



FORVALTNINGSREVISJON FOR KONTROLLUTVALGET I BIRKENES KOMMUNE

RESSURSSTYRING OG TILDELING AV TJENESTER

AUST-AGDER REVISJON IKS, FEBRUAR 2023

1. INNLEDNING, BAKGRUNN OG FORMÅL.....	4
1.1. PROBLEMSTILLINGER.....	5
2. METODISK GJENNOMFØRING	6
Dokumentanalyse	6
Spørreundersøkelse	6
Intervjuer	6
Mappegjennomgang	7
Validitet og reliabilitet.....	7
3. PROBLEMSTILLINGER.....	8
3.1. TILDELING AV TJENESTER.....	8
3.1.1. <i>Revisjonskriterier</i>	8
Organisering og tjenesteomfang.....	8
Kartlegging	9
Utforming av tjenestetilbud	10
3.1.2. <i>Fakta</i>	13
Organisering av tjenestetildeling	13
Kartlegging	15
Bruk av ADL/IPLOS	16
Brukermedvirkning.....	18
Utforming av vedtak.....	19
Bruk av innsatstrappa	21
Tjenesteomfang	24
3.1.3. <i>Revisors vurderinger</i>	31
3.2. ORGANISERING AV RESSURSER	33
3.2.1. <i>Revisjonskriterier</i>	33
Organisering og styring	33
Turnus og bemanningsplanlegging.....	34
3.2.2. <i>Fakta</i>	36
Organisering av enhetene	36
Oppgavedeling	38
Turnus og bemanningsplanlegging.....	40
Arbeidsbelastning	45
Sykefravær og arbeidsmiljø.....	48
3.2.3. <i>Revisors vurderinger</i>	54
4. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER.....	57
4.1. KONKLUSJON.....	57
4.2. ANBEFALINGER	59
4.3. KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR.....	60
5. LITTERATUR.....	61
6. VEDLEGG	63

VEDLEGG 1 – Sjekkliste	63
VEDLEGG 2 – Spørreundersøkelse	64

Forvaltningsrevisjon til kontrollutvalget i Birkenes kommune

Ressursstyring og tildeling av tjenester i helse og omsorg

Problemstillinger

1. Har Birkenes kommune etablert skriftlige rutiner som sikrer at kartlegging og tildeling av tjenester samsvarer med gjeldende regelverk og kommunens målsetninger?
2. Er ressursinnsatsen knyttet til hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester organisert på en hensiktsmessig måte og i tråd med kommunens målsetninger?

Revisjonskriterier

- Kommunen skal sørge for at innbyggere tilbys et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, der man i henhold til kommunens målsetning skal sikre at flest mulig brukere får nødvendig hjelp lengst mulig hjemme.
- Forvaltningsorganet skal før vedtak treffes, påse at saken er så godt opplyst som mulig og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker.
- Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold, og vedtaket skal vise til de regler vedtaket bygger på, samt opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og retten til innsyn i sakens dokumenter.
- Kommunen skal sikre at medarbeidere involveres aktivt i virksomhetens forbedringsarbeid.
- Kommunen kan gjennom et bevisst forhold til oppgavedeling bidra positivt i forhold til rekruttering og det å skape arbeidsplasser hvor medarbeidere ønsker å bli værende.
- Det skal sikres tilstrekkelig kompetanse gjennom en god og realistisk bemanningsplan.

Revisors vurderinger

- Tjenesten har etter revisjonens vurdering etablert skriftlige rutiner som sikrer kartlegging av bruker i henhold til lovkrav i forbindelse med tjenestetildeling. Etter det revisjonen erfarer, behandler tjenestene i all hovedsak søknader i henhold til de krav som fremgår av forvaltningsloven.
- Det fremstår for revisjonen som at det er etablert et velfungerende samarbeidsforum for tjenestetildeling på sykehjem gjennom inntaksmøtet. Organiseringen av hjemmetjenestens tjenestetildeling fremstår for revisjonen som noe mer sårbar, der dette etter hva revisjonen vurderer kan resultere i at saksbehandler for disse tjenestene blir stående litt alene i front i krysspresset av bestiller- og utførerrollen.
- Kommunen har for å være bedre rustet for den forventede økningen av brukere med behov for tjenester i hjemmet, arbeidet med å innrette tjenestenivået til et etablert nullnivå. Det fremstår for revisjonen som at nullnivået for praktisk bistand muligens er etablert noe lavere enn intensjonen med dette var, der tilgjengelig data på området viser til lavere brukertilfredshet og mindre omfattende tjenester, enn i sammenlignbare kommuner.
- Etter revisjonens vurdering fremstår hjemmetjenesten å være under stort press, med ansatte som opplever krevende arbeidsdager. Det er tilført stadig flere ressurser, men som følge av den økende pleietyngden i brukergruppen, beskriver flere ansatte en hverdag som er så tung at den går på bekostning av kvalitet på tjeneste, og egen helse. Signalene som gis fra de ansatte i hjemmetjenesten, der kun én av tre rapporterer om at de ser frem til å komme på jobb, anses av revisjonen som vesentlig at belyses og jobbes videre med.
- Flere ansatte i hjemmetjenesten peker i forbindelse med tjenestens organisering av ressurser på en uhensiktsmessig oppgavedeling som resulterer i at ansatte må gjennomføre arbeidsoppgaver uten krav til den kompetanse de som sykepleiere eller fagarbeidere innehar.

Revisjonen anbefaler

- Revisjonen anbefaler at kommunen sikrer et system for at brukere kartlegges i henhold til kommunens utarbeidede kartleggingsrutine. Videre anbefales det at IPLOS/ADL innhentes i henhold til rutine.
- Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer om tildeling av tjenester til hjemmeboende en organisert på en hensiktsmessig måte.
- Revisjonen anbefaler at kommunen gjør en vurdering av sin praksis ved tildeling av praktisk bistand i hjemmet opp mot de forhold som fremgår av rapporten knyttet til områdene brukertilfredshet og tjenesteomfang.
- Revisjonen anbefaler at kommunen arbeider med en tydeliggjøring av oppgavedelingen mellom faggruppene. I denne sammenheng vil det være vesentlig å involvere de ansatte i utviklingsarbeidet.
- Revisjonen anbefaler at det iverksettes tiltak for å sikre et godt arbeidsmiljø i hjemmetjenesten, der det på lik linje med beskrivelsen over, anses som vesentlig med involvering av de ansatte i utviklingsarbeidet.

1. INNLEDNING, BAKGRUNN OG FORMÅL

Det følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester et krav om at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.¹ Flere oppgaver enn tidligere blir nå løst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen skjønner særlig fart under samhandlingsreformen der man så starten av en tendens til raskere utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette, i tillegg til den stadig økende andelen eldre, har ført til både flere oppgaver og mer avansert behandling i de kommunale helsetjenestene. Det har også over flere år pågått en dreining i kommunene fra tradisjonelle institusjonstjenester til mer omfattende hjemmebasert behandling. Samlet beskriver dette å ha medført et betydelig press på helsetjenestene i kommunene, der særlige utfordringer beskrives å omhandle rekruttering, kompetanse og fagutvikling.² Helse- og omsorgsdepartementet beskriver i sin handlingsplan - Kompetanseløft for 2021-2025 at:

«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt en betydelig årsverksvekst de siste årene, og framskrivninger viser at årsverksbehovet vil øke i årene fremover. Samtidig preges tjenestene av høyt sykefravær, høy turnover, høy avgang, høyt omfang av deltidsstillinger og høy vikarbruk. Samlet legger dette et stort press på kommunene i deres arbeid med å sikre tjenestene tilstrekkelig og kompetent bemanning.»

Enhet for sykehjem og enhet for tjenester til hjemmeboende i Birkenes kommune har på linje med det som fremgår av kompetanseløftet 2025, vært preget av en merkbar endring innen tjenestebehov. Hjemmetjenesten har opplevd en stadig økning i brukere som trenger omfattende helsehjelp, med et følgende behov for stadig oppbemanning og rekruttering av tjenesten. Enheten hadde per juni 2022, 122 brukere med vedtak på hjemmesykepleie, noe som innebærer en økning på over 40 % fra 2019, da 86 brukere hadde tilsvarende vedtak. På samme tid gjennomgikk sykehjem en ytterligere nedskalering av tjenester, der 32 sengeplasser ble til dagens 25. I henhold til kommuneplan 2027 for Birkenes fremgår det at helse- og omsorgstjenestene i kommunen forventer en ytterligere brukervekst i årene som kommer. Tjenesteytingen står foran en strategisk endring, der tjenestetilbudet må dreies mot en økning i hjemmetjenester og reduksjon av institusjonsplasser. Det beskrives videre at det anses som avgjørende å bygge opp en tjeneste som kan gis på rett sted til rett tid, på et nivå i innsatstrappen som står i forhold til behovet.

De ovenstående betraktningene dannet grunnlaget for at organisering og bemanning ved sykehjem og hjemmetjeneste kom ut med en høy risiko i revisjonens risiko- og vesentlighetsanalyse for Birkenes kommune (2020-2023). Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet ble, i henhold til utarbeidet plan for forvaltningsrevisjon, bestilt av kontrollutvalget i Birkenes 04.05.2022 (sak 10/22). Det ble i forbindelse med

¹ LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

² «Kompetanseløft 2025». Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025

bestilling lagt føringer fra kontrollutvalget om at kommunens praksis ved tjenestetildeling, sett opp mot kommunens visjon om flest mulig lengst mulig hjemme, også skulle inngå som en problemstilling i prosjektet.

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen vil være å søke svar på om Birkenes kommune sikrer å ivareta kommunens innbyggere retten til nødvendig helsehjelp gjennom rettferdig og likeverdig tjenestetildeling og en hensiktsmessig ressursstyring. Gjennomgående vil prosjektet fokusere på balansen mellom hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, og i hvilken grad enhetene ivaretar en drift som en samordnet tjeneste til det beste for brukerne.

Prosjektet er for øvrig gjennomført etter gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.³

1.1. PROBLEMSTILLINGER

Kontrollutvalget vedtok gjennom prosjektplan 04.05.2022 (sak 10/22) følgende problemstillinger:

- 1. Har Birkenes kommune etablert skriftlige rutiner som sikrer at kartlegging og tildeling av tjenester samsvarer med gjeldende regelverk og kommunens målsettinger?*
- 2. Er ressursinnsatsen knyttet til hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester organisert på en hensiktsmessig måte, og i tråd med kommunens målsettinger?*

³ NKRF (2020) Standard for forvaltningsrevisjon - RSK001. Hentet fra https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK_RevisjonsStandard_Kommune/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_200812.pdf

2. METODISK GJENNOMFØRING

Prosjektets metodiske fremgangsmåte har basert seg på en sammensatt datainnsamling gjennom flere ulike tilnærminger innen både kvalitativ og kvantitativ metode. Arbeidet med forvaltningsrevisjonen har i hovedsak foregått i perioden september 2022 til november 2022, og er gjennomført av forvaltningsrevisorer Marlene Kvåle og Stine Norrøne Ask, med Kristian Fjellheim Bakke som ansvarlig forvaltningsrevisor.

Dokumentanalyse

Revisjonen har som en viktig del av datagrunnlaget, foretatt en dokumentanalyse av ulike kilder knyttet til enheten. Kommunen ved fagutviklingssykepleier har forelagt revisjonen en rekke rutinebeskrivelser, planer, statistikk og organisatoriske oversikter knyttet til prosjektet, som har vært nyttige bidrag til revisjonens helhetsforståelse, vurderinger og konklusjoner. Det er for øvrig også anvendt planer og andre styringsdokumenter, hentet fra kommunens hjemmesider.

Spørreundersøkelse

For å få større innsikt i de ansattes opplevelser og synspunkter, valgte revisjonen å gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle ansatte ved både sykehjem og hjemmetjenesten. Revisjonen har tatt utgangspunkt i oversendt liste fra kontaktperson med alle ansattes e-poster, og tar derfor forbehold om potensielle feil eller mangler i den oversendte listen. Undersøkelsen ble gjennomført i september til oktober 2022.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 131 respondenter. Av utvalget var det totalt 46 respondenter som svarte på undersøkelsen, hvilket innebærer en svarprosent på 35 prosent. Respondentene var relativt jevnt fordelt mellom sykehjem og hjemmetjenesten, og mellom profesjoner. Spørreundersøkelsen ble for øvrig distribuert gjennom SurveyXact, som revisjonen også anvendte i sin analyse av datagrunnlaget knyttet til spørreundersøkelsen.

Intervjuer

For å danne et mest mulig deskriptivt bilde av sykehjem og hjemmetjenester i Birkenes kommune, er det gjennomført samtaler med flere sentrale nøkkelpersoner innen tjenestetildeling og ressursstyring. Herunder er kommunalsjef, enhetsleder for sykehjem, enhetsleder for tjenester til hjemmeboende, saksbehandler for sykehjem/fagutviklingssykepleier, saksbehandler for hjemmetjenesten samt teamleder for tjenester til hjemmeboende, intervjuet. Det ble i etterkant av alle intervjuene skrevet referat som ble sendt på faktaverifisering til de det gjaldt. I tillegg ble det sendt ut spørsmål på e-post til de tre tillitsvalgte på sykehjem og hjemmetjenesten uten at revisjonen lyktes å komme i kontakt med dem. Som følge av at de tillitsvalgte også var inkludert i revisjonens spørreundersøkelse, anses de ansattes opplevelse å være tilstrekkelig belyst til at revisjonen kan trekke konklusjoner basert på dette.

