerkontoret har et godt system for rutiner og håndbøker knyttet til saksbehandlingen, og at rutineene for vurdering av brukernes behov fungerer tilfredsstillende. Ettersom saksbehandlerne må gjøre mange individuelle skjønnsvurderinger, oppleves rutineene som nyttige hjelpemidler som bidrar til å sikre at saksbehandlerne forholder seg til lover og regler for hvordan tildeling skal gjøres. Rutineene bidrar også til at skjønnsvurderinger kan gjøres mest mulig likt. Revisjonen har fått tilsendt kommunens rutiner for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Disse rutineene omfatter lovhjemmel som tjenesten tildeles på grunnlag av, kriterier for tildeling av den enkelte tjeneste og utmåling eller normer for hvordan tiltaket skal utformes.²⁸

²⁸ Følgende helse- og omsorgstjenester har revisjonen mottatt tildelingsrutiner for:

- Korttidsopphold i syke- eller aldershjem
- Langtidsopphold i syke- eller aldershjem
- Praktisk bistand i hjemmet i form av hjemmehjelp
- Praktisk bistand og opplæring (i form av miljøarbeid)
- Hjemmesykepleie
- Trygghetsalarm
- Individuell plan (IP) og koordinator
- Samtaler med psykiatrisk sykepleier
- Omsorgslønn for voksne omsorgstrengende
- Helhetlig rehabilitering (inkl. habilitering)
- Dagopphold på psykiatrisk dagsenter
- Støttekontakt

Saksbehandlerne ved bestillerkontoret benytter maler for vedtak og brev, og ifølge de som er intervjuet bidrar dette til å sikre at alle vedtak som fattes både inneholder nødvendige opplysninger om vurderinger og viser til relevant lovverk. Flere av malene er gjennomgått av kommuneadvokat for å sikre at informasjon om innsynsrett, klagerett og andre formelle elementer er tatt med.

Det blir opplyst at malene oppdateres jevnlig, og at de ligger lett tilgjengelig i journalsystemet Profil. I intervju blir det også opplyst at malene fungerer godt, men det pekes samtidig på at det er en utfordring å sørge for løpende justeringer og oppdateringer ettersom nye lover, regler og rettigheter kommer. Av og til kan det oppstå et etterslep med tanke på å sikre at maler foreligger i siste oppdatert versjon. I stikkprøvene av 17 vedtak som revisjonen har gjennomført, ble maler benyttet i samtlige vedtak

4.5.4 Vedtaksutforming

I intervju blir det opplyst at forvaltningslovens krav til saksbehandlingstid på fire uker overholdes i alle saker. I stikkprøvene som er gjennomført av 17 vedtak i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, ble saksbehandlingstiden overholdt i alle sakene. Revisjonen har videre fått opplyst at saksbehandling og tildeling av tjenester skjer fortløpende, og at alle med et reelt behov får tildelt tjenester. I noen tilfeller starter tjenesten opp før vedtaket er formelt fattet, for eksempel i tilfeller der bruker har akutt behov.

I intervju blir det opplyst at bestillerkontoret har rutine for å kontakte bruker innen fem dager etter at søknad er mottatt. Det blir videre opplyst at det meldes avvik internt dersom forvaltningslovens krav ikke overholdes av bestillerkontoret, og at avvikene følges opp av leder for bestillerkontoret.

Stikkprøvegjennomgangen viste ellers at det i alle vedtak ble vist til hvilke regler vedtakene bygget på og det ble opplyst om klagerett, klageinstans og klagefrist. I stikkprøvene fant revisjonen også at kommunen brukte følgende standardformulering knyttet til grunngeving av vedtakene «*På bakgrunn av en vurdering av de faktiske forhold har kommunen vurdert at du oppfyller vilkåret for å motta nødvendige helse- og omsorgstjenester*» og at denne formuleringen så er etterfulgt av opplysninger om hvilke tjenester som er innvilget. Vedtakene inneholder ikke beskrivelse av de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av skjønn. Det blir imidlertid opplyst om innsynsrett og hvem som kan kontaktes dersom mottaker av vedtaksbrevet ønsker å gjøre seg kjent med de saksdokumenter som ligger til grunn for kommunens vurdering og avgjørelse.

