



Kvalitet/effektivitet i pleie og omsorg

Forvaltningsrevisjonsrapport
Sauda kommune

April 2018

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalet i Sauda kommune har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon retta mot kvalitet/effektivitet innanfor pleie og omsorg i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalet si bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjonar og tilrådingar går fram av samandraget i rapporten. Kapittel 1 har ei innleiing til rapporten. Her blir formål, problemstillingar, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 skildrar vi organisering, tenestetilbod og kostnadsbilete ved pleie og omsorgstenestene i Sauda kommune. I kapittel 3 presenterer vi revisjonskriterier og våre vurderingar knytt til forvaltningsrevisjonen sine tre problemstillingar. I kapittel 4 er faktagrunnlaget presentert. Tilrådingane våre går fram av kapittel 5 og i kapittel 6 er informasjon om høring av rapporten tatt inn.

Vi vil takke kommunen for god hjelp i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Bergen, 16.04.2018



Ole Willy Fundingsrud
Direktør

Oppsummering

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vore å kartlegge og vurdere kommunen sine rutinar for tildeling av tenester til brukarar innanfor pleie og omsorg i kommunen inkludert omsyn til effektiv ressursutnytting, korleis kommunen sikrar at mottakarar får det tenestetilbodet dei har krav på, og om kommunen har eit tilfredsstillande system for mottak av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus. Under er våre hovudvurderingar og tilrådingar.

Vårt overordna inntrykk er at vi gjennomgåande har møtt svært engasjerte nøkkelpersonar som har ønska å setje lys på både det som fungerer godt og det som bør forbetrast innanfor pleie og omsorg i dag. Dette er eit godt utgangspunkt for kommunen sitt kontinuerlege forbetringsarbeid på området.

Problemstilling 1: Kva rutinar har kommunen for tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester?

Rutinar

Rutinane for tildeling som er blitt gjennomgått i denne revisjonen står fram som tilfredsstillande. Samarbeidet mellom tildelingskontoret og dei utøvande einingane fungerer i det store og heile bra, med gjensidig forståing for dei enkelte sine roller og ansvar. Forbetringsområda går i all hovudsak ut på å sikre tilstrekkelig informasjon og dokumentasjon på pasientane sine behov og endringar i desse.

Kartlegging av behov og eigne ressursar hos brukar er eit vesentleg område med tanke på krav og rettar til brukar, likebehandling og ressurseffektivitet. Vi vurderer at det ikkje er tilstrekkeleg avklaring mellom tildelingskontoret og heimetenestene når det gjeld oppgåva kartleggingsbesøk ved nye brukarar. Dette bør klarast opp i for å sikre god utredning i praksis. Kommunen bør også sikre at det er tilstrekkeleg kompetanse til å fylle denne oppgåva. Slik praksis er no, vurderer vi dette som eit risikoområde. Vi påpeikar også at bestillar-utførar-modellen inneber at tenestekontoret i prinsippet skal vere ein uavhengig part som fattar vedtak basert på behov, kor verksemdene deretter utfører tenesta som er blitt tildelt. Dersom heimetenesta i stor grad overtek kartleggingsoppgåva oppnår ein ikkje hensikta med arbeidsdeling, og effekten av å ha eit tenestekontor vert redusert. Det gir også auka risiko for ulik sakshandsaming. Dette kan vere uheldig med tanke på likebehandling og for omdømmet til kommunen.

Undersøkinga viste at det er stor grad av semje på tvers av einingar i at tilsette kan bli flinkare til å dokumentere i journalsystemet CosDoc, slik at tildelingskontoret får tilstrekkeleg grunnlag til å kunne gjere kontinuerlege vurderingar og best moglege vedtak.

Kommunen ligg på etterskot når det kjem til revidering av vedtak. Dette er uheldig, då ein risikerer at brukarar ikkje får det tilbodet som er best tilpassa behov, eventuelt manglande samsvar mellom vedtak og tenester som blir gitt, noko fleire påpeikte at er tilfelle. Manglande samsvar mellom vedtak og tenester i praksis fører også til at kommunen går glipp av inntekter frå brukarbetaling for praktisk bistand.

Effektiv ressursbruk og ivaretaking av BEON-prinsippet

Vi vurderer at effektiv ressursutnytting og BEON-prinsippet, som handlar om å tilby helse- og omsorgstenester på beste effektive omsorgsnivå, står sentralt når pleie- og omsorgstenester skal tildelast. Samtidig viser vår analyse at kommunen brukar fleire årsverk i brukarretta tenester pr. mottakar enn snittet i landet og i KOSTRA-gruppa¹. Det indikerer at kommunen har ein mindre effektiv

¹ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om kommunal verksemd; ressursinnsatsen, prioriteringar og måloppnåing. Her viser vi til KOSTRA-gruppe 3 som Sauda kommune høyrer til. Denne består av 35 kommunar som er definert som små kommunar med middels bundne kostnader og med høye frie disponible inntekter

ressursbruk på tross av at det blir fokusert på BEON-prinsippet og effektiv ressursutnytting ved tildeling av tenester.

Gjennom revisjonen har vi også sett tilhøve ved kommunen sitt tenestetilbod som synast å hindre kommunen i å gi tenester på beste effektive omsorgsnivå. Vi stiller spørsmålsteikn ved om kommunen heilt "treff" på omsorgstrappa, då svært tunge tenester blir utført i heimetenesta, og korttidsplassar nyttast lengre enn tiltenkt, medan ein ventar på heildøgnsomsorg. Dette kan påverke kvaliteten på tilbodet og er ikkje nødvendigvis ressursbesparande. Årsaken er i hovudsak for liten kapasitet på heildøgn omsorgsplassar.

Overordna sett er det vårt inntrykk at ein gjer grep i kommunen, og har meiningar på pleie og omsorgsområdet om korleis tiltak og økonomi heng saman, utan at det er utarbeida tilstrekkelege faktabaserte analysar på korleis ulike grep og forhold slår ut.

Problemstilling 2: Korleis sikrar kommunen at brukarar får det tenestetilbodet dei har krav på?

Vi vurderer at kommunen har på plass eit system med arbeidsrutinar for å sikre gode tenester til brukarane av helse- og omsorgstenester. Det er innført detaljerte rutinar for fast rapportering gjennom heile døgnet og det er sjekklister for oppfølging av pasientar på korttidsplass. Det føreligg også rutinar for brukarmedverknad. Dei som har vore intervjua i forvaltningsrevisjonen sakna ikkje nokon system eller prosedyrar for å kunne gi ei god oppfølging av pasientane. Det er også etablert eit system for brukarundersøking som vi meiner tek i vare kommunen sin plikt til å etablere system for å hente inn erfaringar og synspunkt frå pasientar og brukarar.

Det er potensial for betring knytt til etterleving av rutiane. Dette gjeld i størst grad det å sikre brukarmedverknad i praksis, særskilt når det vert gjort kartleggingar. Brukarmedverknad er også det temaet som fekk svakast resultat i kommunen si siste brukarundersøking.

Når det gjeld rutinar for samhandling og koordinering vurderer vi at dette er etablert på vesentlege områder, og på ulike nivå, til dømes gjennom kommunen sin modell for koordinerande eining. Kommunen har nyleg kome i gang med kvardagsrehabilitering, gjennom konkrete caseprosjekt. Erfaringar viser at sjølv om intensjonane med kvardagsrehabilitering er gode kan det opplevast krevjande i praksis å prioritere og å få på plass tenester som føreset samhandling og koordinering på tvers.

Problemstilling 3: I kva grad har kommunen eit tilfredsstillande system for mottak av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus?

I vår gjennomgang har vi ikkje funne konkrete svakheiter i kommunen sitt system og rutinar for å ta imot utskrivingsklare pasientar, eller i måten kommunen følger opp sjukehuset på. Kommunen hadde eit høgt nivå på overliggardøgn i 2016, som indikerer utfordringar med å ta i mot pasientar. I 2017 hadde kommunen eit lågt nivå av overliggardøgn samanlikna med andre samanliknbare kommunar.

Det føreligg både samarbeidsavtaler og formaliserte rutinar som detaljert skildrar korleis kommunen og spesialisthelsetenesta skal samarbeide, noko som er med på å sikre gode og effektive prosessar for alle partar. Avvikssystemet på området er i bruk i kommunen og bidrar til å følgje opp at helseføretaket fyller si rolle i samsvar med avtale.

Når det gjeld korleis pasienten vert vurdert for vidare behandling, etter at kommunen har overtatt pleieansvaret, er det etter vår vurdering rom for betring. Dette gjeld informasjonsflyt mellom tildelingskontoret og heimetenesta omkring vidare utredning av pasientar sine behov.

Tilrådingar

Tilrådingane nedanfor er knytt til områder kor Sauda kommune etter vår vurdering bør prioritere å gjere tiltak for å oppnå meir effektiv ressursbruk og kvalitetsforbetring i pleie- og omsorgstenestene.

1. Kommunen bør sørge for tilstrekkeleg avklaring mellom tildelingskontoret og heimetenestene når det gjeld oppgåva kartleggingsbesøk og kartlegging av behov ved nye brukarar.
2. Kommunen bør gjere tiltak for å auke graden av dokumentasjon i CosDoc i alle utførareiningar, for å sikre at tildelingskontoret får tilstrekkeleg grunnlag for vurderingar og vedtak. Dømer på tiltak kan mellom anna vere å auke kompetansen hos tilsette i bruk av systemet.
3. Kommunen bør gjere tiltak for å oppnå betre samsvar mellom vedtak og dei tenestene som blir gitt. Dette kan mellom anna vere å innføre revisjonstidspunkt og påminningsmelding til utførande einingar om tid for revisjon av vedtak.
4. Avgjersler om bruk av ressursar innanfor pleie og omsorgsområdet bør i størst mogleg grad vere basert på faktaanalyser for å sikre at ein tek dei rette avgjerslene om bruk av ressursar som kommunen har til rådighet. Dette for å best mogleg kunne ta i vare innbyggjarane sine behov framover.
5. Kommunen bør gjere tiltak for styrkje brukarmedverknaden i praksis, til dømes når det vert gjort kartleggingar av pasientar og brukarar sine behov/situasjon.

Innhold

1. Innleiing	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillingar	1
1.3 Revisjonskriterium	1
1.4 Metode	2
2. Pleie- og omsorgstenestene i Sauda	3
2.1 Organisering og tenestetilbod	3
2.2 Nærare om kostnadsbiletet	6
3. Vurderingar	9
3.1 Tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester	9
3.2 Tenestetilbodet til brukarar	11
3.3 System for mottak av utskrivingsklare pasientar	12
4. Fakta	13
4.1 Tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester	13
4.2 Tenestetilbodet til brukarar	18
4.3 System for mottak av utskrivingsklare pasientar	21
5. Tilrådingar	25
6. Uttale frå rådmannen	26
Vedlegg 1 KOSTRA-tal	27
Vedlegg 2 Dokumentliste	31
Vedlegg 3 Revisjonskriterium	34

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn og formål

Kontrollutvalet i Sauda kommune vedtok i møte 13.10.17 å bestille ein forvaltningsrevisjon på tema Kvalitet/effektivitet innanfor pleie og omsorg i kommunen frå KPMG.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å kartlegge og vurdere kommunen sine rutinar for tildeling av tenester til brukarar innanfor pleie og omsorg i kommunen, korleis kommunen sikrar at mottakarar får det tenestetilbodet dei har krav på, og om kommunen har eit tilfredsstillande system for mottak av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus.

1.2 Problemstillingar

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgjande problemstillingar:

1. Kva rutinar har kommunen for tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester?
 - a) Kven er involvert i å tildele tenester og kva prosedyrar er etablert kring tildelinga?
 - b) I kva grad blir effektiv ressursutnytting av pleie- og omsorgstenester tatt omsyn til ved tildeling?
 - c) Korleis sikrar kommunen at tildeling av tenester er basert på og tilpassa brukarane sine eigne behov og ressursar, samstundes som at tenestetildelingar understøtter BEON-prinsippet?
2. Korleis sikrar kommunen at brukarar får det tenestetilbodet dei har krav på?
 - a) Korleis vert brukarane følgt opp?
 - b) I kva grad er det fokus på samhandling og koordinerande tenester i kommunen?
 - c) Har kommunen system for brukarundersøkingar/brukarinvolvering?
3. I kva grad har kommunen eit tilfredsstillande system for mottak av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus?
 - a) Kven har ansvar for utredning av behov for pleie og medisinerings, og korleis føregår dette?
 - b) Korleis sikrar kommunen at epikrise og anna sentral dokumentasjon blir formidla frå sjukehuset?
 - c) Etter at kommunen har overtatt pleieansvaret, korleis vert pasienten vurdert for vidare behandling?

1.3 Revisjonskriterium

Revisjonskriterium er dei krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen målast mot. Revisjonskriterium må vere aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Kjelder for å utleie revisjonskriterium har vore:

- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med offentlige rettleiarar
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester med offentlige rettleiarar

- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- ✓ Forskrift om legemiddelhåndtering
- ✓ Stortingsmeldingar

Revisjonskriterium som er brukt er nærmare utgreia i vedlegg 3.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med krava i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon².

For å svare på problemstillingane er følgjande teknikkar brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og analyse
- ✓ KOSTRA-analyse
- ✓ Intervju

Til grunn for rapporten ligg ein gjennomgang og analyse av sentrale dokument opp mot revisjonskriteria. Liste over motteken og gjennomgått dokumentasjon er tatt inn i vedlegg 2.

Det er gjennomført intervju med ti personar innanfor pleie- og omsorgstenestene. Vi har snakka med: Kommunalsjef helse og omsorg, leiar av tildelingskontoret, saksbehandlar tildelingskontoret, einingsleiar Høllandstunet, einingsleiar heimetenester, avdelingsleiar heimetenesta, einingsleiar Sauda distriktsmedisinske senter, hovudtillitsvald for sjukepleiarane, helsefagarbeidar og plasstillitsvald ved Høllandstunet, og økonomisjef.

Intervju har vore ein sentral informasjonskjelde, og utvalet av personar er basert på forventa informasjonsverdi, personane si erfaring og formelt ansvar i høve til forvaltningsrevisjonen sitt formål og problemstillingar. Formålet med intervjuet har vore å få utfyllande og supplerande informasjon til dokumentasjonen vi har motteke frå kommunen. Data frå intervjuet er verifisert av respondentane, dvs. at respondentane har fått moglegheit til å lese igjennom referata og gjere eventuelle korrigeringar.

Datainnsamlinga blei avslutta 23. februar 2018.

Rapport er sendt rådmannen til uttale 22. mars 2018 med høringsfrist 13. april 2018.

² Utgitt av Norges Kommunrevisorforbund.

2. Pleie- og omsorgstenestene i Sauda

2.1 Organisering og tenestetilbod

Pleie og omsorgsområdet i Sauda kommune omfattar i dag:

- ✓ Åbøtunet - omsorgsbustad, aktivitets- og dagsenter.
- ✓ Høllandstunet - omsorgsbustad, aktivitets- og dagsenter.
- ✓ Sauda distriktsmedisinske senter (Sauda DMS) - institusjon, kjøkken og vaskeri.
- ✓ Heimetenester - tre soner for heimetenester vart samla til ei sone i 2015.
- ✓ Bøgata - omsorgsbustadar for utviklingshemma.
- ✓ Torsvegen – omsorgsbustad for utviklingshemma.
- ✓ Rus- og psykiatritenester.

Det er planlagd strukturendringar i 2018. Høllandstunet som eining vil opphøyra. Høllandstunet består i dag av 21 omsorgsleilegheiter, og to bufellesskap med til saman 14 plassar, kor eit bufellesskap er for demente. Pasientar i bufellesskapa vil bli flytta over til Åbøtunet og 21 omsorgsleilegheiter blir lagt under heimetenester. Vidare vert Torsvegen og Bøgata slått saman. Endringane gir to færre einingar og einingsleiarar, og det vert nokre fleire avdelingsleiarar under einingsleiarane. Ein bakgrunn for omlegginga er at kommunen ynskjer å legge betre til rette for gode arbeidsvilkår for einingsleiarane. Ved å samle fleire plassar ynskjer ein også å oppnå fordelar med tanke på samarbeid på tvers av einingar og avdelingar, særleg innanfor kompetansestyring når det gjeld sjukepleiarar, tilsynslege mm.

