



RAPPORT

HELSEHJELP FOR DEM SOM VURDERES FOR SYKEHJEMSPASS FOR KONTROLLUTVALGET I BÆRUM KOMMUNE

03. OKTOBER 2022

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.



INNHold

1	SAMMENDRAG	4
2	INNLEDNING	5
2.1	BAKGRUNN	5
2.2	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	5
2.3	METODE	5
2.4	AVGRENSNINGER OG FORBEHOLD	6
3	UTVIKLINGEN I KOMMUNENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.....	6
3.1	OBSERVASJONER.....	6
3.1.1	Utvikling i antall personer over 80 år i Bærum kommune	7
3.1.2	Utvikling i antall personer som mottar hjemmetjenester og institusjonstjenester i Bærum kommune	7
3.1.3	Utvikling i antall sykehjemsplasser i Bærum kommune	8
3.2	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	9
4	KOMMUNENS BRUK AV KRITERIENE FOR TILDELING AV SYKEHJEMSPASS	10
4.1	REVISJONSKRITERIER.....	10
4.2	OBSERVASJONER MOT REVISJONSKRITERIET	10
4.2.1	Tildelingskriteriene og bruken av disse.....	10
4.2.2	Pasienter med kognitiv svikt	11
4.2.3	Forskjeller mellom kommunens omsorgsboliger og sykehjem.....	11
4.2.4	Involvering i vedtaks- og tildelingsprosesser.....	12
4.2.5	Fleksibilitet i tildelingsprosesser	13
4.3	VÅR VURDERING ER AT KOMMUNEN TILBYR SYKEHJEMSPASS TIL DE FLESTE INNBYGGERE MED SLIKE BEHOV, MEN AT DET ER FORBEDRINGSPOTENSIAL	14
4.3.1	Tildelingskriteriene og bruken av disse fremstår i stor grad som hensiktsmessig	14
4.3.2	Kommunen bør styrke tilbudet til pasienter med kognitiv svikt	14
4.3.3	Hjemmetjenestene bør styrkes for å imøtekomme en pasientgruppe som er sikrere enn før.....	15
4.3.4	Tildelingskontoret og de direkte pleie- og omsorgstjenestene bør etablere et tettere samarbeid i vedtaks- og tildelingsprosesser.....	15
4.3.5	Kommunen bør vurdere muligheter for økt fleksibilitet og bedre kommunikasjon med pasienter og pårørende i hjemmetjenestene	16
4.4	KONKLUSJON	16

5	TILBUDET TIL RETURNERTE PASIENTER FRA SYKEHUS	17
5.1	REVISJONSKRITERIER.....	17
5.2	OBSERVASJONER OPP MOT REVISJONSKRITERIENE.....	17
5.2.1	Overordnet inntrykk av tilbudet til pasienter som returnerer fra sykehus	17
5.2.2	Re-innleggelser på sykehus.....	17
5.2.3	Mottakstidspunkt fra sykehus	19
5.2.4	Samhandling med sykehus.....	19
5.3	VÅR VURDERING ER AT TILBUDET TIL RETURNERTE PASIENTER FRA SYKEHUS I STOR GRAD ER TILFREDSSTILLEND, MEN DET ER FORBEDRINGSMULIGHETER	20
5.3.1	Returnerte pasienter fra sykehus mottar i stor grad tilfredsstillende pleie- og omsorgstjenester	20
5.3.2	Kommunen bør redusere kapasitetsutfordringene i enkelte tjenester for å redusere antall re-innleggelser	20
5.3.3	Kommunen bør styrke samhandlingen med sykehusene i overføringsprosesser	21
5.4	KONKLUSJON	21
6	KOMMUNENS PRAKSIS FOR OMSORGSSTØNAD	22
6.1	REVISJONSKRITERIER.....	22
6.2	OBSERVASJONER OPP MOT REVISJONSKRITERIENE.....	22
6.2.1	Praksis for tildeling av omsorgsstønad.....	22
6.2.2	Målrettet informasjon til pårørende	23
6.2.3	Tilgjengeliggjøring av informasjon på kommunenes nettsider	23
6.3	VÅR VURDERING ER AT KOMMUNENS PRAKSIS FOR TILDELING AV OMSORGSSTØNAD ER I TRÅD MED LOVEN, MEN AT PÅRØRENDE BØR GIS BEDRE INFORMASJON OM ORDNINGEN	23
6.3.1	Kommunens praksis for tildeling av omsorgsstønad er i tråd med lovverket 23	
6.3.2	Kommunen bør gjøre informasjon om omsorgsstønad på sine nettsider lettere tilgjengelig	24
6.4	KONKLUSJON	24
7	HØRINGSSVAR	24
8	VEDLEGG	29
8.1	BAKGRUNN FOR REVISJONSKRITERIENE	29
8.2	METODE.....	31
8.3	RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	32

1 SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Bærum kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon for å vurdere om Bærum kommune gir forsvarlig helsehjelp for dem som vurderes for sykehjemsplass, og om nivået for sykehjemsplass i kommunen er i henhold til lov og forskrift. Basert på dokumentanalyser, intervjuer og en spørreundersøkelse til ansatte innen kommunalområdet pleie og omsorg, er revisjonens viktigste vurderinger at:

- Bærum kommune tilbyr sykehjemsplass til de fleste innbyggere med slike behov.
- Kommunens tjenestetilbud til returnerte pasienter fra sykehus er i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven for de fleste pasientene.
- Tilbudet om omsorgstønad praktiseres i stor grad på en hensiktsmessig måte.

Kommunen tilbyr sykehjemsplass til de fleste innbyggerne som kvalifiserer for dette, og gjør etter revisjonens vurdering rimelige skjønnsmessige vurderinger av pasientens behov opp mot tildelingskriteriene. Likevel er begrenset kapasitet i ulike tjenester et hinder for at noen pasienter kan motta et tilfredsstillende tilbud. Kommunen har særlig forbedringspotensial knyttet til tilbudet til pasienter med kognitiv svikt og tunge pleiebehov. Også kommunikasjon mellom tjenestene og informasjon til pårørende og pasienter kan forbedres.

Tilbudet til de fleste returnerte pasienter fra sykehus er i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven, og tilbudene er generelt preget av stabilitet og kontinuitet. Likevel er det klare forbedringsmuligheter. Disse knytter seg blant annet til kapasitet i enkelte tjenester og til samhandling med sykehusene.

Kommunens praktisering av omsorgslønn vurderes å være i tråd med regelverket og baserer seg på faglige vurderinger av hensiktsmessighet for hver enkelt pasient og pårørende. Revisjonen mener likevel at kommunen kan forbedre informasjon til innbyggerne om ordningen, herunder hvordan den fungerer og hvilke krav som stilles.

Anbefalinger

På bakgrunn av våre funn og vurderinger har revisjonen følgende anbefalinger:

1. Kommunen bør arbeide for å styrke tilbudet til pasienter med kognitiv svikt.
2. Tjenestene bør tilrettelegges for å imøtekomme en pasientgruppe som er sykere enn før.
3. Tildelingskontoret og de direkte pleie- og omsorgstjenestene bør etablere et tettere samarbeid i vedtaks- og tildelingsprosesser.
4. Kommunen bør vurdere muligheter for økt fleksibilitet og bedre kommunikasjon med pasienter og pårørende i hjemmetjenestene.
5. Kommunen bør redusere kapasitetsutfordringene i enkelte tjenester for å redusere antall reinnleggelser.
6. Kommunen bør styrke samhandlingen med sykehusene i overføringsprosesser.
7. Kommunen bør tilgjengeliggjøre bedre informasjon om omsorgstønad på sine nettsider.

Mer informasjon om grunnlaget for revisjonens anbefalinger finnes i kapittel 4.3, 5.3 og 6.3.

2 INNLEDNING

2.1 BAKGRUNN

Kommunene har ansvar for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester som oppholder seg i kommunen. Ansvaret innebærer utbygging, utforming og organisering av et godt og forsvarlig tjenestetilbud til den enkelte. Kommunenes plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, og pasienter, brukere og pårørendes rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

Helse- og omsorgstjenestene skal utformes i samråd med pasient, bruker og pårørende, men den enkelte har ikke rett til å velge mellom ulike tjenester. Likevel skal tjenestene organiseres slik at pasienter og brukere så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Selv om den enkelte har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester, har kommunen stor handlefrihet knyttet til organisering og tildeling av tjenester. Eksempelvis kan kommunen velge å yte tjenestene selv, eller inngå avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.¹

2.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Kontrollutvalget har bestilt forvaltningsrevisjon av temaet 'helsehjelp for dem som vurderes for sykehjemsplass'. Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene blant annet tilby plass i institusjon, herunder sykehjem, dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Formålet med oppdraget er å vurdere om Bærum kommune gir forsvarlig helsehjelp til dem som vurderes for sykehjemsplass, og om nivået for sykehjemsplass i Bærum kommune er i henhold til forskrifter og lover.

Det er fastsatt fire problemstillinger for forvaltningsrevisjonen:

1. Hvordan er utviklingen i kommunens sykehjemsplasser, og hvordan dekkes behovet for pleie- og omsorgsplasser?
2. Anvendes kriteriene for tildeling av sykehjemsplass riktig?
3. Følges returnerte pasienter fra sykehus tilfredsstillende opp i kommunen?
4. Hvordan praktiseres omsorgsstønad for nær familie som kan støtte i overgangsfasen mellom å bo hjemme og få sykehjemsplass?

Revisjonskriteriene er gjengitt innledningsvis i det aktuelle kapittelet, og bakgrunn for revisjonskriteriene i vedlegg 7.1.

2.3 METODE

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon. Det innebærer blant annet at kommunedirektøren har fått en orientering om oppdraget før oppstart, og en mulighet til å uttale seg om utkast til rapport før endelig rapportering. Administrasjonens kommentarer til rapporten er redegjort for avslutningsvis i denne rapporten.

Forvaltningsrevisjonen bygger på intervjuer, dokumentanalyser og en spørreundersøkelse. Se kapittel 8.2 for en nærmere beskrivelse av metode. Resultatene fra spørreundersøkelsen er gjengitt i vedlegg 7.3.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

2.4 AVGRENSNINGER OG FORBEHOLD

I denne forvaltningsrevisjonen fokuseres det på omsorgstjenestene sykehjem, omsorgsboliger, hjemmetjenester og omsorgsstønad. Omsorgstjenester avgrenses samtidig mot spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgsbehov som det forventes at den enkelte selv ivaretar. Bruk av historisk data er avgrenset til perioden 2019 til 2021. I tilfeller hvor data er tilgjengelig for 2022, er dette inkludert i rapportteksten.

BDO har ikke gjennomført egne helse- og omsorgsfaglige vurderinger knyttet til kommunens tildelingspraksis, men basert vurderingene på mottatt informasjon fra kommunen og fagpersoner i tjenesten. Vi forutsetter følgelig at alle helse- og omsorgsfaglige vurderinger vi har mottatt fra kommunen er rettvise og korrekte, og vi har ikke overprøvd disse utover generelle rimelighetsvurderinger.

Forvaltningsrevisjonen er basert på informasjon fra fagpersonene i kommunens pleie- og omsorgstjenester. Det er ikke foretatt informasjonsinnhenting, verken gjennom intervjuer, spørreundersøkelse eller andre kanaler, fra pasienter eller pårørende i forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen.

Vi finner det riktig å presisere at vi ikke kan påta oss ansvar for fullstendigheten eller riktigheten i det grunnlagsmaterialet som har vært utgangspunkt for våre vurderinger. Våre undersøkelser bygger på et begrenset utvalg. Dersom vi har mottatt uriktig eller ufullstendige opplysninger, har vi ikke hatt anledning til å avdekke dette ut over overordnede rimelighetsvurderinger.

Vi ønsker videre å presisere at revisjonen ikke har hatt grunnlag for å vurdere hvordan effekten av Covid-19 pandemien og/eller ulike omstillingsprosjekter i kommunens helse- og omsorgstjenester har påvirket problemstillingene og ansattes innspill til disse.

3 UTVIKLINGEN I KOMMUNENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

3.1 OBSERVASJONER

Formålet med denne problemstillingen er å gi en deskriptiv fremstilling av kommunens pleie- og omsorgstilbud til eldre innbyggere, herunder utvikling i antall sykehjemsplasser. Det er derfor ikke satt egne revisjonskriterier.

I de følgende kapitler vises først utviklingen i antall personer over 80 år. Det gir grunnlaget for å tolke utviklingen i kommunens tjenester. Deretter gjennomgås antall personer som har mottatt ulike pleie- og omsorgstilbud i Bærum kommune. Videre rettes fokus mot utvikling i antall institusjonsplasser som er tilgjengelige i kommunen.

3.1.1 Utvikling i antall personer over 80 år i Bærum kommune

Tabellen under viser antall innbyggere over 80 år i Bærum kommune mellom 2019 og 2021.

Antall innbyggere pr. 1.1.	2019	2020	2021
Bærum kommune	5 923	6 043	6 131

Tabell 1: Antall innbyggere i Bærum kommune per 1.1. i perioden 2019-2021. (Kilde: SSB)

Antall personer over 80 år har økt med ca. 208 i perioden som tilsvarer en økning på 3,5 prosent. Antall innbyggere over 80 år har økt videre til 6 161 i 2022, som tilsvarer en økning fra 2019 på 4,0 prosent.

3.1.2 Utvikling i antall personer som mottar hjemmetjenester og institusjonstjenester i Bærum kommune

I Kommuneplanen for 2018-2035 er ett av fire hovedmål «Bærekraftige tjenester som gir innbyggerne mulighet for økt selvhjulpenhet, mestring og læring», som også er i tråd med Leve hele livet-reformen². Ifølge kommuneplanens handlingsdel for 2022-2025 skal det skal jobbes for «å sikre at eget hjem vil være innbyggernes førstevalg»³. For å sikre dette ønsker kommunen at de hjemmebaserte tjenestene skal utvikles til «en mer robust tjeneste som kan møte fremtidens behov for ressurser, kompetanse og fleksibilitet»⁴. Videre i kommuneplanen står det at kommunen i større grad skal levere komplekse og individuelt tilpassede tjenester i innbyggernes egne hjem. Dette innebærer mer fokus på helsefremmende tiltak, forebyggende tjenester og tidlig innsats.

De mest sentrale pleie- og omsorgstjenestene for eldre innbyggere i kommunen er hjemmetjenester (hjemmesykepleie, omsorgsboliger, praktisk bistand og omsorgsstønad) og institusjonstjenester (opphold på sykehjem).

Hjemmetjenester

Tabellen nedenfor viser antall personer mottatt tjenester til hjemmeboende fra 2019 til 2021.

Tjenester til hjemmeboende - antall personer som har mottatt tjenester	2019	2020	2021
Omsorgsbolig for eldre	568	568	548
Hjemmesykepleie	3 539	3 455	3 561
Praktisk bistand	1 897	2 181	1 799
Omsorgsstønad	294	290	290
Sum hjemmetjenester	6 298	6 494	6 198

Tabell 2: Antall personer som har mottatt tjenester til hjemmeboende i Bærum kommune fra 2019-2021. (Kilde: Bærum kommune, Årsrapport 2020 og Årsrapport 2021)

² Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre.