4.5.5 Klagesaker

I intervju blir det vist til at bestillerkontoret er opptatt av at kommunen skal yte et forsvarlig tilbud til den enkelte og at brukerne oppfordres til å klage dersom de er misfornøyd, for å få prøvd saken i en overordnet instans. Revisjonen får opplyst at det kommer noen klager på tjenestenivå og utmåling av tjenestetilbud med bakgrunn i at brukere eller pårørende mener å ha krav på en bestemt type tjenester, for eksempel sykehjemsplass.

Karmøy kommune hadde i 2013 17 klagesaker knyttet til tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Av disse er 12 vedtak omgjort av bestillerkontoret, og fem vedtak er opprettholdt også etter at de er behandlet av fylkesmannen.

I 2014 hadde kommunen 25 klagesaker, av disse er tre under behandling i bestillerkontoret. Ti vedtak er omgjort av bestillerkontoret, og seks vedtak er opprettholdt etter behandling av fylkesmannen. Ett vedtak ble opphevet av fylkesmannen, og fire saker er fremdeles til behandling hos fylkesmannen.

4.6 System for å sikre etterlevelse av kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien

4.6.1 Bruk av enerom og dobbeltrom ved sykehjemmene

Per januar 2015 har alle beboere i sykehjem i Karmøy enerom. Kommunestyret vedtok i desember 2014 å opprette inntil 16 korttidsplasser på Norheim BBH.²⁹ Av rådmannens forslag går det frem at rommene som er tenkt til dette formålet er dobbeltrom, men det blir vist til at rommene ved Norheim er store og revisjonen har fått opplyst at de i sin tid var bygget slik for å kunne tilby ektepar å dele rom på sykehjem.

4.6.2 Prosedyrer og rutiner for å sikre kvalitet i tjenestene

I intervju blir det opplyst at det er utarbeidet prosedyrer for å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov i samsvar med kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. Revisjonen har fått oversendt disse prosedyrene:

- Rehabilitering i institusjon (2012)
- Grunnleggende behov, aktivisering og stimulering (2012)
- Kartlegging av grunnleggende behov (2004)
- Helsehjelp til personer som motsetter seg helsehjelp (2012)
- Vedtak om manglende samtykkekompetanse i spørsmål om nødvendig helsehjelp (2012)
- Inn- og utskrivning av bruker i avdeling (2007)
- Legetilsyn/legevakt (2005)
- IK- Mathåndbok (2004)
- Pasientregnskap, bruk av modul i Unique profil (2004)

Det varierer om rutinene ovenfor refererer til de aktuelle lovene de er ment å ivareta. I noen tilfeller viser prosedyrene til «gjeldende lover, regler og forskrifter» uten at disse er spesifisert. En av rutinene (IK-matkontroll opplyser om hvem som har ansvar for å følge IK regler, men det er ikke spesifisert hva den enkelte skal gjøre for å gjøre dette. I en annen prosedyre står det bl.a. «(...) må få like retningslinjer her med krav om å bruke pasientregnskap». Prosedyren gir imidlertid ikke en beskrivelse av hva som skal gjøres, hvordan og av hvem.

Revisjonen har ikke mottatt prosedyrer eller rutiner som omhandler følgende tema fra kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien:

- Tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål
- Tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- Tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- Tilrettelagt tilbud for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat

På revisjonstidspunktet foregår det en omlegging av kvalitetssystemet, og noen av prosedyrene foreligger i en tidligere versjon av kvalitetssystemet. Revisjonen har fått opplyst at noen prosedyrer er lagt inn i det nye kvalitetssystemet, mens enkelte rutiner bare finnes på papir. Det blir opplyst at det er en utfordring at all informasjon ikke er samlet på samme sted, men at de ansatte vet hvor de skal finne den informasjon og de skjema de trenger. Det blir opplyst at de fleste virksomhetene har nødvendige rutiner i papirformat. Kommunen arbeider med å

²⁹ Kommunestyret forutsatt i sitt vedtak at ressursbruken til nye korttidsplasser ses i sammenheng med behov og tilbud som kan ytes av hjemmetjenesten med tanke på effektiv ressursutnyttelse (KST sak 91/14, pkt 18)

implementere et felles kvalitetssystem der helse- og omsorgstjenestene skal samle alle sine rutiner og prosedyrer. Dette er et arbeid som skal gjennomføres i løpet av 2015.