Mappegjennomgang

For å på best mulig måte kunne undersøke hvorvidt tjenester til institusjon og hjemmetjeneste blir tildelt i henhold til de lovkrav som foreligger, ble det utført en gjennomgang av 20 tilfeldige vedtak, hvorav ti av brukerne var fra hjemmesykepleien og ti fra institusjon.

Revisjonen utarbeidet i forkant av vedtaksgjennomgangen en sjekkliste basert på de lovkrav som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven, pasient- og brukerrettighetsloven samt kommunens vedtatte kriterier for tildeling av tjenester innen helse- og omsorg. Sjekklisten følger av vedlegg 1.

Validitet og reliabilitet

Vurderingen av det metodiske arbeidets validitet og reliabilitet, handler om å belyse dataenes troverdighet og gyldighet. Validiteten handler om hvorvidt de innsamlede dataene er aktuelle for å besvare problemstillingene, og om revisjonens funn er autoritative og representative i forhold til fenomenet som er undersøkt. Dokumentene som er analysert for å gi et bedre grunnlag for konklusjonene har vært offentlig tilgjengelig dokumenter, eller dokumenter som er forelagt revisjonen direkte av kommunen.

I forbindelse med intervjuprosessen har dialogen vært forankret gjennom en intervjuguide for alle informantene. Validiteten styrkes ved at datamaterialet fra alle intervjuer er faktaverifisert av den enkelte informant. En slik faktaverifisering gir mindre rom for potensielle fallgruver ved subjektiv tolkning av dataene. Kommunedirektør har i tillegg ved prosjektets ferdigstilling fått rapporten til høring. Uttalelsen fra kommunedirektør ligger vedlagt.

Spørreundersøkelsens svarprosent på 35 % er etter revisjonens vurdering en representativ oppslutning med hensyn til intensjonen om å få løftet frem de ansattes synspunkter. Andelen utgjorde 46 respondenter, med en jevn spredning blant både institusjon og hjemmetjenester samt blant sykepleiere og helsefagarbeidere. Metodiske svakheter ved et slikt datasett er at ansatte med negative erfaringer kan ha en motivasjon for å komme til uttrykk med sine erfaringer. Alle variablene er derfor ikke direkte overførbare og generaliserbare. Bryter man derimot opp undersøkelsen i antall respondenter, får en likevel frem synspunkter og erfaringer til over en tredjedel av alle ansatte ved sykehjem og hjemmetjenester. Det gir videre en anledning til å se korrelasjoner mellom variabler, sett opp mot data som fremkommer av intervjuer.

Reliabilitetsvurderingen omhandler hvorvidt de innsamlede dataene er pålitelige, og om dataene er gjenstand for etterprøvbarehet. Rapporten har både på detaljert og overordnet nivå vært gjenstand for intern og ekstern kvalitetskontroll. Gjennomgående i rapportens arbeid har flere forvaltningsrevisorer vært involvert i prosessen, og den metodiske innsamlingen av data har vært grundig forankret og kvalitetssikret internt. Dette har bidratt til et godt fundament for dataenes reliabilitet.

3. PROBLEMSTILLINGER

3.1. TILDELING AV TJENESTER

1. *Har Birkenes kommune etablert skriftlige rutiner som sikrer at kartlegging og tildeling av tjenester samsvarer med gjeldende regelverk og kommunens målsettinger?*

3.1.1. REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de krav, normer og standarder som utgjør grunnlaget for de vurderinger objektet skal måles opp mot og i forhold til. I følgende delkapittel vil det presenteres de krav og normer som stilles til tildeling av opphold på sykehjem eller hjemmetjeneste. De sentrale bestemmelsene som gjelder for tildeling av disse tjenestene, og som vil danne grunnlag for revisjons kriterier, fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven (hol.), pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.), forvaltningsloven (fvl.) samt kvalitetsforskriften.

Organisering og tjenesteomfang

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fremgår det at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Videre beskriver § 3-2 i Hol. kommunens ansvar rundt tilgjengelige tjenester. Her fremgår det at for å oppfylle ansvaret etter § 3-1, skal kommunen etter § 3-2 pkt. 6, tilby helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og opplæring samt plass i institusjon, herunder sykehjem.

Av Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, defineres «i hjemmet» som pasientens opprinnelige hjem eller omsorgsbolig, bofellesskap, trygdebolig eller andre private eller kommunale tilpassede boliger som ikke er institusjon. Trygghetsalarm og annen velferdsteknologi kan etter en konkret vurdering omfattes av begrepet. Videre fremgår det at praktisk bistand kan omfatte hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. Eksempler er hjelp til innkjøp og tilberedning/levering av mat, vask av klær og rengjøring av bolig.⁴

Kommunen skal videre tilby opphold i sykehjem eller i tilsvarende bolig, dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-2 a i helse- og omsorgstjenesteloven. Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven ble begrepet om heldøgnsomsorg (HDO) etablert i lovgivningen, og tjenestetilbudet skal sikre å ivareta kommunens ansvar vedrørende tilbud om opphold i bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester.⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven ble

⁴ Helsedirektoratet (2016). Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, KS (2017). «Heldøgns» Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning.

endret i 2016 for å tydeliggjøre retten til heldøgnsomsorg. Lovendringen skal blant annet sikre at det er den enkeltes behov som er avgjørende, og ikke kapasiteten der den enkelte bor.⁶

Pasienters og brukeres behov for helse- og omsorgstjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 kan oppfylles på mange ulike måter, forutsatt at kravet til forsvarlighet er ivarettatt. Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Kravet til forsvarlighet omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.⁷

Av kommunens økonomi- og handlingsplan 2022-2025 fremgår en visjon om at flest mulig brukere skal kunne bo lengst mulig hjemme, gitt at helsehjelpen som gis er i tråd med de krav om forsvarlighet som fremgår av lovverk.

Kartlegging

Forvaltningsorganet skal etter forvaltningsloven § 17 påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.⁸ I mange tilfeller vil det være viktig å ha en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet, slik at pasienten/brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi en riktigere vurdering av tjenestebehovet og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken.⁹

Av kommunens rutine som tar for seg kartlegging av brukere av sykehjem og hjemmetjenester, fremkommer det at det skal gjennomføres vurderingsbesøk som del av kartleggingen, der det skal innhentes data for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS/ADL). Bruken av IPLOS-variabler støttes opp i Helsedirektoratets Veileder for saksbehandling, hvor det fremkommer at registrering av opplysninger i IPLOS er obligatorisk for landets kommuner. Opplysningene som er registrert i IPLOS er en del av pasientens/brukerens journal, og er en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov utredes. Formålet med IPLOS-registrering, defineres videre i IPLOS-forskriften § 1-3, der dette beskrives å skulle gi grunnlag for overvåkning, kvalitetssikring, planlegging og overordnet styring av helse- og omsorgsforvaltningen. Lokalt skal opplysningene som inngår i IPLOS-registeret være en del av de relevante og nødvendige opplysningene som tjenestene innhenter for å kunne fatte vedtak og yte tjenester.¹⁰

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 fremkommer det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva

⁶ Innst. 372 L (2015–2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)

⁷ Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

⁸ LOV-2022-06-17-62 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

⁹ Helsedirektoratet (2016). Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

¹⁰ Forskrift om IPLOS-registeret 2006)

pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud. Dette beskrives nærmere i Helsedirektoratets veileder for saksbehandling, der det fremgår at kommunen må anstrenge seg for å finne løsninger som er tilpasset den enkelte bruker. Dette er viktigere jo mer vesentlig tjenesten er for brukerens velferd og livssituasjon. Kommunen må gå aktivt inn for å få med brukerens synspunkter og kan ikke vente at brukeren selv tar initiativ til dette.¹¹

Utforming av tjenestetilbud

Etter Forvaltningsloven § 11 a skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og om mulig angis når svar kan ventes. I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis et slikt foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. Av og til må et hjelpebehov dekkes umiddelbart, uten at det er tid til å gjøre en grundig utredning og fatte et vedtak om tildeling av tjenester. I slike tilfeller må kommunen begynne å gi tjenester først, og eventuelt igangsette utredning og utforming av vedtak etterpå.¹²

Et enkeltvedtak skal være skriftlig om ikke dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet (fvl. § 23), og det skal foreligge begrunnelse for vedtaket samtidig som vedtaket fattes (fvl. § 24). Av forvaltningslovens andre ledd følger at forvaltningsorganet ved andre saker enn klagesaker kan la være å gi samtidig begrunnelse dersom det innvilger en søknad og det ikke er grunn til å tro at noen part vil være misfornøyd med vedtaket. En part kan likevel kreve begrunnelse gitt etter at vedtaket er truffet. I begrunnelsen skal det vises til de regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene (fvl. § 25). Da denne forvaltningsrevisjonen omfatter søknader om tjeneste innen sykehjem, hjemmesykepleie eller tilsvarende, kan det ikke forventes at søkerne har detaljkunnskap om reglene vedtaket bygger på, og revisjonen legger derfor til grunn at dette unntaket ikke har praktisk betydning for vedtak i disse sakene.

I forvaltningslovens § 25, tredje ledd, fremgår det at begrunnelsen bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøvelse av eventuell forvaltningsmessig skjønn. Av forarbeidene til bestemmelsen fremgår det at hovedhensynene bak et skjønn som en klar hovedregel må redegjøres for i vedtaket. Av forvaltningsloven § 24 andre ledd fremgår at det kan gjøres unntak for begrunnelse i tilfeller der en søknad om tjenester innvilges fullt ut. I saker om helse- og omsorgstjenester tilsier imidlertid kravet til likebehandling, etterprøvbarhet, informasjon og brukermedvirkning at vedtaket begrunnes også når en søknad innvilges fullt ut. De fleste helse- og omsorgstjenester vurderes dessuten fortløpende, og hvis ikke grunnene for innvilgelse fremgår av vedtaket, vil det ved senere vurderinger kunne være vanskelig for kommunen å ta stilling til om grunnene som tilsa innvilgelse fortsatt foreligger.

¹¹ Helsedirektoratet (2016). Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

¹² Ibid

Det vil også bli vanskeligere for parten å vurdere om en eventuell reduksjon av tjenestetilbudet skal påklages.¹³

Ved tjenestetildeling foreligger kravet om saksbehandlers habilitet, noe som skal sikre å ivareta befolkningens tillit til forvaltningens vurderinger og avgjørelser. Habilitetskravet innebærer at personer som har en særlig personlig tilknytning til saken eller dens parter, ikke skal delta i behandlingen av den. Hvilke forhold som gjør en person inhabil som saksbehandler i en sak, følger av forvaltningsloven § 6. Dersom en saksbehandler i en konkret sak er i en av posisjonene som er beskrevet i forvaltningsloven § 6, er han eller hun inhabil til å behandle saken, og plikter å fratre fra behandlingen av denne. Det avgjørende er med andre ord ikke om saksbehandleren rent faktisk vil påvirkes av tilknytningen til saken eller dens behandling.

Forvaltningsloven regulerer plikten til veiledning i saker som gjelder enkeltvedtak. Det følger av § 27 tredje ledd at underretningen skal gi opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåte ved klage. Isolert sett tilsier denne ordlyden at plikten til å gi opplysninger om klageadgang mv. gjelder generelt, uavhengig av vedtakets innhold.

¹³ Helsedirektoratet (2016). Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Oppsummert vil revisjonen ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Pasienters og brukeres behov for helse- og omsorgstjenester som nevnt i hol. § 3-2 første ledd nr. 6 kan oppfylles på mange ulike måter, forutsatt at kravet til forsvarlighet er ivaretatt. Av kommunens økonomi- og handlingsplan fremgår en visjon om at flest mulig brukere skal kunne bo lengst mulig hjemme gitt at helsehjelpen som gis er i tråd med de krav om forsvarlighet, som fremgår av lovkrav.
- Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. I mange tilfeller vil det være viktig å ha en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet, slik at brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene.
- Registrering av opplysninger i IPLOS er obligatorisk for landets kommuner. Opplysninger som er registrert i IPLOS er en del av pasientens/brukerens journal, og er en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov utredes.
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.
- Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen, snarest mulig gi et foreløpig svar på søknaden. I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis et slikt foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.
- I et enkeltvedtak skal det vises til de regler vedtaket bygger på, samt opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans, den nærmere fremgangsmåte ved klage og retten til innsyn i sakens dokumenter.

Organisering av tjenestetildeling

Birkenes kommune har organisert tjenestetildelingen sin slik at saksbehandlingen gjennomføres i den enkelte tjeneste, henholdsvis i hjemmetjenesten, psykisk helse, boveiledertjenesten og på sykehjemmet. For sykehjem utgjør stillingen til saksbehandler innen tjenestetildeling 20 %, mens det for hjemmetjenesten er tilsatt en saksbehandler i 50 % stilling for dette henseende. Saksbehandler for sykehjem er p.t. også ansvarlig for den tjenestetildelingen som omfatter plass i omsorgsbolig. Saksbehandlerne fra de ulike tjenestene utgjør sammen med fysioterapeut, kommunens koordinerende enhet. Denne samarbeidsarenaen skal legge til rette for godt tverrfaglig samarbeid og sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Dette omfatter, i henhold til rutine, både samhandling internt i kommunen, med fastleger, andre sektorer og spesialisthelsetjenesten.¹⁴

De søknader som omhandler sykehjem eller plass i omsorgsbolig behandles på ukentlige inntaksmøter, der enhetsleder for sykehjem, enhetsleder for hjemmetjeneste, teamleder ved sykehjem og hjemmetjenester, tilsynslege, fysioterapeut og saksbehandler for sykehjem deltar. Hensikten med inntaksmøtet beskrives i kommunens rutine å skulle sikre at tjenestetildelingen skjer i henhold til lovverk, forskrifter og lokale tilpasninger. Før inntaksmøtene gjennomføres det på sykehjemmets korttidsavdeling et tavlemøte med gjennomgang av brukerne, i tillegg til at legevisitt for sykehjem er lagt i forkant av inntaksmøtene. Med dette viser saksbehandler for sykehjem til at mye er avklart allerede i forkant av inntaksmøtene.