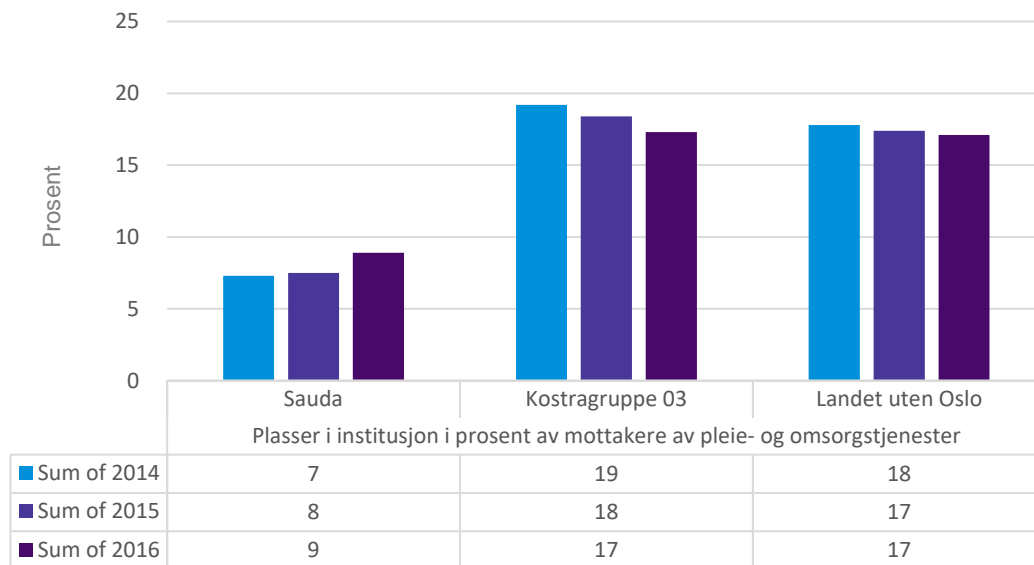
Det er også planlagd fleire endringar ved Sauda DMS i 2018. Sauda DMS består i dag av i utgangspunktet 20 korttidsplassar, i tillegg ei augeblikkeleg hjelpseng (ØH-seng) og to dialysesenger tre dagar i veka, samt institusjonskjøkken og vaskeri. Einingsleiar informerer at ni sengeplassar vil definerast om til langtidsplassar, og ein vil i juni 2018 opne opp att 11 korttidsplassar som no er midlertidig stengd grunna rehabilitering av eit bygg. Det vil også etablerast ei heilt ny avdeling med 10 nye korttidsplassar med moglegheit for opphald over 60 døgn. ØH- og dialysesenger blir som i dag.

Ved omstruktureringa vil kommunen totalt sett få ein reduksjon i tenestetilbodet for heildøgnsomsorg med fire bustadar.

Sauda kommune sine pleie og omsorgstenester er kjenneteikna av ein utbredt heimebasert tenesteprofil. Før omstrukturering skjer har kommunen berre hatt tidsavgrensa plassar (korttidsplassar) på institusjon. Til samanlikning er det berre 19-20 % av institusjonsplassane i KOSTRA-gruppa til Sauda kommune³ og i landet som er sett av til tidsavgrensa opphald. I Sauda kommune får difor fleire ressurskrevjande pasientar tenester i heimen, samanlikna med andre kommunar som har langtidsplassar på institusjon. Dette betyr også at det høgaste omsorgsnivået i Sauda vert gitt innanfor heimebaserte tenester, i form av døgnbemanna bustad.

KOSTRA-tal viser i tråd med dette at kommunen har mykje færre plassar på institusjon enn snittet i samanlikningskommunane og landet, sjå figur 1:

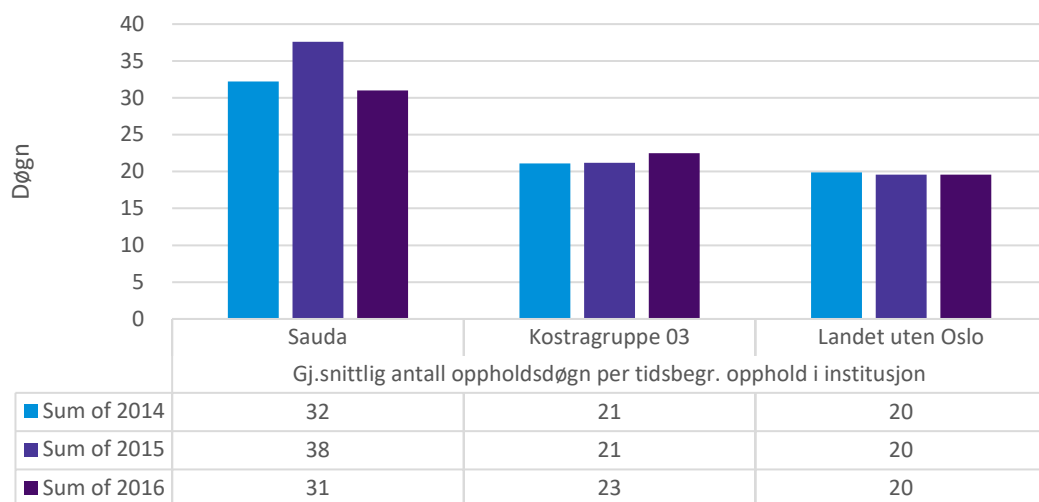
³ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om kommunal verksemd; ressursinnsatsen, prioriteringar og måloppnåing. Her viser vi til KOSTRA-gruppe 3 som Sauda kommune høyrer til. Denne består av 35 kommunar som er definert som små kommunar med middels bundne kostnader og med høye frie disponible inntekter.



Figur 1: Del plassar på institusjon i %, frå KOSTRA, Saura kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

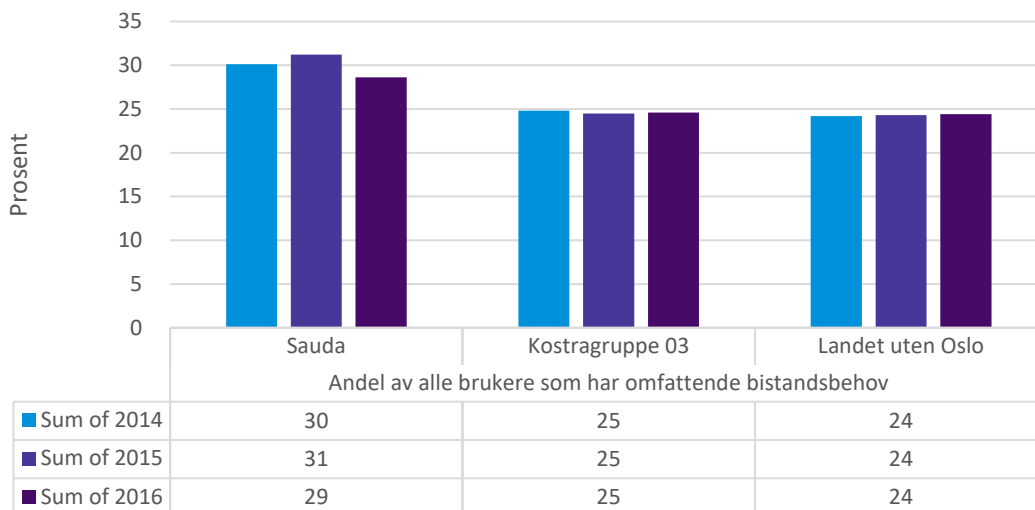
Saura kommune har samstundes eit relativt høgt snitt for opphaldsdøgn per tidsavgrrensa opphald i institusjon, sjå figur 2 nedanfor. Med andre ord, personar som er på korttids plass på sjukeheim i Saura kommune er der relativt lenge samanlikna med snittet for andre kommunar.

Kommunalsjef helse og omsorg forklarar desse tala med at kommunen nyttar ein stor del av kommunen sine korttids plasser til demente og alvorleg sjuke i påvente av heildøgns omsorgsbustad. Når det er venteliste på bustad, har desse lengre opphaldstid enn andre kommunar vil ha på sine korttids plasser, ettersom dei har hovudvekt av langtidsinstitusjon og har dei sjukaste pasientane sine der.



Figur 2: Opphaldsdøgn per korttidsopphald i institusjon, frå KOSTRA, Saura kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

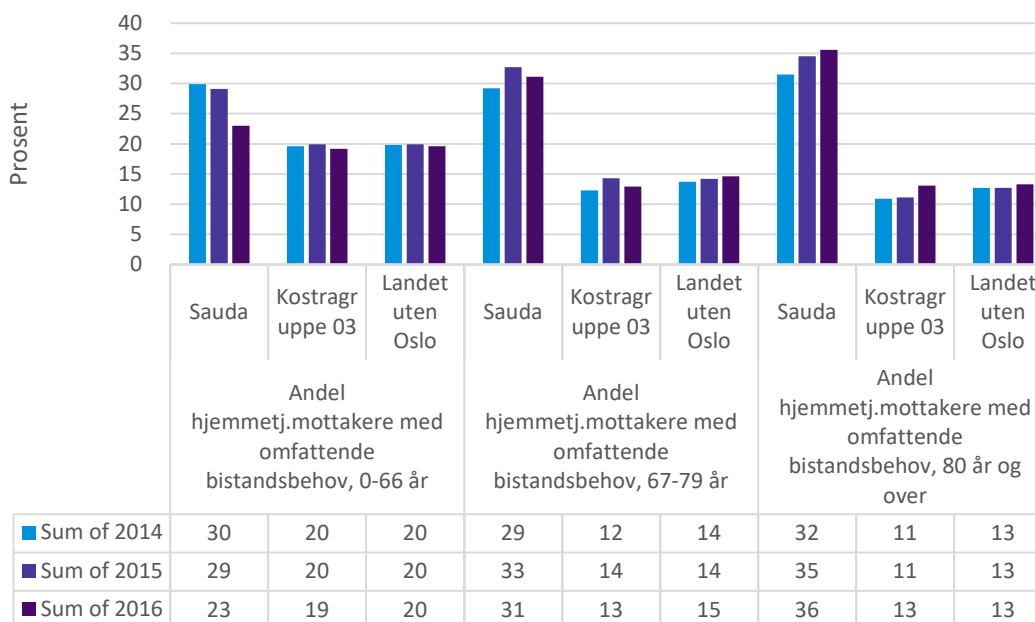
Saura kommune kjenneteiknast også av ein større del brukarar med omfattande tenestebehov, samanlikna med snittet i dei andre kommunane og landet, sjå figur 3 nedanfor.



Figur 3: Del brukarar med omfattende bistandsbehov totalt sett innanfor pleie og omsorgstenestene i %, Sauda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

Kommunalsjef helse og omsorg opplyste at den høgare delen ressurskrevjande brukarar kan henge saman med demografi; Sauda kommune har den eldste befolkninga i fylket. Ein medverkande årsak kan vere at dei er meir sjølvhjelpne i Sauda, med høg kvalitet på Sauda DMS og den heimebaserte tenesta, grunna avstand til sjukehus. Sjukehuset skal skrive ut til forsvarlege forhold, og når det er god kvalitet kan fleire ressurskrevjande brukarar få avansert pleie i kommunen, samanlikna med der kor tenestetilbodet ikkje er like godt bygd ut.

Det er spesielt i heimetenestene, og i aldersgruppa 80+, at andelen ressurskrevjande brukarar er større enn i andre kommunar, sjå figur 4 nedanfor. Dette står ikkje fram som overraskande, då kommunen som nemnd har sitt høgaste omsorgsnivå innanfor heimetenestene⁴.



Figur 4: Del brukarar i heimetenesta med omfattende bistandsbehov i %, frå KOSTRA, Sauda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

⁴ I KOSTRA-tala for heimetenester er medrekna både einingane som har døgnbemanna omsorgsbustadar i kommunen og eininga heimetenester.

Det vart understreka frå kommunen at tenesteprofilen til Sauda kommune er svært ulik dei fleste andre kommunar. Ifølge kommunalsjef helse og omsorg påverkar dette kostnadsbiletet særskilt på følgande måte: Sauda har fullt ut ein heimebasert profil på tenestene, med berre korttidsplassar på institusjon. Ein får då ingen inntekter for langtidsopphald på sjukeheim. Ein har inntekter i form av husleige frå omsorgsbustadar men desse vert registrert på ein funksjon tilhøyrande teknisk. I sum trur kommunalsjef det er den same økonomien i dette for Sauda, enn om dei hadde hatt institusjonsinntekter, men påpeiker at dette likevel slår misvisande ut i KOSTRA tala ved samanlikning av kostnadsbilete, til dømes brutto driftsutgifter. Ved samanlikning kan dette sjå ut som eit paradoks, då Sauda kommune ligg høgare, og ein heimebasert profil skulle føre til meir effektive tenester. Kommunalsjef helse og omsorg meiner at den heimebaserte profilen gjev innsparing for Sauda kommune, men peikar altså på at kommunen ikkje klarar å synleggjere dette. Ein må då sjå på kommunen i heilskap, og samstundes sjå på kva kostnader ein ville hatt dersom ein hadde institusjonsprofil framfor heimebasert profil. Slike analyser er ikkje gjort, men det opplevast å vere behov for det.

2.2 Nærare om kostnadsbiletet

2.2.1 Innleiing

Vi har valt ut enkelte indikatorar innanfor pleie- og omsorgstenestene for å få eit bilete på kostnadsnivå og ressursbruk på området. Vi ser på utvikling i Sauda kommune i perioden 2014-2016 og presenterer også enkelte samanlikningar med snittet til KOSTRA gruppe 03 og snittet i landet i same periode.

KOSTRA-tal kan peike på områder som ein kan stille spørsmål ved, eksempelvis kvifor ein enkeltkommune er dyrare enn andre innanfor eit visst område. Ein svakheit er at detaljeringsnivået er grovt, og at det dermed ikkje er nokon god kjelde til å finne svara på kvifor det er slik.

KPMG deler oppfatninga at tenesteprofilen til Sauda skil seg mykje ut frå andre kommunar, og at det derfor er ein fare for at biletet blir misvisande når ein samanliknar Sauda med andre kommunar. Dette har vi forsøkt å ta omsyn til, i hovudsak ved val av indikatorar, og ved at vi ser på kommunen åleine over tid, samt samanliknar med snittet i landet der alle typar kommunar inngår som grunnlag. Vi presenterer også forklaringskommentarar til resultatane.

Tala som er henta ut frå KOSTRA er presentert i vedlegg 1. I det følgjande avsnittet er ei oppsummering og tolking av tala. I oppsummeringa presenterer vi også kommentarar frå kommunen om årsakar bak tala.

2.2.2 Oppsummering, årsakar og tolking

Sauda kommune samanlikna med snittet i KOSTRA-gruppa og landsnittet

Sauda kommune har eit høgt tal på årsverk i brukarretta tenester, og høg del tilsette med fagutdanning innanfor pleie og omsorg, samanlikna med snittet i KOSTRA-gruppa og i landet. Dette indikerer at Sauda kommune gjev tenester med god kvalitet. Samstundes har Sauda kommune relativt høge driftsutgifter per mottakar av heimetenester og per institusjonsplass.

Frå intervjuet gjekk det fram at ein bakanforliggende forklaring på forskjellen på driftsutgifter per mottakar av heimetenester ligg i den heimebaserte tenesteprofilen til Sauda kommune. Denne inneber at det høgaste omsorgsnivået i Sauda kommune ligg i heimetenesta i heildøgnsbemanna omsorgsbustadar, i staden for på sjukeheim slik som ein i større grad har i andre kommunar. Det blei oppgjeve i fleire intervju at ein trur årsakar til høgare utgifter per institusjonsplass i stor grad er at Sauda berre har korttidsplassar på institusjon, som er meir ressurskrevjande enn langtidsopphaldsplassar.

Vidare er utgifter per opphaldsdøgn i institusjon veldig høg i Sauda kommune, samanlikna med snittet i KOSTRA-gruppa og i landet. Sauda kommune har også ein lågare beleggspersent på institusjon. Ein viktig forskjell bak tala er igjen at Sauda kommune berre har korttidsplassar, kor det er større

rotasjon/omskifting enn på langtidsplassar. Det er derfor nærliggande å tru at det er meir utfordrande å oppnå ein høg beleggsprosent i Sauda, enn i kommunar kor det i snitt er om lag 80 % langtidsplassar som ligg til grunn for dei same tala.

Høge utgifter per opphaldsdøgn i institusjon kan også forklarast med at det er stor forskjell på vederlagsbetaling for korttidsopphold versus langtidsopphold. Ifølge kommunalsjef helse og omsorg betalar brukarane av korttidsopphald om lag 200 kr/døgn i 2017, mens ved langtidsopphald betaler brukarane omkring 75-80% av inntekta si. Derfor blir dette markante utslag når kategorien institusjon ikkje skil mellom korttid og langtid, og Sauda berre har korttid medan samanlikningskommunane har nærare 80 % av sin heildøgnsdekning knytt til langtidsplasser i institusjon.