Det er utarbeidet prosedyrer for melding av avvik og registrering av avvik. Det er videre utarbeidet et dokument som beskriver avvikshåndtering og hva avvik er. Kommunen fører oversikt og statistikk over ulike typer avvik.

Revisjonen har fått opplyst at det skal gjennomføres oppstartsamtaler med brukere både i hjemmetjenestene og institusjoner. Både pårørende og bruker skal være tilstede under denne oppstartsamtalen, hvor pasientens medisinske bakgrunn, sosiale aspekter og avklaring av praktiske forhold eller innholdet i vedtak gjennomgås. Det blir opplyst at det også er mulig for brukerne å gi uttrykk for hvilke tjenester de ønsker i disse samtalene. I intervju blir det opplyst at slike samtaler blir gjennomført.

Kommunen benytter det elektroniske journalsystemet «Profil» for å lage tiltaksplaner for den enkelte bruker, og revisjonen får opplyst at alle som mottar tjenester fra kommunen får en slik tiltaksplan. Det blir videre opplyst at de ansatte i alle tjenesteområder har fått grundig opplæring i bruk av journalsystemet. Planer og dokumentasjon er bygd opp på samme måte uavhengig av om det er en sykepleier, fysioterapeut eller lege som skal registrere informasjon i systemet. Det kommer tydelig frem hvem som har lagt inn hvilken informasjon i systemet.

Kommunen har etablert en mal for tiltaksplaner som inneholder nærmere spesifisering av hvilke elementer som kan inngå under kategoriene kartlegging/vurdering, samarbeid/kommunikasjon, grunnleggende behov, aktivitet, legemidler og hjelpemidler.

Det blir opplyst i intervju at sykehjemmene har treffpunkter og åpne informasjonsmøter for pårørende, hvor det gis informasjon om hvordan ting fungerer i institusjonene og der pårørende kan stille spørsmål. I forbindelse med oversendelse av høringsuttalelse opplyser kommunen at Helse- og omsorgsutvalget i desember 2015 fattet vedtak om å etablere brukerråd for langtidsbeboere i institusjon. Kommunen er nå i gang med å utnevne representanter til dette brukerrådet.

5. Vurdering

5.1 Har kommunen tilstrekkelig ressurser innenfor hjemmetjenestene og institusjonstilbudet?

5.1.1 Tjenestetilbud i samsvar med BEON- prinsippet

Dekningsgraden i kommunen, det vil si andelen institusjonsplasser og boliger med heldøgns bemanning, var i 2013 på 25%, et nivå som etter Omsorgplan 2015 kan defineres som i nedre del av kategorien «middels dekningsgrad».

Kommunen har videre få omsorgsboliger og relativt sett lav andel innbyggere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning. Det er planer om å bygge om to av institusjonene i kommunen til slike boliger et år frem i tid.

Brukerne i institusjon i Karmøy er relativt sett sykere enn i andre kommuner. Samtidig har kommunen totalt sett en lavere andel av befolkningen som mottar hjemmetjenester. Når det gjelder hjelpebehovet til mottakere av hjemmetjenesten, har kommunen en noe høyere andel i aldersgruppen 67-79 år med omfattende hjelpebehov. For aldersgruppen 80 år og over er andelen brukere av hjemmetjenester med omfattende hjelpebehov høyere i Karmøy enn gjennomsnittet for landet og Rogaland, men andelen er lavere enn for kommunegruppen.