³ Bærum kommune. Kommuneplanens handlingsdel. Budsjett og økonomiplan 2022-2025.

⁴ Bærum kommune. Kommuneplanens handlingsdel. Budsjett og økonomiplan 2022-2025.

Tabellen viser at samlet antall mottagere av hjemmetjenester er redusert med 2 prosent fra 2019 til 2021. Antall mottagere av hjemmesykepleie har økt i perioden, og antall mottagere av omsorgsboliger, praktisk bistand og omsorgsstønad er redusert. Den prosentvise endringen fra 2019 til 2021 er større for praktisk bistand (5 prosent reduksjon) og omsorgsbolig (4 prosent reduksjon) enn for omsorgsstønad (1 prosent reduksjon) og hjemmesykepleie (1 prosent økning). Ingen av tjenestene øker eller reduseres jevnt gjennom perioden.

Institusjonstjenester

Tabellen nedenfor viser antall personer som har mottatt tjenester i institusjon i Bærum kommune fra 2019 til 2021.

Tjenester i institusjon - antall personer som har mottatt tjeneste	2019	2020	2021
Langtidsopphold på sykehjem	1 039	1 043	1 098
Tidsbegrenset opphold på sykehjem	864	840	983
Tidsbegrenset opphold på CAN i Altea	278	22	0
Tidsbegrenset opphold, rehabilitering	188	172	170
Sum institusjonstjenester	2 369	2 077	2 251

Tabell 3: Antall personer som har mottatt tjenester i institusjon i Bærum kommune fra 2019 til 2021. (Kilde: Bærum kommune, Årsrapport 2020 og Årsrapport 2021)

Tabellen viser at antall personer som mottar institusjonstjenester, er redusert med 5 prosent fra 2019 til 2021. Antall personer som har mottatt langtidsopphold på sykehjem, øker jevnt i perioden, med en samlet økning på 6 prosent fra 2019 til 2021. Antall personer som mottar en form for tidsbegrenset opphold, er redusert med 13 prosent i samme periode. Antallet øker for tidsbegrenset opphold på sykehjem (14 prosent) og reduseres for rehabiliteringstjenester (64 prosent). Reduksjonen i antall personer som mottar rehabiliteringstjenester, inkluderer en reduksjon på 10 prosent i Norge og en midlertidig avvikling av tilbudet i Spania under pandemien.

3.1.3 Utvikling i antall sykehjemsplasser i Bærum kommune

Tabellen nedenfor viser hvordan antall sykehjemsplasser i Bærum har utviklet seg de siste årene.

Antall sykehjemsplasser	2019	2020	2021
Antall langtidsplasser	779	740	740
Antall tidsbegrensede plasser	190	190	190
Antall sykehjemsplasser totalt	969	930	930

Tabell 4: Antall sykehjemsplasser i Bærum kommune fra 2019-2021. (Kilde: Bærum kommune)

Tabellen viser at det ikke har vært endringer i antall tidsbegrensede plasser mellom 2019 og 2021. Antall langtidsplasser var på samme nivå i 2020 og 2021, men redusert med 39 plasser fra 2019 til 2020.

I 2021 mottok som nevnt i forrige kapittel 59 flere personer langtidsopphold på sykehjem enn i 2019. Sammenholdt med antall langtidsplasser i kommunens sykehjem, viser tallene at det blir stadig flere personer som mottar langtidsplass i sykehjem per plass.⁵ For hver langtidsplass ved kommunens sykehjem mottok 1,33 personer plass i 2019. I 2020 økte dette til 1,41 personer per langtidsplass. I 2021 økte antall personer per langtidsplass videre til 1,48. Det vil si at oppholdstiden per pasient er redusert gjennom perioden.

I 2022 har Bærum kommune totalt 969 sykehjemsplasser. 779 av disse er langtidsplasser fordelt på følgende plasstyper:

- ordinære somatiske langtidsplasser (542)
- forsterkede plasser knyttet til lindrende behandling (22)
- forsterkede plasser knyttet til psykisk helse/adferd (16)
- andre forsterkede plasser (27)
- skjermede demensplasser (172)

Videre har kommunen 190 tidsbegrensede plasser, fordelt på følgende plasstyper:

- korttidsplasser (138)
- rehabiliteringsplasser (52)

Antall sykehjemsplasser er dermed økt i 2022 til tilsvarende antall som i 2019. Endringen i sykehjemsplasser fra 2021 til 2022 består av 45 flere skjermede demensplasser og 16 flere forsterkede plasser knyttet til psykisk helse/adferd. På motsatt side er det 19 færre ordinære somatiske langtidsplasser og 3 færre andre forsterkede plasser i 2022 sammenlignet med 2021. Antall tidsbegrensede plasser er fremdeles 190 i 2022, og har dermed vært uendret siden 2019.

Kommunen har dermed like mange sykehjemsplasser i 2022 som i 2019. Antall innbyggere over 80 år i kommunen har i samme tidsperiode økt fra 5 923 til 6 161.⁶ Følgelig har dekningsgraden for sykehjem for innbyggere over 80 år i kommunen blitt redusert fra 16,4 prosent i 2019 til 15,7 prosent i 2022. I kommuneplanens handlingsdel for 2022-2025 legges det opp til en reduksjon i dekningsgraden for omsorgsboliger og sykehjemsplasser også de kommende årene.⁷

3.2 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Samlet sett er antall mottagere av både hjemmetjenester og institusjonstjenester i Bærum kommune redusert fra 2019 til 2021, samtidig som antall innbyggere over 80 år har økt.

For hjemmetjenester er antall mottagere av omsorgsboliger, praktisk bistand og omsorgsstønad redusert, samtidig som antall mottagere av hjemmesykepleie har økt. Den prosentvise økningen i mottagere av hjemmesykepleie er likevel mindre enn økningen i innbyggere over 80 år.

For institusjonstjenester har antall personer som mottar langtidsopphold på sykehjem, økt hvert år i perioden, også dersom befolkningsvekst i aldersgruppen 80 + medregnes. Samtidig ble antall tilgjengelige langtidsplasser redusert fra 2019 til 2020. Antall tilgjengelige korttidsplasser i samme periode er uendret, samtidig som antall mottagere av disse tjenestene er redusert. Dette tilsier at pasientene har mottatt lengre oppholdstid på korttidsplasser og kortere oppholdstid på langtidsplasser i perioden.

På rapporteringstidspunkt for denne rapporten er det ikke tilgjengelig statistikk knyttet til antall brukere av de ulike tjenestene i 2022. Antall tilgjengelige langtidsplasser på sykehjem er i 2022 økt til samme nivå som før reduksjonen i 2020, og antall korttidsplasser er uendret. Antall

⁵ Antall sykehjemsplasser gjennomgås i kapittel 3.1.3.

⁶ Statistisk sentralbyrå tabell 11342: Areal og befolkning, etter region, statistikkvariabel og år.

⁷ Bærum kommune. Kommuneplanens handlingsdel. Budsjett og økonomiplan 2022-2025.

innbyggere over 80 år i kommunen har økt fra hvert år fra 2019 til 2022, som betyr at dekningsgraden for sykehjemsplass for disse innbyggerne er redusert. Vi vil samtidig presisere at redusert dekningsgrad for ulike tjenester ikke nødvendigvis medfører dårligere tilbud for innbyggerne i kommunen. Behovene påvirkes av langt flere faktorer enn alder, eksempelvis allmennhelsen i befolkningen og tilgang på frihets- og velferdsteknologi.

Revisjonen presiserer videre at vi ikke har grunnlag for å vurdere årsaker til utviklingen i antall personer som har mottatt ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester, herunder om utviklingen kan tilskrives kommunens prioriteringer. En sentral usikkerhet er at covid-19 kan ha påvirket både tilbud og etterspørsel av helsetjenester fra og med 2020. Vi har heller ikke grunnlag for å vurdere om Bærum kommune skiller seg fra andre sammenlignbare kommuner.

4 KOMMUNENS BRUK AV KRITERIENE FOR TILDELING AV SYKEHJEMSPASS

4.1 REVISJONSKRITERIER

For å vurdere om kommunens bruk av tildelingskriteriene er hensiktsmessig, er det utledet følgende revisjonskriterium:

- Kommunen skal gjøre en rimelig skjønnsmessig vurdering av tildelingskriteriene for sykehjemsplass, og tildele langtidsopphold i sykehjem til innbyggere med behov for dette.

4.2 OBSERVASJONER MOT REVISJONSKRITERIET

I de følgende kapitlene ser revisjonen først nærmere på tildelingskriteriene og bruken av disse. Deretter går vi inn på noen utfordringer som trekkes frem i intervjuene, knyttet til pasienter med kognitiv svikt, forskjeller mellom omsorgsboliger og sykehjem, involvering i vedtaks- og tildelingsprosesser samt fleksibilitet i tildelingsprosesser.

4.2.1 Tildelingskriteriene og bruken av disse

Tildelingskontoret i kommunen har ansvar for å behandle søknader og treffe vedtak om helse- og omsorgstjenester til pasienter basert på vurderinger av pasientenes behov for dette.⁸

De vi har intervjuet ved tildelingskontoret, uttrykker at de kjenner tildelingskriteriene for langtidsopphold i sykehjem godt, og bruker disse aktivt i tildelingsvurderinger til pasienter. De uttrykker også at kriteriene for tildeling av sykehjemsplass i stor grad åpner for hensiktsmessig bruk av skjønnsmessige vurderinger. Det bidrar til å sikre pasienten et riktigst mulig tilpasset tilbud basert på helse- og omsorgsfaglige vurderinger av pasientens behov.

De vi har intervjuet fra alle tjenesteområder, er i stor grad enige om at det er samsvar mellom pasientenes behov og pleie- og omsorgstjenestetilbudet de mottar. Fagpersonene uttrykker at de fleste som har behov for sykehjemsplass, tildeles dette. Samtidig uttrykkes det at de fleste pasientene i kommunens hjemmetjeneste og omsorgsboliger ikke ville mottatt et riktigere behovstilpasset tilbud dersom de ble tilbudt sykehjemsplasser.

Det oppgis i intervjuene at det er mange pasienter som jevnlig flyttes på tvers av tilbudene i kommunens pleie- og omsorgstjenester, men kun et fåtall av disse overflyttingene sies å være unødvendige. De fleste overflyttinger mellom kommunale pleie- og omsorgstjenestetilbud oppgis å være på tvers av tjenestenivåer, mens kun en liten andel av overflyttingene går mellom

⁸ Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, kriterier for tildeling og venteliste, Bærum kommune, Akershus

enheter på samme tjenestenivå. En stor andel av disse overflyttingene knytter seg til pasienter som flyttes inn og ut av korttidsavdelinger ved kommunens sykehjem fra andre av kommunens tjenester. Dette dreier seg i hovedsak om pasienter fra hjemmetjenesten eller kommunens omsorgsboliger som flyttes tilbake til eget hjem når de har fått nødvendig oppfølging gjennom korttidsopphold på sykehus og/eller sykehjem.

Samtidig er det noen utfordringer som henger sammen med økt etterspørsel for pleie- og omsorgstjenester og endringer i pasientenes behov. Eksempelvis uttrykker både ansatte i sykehjem og i omsorgsboliger at pasientene deres generelt er sykere enn for noen år tilbake, særlig skal pasientenes helsetilstand være svært dårlig før de får plass.

4.2.2 Pasienter med kognitiv svikt

For å yte riktigst mulig behovstilpassede tjenester til pasienter med kognitiv svikt trekker flere frem at mange av pasientene med alvorlig grad av kognitiv svikt ikke burde bo i ordinære somatiske sykehjem eller omsorgsboliger, men i spesialiserte enheter med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å yte pleie- og omsorgstjenester. Kommunen har de siste årene lagt ned flere skjermede demensavdelinger og samlet disse ved demenslandsbyen Carpe Diem. I intervjuene trekker flere frem at formålet med Carpe Diem var å skape et enda bedre tjenestetilbud til pasienter med kognitiv svikt, men at kommunen etter opprettelsen av Carpe Diem samlet sett yter et dårligere tjenestetilbud til slike pasienter på grunn av manglende kapasitet.

Ansatte ved tildelingskontoret opplyser at det er mange pasienter i kommunen som kvalifiserer for plass ved Carpe Diem, men at kapasitetshensyn ved Carpe Diem gjør at pasienter med kognitiv svikt heller må tildeles plasser ved andre ikke-spesialiserte enheter. De ved tildelingskontoret mener videre at kapasiteten ved Carpe Diem er for lav målt mot det samlede behovet, og at prioriteringen av hvilke pasienter som skal tilbys plass ved Carpe Diem, følgelig er svært utfordrende. Flere trekker derfor frem at kommunen bør styrke kapasiteten ved spesialiserte enheter for pasienter med kognitiv svikt, og at ventelistene for å komme inn på slike avdelinger må reduseres.

Pasientene ved kommunens sykehjem har i mange tilfeller en grad av kognitiv svikt som enkelte av kommunens sykehjem mener de ikke i tilstrekkelig grad har kapasitet og kompetanse til å håndtere. Samtidig er det gitt uttrykk for at bygningsmassen ved flere av kommunens sykehjem er lite tilrettelagt for disse pasientene. Med dagens tildelingspraksis opplyser flere at sykehjemmene jevnlig mottar pasienter som har behov for bygningsmessige tilpasninger som sykehjemmene ikke kan tilby. Det gir følgelig en uheldig belastning for både pasienten, pårørende og de ansatte.

Samtidig er det flere pasienter i kommunens pleie- og omsorgstjeneste som etter de ansatte på tjenestestedene og tildelingskontorets vurderinger ikke helt oppfyller kriteriene for sykehjem, men som likevel er for syke for omsorgsboliger. Denne pasientgruppen er stor og økende. Mange av disse pasientene har kognitiv svikt, og som etter tildelingskontorets vurdering, egentlig ville ha godt av å bli tilbudt plass på Carpe Diem. Kapasitetshensyn ved Carpe Diem forhindrer likevel å kunne tildele pasientene plass dit, og pasientene får derfor ikke et tilbud helt i tråd med deres faktiske behov. Det medfører at pasienter med kognitiv svikt ofte mottar tilbud om plass i somatiske sykehjem eller omsorgsboliger i stedet.

4.2.3 Forskjeller mellom kommunens omsorgsboliger og sykehjem

Kommunen har de siste årene hatt en strategisk føring om at hjemmet skal være førstevalget, der omsorgsboligene har spilt en nøkkelrolle som et tjenestetilbud for de som er for syke til å bo

hjemme⁹, men for friske til å tilbys sykehjemsplass. Som følge av dette sier flere at pasientene i kommunens omsorgsboliger generelt er sykere enn tidligere, og at kun de aller sykeste mottar tilbud om sykehjemsplass i kommunen. En større del av pasientgruppen som tidligere ville mottatt tilbud om langtidsopphold i sykehjem, vil nå motta plass i kommunens omsorgsboliger. Mange nevner at knapphet på sykehjemsplasser er en utfordring i kommunen.