Tala viser at meir direkte årsakar til høge utgifter på pleie og omsorgsområdet i Sauda kommune er:

- ✓ Sauda kommune brukar fleire årsverk i brukarretta tenester pr. mottakar enn samanlikningsgruppene
- ✓ Del av ressurskrevjande brukarar i Sauda kommune er høgare enn samanlikningsgruppene
- ✓ Sauda kommune har mange fagutdanna

Frå intervjuet går det fram at høg del årsverk mellom anna heng saman med strukturen i kommunen. Kommunen har mange mindre bufellesskap, noko som kan gjere at ein ikkje får utnytta stordriftsfordelar som ein gjer ved institusjonsdrift. Men høg del årsverk heng også saman med at ein har høg kvalitet i kommunen. Det opplevast krevjande å reversere den standarden som er. Til dømes vert det forklart at Sauda tidlegare hadde eige sjukehus, og har lang avstand til sjukehus i dag. Dermed har kommunen bygd opp eit godt tenestetilbod. Fleire av dei intervjuet meiner at dette kan ha ført til høge forventningar blant innbyggjarane, samstundes som ein har eit personell med høg og god kompetanse.

Tala viser også i tråd med sistnemnde kommentar at kommunen har ein høg del med fagutdanning. Samstundes er likevel ikkje lønnsnivået spesielt høgt samanlikna med snittet i samanlikningsgruppene. I samanlikning med andre er difor ikkje høg del fagutdanna ei forklaring på kvifor kommunen har høgare driftsutgifter enn dei andre, og høg del med fagutdanning tolkar vi i så måte som reint positivt.

Utvikling i Sauda kommune 2014-2016

Når vi ser på KOSTRA-tala til Sauda kommune åleine og over tid for treårsperioden 2014-2016, går det fram frå analysen at kommunen har hatt ein sterk utgiftsvekst per mottakar i pleie og omsorgstenestene.

Det er spesielt driftsutgifter pr. mottakar av heimetenester som auka, men det har også blitt dyrare institusjonsplassar i perioden 2014-2016.

Tala viser at moglege årsakar til auken i utgiftene på pleie og omsorgsområdet i Sauda kommune er:

- ✓ Tal på årsverk i brukarretta tenester pr. mottakar har auka
- ✓ Lønnsnivå har auka
- ✓ Det var ein større reduksjon av tal på mottakarar av heimetenester frå 2015-2016, noko som kan vere med å forklare den store auken i utgifter per mottakar av heimetenester mellom desse to åra.

Den totale andelen ressurskrevjande brukarar i tenestene til Sauda kommune har blitt redusert og er dermed ikkje ei forklaring på den samtidige auken i utgifter i perioden.

Når det gjeld institusjonsplassar spesielt har Sauda kommune sine utgifter pr. opphaldsdøgn i institusjon auka i perioden 2014-2016, særskilt frå 2015 til 2016. Dette synast å henge saman med ein parallell reduksjon i beleggsprosent frå 90 – 73 %. Tala på beleggsprosent tyder på at kommunen ikkje har klart å utnytte seg godt nok av institusjonsplassane sine, spesielt i 2016. Samstundes hadde kommunen ein stor auke i liggedøgn med utskrivingsklare pasientar på sjukehus i 2016, sjå delkapittel 4.2.3. Kommunalsjef helse og omsorg kommenterer at desse tala står i kontrast til kvarandre. Når det er mange overliggarar på sjukehus, skuldast det at kommunen har fullt på institusjonsplassane. Tala

opplevast av kommunalsjef å ikkje stemme med den praksis kommunen har, då kommunen ikkje går med ledige plasser dersom det er utskrivingsklare pasientar på sjukehus som treng opphald.

Det føreligg ikkje tal for beleggsprosent for året 2017 som kan seie noko om kommunen i nylegare tid har klart å utnytte institusjonsplassane sine betre. Vi ser likevel ein stor reduksjon i tala på liggedøgn samt betalt bot for overliggande pasientar i 2017, noko som viser at kommunen i mykje større grad har evna å ta imot dei utskrivingsklare pasientane i nylegare tid.

Ifølge kommunalsjef helse og omsorg er årsakene til variasjon i beleggprosent komplekse, men fall i beleggprosent i 2016 kan delvis henge saman med tilfeldig variasjon i samband med mange dødsfall over ein kort periode. Dette underbyggast av KOSTRA-tal som viser eit samtidig stort fall i mottakarar av heimetenester i aldersgruppa 80+. Dette skal ha gitt rotering av omsorgsbustadar, noko som også skal ha gitt mindre press på korttidsplassane i ein periode.

3. Vurderingar

I dette kapitlet presenterer vi våre vurderingar knytt til dei tre problemstillingane i forvaltningsrevisjonen. Faktagrunnlaget er skildra i kapittel 4. Revisjonskriterium er nærmare skildra i vedlegg 3.

3.1 Tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester

Som del av arbeidet med tenestetildeling er det lagt til grunn at kommunen skal sikre:

- ✓ At det er etablert eit system av prosedyrar som søker å sikre at tenesteapparatet og tenesteytarane kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får dei tenester vedkomande har behov for til rett tid.
- ✓ Eit likeverdig tenestetilbod.
- ✓ At ressursane utnyttast best mogleg.
- ✓ At det mest ressurseffektive nivået skal stå for førebygging, omsorg og behandling av sjukdom.
- ✓ At heilskapleg pasientgang i størst mogleg grad kan bli tatt i vare innanfor beste effektive omsorgsnivå.
- ✓ Opphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgntenester dersom dette, etter ei helse- og omsorgsfagleg vurdering, er det einaste tilbodet som kan sikre pasienten eller brukaren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstenester.
- ✓ Forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgns tenester.
- ✓ At ein planlegg, gjennomfører, evaluerer og korrigerer verksemda, slik at tenesta sitt omfang og innhald er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

3.1.1 Rutinar

Nokre føresetnadar for å tildele tenester etter BEON-prinsippet er at kommunen har profesjonalisert saksbehandling, at sakshandsamarar har tydelig ansvar for å forvalte kommunen sine samla ressursar, og at det er rutinar for vurdering/revurdering av tildelte tenester i forhold til funksjonsnivå.

Rutinane for tildeling som er blitt gjennomgått i denne revisjonen står fram som tilfredsstillande. Det går fram kven som har ansvar for kva i dokumenta. Samarbeidet mellom tildelingskontoret og dei utøvande einingane fungerer i det store og heile bra, med gjensidig forståing for dei enkelte sine roller. Samstundes har vi funne forbetningsområde. Forbetningsområda går i all hovudsak ut på å sikre tilstrekkelig informasjon og dokumentasjon på pasientane sine behov og endringar i desse.

Kartlegging av behov og eigne ressursar hos brukarar er eit vesentleg område med tanke på krav og rettar til brukar, likebehandling og ressurseffektivitet. Vi vurderer at det ikkje er tilstrekkeleg avklaring mellom tildelingskontoret og heimetenestene når det gjeld oppgåva kartleggingsbesøk ved nye brukarar. Dette bør klarast opp i for å sikre god utredning i praksis. Kommunen bør også sikre at det er tilstrekkeleg kompetanse til å fylle denne oppgåva. Slik praksis er no, vurderer vi dette som eit risikoområde. Vi påpeikar også at bestillar-utførar-modellen inneber at tenestekontoret i prinsippet skal vere ein uavhengig part som fattar vedtak basert på behov, kor verksemdene deretter utfører tenesta som er blitt tildelt. Dersom heimetenesta i stor grad overtek kartleggingsoppgåva oppnår ein ikkje hensikta med arbeidsdeling, og effekten av å ha eit tenestekontor vert redusert. Det gir også auka risiko for ulik sakshandsaming. Dette kan vere uheldig med tanke på likebehandling og for omdømmet til kommunen.

Vidare var det stor semje på tvers av einingar i at tilsette kan bli flinkare til å dokumentere i journalsystemet CosDoc, slik at tildelingskontoret får tilstrekkeleg grunnlag til å kunne gjere kontinuerlege vurderingar og best moglege vedtak. Det er positivt at dei vi har snakka med er merksame på forbetripotensial i eigne einingar, og særskilt at heimetenestene er i gang med systematisk forbetripotensial på området for å auke kompetansen i journalsystemet.

Kommunen ligg på etterskot når det kjem til revidering av vedtak. Dette er uheldig, då ein risikerer at brukarar ikkje får det tilbodet som er best tilpassa behovet, eventuelt at det er manglande samsvar mellom vedtak og tenester som blir gitt. Manglande samsvar mellom vedtak og tenester i praksis fører også til at kommunen går glipp av inntekter frå brukarbetaling for praktisk bistand.

Grunna utfordringar med kapasitet har tildelingskontoret avslutta systematisk revurdering av vedtak frå si side, og ein baserer seg no åleine på at det er ei kontinuerleg oppgåve i einingane å sende inn endringsmeldingar. Vi har ikkje etterprøvd om det vert gitt tenester utan vedtak, men det gjekk fram at mange erfarer manglande samsvar mellom vedtak og dei tenestene som blir gitt. Vi vurderer difor at det er uheldig at det ikkje vert nytta fastsette revisjonstidspunkt/påminning frå tildelingskontoret.

Frå gjennomgangen gjekk det også fram å vere potensial for å innordne rutinar betre slik at ein får meir tid til kjerneoppgåver i dei ulike einingane. Det er våre observasjonar at det ligg eit potensial for betring når det gjeld:

- Effektiv gjennomføring av tildelingsmøter
- Tydelegare oppgåvefordeling mellom tildelingskontor og andre einingar når det gjeld brukar- og pårørandekontakt
- Innføring og bruk av elektronisk arkiv i tildelingskontoret

3.1.2 Effektiv ressursbruk og ivaretaking av BEON-prinsippet

Vi vurderer at effektiv ressursutnytting og BEON-prinsippet står sentralt når pleie- og omsorgstenester skal tildelast. Tildelingskontoret har som målsetning å sikre lik tilgang på helse- og omsorgstenester til alle innbyggjarar, uavhengig av alder, tenestebehov og bustad. Vidare, å bidra til ein så uavhengig og sjølvhjelpen kvardag som mogleg, med fokus på brukaren sine eigne ressursar. Det er klare kriterier for opphald i institusjon eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgntenester. I våre undersøkingar var det tilsynelatande stor semje om at kommunen jobbar for å gi tenester på lågast mogleg nivå omsorgstrappa. Opplæringsmateriell omtalar også prinsipp om lågast effektive omsorgsnivå og forklarar omsorgstrappa. Desse tilhøva harmonerer i stor grad med BEON-prinsippet, som handlar om å tilby helse- og omsorgstenester på beste effektive omsorgsnivå.

Samtidig viste vår innleiande analyse at kommunen brukar fleire årsverk i brukarretta tenester pr. mottakar enn snittet i landet og i KOSTRA-gruppa. Det indikerer at kommunen har ein mindre effektiv ressursbruk på tross av at det blir fokusert på BEON-prinsippet og effektiv ressursutnytting ved tildeling av tenester.

Vi vurderer at det framleis står att modning å få betre nytta dei ressursane som fins i og rundt ein brukar, til dømes ved meir bruk av kvardagsrehabilitering og ved meir involvering av brukar ved kartlegging. Høge forventningar frå innbyggjarar om kvalitet er også ei utfordring. Det opplevast som vanskeleg i dei enkelte einingar å få til å endre på oppfatningar om kva kommunen skal tilby, særskilt når det gjeld forventningar til heimetenesta. I samband med dette blei det uttrykt ønske om meir informasjon ut mot innbyggjarane frå eit overordna nivå i kommunen.

Gjennom revisjonen har vi også sett tilhøve ved kommunen sitt tenestetilbod som synast å hindre kommunen i å tildele tenester på beste effektive omsorgsnivå. Vi stiller spørsmålsteikn ved om kommunen heilt "treff" på omsorgstrappa, då svært tunge tenester blir utført i heimetenesta, og korttids plassar nyttast lengre enn tiltenkt, medan ein ventar på heildøgnsomsorg. Dette kan påverke kvaliteten på tilbodet og er ikkje nødvendigvis ressursbesparande, (jf. tildelingskontoret sine normer for når høgare nivå tenester bør vurderast som meir ressurseffektive). Årsaken gjekk fram å i hovudsak vere for liten kapasitet på heildøgnsomsorgsplassar. Denne utfordringa ligg an til å vedvare - sjølv om kommunen vil få eit meir differensiert tenestetilbod ved innføring av langtids plassar og fleire

korttidsplassar i 2018, vil den totale kapasiteten på heildøgnplassar likevel bli redusert med tre plassar ved den pågåande omstruktureringa.

Av omsyn til ressursutnytting er det også uheldig dersom det til tider er ledige korttidsplassar i kommunen, samtidig som det ligg utskrivingsklare pasientar på sjukehus, noko vi meiner at KOSTRA-tal på beleggprosent og statistikk på overliggedøgn har indikert. Tal på overliggedøgn og betalt bot for overliggende pasientar har vel å merke gått kraftig ned i 2017, noko som viser at kommunen i mykje større grad har evna å ta imot dei utskrivingsklare pasientane i nylegare tid.

Overordna sett er det vårt inntrykk at ein gjer grep i kommunen, og har meiningar innanfor pleie og omsorgsområdet om korleis tiltak og økonomi heng saman, utan at det er utarbeida tilstrekkelege faktabaserte analysar på korleis ulike grep og forhold slår ut. Til dømes er det mange tankar om kva ein vil oppnå av auka ressurseffektivitet etter dei pågåande omstruktureringstiltaka, utan at dette byggjer på talfesta analysar. Vi observerte også delvis motstridande vurderingar av forhold som påverkar ressurseffektivitet. Til dømes blir det antatt at den heimebaserte profilen i pleie og omsorg gjev totale innsparingar for Sauda kommune. Samstundes vart det påpeikt at strukturen som denne tenesteprofilen inneber, med tunge brukarar i heimen og mangel på stordriftsfordelar som ein har ved heildøgnsstilbod samla på institusjon, bidreg til høgare del årsverk og meir kostnader.

Samanlikna med andre kommunar, ser vi at kommunen har ein utfordring når det gjeld økonomisk analyse, då det i liten grad er støtteressursar som har oppgåva å gjere analysar innanfor dei enkelte verksemdsområda. I Sauda kommune ligg analyseoppgåva til den enkelte kommunalsjef. Vi vurderer at det er behov for å prioritere meir faktabaserte analysar for å sikre at ein tek dei rette avgjerslene om bruk av dei ressursane kommunen har til rådighet. Dette for å best mogleg kunne ta i vare innbyggjarane sine behov framover.

3.2 Tenestetilbodet til brukarar

Kommunen må sikre at personar får det tenestetilbodet dei har krav på. I det ligg det blant anna å:

- ✓ etablere eit system av prosedyrar som søker å sikre at tenesteapparatet og tenesteytarane kontinuerlig tilstrebar at den enkelte bruker får dei tenester vedkomande har behov for til rett tid
- ✓ sikre at enkelte brukarar får dei tenester vedkomande har behov for til rett tid, og at det vert gitt eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som tek i vare kontinuitet i tenesta
- ✓ å legge til rette for samhandling mellom ulike deltenester innad i kommunen og med andre tenesteytarar der dette er naudsynt for å tilby tenester omfatta av helse- og omsorgstjenesteloven. Deriblant ha ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemd
- ✓ arbeide systematisk for kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik i verksemda
- ✓ etablere system for å hente inn erfaringar og synspunkt frå pasientar og brukarar

Vi vurderer at kommunen har på plass eit system med arbeidsrutinar for å sikre gode tenester til brukarane av helse- og omsorgstenester. Det er mellom anna innført detaljerte rutinar for fast rapportering gjennom heile døgnet og det er sjekklister for oppfølging av pasientar på korttidsplass. Det føreligg også rutinar for brukarmedverknad. Dei som har vore intervjua i forvaltningsrevisjonen sakna ikkje nokon system eller prosedyrar for å kunne gi ei god oppfølging av pasientane. Det er også etablert eit system for brukarundersøking som vi meiner tek i vare kommunen sin plikt til å etablere system for å hente inn erfaringar og synspunkt frå pasientar og brukarar.

Det er potensial for betring knytt til etterleving av rutinane. Det gjeld i størst grad å styrkje brukarmedverknaden i praksis, særskilt når det vert gjort kartleggingar. Brukarmedverknad er også det temaet som fekk svakast resultat i kommunen si siste brukarundersøking. Når det gjeld rutinar for samhandling og koordinering vurderer vi at dette er etablert på vesentlege områder, og på ulike nivå, til dømes gjennom kommunen sin modell for koordinerande eining. Kommunen har nyleg kome i gang med kvardagsrehabilitering, gjennom konkrete caseprosjekt. Erfaringar viser at sjølv om intensjonane med kvardagsrehabilitering er gode kan det opplevast krevjande i praksis å prioritere og få på plass tenester som føreset samhandling og koordinering på tvers.