Kommunen har lyktes med å nå sine mål knyttet til andel korttidsplasser (25 %) i institusjon og har planer for gjennomgang av dagtilbudet der ønsket er å differensiere tilbudet og utvide åpningstidene.

Revisjonen mener det er positivt at kommunen har satset og fortsatt satser på å etablere korttidsplasser, planlegger utbygging av omsorgsboliger og har prioritert å etablere et prosjekt for å gjennomgå kommunens dagtilbud til eldre. Både omsorgsboliger, dagtilbud og korttidsplasser er viktige trinn i omsorgstrappen som vil bidra til at den enkelte bruker kan bo lenger hjemme og er viktige elementer for sikre at kommunen får tilstrekkelig tilbud på alle nivå i omsorgstrappen. I undersøkelsen kommer det også frem at tilbudet til demente kunne vært bedre tilpasset både når det gjelder institusjonsplasser, omsorgsboliger og dagtilbud. Planlagt oppbygging av tjenester på flere nivåer i omsorgstrappen vil etter revisjonens vurdering bidra til at kommunens tjenester i større grad leveres i samsvar med BEON-prinsippet.

5.1.2 Kapasitet

Det kommer frem i undersøkelsen at kommunen som følge av samhandlingsreformen nå har ansvar for brukere som tidligere fikk tilbud i sykehus. Det er derfor naturlig å forvente at kommunen opplever press på tjenestene også i form av økt etterspørsel etter hjemmetjenester. Det har vært en stor økning i antall tildelte timer i hjemmetjenestene i Karmøy de siste årene, tilsvarende 33 årsverk. Dette er årsverk det ikke er budsjettert med, jf. avsnitt 5.1.4 nedenfor. Til tross for økningen i vedtakstimer, kommer det ikke frem noe i undersøkelsen som indikerer at Karmøy kommune ikke klarer å utføre lovpålagte oppgaver og gi brukerne den bistand de har rett til.

5.1.3 Sykefravær

Undersøkelsen viser at sykefravær er en medvirkende årsak til merforbruket innen helse og omsorg i 2014, på grunn av utgifter til vikarbruk og overtid. Sykefraværet er særlig høyt ved noen av institusjonene, men kommunen har ikke klart å avdekke årsakene til dette. I undersøkelsen kommer det frem at sykefravær også medfører økt press på ansatte som er på jobb, samt at tjenestetilbudet til brukere blir preget av mindre kontinuitet og stabilitet. Revisjonen mener at foreslått omorganisering kan bidra til tettere oppfølging av ansatte og dermed også til bedre oppfølging av syke medarbeidere. Dette kan bidra til å øke effekten av kommunens tiltak knyttet til tidlig oppfølging og tilrettelegging for syke arbeidstakere. Revisjonen mener imidlertid at en må forvente et det vil ta noe tid før effekten av tettere oppfølging av ansatte vil bidra til lavere sykefravær og dermed bedret ressursituasjon.

5.1.4 Budsjett

Budsjettoverskridelsene har de siste årene vært betydelige både innenfor hjemmetjenestene og institusjonstjenestene. I undersøkelsen blir det vist til at budsjettene tidligere ikke har tatt tilstrekkelig høyde for det faktiske aktivitetsnivået i sektoren. Hjemmetjenestene har over tid levert betydelig flere timer enn budsjettet. I 2014 hadde hjemmetjenestene i kommunen behov for nær 33 personer i full stilling mer enn det var budsjettet for.

Revisjonen mener det er positivt at kommunen har satt i verk ulike tiltak knyttet til å effektivisere hjemmetjenestenes arbeidsmåter. Det er likevel viktig å holde fokus på at rettighetsbaserte tjenester som er individuelt vurdert, skal leveres og derfor må tas høyde for i budsjettet.