I 2017 ble det gjennomført en innskjerping av tildelingskriteriene for langtidsopphold i sykehjem. På tross av innskjerpede tildelingskriterier sier flere ansatte fra kommunens pleie- og omsorgstjenester at flere innbyggere og pasienter oppfyller kriteriene for sykehjemsplass, men at de ved søknad om langtidsopphold i sykehjem heller tilbys plass i omsorgsboliger. Det medfører etter fagpersonenes oppfatning at kommunen ikke tildeler sykehjemsplass til alle pasienter som egentlig har behov for og kvalifiserer til det.

Omsorgsboligene drives vedtaksbasert og har ikke egne tilsynsleger eller medisinrom. Det er følgelig fastlegetjenesten som har det legefaglige ansvaret for beboerne i kommunens omsorgsboliger. Ifølge intervjuer med ansatte i omsorgsboliger og i fastlegetjenesten sies det at dette er utfordrende, særlig med hensyn til de sykeste pasientene. Det er flere pasienter i kommunens omsorgsboliger som ikke kan ta seg til fastlegekontorene. Det fører med seg at fastlegene må oppsøke beboerne i omsorgsboligene. Dette legger beslag på mye tid for fastlegene. Samtidig har beboerne ulike fastleger som gjør at flere fastleger bruker mye tid på forflytning til sine pasienter i kommunens omsorgsboliger. Når pasientgruppen i mange tilfeller oppgis å ha et pleiebehov tilsvarende som ved sykehjemmene, er det utfordrende å yte tilstrekkelig gode pleie- og omsorgsfaglige tjenester som følge av mangelen på tilsynsleger og medisinrom. Flere mener derfor at kommunen bør vurdere å opprette tilsynslegefunksjoner ved omsorgsboligene. Dette ville kunne bidra til å avhjelpe deler av utfordringene, særlig knyttet til de sykeste pasientene. Samtidig er det utfordringer knyttet til bruk av tilsynslege i omsorgsboliger, siden beboerne har rett til å velge egen fastlege.¹⁰

Videre gir ansatte ved omsorgsboligene uttrykk for at de må betjene en annen og sykere pasientgruppe enn de i utgangspunktet er organisert og dimensjonert for, eksempelvis pasienter med omfattende kognitiv svikt og/eller demensdiagnoser. Samtidig har mange pasienter de siste årene mottatt omsorgsbolig, men hvor pasientene har et svært omfattende pleiebehov. Ifølge mange vi har snakket med gis det uttrykk for at pasientene ville mottatt et riktigere tilbud ved sykehjemsplass.

4.2.4 Involvering i vedtaks- og tildelingsprosesser

Det er gitt uttrykk for i intervju med ansatte ved tildelingskontoret, kommunens sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger at pasienter som hovedregel tildeles tjenester uten at de direkte pleie- og omsorgstjenestene involveres i vedtaks- og tildelingsprosessene. Ved et vedtak om tildeling av pleie- og omsorgstjenester til en pasient melder tildelingskontoret pasienten inn til det enkelte tjenestested. For noen pasienter gjennomføres det nettverksmøter i regi av tildelingskontoret der tjenestene deltar for å vurdere om og hvilket tilbud pasienten bør tilbys.

Det gis eksempler på at pasienter tildeles tjenester og/eller boenheter som ikke er tilstrekkelig tilpasset, eller at tjenestestedet ikke har kompetanse til å håndtere pasientens behov. Eksempelvis nevnes en pasient med alkoholproblemer som ble tildelt rom med utsikt til

⁹ Vi presiserer at omsorgsboliger også regnes som «eget hjem», og at beboere har rettigheter på samme linje som andre hjemmeboende. Begreper som «bo hjemme» er likevel brukt i rapporten for å skille omsorgsboliger fra andre boliger og/eller tjenester som tilbys i pasientenes egne hjem.

¹⁰ Ved opphold på sykehjem er man derimot forpliktet til å bruke tilsynslege/sykehjemslege.

vinmonopolet, en pasient med selvmordstanker som ble tildelt rom i øverste etasje og demente pasienter som får plasser som ikke er tilpasset dette.

Flere ansatte i tjenestene uttrykker et ønske om å bli tettere involvert i vedtaks- og tildelingsprosessene. Ved å involvere tjenestene tettere oppgir flere at det kan bidra til å sikre pasientene et riktigst mulig behovstilpasset tilbud.

I tilfeller hvor tjenestestedene vurderer at deres fasiliteter, kompetanse og kapasitet ikke er i tråd med tildelte pasienters behov, tar de kontakt med tildelingskontoret for å be om at pasienten får et annet tilbud. Etter at tildelingskontoret har gjennomført nye vurderinger, flyttes ofte pasienten til et annet tjenestested eller i riktigere tilrettelagte boenheter ved samme tjenestested. I intervjuene opplyses det at slike flyttinger ofte skjer innen kort tid etter at pasienten har ankommet og etablert seg ved et tjenestested. Dette er en belastning for både pasienten, pårørende og de ansatte. Samtidig trekker flere frem at omdisponering av tilbudet til slike brukere er tidkrevende og belastende for de ansatte.

Årsakene til at pasienter plasseres på et tjenestested eller i en boenhet som ikke egnet, beskrives ulikt blant tjenestene og tildelingskontoret. I tjenestene har noen en oppfatning av at saksbehandlere på tildelingskontoret ikke har tilstrekkelig kunnskap om tjenestene og byggene, og at slike feilplasseringer kunne vært unngått dersom tjenestene ble mer involvert i prosessen. Ansatte på tildelingskontoret opplyser å være kjent med denne antagelsen, men hevder at de har god kjennskap til tjenestene og boenhetene. De forklarer årsaken som kapasitetsproblemer, og at det ikke finnes bedre tilgjengelige alternativer for de aktuelle pasientene på tildelingstidspunktet.

De fleste som intervjues i tjenestene uttrykker at de har forståelse for at tildelingskontoret må gjøre vanskelige vurderinger og har begrensede muligheter. Få har likevel innsikt i hvilke alternativer som reelt er tilgjengelige for pasientene. I intervjuene kommer det frem at flere ansatte i tjenestene har begrenset kjennskap til tildelingskriteriene for tildeling av sykehjemsplass og ønsker å bli bedre kjent med tildelingskriteriene.

4.2.5 **Fleksibilitet i tildelingsprosesser**

Innenfor hjemmetjenesten opplyser de vi har snakket med, at det ofte ikke er samsvar mellom pasientenes og pårørendes ønske om pleie- og omsorgstjenester og fagpersonenes vurdering av behov. Det trekkes frem at flere pasienter som mottar hjemmesykepleie, kunne kvalifisert til langtidsopphold i sykehjem, men velger å ikke søke tidsnok. Ifølge hjemmetjenesten oppgir disse pasientene eller deres pårørende ofte at de heller ønsker å fortsette å bo hjemme selv med stort pleiebehov enn å bo i sykehjem. Andre opplyser å unnlate å søke sykehjemsplass fordi de ikke tror de kvalifiserer for plass i sykehjem, eller at å bo i sykehjem fremstår skremmende. De intervjuede forteller at konsekvensen av dette kan være at søknad ikke blir sendt før behovet er så stort at behandlingstiden blir som for lang.

Hjemmetjenesten oppgir videre utfordringer knyttet til tilbudet til pasienter med raskt omskiftende pleiebehov. I slike tilfeller opplever hjemmetjenesten at vedtaksprosessene ofte tar for lang tid, som medfører at pleie- og omsorgstjenestene ikke endres og tilpasses raskt nok. Når vedtaksprosessene fullføres og pasientene eventuelt tildeles sykehjemsplass, tar det opp mot tre måneder før pasientene får tildelt en fysisk plass på sykehjem. Hjemmetjenesten oppgir at dette føles svært lenge for enkelte pasienter, og at ventetiden påvirker pasientenes helse negativt.

For å øke fleksibiliteten i pleie- og omsorgstjenestetilbudet til pasienter som søker «for sent» og/eller har raskt omskiftende pleiebehov, foreslår ansatte i hjemmetjenesten at kommunen bør vurdere å opprette egne korttidsplasser som hjemmetjenesten kan disponere uten vedtak. Dette

mener de vil bidra til å gi slike pasienter et bedre og riktigere behovstilpasset tilbud, og redusere byrden av ventetiden for pasientene.

4.3 VÅR VURDERING ER AT KOMMUNEN TILBYR SYKEHJEMSPLASS TIL DE FLESTE INNBYGGERE MED SLIKE BEHOV, MEN AT DET ER FORBEDRINGSPOTENSIAL

Basert på intervjuene er revisjonens vurdering at kommunen tildeler sykehjemsplass til innbyggerne som har størst behov for dette. Tildelingskriteriene vurderes som hensiktsmessige, og det er stor enighet blant de vi har intervjuet at pasienter som tildeles sykehjemsplass, har behov for det. Samtidig er det noen utfordringer, knyttet til

- kommunens tilbud til pasienter med kognitiv svikt
- bruk av omsorgsboliger for pasienter som kan kvalifisere til sykehjemsplass
- involvering i vedtaks- og tildelingsprosesser
- manglende fleksibilitet for pasienter med raskt endrede pleiebehov
- kommunikasjon med pasienter og pårørende i forkant av vedtaks- og tildelingsprosesser

4.3.1 Tildelingskriteriene og bruken av disse fremstår i stor grad som hensiktsmessig

På bakgrunn av intervjuene har revisjonen et inntrykk av at Bærum kommune generelt tilbyr gode pleie- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Selv om intervjuene fokuserte på forbedringsområder, svarer de aller fleste vi intervjuet at tjenestene for det meste er tilfredsstillende. Det vil alltid være et ønske om forbedringer, og et spørsmål om hva som er «godt nok» innenfor begrensede økonomiske rammer. I den grad ansatte i tjenestene mener at pasienter tildeles uriktige tjenester eller boenheter, skyldes dette ofte kapasitetshensyn og manglende alternativ for de aktuelle pasientene.

De vi har intervjuet som kjenner til tildelingskriteriene, mener disse er hensiktsmessige for å tildele langtidsplass i sykehjem. Ingen gir uttrykk for at tildelingskriteriene er uklare, vanskelige å forholde seg til eller at det er behov for endringer i kriteriene. Enkelte trekker frem at strenge tildelingskriterier kan føre til at pasienter flyttes noen flere ganger enn nødvendig mellom ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester før de ender med tilbud om langtidsopphold.

Samtidig nevner flere ansatte i tjenestene at hadde vært en fordel med mer innsikt i vurderingene som tildelingskontoret gjør, når vedtak fattes.

4.3.2 Kommunen bør styrke tilbudet til pasienter med kognitiv svikt

Revisjonen vurderer at kommunens kapasitet ved spesialiserte enheter som Carpe Diem er for begrenset til å kunne yte tilstrekkelig behovstilpassete tjenester til alle pasienter med kognitiv svikt. En konsekvens av dette er at mange pasienter tilbys plass i sykehjem eller omsorgsboliger som ikke har tilstrekkelig tilpassete lokaler eller spesialisert kompetanse på pasientenes helsetilstand. Dette medfører risiko for et utilfredsstillende pleie- og omsorgstilbud til pasientene. Selv om revisjonen vurderer at ansatte ved tildelingskontoret i stor grad gjør rimelige skjønnsmessige vurderinger av behovet til de enkelte pasientene, har de likevel ikke mulighet til å ta tilstrekkelig hensyn til pasientenes behov når kapasiteten ved spesialiserte enheter er for lav.

De vi har intervjuet, opplyser unisont at antall pasienter med kognitiv svikt er økende, og flere trekker frem at de mener dagens tilbud er dårligere enn før Carpe Diem erstattet mange skjermede demensplasser på sykehjemmene.

Samtidig vil vi påpeke at Carpe Diem er et relativt nytt tilbud som er ment til å styrke demensomsorgen i kommunen. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om innspillene om dårligere tilbud er en midlertidig konsekvens av omstruktureringen, er en langvarig tilstand eller hvor

vanlig denne oppfattelsen er blant pasienter, pårørende og ansatte i kommunens helsetjenester. Det er likevel rimelig å anta at de positive effektene av en slik satsing på demensomsorg vil bli større over tid, både knyttet til kvalitet i tjenesten, kompetanse og samhandling mellom tjenestene. Siden pasientgruppen trolig vil øke i takt med en aldrende befolkning i årene fremover, vil det være behov for kontinuerlig innsats for å sikre et godt tilbud.

Revisjonen mener derfor at kommunen bør undersøke hvordan den kan styrke tilbudet til pasienter med kognitiv svikt, både gjennom Carpe Diem og andre tjenester.

4.3.3 Hjemmetjenestene bør styrkes for å imøtekomme en pasientgruppe som er sykere enn før

Ansatte ved omsorgsboligene omtaler pasientgruppen som sykere enn før, og at mange pasienter som tidligere ville mottatt sykehjemsplass, nå plasseres i omsorgsbolig. Det opplyses i intervjuene at kommunens omsorgsboliger i flere tilfeller fungerer som sykehjem, og at pasientene ofte har samme pleie- og omsorgsbehov som de i sykehjemmene. Det poengteres at omsorgsboligene ikke er organisert for å håndtere deler av denne pasientgruppen, både med hensyn til kapasitet, tilgang på egne leger, medisiner, utstyr og tilpasning av boenheter. Flere mener derfor at mange pasienter ville mottatt et riktigere behovstilpasset tilbud om de ble tilbudt plass i sykehjem. Samtidig forteller flere ansatte i hjemmesykepleien at det skal mer til for å få plass i omsorgsbolig enn tidligere, slik at de også har pasienter som tidligere ville blitt ivare tatt med heldøgns omsorg, det vil si med et høyere omsorgsnivå enn hjemmesykepleie.

Dersom en hovedårsak til endringene er manglende kapasitet på sykehjemmene, bør kommunen vurdere å styrke tilbudet til pasienter med langvarige behov for pleie- og omsorgstjenester.

Dersom hjemmetjenestene fremover skal ivareta en stadig sykere pasientgruppe, bør det vurderes om tjenestene kan tilpasses de endrede behovene i større grad.

Revisjonen er ikke utdannet helsepersonell, men det fremstår uklart for oss hvordan noen pasienter kan være for syke til omsorgsbolig og samtidig ikke syke nok til sykehjemsplass. Etter revisjonens vurdering bør det ikke finnes pasienter som ikke kvalifiserer for neste trinn i omsorgstrappen, dersom nåværende trinn ikke er tilstrekkelig for å dekke pasientens pleiebehov. Dersom dette faktisk er tilfelle, bør det enten gjøres en gjennomgang av tildelingskriteriene og/eller tildelingspraksisen for sykehjemsplasser, eller gjøres forbedringer i tilbudet ved omsorgsboliger.