De søknader til tjenester i hjemmet som ikke omhandler omsorgsbolig, behandles av saksbehandler for tjenester til hjemmeboende. Det utføres faste møter mellom saksbehandler for tjenester til hjemmeboende, teamleder og enhetsleder hver andre uke der saker med behov for drøfting kan gjennomgås. I tillegg viser saksbehandler for tjenester til hjemmeboende til møtearenaen gjennom koordinerende enhet, der fysioterapeut og de andre saksbehandlerne sitter, men at man utover dette ikke har en tverrfaglig møtearena tilsvarende slik inntaksmøtet fungerer for sykehjem.

Kommunen har utarbeidet et dokument med kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester, som ble vedtatt av kommunestyret i 2020. Av dokumentet beskrives det at kommunen anser det som fordelaktig at saksbehandlerne har god kjennskap til brukernes situasjon, og dermed er organisert som de er. Samtidig fremgår det at det er ønskelig med en vurdering av om kommunen bør etablere en egen tildelingsenhet/tjenestekontor med ansvar for vurdering av behov og tildeling av tjenester.¹⁵

At tjenestetildelingen er organisert til de ulike enhetene beskrives av samtlige nøkkelpersoner innen tjenestetildeling som revisjonen har vært i kontakt med, å være velfungerende.

¹⁴ Vedtatte kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester 2020 i Birkenes kommune

¹⁵ Ibid

Saksbehandler for sykehjem viser til ordningen som ressursbesparende, mer enn utfordrende, fordi man med dette sitter så tett på brukerne som man gjør. Saksbehandler for sykehjem anser at organiseringen likevel sikrer å ivareta habilitetssystemet i henhold til forvaltningsloven. Det vises til at ved oppgaver der saksbehandler har vært å anse som inhabil, har dette blitt satt bort til andre i linja, slik som enhetsleder. Det vises også til et tilfelle der man brukte tildelingstjenesten i Lillesand for å sikre at habilitetsspørsmålet ble ivaretatt.

Enhetsleder for sykehjem opplever tjenestetildelingen for sykehjem som hensiktsmessig slik den er i dag, og ser dette i sammenheng med at man er mange nok representanter inn i beslutningsforumet (inntaksmøtet). Ved fattig av vedtak viser enhetsleder for sykehjem til at man ikke kjenner på et personlig ansvar overfor vedtaket, men på en trygghet rundt at begrunnelsene er fattet i tverrfaglig fellesskap. Det beskrives at det aldri er slik at en eller to personer alene fattet et vedtak om sykehjemsplass, det er inntaksmøtet sitt vedtak, og det er der eierskapet oppfattes å ligge. Enhetsleder for sykehjem beskriver videre en organisering av tjenestetildeling så nært på tjenesten at man kan ta kjappe beslutninger ved endring i brukers situasjon. På denne måten oppleves tjenestetildelingen for enhetsleder på sykehjem som mer velfungerende for kommunen, enn hva en organisering med et tjenestekontor ville vært.

Videre viser saksbehandler for sykehjemmet til at hun på tross av å være sykehjemmets eneste saksbehandler, sjeldent har kommet i situasjoner der hun har opplevd press fra brukere eller pårørende på å gi nok tjenester. Det beskrives at dette kan oppfattes annerledes for saksbehandler innen hjemmetjenester, da det her kan ligge en større forventning hos pårørende og brukere om tildeling av timer, og da spesielt timer til praktisk bistand.

På spørsmål til saksbehandler for hjemmetjenesten om hennes opplevelse vedrørende dette, beskrives en organisering som anses som hensiktsmessig med tanke på at man kommer nærmere brukeren og dens behov, men at dette også kan gjøre det mer krevende å fatte vedtak, spesielt innen praktisk bistand.

Etter kommunalsjefs opplevelse er man akkurat i grensesjiktet til om det er mest hensiktsmessig med tjenestekontor eller ikke. Det anses at et økende behov for tjenester innen hjemmetjenester er det som potensielt kan føre til at det på sikt vil bli mer hensiktsmessig å gå over til en ren bestiller-utfører-modell, med etablering av et tjenestekontor. Sykehjemmet har i sin praktisering etablert en modell der bestiller- og utførerfunksjonene er adskilt som følge av at saksbehandler ikke jobber i pleien, mens hjemmetjenesten ikke på tilsvarende måte har adskilt de to funksjonene. Det beskrives som en utfordring at saksbehandler for hjemmetjenesten kan stå litt alene i krysspisset av bestiller- og utførerrollen. Kommunalsjef opplever at ledergruppa støtter godt opp om avgjørelser rundt vedtak i hjemmetjenesten, men at det samtidig vil være kjent for brukerne hvilken person som står bak saksbehandlingen i en liten kommune som Birkenes, og at det dermed vil kunne føles litt alene i front for saksbehandler.

Kartlegging

Birkenes kommune benytter seg av fagsystemet *Gerica* til saksbehandling innen helse- og omsorg. Fagsystemet fungerer som elektronisk pasientjournal, pasientadministrativt system og inneholder funksjoner for saksbehandling og oppfølging av pasienter m.m. Søknadene kommunen mottar kommer fra forskjellige hold, som fra brukeren selv, fastlege, pårørende, hjemmesykepleie eller sykehus. Ofte vil søknader komme fra personer som allerede mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og i disse tilfellene vil det ligge en god del informasjon om brukeren i systemet fra før, som sammen med annen relevant innhentet informasjon danner grunnlag for vedtaket.

Det er utarbeidet individuelle rutiner for kartleggingssamtale for søkere av tjenester på sykehjem og hjemmetjenesten, som er forelagt revisjonen. Kartleggingsskjemaet for hjemmetjenesten skal sikre strukturert oppfølging av nye brukere, og er delt opp i to deler. Del 1 har i hovedsak et medisinsk fokus, og har som hensikt å kvalitetssikre medikamentoppfølging, opplysninger fra lege/sykehus samt vurdere tjenestebehov. Del 2 skal sikre en helhetlig vurdering av bruker, samt vektlegge brukerens egne ønsker ved å spørre om «Hva er viktig for deg?». I tillegg skal det, i henhold til rutine, gjennomføres en evaluering av brukers status etter fem uker.

Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende viser til at kartleggingen gjennomføres av sykepleier eller helsefagarbeider, og at dette i tilfeller ved søknad om praktisk bistand gjennomføres ved at fysioterapeut i kommunen kommer hjem til bruker på et kartleggingsbesøk. Ved hjemmebesøk av fysioterapeut kan bruker «testes» i forhold til sine fysiske funksjoner. Det skrives i etterkant av fysioterapeuts hjemmebesøk en rapport som sammen med dokument fra fagarbeider eller sykepleiers kartleggingsbesøk danner grunnlag for saksbehandlers fatting av vedtak.

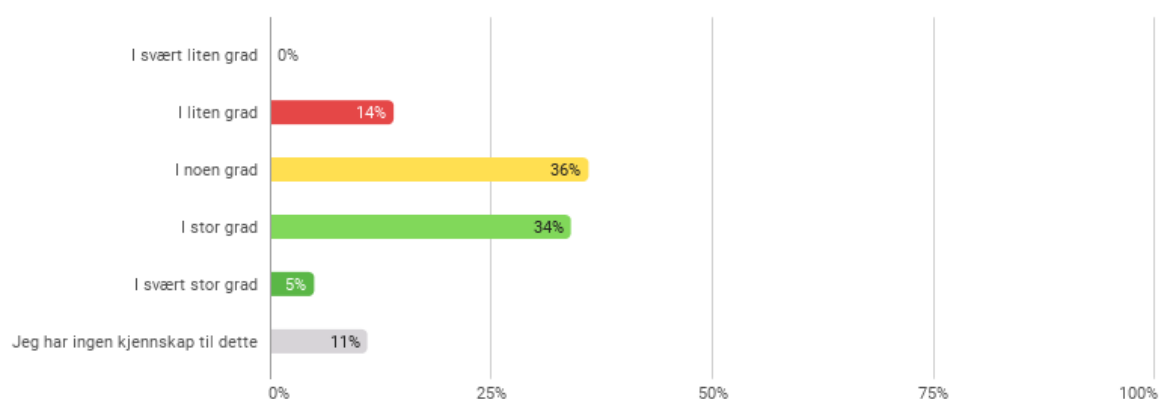
Når det gjelder kartlegging av brukere på sykehjemmet, viser saksbehandler til at alle søkere på langtidsopphold på sykehjem først innvilges et korttidsopphold, slik at man med dette sikres nok informasjon om bruker til å kunne behandle søknaden om langtidsopphold. I tilfeller ved overflytting fra sykehus til institusjon gis det alltid muntlig tilsagn om korttidsopphold, og tjenesten fatter aldri vedtak før de har sett pasienten og gjort sin vurdering sammen med pasient og pårørende. Kartleggingssamtalen gjennomføres av sykepleier eller helsefagarbeider ved institusjon, i henhold til rutine for dette, og informasjonen som innhentes av helsepersonell i denne prosessen, danner videre grunnlag for de drøftinger som gjøres på inntaksmøtet.

Saksbehandler for tjenester til hjemmeboende opplever at det er etablert gode rutiner for at bruker blir tilstrekkelig kartlagt i forkant av tjenestetildeling. Hennes erfaring er at det som hovedregel alltid gjennomføres kartleggingssamtaler før tjenestetildeling, der brukers status videre fanges opp gjennom 5-ukers evaluering som følger i tjenestens arbeid. Ved tjenesteoverganger, som ved overflytting mellom sykehjem og hjemmetjeneste, tilstrebes det at det alltid skal foreligge en overføringsrapport fra den ene til den andre tjenesten. Stoppunktene som «det gode pasientforløp» gir i form av blant annet 5 ukers-samtale,

oppleves av saksbehandler for sykehjem som gode for å vurdere nivå av tjenestene, og bidrar i arbeidet med å gi riktig tjenestetilbud.

Som beskrevet under metode, gjennomførte revisjonen en gjennomgang av vedtak og bakenforliggende informasjon som vedtaket var fattet basert på, av totalt 20 brukere av hjemmetjenesten og sykehjem. Ett av punktene som ble undersøkt, var hvorvidt kartlegging av bruker i forbindelse med tjenestetildeling, var gjennomført. Av gjennomgangen fremgikk det at alle de 20 brukerne var kartlagt, enten i henhold til tjenestens rutine for kartleggingssamtale (med unntak av én bruker med vedtak fra 2010), eller gjennom overflytningsnotat fra annen tjeneste eller sykehus. Av de 20 brukerne, hadde 14 av dem kartlegging i henhold til kommunens kartleggingsrutine og fem av dem overflytningsnotat. Syv av ti brukere på sykehjem var kartlagt under en måned før/etter fattig av vedtak, mens brukerne i hjemmesykepleien i hovedsak var kartlagt 0-3 måneder før/etter fattig av vedtak.

De ansatte på sykehjem og hjemmetjenesten ble spurt om følgende spørsmål: *Opplever du at bruker i tilstrekkelig grad er kartlagt, slik at brukers status er godt kjent, før tjenesten blir tildelt?* (N = 44)



Av svarene fremgår at størsteparten av de ansatte opplever at brukere i noen eller stor grad er tilstrekkelig kartlagt før tildeling av tjeneste. 14 % svarte i liten grad og ingen svarte i svært liten grad på spørsmålet om tilstrekkelig kartlegging. Det er ingen vesentlig forskjell i rapportert grad fra ansatte på sykehjem og i hjemmetjenesten.

Bruk av ADL/IPLOS

Som del av kartleggingen skal det i henhold til lovkrav og tjenestens rutiner innhentes ADL/IPLOS-score. Denne er basert på 18 funksjonsvariabler og er utviklet for at helsemyndighetene nasjonalt, regionalt og lokalt skal kunne utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkers/tjenestemottakers bistandsbehov. Målet er at det skal sikre god ressursutnyttelse, i tillegg til likeverdige og virkningsfulle tjenester.¹⁶ I helsedirektoratets IPLOS-veileder fremgår det at det i forbindelse med saksbehandling av søknad er nødvendig å innhente relevant informasjon om brukers

¹⁶ Helsedirektoratet (2015). IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester.

situasjon, og at IPLOS-opplysningene således utgjør en viktig del av denne relevante og nødvendige kartleggingen.