Dekningsgraden for institusjon og bolig med heldøgns bemanning er som nevnt i nedre sjikt av det som defineres som middels dekningsgrad. Brukere i institusjon har relativt sett høyt bistandsbehov i kommunen. Kommunen har samtidig en lav andel mottakere av hjemmetjenester, samtidig som disse mottakerne har et delvis høyt pleiebehov sammenlignet med andre kommuner. Selv om etaten arbeider for å redusere tjenestenivået i hjemmetjenestene og mener det er grunnlag for å gjøre dette, mener revisjonen at budsjettet for hjemmetjenestene også må sees i forhold til statistikk omkring bistandsbehov i tjenestene. At netto driftsutgifter knyttet til pleie og omsorg er høyt per innbygger 80 år og over kan også ha sammenheng med kommunens vikarbruk og overtid som følge av sykefravær og behov for å dekke inn den store andelen vedtakstimer som ikke var budsjettet i hjemmetjenestene. Kostnadene hadde trolig også vært lavere om en større andel av institusjonsbeboerne hadde bodd i egen bolig med heldøgns bemanning der det er lavere krav til legedekning og annen bemanning.

I undersøkelsen blir det også pekt på årsaker til budsjettoverskridelser i institusjonstjenestene var knyttet til at en ikke hadde tatt høyde for at korttidsplassene var dyrere å drive enn andre institusjonsplasser. Revisjonen mener det derfor er positivt at kommunen opplyser at det nå i forbindelse med budsjettet for 2015 ble gjort analyser av bemanning, drift, brukere og kostnader for å sikre realistisk budsjett og riktig ressursfordeling mellom institusjonene.

Revisjonen mener kommunens fremgangsmåte med å utarbeide budsjettet som et samarbeid mellom etatsledelse og virksomhetsledere i helse- og omsorgsetaten og dialog med budsjettsjef, før det går videre til rådmannsgruppen for diskusjoner rundt prioritering, er riktig. Undersøkelsen viser at etaten har arbeidet for å finne tiltak for å redusere kostnadene (mobil omsorg, tilpasse budsjett og pleietyngde ved institusjonene) og få til bedre økonomistyring (foreslå organisasjonsendring med tettere ledelse med bedre oppfølging av ansatte).

Undersøkelsen viser at selv om helse- og omsorgsetaten har fått økte bevilgninger for 2015, er bevilgningene ikke tilstrekkelige til å dekke et merforbruk tilsvarende det etaten hadde i 2014. Kostnadsreduksjon skal gjennomføres med effektiviserende tiltak. Revisjonen vil peke på at det ikke er beregnet, og det er vanskelig å forutsi, hvilken effekt etatens eventuelle omorganisering vil få. Trolig vil for eksempel tiltak som innebærer tettere oppfølging av sykemeldte først gi effekt på lang sikt. Det er også usikkert når effekten av mobil omsorg i hjemmetjenestene vil gi effekt, bl.a.

fordi innføringen også vil innebære en etablerings- og oppstartsfase. Fra ledelsen i etaten blir det videre vist til at om kommunen skulle få ansvar for særlig ressurskrevende brukere, vil dette også kunne påvirke evnen til å holde budsjettet. Revisjonens totale vurdering er derfor at det er risiko for at helse- og omsorgsetaten også vil overskride tildelt budsjett i 2015.

5.2 Fungerer kommunens tildeling av pleie- og omsorgstjenester tilfredsstillende?

Det er revisjonens vurdering at organiseringen med eget bestillerkontor i kommunen fungerer godt og bidrar til spesialisering av saksbehandlingen.

I undersøkelsen blir det vist til at ansatte ved bestillerkontoret gjerne skulle ønsket økt kapasitet til å besøke brukerne i forbindelse med arbeidet med å utmåle tjenester til den enkelte. Opplysningene som fremkommer i undersøkelsen indikerer likevel at det er god informasjonsflyt mellom hjemmetjenestene og bestillerkontoret omkring brukerne og utviklingen i deres hjelpebehov, og at dette samarbeidet fungerer godt.

Basert på de opplysninger revisjonen har mottatt har vi ikke avdekket mangler ved kommunens rutiner for vurdering av brukenes behov ved tildeling av tjenester.