4.3.4 Tildelingskontoret og de direkte pleie- og omsorgstjenestene bør etablere et tettere samarbeid i vedtaks- og tildelingsprosesser

Ansatte i de ulike tjenestene gir uttrykk for at de ønsker å bli mer involvert i vedtaks- og tildelingsprosesser. De mener at dette kan redusere risikoen for at pasientene tildeles tjenester, tjenestested eller boenhet som ikke er egnet for den enkelte, og at det vil gi kommunens innbyggere riktigere behovstilpassede pleie- og omsorgstilbud. Både tildelingskontoret og ansatte i de direkte pleie- og omsorgstjenestene uttrykker at de andre tjenestene kunne hatt bedre innsikt i og kjennskap til andre tjenester enn de selv er ansatt i, og at dette kunne redusert antall misforståelser knyttet til tildeling.

Revisjonen mener at økt involvering som et minimum kan gi større forståelse og bedre forventningsavklaring på tvers av tjenestene, som igjen fører til mindre misforståelser og misnøye i vedtaks- og tildelingsprosesser. Økt involvering kan gjennomføres ved forbedret informasjon og/eller kommunikasjon om de ulike tjenestetilbudene i kommunen i tillegg til eventuell involvering i selve saksvurderingen. Bedre kunnskap og mer innsikt vil også gi positive ringvirkninger når ansatte i kommunens tjenester snakker med pasienter og pårørende, som da vil få et mer korrekt og helhetlig bilde av hva de kan forvente fra kommunen.

4.3.5 Kommunen bør vurdere muligheter for økt fleksibilitet og bedre kommunikasjon med pasienter og pårørende i hjemmetjenestene

Ansatte i hjemmetjenesten forteller at det er utfordrende dersom pasientens pleiebehov endres raskt, eller dersom pasient eller pårørende venter for lenge med å søke om plass på sykehjem. Revisjonen har ikke grunnlag for å vurdere om løsningen som foreslås med egne korttidsplasser som disponeres av hjemmetjenesten, er hensiktsmessig. Vi vil likevel oppfordre kommunen til å undersøke hvordan det bedre kan tilrettelegges for denne pasientgruppen.

Pasientene har selv et eget ansvar for å søke om sykehjemsplass, med mindre de ikke er samtykkekompetente og ansvaret ligger hos pårørende. Pleie- og omsorgstjenestene er likevel svært ofte involvert i å utløse slike søknader, og pasienter og pårørende har tillit til rådene de mottar i tjenestene eller fra tildelingskontoret. Dersom pasienter og pårørende ikke har tilstrekkelig informasjon om kommunens tilbud, eller mottar denne på et sent tidspunkt, økes risikoen for unødige eller forsinkede søknader om sykehjemsplass. Kommunen bør derfor tilstrebe at pasienter og pårørende mottar god informasjon om helse- og omsorgstjenestene som tilbys i kommunen, hva som skal til for å kvalifisere for ulike tjenester og hvor lang tid som må regnes med fra søknadstidspunktet. På denne måten sikrer kommunen at pasientene og pårørende kan gjøre selvstendige, kunnskapsbaserte vurderinger om hvorvidt og når de skal søke sykehjemsplass.

4.4 KONKLUSJON

Det er revisjonens konklusjon at kommunen tildeler sykehjemsplass til de fleste innbyggerne i kommunen med slike behov, men at det er forbedringspotensial knyttet til tilbudet til pasienter med kognitiv svikt og tunge pleiebehov, kommunikasjon mellom tjenestene og informasjon til pårørende og pasienter.

Revisjonen mener videre at kommunen i stor grad gjør rimelige skjønnsmessige vurderinger av tildelingskriteriene for sykehjemsplass, men at kapasitetshensyn kan begrense kommunens mulighet til å ta disse vurderingene til følge.

5 TILBUDET TIL RETURNERTE PASIENTER FRA SYKEHUS

5.1 REVISJONSKRITERIER

For å vurdere om tilbudet til returnerte pasienter fra sykehus er tilfredsstillende er det er utledet følgende revisjonskriterier:

- Returnerte pasienter fra sykehus skal motta pleie- og omsorgstjenester i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven og kommunens kriterier for tildeling av tjenester.
- Tildeling og utførelse av pleie- og omsorgstjenester til returnerte pasienter fra sykehus skal være likeverdig som tildeling og utførelse av tjenester til andre pasienter i kommunehelsetjenesten.
- Tilbudet til returnerte pasienter fra sykehus skal være preget av stabilitet og kontinuitet, og pasientene går ikke unødig inn, ut og på tvers av ulike tilbud i kommunens pleie- og omsorgstjenester.

5.2 OBSERVASJONER OPP MOT REVISJONSKRITERIENE

I de følgende kapitlene ser revisjonen først nærmere på de intervjuedes overordnede inntrykk av kommunens tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus. Deretter går vi inn på noen utfordringer som trekkes frem i intervjuene, knyttet til re-innleggelser, mottakstidspunkt og samhandling med sykehusene.

5.2.1 Overordnet inntrykk av tilbudet til pasienter som returnerer fra sykehus

I intervjuene uttrykkes det at returnerte pasienter fra sykehuset i stor grad mottar pleie- og omsorgstjenester i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven og kommunens kriterier for tildeling. Selve tjenesten til returnerte pasienter fra sykehus uttrykkes også å i stor grad være tilsvarende som for andre pasienter i kommunehelsetjenesten. Videre omtaler de intervjuede behandlingsforløpet for de fleste returnerte pasientene fra sykehus som stabilt, og at eventuelle overganger mellom kommunen og sykehus eller overganger på tvers av de ulike tjenestetilbudene i kommunehelsetjenesten, fremstår velbegrunnede og nødvendige.

Samtidig uttrykker flere at kommunens tilbud til returnerte pasienter fra sykehus ofte ikke er godt nok på grunn av utfordringene som nevnes nedenfor.

5.2.2 Re-innleggelser på sykehus

Til tross for at de fleste overføringer av pasienter mellom kommunens tjenester omtales som hensiktsmessige, uttrykkes det at flere pasienter i kommunen er svingdørspasienter, dvs. pasienter med snarlig re-innleggelse etter opphold på sykehus. Årsakene til at flere pasienter sendes inn og ut av sykehus, omtales som sammensatt. De intervjuede trekker særlig frem endringer i pasientenes sykdomsforløp, pasientenes egne ønsker, kapasitetsutfordringer i tjenestene og/eller pasientenes helsetilstand ved utskrivelse.

Endringer i sykdomsforløp og pasientenes egne ønsker

Personene vi intervjuet trekker frem raske endringer i behov som en naturlig årsak til hyppig flytting mellom kommunens helsetjenester. I slike tilfeller er sykdomsbildet til pasientene raskt omskiftende, slik at behovet for pleie- og omsorgstjenester naturlig nok medfører at de jevnlig flyttes inn og ut av sykehus eller mellom kommunens tjenester.

I intervjuene trekkes det frem at flere pasienter har et ønske om å være hjemme, men at pleie- og omsorgsbehovet deres ikke alltid tillater dette. Når pleiebehovet blir stort nok, overflyttes slike pasienter til tjenester med høyere omsorgsnivå. Noen pasienter kan få forbedret helsetilstand etter slik overflytting, og forbedringen kan føre til at de ønsker seg hjem igjen. Etter en tid hjemme øker gjerne behovet for pleie- og omsorgstjenester, som igjen fører til behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå.

Kapasitetsutfordringer i tjenestene

Samtidig kommer det frem i intervjuene at for lav kapasitet i kommunehelsetjenesten tidvis medfører at utskrevne pasienter må sendes tilbake til sykehus kort tid etter at pasientene har blitt skrevet ut. Dette knytter seg blant annet til at enkelte pasienter har behov for korttidsopphold etter endt sykehusopphold. Dersom kommunen da ikke har kapasitet i korttidsavdelingene til å ta imot pasienten, kan pasienten sendes hjem med hjemmesykepleie selv om pasienten vurderes å ha behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå. En av årsakene til knapphet på korttidsplasser sies å være at plassene opptas av pasienter som venter på tildelt langtidsplass.

Mange returnerte pasienter fra sykehus har behov for ergo- og fysioterapitjenester eller andre rehabiliteringstjenester. Flere intervjuede mener videre at kommunen burde ha langt flere rehabiliteringsplasser for å gi pasienter som returnerer fra sykehus, nødvendige pleie- og omsorgstjenester. Kommunens kapasitet og kompetanse knyttet til rehabilitering uttrykkes å være for lav til å kunne yte et tilbud i tråd med slike pasienters behov, både på grunn av lav kapasitet på rehabiliteringsplasser og behov for økt dekning av ergo- og fysioterapitjenester. Som følge av for lav kapasitet i disse tjenestene i kommunen, uttrykkes det i intervjuene at det i mange tilfeller enten tar lang tid før pasientene får tilbud om slike tjenester, eller at den tildelte tiden til slike tjenester for disse pasientene er for lav til å dekke deres behov. Ergo- og fysioterapitjenesten i kommunen uttrykker også selv at de har utfordringer med kapasiteten og lange ventelister. Flere av rehabiliteringsaktivitetene som gjennomføres av ergo- og fysioterapeuter, gjennomføres av annet helsepersonell etter opplæring, men flere av de intervjuede uttrykker at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientenes rehabiliteringsbehov.

I intervjuene trekkes det frem av flere i kommunens pleie- og omsorgstjenester at den for lave kapasiteten i kommunens fysio- og ergoterapitjenester fører til kommunen ikke yter nødvendige helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for fysio- og ergoterapitjenester, slik kommunen har plikt til etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Videre forteller de intervjuede at kapasitetsutfordringene i ergo- og fysioterapitjenesten medfører utfordringer knyttet til å tilrettelegge med hjelpemidler for returnerte pasienter fra sykehus. Dette gjelder både utfordringer med å kartlegge hver enkelt pasients behov for hjelpemidler, og at det ofte tar lang tid å få hjelpemidler på plass. Samtidig er det behov for opplæring for noen typer hjelpemidler, som kan ta lang tid å få gjennomført. En konsekvens av dette er at kommunen i noen tilfeller må gi beskjed til sykehusene om at utskrivninger må forsinkes i påvente av at hjelpemidler skal leveres, installeres eller gis opplæring i.

Helsetilstand ved utskrivelse

Det påpekes av flere at en av de viktigste årsakene til hyppige inn- og utsendelser fra sykehus er at kommunehelsetjenesten mener noen pasienter skrives ut for tidlig. Det manglende samsvaret mellom hva kommunen kan levere og pasientens behov for pleie- og omsorgstjenester, medfører at kommunen tidvis må sende pasienter tilbake til sykehus innen kort tid etter at de opprinnelig ble utskrevet fra sykehus.

Det inngår ikke i revisjonen å vurdere sykehusenes praksis for utskrivelse.

5.2.3 Mottakstidspunkt fra sykehus

Flere av de intervjuede fremhever mottakstidspunkt som den viktigste utfordringen knyttet til å sikre returnerte pasienter fra sykehus et likeverdig tjenestetilbud som andre pasienter. Det omtales som en stor utfordring at pasienter som skrives ut fra sykehus ofte mottas av kommunehelsetjenesten på kvelder og i helger. Både sykehus og kommunale helsetjenester har normalt lavere bemanning da.

Hjemmetjenesten

Utfordringen er særlig stor i hjemmetjenesten, hvor flere forteller at det variable omfanget av og tidspunktet for utskriving av pasienter er utfordrende fordi de allerede er presset på kapasitet. I intervjuene oppgis det at tjenesten gjerne ikke får beskjed før samme dag om hvor mange pasienter de skal motta og yte tjenester til, og at det ofte ikke er tilstrekkelig bemanning til å ta imot alle i henhold til prosedyren. Ved mottak av returnerte pasienter fra sykehus sier hjemmetjenesten at den ofte må gjennomføre en forkortet innkomstsamtale, gi pasienten kun de aller mest nødvendige tjenestene og avvente kartlegging av pasientens behov og resten av innkomstprosedyrene til en senere dag. For pasienter som mottas på fredag ettermiddag/kveld, innebærer dette at pasienter ofte må vente til påfølgende mandag før pasientens behov kartlegges.

På bakgrunn av dette understrekes det i intervjuene et behov for flere ansatte i hjemmetjenesten på kvelds- og helgevakter. Dette kan bidra til forbedret håndtering i perioder med forhøyet belastning på tjenesten som følge av 'bølger' med returnerte pasienter fra sykehus. Det vil også kunne bidra til at kommunen sikrer tilstrekkelig gode tjenester til samtlige pasienter.

Sykehjem

Også de på sykehjemmene uttrykker at mottakstidspunktet for pasienter gjerne er når deres kapasitet er på sitt laveste. Dette forklares av at sykehusene ønsker å skrive ut pasienter før helgen, siden de også har lavere bemanning da. Utskrivningstidspunktet oppgis å tidvis gjøre det utfordrende å yte tilstrekkelig gode tjenester til returnerte pasienter fra sykehus. Særlig er det utfordrende med hensyn til at sykepleier- og legedekningen er lav på kvelder og i helger. Når pasienter mottas på kvelder, hender det derfor at sykehjemmene kun har kapasitet til å sørge for mottak og mat, mens medisiner, kartlegging og forberedelser må avvente til neste dag.

Samtidig uttrykkes det at sykehjemmene ikke nødvendigvis har legedekning i helgene. Når pasienter mottas fredag kveld eller i løpet av helgen, kan sykehjemmene i slike tilfeller ikke yte legetilsyn og legetjenester til pasientene før neste ukedag. Dette er utfordrende med hensyn til å yte likeverdige og gode tjenester til pasienter som returnerer fra sykehus sammenlignet med andre pasienter i kommunens sykehjem.

Utfordringene gjelder særlig for korttidsopphold, men nevnes også for langtidsopphold.

5.2.4 Samhandling med sykehus

På spørsmål om konkrete utfordringer med tilbudet til returnerte pasienter, trekker flere intervjuede frem sykehusenes håndtering av utskrivningsprosesser. I tillegg til ovenfornevnte utfordringer knyttet til mottakstidspunkt og helsetilstand ved utskrivelse, trekkes det frem eksempler på utfordringer knyttet til varslings- og informasjonspraksis, vurderinger av behovstilpasset tilbud og egnethet av eget hjem, kunnskap om kommunens helse- og omsorgstilbud med mer. Vurdering av sykehusenes praksis er ikke en del av denne revisjonen.

5.3 VÅR VURDERING ER AT TILBUDET TIL RETURNERTE PASIENTER FRA SYKEHUS I STOR GRAD ER TILFREDSSTILLENDE, MEN DET ER FORBEDRINGSMULIGHETER

5.3.1 Returnerte pasienter fra sykehus mottar i stor grad tilfredsstillende pleie- og omsorgstjenester

Basert på intervjuene er revisjonens vurdering at de aller fleste returnerte pasienter fra sykehus mottar pleie- og omsorgstjenester i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven og kommunens kriterier for tildeling av tjenester. Utførelsen av pleie- og omsorgstjenester til returnerte pasienter fra sykehus vurderes å være av tilsvarende kvalitet tilsvarende som for andre pasienter i kommunehelsetjenesten. Videre omtales behandlingsforløpet for de fleste returnerte pasientene fra sykehus som stabilt, og det opplyses at de fleste overganger mellom kommunen og sykehus eller overganger på tvers av de ulike tjenestetilbudene i kommunehelsetjenesten er hensiktsmessige.