Bilde 1 - Funksjonsvariabler ADL/IPLOS

Fysisk funksjonsvikt	1. Alminnelig husarbeid
	2. Skaffe seg varer og tjenester
	3. Personlig hygiene
	4. På- og avkledning
	5. Toalett
	6. Lage mat
	7. Spise
	8. Bevegelse innendørs
	9. Bevegelse utendørs
	10. Ivareta egen helse
Kognitiv/adferd funksjonsvikt	11. Hukommelse
	12. Kommunikasjon
	13. Beslutninger i dagliglivet
	14. Sosial deltakelse
	15. Styre adferd
Annet	16. Syn
	17. Hørsel
	18. Ivareta egen økonomi

ADL/IPLOS-screening gjennomføres ved at bruker får en verdi fra én til fem på hver av de 18 funksjonsvariablene, som samlet sett beskriver brukers evne til å utføre dagliglivets aktiviteter.¹⁷ Saksbehandler for sykehjem viser til at en samlet score på 3 anses som en bruker der man kan gå litt til og fra, 4 indikerer en bruker med behov for sykehjemsplass, mens en bruker med score på 5 gjerne er sengeliggende med stort behov for pleie.

I både sykehjem og hjemmesykepleiens kartleggingsrutine, fremgår det at man skal innhente eller oppdatere brukers ADL/IPLOS-verdi i forbindelse med kartleggingssamtalen.

Saksbehandler for sykehjem viser til at ansatte innen tjenesten er godt kjent med ADL/IPLOS-screening, men viser til at de opplever ADL/IPLOS-kartlegging som lite hensiktsmessig på blant annet brukere med kognitiv svikt og demens. Saksbehandler for hjemmetjenesten viser til at journalføringen på brukeren anses som mer hensiktsmessig som bakgrunn for vedtaksfattingen. Hennes erfaring er at ADL-score ikke i særlig grad benyttes ved tjenestetildeling innen praktisk bistand og hjemmesykepleie, mye fordi den ofte ikke anses som oppdatert nok.

Dette fremgikk også av revisjonens gjennomgang av vedtak, der det ble undersøkt dager mellom nærmeste ADL-screening og dato for vedtak. Av gjennomgangen

¹⁷ Store medisinske leksikon (2018). ADL. Hentet 15. oktober 2023 fra <https://sml.snl.no/ADL>

fremgikk det at brukerne av hjemmesykepleien i gjennomsnitt hadde sin nærmeste ADL-score 75 dager før/etter vedtaket ble fattet. For sykehjem var nærmeste ADL-screening i gjennomsnitt gjennomført 141 dager før/etter fattig av vedtak. Hos to av de ti gjennomgåtte brukerne på sykehjem, var tiden fra nærmeste ADL-screening til vedtak hele 450 dager eller mer. I forbindelse med revisjonens vedtaksgjennomgang viser saksbehandler for sykehjem til at man ser at det foreligger et forbedringspotensiale ved innhenting av denne typen informasjon.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning står sentralt i tjenestens rutiner for kartlegging, og både hjemmetjenestens og sykehjemets kartleggingsrutine starter, i henhold til skjemaet, med å spørre bruker «Hva mener du er viktig for deg nå?».

Bilde 2 - Kartleggingsskjema hjemmesykepleien vedrørende brukermedvirkning

Kartlegging del 2		
Tema	Utført	Forklaring
1. Brukermedvirkning		
Hva er viktig for deg?		
Hva er viktig for deg ved en forverring av din helsetilstand?		Vurdere forhåndssamtale?

Bilde 3 - Kartleggingsskjema Sykehjem vedrørende brukermedvirkning

1. Introduksjon	
Hva mener du er viktig for deg nå? (Evt. spør pårørende om hva de opplever at pasienten ville synes var viktig)	

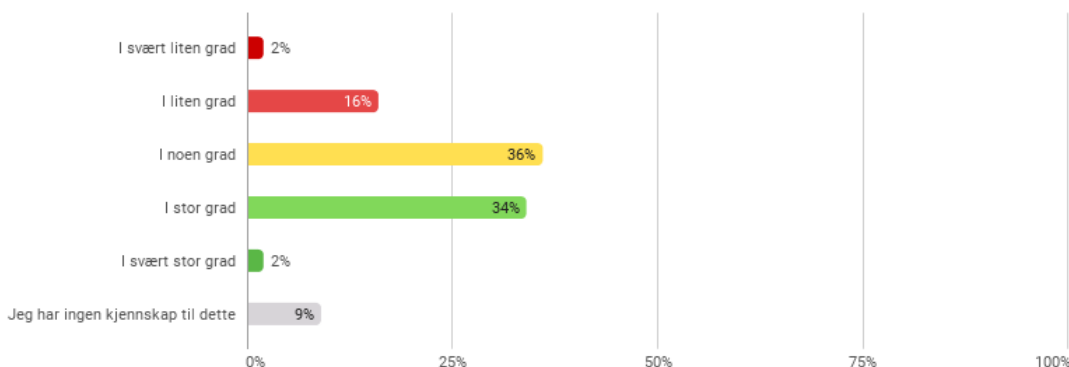
Videre vektlegges brukermedvirkning i 5-ukers evalueringen, som i henhold til tjenestens rutiner har som hensikt å sikre at riktige tjenester og tiltak blir gitt, samt vektlegge brukerens egne ønsker ved å spørre om «Hva er viktig for deg **fremover**».

Saksbehandler for hjemmesykepleien viser til at hun opplever at man tenker brukermedvirkning i hele prosessen fra kartlegging til tjenestetildeling. Dette støttes opp av saksbehandler for sykehjem som viser til at stoppunktene 5-ukers evalueringene gir, også bidrar i dette arbeidet.

I revisjonens gjennomgang av vedtak ble det undersøkt om brukers mening var innhentet i henhold til rutine for kartlegging av brukere. Av gjennomgangen fremgikk det at syv av ti brukere i hjemmesykepleien hadde dokumentert hva som

var viktig for brukere i forbindelse med tildeling av tjeneste. Det samme gjaldt for sykehjem. Av gjennomgangen fremgikk det at alle brukere som var kartlagt i henhold til tjenestens kartleggingsskjema, hadde dokumentert brukerinvolvering. De brukere som manglet dokumentert brukerinvolvering, var brukere med overflyttingsrapport fra sykehus eller annen tjeneste, og som ikke var blitt kartlagt i henhold til kommunens skjema for dette.

Revisjonen stilte i spørreundersøkelsen til de ansatte, spørsmålet: *Opplever du at brukere/pårørendes stemme blir hørt ved utforming av tjenestetilbud?* (N=44)



Av svarene fra undersøkelsen fremgår at 72 % av de ansatte i noen, stor eller svært stor grad mener at brukers stemme blir hørt ved utforming av tjenestetilbud. Ved å se nærmere på de to tjenestene, fremgår det at 30 % av de ansatte på sykehjem opplever at bruker eller pårørendes stemme i liten eller svært liten grad blir hørt, mens det for hjemmetjenesten er 9 % som mener det samme.

Utforming av vedtak

Av forvaltningsloven fremgår krav som foreligger ved utforming av et enkeltvedtak, herunder:

- Et enkeltvedtak skal være skriftlig
- Det skal vises til korrekt og fullstendig lovhjemmel
- Det skal gis opplysning om klageadgang
- Det skal gis informasjon om partens innsynsrett
- Det skal foreligge en begrunnelse på hvorfor tjeneste er innvilget eller ikke, med unntak av dersom det innvilges en søknad uten grunn til å tro at noen part vil være misfornøyd med vedtaket.

Kommunen benytter seg av ferdige maler fra Gerica ved utforming av vedtak. Ifølge saksbehandler for sykehjem ble det nylig gjennomført en gjennomgang av disse i regi av Tieto EVRY, som eier av Gerica, for å sikre oppdatert informasjon i henhold til lovkrav.

Bilde 4 – Vedtaksmal for tjenestetildeling

Lovhjemmel:

Vedtaket er fattet med hjemmel i:

Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1a rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester § 3-1:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester jf. §3-2 1 ledd punkt 6: For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende: Andre helse- og omsorgstjenester, herunder: c) plass i institusjon, herunder sykehjem

Klageadgang:

Fylkesmannen er klageinstans for pasienter og brukere som mener de ikke har fått de helse- og omsorgstjenestene de har krav på, jf. § 7-2.

Klagen fremsettes til din saksbehandler i Birkenes kommune, som vil vurdere saken på nytt.

Dersom vedtaket opprettholdes fremlegges saken for Fylkesmannen for endelig avgjørelse.

Klagefristen for saker er 4 uker, jf. § 7-5.

For nærmere opplysninger, eller hvis du har behov for å fremsette en klage, kan din saksbehandler være behjelpelig med dette.

Innsynsrett:

Dersom du ønsker å gjøre deg kjent med de dokumenter som ligger til grunn for vår vurdering og avgjørelse, har du rett til innsyn i dokumentene i henhold til lov av 19.09.69 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) § 18, første ledd, jf. § 18, annet ledd flg. og § 19 (unntaksbestemmelsene). Dersom du ønsker innsynsrett, kan din saksbehandler

Av malen henvises det, i henhold til de krav som fremgår av forvaltningsloven, til korrekt og fullstendig lovhjemmel, opplysning om klageadgang og informasjon om partens innsynsrett. I tillegg inneholder malen mer saksspesifikke punkter som tar for seg bakgrunnsopplysninger, tidsperiode og begrunnelse for vedtaket.

I revisjonens gjennomgang av vedtak, fremgikk det at alle de 20 undersøkte vedtakene inneholdt informasjon om lovhjemmel, klageadgang og innsynsrett, i henhold til det som fremgår av vedtaksmalen vist over. Alle de gjennomgåtte vedtakene inneholdt enten informasjon om begrunnelse for valg av tjeneste, eller var blitt innvilget i sin helhet, og dermed unntatt forvaltningslovens krav om begrunnelse.

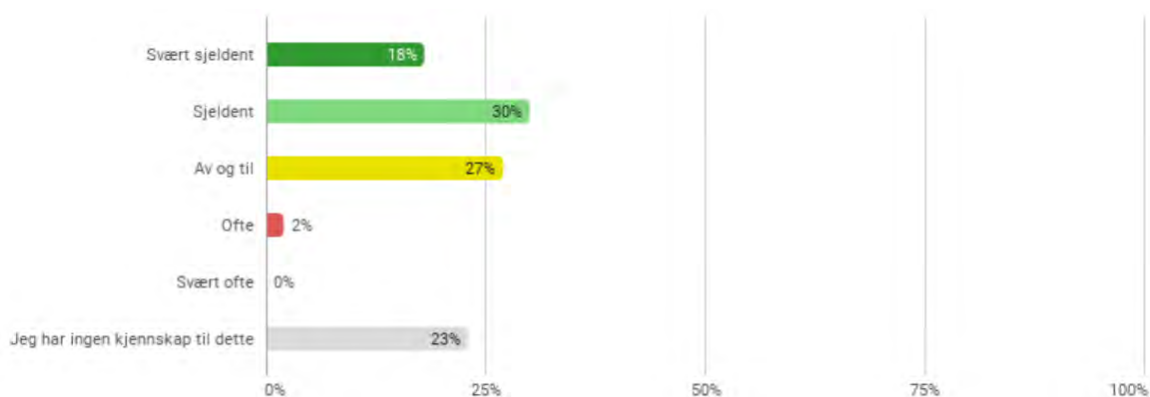
Videre fremgår det av forvaltningsloven at kommunen skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det snarest mulig gis et foreløpig svar på søknaden. Saksbehandler for hjemmetjenesten viser til at man stort sett alltid klarer å forholde seg til

saksbehandlingsfristen på fire uker, og at det derfor ikke har vært behov for å sende ut midlertidig svar på søknad.

På revisjonens gjennomgang av vedtak, ble det undersøkt antall dager fra søknad til det forelå vedtak. Av gjennomgangen fremgikk det at nye søknader på hjemmesykepleie i hovedsak ble saksbehandlet innen 14 dager, hvorav de fleste innen en uke. Én av søknadene hadde behandlingstid på tre måneder, fra det ble søkt om tjeneste i juni, til vedtaket forelå i september. I tilfeller der vedtaket hadde sin bakgrunn i revurdering var det noe lenger behandlingstid. Saksbehandler for hjemmetjenesten viser til at dette blant annet har sin bakgrunn i at man tidligere førte «til dato» på vedtakene, noe man den senere tid har gått bort fra, til fordel for revurdering i henhold til behov. Videre påpekes det i intervju at kartlegging og tjeneste iverksettes av hjemmesykepleien når søknad mottas, og at nødvendig helsehjelp således alltid blir ivaretatt i perioden fra søknad til vedtaket er fattet.

Av revisjonens tilsvarende gjennomgang på sykehjem, forelå det at gjennomsnittlig saksbehandlingstid var på 10 dager, med en variasjon fra 0 til 30 dager. Således var alle ti brukerne å anta som saksbehandlet i henhold til forvaltningslovens bestemmelse om behandlingstid.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt følgende spørsmål: *Opplever du at brukere blir stående uten nødvendig hjelp i påvente av saksbehandling?*



Av svarene fremgår det at kun 2 % av respondentene opplever at dette ofte eller svært ofte er tilfellet.