Kommunens maler bidrar til at forvaltningslovens regler overholdes i forbindelse med saksbehandling og vedtak om pleie- og omsorgstjenester. Stikkprøvegjennomgangen viste at saksbehandlingstiden ble overholdt (jf. forvaltningsloven §11a). Det ble videre opplyst om klagerett, klageinstans og klagefrist (forvaltningsloven § 27, jf. §28 og §29), og det ble vist til hvilke regler vedtakene bygget på (forvaltningsloven §25). I stikkprøvegjennomgangen ble det avdekket at vedtakene ikke inneholder beskrivelse av de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av skjønn i samsvar med § 25 i forvaltningsloven der det fremgår at dette bør gjøres som en del av begrunnelsen. Kommunen bør derfor sikre at vedtak om pleie- og omsorgstjenester inneholder slik informasjon i de saker det etter § 24 i forvaltningsloven er krav om en samtidig begrunnelse.

Undersøkelsen viser at mindre endringer i tjenesteutførelsen gjerne blir gjennomført uten at dette blir meldt til bestillerkontoret, men at større endringer blir meldt. Stikkprøvene revisjonen gjennomførte viste at nye enkeltvedtak ble fattet ved endringer i tjenestetilbud der dette er meldt til bestillerkontoret. Revisjonen vil understreke at det å fatte nye enkeltvedtak ved endringer i tjenestetilbudet er viktig for å sikre brukerne klageadgang knyttet til de tjenester de blir innvilget fra kommunen.

I undersøkelsen blir det videre vist til at kommunen har et etterslep når det gjelder å evaluere de tjenestene som er tilmålt og fattet vedtak om, og at konsekvensen av dette kan være at brukerne mottar et tjenestenivå som er høyere enn hva kommunen er forpliktet til å gi. Revisjonen vil peke på at evalueringer er viktig for å sikre effektiv ressursbruk og tilpassede tjenester. Etter revisjonens vurdering er dette også viktig for å sikre at brukere ikke får et lavere tjenestetilbud enn de har rett på. Revisjonen vil derfor anbefale at kommunen iverksetter tiltak for å sikre at den ikke har etterslep når det gjelder å evaluere tildelte tjenester, for å sikre effektive og tilpassede tjenester.

5.3 Er kommunens tjenestetilbud i tilstrekkelig grad tilpasset Samhandlingsreformens krav?

Karmøy kommune har hatt utgifter på henholdsvis 2,1 millioner i 2013 og 1,1 millioner i 2014 til overliggedøgn. Halvering av utgiftene i 2014 gir en indikasjon på at kommunen er i ferd med å tilpasse seg konsekvenser av samhandlingsreformen, men at det fremdeles er muligheter for å videreutvikle tjenestetilbudet slik at kommunen kan ta imot alle utskrivningsklare pasienter.

I undersøkelsen blir det pekt på at rask tilgang på tekniske hjelpemidler er viktig for å sikre at brukere som skal utskrives fra sykehus ikke blir liggende på sykehus etter at de er definert som utskrivningsklare, eller må tilbys opphold i institusjon når de ellers ville kunne klart å bo hjemme. Det kommer videre frem at kommunen har en ressursutfordring når det gjelder å ha tilstrekkelig med personell som kan bistå med å skaffe og veilede i bruk av hjelpemidler. Revisjonen mener kommunen bør vurdere ytterligere tiltak for å redusere antall overliggedøgn. I denne forbindelse bør kommunen også vurdere om det er hensiktsmessig å iverksette tiltak for å sikre raskere tilgang til og tilpassing av nødvendige hjelpemidler ved utskriving av pasienter.

Karmøy kommune har fra november 2014 etablert et akutttilbud med mulighet for døgnopphold ved Norheim bu- og behandlingssenter. Basert på de opplysninger revisjonen har mottatt, vil dette tilbudet innfri krav i §3.5 i helse- og omsorgstjenesteloven som vil gjelde fra 1. januar 2016.