Revisjonens vurdering er at selv om kommunen ikke har en stor utfordring med at pasienter sendes inn og ut av sykehus, er det flere tilfeller av re-innleggelser enn det som er ønskelig. Vi presiserer at det er mange faktorer som påvirker dette temaet, og at våre vurderinger nedenfor bygger på innspill fra intervjuede fagpersoner om problemstillingen.

5.3.2 Kommunen bør redusere kapasitetsutfordringene i enkelte tjenester for å redusere antall re-innleggelser

Endringer i pasientenes sykdomsforløp og at pasientene eller pårørende har andre preferanser enn kommunens anbefalinger, er naturlig og vil forekomme uavhengig av kommunen. Kommunens rolle blir da å planlegge for og tilrettelegge for å kunne tilpasse tilbudet til personer med raskt skiftende behov. Dette vil særlig være en utfordring dersom kapasitetshensyn medfører lange ventelister for ulike tjenester.

Behovet for økt kapasitet vurderes særlig trykkende innenfor rehabilitering, inkludert ergo- og fysioterapi. Her mener revisjonen at kommunen bør øke kapasiteten for å kunne tilby kommunens innbyggere nødvendige helsetilbud i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Selv om kapasiteten økes, vil det trolig fremdeles være behov for ventelister og prioritering av pasienter. Det bør legges til rette for at pasienter som ikke får tilbud, eller som må vente lenge, får annen bistand. Dette gjelder særlig for pasientgruppen av eldre pasienter som sjeldent vil få prioritet når mangelen på ergo- og fysioterapeuter er høy. For disse pasientene kan det være mer hensiktsmessig med god opplæring av ansatte i omsorgsboliger og på sykehjem, enn at hjelpen utsettes eller utgår. Revisjonen anbefaler dialog mellom tildelingskontoret og de aktuelle tjenesteområdene for å finne en god løsning som sikrer at pasienter som returnerer fra sykehus, får tilstrekkelig oppfølging.

Gjennom intervjuene med ansatte i helsetjenesten får revisjonen inntrykk av at alle tjenestene til tider har kapasitetsutfordringer. Kapasitetsutfordringer i én tjeneste, får deretter ringvirkninger til andre tjenester som må ivareta pasienter som ideelt sett skulle mottatt en annen tjeneste. Dette er særlig en utfordring for pasienter med raskt skiftende behov, både av helsemessige og økonomiske årsaker. Samtidig er det av økonomiske hensyn heller ikke hensiktsmessig å ha overkapasitet i tjenestene, og det kan være andre løsninger på kapasitetsutfordringer enn å øke bemanningen. I flere tilfeller kan for eksempel tiltak som medfører økt kvalitet i tjenestene, herunder bedre effektivitet og samhandling, redusere kapasitetsutfordringer.

Uten konkrete analyser av antall pasienter på ventelister, ventetiden for hver enkelt tjeneste og eventuell overkapasitet i perioder, er det vanskelig å si noe konkret om størrelsen på behovet og innenfor hvilke tjenester som eventuelt har behov for økt kapasitet. Kommunen bør derfor gjøre nærmere undersøkelser i dialog med ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det kan være

vurdering av om det er rom for å øke kapasiteten i enkelte tjenester, eller om kapasitetsutfordringene skal løses gjennom andre tiltak.

5.3.3 Kommunen bør styrke samhandlingen med sykehusene i overføringsprosesser

Vurdering av sykehusenes praksis er ikke en del av denne revisjonen, og ansatte på sykehusene har ikke fått mulighet til å uttale seg rundt problemstillingene som nevnes av de intervjuede. Vi har ikke informasjon om hvorvidt utfordringene er kommunisert verken oppover i egen organisasjon eller til sykehusene. Vi har heller ikke informasjon om hvilke utfordringer ansatte på sykehusene har med overføring av pasienter til kommunens tjenester, eller om det pågår prosesser for å forbedre samhandlingen. Det er likevel klart for revisjonen at samhandlingen med sykehusene har påvirkning på tjenestene til returnerte pasienter fra sykehus.

Vår vurdering er derfor at kommunen bør forbedre samhandlingen med sykehusene. Dette omfatter dialog rundt utfordringene og mulige løsninger, opplæring i felles beste praksis både for sykehus og de kommunale tjenestene med hensyn til informasjon og varslingstidspunkt samt styrket informasjon knyttet til muligheter og utfordringer for de ulike tjenestene. Selv om kommunen kanskje ikke har direkte påvirkning på sykehusenes håndtering, vil begge tjenestetilbydere ha fordel av et bedre samarbeid med mer effektiv kommunikasjon.

For lav bemanning i forbindelse med mottak av pasienter som returnerer fra sykehus, er også en sentral utfordring. Dersom det ikke er mulig å påvirke mottakstidspunktene eller sørge for varsel i god tid, er revisjonens vurdering at kommunen bør gå i dialog med hjemmetjenesten og sykehjemmene for å finne en bedre løsning for å sikre at bemanningsplanene reflekterer behovet for å ta godt imot de aktuelle pasientene.

5.4 KONKLUSJON

De aller fleste returnerte pasientene fra sykehus mottar i stor grad pleie- og omsorgstjenester i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven, og de aller fleste returnerte pasientene fra sykehus mottar likeverdig tildeling og utøvelse av tjenester som andre pasienter. Tilbudet til returnerte pasienter fra sykehus er også for de fleste pasientene preget av tilfredsstillende grad av stabilitet og kontinuitet, men det er forbedringsmuligheter som kan redusere antall re-innleggelser og belastningen stadige overflyttinger mellom tjenester påfører disse pasientene.

6 KOMMUNENS PRAKSIS FOR OMSORGSSTØNAD

6.1 REVISJONSKRITERIER

For å vurdere om kommunens praksis for omsorgsstønad er hensiktsmessig, er det utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunens praksis for tildeling av omsorgsstønad skal være i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven.
- Pårørende som antas å kunne kvalifisere for omsorgsstønad, skal motta tilstrekkelig informasjon om tilbudet.
- Kommunen skal ha gjort tilgjengelig informasjon om omsorgsstønad for kommunens innbyggere.

6.2 OBSERVASJONER OPP MOT REVISJONSKRITERIENE

6.2.1 Praksis for tildeling av omsorgsstønad

Tabellen under viser antall personer som har mottatt omsorgsstønad.

Mottakere av omsorgsstønad	2019	2020	2021
Antall	294	290	290

Tabell 5: Antall mottakere av omsorgsstønad i Bærum kommune fra 2019 til 2021. (Kilde: Bærum kommune, Årsrapport 2020 og Årsrapport 2021)

Tabellen viser at antall mottakere av omsorgsstønad er stabilt i perioden, og uendret 2020-2021.

I henhold til statistikk fra SSB¹¹ har kommunen et noe lavere antall mottakere av omsorgsstønad enn oppgitt i kommunens årsrapport.¹² I henhold til SSBs statistikk har kommunen henholdsvis 271, 254 og 259 mottakere i 2019, 2020 og 2021. Tabellen under viser hvordan mottakere fordeler seg på ulike aldersgrupper ifølge SSBs statistikk.

Aldersgrupper	Antall personer som har mottatt omsorgsstønad		
	2019	2020	2021
0-17	111	105	95
18-49	77	75	85
50-66	34	28	38
67 år eller eldre	49	46	41
Sum	271	254	259

Tabell 6: Antall brukere av omsorgsstønad, fordelt etter alder. (Kilde: SSB)

¹¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/10138/tableViewLayout1/>

¹² Revisjonen har ikke informasjon om ulikhetene mellom statistikken fra SSB og kommunen.

Tabellen viser at de fleste som mottar omsorgsstønad i Bærum kommune er under 50 år, og at antall personer over 67 år som mottar omsorgsstønad, har gått ned fra 2019 til 2021.

I intervju med ansatte på tildelingskontoret opplyses det at mange mottakere av omsorgsstønad er pårørende for funksjonshemmede barn, men at også flere pårørende med norskutfordringer kan få omsorgsstønad heller enn hjemmesykepleie. For eldre ektefeller uten norskutfordringer, anbefales heller avlastning enn omsorgsstønad.

6.2.2 Måltrettet informasjon til pårørende

Ansatte på tildelingskontoret forteller at det er informasjon på kommunens nettsider, og at det informeres om ordningen gjennom NAV, men at kommunen ikke aktivt går inn for å informere målgruppen ut over dette. Samtidig poengteres det at omsorgsstønad ikke vurderes til å være en veldig god løsning sett opp mot andre tjenestetilbud. Det trekkes likevel frem at pårørende som bor hjemme og tar vare på sine ektefeller, kanskje ikke er godt nok informert om muligheter for omsorgsstønad.

6.2.3 Tilgjengeliggjøring av informasjon på kommunens nettsider

På kommunens nettsider under «Søk helse- og omsorgstjenester» kan det søkes om 17 ulike tjenester, herunder dagaktivitetssenter, hjemmesykepleie, omsorgsboliger for eldre, rehabiliteringsopphold på sykehjem, sykehjemsplass og omsorgsstønad. Under de fleste av tjenestene er det egen omtale og/eller lenke til mer informasjon. Dette har to unntak: omsorgsstønad og rehabiliteringsopphold i Altea (Spania). For førstnevnte lenkes det bare til søknadsskjema, og for sistnevnte lenkes det også til mal for legeerklæring. Det gis ikke annen informasjon om tilbudet eller om hvilke personer tjenestene er aktuelle for.

Søknadsskjemaet som benyttes for å søke om omsorgsstønad i kommunen, er det samme skjemaet som benyttes for å søke om tjenester i hjemmet, opphold i institusjon eller omsorgsbolig. I søknadsskjemaet er det definert at det er omsorgsyter som søker om støtte, og at rollen defineres ut ifra omsorgstrengende med nedsatt funksjon på grunn av en sykdom eller skade er avhengig av en omsorgsyter for å fortsatt kunne mestre hverdagen. Deretter bes søker fylle ut informasjon om nåværende eller tidligere helsetjenester, samt å beskrive bakgrunn for søknaden.

Alle seks kommuner som grenser til Bærum kommune, har gjort tilgjengelig mer informasjon om omsorgsstønad. Oslo kommune opplyser eksempelvis om hva omsorgsstønad er, hva man skal tenke over før man søker, krav til søker, hvordan man søker, søknadsfrist og klage på vedtak eller tjeneste. Asker kommune, Hole kommune, Ringerike kommune og Nesodden kommune har lignende informasjon på sine nettsider. Lier kommune har tilsvarende informasjon på sin nettside som Bærum kommune, men informerer noe mer om omsorgsstønad i søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester.

6.3 VÅR VURDERING ER AT KOMMUNENS PRAKSIS FOR TILDELING AV OMSORGSSTØNAD ER I TRÅD MED LOVEN, MEN AT PÅRØRENDE BØR GIS BEDRE INFORMASJON OM ORDNINGEN

6.3.1 Kommunens praksis for tildeling av omsorgsstønad er i tråd med lovverket

Kommunen må tilby en ordning for omsorgsstønad, men det er ikke lovkrav knyttet til praktisering av ordningen. Hver kommune står fritt til å vurdere hvilke helse- og omsorgstjenester som er mest hensiktsmessig for personer med særlig tyngende omsorgsarbeid: opplæring og veiledning, avlastningstiltak eller omsorgsstønad. Revisjonens vurdering er at kommunen generelt foretrekker å tilby andre helse- og omsorgstjenester enn omsorgsstønad der

det lar seg gjøre. I tilfeller hvor pårørende eller pasienter ikke ønsker tjenestene som tilbys, eksempelvis på grunn av språkutfordringer, tilbys omsorgsstønad. Vår vurdering er at kommunens praksis er i tråd med lovverket.

6.3.2 Kommunen bør gjøre informasjon om omsorgsstønad på sine nettsider lettere tilgjengelig

Sammenlignet med nabokommunene har Bærum kommune lite tilgjengelig informasjon om omsorgsstønad på sine nettsider. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har brukere rett til å få den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Det er kommunens ansvar å sørge for at det gis slik informasjon.¹³

Vår vurdering er at kommunen gir lite informasjon på sine nettsider, og at det er enkelt å øke kvaliteten på informasjonen om omsorgsstønad. Vi har forståelse for at omsorgsstønad kan være en ressurskrevende løsning, og at det ofte finnes mer hensiktsmessige løsninger. Til tross for dette mener vi at kommunen bør opplyse bedre om muligheten for omsorgsstønad og hvilke krav som stilles til pårørende som skal motta stønad, slik at målgruppen gis bedre grunnlag for å vurdere om de bør søke.

6.4 KONKLUSJON

I all hovedsak praktiseres omsorgsstønad på en hensiktsmessig måte i Bærum kommune. Praksisen er innenfor regelverket og baserer seg på faglige vurderinger av hva som er hensiktsmessig for hver enkelt pasient og pårørende.

Samtidig kan kommunen forbedre informasjon til innbyggerne om hvordan ordningen fungerer, hvem som kvalifiserer og hvilke krav som stilles til pårørende som mottar omsorgsstønad. Forbedret informasjon er også hensiktsmessig for de andre helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

7 HØRINGSSVAR

Et rapportutkast har vært på høring hos administrasjonen i Bærum kommune. Høringssvaret gjengis under. Revisjonen har ikke valgt å knytte egne kommentarer til høringssvaret.

¹³ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §4-2a. Om informasjon. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§4-2a>



BDO AS
Postboks 1704 Vika
0121 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
22/19143/22/185420/SOP

Dato:
30.09.2022

Forvaltningsrevisjonsrapport Helsehjelp for dem som vurderes for sykehjemsplass

Kommunedirektørens høringssvar

Kommunedirektøren vil takke for fylldig og utdypende rapport, og tar til etterretning at revisjonen ikke har funnet forhold som er i strid med lover og retningslinjer som regulerer området for revisjonens tema; «Helsehjelp for dem som vurderes for sykehjemsplass». Dette bekrefter at kommunens tjenester til de som har store behov for helse- og omsorgstjenester, i all hovedsak er av tilfredsstillende kvalitet og i samsvar med behovet og vedtatte kriterier for tildeling av tjenester.

Forbedringspunktene som rapporten omtaler er i stor grad gjenkjennelige utfordringer som kommunen har identifisert gjennom risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det foreligger arbeidsprosesser og tiltaksplaner, pågående eller planlagte, innenfor flere av områdene som punktene berører og disse vil kommenteres nærmere i det følgende.

Ad 1. Kommunen bør arbeide for å styrke tilbudet til pasienter med kognitiv svikt

Forekomsten av demens i samfunnet er stigende – i takt med det økende antallet eldre i befolkningen. Kommunen har igangsatt en rekke tiltak for å styrke innsatsen rettet mot de som rammes og deres pårørende. Det er behov for å styrke tilbud og tiltak på alle stadier i sykdomsutviklingen, både forebyggende innsats, pårørendeavlastning, dagaktivitetstilbud og økt kompetanse i samfunnet som helhet.