Bruk av innsatstrappa

I kommunens vedtatte kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester beskrives prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON), eller innsatstrappa. Det beskrives at tjenestene så langt som mulig skal baseres på tidlig innsats, der en kommer raskt inn når et behov oppstår. Denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre at innbyggerne opprettholder størst mulig grad av egenmestring og

livskvalitet gjennom å bruke egne ressurser.¹⁸ Brukere som mottar helsehjelp fra kommunen kan gjerne motta tjenester fra ulike trinn i innsatstrappa, der eksempelvis trygghetsalarm fra trinn 1 kombinert med hjemmesykepleie fra trinn 3 fremgår som en vanlig kombinasjon. De ulike trinnene i trappa har egne kriterier for tjenestetildeling, med tilhørende kostnadsnøkler for tjenesteproduksjonen.¹⁹

Bilde 5 – Innsatstrapp i Birkenes kommune

Trinn 0	Forebyggende hjemmebesøk (>78 år)	Ikke lovpålagt
Trinn 1	Frisklivssentral	Ikke lovpålagt
	Trygghetsteknologi	Ikke lovpålagt
	Matombringing	Ikke lovpålagt
	Dag- og aktivitetstilbud	Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
Trinn 2	Omsorgsstønad	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 og 3-6
	Brukerstyrt personlig assistanse	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 og 3-8
	Støttekontakt	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
Trinn 3	Praktisk bistand - opplæring	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Praktisk bistand	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Hverdagsrehabilitering	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Rehabilitering og habilitering utenfor institusjon (utført av fysio- og ergoterapeut)	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Hjemmesykepleie	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
Trinn 4	Korttidshybel	Ikke lovpålagt
	Korttidsopphold i sykehjem	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Tidsbegrenset rehabilitering i institusjon	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Avlastning	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
Trinn 5	Heldøgns-omsorgsbolig (HDO)	Ikke lovpålagt
Trinn 6	Langtidsopphold sykehjem	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
	Fysioterapi og ergoterapi i institusjon	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2
Trinn 7	Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH)	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2

Det er iverksatt flere tjenestetilbud som kan bidra til å utsette eller redusere brukernes behov for mer ordinære tjenester i kommunen. Som eksempel på lavterskeltilbud viser enhetsleder for hjemmetjenester til at det høsten 2022 ble gjennomført helsefremmende infomøte til 78-åringer. Dette er et tilbud om råd og veiledning til eldre som ikke allerede har tjenester, eller som har begrensede tjenester fra kommunen. Av kommunens vedtatte kriterier for

¹⁸ Vedtatte kriterier for tjenestetildeling av helse- og omsorgstjenester

¹⁹ Ibid

tjenestetildeling fremgår formålet for dette å skulle sikre en forventningsavklaring mellom kommune og innbygger, i form av informasjon vedrørende hvilke behov kommunen bistår med og hvilke behov hver enkelt innbygger må dekke selv. Kommunalsjef viser også til at man har etablert et godt samarbeid med frivilligheten for å blant annet ivareta enklere oppdrag i innsatstrappa som ikke er hjemlet i lov.

Saksbehandler for hjemmetjenesten beskriver at man er bevisste på tjenestetildeling i henhold til innsatstrappa, og blant annet bruker mye trygghetsalarm og annen velferdsteknologi før man går inn med andre tyngre tjenester. Alle som søker om tjeneste innen hjemmesykepleie eller sykehjem, skal i henhold til tjenestenes rutiner kartlegges med tanke på potensialet for bruk av velferdsteknologi. I revisjonens gjennomgang av dette punktet, fant man at hjelpemidler/velferdsteknologi var dokumentert hos samtlige ti brukere som ble undersøkt på sykehjem, mens åtte av de ti gjennomgåtte brukerne innen hjemmetjeneste hadde dette.

Som det fremgår av kommunens tjenesteoversikt, er tilbudet om heldøgnsorgsbolig ikke en lovpålagt tjeneste. Som beskrevet i revisjonskriteriene, skal dette tjenestetilbudet sikre å ivareta kommunens ansvar vedrørende tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgntjenester.²⁰ Heldøgnsorgsboliger er således å forstå som et kostnadseffektivt alternativ til institusjon, og er i henhold til kommunens vedtatte kriterier for tjenestetildeling, et tiltak for å bidra til å utsette eller erstatte behovet for institusjonsplass for eldre og kronisk syke. Det beskrives videre i kommunens kriterier for tildeling, at relevante tiltak som eksempelvis HDO, skal være utprøvd og/eller vurdert før tildeling av langtidsplass på sykehjem, i henhold til prinsippet om LEON.

Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende viser til at man i ledelsen følger med på pleietyngden på HDO, og gjør en bevisst drøfting av brukere med et så stort behov for helsehjelp at de overgår et visst timeantall (omkring 30 timer/uke) av hjemmetjenesten. Man har den senere tid hatt flere brukere opp mot dette timeantallet i HDO-boliger, og har i enkelte tilfeller vurdert det som bedre og mer kostnadseffektivt å overflytte brukerne til sykehjem.

Enhetsleder for sykehjem viser til at man i hovedsak opplever å ha ledig kapasitet til å dekke brukeres behov for sykehjemsplass. Det beskrives at tjenesten er noe mer presset på langtidsplasser, mens man stort sett erfarer å ha tilgjengelig plass på korttidsavdelingen. Selv om tjenesten opplever å ha tilgjengelig kapasitet, beskriver enhetsleder at man er bevisste på å forholde seg til likhetsprinsippet, slik at retningslinjene for å få tildelt plass ikke svinger i henhold til eventuell ledig kapasitet. Det er viktig at brukerne får tilbud om likeverdige tjenester i henhold til hva behovet deres er. I tvilstilfeller over hva som er riktig tjeneste vises det til at man aktivt bruker utarbeidede retningslinjer innen tjenestetildeling, innsatstrapp eller veiledningsverktøyet *veiledning.no*. Kommunens mål om at innbyggere skal kunne bo hjemme lengst mulig, opplever enhetsleder for sykehjem at de ansatte tok raskt eierskap til. Blant annet ses dette i sammenheng med «gode pasientforløp» som ble innført i perioden

²⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, KS (2017). «Heldøgns» Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning.

2016 - 2019, der man jobber særlig mot å yte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester, på tvers av innsatstrappa og kommunens tjenestetilbud.

Kommunalsjef viser i intervju til at tjenesten kontinuerlig jobber for å sikre forsvarlige tjenester i henhold til prinsippet om LEON. I den forbindelse vises det til den ledige avdelingen på sykehjemmet som skal åpnes først når behovet for disse plassene oppstår. Det var i utgangspunktet lagt inn i handlingsplanen at avdelingen skulle åpnes i 2026, men som følge av oppdaterte tall på demensforekomst, har man utsatt åpning til foreløpig antatt behov for dette kommer i 2027. Kommunalsjef viser til at ledelsen følger nøye med på demografiutvikling, demensforekomst og situasjonen i egne tjenester.

Tjenesteomfang

Kommunen gjennomførte i 2019 prosjektet *hjemmetjeneste inn i framtida*. Bakgrunnen for prosjektet var å se på om hjemmetjenesten i kommunen var organisert på best mulig måte for å møte fremtidige behov hos innbyggerne. I forbindelse med prosjektet ble det gjennomgått flere endringsprosesser, der blant annet hjemmesykepleie og praktisk bistand ble slått sammen til en felles tjeneste – *Tjenester til hjemmeboende*. Dette vil bli gått nærmere inn på i rapportens andre problemstilling.

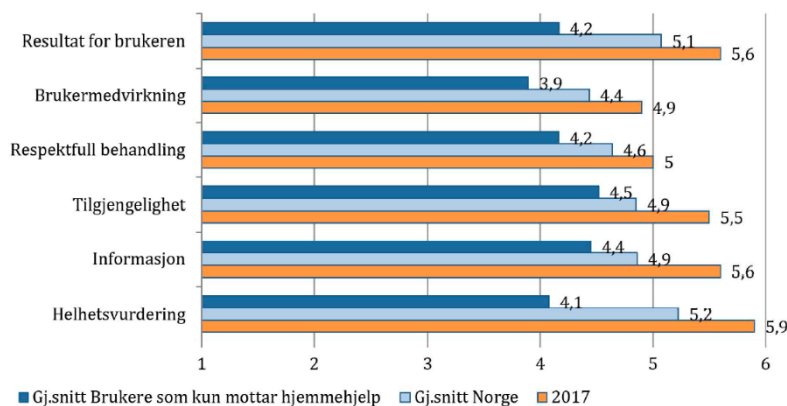
Det ble imidlertid også gjennomført en omfattende gjennomgang av vedtak til brukere av praktisk bistand. Saksbehandler for sykehjem viser til at man i denne gjennomgangen oppdaget at enkelte vedtak var å anse som uhensiktsmessig omfattende, der disse ble omgjort i henhold til å omfavne nødvendig tjenestebehov. Praktiseringen av tildelingen ble også endret fra å inneholde tildelte timer, til å inneholde faktiske tjenester. Det beskrives av samtlige nøkkelpersoner revisjonen har vært i kontakt med, at praktisk bistand-tildelingen i Birkenes kommune i forkant av dette, var å anse som for romslig. Etter teamleder for hjemmetjenestens erfaring har gjennomgangen av vedtak innen praktisk bistand ført til at man har fått en mer lik og rettferdig tildeling av tjenester. Brukere får etter hennes vurdering nødvendig helsehjelp og bistand, men kvaliteten på praktisk bistand er lavere i den forstand at brukere ikke lenger får like omfattende bistand som de tidligere fikk. Det beskrives av saksbehandler for tjenester til hjemmeboende at det sjeldent gis avslag på søknader, og at det i slike tilfeller omhandler brukere med ønske om bistand til praktiske gjøremål, som ikke vurderes å komme inn under definisjonen om nødvendig helsehjelp. Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende beskriver at man har sett en tendens til at enkelte brukere har valgt å kjøpe mer bistand privat, noe som også påpekes i intervju med teamleder for hjemmetjenesten. Likevel opplever enhetsleder for hjemmetjenester at man i dag gir praktisk bistand mer i henhold til brukers behov for nødvendig helsehjelp, enn man gjorde før.

Omgjøringen av vedtakene beskrives av fagutviklingssykepleier å ha skapt litt støy blant brukerne. Det vises til at dette også kom frem av brukerundersøkelsen i 2020, der det særlig ble påpekt større misnøye i forbindelse med praktisk bistand.

Revisjonen er forelagt resultatene fra brukerundersøkelsen i 2020. Av denne fremgår at brukerne som kun mottar praktisk bistand (hjemmehjelp), jevnt over vurderer tjenestene

lavere, enn ved tilsvarende brukerundersøkelse gjennomført i 2017. Resultatene for praktisk bistand er også vesentlig lavere enn nasjonal statistikk på alle de undersøkte områdene. Størst er reduksjonen på helhetsvurdering av tjenesten, der brukerne i gjennomsnitt ga en vurdering på 4,1, mot landsgjennomsnittet på 5,2.

Bilde 6 – Brukerundersøkelse 2020, brukere som kun mottar hjemmehjelp (N=18)



I tilsvarende undersøkelse blant dem som kun mottar hjemmesykepleie, er brukertilfredsheten i 2020 for øvrig relativt tilsvarende hva den var i 2017. Brukere av hjemmesykepleie i Birkenes vurderer tjenesten noe over landsgjennomsnitt på alle områder, med en helhetsvurdering på 5,6, mot landsgjennomsnittet på 5,2.

Beboere på sykehjem var også inkludert i brukerundersøkelsen, men som følge av få respondenter (N=3), gir resultatene begrenset informasjon om brukertilfredshet. Av svarene som forelå fikk tjenesten forøvrig en helhetsvurdering i Birkenes på 5,0, relativt tilsvarende landsgjennomsnitt på 5,2. Pårørende til brukere på sykehjem ble også inkludert i undersøkelsen, der 61 % besvarte spørsmålene. Av resultatene fremgår at pårørende i kommunen er mer tilfreds med alle de undersøkte punktene, enn hva pårørende på landsgjennomsnitt er. Som helhetsvurdering får Birkenes 5,1 som score, mot landsgjennomsnitt på 5,0.

På revisjonens spørsmål vedrørende resultatene fra brukerundersøkelsen viser kommunalsjef til at man har som et mål at kommunen skal ligge på landsgjennomsnitt. Brukere av praktisk bistand i Birkenes har fra før av scoret langt over gjennomsnittet, og nedgangen i resultatene man så i 2020 anses å ha en sammenheng med flere av brukernes reduksjon i omfang av tildelte tjenester. Det er planlagt ny brukerundersøkelse i 2023, og kommunalsjef viser til at denne vil gi nyttig innsikt i om man har truffet på tjenesteomfang.

For å kunne si noe mer om brukertilfredsheten har sammenheng med tjenestetildelingen i kommunen, har revisjonen gjennomgått ulike data fra KOSTRA²¹ innen praktisk bistand,

²¹ KOSTRA er en type lovpålagt rapportering fra kommune til stat, som blant annet skal sikre styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner. Basert på hvilke kostnader kommunene står overfor i forbindelse med å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver, plasseres kommunen i ulike kommunegrupper. Disse kostnadene varierer mellom kommunene på grunn av ulike demografiske, sosiale og geografiske forhold.

hjemmesykepleie og institusjon. Birkenes kommune er plassert i kommunegruppe 11 (KG 11), sammen med blant annet Froland, Lillesand, Risør, Farsund, Rakkestad, Sveio og Vågan. For å sikre mest mulig demografisk sammenlignbare grupper, er Froland, Rakkestad, Sveio og Vågan fra KG 11 inkludert i sammenligningsgrunnlaget. Dette særlig sett i sammenheng med andel eldre (80+). I tillegg er Iveland, Evje og Hornes, Tvedestrand og landsgjennomsnittet inkludert.