5.4 Har kommunen et system som sikrer at kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien blir etterlevd?

Etter det revisjonen har fått opplyst arbeider Karmøy kommune med å implementere et nytt kvalitetssystem for å etterleve krav til internkontroll knyttet til helse- og omsorgssektoren. Dette arbeidet er pågående på revisjonstidspunktet, og det er derfor slik revisjonen vurderer det, ennå ikke etablert et helhetlig system for å sikre at kravene i kvalitetsforskriften etterleves. Etter revisjonens mening er et helhetlig system viktig for å sikre enkel tilgang til rutiner og prosedyrer og sikre at oppdatert informasjon er tilgjengelig for alle ansatte.

Kommunens system for utarbeidelse av tiltaksplaner i forbindelse med oppstart av tjenester til den enkelte bruker, bidrar til å sikre at brukere får tilbudet de har krav på, og at tiltakene utføres med tilfredsstillende kvalitet. Karmøy kommune har imidlertid ikke etablert skriftlige rutiner for alle områder som er listet opp i kvalitetsforskriften § 3 og revisjonen vil derfor peke på at manglende rutiner må utarbeides og implementeres. Oppdaterte og dekkende prosedyrer er viktig for å sikre for å sikre lik forståelse av hvilken kvalitet helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal ha. Revisjonen vil også presisere viktigheten av å etablere systemer som sikrer at kommunens retningslinjer og rutiner har henvisninger til relevant regelverk, og at de blir jevnlig gjennomgått og oppdatert.

6. Anbefalinger

På bakgrunn av revisjonens vurderinger og de funn som kommer frem i undersøkelsen vil revisjonen anbefale Karmøy kommune å

1. Iverksette tiltak for å unngå etterslep når det gjelder å evaluere tildelte tjenester.
2. Sikre at avslag på søknader om pleie- og omsorgstjenester inneholder informasjon om de hovedhensyn som har vært avgjørende for utøvelsen av skjønn i samsvar med forvaltningsloven §§24 og 25.
3. Vurdere ytterligere tiltak for å redusere antall overliggedøgn. I denne forbindelse bør kommunen også vurdere om det er hensiktsmessig å iverksette tiltak for å sikre raskere tilgang til og tilpassing av nødvendige hjelpemidler ved utskriving av pasienter.
4. Etablere skriftlige rutiner for alle områder som er listet opp i kvalitetsforskriften §3.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse

Kommunen har oversendt følgende høringsuttalelse til rapporten:

«I forhold til deres anbefaling nr 3 på s 42 ønsker vi å fremheve at vi tror tiltakene vi har gjort på Norheim BBH vil være med å ytterligere medvirke til at vi klarer å redusere overliggedøgn. Vi ser imidlertid at ut fra faglige vurderinger vil det være tilfeller hvor vi vurderer at det er mer fagligforsvarlig å la pasienter bli på sykehuset og at vi betaler kunne være det korrekte.

Vi gjør også oppmerksom på at overliggedøgn primært skyldes at vi ikke har hatt sykehjems plasser tilgjengelig og ikke at vi ikke tilgjengelighet eller tilpassing av hjelpemidler er årsaken.

Vi kjenner oss igjen i rapporten og mener at den gir et godt bilde av tildeling og tilgjengelighet av pleie- og omsorgstjenestene for eldre i kommunen. Ut fra rapporten ser vi også at vi må gå inn i de områdene som blir anbefalt i rapporten.»

Vedlegg 2: Oversikt over sentrale dokumenter og litteratur

Helse- og omsorgsdepartementet: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. 2011

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

Helse- og omsorgsdepartementet: *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*, sist endret 1.1.2015.

Helse- og omsorgsdepartementet: *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*, 2003

Helse- og omsorgsdepartementet: *Forskrift om en verdig eldreomsorg*, 2011

KS: Veileder for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester

St. meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet, kapittel 3.4, Sammendrag og konklusjon

St.prp.nr 1 (2007-2008) Programkategori 10.60

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening

Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

Nettsider:

Helsedirektoratet: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?id=650122>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2010/malet-om-sykehjemsplasser-ligger-fast.html?id=611753>

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.com/no/omoss for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 150 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 200,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2015 Deloitte AS