Der behovet må ivaretas på høyt omsorgsnivå, er både fysiske omgivelser og kompetanse av stor betydning for å gi gode tjenester til denne brukergruppen. Gjennom prosjektet LØFT har kommunen omstrukturert sykehjemstilbudet, med mål om å samle kompetansemiljøene for de ulike pasientgruppene. Kommunedirektøren ser likevel grunn til å understreke at 80% av pasienter med heldøgns omsorgstilbud har en kognitiv svikt. Dette tilsier at det alltid vil være pasienter med kognitiv svikt i avdelinger som ikke er tilrettelagt på nivå med Carpe Diem, men der behovet for heldøgns omsorg likevel kan ivaretas på en forsvarlig måte i andre sykehjem eller omsorgsboliger.

Postadresse:
Postkasse 700
1304 SANDVIKA
E-post: post@baerum.kommune.no

Besøksadresse:
Rådhusetorget

Org. nr: 974553279
Bank:
Telefon:
Faks:

KLART SPRÅK?
Hjelp oss å bli bedre:
klartsprak@baerum.kommune.no

For et knapt år siden åpnet Bærum kommune demenslandsbyen Carpe Diem. Landsbyen utvikles i dag til å bli et kompetansesenter for fagområdet, samt et samlingspunkt for mennesker i alle deler av sykdomsforløpet, deres pårørende - og ikke minst fagpersonell. Dette gir et løft for innbyggere i kommunen som selv har, eller har relasjon til en person med, kognitiv svikt. Som et ledd i dette vil kompetansen og tjenestene knyttet til fagområdet samles på Carpe Diem. Dette gjelder rådgiverressursen på fagområdet, som er vedtatt styrket, samt avlastningstjenesten for pårørende til personer med kognitiv svikt. Arbeidet skjer i tett samarbeid med tildelingskontoret, og vil følges opp med vurdering av tildelingskriteriene og vedtak om tildeling, basert på erfaringene med driften av Carpe Diem.

Ad 2. Tjenestene bør tilrettelegges for å imøtekomme en pasientgruppe som er sykere enn før

Kommunedirektøren ser grunn til å understreke at omsorgsbolig er et begrep som knyttes til en tilskuddsordning fra Husbanken, men uten spesifikasjoner som definerer boligen i særlig grad. Det gjør at det i dag er mange ulike boliger i norske kommuner som defineres som omsorgsboliger, men hvor både målgruppe, utforming, bemanning mm varierer i stor grad. Mange av disse ble tidligere betegnet som «bolig med service» i Bærum kommune. Felles for boligene er likevel at de har livsløps-standard, og er per definisjon eget hjem. Noen av boligene kan derfor ha beboere som flyttet inn med en helsetilstand eller funksjonsnivå som senere har forverret seg, eller at behovet på annen måte er endret. Boligen er privat bolig der det betales husleie, og man har rett til å få støtte og hjelpeordninger på lik linje med andre hjemmeboende. Det er den enkelte som selv må søke om å få tildelt omsorgsbolig.

I Bærum kommune er alle omsorgsboligene bemannet 24/7 og beboerne får vedtak om tjenester i hjemmet etter en konkret og individuell vurdering. I tillegg til helse- og omsorgstjenester tildelt ved vedtak, har omsorgsboligene aktivitetstilbud der ulike sosiale og kulturelle aktiviteter tilbys.

Mange av beboerne i omsorgsbolig har stor helsesvikt og behov for tett oppfølging av lege. Det er, som for andre hjemmeboende, fastlege som skal benyttes, men det er en pågående vurdering om det kan tilbys en ordning der sykehjemslege kan benyttes for de som bor i nærheten av sykehjem og ønsker det.

Kompetanse- og bemanningsbehov i omsorgsboligene vil variere, både mellom boligene og over tid, avhengig av beboernes behov. Å sikre rett kompetanse og riktig bemanning i tjenestene er et kontinuerlig arbeid. Det er også et arbeid å gjøre knyttet til å skape felles forståelse og omforent holdning til det vedtatte målet om å få bo lengst mulig hjemme.

Revisjonen oppgir at det fremstår uklart hvordan tjenestetilbudene på de høyeste omsorgsnivåene henger sammen. Kommunedirektøren vil følge opp dette i et større arbeid med en ny temaplan, hvor også en videreutvikling av en illustrerende «trapp» inngår. Det er viktig å presisere at retten til et forsvarlig hjelpetilbud er uavhengig av om hjelpen gis i opprinnelig bolig, omsorgsbolig eller i sykehjem.

Ad 3. Tildelingskontoret og de direkte pleie- og omsorgstjenestene bør etablere et tettere samarbeid i vedtaks- og tildelingsprosesser

Kommunedirektøren har satt dette på agendaen gjennom et prosjekt i Tildelingsenheten, som ser på organisering, samhandling og kompetansebehov. Arbeidet omhandler både kvalitetsarbeidet i enheten, og samspillet og rutiner knyttet til utfører-virksomhetene.

Prosjektet inneholder blant annet et punkt om å styrke samhandling mellom bestiller og utfører-tjenestene.

Prosjektet baserer seg på et bredt innsiktsarbeid, blant annet gjennom PLO2024, der et av utfordringsområdene er å bedre samarbeidet mellom Tildelingsenheten og utfører-tjenestene, og kunnskapsgrunnlaget i revisjonsrapporten vil også tas med i det videre arbeidet.

Ad 4. Kommunen bør vurdere muligheter for økt fleksibilitet og bedre kommunikasjon med pasienter og pårørende i hjemmetjenestene

Kommunedirektøren vil understreke at pasienters pleiebehov kan endres raskt, og at en effektiv hjemmetjeneste ref. punktet over, vil være fleksibel til å sette inn mer bistand når det trengs, og gi råd og veiledning om ulike tilbud og tjenester som finnes. Gjennom det nevnte prosjektet i Tildelingsenheten vil samspillet – både mellom bestiller, utfører-tjenestene og pasienter/pårørende, også bli aktualisert.

Ad 5. Kommunen bør redusere kapasitetsutfordringene i enkelte tjenester for å redusere antall re-innleggelser

Ad 6. Kommunen bør styrke samhandlingen med sykehusene i overføringsprosesser

Punktene handler begge om samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og er naturlig å kommentere samlet. Siden Samhandlingsformen har sykehus og kommuner hatt særskilte avtaler for samarbeid om utskrivningsklare pasienter, og et strukturert samarbeid om overgangene mellom tjenestene. Det er et kontinuerlig arbeid å følge opp samarbeidsrutinene i det stadig økende trykket på tjenestene i kommunene som følge av kortere behandlingstid og økt poliklinisk virksomhet i sykehusene.

Nasjonal helse- og sykehusplan har Helsefelleskap som modell for å styrke samhandlingen og skape et mest mulig likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, blant annet innen gruppen eldre. Bærum kommune har søkelys på å bedre samhandlingen, blant annet ved at et sykehusteam fra Tildelingsenheten er til stede på sykehuset 4 dager hver uke for å vurdere, samhandle og koordinere mellom tjenestene, sykehuset og inneliggende pasienter og deres pårørende. Re-innleggelser er vanlig for visse brukergrupper med kroniske sykdommer, som for eksempel kols og hjertesvikt, og vedvarende og stor helsesvikt, og årsakene er sammensatte. Disse pasientene trenger å ivaretas spesielt under overgangene, og dette er et spørsmål om kvalitet i og under selve samhandlingen og pasientforløpene, og ikke kun kapasitet. Kommunedirektøren vil benytte jevnlig møter mellom kommunens samhandlingskoordinator og sykehus til å løfte fram disse problemstillingene.

Tidspunkt for utskrivning er et kjent kritisk punkt fordi sykehusene har mange utskrivningsklare pasienter før helg og kommunen, på sin side, har behov for å kunne ta pasienter godt imot og sikre informasjon og riktige tiltak i en overføring. Dette er viktige samhandlingsutfordringer som både sykehus og kommune må bidra til å løse.

Det er det siste året etablert egne korttidssykehjem i kommunen. Disse institusjonene har nå endret navn til Helsehus. Gjennom denne omleggingen sikrer vi økt kompetanse og samhandlingsrutiner ved tettere og hyppigere kontakt med sykehuset om de mest sårbare pasientene.

I forbindelse med at Bærum kommune har som strategisk føring at hjemmet er førstevalget, skal tilbudet og tjenestene til hjemmeboende styrkes, og det opprettes to sentrale tverrfaglige

innsatsteam. Teamene vil bestå av helsefagarbeidere, sykepleiere og fysio- og ergoterapeuter. Innsatsteamet har en tverrfaglig arbeidsform der intensjonen er kartlegging og intensiv oppfølging av hjemmeboende pasienter over en kort periode.

Ad 7. Kommunen bør tilgjengeliggjøre bedre informasjon om omsorgsstønad på sine nettsider.

Kommunedirektøren tar til etterretning at ordningen omsorgsstønad i liten grad er omtalt på våre nettsider. Nettsidene vil bli gjennomgått for å forbedre informasjonen om denne ordningen.

Med hilsen

Geir B. Aga
kommunedirektør

Siri Opheim
controller

Dokumentet er elektronisk godkjent og trenger derfor ikke signatur

Kopi til:
Liv Blom-Stokstad
Viken Kontrollutvalgssekretariat Iks

8 VEDLEGG

8.1 BAKGRUNN FOR REVISJONSKRITERIENE

8.1.1 Utviklingen i kommunens pleie- og omsorgstjenester

Det er ikke satt egne revisjonskriterier for denne problemstillingen.

8.1.2 Kommunens bruk av kriteriene for tildeling av sykehjemsplass

Etter forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, kriterier for tildeling og venteliste for Bærum kommune¹⁴ er langtidsopphold i sykehjem et tilbud til pasienter med varig behov for helse- og omsorgstjenester som er så omfattende at opphold i sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten forsvarlige tjenester. Langtidsopphold i sykehjem skal tildeles først når alle andre hjelpetiltak er utprøvd eller vurdert og funnet å ikke kunne gi et forsvarlig tilbud til pasienten.

Kommunen skal kartlegge pasientens helsetilstand og behov for omsorgstjenester, og på bakgrunn av dette vurdere risikoen ved fortsatt opphold i pasientens eget hjem. Ved vurderingen av behovet til pasienten skal det blant annet legges vekt på følgende kriterier:

- manglende evne til å ivareta vesentlige sider av egen omsorg
- betydelig funksjonssvikt, fysisk eller psykisk, som krever rask tilgjengelighet av sykepleie- eller legetjenester
- alvorlig grad av demens
- angst og forvirring i en grad som virker invalidiserende
- behov for medisinsk utstyr som krever tilstedeværelse av helsepersonell
- boligens egnethet, mulighet for tilpasninger
- omfanget av pårørendes omsorgsoppgaver

I henhold til forskriften er kriteriene for tildeling av langtidsopphold i sykehjem skjønnspregede og ikke uttømmende. Oppfyllelse av ett kriterium behøver ikke være avgjørende alene for hvorvidt pasienten tildeles sykehjemsplass, men kan i kombinasjon med oppfyllelse av andre kriterier utløse tilbud om langtidsopphold til pasienten. Hvis kriteriene oppfylles, skal pasientene tildeles plass innen tre måneder.¹⁵

Ved søknad om langtidsopphold i sykehjem skal følgende dokumentasjon foreligge:¹⁶

- egensøknad, eller søknad på vegne av pasient fra nærmeste pårørende, verge eller fullmektig
- nødvendige og oppdaterte helseopplysninger (ikke eldre enn en måned)
- dokumentasjon fra hjemmesykepleie eller andre aktuelle tjenesteytere

8.1.3 Tilbudet til returnerte pasienter fra sykehus

Etter helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, skal pasienter som har behov for pleie- og omsorgstjenester når de returnerer fra sykehus, motta dette av kommunehelsetjenesten.

Når en pasient legges inn på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesten, skal helsepersonellet på helseinstitusjonen i henhold til forskrift om kommunal betaling for

¹⁴ Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, kriterier for tildeling og venteliste, Bærum kommune, Akershus

¹⁵ Bærum kommune. Langtidsopphold i sykehjem. Hentet fra: <https://www.baerum.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/sykehjem-og-omsorgsboliger/langtidsopphold-i-sykehjem/>

¹⁶ Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, kriterier for tildeling og venteliste, Bærum kommune, Akershus

utskrivningsklare pasienter gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra oppholdet. Vurderingen skal innebære en vurdering av om pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen.

Dersom vurderingen tilsier at pasienten kan ha behov for tjenester fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter utskrivning, skal helseinstitusjonen varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelse. Dersom vurderingen viser at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av oppholdet i institusjonen, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.

Hvis det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesten, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderinger av pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, skal kommunen i henhold til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter varsles så snart det lar seg gjøre.

Etter forskriften skal helseinstitusjonen omfattet av spesialisthelsetjenesteloven straks varsle kommunen når en pasient er definert som utskrivningsklar og har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal etter å ha mottatt varsel fra helseinstitusjonen omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, straks gi beskjed om kommunen kan motta pasienten. Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal kommunen varsle helseinstitusjonen om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Overføring av utskrivningsklar pasient kan foretas når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart.

I henhold til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging ved utskrivning fra helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven.

Kommunens tildelingspraksis av pleie- og omsorgstjenester skal være lik for alle innbyggere, uavhengig av om pasienten har behov for pleie- og omsorgstjenester i forbindelse med retur fra sykehus eller ikke.

Stortinget har gjennom reformen Leve hele livet uttrykt nasjonale ambisjoner om å redusere antall brudd og krevende overganger mellom tjenestetilbud i kommunene, og øke kontinuiteten og tryggheten i overgangene mellom de ulike tjenestenivåene innenfor pleie- og omsorgssektoren.¹⁷

Utover å redusere antall brudd og krevende overganger innad i kommunenes pleie- og omsorgstjenester, innebærer reformen et mål om å styrke overgangene mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. For å realisere dette målet legger reformen opp til at pasienter som returneres fra sykehus skal sikres god og sammenhengende behandling og oppfølging, og at det skal jobbes for å hindre uønskede reinnleggelser.¹⁸

8.1.4 Kommunens praksis for omsorgsstønad

Personer som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid og utfører oppgaver som kommunen ellers måtte ha utført, kan søke om omsorgsstønad. Retten til omsorgsstønad er ikke lovfestet, men kommunen er forpliktet til å tilby ordningen til sine innbyggere i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Kommunen er ansvarlig for å vurdere om omsorgsstønad er den mest

¹⁷ Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre.