3.3 System for mottak av utskrivingsklare pasientar

I overgangen mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta skal kommunen:

- ✓ samarbeide med regionalt helseføretak slik at helse- og omsorgstenesta i landet best mogleg kan verke som ei eining.
- ✓ inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen eller med helseføretak som det regionale helseføretaket bestemmer.
- ✓ ha som målsetting at samarbeidet skal bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester.
- ✓ sikre at ei oppdatert og samstemt liste over legemidlar i bruk skal, i forståing med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå.

Sjølv om det har vore erfart episodar kor rutinar i samarbeidet mellom kommunen og helseføretaket ikkje har vore etterlevd praksis, har vi i vår gjennomgang ikkje funne konkrete svakheiter i kommunen sitt system og rutinar for å ta imot utskrivingsklare pasientar, eller i måten kommunen følger opp sjukehuset på. Kommunen hadde eit høgt nivå på overliggardøgn i 2016, som indikerer utfordringar med å ta i mot pasientar, men er tilbake på lågt nivå samanlikna med andre i 2017.

Det føreligg både samarbeidsavtaler og formaliserte rutinar som detaljert skildrar korleis kommunen og spesialisthelsetenesta skal samarbeide, noko som er med på å sikre gode og effektive prosessar for alle partar. Avvikssystemet på området er i bruk i kommunen og bidrar til å følgje opp at helseføretaket fyller si rolle etter avtale. Vi understreker på generelt grunnlag viktigheita av å melde ifrå dersom ein av partane ikkje oppfyller sine arbeidsoppgåver, som til dømes dersom viktig dokumentasjon som medisinalister ikkje føreligg ved mottak av pasient, eller dersom pasientar har vore for sjuke til at det reknast forsvarlig å bli utskriven.

Når det gjeld korleis pasienten vert vurdert for vidare behandling, etter at kommunen har overtatt pleieansvaret, er det etter vår vurdering rom for betring. Dette gjeld informasjonsflyt mellom tildelingskontoret og heimetenesta omkring vidare utredning av pasientar sine behov, og vert nærare omtala under problemstilling 1. Tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester, sjå delkapittel 4.1.

4. Fakta

4.1 Tildeling av heimebaserte og institusjonsbaserte tenester

4.1.1 Roller og ansvar

Sauda kommune har ein bestiller-utførar-modell. Bestillerfunksjonen er satt til tildelingskontoret, ei verksemd på lik linje med dei andre verksemdene innanfor helse og omsorg i kommunen. Tildelingskontoret handsamar søknadar og det er berre tildelingskontoret som fattar vedtak om alle typar helse- og omsorgstenester til innbyggjarane.

Mynda og ansvaret til tildelingskontoret er skildra i eit rutinedokument "Saksbehandling av helse- og omsorgstenester" som vert jamleg revidert. Her er det presisert at tildelingskontoret har ansvaret for at alle saker blir utgreia etter regelverk, sjølv om andre tilsette i nokre saker kan utføre deler av saksbehandlingsarbeidet. Rutinen skildrar på kva måtar andre einingar ofte er involvert på, dette når det gjeld psykisk helseteneste, miljøterapeutar og miljøarbeidarar. I intervju vert det sagt at på desse områda gjer einingane mykje av forarbeidet sjølv, då det er dei som sit på den spesifikke fagkompetansen. Rutinen skildrar også kva ansvarstilhøve som gjeld mellom tildelingskontoret, heimesjukepleia og Sauda DMS når ei teneste må bli sett i verk før vedtak, til dømes ved korttidsopphald og/eller heimesjukepleie.

Roller og ansvar mellom tildelingskontoret og tenesteytande einingar blei i hovudsak opplevd som klart av dei som har vore intervjua i forvaltningsrevisjonen. Tildelingskontoret vert opplevd som tydeleg i sitt mandat. Frå intervjua gjekk det likevel fram at oppgåvefordelinga når det gjeld kartlegging opplevast uklår. Dette er skildra nærare i del 4.1.2.

4.1.2 Tildelingsrutinar

Ved tildeling av tenester nyttar tildelingskontoret sakshandsamingsreglar, nasjonale rettleiarar, og eigne retningslinjer. Rutinane opplevast å vere tilstrekkelege.

Rutine for sakshandsaming og tildeling er kortfatta skildra i rutinedokumentet "Saksbehandling av helse- og omsorgstenester". Der går det fram ansvarstilhøve (som skildra i 4.1.1), brukarmedverknad, bruk av søknadsskjema, korleis ein går fram ved forslag til endring eller forlenging av vedtak og oppretting av teneste. Rutine ved korttidsopphald etter sjukehusinnlegging eller annan institusjon er også skildra. Rutinen for sakshandsaming er vedlagt kartleggingsskjema helse og omsorg, og søknad om helse og omsorgstenester. Sauda kommune har nytta fagsystemet CosDoc sidan 2006, kor ulike skjema/meldingar også inngår som del av systemet.

Dei tilsette ved tildelingskontoret sit mykje i lag og vurderer søknadane. Dei har faste tildelingsmøter ein gong i veka i lag med representantar frå tenesteutøvarane kor sakar drøftast, samt kontinuerleg dialog. Tildelingskontoret har kontakt med alle helse- og omsorgstenester inklusiv legane for å hente informasjon, men gjer alle vedtak sjølve. Det opplevast gjensidig tett dialog om til dømes ledige plassar som oppstår. Det var likevel tilbakemelding frå alle utførande einingar at tildelingsmøta opplevast tidkrevjande og at gjennomføring av møta kunna ha vore gjort meir effektivt. Fleire peikte og på at det ville vere meir effektivt å få inn fleire opplysningar på førehand.

Tildelingskontoret opplyste at dei nyttar eit manuelt system for arkivering. Dette er utfordrande ved at det tar unødvendig mykje tid vekk frå sakshandsaming. Fleire av dei intervjua påpeikte også at tildelingskontoret har mykje brukar- og pårørandekontakt som bør handterast av primærsjukepleiarane.

Meir om rutinar for kartlegging

Det er skriftleg skildra at det er tildelingskontoret sitt ansvar at alle saker blir utgreia etter regelverk, sjølv om andre tilsette i nokre sakar kan utføre deler av saksbehandlingsarbeidet. Tidingkontoret er for tida redusert i bemanning med 40 % stillingsdel. På grunn av tidspress opplever dei ikkje moglegheit til å gjere kartleggingsbesøk for alle, og prioriterer å reise på kartleggingsbesøk til nye brukarar av tenester. Ved behov hentar dei inn ytterlegare informasjon, før vedtak vert skriven. Tildelingskontoret er svært avhengig av heimetenesta sine faglege vurderingar, men er usikre på om det er nok forståing for dette og for ansvaret tenestene har for å vurdere behov for tenester.

Frå heimetenesta si side opplevast oppgåvefordelinga for kartlegging som uklar slik situasjonen er no. Det blir erfart at det var tildelingskontoret som gjorde kartleggingsbesøk for nye brukarar før, men at dei no i større grad berre får beskjed om at det kjem ein en ny brukar og at heimetenesta må kartlegge behov hos denne. Denne endringa i arbeidsfordelinga opplevast ikkje formalisert. Det kan også opplevast vanskeleg å få hjelp frå tildelingskontoret til kartleggingane. Det er ynskje om eit mykje tettare samarbeid mellom heimetenesta, tidingkontoret, og gjerne ergoterapeut, om kartlegging av behov hos nye brukarar i heimen deira. Det vart påpeikt at det er uheldig at det er heimetenesta som tar kartleggingsbesøk, då det inneber at kartleggingar av nye brukarar i praksis då kan bli gjort av tilsette med variabel kompetanse. Ein konsekvens i neste omgang kan vere meirarbeid for tildelingskontoret, dersom brukar og pårørande viser seg å ikkje vere einige i ettertid.

Ei opplevd utfordring er også at e-postar frå tildelingskontoret om nye brukarar som treng kartlegging av behov, går til alle sjukepleiarar (med kopi til avdelingsleiar og leiar). Sjølv om alle les e-posten, er det ikkje sikkerheit for at nokon tar tak i oppgåva. Dette i motsetning til ved e-meldingar, kor meldingar er knytt til journalsystemet. Årsaken til at det vert brukt e-post blir sagt å vere at systemet ikkje er retta inn for e-meldingskommunikasjon mellom einingane.

Når det gjeld utskrivingsklare pasientar spesielt, prioriterast det at tilbodet i kommunen settast i gang, og så kjem vedtaket i etterkant. Dersom pasienten skal frå sjukehuset og heim, rekk gjerne ikkje tildelingskontoret å reise på kartleggingsbesøk. Tildelingskontoret forbereder då heimetenesta på at det kjem nye pasientar med behov for heimetenester, basert på sjukehuset si vurdering. Etter at pasienten er komen heim gjer tildelingskontoret ei vurdering av brukar sitt behov etter tilbakemelding med vurdering frå heimetenesta, og gjer vedtak der tenester varer meir enn 14 dagar. Tildelingskontoret opplever ikkje alltid å få nødvendig informasjon for å kunne fatte eller endre vedtak og at dei må bruke mykje tid på å etterlyse denne informasjonen.

I heimetenesta opplevast det uklart korleis ein evaluerer, og kven som skal gjere det, før ein tidsavgrensa periode er over. Dette er i grunn primær og sekundærkontaktane sitt ansvar, men det gjekk fram at ein har ikkje fått desse rollene til å fungere godt. Ein årsak til det er at personane den enkelte har ansvar for er geografisk spreidd, og den ansvarlege får ikkje følgt personar opp jamleg fordi pasientane ikkje inngår på arbeidslistene til denne. Ein håper å endre på dette ved å organisere primæransvar etter geografiske klynger framover.

Når det generelt gjeld dokumentasjon i CosDoc vert det sagt i alle einingar at ein kan bli flinkare til dette. Ein har hatt systemet sidan 2006, men erfaringa er at det framleis er varierende kunnskap og kvalitet på bruken av systemet. Årsaker blei sagt å vere mykje utskiftingar i personell, mange mindre einingar, ein kultur for at det er travelt, og litt motstand mot bruk av PC. Det vart peikt på at det har vore for lite prioritering av opplæring i journalkompetansen i kommunen.

I heimetenesta og på bustadstuna skal IPLOS takast minimum to gonger i året og ved endringar. Det gjekk fram å vere ei utfordring at dette ikkje alltid vert gjort. På Sauda DMS skal dei tilsette oppdatere IPLOS ein gong i veka, men det blei påpeikt at dette ikkje er tilstrekkeleg som einaste informasjon. Oppdatering av tiltaksplanar og sjukepleiarrapportar er også viktig, og er typisk det som blir etterlyst av tildelingskontoret.

Revisjonen har mottatt eit kartleggings skjema frå Sauda kommune sitt kvalitetssystem som mellom anna omfattar personlege opplysningar, kva det søkast om, noverande hjelp frå kommunen og andre, helsetilstand og funksjonsevne (IPLOS), sosiale forhold, og praktiske forhold og behov. I rutinar er det ikkje synt til når eller av kven dette kartleggings skjemaet skal brukast.

Rutinar for å revurdere tiltak

Etter at det er fatta eit vedtak vil gjerne behovet til brukar endre seg. Tidlegare skreiv tildelingskontoret vedtak på eit år, og så skulle vedtaket reviderast av tildelingskontoret etter at tenesteytar ga si fagvurdering. Tildelingskontoret opplevde at dette ikkje fungerte, då dei ikkje fekk nødvendig informasjon for å revidere tiltaka. Dette skal ha skapt konflikt. Med bakgrunn i dette slutta ein med tidsavgrensa vedtak for om lag tre år sidan. Tildelingskontoret har berre haldt på årlig revidering på dei vedtaka som krev arbeidsavtalar, til dømes støttekontakt og besøksheimar.

Kommunen sin rutine i dag er at tenesteytarar gjer skriftleg endringsmelding. Den som yter tenestene skal melde frå om endringar til tildelingskontoret. Dette går fram av rutinedokumentet "Saksbehandling av helse- og omsorgstenester" under overskrifta "Forslag til endring eller forlengelse av vedtak":

"Den ansatte skal ta ansvar for å oppdatere og godkjenne IPLOS.

Det er en plikt for alle ansatte å fylle ut endringsmelding når brukerne tilstand endrer seg og nytt vedtak er nødvendig.

Fyll ut:

Namn

Beskriv hjelpebehov og ca. tidsbruk

Begrunnelse – faktaopplysninger, hvilke bistand ytes og hvorfor.

Dette kan skrives i tekstdelen/notatfeltet i IPLOS.

Bruker eller pårørende/verge må bli tatt med i prosessen. Dokumenter deres uttale."

På Høllandstunet er det primærkontaktane som skriv endringsmeldingar. Sauda DMS sendte endringsmeldingar tidlegare, men har gått vekk i frå dette som følgje av at dei berre gjennomfører korttidsopphald. Tilsette på DMS skriv i staden forslag til hjelp/tilsyn ut frå eigne observasjonar og kartlegging av behov for bistand når pasienten skrivast ut til ei anna eining. Heimetenesta skal då følgje dette vidare opp med eigen kartlegging i heimen, og så sende søknad om ny teneste eller endringsmelding til tildelingskontoret etter å ha prøvd ut ei nye teneste. Innanfor heimehjelpa er det gjerne koordinator eller avdelingsleiar som skriv endringsmeldingar.

Det blir opplevd varierende grad av oppfølging av å skrive endringsmeldingar hos tenesteytarane. Vedtak vert då ikkje endra, då det må føreligge ei dokumentert grunngjeving for å gjere endring i vedtaka. Innanfor heimetenestene vert det sagt å vere få tilfelle i journalsystemet kor vedtaka stemmer overeins med det som faktisk vert gitt av tilbod i dag. Dette er fordi behova endrar seg heile tida, og heimetenesta ikkje er ajour med å dokumentere endringane.

Fleire meinte at hovudårsaken til mangelfull oppfølging av endringsmeldingar er mangelfull kunnskap om korleis verktøyet for endringsmeldingar skal nyttast. Nokon påpeikte også at det kan vera konfliktfylt for dei tilsette å foreslå reduksjon i bistand når situasjonen fagleg sett tilseier det, og at fleire også har gitt uttrykk for at det ikkje er deira rolle.

For å få opp graden av dokumentasjon hos personalet er det laga ein opplæringsplan for CosDoc innanfor heimetenestene, basert på kva medarbeidarane har gitt tilbakemelding på at dei ynskjer opplæring i. Føreslåtte tema er dokumentasjon, informasjon om kva som finnast og endringsmelding. Alle medarbeidarar skal puljevis gjennom dette opplæringsprogrammet, som har starta i 2018.

Føringar for tildeling av tenester

Som det går fram av nettstaden til kommunen er hovudmålet til tildelingskontoret å sikre lik tilgang på helse- og omsorgstenester til alle innbyggjarar, uavhengig av alder, tenestebehov og bustad. Det er vidare eit mål ved tildeling av tenester å bidra til ein så uavhengig og sjølvhjulpen kvardag som mogleg. Det leggst vekt på:

- ✓ At hjelpa ytast som hjelp til sjølvhjelp.
- ✓ Kva personen kan klare sjølv.
- ✓ Kva eventuelt andre i husstanden kan klare, eksempel ektefelle, sambuar, vaksne heimebuande barn.

- ✓ Kva personen og tilsette kan gjere saman.
- ✓ Kva tilsette kan hjelpe personen med.

BEON-prinsippet går ut på at helse- og omsorgstenester skal givast på Beste Effektive Omsorgsnivå, og inneber at ein skal forsøke å tilby tenester på eit lågast mogleg omsorgsnivå med fokus på brukar sine egne ressursar, og at hjelpa skal vere hjelp til sjølvhjelp. Omsorgstrappa skildrar at tenestetilbodet strekkjer seg frå eit lite hjelpebehov (lavterskeltilbod) og til eit omfattande hjelpebehov (f.eks. langtids plass på institusjon).

Kommunen omtalar omsorgstrappa og bruk av BEON-prinsippet i si "Forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller bustad særlig tilrettelagt for heildøgns tenester, kriterier og venteliste i Sauda kommune.", vedtatt i Sauda kommunestyre 21.06.2017. Forskrifta skal bidra til å klargjere kriterier for tildeling av langtidsopphald i sjukeheim eller bustad særlig tilrettelagt for heildøgns tenester, samt skildre korleis pasientar og brukarar kan bli teken i vare i ventetida.