Bilde 7 – Prosentandel innbyggere over 80 år.²²

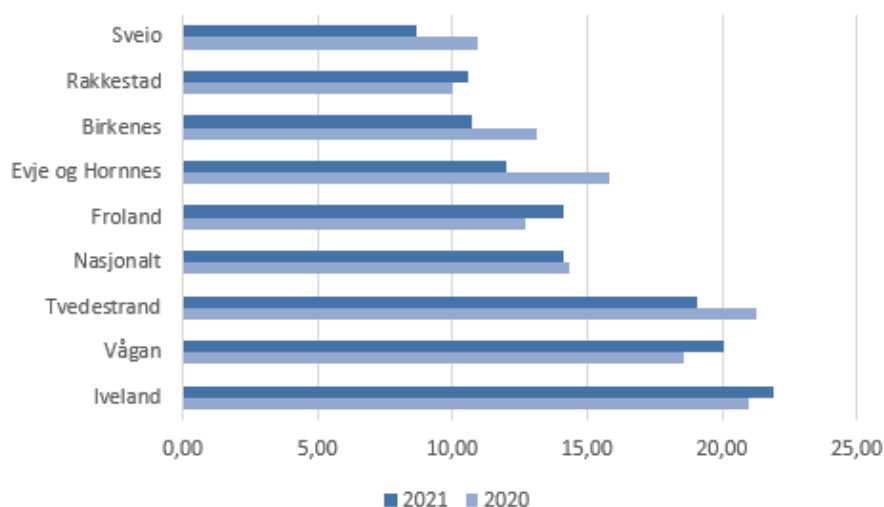
Kolonne1	Innbyggere 80 +	Befolkning	Prosentandel 80 +
Iveland	41	1323	3,1 %
Froland	213	6098	3,5 %
Birkenes	205	5342	3,8 %
Sveio	227	5775	3,9 %
Nasjonalt	240293	5425270	4,4 %
Vågan	443	9724	4,6 %
Rakkestad	382	8312	4,6 %
Evje og Hornes	168	3653	4,6 %
Tvedestrand	297	6115	4,9 %

Den forelagte statistikken vil være viktig å se i sammenheng med at Birkenes har en noe lavere andel av eldre (80+), sammenlignet med andre kommuner. Gruppene er likevel å anse som relativt sammenlignbare, der andre kommuner med større ulikheter fra Birkenes, sånn som Risør, Lillesand og Farsund, er ekskludert fra sammenligningsgrunnlaget.

Av kommunens fremlagte tall vedrørende antall brukere med vedtak innen praktisk bistand, fremgår det at dette per desember 2020 var på 70, med en reduksjon til 58 per desember 2021. Data under er hentet ut fra KOSTRA for 2020 og 2021, og samstemmer med de data kommunen har fremlagt vedrørende brukerstatistikk for tjenesten.

²²Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14.oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Bilde 8 – Brukere med vedtak innen praktisk bistand (per 1000 innbyggere).²³

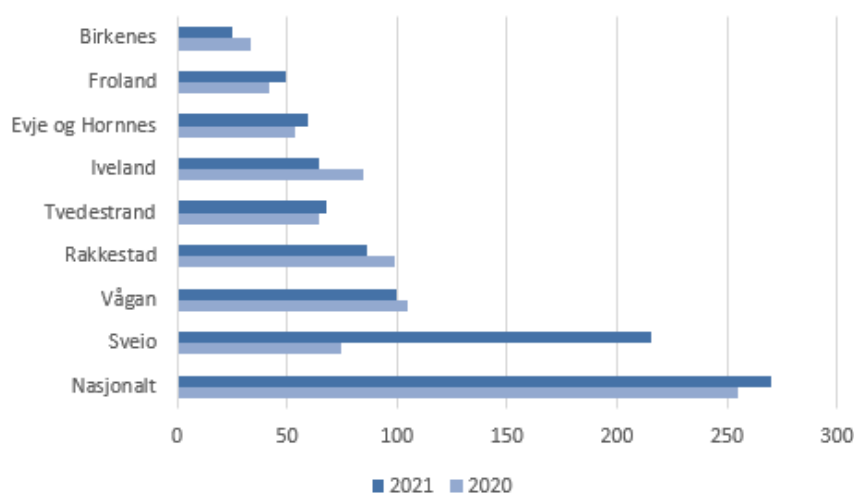


Av tabellen fremgår det at Birkenes kommune ligger lavere på brukere med vedtak innen praktisk bistand enn de fleste av kommunene i sammenligningsgrunnlaget. I 2021 hadde Birkenes 10,7 brukere med vedtak per 1.000 innbyggere. Til sammenligning hadde Evje og Hornes, Froland, Tvedestrand og Iveland henholdsvis 12,0, 14,1, 19,1 og 21,9 vedtak innen praktisk bistand per 1.000 innbyggere, mens dette på nasjonalt nivå var 14,1 av 1.000 brukere. Som nevnt innledningsvis vil det være avgjørende å se forelagt statistikk i sammenheng med at Birkenes har en noe lavere andel av eldre sammenlignet med andre kommuner. Videre vises det i samtale med kommunalsjef til at enkelte tjenester, slik som å ta ut søppel og oppvask, ikke inngår som en praktisk bistand-oppgave, men som ordinær hjemmesykepleie, og at man således har en noe høyere andel praktisk bistand enn det som fremgår av KOSTRA.

Av tjenestens oversendte data på timesforbruk innen praktisk bistand, fremgår det at de 58 brukerne pr desember 2021 samlet fikk bistand på 25,6 timer/uke. Dette tilsvarer under 30 minutter per bruker per uke.

²³ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/>

Bilde 9 – Minutter med praktisk bistand i uka per bruker.²⁴



Av data fra KOSTRA fremgår det at Birkenes kommune med dette har lavest tildelt tid i vedtakene blant kommunene det sammenlignes med. Froland, som ligger nærmest Birkenes, hadde i gjennomsnitt dobbelt så mange minutter med bistand per uke per bruker.

De foreliggende data ble presentert for kommunalsjef, der det ble stilt spørsmål om man med dette kan si at kommunen har sikret nok tilgjengelig kapasitet og ressursinnsats til brukere med helsetjenester i hjemmet.

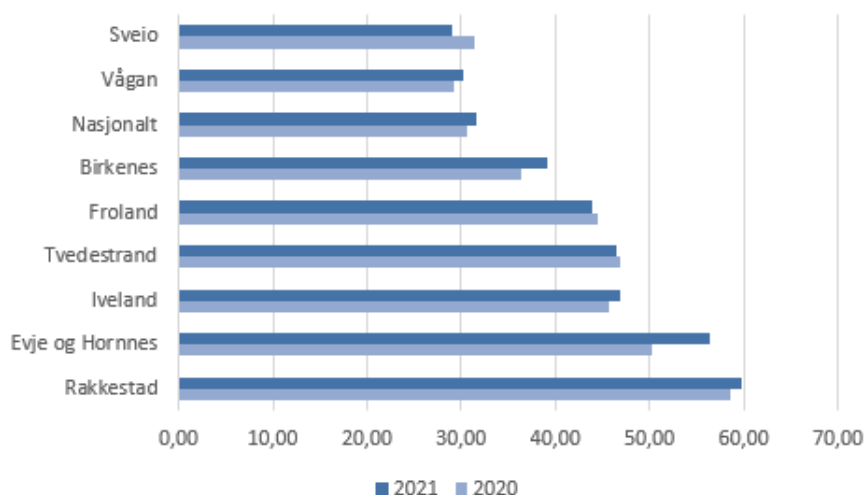
Kommunalsjef viser til at man har vært opptatt av å stramme inn på tjenestetildeling innen praktisk bistand, og at det alltid er en fare for at man da kan stramme inn for hardt. Videre beskrives det at tildelingen innen praktisk bistand har fått så mye oppmerksomhet i kommunen at det overdøver litt andre tiltak som er iverksatt, og som understøtter det å bo trygt hjemme lenger, herunder blant annet dagaktiviteter, opplæring, samtaler med pårørende og velferdsteknologiske løsninger. Selv om man kan ha tatt tjenesten for langt ned, slik at det virker mot kommunens strategi om å ha flest mulig lengst mulig lenge, opplever kommunalsjef at innstrammingen har vært riktig, og at det gjør kommunen mer rustet for fremtiden, der man lenge har vært bevisst at en reduksjon i tjenestetilbudet vil være nødvendig. Det beskrives at kommunen har jobbet målrettet mot å etablere et nullpunkt innen tjenestetildelingen, for å med dette stå bedre rustet når økningen av nye brukere kommer.

Når det gjelder vedtak innen hjemmesykepleie, fremgår det av kommunens oversendte dokumentasjon at Birkenes kommune i juni 2022 hadde 122 brukere med vedtak innen hjemmesykepleie. Av disse hadde 20 av brukerne heldøgnsomsorgsbolig (HDO). Av KOSTRA kan man finne kommunal statistikk på helsetjenester i hjemmet. Dette innebærer alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi, fysioterapi samt regelmessige samtaler mv. til personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser. Resultatene av rapporteringen er dermed ikke

²⁴ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11645/>

direkte overførbare til kun enhet for hjemmesykepleie. Det gir imidlertid enkelte indikasjoner vedrørende hvordan kommunen har prioritert tjenestefordelingen sin, og er således tatt med her.

Bilde 10 – Antall brukere av helsetjenester i hjemmet per 1.000 innbyggere.²⁵

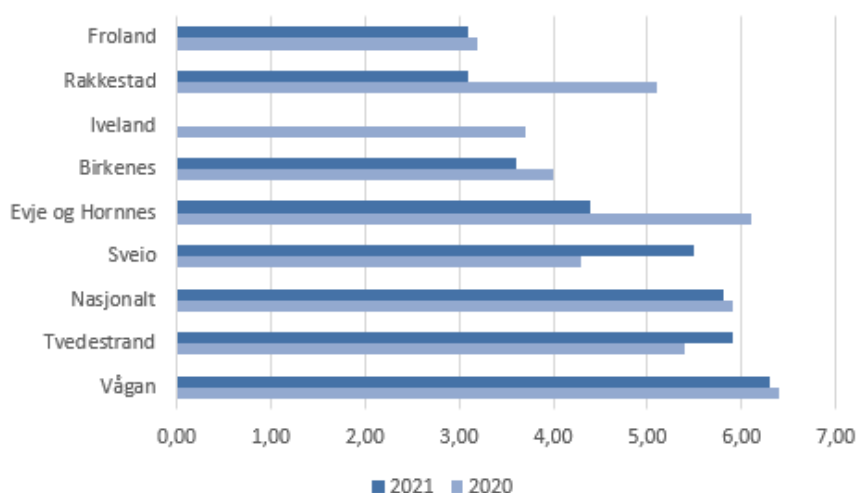


Av oversikten fremgår det at Birkenes kommune i 2021 hadde 39 brukere av helsetjenester i hjemmet per 1.000 innbyggere. Til sammenligning hadde Froland, Tvedestrand, Iveland, Evje og Hornes og Rakkestad noen flere vedtak per 1.000 innbyggere, på henholdsvis 44, 46, 47, 50 og 60, mens Sveio, Vågan og landsgjennomsnittet lå noe lavere enn Birkenes.

Når det gjelder plass på sykehjem fremgår det av kommunens oversendte data at man i desember 2021 hadde 18 brukere med vedtak om langtidsplass, tilsvarende 3,5 brukere per 1.000 innbyggere. Dette stemmer med data som fremgår av KOSTRA, som i følgende tabell ses opp mot de andre kommunene i sammenligningsgrunnlaget.

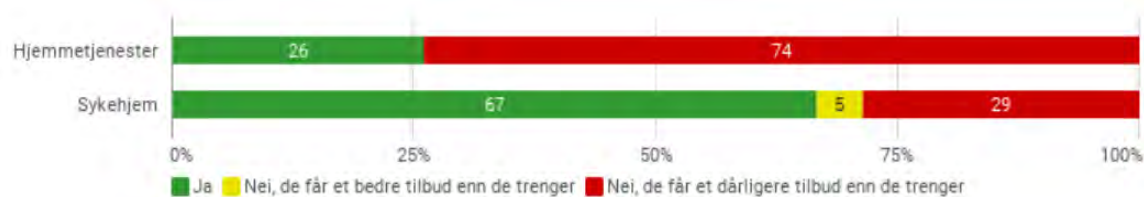
²⁵ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11645/>

Bilde 11 – Antall brukere av langtidsplass på institusjon per 1.000 innbygger.²⁶



Av kommunene i sammenligningsgrunnlaget har Evje og Hornes, Sveio, Tvedestrand og Vågan en noe høyere andel, på henholdsvis 4,4 – 6,3 per 1.000 innbyggere, mens Iveland, Rakkestad og Froland ligger noe under Birkenes.

For å understøtte om brukere av hjemmetjeneste og institusjon i Birkenes får tilbud om riktig grad av hjelp, ble de ansatte også stilt spørsmålet: «Opplever du at bruker får tilbud om helsehjelp på riktig nivå?»