¹⁸ Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre.

hensiktsmessige måten å tilby tjenester på i hvert enkelt tilfelle. Dette medfører at kommunen kan velge å utføre omsorgsoppgavene selv, fremfor å gi omsorgsstønad til private omsorgspersoner.¹⁹

8.2 METODE

8.2.1 Dokumentgjennomgang

Vi har mottatt og gjennomgått dokumentasjon knyttet til blant annet:

- Kommuneplanens handlingsdel: Budsjett og økonomiplan 2022-2025
- Kommunens årsrapport for 2019, 2020 og 2021
- KS, Virke og NHO Services veileder for beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester
- Oversikt over antall sykehjemsplasser per sykehjem fordelt etter plasstype

8.2.2 Intervjuer

Vi har gjennomført intervjuer med følgende tjenester:

- Capralhaugen omsorgsboliger
- Ergo- og fysioterapitjenesten
- Fastlegetjenesten
- Gamle Drammensvei omsorgsbolig
- Hjemmetjenesten distrikt Bekkestua
- Hjemmetjenesten distrikt Rykkinn
- Hjemmetjenesten distrikt Østerås
- Hospice og Stabekk sykehjem
- Kommunalsjef pleie og omsorg
- Lindelia sykehjem
- Lønnås sykehjem og rehabilitering
- Nordraaks vei sykehjem
- Solbakken sykehjem
- Solvik sykehjem
- Stabæktunet sykehjem
- Tildelingskontoret

Alle intervjuer er verifiserte. Dette betyr at den som er intervjuet har lest gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og hatt mulighet til å rette opp eventuelle misforståelser. Intervjuspørsmålene ble oversendt på forhånd.

Problemstillingene i revisjonen er komplekse, og få personer har innsikt i hele utfordringsbildet og/eller handlingsrommet for alle tjenestene og for kommunen. I noen tilfeller kan det være strid mellom ansattes ønske om endringer, pasientenes rettigheter og/eller kommunens målsettinger/prioriteringer. Mulige løsninger på utfordringer som belyses i rapporten, bør derfor undersøkes tverrfaglig for å sikre god forankring og valg av riktige prioriteringer fremover.

¹⁹ <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/omsorgsstonad>

8.2.3 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble sendt til alle ansatte innen kommunalområdet pleie og omsorg, basert på en e-postliste tilsendt fra Bærum kommune. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte verktøyet BDO Feedback.

Undersøkelsen ble sendt til totalt 3 103 personer. Dette inkluderer alle som har en aktiv arbeidskontrakt med Bærum kommune innenfor kommunalområdet pleie og omsorg pr. 28.04.2022. Av disse svarte totalt 313 personer på undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 10,1 %.

Innledningsvis i spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare «Ja» eller «Nei» på følgende spørsmål:

I undersøkelsen bruker vi begrepet «pasient» til å dekke en spesifikk pasientgruppe. Denne gruppen er eldre innbyggere som kan kvalifisere til sykehjemsplass. Pasientene kan på nåværende tidspunkt ha vedtak om sykehjemsplass, omsorgsbolig eller hjemmetjenester, eller de kan få behov for slikt vedtak i nær fremtid.

Jobber du med slike pasienter, enten direkte eller gjennom saksbehandling?

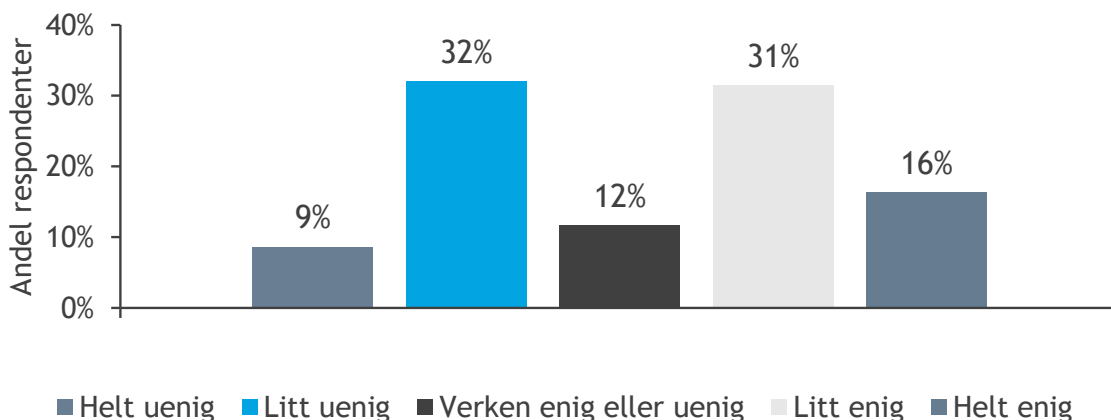
Bare de 206 respondentene som svarte «Ja» ble bedt om å svare på resterende spørsmål i undersøkelsen.

Siden svarprosenten på undersøkelsen er relativt lav, vil svarene ikke kunne anses som representative for hele utvalget. Eksempelvis vurderer vi risikoen for skjevt utvalg som høy. Det vil si at det er risiko for at mange av dem som har valgt å svare på spørreundersøkelsen, kan ha sterke meninger om saken, enten i positiv eller negativ retning. Dette kan føre til et potensielt nøytralt flertall ikke synliggjøres, og at de positive og/eller negative svarene får relativt stor påvirkning på resultatene. På grunn av denne risikoen ved lav svarprosent har vi valgt å ikke legge stor vekt på resultatene i våre vurderinger, men heller synliggjøre resultatene av spørreundersøkelsen i vedlegg for økt innsikt i problemstillingene.

8.3 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

8.3.1 «Det er tilstrekkelig kvalitet på helsetjenestene som tilbys til pasienter som returnerer fra sykehus.»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om det er tilstrekkelig kvalitet på helsetjenestene som tilbys til pasienter som returnerer fra sykehus. Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 1: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Det er tilstrekkelig kvalitet på helsetjenestene som tilbys til pasienter som returnerer fra sykehus.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at 41 prosent har svart «litt uenig» eller «helt uenig». 47 prosent har svart «litt enig» eller «helt enig». Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

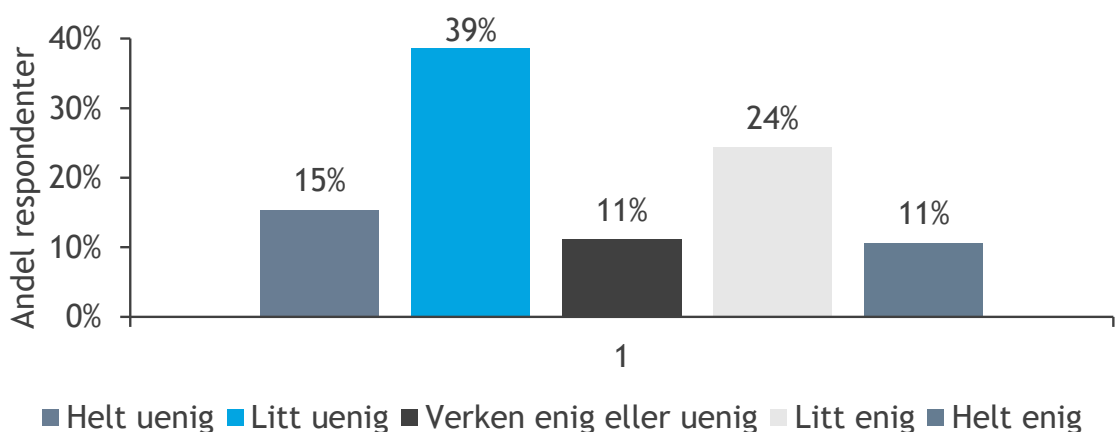
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	8 %	31 %	9 %	36 %	16 %
Omsorgsboliger	15 %	42 %	10 %	21 %	13 %
Hjemmetjenesten	5 %	27 %	22 %	24 %	22 %
Tildelingskontoret	6 %	22 %	6 %	50 %	17 %
Annet	0 %	20 %	20 %	40 %	20 %
Gjennomsnitt i utvalget	9 %	32 %	12 %	31 %	16 %

Tabell 7: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Det er tilstrekkelig kvalitet på helsetjenestene som tilbys til pasienter som returnerer fra sykehus.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Respondentene fra omsorgsboligene har den høyeste andelen av respondenter som svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden, med 57 prosent. Tildelingskontoret har den høyeste andelen som svarer «litt enig» eller «helt enig» på påstanden, med 67 prosent.

8.3.2 «Kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus.»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus. Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 2: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at over halvparten svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden. 35 prosent svarer «litt enig» eller «helt enig». Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter

tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

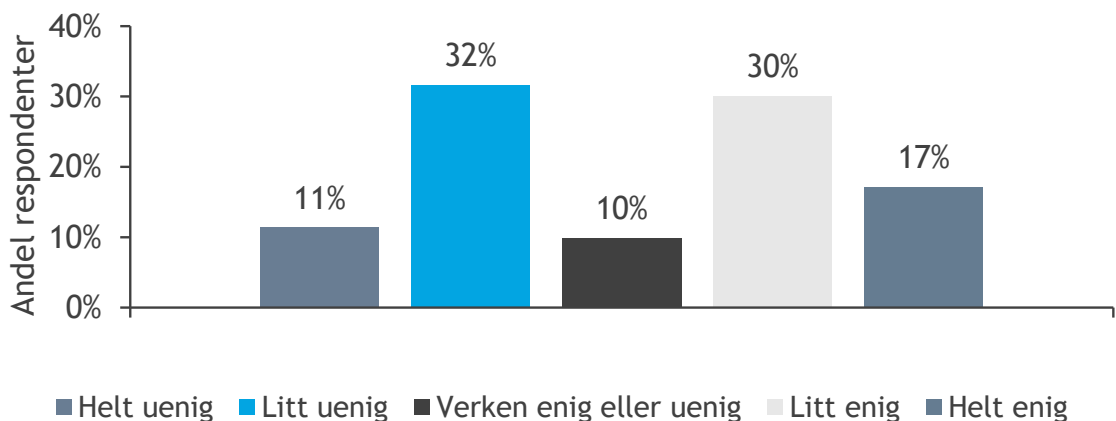
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	19 %	25 %	12 %	31 %	13 %
Omsorgsboliger	20 %	41 %	13 %	13 %	13 %
Hjemmetjenesten	8 %	68 %	5 %	16 %	3 %
Tildelingskontoret	0 %	47 %	6 %	35 %	12 %
Annet	20 %	0 %	40 %	40 %	0 %
Gjennomsnitt i utvalget	15 %	39 %	11 %	24 %	11 %

Tabell 8: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Over 75 av respondentene fra hjemmetjenesten svarer at de er enten «litt uenig» eller «helt uenig» i påstanden. Over 60 prosent av respondentene fra omsorgsboligene svarer det samme. Respondentene fra tildelingskontoret mest positive til påstanden, hvor 47 prosent svarer «litt enig» eller «helt enig».

8.3.3 «Kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus.»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus. Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 3: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at flere svarer at de i noen grad er enige i påstanden enn de som svarer at de i noen grad er uenige i påstanden. Forskjellen er derimot ikke stor, med 47 prosent som i noen grad sier seg enige og 43 prosent som i noen grad sier seg uenige til påstanden. Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt

at de tilhører.

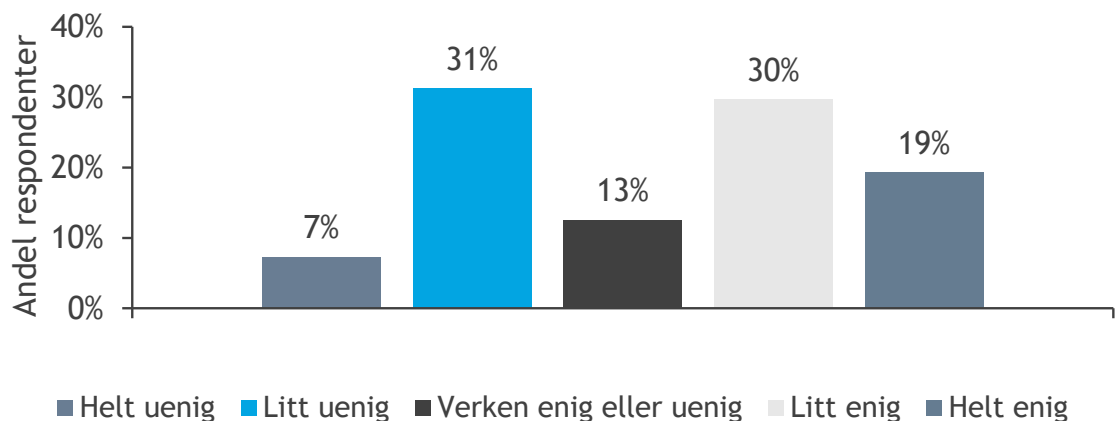
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	14 %	23 %	10 %	40 %	13 %
Omsorgsboliger	9 %	36 %	11 %	21 %	23 %
Hjemmetjenesten	11 %	43 %	8 %	19 %	19 %
Tildelingskontoret	12 %	29 %	6 %	35 %	18 %
Annet	0 %	60 %	20 %	0 %	20 %
Gjennomsnitt i utvalget	11 %	32 %	10 %	30 %	17 %

Tabell 9: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å yte et godt tilbud til pasienter som returnerer fra sykehus.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Respondentene fra sykehjem, omsorgsboligene og tildelingskontoret svarer relativt jevnt på påstanden. Respondentene fra «annet» og hjemmetjenesten har den høyeste andelen som svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden, med henholdsvis 60 og 54 prosent.

8.3.4 «Kommunens oppfølging av pasienter som returnerer fra sykehus er i samsvar med pasientenes behov (riktig tjeneste til riktig tid).»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om kommunens oppfølging av pasienter som returnerer fra sykehus er i samsvar med pasientenes behov (riktig tjeneste til riktig tid). Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 4: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Kommunens oppfølging av pasienter som returnerer fra sykehus er i samsvar med pasientenes behov (riktig tjeneste til riktig tid).» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at 49 prosent svarer «litt enig» eller «helt enig» på påstanden. 38 prosent svarer «litt uenig» eller «helt uenig». Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

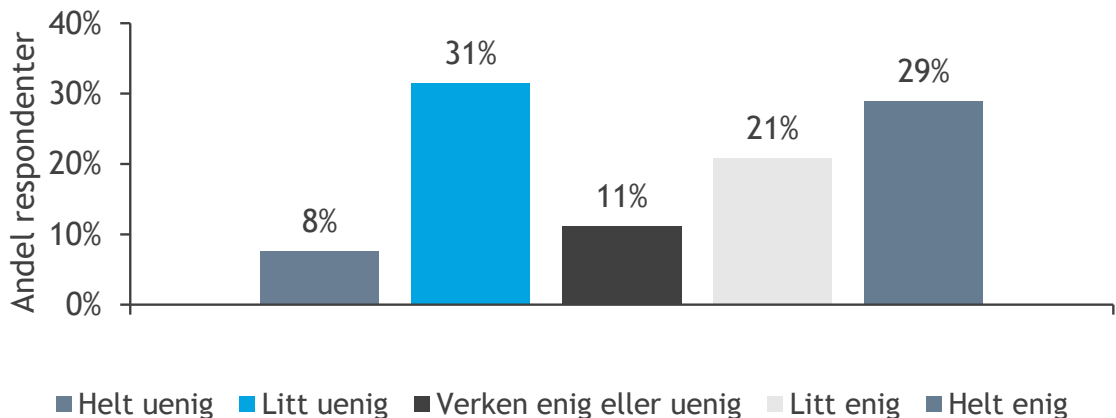
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	5 %	29 %	13 %	29 %	24 %
Omsorgsboliger	13 %	40 %	13 %	19 %	15 %
Hjemmetjenesten	8 %	35 %	11 %	32 %	14 %
Tildelingskontoret	6 %	11 %	11 %	44 %	28 %
Annet	0 %	20 %	20 %	60 %	0 %
Gjennomsnitt i utvalget	7 %	31 %	13 %	30 %	19 %

Tabell 10: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Kommunens oppfølging av pasienter som returnerer fra sykehus er i samsvar med pasientenes behov (riktig tjeneste til riktig tid).» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Som det fremkommer av tabellen, har respondentene fra omsorgsboligene den klart høyeste andelen som svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden, med 53 prosent som svarer dette. Respondentene fra tildelingskontoret har den høyeste andelen respondenter som svarer «litt enig» eller «helt enig» på påstanden, med 72 prosent.