Liknande prinsipp blir også skildra i introduksjonsprogrammet for nye tilsette i PLO, sist oppdatert 2010. Her blir den tilsette presentert for overordna mål i pleie og omsorg. Bl.a. at "Tjenesten skal bære preg av forebygging, tilrettelegging og mestring for brukere. LEON – prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) er lagt til grunn for de vedtak som fattes om nødvendig hjelp eller bistand til våre brukere." Vidare er omsorgsomgrepet forklart. Her står mellom anna at pleie- og omsorgstenestane har ansvar for å forvalte ressursane til det beste for brukarane, og at god omsorg inneber å stille krav og forventningar til både yngre og eldre brukarar, dette ut frå vissheita om at aktivitet er grunnlag for fysisk vekst. Forventningar til brukar om å aktivisere egne ressursar, eller få opplæring i å ta i bruk egne ressursar, skal styrast av kva som til ein kvar tid er fornuftig og forsvarleg. Under kvalitetsmål er det mellom anna lista korleis den tilsette skal praktisere hjelp til sjølvhjelp i kvardagen. I intervju blei det trekt fram at ein skal bruke omsorgstrappa og at Sauda kommune skal ha ein heimebasert profil på pleie og omsorgstenestene.

4.1.3 Erfaringar og synspunkt knytt til effektiv ressursbruk

Samsvar mellom vedtak og praksis

Ei utfordring knytt til effektiv ressursutnytting ved tildeling av tenester er informasjonsflyten mellom tildelingskontoret og dei andre einingane. Som nemnd er dette eit forbetningsområde, særskilt når det kjem til tilstrekkeleg dokumentasjon av behov, utvikling og endring hos pasientane. Tilstrekkeleg dokumentasjon er naudsynt for at tildelingskontoret skal få tilstrekkeleg grunngeving til å gjere/endre vedtak til å stemme med behov.

Mangelfull dokumentasjon trur ein også kan ha ein negativ innverknad på økonomien. Fleire, frå ulike einingar, hadde dømer på at dei kjente til at det vert ytt tenester utan vedtak, eller meir tenester enn det som er vedtatt, og at ein difor trur dette også skjer i fleire andre tilfelle. Til dømes synast det ikkje som at ein alltid tenker på at praktisk bistand er ein betalingsteneste, og at det er vedtak som er styrande over det som står i sjukepleiarjournalane.

Heimetenesta hadde nyleg ein gjennomgang av vedtaka hos seg. Dei oppdaga då at det ikkje var samsvar mellom vedtak og kva ein faktisk gjorde i fleire tilfelle. Det blei sagt at denne gjennomgangen førte til at ein no har betre kontroll enn det tidlegare har vore, men at det er behov for meir fokus på vedtaka framover for å få meir effektivitet og halde kostnadane nede.

Utfordringar i samband med tildeling av tenester på beste effektive omsorgsnivå

Tildelingskontoret fortel at dei jobbar med å tildele tenester på lågt nivå i omsorgstrappa, og at dei har fokus på kvardagsrehabilitering. Dei møter ulike praktiske utfordringar med å få til å tildele tenester på lågt og rett nivå. Desse blir skildra i det følgjande.

Å tilby tenester etter BEON-prinsippet inneber mellom anna at ein må ha sirkulasjon på korttidsplassane. Fleire peikte på at kommunen ikkje har god nok sirkulasjon her. Ein har måtte nytte korttidsplassane til "oppbevaring" i påvente av at brukarar får heildøgns omsorgsplass i heimetenesta. Dette samsvarer

med KOSTRA-tal som viser at personar som er på korttidsplass på sjukeheim i Sauda kommune er der relativt lenge samanlikna med snittet for andre kommunar. Dette får ringverknadar då personen i mellomtida opptar ein korttidsplass, som andre kunne hatt nytte av. Det totale tal på heildøgns omsorgsplassar vil gå ned med tre plassar etter omstruktureringa, noko som kan gi ein meir krevjande situasjon i så måte. Samstundes trur ein at kapasitet på sjølve korttidsplassane vil verte betre, ved nyopning av 10 nye korttidsplassar i 2018.

Kommunalsjef helse og omsorg meiner at det er behov for å justere på profilen. Til dømes har kommunen demente i bufellesskap med døgkontinuerlig bemanning, som får behov for behandling som er tilgjengelig på korttidsplassane, når dei vert sjuke. Omsorgsbustadane vert då ståande midlertidig tomme. Målet er å justere på dette i den nye strukturen kor det lagast ni langtids plasser i institusjon. Ein ynskjer å få dei med mest samansett sjukdom inn på langtidsinstitusjon. Det vil bli meir spesialisert og gi større variasjon i tilbodet, slik at ein kan flytte pasientane mellom nivå.

Det er også ein del dårlege pasientar og "tung" pleie på enkeltbrukarar som bur heime i dag, og som er på venteliste for institusjon som kommunen ikkje klarar å dekke. Frå heimetenesta sitt perspektiv blir det erfart at det til ein kvar tid er anslagsvis 6-7 brukarar som burde hatt heildøgnsomsorg. Det vart peikt på at sjølv om det skal opprettast nye langtids plassar på institusjon, er det ei utfordring at det allereie er mange andre eksisterande brukarar som er tiltenkt å flyttast hit.

Ei anna utfordring gjeld brukarar som sjølv ikkje ønskjer å gå opp i tenestenivå. Tildelingskontoret jobbar etter ei intern norm om at dersom ein brukar må ha tenester meir enn fire gongar på dag og to gongar på natt, så har ein nådd ei grense som gjer det meir tenleg med heildøgnsomsorg. I slike tilfelle vert det vurdert om ein bør gjere om på tenesta. Leiar av tildelingskontoret har minst to døme på ressurskrevjande brukarar i dag som på bakgrunn av dette burde ha vore inne i heildøgns omsorgsbustad. Problemet er at desse ikkje ynskjer det, og dei forblir då i ei teneste som truleg er dyrare.

Det blei sagt å vere behov for meir nyanserte dagtilbod. Dersom det er venteliste på dagsenterplass, kan dette gjere at brukaren må få tenester på eit høgare omsorgsnivå, f. eks heildøgns tenester.

Fleire peikte på at sjølv om kommunen har ein svært heimebasert profil, så minner den heimebaserte heildøgnsomsorga i omsorgsbustadane mykje om institusjonsdrift. Det er høg bemanning og tilsynslege utover det som er lovpålagd både på Åbøtunet og Høllandstunet. Leiargruppa i pleie og omsorgstenestene har planar om å vurdere om kommunen skal definere om plassar på Åbøtunet til langtidsinstitusjon, derunder vurdere om dette vil løne seg å gjere om på.

4.1.4 Pågåande tiltak for å oppnå meir effektiv ressursutnytting

Kommunalsjef helse og omsorg har forventingar til at einingane skal ta ned kostnader i året som kjem. Målet er å klare å halde budsjettammene. I 2018 er det vidareført ein reduksjon i budsjetta til området på om lag 3 mill. kr frå 2017. Planlagde tiltak for innsparingar er:

- ✓ Arbeidsplaner som gjev mindre vikarbruk.
- ✓ Fokus på sjukefråvær.
- ✓ Redusere tall på tilsette bl.a. gjennom heiltidsprosjektet og ved at alle stillingar som vert ledige skal vurderast før dei vert lyst ut.
- ✓ Noko reduksjon i pleie og omsorg pga. strukturendringa i form av samanslåingar av einingar.

Tiltak som er gjort for å styrkje lågare nivå i omsorgstrappa blir sagt å vere val om utstrakt bruk av heimebaserte tenester. Dette er eit viktig fokus og satsingsområde som kommunen har hatt lenge. Det var ulike oppfatningar om kor vidt ein har greidd å få innarbeida tankegangen om meir heimebaserte tenester i kommunen. Det blir opplevd å ha blitt ein større aksept og forståing hos tilsette for prinsippet om å tildele tenester på lågt nivå omsorgstrappa, og at kommunen i større grad skal handtere brukarar heime. Samstundes har Sauda tradisjonelt sett tildelt tenester på høgt nivå, forventningane er difor høge og heimeteneseta er allereie under press.

For å få meir effektiv bruk av ressursar i heimetenesta, gjekk det fram å vere eit behov for å endre forventningar til kva heimetenesta i dag skal og skal ikkje yte av tenester, både hos brukarar og tilsette. Det blei peikt på at det er krevjande for dei enkelte tilsette å sjølv styre kva brukarar skal kunne forvente seg av kommunen sine heimetenester i dag. For å oppnå slik endring, er det derfor sett som heilt naudsynt med meir informasjon ut mot innbyggjarane som kjem frå eit overordna nivå i kommunen.

Kommunen har også enda mykje å gå på når det gjeld rehabiliteringsfokus, og potensiale som ligg her, både når det gjeld ressurseffektivitet, men ikkje minst for å oppnå kvalitetsforbetring. Tildelingskontoret opplyser at dei har venta med å skrive vedtak om kvardagsrehabilitering til utførar kunne ta i mot oppdraget. Kommunen har nyleg kom i gang med dette – det har vore kjært nokre få prøveprosjekt, sjå også avsnitt 4.2.3.

Av andre tiltak for å styrkje lågare nivå i omsorgstrappa blei det opplyst om at kommunen nyleg har utvida dagsentertilbodet sitt, kor brukarveksten er relativt stort.

Innanfor velferdsteknologi arbeidar ein med kompetanseheving i høve både løysingar og å sikre innovative innkjøp. Plan for velferdsteknologi ligg inne i økonomiplan og det fins ei lokal arbeidsgruppe. Kommunen har innført digitale dørlåser, og er i ferd med å skifte ut trygghetsalarmane frå analoge til digitale alarmer. Kommunen skal også få fallsensorar. Det gjekk fram frå intervjuet at innføring av mobile nettbrett i heimetenesta ikkje har fungert. Ifølge kommunalsjef helse og omsorg er årsaken at dei tekniske løysingane ikkje er gode nok, og at nettverket er for ustabil, då det ikkje er fiber i heile kommunen. Kommunen har derfor gått vekk frå dette, men ynskjer å innføre dette når teknologi og infrastruktur har blitt betre.

4.2 Tenestetilbodet til brukarar

4.2.1 Brukaroppfølging

På Sauda DMS er det laga ein plan for standardaktivitetar per pasient som skal følgjast opp av primær- og sekundærpleiar ved alle korttidsopphald, samt den som tek i mot/skriv ut pasienten. Planen er basert på eit tre vekers opphald, men då opphald kan variere frå ein til fleire veker, så må den enkelte ta omsyn til at dei same oppgåver skal gjerast innanfor ei kortare eller lengre periode. Planen ligg fysisk i ein eigen pasientperm på vaktrommet og vert nytta som sjekkliste. Det vert også nytta arbeidslistar for kvar vakt. Ei erfaring er at ein ikkje heilt har fått til at det er primærkontakten som skal følgje opp sin pasient gjennom dagen, for å gi auka tryggleik hos pasienten. Samstundes blei det peikt på at det ikkje er noko som hindrar ein i å få dette til i større grad, då ein sjølv fordeler pasientane på morgonmøter.

Innanfor heimetenestene får dei tilsette kvar dag ei arbeidsliste, tatt ut frå CosDoc med oppdaterte data. Det er også tatt i bruk tavler til å ha kontroll på dei brukarane som midlertidig ikkje skal ha tenester, då dei til dømes er inne på avlastningsopphald, og utgår frå arbeidslistene. Ein sjukepleiar har ansvar for å gå gjennom rapporten frå førre vakt, definert i ei morgonrutine og rutine for dagvakt. Det har også blitt innført midtrapport. Dette er ein kort rapport midt på dagen kor det vert vurdert om det er noko spesielt som må følgjast opp i løpet av dagen, i forhold til planlagde arbeidsoppgåver. Det er også definert rutinar for kveldsvakt og nattevakt, samt prosedyrar for medisinrom. Leiar av heimetenestene ynskjer å dele inn primær- og sekundærkontaktane i heimetenesta basert på geografi framover, slik at ein reduserer tal på personar som er innom brukaren.

På Høllandstunet lagar ulike tilsette arbeidslistar knytt opp i mot vedtak og andre faste oppdrag. Dette blir skildra som eit godt arbeidsverktøy som vert nytta på alle skifta. Det vert gitt munnlege rapportar mellom vaktskifta, og det som blir nemnd vert skriven ned i journalen. Det er også innført midtrapportar kvar formiddag på tvers av avdelingane på Høllandstunet. Her blir pasientane gjennomgått, deira behov og eventuelt kva som må følgjast opp vidare.

Dei tillitsvalde og andre som har blitt intervjuet etterlyser ikkje nokon system eller prosedyrar for at dei tilsette skal kunne gjere ein god jobb opp mot pasientane/bukarane.

4.2.2 Samhandling og koordinerende tenester i kommunen

Sauda kommune har eit rutinedokument for koordinerende eining, som skildrar modell, sentrale oppgåver og møterutinar for koordinerende eining. Det fins også eit rutinedokument som skildrar koordinerende eining sitt ansvar for individuell plan, derunder også for opplæring og rettleiing av koordinatorar. Kommunen har følgjande modell for koordinerende eining:

Nivå 1: Tildelingskontoret, mottak for (KE)

Nivå 2: System koordinator individuell plan (IP)

Nivå 3: Koordinerende team (KT)

Tildelingskontoret (nivå 1) mottar søknad/henvendinger om heilskaplege tenester og individuell plan (IP). Tenesteyting skal utførast på lågaste effektive nivå. Sakar som treng tverrfagleg samarbeid og/eller samarbeid med ulike forvaltningar for å kunne løysast, vidaresendast til koordinerende team. Tildelingskontoret skal fungere som mottak, som "1 Dør" og skal registrere heilskapleg rehabiliteringsbehov.

Koordinerende team (nivå 3) arbeider med sakar som er komplekse, omfattande og som må løysast i eit tverrfagleg forum. Faste medlemmer i koordinerende team er: Leder tildelingskontoret, systemkoordinator IP, ergoterapeut, miljøterapeut, lege, helsestasjonssøster, barnevern, PPT, NAV, psykisk helse, heimesjukepleia og fysioterapeut. Teamet har møte ein gong i månaden. Utførande einingar gir tilbakemelding på at møta i koordinerende team vert opplevd som langvarige og at det kan vere lite aktuelle saker for alle, dvs. at møta kan verte meir differensierte med tanke på kven som deltar.

Eit anna rutinedokument skildrar oppretting av og arbeidsform for ansvarsgruppe, for brukarar med behov for langvarige og tverrfaglege tenester. Kommunen har også eit rutinedokument som skildrar samarbeid med sjukeheim, dagsenter, skule, barnehagar, pårørande etc. Formålet med dette er å sikre at brukar får leggemiddel til rett tid sjølv om brukar er under tilsyn/omsorg av andre instansar. Denne seier mellom anna at det skal føreligge skriftlige avtalar om ansvarsfordelinga når brukar som har overført ansvar til heimetenesta, får delar av tenesta av ein annan instans. Det er laga egne retningslinjer for utskrivingsmøter ved DMS, for å oppnå gode overføringar frå korttidsopphald til andre tenester i kommunen. Dette skal ha definert samarbeidet i større grad.

På overordna nivå har kommunalsjef helse og omsorg faste leiarmøter, med sakliste og førehandsmeldte tema. Der vert det fokusert på samhandling som gjeld alle einingane. Tildelingskontoret har også delteke her.

Det gjekk fram ulike oppfatningar kring spørsmålet om det er fokus på samhandling og koordinering i det daglege arbeidet. Nokon meinte at det er fokus på samordna og koordinerte tenester. Andre opplever at einingar ønskjer å skyve vekk oppdrag frå sitt område når det er noko som går på tvers. Fleire stilte spørsmålsteikn til kva ein får ut av møter i koordinerende team. Det vart etterlyst meir samkjøring på tvers i samband med når behovet til nye brukarar skal kartleggast. Generell kontakt og informasjonsflyt mellom einingar i det daglege blei jamt over opplevd å vere god. Til dømes får ein lett tak i kvarandre på tvers, og det er god tilgang på legar og fysioterapeut.

4.2.3 Kvardagsrehabilitering

Ei gjennomgåande erfaring er at kommunen arbeider med å få kvardagsrehabilitering opp og gå, og at tankegangen ikkje er tilstrekkeleg innarbeida i kommunen enda.

Eit tidligare interkommunalt samarbeid mellom kommunane i Ryfylke havarerte, og eit prosjekt om kvardagsrehabilitering blei dermed satt på pause. Det har so vore etablert ei prosjektgruppe i kommunen som har tatt opp att arbeidet med kvardagsrehabilitering. Gruppen er tverrfagleg samansett og består av ergo- og fysioterapeut, sjukepleiar og heseffagarbeidarar med rehabiliteringskompetanse, leia av einingsleiar for heimetenesta. Kommunen har etablert ei skriftleg rutine for kvardagsrehabilitering hausten 2017. Denne definerer roller og ansvar i arbeidet med kvardagsrehabilitering og inneheld referansar til relevant litteratur og hjelpemiddel.