Av svarene fremgår det at 52 % av de ansatte opplever at brukerne får et dårligere tilbud enn de trenger. Ved å ytterligere dele dette opp i hjemmetjenesten og sykehjem, fremstår det at tre av fire ansatte (74%) i hjemmetjenesten mener at brukere får et dårligere tilbud av kommunen enn de har behov for. Da tilsvarende spørsmål ble stilt ansatte i hjemmetjenesten i Vegårshei, i forbindelse med forvaltningsrevisjon der, var andelen som opplevde at brukerne fikk et bedre/dårligere tilbud enn de trengte på 20 %. I Åmli var denne andelen enda lavere, og kun 10 % i hjemmetjenesten svarte at brukerne fikk et bedre/dårligere tilbud enn de burde hatt.

²⁶ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11645/>

3.1.3. REVISORS VURDERINGER

Kommunen skal, i henhold til krav som fremgår av forvaltningslovens § 17, sikre at brukers situasjon er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Det er utarbeidet individuelle kartleggingsrutiner for brukere av hjemmetjeneste og sykehjem i kommunen, som etter revisjonens vurdering sikrer å ivareta dette. Når det gjelder etterlevelse av disse rutinene, vurderer revisjonen at tjenesten i hovedsak følger kartleggingsrutinene, og med dette ivaretar forvaltningslovens bestemmelser. Revisjonen bemerker seg at det fremstår som at brukere med overflytningsnotat fra annen tjeneste eller sykehus, i enkelte tilfeller tildeles tjeneste basert på dette notatet fremfor i tråd med tjenestens kartleggingsrutiner. I disse tilfellene fremgår det ikke dokumentasjon vedrørende brukermedvirkning, og det er heller ikke dokumentert vurdert om velferdsteknologi kan bistå i å ivareta tjenestebehov.

Bruken av IPLOS-variabler beskrives av Helsedirektoratet å utgjøre en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov utredes. På kartleggingsbesøket skal det i henhold til kommunens rutine innhentes IPLOS/ADL-score, noe som etter revisjonens vurdering ikke blir tilstrekkelig etterlevd. I revisjonens gjennomgang av vedtak, fremgikk det at brukerne av hjemmesykepleien i gjennomsnitt hadde sin nærmeste innhentede ADL-score 75 dager før/etter vedtaket ble fattet, mens dette for sykehjem i gjennomsnitt var 141 dager før/etter fatting av vedtak. Både saksbehandler for sykehjem og saksbehandler for hjemmetjenesten viser til at det foreligger et forbedringspotensiale for tjenesten når det gjelder innhenting av ADL/IPLOS. Som følge av at disse verdiene ofte ikke anses som oppdaterte nok, inngår de heller ikke i tilstrekkelig grad som grunnlag i de vurderinger som gjøres i forbindelse med tjenestetildeling.

Etter revisjonens vurdering ivaretar kommunen i all hovedsak de lovkrav som omhandler utforming av vedtak, der det i henhold til forvaltningsloven skal foreligge blant annet informasjon om lovverk, klageadgang, innsynsrett, begrunnelse for hvorfor vedtak er innvilget eller ikke, og der svar eller midlertidig svar på søknaden skal foreligge innen én måned. Alle gjennomgatte søknader ble på sykehjem saksbehandlet innen én måned, mens det ved hjemmetjenestens søknader forelå behandlingstid utover forvaltningslovens bestemmelser, hos én av de gjennomgatte brukerne.

Nøkkelpersoner revisjonen har vært i kontakt med viser til at de opplever at en tjenestetildeling som er plassert sentralt i den enkelte tjeneste, er å foretrekke. Dette beskrives å føre til tjenester der de involverte sitter med god kjennskap om den enkelte bruker, noe som følgende gjør at tjenestene kan ta raske og velinformerte avgjørelser. Behandlingen av vedtak til tjenester på sykehjem eller omsorgsbolig er etter revisjonens vurdering sikret en tverrfaglig tilnærming, gjennom at disse saksbehandles i fellesskap i inntaksmøtene, der fysioterapeut, lege, ledere og teamsykepleiere er representert. Ved fatting av vedtak til denne tjenestetypen vises det til at man ikke kjenner på et personlig ansvar overfor vedtaket, men på en trygghet rundt at begrunnelsene er fattet i tverrfaglig fellesskap.

Etter revisjonens vurdering fremstår tildelingen av tjenester til hjemmeboende som noe mer sårbart organisert, som følge av at man ikke har tilsvarende felles møtearena som det

sykehjemmet innehar gjennom inntaksmøtet. Saksbehandler for tjenester til hjemmeboende er sikret samarbeid med de andre saksbehandlerne og fysioterapeut, gjennom koordinerende enhet. Det gjennomføres for øvrig også faste samarbeidsmøter mellom saksbehandler og ledelsen for tjenester til hjemmeboende hver andre uke for drøfting av saker med behov for dette. Likevel beskriver flere av dem revisjonen har vært i samtale med, at man ser at saksbehandler for tjenester til hjemmeboende kan stå litt alene i krysspresset av bestiller- og utførerrollen, samt oppleve seg litt alene i front ved utarbeidelsen av vedtak.

Av kommunens økonomi- og handlingsplan fremgår et mål om at flest mulig brukere skal kunne bo lengst mulig hjemme. Etter revisjonenes vurdering, er kommunen svært bevisst prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON) og innsatstrappa i sin vurdering av tjenestebehov hos bruker. Det fremstår som at det er lagt ned mye arbeid for å sikre lavterskel tjenestetilbud i innsatstrappa, der infomøte til 78-åringer og samarbeid med frivilligheten trekkes frem som eksempler på hva revisjonen anser som hensiktsmessig i denne sammenheng. Tjenesten har også et godt etablert og utstrakt tilbud innen heldøgnsorgstjenester, som i henhold til kommunens vedtatte kriterier for tjenestetildeling, skal være et tiltak for å bidra til å utsette eller erstatte behovet for institusjonsplass for eldre og kronisk syke. Det vises i intervju til at man innehar et bevisst forhold til brukernes pleietyngde i HDO-boligene, der brukere som overgår et visst bistandsbehov og med dette anses å kunne få en bedre faglig forsvarlig tjeneste på institusjon, blir vurdert for dette, i tråd med prinsippet om LEON.

Etter revisjonens vurderinger, gir den samlede data på området, for øvrig indikasjoner om at Birkenes kommune har noe lavere omfang av tjenester til brukere i hjemmetjenesten, sammenlignet med andre kommuner. Som følge av at hjemmetjenesten beskrives å sjeldent gi avslag på tjenester, må dette ses i sammenheng med tjenesteomfanget den enkelte bruker får tildelt. Spesielt fremtredende er dette på vedtak innen praktisk bistand, der Birkenes ligger vesentlig lavere enn alle kommuner fra sammenligningsgrunnlaget når det gjelder tildelt tid per bruker. Birkenes har imidlertid ikke flere enn gjennomsnittlige brukere på sykehjem, og det gir således ikke signaler om at for mange brukere får tilbud om sykehjemsplass. Dette gjenspeiles også i brukerundersøkelsene, der brukerne vurderer tjenestene lavere i praktisk bistand, enn i hjemmesykepleien, mens sykehjem er tjenesten som blir høyest vurdert. Etter revisjonens vurdering støttes disse betraktninger opp gjennom utført spørreundersøkelse, der 74 % rapporterte om at brukerne fikk et dårligere tilbud enn de trengte blant ansatte fra hjemmetjenesten, mens 29 % av ansatte fra sykehjem svarte det samme. Det foreliggende fremstår for revisjonen som noe motstridende til kommunens visjon, om flest mulig lengst mulig hjemme.

3.2. ORGANISERING AV RESSURSER

2. Er ressursinnsatsen knyttet til hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester organisert på en hensiktsmessig måte, og i tråd med kommunens målsettinger?

3.2.1. REVISJONSKRITERIER

I følgende delkapittel vil det presenteres formelle krav, normer og standarder innenfor organisering av ressurser som utgjør grunnlaget for de vurderinger og konklusjoner som trekkes av revisjonen. Det foreligger ingen nasjonale bemanningsnormer eller eksplisitte krav knyttet til bemanning på sykehjem eller hjemmesykepleien, og en sentral del av revisjonskriteriene støttes således gjennom kommunelovens § 1. Her fremgår et overordnet mål om effektive, tillitsskapende og bærekraftige kommuner.²⁷ Utover dette vil revisjonskriteriene ha sitt fundament i sentrale bestemmelser som fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven (Hol.), arbeidsmiljøloven (Aml.), kommuneloven (Kl.) samt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Organisering og styring

Birkenes kommune er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 pliktige å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov eller forskrift. Etter lovforarbeidene innebærer kravet til *planlegging* at kommunen må vurdere behovet for tjenestene og planlegge hvordan behovet skal dekkes. Spesielt viktig er kommunens ansvar for å vurdere behovet for nødvendig personell og kompetanse og legge planer for rekruttering for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen. Kravet til *gjennomføring* innebærer at kommunen har ansvar for at tjenestene blir organisert og gjennomført i henhold til vedtatte planer, og at tjenestene som tilbys er forsvarlige. Krav til *evaluering* går ut på at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk, og kravet til *korrigering* innebærer at kommunen er ansvarlige for å korrigere uforsvarlige og uønskede forhold.²⁸

De ovennevnte pliktene reguleres nærmere i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, hvor det i forskriftens § 3 heter at den med det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette.²⁹ Øverste leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten. Erfaring viser at implementering av planer er krevende og lett kan undervurderes i en travel hverdag. Dette bør derfor vies særlig oppmerksomhet fra øverste leder og ledere på alle nivåer. For å lykkes i å styre og forbedre virksomheten, fremgår det av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestens § 7 d at det er avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

²⁷ LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

²⁸ Prop. 91 L (2010–2011) Proposisjon til Stortinget – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

²⁹ FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Veilederen til forskriften beskriver at det er vesentlig å involvere de ansatte i utviklingsarbeidet, da det er de som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften, og også ofte de som har de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring.³⁰

Turnus og bemanningsplanlegging

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, ved å blant annet sikre tilstrekkelig fagkompetanse blant de ansatte.³¹ I forskrift om sykehjem stilles det flere krav til bemanning og personell, hvor det heter at boformen blant annet skal ha det antall personell som er nødvendig for å sikre beboere nødvendig omsorg og bistand, jf. § 3-2 d.³²

Gjennom statsbudsjettet 2021 lanserte regjeringen et nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester.³³ «Kompetanseløft 2025» er en tiltakspakke fra regjeringen med om lag 60 tiltak for å øke kompetanse innen blant annet omsorgstjenesten, allmennlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten mv. Kompetanseløftet 2025 beskriver utfordringsbildet innen bemanning som følger:

«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt en betydelig årsverksvekst de siste årene, og framskrivninger viser at årsverksbehovet vil øke i årene fremover. Samtidig preges tjenestene av høyt sykefravær, høy turnover, høy avgang, høyt omfang av deltidsstillinger og høy vikarbruk. Samlet legger dette et stort press på kommunene i deres arbeid med å sikre tjenestene tilstrekkelig og kompetent bemanning.»

KS beskriver at et bevisst forhold til hvordan man ut fra kompetanse fordeler oppgavene mellom yrkesgruppene i en virksomhet, kan være en av løsningene på utfordringer som helse- og omsorgssektoren kommer til å møte i årene som kommer. KS beskriver at en bærekraftig oppgavedeling kan innebære for eksempel at sykepleiernes tid forbeholdes oppgaver som faktisk krever sykepleierkompetanse, mens øvrige oppgaver først og fremst ivaretas av helsefagarbeidere/hjelpepleiere/andre ansattgrupper med helsefaglig kompetanse. Det reduserer presset på sykepleierressursene, sykepleierne får i større grad praktisert faget sitt, og andre yrkesgrupper får økt ansvar og mulighet til å utvikle seg faglig. Dette kan styrke fagmiljøene, og oppleves som positivt i forhold til rekruttering og det å skape arbeidsplasser hvor medarbeiderne ønsker å bli værende.³⁴

For øvrig legger arbeidsmiljølovens kapittel 10 føringer om arbeidstid, herunder arbeidstidsordninger, arbeidsplaner, alminnelig arbeidstid, overtid, arbeidsfri, pauser, søndagsarbeid og nattarbeid. Arbeidstidsordningen skal være slik at arbeidstakere ikke

³⁰ Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

³¹ Jf. Hol. § 4-1 bokstav d og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6 bokstav f

³² FOR-1988-11-14-932 Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. (Forskrift for sykehjem)

³³ «Kompetanseløft 2025». Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025

³⁴ KS (2022). Oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjeneste. Hentet fra

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/> 15.september 2022

utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn. Ifølge § 10-3 skal arbeidsgiver sørge for at det utarbeides en arbeidsplan (turnus) for arbeidstakere som arbeider til ulike tider på døgnet. Planen skal vise hvilke uker, dager og tider den enkelte skal arbeide. Arbeidsplanen skal utarbeides i samarbeid med tillitsvalgte, drøftes med tillitsvalgte senest to uker før iverksettelsen om ikke annet følger av tariffavtale, og den skal være lett tilgjengelig for arbeidstakerne.