8.3.5 «Pasienter som har behov for sykehjemsplass, tildeles dette.»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om pasienter som har behov for sykehjemsplass, tildeles dette. Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 5: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Pasienter som har behov for sykehjemsplass, tildeles dette.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at halvparten av respondentene svarer «litt enig» eller «helt enig» på påstanden. 39 prosent svarer «litt uenig» eller «helt uenig». Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

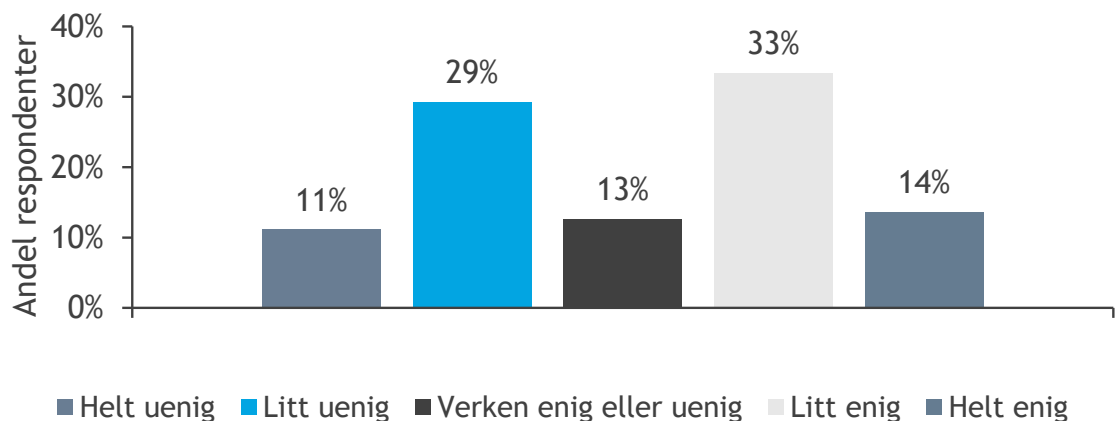
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	7 %	22 %	13 %	22 %	36 %
Omsorgsboliger	13 %	46 %	10 %	15 %	17 %
Hjemmetjenesten	3 %	47 %	12 %	21 %	18 %
Tildelingskontoret	6 %	6 %	0 %	28 %	61 %
Annet	14 %	43 %	14 %	29 %	0 %
Gjennomsnitt i utvalget	8 %	31 %	11 %	21 %	29 %

Tabell 11: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Pasienter som har behov for sykehjemsplass, tildeles dette.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Respondentene fra omsorgsboligene eller som har oppgitt «annet» er de klart mest negative til påstanden. Henholdsvis 59 og 57 prosent av respondentene fra disse tjenesteområdene svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden. Også 50 prosent av respondentene fra hjemmetjenesten oppgir at de i noen grad er uenige i påstanden. Respondentene fra tildelingskontoret er de klart mest positive, hvor 89 prosent av respondentene har svart «litt enig» eller «helt enig» på påstanden.

8.3.6 «Samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene er godt.»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene er godt. Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 6: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene er godt.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at det er omtrent like mange som svarer at de i noen grad er enige i påstanden, som de som svarer at de i noen grad er uenige. Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

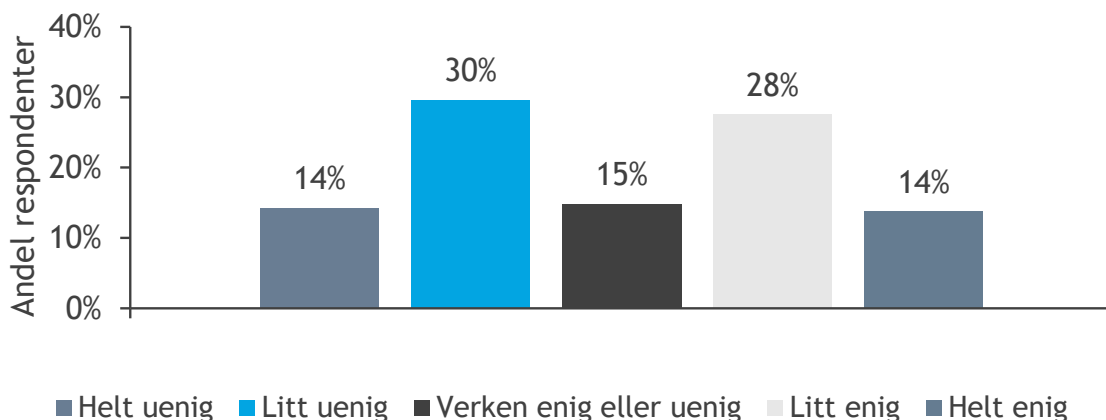
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	12 %	28 %	10 %	35 %	15 %
Omsorgsboliger	10 %	38 %	14 %	20 %	18 %
Hjemmetjenesten	16 %	22 %	14 %	43 %	5 %
Tildelingskontoret	0 %	22 %	11 %	50 %	17 %
Annet	14 %	43 %	29 %	14 %	0 %
Gjennomsnitt i utvalget	11 %	29 %	13 %	33 %	14 %

Tabell 12: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene er godt.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Som det fremkommer av tabellen, er svarene relativt jevnt fordelt mellom «enig» og «uenig» innenfor sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenesten. Tildelingskontoret har derimot en klar overvekt av respondenter som svarer «litt enig» eller «helt enig» på påstanden, med 67 prosent. De som har oppgitt «Annet» som tjenesteområde har den laveste andelen av respondenter som i noen grad svarer «enig» på påstanden, med 14 prosent.

8.3.7 «Samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene i vedtaks- og tildelingsprosesser er godt.»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene i vedtaks- og tildelingsprosesser er godt. Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 7: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene i vedtaks- og tildelingsprosesser er godt.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at 44 prosent svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden. 42 prosent svarer «litt enig» eller «helt enig». Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

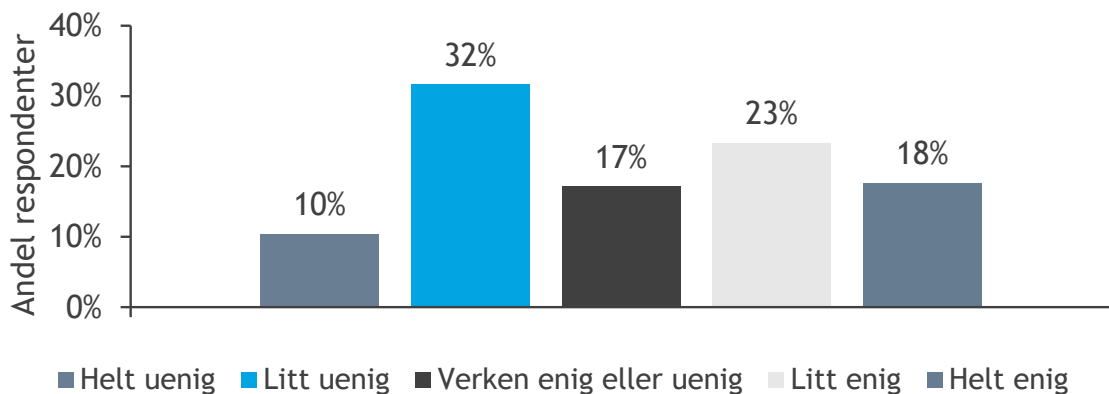
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	14 %	28 %	11 %	33 %	13 %
Omsorgsboliger	17 %	38 %	15 %	13 %	17 %
Hjemmetjenesten	14 %	33 %	17 %	28 %	8 %
Tildelingskontoret	11 %	11 %	22 %	44 %	11 %
Annet	0 %	20 %	40 %	0 %	40 %
Gjennomsnitt i utvalget	14 %	30 %	15 %	28 %	14 %

Tabell 13: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Samarbeidet mellom de ulike tjenesteområdene i vedtaks- og tildelingsprosesser er godt.» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Respondentene fra omsorgsboligene og hjemmetjenesten er minst enige i påstanden, mens respondentene fra tildelingskontoret er mest enige. Basert på svarene i spørreundersøkelsen gir svarene fra spørreundersøkelsen uttrykk for at samarbeidet mellom tjenesteområdene i vedtaks- og tildelingsprosesser vurderes som dårligere enn det generelle samarbeidet mellom tjenestene.

8.3.8 «Tilbudet til pasienter som returnerer fra sykehus, er preget av stabilitet og kontinuitet (pasienter flyttes ikke unødig mellom kommunens tjenestetilbud).»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om tilbudet til pasienter som returnerer fra sykehus, er preget av stabilitet og kontinuitet (pasienter flyttes ikke unødig mellom kommunens tjenestetilbud). Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 8: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Tilbudet til pasienter som returnerer fra sykehus, er preget av stabilitet og kontinuitet (pasienter flyttes ikke unødig mellom kommunens tjenestetilbud).» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at omtrent like mange svarer at de i noen grad er enige i påstanden som de som svarer at de i noen grad er uenig i påstanden. Svaret «litt uenig» er det klart hyppigste svaret. Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

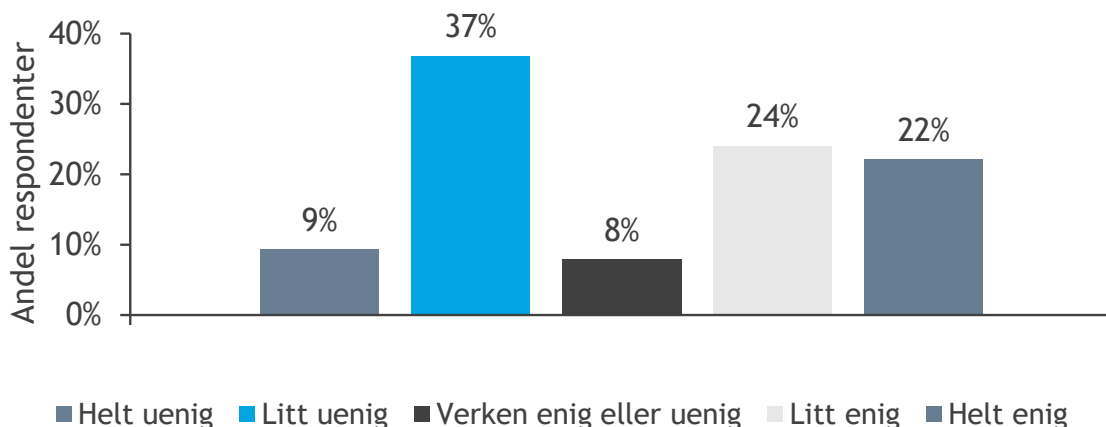
Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	10 %	24 %	14 %	30 %	22 %
Omsorgsboliger	15 %	43 %	19 %	11 %	13 %
Hjemmetjenesten	8 %	36 %	25 %	22 %	8 %
Tildelingskontoret	6 %	28 %	11 %	28 %	28 %
Annet	0 %	40 %	20 %	20 %	20 %
Gjennomsnitt i utvalget	10 %	32 %	17 %	23 %	18 %

Tabell 14: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Tilbudet til pasienter som returnerer fra sykehus, er preget av stabilitet og kontinuitet (pasienter flyttes ikke unødig mellom kommunens tjenestetilbud).» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Tabellen viser at over halvparten av respondentene fra kommunens omsorgsboliger svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden. Samtidig svarer kun 24 prosent av respondentene fra omsorgsboligene «litt enig» eller «helt enig» på påstanden. 44 prosent av respondentene fra hjemmetjenesten svarer også «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden, og er etter omsorgsboligene det tjenesteområdet med den høyeste andelen som svarer at de i noen grad er uenige i påstanden. Respondentene fra tildelingskontoret har den høyeste andelen som svarer «litt enig» eller «helt enig», med 56 prosent.

8.3.9 «Vedtak til pasienter er i samsvar med pasientenes faktiske behov (riktig tjeneste til riktig tid).»

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om vedtak til pasienter er i samsvar med pasientenes faktiske behov (riktig tjeneste til riktig tid). Figuren nedenfor viser resultatene fra undersøkelsen.



Figur 9: Resultater fra spørreundersøkelsen til alle ansatte innen kommunens pleie- og omsorgstjenester på påstanden: «Vedtak til pasienter er i samsvar med pasientenes faktiske behov (riktig tjeneste til riktig tid).» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Figuren viser at det er like mange (46 prosent) som svarer at de i noen grad er enige som de som svarer at de i noen grad er uenige i påstanden. Alternativet «litt uenig» er det klart vanligste svaret, med 37 prosent. Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg etter

tjenesteområdene respondentene har oppgitt at de tilhører.

Tjeneste	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Sykehjem	12 %	33 %	7 %	29 %	20 %
Omsorgsboliger	12 %	50 %	8 %	10 %	20 %
Hjemmetjenesten	0 %	46 %	11 %	27 %	16 %
Tildelingskontoret	0 %	6 %	0 %	33 %	61 %
Annet	29 %	29 %	29 %	14 %	0 %
Gjennomsnitt i utvalget	9 %	37 %	8 %	24 %	22 %

Tabell 15: Resultater fra spørreundersøkelsen etter tjenestetilhørighet på påstanden: «Vedtak til pasienter er i samsvar med pasientenes faktiske behov (riktig tjeneste til riktig tid).» (Kilde: BDOs spørreundersøkelse)

Tabellen viser at mellom 45 og 62 prosent av respondentene fra sykehjem, omsorgsboligene, hjemmetjenesten og «annet» svarer «litt uenig» eller «helt uenig» på påstanden. Respondentene fra tildelingskontoret er de klart mest enige i påstanden, hvor hele 94 prosent svarer «litt enig» eller «helt enig» påstanden.

KONTAKT

ØYVIND SUNDE

Director

m: +4797610122

e: Oyvind.Sunde@bdo.no

BDO AS, et norsk aksjeselskap, er deltaker i BDO International Limited, et engelsk selskap med begrenset ansvar i henhold til garanti, og er en del av det internasjonale BDO-nettverket, som består av uavhengige selskaper i de enkelte land. Foretaksregisteret: NO 993 606 650 MVA. Medlem av Den Norske Revisorforening.

Leveransen er utarbeidet for oppdragsgiver, og dekker kun de formål som med denne er avtalt. All annen bruk og distribusjon skjer for oppdragsgivers regning og risiko. BDO AS eller BDO Advokater AS vil ikke kunne gjøres ansvarlig overfor en tredjepart.