Fleire meinte at kvardagsrehabilitering har møtt motstand i organisasjonen. På ei anna side er ei erfaring hos tilsette at kvardagsrehabilitering har blitt snakka fint om, men ikkje prioritert. Det blei skildra at fleire helsefagarbeidarar har vore skuffa over manglande prioritering i praksis, i etterkant av at dei har tatt fagskule for kvardagsrehabilitering. Prosjektgruppa har hittil starta med nokre mindre caser i ein periode på tre veker, og dette blir opplevd å ha fungert godt.

Uavhengig av prosjekt kvardagsrehabilitering, men på bakgrunn av liknande tankegang, jobbar heimetenesta med eit konkret tiltak for å i større grad ta i bruk brukarane sine egne ressursar i tenesta. Dei vil frå 15. mars innføre ny turnus, kor ein vil redusere bemanning på helg og styrke bemanning i vekedagane. Hensikta med å gå fleire på dagtid er å kunne bruke meir tid på å lære brukarar å gjere fleire ting sjølve.

4.2.4 Brukarundersøking/involvering

Brukarundersøking vert i hovudsak gjennomført annakvart år på heile helse og omsorgsområdet. Sist gong var i 2016. Undersøkinga blir sendt til brukarar, pårørande og tilsette. Resultatet frå brukarane er oppsummert her:

Tema	Snitt Sauda	Snitt Noreg
Resultatet for brukaren	4,8	5,2
Brukarmedverknad	4,2	4,6
Respektfull behandling	4,6	4,7
Tilgjenge	4,7	4,9
Informasjon	4,7	4,9
Heilskapsvurdering	4,9	5,2
Snitt totalt	4,7	4,9

Tabell 1: Resultat frå brukarundersøking helse og omsorgstenester 2016.

Tabellen viser at Sauda kommune skåra mellom 0,1-0,4 dårlegare enn landssnittet på dei enkelte tema, og at det totale snittet ligg litt under landsnittet. Det største forbetningsområdet er "brukarmedverknad". Vi har også sett på enkeltresultata for heimetenesta, og desse gir det same biletet. I etterkant av undersøkingar er det praksis for å ta opp resultata i rådmannen sitt leiarmøte og sektorvis i leiarforum derunder. Deretter er det einingsvise prosessar for å følgje opp resultata vidare, noko ein ser blir prioritert i større og mindre grad – kommunalsjef helse og omsorg får rapportering om forbetningsarbeid i form av rapportering av einingsvise styringskort. På leiarmøta ser ein om det er nokon spesielle utslag, til dømes om det er enkelte einingar eller tema som skil seg ut. Det er ikkje erfart nokon store utslag dei siste år.

På Sauda DMS har ein i tillegg kontinuerlig brukarundersøking på ØH-sengene. Resultata frå ein mottatt rapport frå perioden 10. aug til 3. juli 2017 viser at pasientane har gode erfaringar frå denne tenesta. Resultata frå undersøkinga vert publisert både internt i eininga og i lokalavisa.

Når det gjeld andre kanalar for tilbakemeldingar frå brukarar har ein ikkje noko systematikk. Det vert til dømes ikkje nytta nokon egne brukarforum eller brukarutval. Ved planarbeid involverast gjerne Pensjonistforeininga. Denne har til dømes vore involvert i arbeidet til den politisk arbeidsgruppa som har vurdert omstrukturering på pleie og omsorgsområdet.

Når det gjeld dagleg brukarinvolvering blei det gitt dømer på rutinar frå einingane. På Sauda DMS skal IPLOS vurdering gjerast rutinevis ein gong i veka. Det gjekk fram å vere potensial for å i større grad gjere dette i samarbeid med brukar i praksis. Ein har også fokus på å kommunisere meir kring målsettinga ved opphaldet, og at ein sikrar at pasienten forstår kva ein jobbar med. I heimetenesta går det også fram at kartleggingar for ofte gjerast utan å involvere brukar, sjølv om dette er noko som ein skal gjere saman med brukar. Dette skuldast dels at det er meir tidkrevjande i ein travel kvardag, men

vart også knytt til at det er ulik kompetanse hos dei tilsette som gjer kartlegginga. Ein håpar elles at arbeidet med kvardagsrehabilitering vil føre til at kommunen i større grad vil evne å nytte ressursane som fins rundt ein brukar, og det vert sagt at planen er å involvere brukarar i større grad ved nye vedtak.

Det vart peikt på som svært viktig frå sjukepleiarsida på Sauda DMS å ta brukar og pårørande med for å få eit godt mottak og overgang når personar skal frå Sauda DMS og tilbake i heimane sine. Dersom brukaren ikkje kan svare for seg sjølv, så vert det haldt møter eller telefonsamtalar med pårørande. På Høllandstunet har ein rutine for å ha nettverkssamtale med nye brukarar og pårørande, helst innan dei første 14 dagane, elles ved behov. Heimetenesta opplev det krevjande å få gjennomført brukarmøter, men dersom brukarar/pårørande ber om møte vert det alltid følgt opp. Samarbeidet med pårørande går gjerne over telefon, og det som tilsette fangar opp ute i tenestene.

4.3 System for mottak av utskrivingsklare pasientar

4.3.1 Målsetting for mottak av utskrivingsklare pasientar

Målsettinga i Sauda kommune er at ein skal greie å ta imot alle utskrivingsklare pasientar. Økonomisk innverknad, til dømes ved det å vere dimensjonert godt til å ta imot alle, versus å heller velje kostnaden ved noko gebyr grunna at ein ikkje alltid greie å ta imot alle, er ikkje eit grunnlag for korleis ein vel å rigge seg. Det som er førande er forventningar til kvalitet, pasienten sine behov og kommunen si evne til å ivareta dette.

4.3.2 Samarbeidsavtalar

Sauda kommune har inngått ei rekke, detaljerte samarbeidsavtalar med Helse Fonna (sjå liste i vedlegg 2). Tenesteavtale 2 har fokus på samarbeid for pasientar med behov for koordinerte tenester og regulerer ansvarsfordeling gjennom heile pasientforløp, mellom anna for å sikre gode tverrfaglege tenester i kommunen i samband med utskriving. Tenesteavtale 5 er den som særskilt regulerer ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta⁵.

Tenesteavtale 5 seier at partane skal etablere "gode rutinar med fastsette kontaktpunkt i tenestene som skal kvalitetssikre kommunikasjonen i samband med innlegging og utskriving". Når det gjeld utskriving skal kommunen førebu og setje i verk nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når helseføretaket har varsla om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstenester. Søknad treng ikkje vere mottatt i kommunen før pasienten kjem for at kommunen skal kunne setje i verk tenester. Kommunen skal også avgjere kva tenester pasienten skal ha ut frå pasientens behov og krav til kva som er fagleg forsvarleg, og kalle inn til nettverksmøte/ansvarsgruppemøte ved behov i det vidare planleggingsarbeidet.

Vidare seier avtalen at føretaket skal sende varsel om utskrivingsklar pasient til aktuell eining i kommunen. Ein kan gje slikt varsel heile døgnet alle dagar for kjende pasientar med uendra bistandsbehov. Ved nytt/auka hjelpebehov skal slikt varsel så langt som råd gjevast før kl. 12 og seinast kl. 14.30. Kommunen på si side har ansvar for å ta imot varsel om utskrivingsklar pasient heile døgnet alle dagar for kjende pasientar med uendra hjelpebehov. Ved utskrivingsklar pasient ved nytt/auka hjelpebehov er kommunen sitt ansvar å ta i mot varsel innan kl. 14.30. Kommunen skal også gje tilbakemelding til føretaket seinast 2 timar etter at varsel om utskrivingsklar pasient er mottatt, gi varsel til føretaket om når kommunen reknar med å ha eit tilbod til pasienten, og gi straks beskjed når tilbodet er klart. Føretaket skal sikre at kommunen er klar til å ta imot pasienten før utreise frå føretaket. Avtalen seier vidare at utskrivingsklare skal skje så tidleg som mogleg på dagen, og at pasienten skal takast imot i kommunen seinast kl. 20.30.

⁵ Tenesteavtale 5 definerer ein pasient som utskrivingsklar når lege i føretaket vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling i føretaket. Avgjerda skal vere basert på ei individuell helsefagleg vurdering og bør vere tverrfagleg når pasienten har behov for samansette og koordinerte tenester.

Frå intervju gjekk det fram nokre oppfatningar om at det har skjedd endringar i rutine, utan at detaljane i endringar oppfatast som avklart. Nokon påpeikte at kommunen no skal kunne ta i mot alle pasientar når som helst på døgnet, kor dette tidlegare berre gjaldt kjente brukarar, utan endra hjelpebehov. Ein annan hadde registrert at sjukehuset også kan skrive ut i helger no, i motsetning til slik det var før.

Kommunalsjef helse og omsorg opplyste om at det er hovudpraksis som er styrt av samarbeidsavtalane. Hovudpraksis er at kommunen helst tar imot pasientar måndag til fredag på dagtid og ettermiddagstid. Det andre er å rekne som meir unntaksvis. Dette gjeld til dømes pasientar som krev å få reise heim i helg. Kommunen stiller då opp. Praksis er difor at kommunen tar i mot alle typar pasientar når som helst på døgnet, heile veka inkludert helg. Skilnaden mellom pasientar med og utan endra hjelpebehov, som det står om i avtala, har ikkje vore praktisert.

Vidare stadfestar avtalen at føretaket skal sende ved epikrise og relevante fagrapportar, som i tillegg skal gå elektronisk til fastlege, tilvisar eller instans som har ansvar for oppfølging. I pasientjournalen skal det vere "eit klart standpunkt til diagnose(ar) samt vidare plan for oppfølging av pasienten". Oppdatert medikamentliste og behandling skal inngå blant dokumentasjonen.

Dersom det oppstår avvik frå avtalane skal dette meldast. Avvik av mindre karakter skal ein forsøkja å løysa mellom partane på lågast mogleg nivå. Melding av avvik og behandling av avvik skal skrivast i verksemdene sine avvikssystem. Viss avviket omhandlar brot på avtalane, skal det sendast til den andre parten i løpet av den første månaden etter at avviket oppstod. Partane skal gi kvarande tilbakemelding på korleis avviket er behandla. Systemavvik knyt til avtalane skal behandlast i samarbeidsutvalet.

4.3.3 Liggedøgn for utskrivingsklare pasientar

Liggedøgn for utskrivingsklare pasientar indikerer kommunen sin evne til å ta imot pasientar som er registrert som utskrivingsklare ved sjukehuset. Liggedøgn for utskrivingsklare pasientar er svært sentral i forbindelse med samhandlingsreforma.

Vi har henta inn statistikk knytt til utskrivingsklare pasientar frå Samhandlingsbarometeret⁶:

Indikator	Kommune	2014	2015	2016	2017 ⁷
Tal på liggedøgn med utskrivingsklare pasientar	Sauda kommune	71	65	120	16
Liggedøgn med utskrivingsklare pasientar pr. 1000 innbyggjarar	Sauda kommune	14,9	13,7	25,5	5
	BoOmr. Helse Fonna HF	15,0	16,1	15,4	16,5
	Noreg	15,0	13,5	15,8	15,5

Tabell 2: Statistikk liggedøgn Sauda kommune, boområde Helse Fonna og Noreg 2013-2016

Tala viser at Sauda kommune i 2014, 2015 og 2017 har hatt tal på liggedøgn per 1000 innbyggjarar som ligg under eller er på nivå med snittet i Noreg og område Helse Fonna. Derimot er talet høgt i Sauda kommune i 2016. Det var nær ei dobling av liggedøgn for utskrivingsklare pasientar frå 2015 til 2016 i kommunen. Kommunalsjef helse og omsorg kommenterer at det var ein midlertidig propp/opphoping i 2016, og at små tal vil gje relativt store utslag på statistikk.

For somatikken blei det frå 2012 knytt betalingsansvar til utskrivingsklare pasientar/liggedøgn. Det må merkast at dette er nedfelt i kommunane og føretaka sin samarbeidsavtaler – og betalingsplikta kan ha noko ulike kriterier frå kommune til kommune. Det er derfor ingen automatikk i at indikatoren utskrivingsklare liggedøgn angir tall på døgn med kommunal betalingsplikt.

Vidare følgjer eit oversyn over kor mykje Sauda kommune har måtte betale for utskrivingsklare pasientar som har blitt liggande på sjukehus i påvente av eit kommunalt tilbod, for dei siste tre år:

Mottakar	2015	2016	2017
----------	------	------	------

⁶ <https://statistikk.samhandlingsbarometeret.no/webview/>

⁷ Tala for 2017 dekker berre 1. og 2. tertial.

Betalt bot for overliggende pasientar frå Sauda kommune i kr.	Helse Fonna	261 768	311 477	143 282
	Helse Stavanger	21 935	9 010	9 244

Tabell 3: Betalt bot for overliggende pasientar frå Sauda kommune til Helse Fonna og Helse Stavanger åra 2015, 2016 og 2017.

Tala viser at kommunen hadde ei auke i betalt bot frå 2015 til 2016, men at summen på bot deretter har vore halvert frå 2016 til 2017.

4.3.4 Mottak og vurdering av vidare behandling av utskrivingsklare pasientar

Rutinar for utskrivning, mottak etc. og tidsfristar går i stor grad fram av samarbeidsavtalane med Helse Fonna. Erfaringa i kommunen er at avtalane er tydelege og fungerer greitt.

Tildelingskontoret er alltid involvert når det kjem pasientar frå spesialisthelsetenesta. I normalarbeidstid går meldingar frå sjukehuset om utskrivingsklare pasientar til tildelingskontoret. Tildelingskontoret ber om opplysningar frå sjukehuset, og basert på dette bestemmer dei korleis pasientane skal bli tatt i mot i kommunen. I kommunen sitt prosedyredokument "Saksbehandling av helse- og omsorgstenester" står rutinar for å opprette teneste med "status vurderes", overføre journalar samt melde i frå til aktuelle einingar.

Sauda DMS fungerer som tildelingskontor utanom normalarbeidstid og må sikre oppfølging via mottak av e-meldingar frå helseføretaket om utskrivingsklare pasientar. Sauda DMS tek ofte direkte kontakt med avdelinga på sjukehuset via sjukepleiar / lege, for å forberede mottaket. Dei vurderer også behov for opplæring, medisinsk utstyr og medikament, etc. Det er tilsynslegen som har det overordna medisinske ansvaret når pasienten kjem til Sauda DMS. Einingsleiar har følgd opp tilsynslege for å sikre at informasjon om pasienten vert tilstrekkelig dokumentert, og erfaringa er at dette har blitt betre. Sjukepleiar skriv sjukepleiarrapport.

Etter at kommunen har teke over pleieansvaret er det heimetenesta som vurderer vidare behandling/tenester der personar kjem heim. Dette gjeld anten dei kjem direkte frå sjukehuset eller etter eit opphald på Sauda DMS, då heimeforholda kan bidra til endra behov.

Innanfor heimetenestene har ein meldingsansvarlege sjukepleiarar på vakt på dagtid som sjekkar e-meldingar. Tildelingskontoret ringer ofte i tillegg for å melde frå om pasientar som kjem. Utgreiing av behovet til pasienten er i utgangspunktet registrert av sjukehuset i epikrise / fagrapport frå sjukepleiar og fysioterapeut. Dersom pasienten skal frå sjukehuset og heim, rekk oftast ikkje tildelingskontoret å reise på kartleggingsbesøk. Tildelingskontoret forbereder då heimetenesta på at det kjem nye pasientar med behov for heimetenester, basert på sjukehuset si vurdering av tenestebehov. Etter at brukar er komen heim gjer tildelingskontoret ei vurdering av brukar sitt tenestebehov etter tilbakemelding frå heimetenesta. Tildelingskontoret skal skrive vedtak på tenester som varer meir en 14 dagar. Tildelingskontoret opplever å ikkje alltid å få nødvendig informasjon for å kunne fatte vedtak og må bruke mykje tid på å etterlyse informasjon. Dette er nærare omtala i avsnitt 4.1.2.

Tidvis må ein ha spesialopplæring frå sjukehuset for å kunne ivareta pasienten på institusjon i kommunen. Av og til treng også heimetenesta opplæring eller liknande for å sikre at dei har kompetanse til å ta imot brukar i heimen. Opplæring vert organisert med helseføretaket, og heimetenesta og sjukehuset har då direkte kontakt kring dette. Medarbeidarar vert då ofte invitert til Haugesund. Tilsette i Sauda hospiterer gjerne ved sjukehuset og deltek i spesialopplæring i regi av sjukehuset. Opplæring blir opplevd å fungere tilfredsstillande i dag. Ein opplever at kommunen og Helse Fonna kan få opplæringstiltak raskare i stand enn ein gjorde før.

4.3.5 Kommunen sin oppfølging av sjukehuset

Stort sett erfarer kommunen at informasjonsflyten med sjukehuset fungerer godt. Sjukehuset har også hatt ein del avvik på epikriser/fagrapporter og medikamentliste. Til dømes vert dette ikkje alltid sendt ut innan pasient er komen til Sauda DMS. Det tek tidvis mykje tid å følgje opp slike tilfelle for vakthavande sjukepleiar og for tilsynslege. Frå heimetenesta erfarer ein at det ikkje alltid er avklart hjelpemidlar, transport, og anna naudsynt tilrettelegging før pasientar blir meldt om at dei skal heim, der

forventningane til kva heimetenesta har liggande kan vere høge. Konsekvensen vert at dei ikkje tek imot før forholda er klare, og det vert overliggedøgn. Heimetenesta har berre moglegheit til å seie stopp dersom det er behov for opplæring der dette ikkje er gjennomført, og der det manglar naudsynte hjelpemiddel.

Det vert opplevd som klart korleis ein melder avvik som gjeld sjukehuset si oppfølging av oppgåver, og ein tar også gjerne direkte kontakt for å avklare forhold. Kommunalsjef helse og omsorg vidareformidlar alle meldte avvik til sjukehuset. Kommunalsjef opplyser om at følgjande tal på avviksmeldingar er sendt dei tre siste år: 5 i 2016, 7 i 2016 og 8 i 2017. Kommunalsjef kontaktar også samhandlingssjefen i Helsa Fonna direkte om spørsmål som gjeld enkeltpasientar, dersom det ikkje vert løyst på lågare nivå.

Samarbeidsutvalet er også viktig for å følgje opp sjukehuset. Samarbeidsutvalet reviderer mellom anna tenesteavtalane og behandlar avvik og avviksstatistikk. Det er også etablert eit leiarnettverk for alle helse- og omsorgssjefar i regionen. Dei møtes 6-8 gonger i året, og alltid i forkant av møta i samarbeidsutvalet. Kommunane har felles representantar i samarbeidsutvalet vald for to år i gongen og som går på rundgang. Desse spelar inn felles saker frå kommunane sitt perspektiv inn i samarbeidsutvalet.

5. Tiltådingar

Tiltådingane nedanfor er knytt til områder kor Sauta kommune etter vår vurdering bør prioritere å gjere tiltak for å oppnå meir effektiv ressursbruk og kvalitetsforbetring i pleie- og omsorgstenestene.

1. Kommunen bør sørge for tilstrekkeleg avklaring mellom tildelingskontoret og heimetenestene når det gjeld oppgåva kartleggingsbesøk og kartlegging av behov ved nye brukarar.
2. Kommunen bør gjere tiltak for å auke graden av dokumentasjon i CosDoc i alle utførareiningar, for å sikre at tildelingskontoret får tilstrekkeleg grunnlag for vurderingar og vedtak. Dømer på tiltak kan mellom anna vere å auke kompetansen hos tilsette i bruk av systemet.
3. Kommunen bør gjere tiltak for å oppnå betre samsvar mellom vedtak og dei tenestene som blir gitt. Dette kan mellom anna vere å innføre revisjonstidspunkt og påminningsmelding til utførande einingar om tid for revisjon av vedtak.
4. Avgjersler om bruk av ressursar innanfor pleie og omsorgsområdet bør i størst mogleg grad vere basert på faktaanalyser for å sikre at ein tek dei rette avgjerslene om bruk av ressursar som kommunen har til rådighet. Dette for å best mogleg kunne ta i vare innbyggjarane sine behov framover.

Derunder rår vi til at kommunen i større grad bygger omstruktureringstiltak og andre endringar på berekna konsekvensanalyser. Det inneber å foreta analyser av kostnader, inntekter, volum, behov og tilbodskvalitet knytt til ulike scenario/endringstiltak. Ein kan til dømes sjå til metodikk for gevinstrealisering i dette arbeidet, der ein bereknar og kartlegg potensielle gevinstar, identifiserer kritiske tiltak for å kunne hente gevinstar, og ein følgjer opp med fornya analyser og tiltak undervegs i implementeringa.

5. Kommunen bør gjere tiltak for styrkje brukarmedverknaden i praksis, til dømes når det vert gjort kartleggingar av pasientar og brukarar sine behov/situasjon.

6. Uttale frå rådmannen

Rapport er sendt rådmannen til uttale 22. mars 2018 med høringsfrist 13. april 2018.

Vi tok imot kommentarar til faktainnhaldet i rapporten frå kommunalsjef helse og omsorg 26. mars 2018. Desse har vore gjennomgått og innarbeida i rapporten.

Det er ikkje gitt ein formell uttale til rapporten.

Vedlegg 1 KOSTRA-tal

Årsverk, fagutdanning og lønsutgifter

Indikator	Kommune	2014	2015	2016
Årsverk ekskl. frávær i brukarretta tenester pr. mottakar	Sauda	0,67	0,61	0,72
	Landet u/Oslo	0,49	0,50	0,50
	KG03	0,49	0,50	0,47
Del årsverk i brukarretta tenester m/ fagutdanning	Sauda	0,81	0,83	0,86
	Landet u/Oslo	0,75	0,73	0,75
	KG03	0,77	0,74	0,75

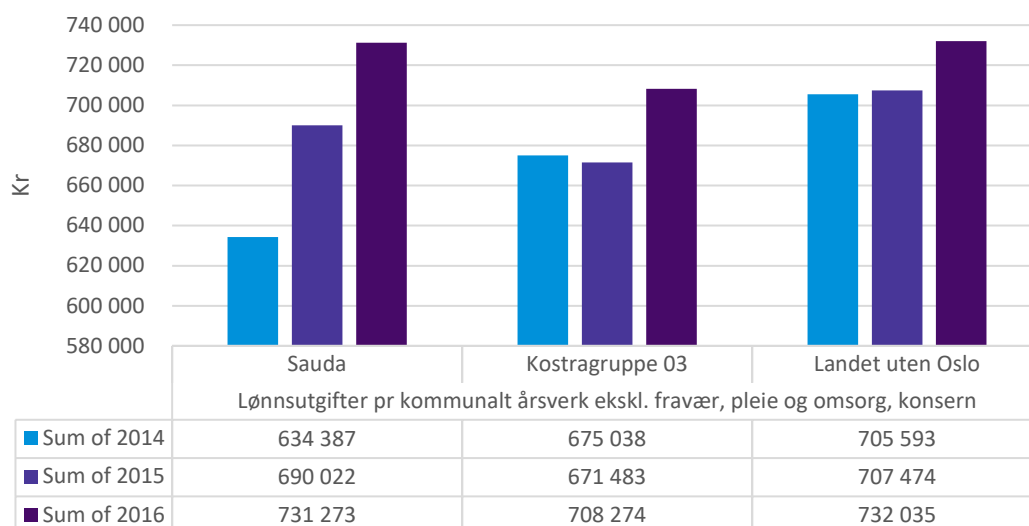
Tabell 1: Indikatorar for årsverk frå KOSTRA. Sauda kommune, samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet.

Av tabellen går det fram at årsverk pr. mottakar i Sauda kommune har jamt låge på eit høgare nivå enn landssnittet og snittet i KOSTRA-gruppa, og at årsverk per mottakar auka i perioden 2014-2016.

Delen av årsverka som har fagutdanning ligg også jamt høgare samanlikna med dei andre, og har auka i perioden.

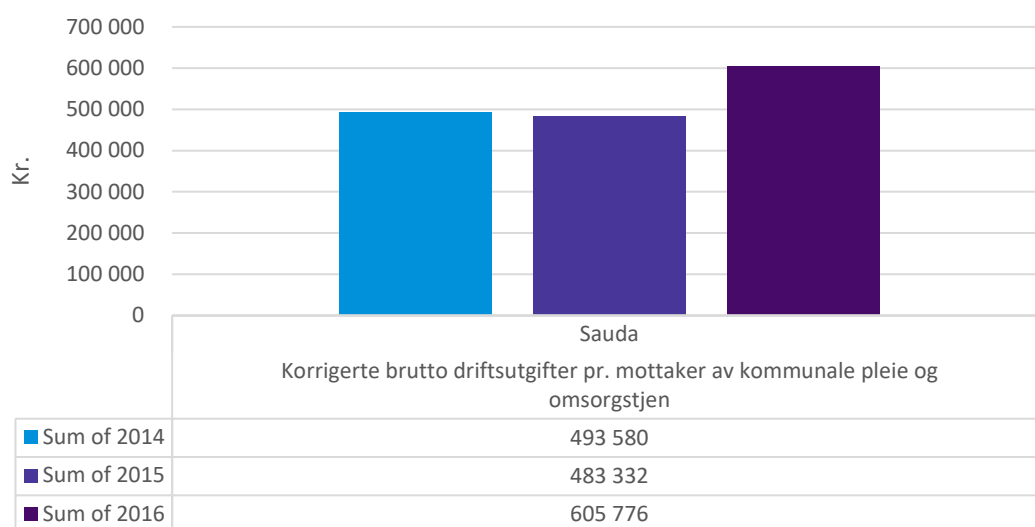
Tala indikerer at Sauda kommune gjev tenester innanfor pleie og omsorg med høg kvalitet, i form av årsverk og fagutdanning, og at kvaliteten har auka.

Vidare syner indikatoren lønnsutgifter pr. kommunalt årsverk pleie og omsorg at Sauda kommune også har hatt ein auke i sine utgifter til løn per årsverk dei siste tre år. Sauda låg likevel i 2016 på nivå med resten av landet, medan noko høgare enn snittet i KOSTRA-gruppa:



Figur 1: Indikatorar for lønsutgifter frå KOSTRA. Sauda kommune, samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet.

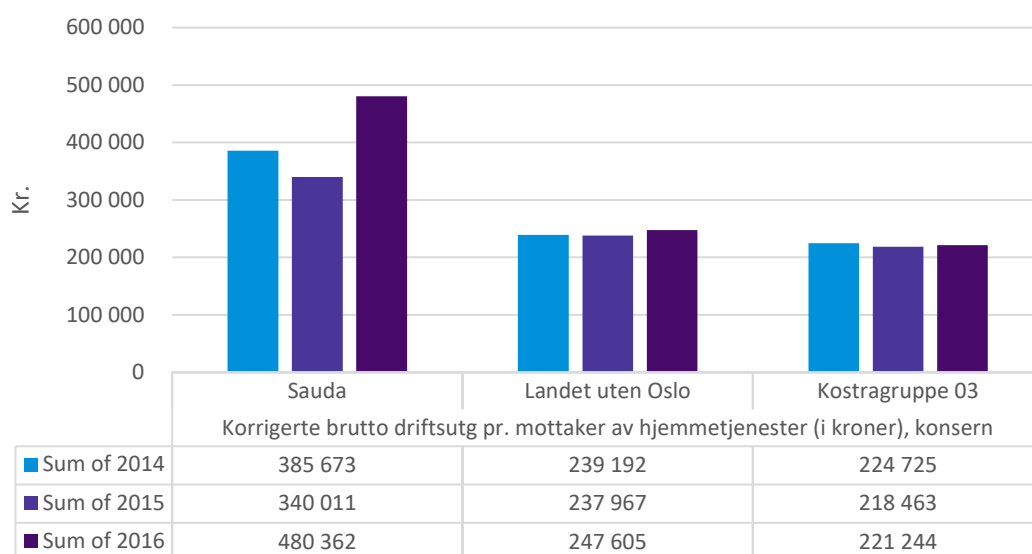
Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottakar av kommunale pleie og omsorgstenester



Figur 2: Indikatorar for brutto driftsutgifter pr. mottakar frå KOSTRA, Sauda kommune over tid.

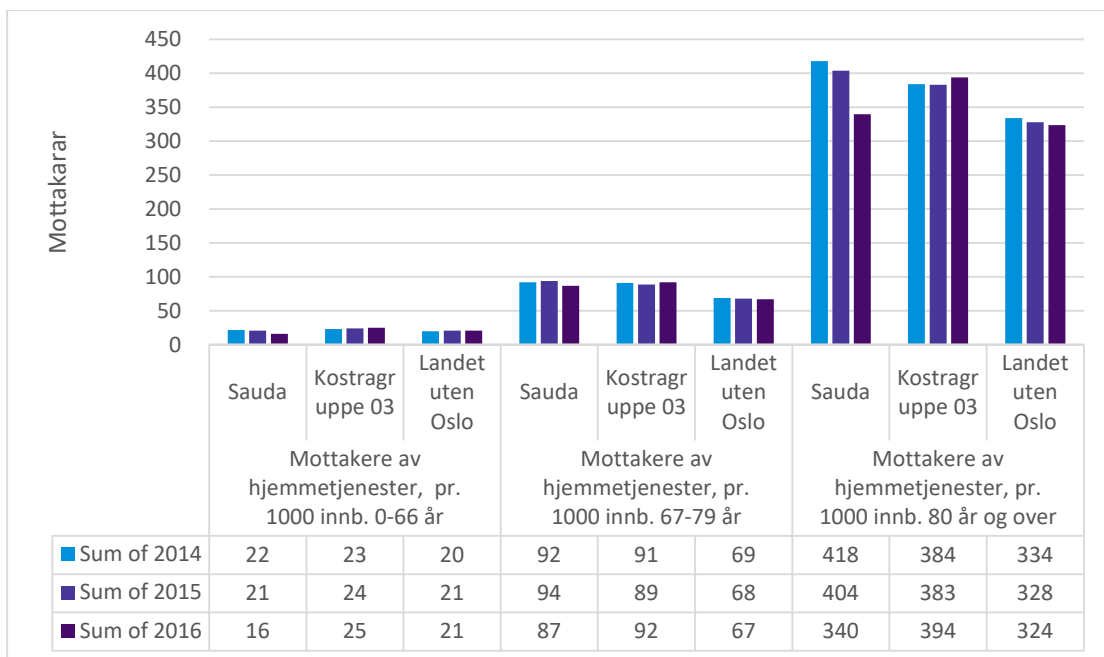
Tala i figur 2 viser at Sauda kommune har hatt ein stor auke i driftsutgifter pr. mottakar av kommunale pleie- og omsorgstenester i 2016 samanlikna med tidlegare år. Auken i 2016 er på 122 444 kr pr. mottakar frå året før.

Det kan sjå ut til at utgiftsveksten i størst grad gjeld heimetenesta, sjå figur 3:



Figur 3: Brutto driftsutgifter pr. mottakar av heimetenester, frå KOSTRA, Sauda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

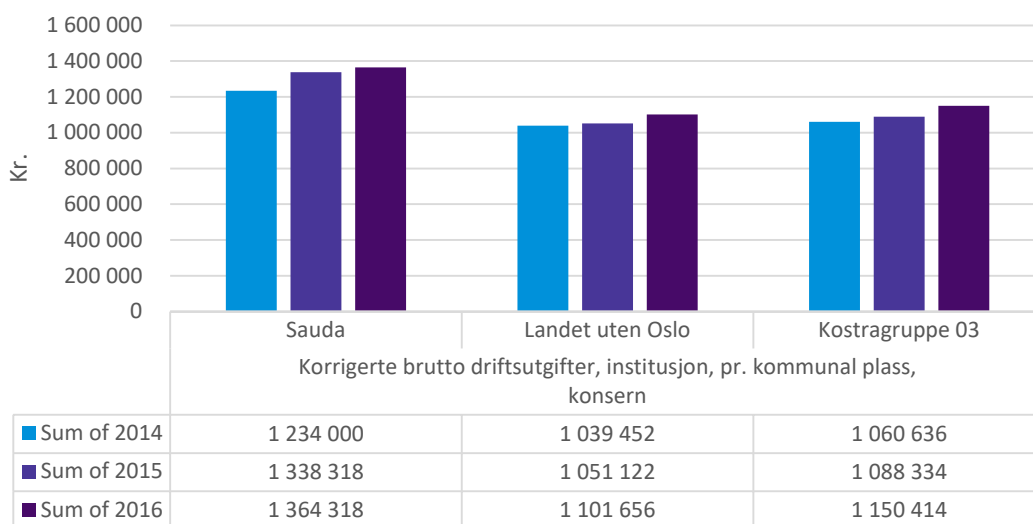
Tala i figur 3 viser at driftsutgifter pr. mottakar av heimetenester i Sauda kommune 2014-2016 har hatt ein relativt stor auke. Auken i utgifter pr. mottakar synast å henge saman med at det i perioden også har vore ein reduksjon i tall på mottakarar av heimetenester, sjå figur 4. Det har særleg vore eit stort fall i aldersgruppa 80 + som får heimetenester, med eit fall frå 418 til 340 personar.



Figur 4: Mottakarar av heimetenester pr. 1000 innbyggjarar i ulike aldersgrupper, frå KOSTRA, Sauda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

Dersom ein samanliknar Sauda kommune sine brutto driftsutgifter pr. mottakar av heimetenester med snittet i andre kommunar, sjå figur 3, ser ein at utgiftsnivået for heimetenester ligg langt høgare i Sauda. Utgiftene per mottakar av heimetenester var til dømes 233 000 kr høgare enn landssnittet i 2016. Forklaringskommentarar går fram av oppsummeringa i avsnitt 2.2.1 i rapporten.

Korrigerede brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass

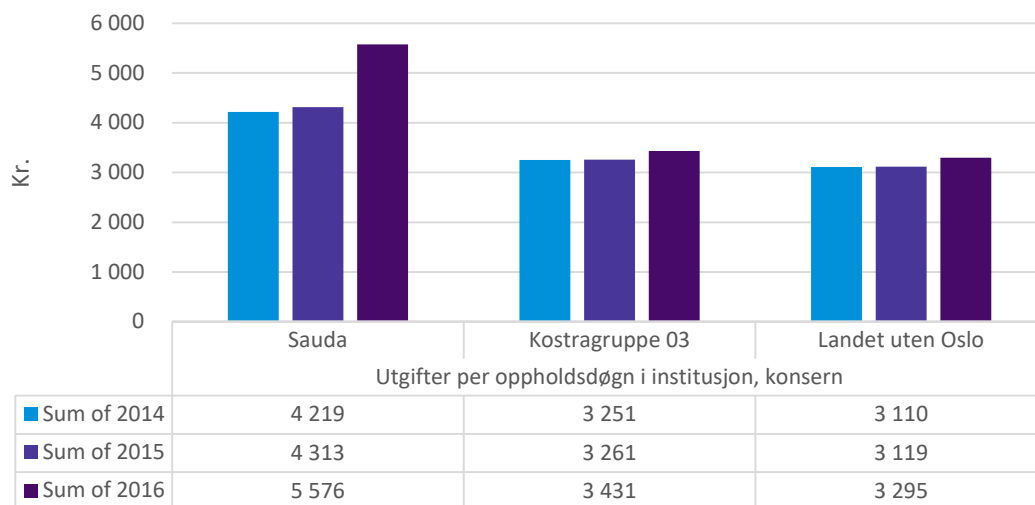


Figur 5: Brutto driftsutgifter pr. institusjonsplass, frå KOSTRA, Sauda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

Figur 5 viser at Sauda kommune, i likskap med driftsutgifter pr. mottakar i heimetenestene, også har hatt ein auke i utgifter per plass på institusjon i perioden. Auken per institusjonsplass har likevel vore relativt lågare enn innafør heimetenesta.

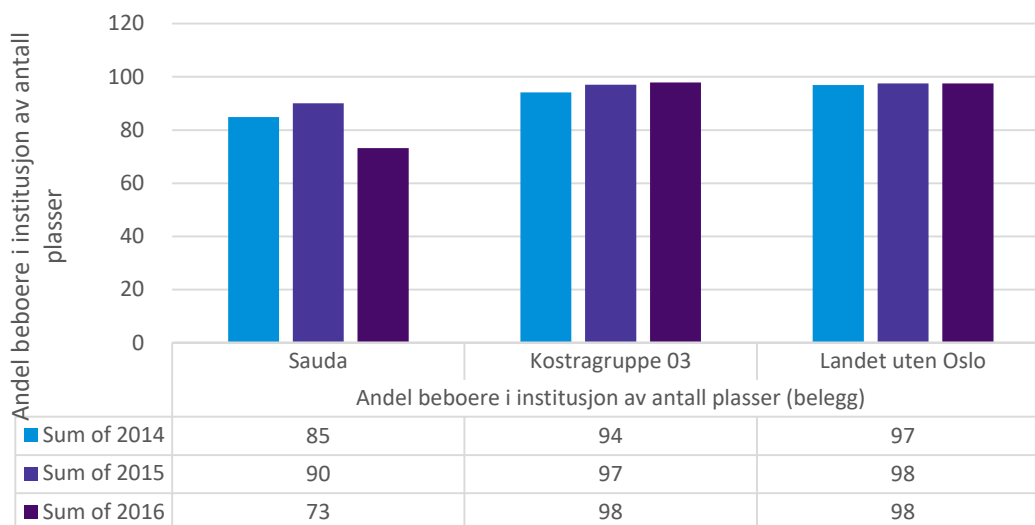
Dersom ein samanliknar Sauda kommune med snittet i dei andre gruppene, ser ein eit likt mønster med jamn auke på området. Ein ser også at utgiftene i Sauda kommune har låge høgare enn samanlikningsgruppene i heile perioden. Utgiftene per institusjonsplass var 263 000 kr høgare enn landssnittet i 2016. Forklaringskommentarar går fram av oppsummeringa i avsnitt 2.2.1 i rapporten.

Utgifter pr. opphaldsdøgn i institusjon og beleggsprosent



Figur 6: Utgifter pr. opphaldsdøgn i institusjon, frå KOSTRA, Souda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

Figur 6 viser at Souda kommune har hatt høgare utgifter per opphaldsdøgn i institusjon enn landsgjennomsnittet og KOSTRA-gruppa i perioden 2014-2016. Ein ser også ei særskilt stigning i utgiftene per opphaldsdøgn i Souda kommune frå 2015-2016. Det har vore eit fall i beleggsprosent i same periode, sjå figur 7.



Figur 7: Beleggsprosent institusjon, frå KOSTRA, Souda kommune over tid, og samanlikna med KOSTRA gruppa og landsgjennomsnittet

Figur 7 viser at Souda kommune hadde lågare beleggsprosent enn samanlikningskommunane og landssnittet i perioden 2014-2016. Forklaringskommentarar går fram av oppsummeringa i avsnitt 2.2.1 i rapporten.

Vedlegg 2 Dokumentliste

Følgjande dokumentasjon er gjennomgått i forvaltningsrevisjonen:

Overordna dokumentasjon:

- ✓ Økonomiplan 2017-2020, Sauda kommune
- ✓ Budsjett 2018, Økonomiplan 2018 - 2021, Formannskapetets innstilling
- ✓ Organisasjonskart Helse og omsorg Sauda kommune
- ✓ Vedtak i sak 021/12 - Administrativ organisering av tjenestene i Sauda kommune, kommunestyret 16.03.2017
- ✓ Sluttrapport - politisk arbeidsgruppe for framtidige omsorgstjenester i Sauda, 31.10.2016
- ✓ Struktur i eldreomsorga, forslag til ny struktur frå arbeidsgruppe Helse & Omsorg, 31.10.16
- ✓ Delegasjoner. Delegasjoner til Tildelingskontoret. Dokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 28.6.2017.

Samarbeidsavtalar:

- ✓ Overordna samarbeidsavtale mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, 23.01.2017
- ✓ Tjenesteavtale 1 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Semje om helse- og omsorgsoppgåver partane har ansvar for og tiltak partane skal utføre, 23.01.17
- ✓ Tjenesteavtale 2 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Samarbeid og ansvars- og oppgåvefordeling i tilknytning til Innlegging og utskrivning, Habilitering, rehabilitering, og Lærings- og meistringstilbod, for å sikre heilskapelege og samanhenganse helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester, 23.01.17
- ✓ Tjenesteavtale 4 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Avtale om kommunen sitt øyeblikkeleg hjelp døgntilbod, 28.04.17
- ✓ Tjenesteavtale 5 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta, 23.09.17
- ✓ Tjenesteavtale 6 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Avtale om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, 23.01.17
- ✓ Tjenesteavtale 7 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Samarbeid om innovasjon, forskning og utdanning, 09.01.17
- ✓ Tjenesteavtale 9 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, Samarbeid om IKT-løysingar lokalt, 23.01.17
- ✓ Tjenesteavtale 12 mellom Sauda kommune og Helse Fonna HF, om bruk av følgje ved opphald i sjukehus (Følgjeavtalen), 23.01.17)
- ✓ Samarbeidsavtale mellom Helse Fonna HF og Sauda kommune vedr dialysebehandling, 10.02.2016

Dokumentasjon på rutinar i samband med tenestetildeling:

- ✓ Tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester, frå nettstaden til Sauda kommune, publisert 05.02.13
- ✓ Saksbehandling av helse- og omsorgstjenester, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 13.7.16.
- ✓ Forskrift om tildeling av lagtidsopphold i sykehjem eller bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og venteliste i Sauda kommune, vedtatt i Sauda kommunestyre 21.06.2017.
- ✓ Hjemmesykepleie, frå nettstaden til Sauda kommune, sist endra 06.07.16.

- ✓ Hjemmehjelp - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, sist endra 06.07.16.
- ✓ Tekniske hjelpemidler i hjemmet - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, sist endra 28.06.16.
- ✓ Ergoterapitjenesten - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, publisert 05.02.13
- ✓ Hukommelsesteam - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, sist endra 28.06.16.
- ✓ Syns- og hørselskontakt - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, publisert 18.02.16
- ✓ middagsombringing fra kommunalt kjøkken - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, sist endra 06.07.16.
- ✓ Støttekontakt - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, publisert 05.02.13
- ✓ Avlastning for funksjonshemmede utenfor institusjon - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, publisert 19.08.13.
- ✓ Trygghetsalarm - serviceerklæring, frå nettstaden til Sauda kommune, publisert 05.02.13
- ✓ Søknad om helse- og omsorgstjenester, søknadsskjema Sauda kommune.
- ✓ Søknad om kommunal bolig, søknadsskjema Sauda kommune.
- ✓ Kartleggings skjema, revidert 05.10.2016.

Utval rutinar innanfor tenesteytinga

- ✓ Introduksjonsprogram for nyansatte i PLO, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 30.7.2015.
- ✓ Plan for korttidsopphold, Sauda DMS, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 31.5.2017.
- ✓ Pasienterfaringar, Øyeblikkeleg hjelp-senger i Sauda kommune, pr. juli 2017. Brukarundersøking.
- ✓ Brukarundersøking og resultat 2016, hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (hjemmehjelp).
- ✓ Sjekklister for vikarer og infoskriv til sommervikarer (opplæring vikarer/nye ansatte), hjemmetjenesten.
- ✓ Oversikt over biler/nøkler hjemmetjenesten
- ✓ Uønska hendelser i forbindelse med e-nøkler/nøkkelbokser, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, 13.11.2017, sist revidert 14.12.2017.
- ✓ Informasjon til brukere om e-låser, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, oppretta 13.11.2017, sist revidert 14.12.2017.
- ✓ Prosedyre for teknisk ifht montering, lagring og demontering, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, oppretta 13.11.2017, sist revidert 14.12.2017.
- ✓ Diverse rutinedokumenter hjemmetjenesten i fbm oppfølging av brukere: Rutiner morgon, midtrapport, dagvakt, kveldsvakt, nattevakt, mal og prosedyre for å handle for brukere.
- ✓ Nedetid Cosdoc, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, oppretta 4.12.2017, sist revidert 14.12.2017.
- ✓ Hverdagsrehabilitering, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, oppretta 13.11.2017, sist revidert 14.12.2017.

Dokumentasjon på rutinar i samband med koordinering, samhandling og samarbeid:

- ✓ Koordinerende enhet, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 13.7.2016.
- ✓ Opprettelse av - og arbeidsform for ansvarsgruppe, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 17.3.2016
- ✓ Individuell plan, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 5.4.2016.
- ✓ Samarbeid med sykehjem, dagsenter, skole, barnehager, pårørende etc., rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 19.6.2017.
- ✓ Retningslinjer for utskrivingsmøter ved SDMS, sist revidert 03.02.2017

Dokumentasjon på rutinar i samband med legemiddelhandtering:

- ✓ Retningslinjer for legemiddelhandtering hjemmesykepleien/hjemmetjenesten, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 26.10.16.
- ✓ Ansvarsfordeling fastlege - tilsynslege, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 27.11.2017.
- ✓ Elektronisk meldingsutveksling hjemmesykepleien - fastlege, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 22.6.2017.
- ✓ Utdeling av legemiddel til brukere på bofellesskap, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 31.5.2017.
- ✓ Bruk av legemiddelliste i Cos-doc og ordinasjon fra lege/apotek, rutinedokument i kommunen sitt kvalitetssystem, sist revidert 19.6.2017.
- ✓ Prosedyrar medisinerrom, heimetenesta, udatert.

Vedlegg 3 Revisjonskriterium

Overordna revisjonskriterium

Kommuneloven

Kravet om internkontroll følger av *kommuneloven § 23, andre ledd*:

- "(...) Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll."

Kommunelovens ordlyd set ikkje formelle form- eller innhaldskrav til internkontrollen. Det framgår imidlertid av lovforarbeida⁸ at det bør etablerast rutinar og system som skal bidra til å sikre at organisasjonen når dei måla som er satt og etterlev krava som gjeld.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at det er kommunen sitt ansvar å styre verksemda på ein slik måte at omfang og innhaldet i tenestene fyller krava i lov og forskrift.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1, at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Revisjonskriterium for undersøking av rutinar for tildeling av tenester og effektiv ressursutnytting

I formålet til **lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-1** inngår å:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig

I § 3-2 a. står mellom anna at

- Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.
- Kommunen skal treffe vedtak om kriteriene etter andre ledd er oppfylt.

⁸ Frå Ot. prp. nr. 70 (2002-2003) kap. 4.3.

I **forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjensten** § 6 inngår at kommunen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

I **forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting** § 3 heter det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at 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.

St.meld. nr. 47: Samhandlingsreformen.

Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

I samhandlingsreformen heter det at reformen skal bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett. Effektivitet i reformen knyttes til prinsippet om beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette innebærer at det mest ressurseffektive nivået skal stå for forebygging, omsorg og behandling av sykdom.

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 omfatter viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene. I tråd med stortingsmeldingen ønsker regjeringen å legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren. En av forutsetningene for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer i kommunene. Velferdsteknologiprogrammet inngår i omsorgsplanen fra 2020, og er del av et helhetlig arbeid for å skape bedre og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Revisjonskriterium for undersøking av korleis kommunen sikrar at brukar får det tenestetilbodet dei har krav på

Det følgjer av **forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting** § 3 at kommunen skal etablere system av prosedyrar som søkjer å sikre at enkelte brukarar får dei tenester vedkommande har behov for til rett tid, og at det gis eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som tek i vare kontinuitet i tenesta.

I **forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjensten** § 6 inngår at kommunen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

Det følgjer av **lov om kommunale helse- og omsorgstjenester** § 3-4 at kommunen har eit ansvar og ei plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltenester innad i kommunen og med andre tenesteytarar der dette er naudsynt for å tilby tenester omfatta av denne loven.

I § 7-3.Koordinerende enhet er det satt krav om at kommunen skal ha ei koordinerende eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemd. Denne eininga skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Denne eininga kan kommunen organisere på ulike måtar, til dømes gjennom eit fast og overordna tverrfagleg team, ein eigen koordinator for formålet, eller gjennom den ordinære verksemda⁹.

⁹ Prop.91L (2010-2011), 369.

Aktiv involvering av brukaren i val av behandling og tenester er ein demokratisk rett og ei politisk og fagleg målsetting.¹⁰ Det føreligg også plikt til å etablere system for å hente inn erfaringar og synspunkt frå pasientar og brukarar, jamfør **helse- og omsorgstjenesteloven** § 3-10, andre ledd:

- Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter

Det følgjer av **forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting** § 3 at brukarar av pleie- og omsorgstjenester medverker ved utforming eller endring av tenestetilbodet. Den enkelte brukar gis medbestemmelse i samband med den daglege utføringa av tenesten.

Revisjonskriterium for undersøking av system for mottak av utskrivingsklare pasientar frå sjukehus

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid seier at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

For å sikre samarbeid mellom kommune og regionale helseforetak, som lova krev, seier Helse og omsorgstjenesteloven § 6-1 *Plikt til å inngå samarbeidsavtale* at:

- Kommunestyret skal selv inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.
- Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

I forbindelse med medisinerer heiter det i **forskrift om legemiddelhåndtering** § 5 at en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå.

Det følgjer av **forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting** § 3 at kommunen skal etablere system av prosedyrar som søkjer å sikre at enkelte brukarar får dei tenester vedkommande har behov for til rett tid, og at det gis eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som tek i vare kontinuitet i tenesta.

I **St.meld.nr.47 (2008-2009) om samhandlingsreformen** er omgrepet samhandling skildra slik: "Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte."



Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Lena Davik Fjørtoft

Senior Associate

T +47 40 63 92 64

E lena.fjortoft@kpmg.no

kpmg.no

© 2018 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.