Oppsummert vil revisjonen ta utgangspunkt i følgende kriterier:

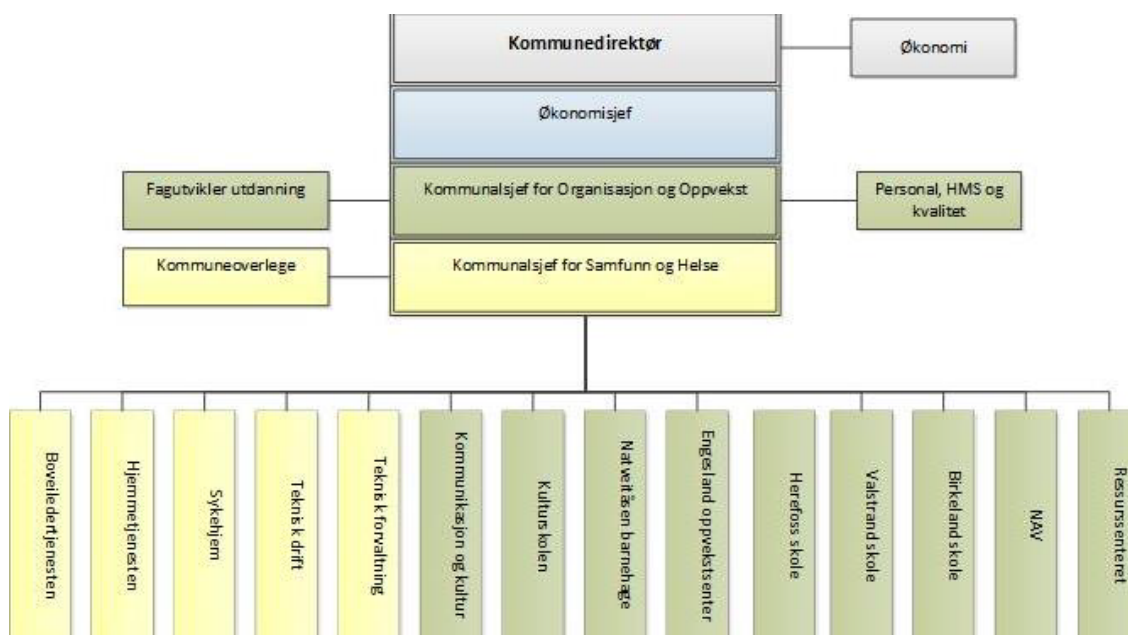
- Kommunen skal tilby et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud – med krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.
 - Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere virksomhetens aktiviteter.
 - For å lykkes i å styre og forbedre virksomheten skal kommunen sikre at medarbeiderne involveres aktivt slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Det er vesentlig å involvere de ansatte i utviklingsarbeidet, da det er de som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften, og også ofte de som har de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring.
 - Gjennom et bevisst forhold til oppgavedeling mellom yrkesgruppene i en virksomhet, kan kommunen bidra positivt i forhold til rekruttering og det å skape arbeidsplasser hvor medarbeiderne ønsker å bli værende.
 - Det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse gjennom en god og realistisk bemanningsplan. Turnus skal drøftes i samarbeid med tillitsvalgte.
-

3.2.2. FAKTA

Organisering av enhetene

Sykehjem og tjenester for hjemmeboende i Birkenes kommune er plassert i sektor for samfunn og helse, sammen med boveiledertjenesten, teknisk drift og teknisk forvaltning, under kommunalsjef for samfunn og helse. Kommunalsjef har som hovedrolle å arbeide med sektorens strategiske ledelse, og utgjør sammen med kommunalsjef for organisasjon og oppvekst, kommunedirektør og økonomisjef, kommunens øverste administrative ledelse.

Bilde 12 - Organisasjonskart



Enhet for sykehjem består av tre avdelinger; Skjermet avdeling, langtidsavdeling og korttidsavdeling. Sykehjemmet har fordelt på de tre avdelingene, 25 plasser, hvorav tjenesten har som mål at ti av disse skal være forbeholdt brukere med vedtak om korttidsplass. Dette er imidlertid fleksibelt, og beskrives av enhetsleder å justeres utfra behov. Per august 2022 hadde tjenesten 16 brukere med vedtak om langtidsplass og tre brukere med korttidsplass, samt seks ledige plasser.

Sykehjemmets ledelse består av enhetsleder for sykehjem og tjenestens to teamledere, hvorav en har ansvar for korttidsavdeling og natt, mens den andre har ansvar for langtids- og skjermet avdeling. Teamlederstillingene på sykehjem utgjør hver 50 %, hvor ansvarsområder som blant annet omhandler arbeid med den daglige drift, personal, innleie og turnus, ivaretas. Enhet for sykehjem har for øvrig også en tredje teamleder – med ansvar for kjøkken. Dette vil ikke vektlegges videre i rapporten, som følge av de begrensninger som er gjort i prosjektplan og tilhørende problemstillinger.

Etter enhetsleder for sykehjems opplevelse har man fått på plass en tydeligere ledelse gjennom å tilsette tjenestens to teamledere, i forhold til før da man hadde en vaktsykepleier på

topp på alle gruppene på dag og kveld. Å tilsette teamlederne beskrives å ha ført til en bedre oversikt i enheten, der man også opplever å ha fått helsefagarbeidere som jobber mer selvstendig, som følge av ansvarliggjøringen av dem som dette innebærer. I dag opplever enhetsleder at sykehjemmet har et system og struktur som jobber godt.

Enhet for tjeneste til hjemmeboende består av de to avdelingene; Heldøgnsbemannede omsorgsboliger (HDO) og ute-gruppen. Enheten disponerer tre korttidshybler, 12 omsorgsboliger og 26 heldøgnomsorgsboliger (HDO), hvor 20 av HDO-boligene var i bruk per juni 2022. I tillegg hadde tjenesten på samme tid 122 brukere med vedtak på hjemmesykepleie og 57 brukere med vedtak innen praktisk bistand. Tjenester til hjemmeboendes ledergruppe består av enhetsleder og tjenestens ene teamleder i 100 %-stilling. I tillegg har man en stillingshjemmel på 20 % til arbeid med utarbeidelse av turnus, som fra i sommer er overført til saksbehandler for tjenester til hjemmeboende.

Som velferdsteknologi disponerer kommunen for øvrig fire kamera, e-lås, trygghetsalarm, døralarm, bevegelsessensor, GPS og røykvarslere. Responssenteret i Kristiansand opererer varslers fra disse, noe som etter fagutviklingssykepleiers oppfatning er en svært velfungerende ordning.

Kommunen rapporterer i henhold til to-nivåmodellen, der hovedtanken har vært at lederne for tjenestene, herunder enhetsleder for sykehjem og enhetsleder for tjenester til hjemmeboende, skal kobles direkte opp til kommunedirektør, uten kommunalsjef som mellomliggende nivå. Det gjennomføres månedlige rapporteringsmøter med kommunedirektør, der også kommunalsjef og enhetsledere deltar, og dette beskrives av enhetslederne som et godt forum der man holdes orientert og involvert om økonomiske forhold av enhets- og sektorovergripende relevans. Kommunalsjef viser til at forholdene i kommunen er små nok til at hun anser seg som godt informert på sitt nivå, der rapporteringen med enhetslederne oppleves å være tilstrekkelig til å kunne være delaktig i å fatte riktige beslutninger for tjenestene.

Enhetslederne har økonomiansvar for egne enheter, og utarbeider selvstendige budsjetter. Kommunalsjef viser til at budsjettet gjennomgående brukes som et styringsverktøy i arbeidet av alle de involverte. Det beskrives at kommunen har en anstrengt økonomi, og at det er krevende å få budsjettet til å gå i balanse, men at budsjettet anses å være realistisk, i den grad det tas høyde for at det både kan tilkomme og falle fra brukere av tjenesten gjennom året.

Dette støttes opp av enhetsleder for sykehjem, som viser til at budsjettene oppleves som knappe, men realistiske. Enhetsleder for sykehjem viser til at man i forbindelse med enhetens budsjettprosess har en ramme å forholde seg til, der en stor andel av denne går til lønn, slik at rammen således er fastsatt i henhold til dette. Det beskrives at det finnes et mulighetsrom for enhetsleder til å flytte ressurser mellom de ulike gruppene på sykehjem, basert på hvor behovet er. Dette anses som hensiktsmessig, og gjennomføres ved behov i tett samarbeid med tillitsvalgt, verneombud og ansatte. Enhetsleder for sykehjem viser til at det er en åpen dialog rundt budsjettet, der informasjon og utfordringer oppleves å bli tatt på alvor. Videre beskriver enhetsleder for sykehjem at hun opplever å få tilstrekkelig støtte i budsjettarbeidet, både

gjennom et tett samarbeid med kommunalsjef og gjennom samarbeid med økonomicontroller, ved behov. Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende støtter opp om dette, og viser til en organisering der man i dag har bedre mulighet til involvering gjennom hele budsjettprosessen, enn man hadde tidligere.

Oppgavedeling

Ved slutten av 2018 startet enhetene på arbeidet «hjemmetjenesten inn i framtiden». Hensikten med prosjektet var å se på enhetens ressurser og om disse var organisert på best mulig måte. Prosjektet hadde sin bakgrunn i at man ønsket en venstreforskyvning i innsatstrappa, der flere brukere skulle få sin nødvendige helsehjelp i eget hjem. Blant punktene man ønsket å se nærmere på var en sammenslåing av tjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie. Dette som følge av høy arbeidsbelastning og sykefravær hos ansatte som jobbet innen praktisk bistand, i tillegg til potensiale man så i å få inn flere «ledige hender» i de travle periodene man opplevde på morgenen i hjemmesykepleien.³⁵ Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende viser til at de ansatte som kun jobbet med praktisk bistand hadde veldig tunge dager, og at en omorganisering i større grad ville fordele denne belastningen på flere ansatte. Etter enhetsleder for tjenester til hjemmeboendes oppfatning var en sammenslåing av de to tjenestene helt nødvendig for å sikre helsetjenester i henhold til lovverk, og for å kunne gi brukere den bistand de trengte, når de trengte den. Dette støttes opp i intervju med samtlige personer revisjonen har snakket med.

Enhetsleder for hjemmetjenesten viser til at det i forkant av bestemmelsen om sammenslåing, ble gjennomført omfattende arbeid. Det ble nedsatt en prosjektgruppe bestående av enhetsleder for hjemmetjenesten, enhetsleder for sykehjem, fagutviklingssykepleier, tillitsvalgte og verneombud, og det ble sendt ut referat til alle ansatte fra hvert møte i prosjektgruppa. Prosjektet var også tema på flere personalmøter. Enhetsleder viser til at det var først da sammenslåingen trådte i kraft at man virkelig møtte motstand mot dette fra de ansatte. I intervju med teamleder med personalansvar for de ansatte i hjemmetjenesten, vises det til at sammenslåingsprosessen, som skjedde i forkant av hennes tiltredelse, opplevdes som svært ryddig. At sammenslåingen faktisk skjedde, beskrives på tross av grundig forarbeid, å ha kommet overraskende på hos enkelte ansatte.

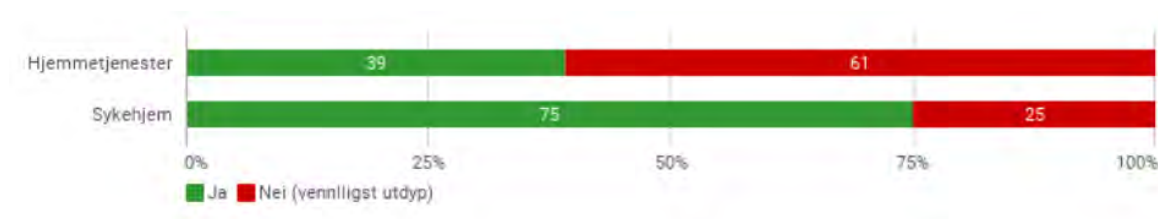
Sammenslåingen av de to tjenestene innebar at 3,24 årsverk fra praktisk bistand, og 16,53 årsverk fra hjemmesykepleien (inkl. merkantil og ledelse) ble en felles enhet, med en felles oppgavedeling. I tillegg fikk enheten overført årsverk ved at ansatte ble omplassert fra sykehjem, som for øvrig reduserte med fem årsverk og gikk fra 32 til 25 plasser på samme tid.

Det beskrives i intervju med teamleder og enhetsleder for tjenester til hjemmeboende at man over en lang periode før sammenslåingen kun hadde brukt helsefagarbeidere til å gjennomføre praktisk bistand-oppgaver, og at sammenslåingen således ikke medførte en endring i at fagutdannede måtte gjennomføre denne typen arbeid. Det ble imidlertid en oppgaveendring for dem som fra tidligere kun jobbet i hjemmesykepleien, som etter omorganiseringen også

³⁵ Prosjektplan for «Hjemmetjenesten inn i framtiden».

måtte gjennomføre enkelte oppdrag innen praktisk bistand. Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende beskriver det som viktig at ansatte innen praktisk bistand har en faglig bakgrunn med et klinisk blikk. Det beskrives at bare det å kikke inn i et kjøleskap kan gi mye informasjon om hvordan brukeren klarer seg i eget hjem. Etter kommunalsjefs erfaring gjør det å ha fagarbeidere til praktisk bistand-oppgaver, at man i henhold til «leve hele livet»-reformen, kan dra nytte av denne fagkompetansen i arbeidet med kommunens «følge med»-ansvar.

I spørreundersøkelsen blant de ansatte ble det stilt spørsmålet: *Mener du fordelingen av arbeidsoppgaver mellom sykepleier, fagarbeider og assistenter er hensiktsmessig?* (N=43)



På spørsmålet svarer 61 % i hjemmetjenesten at oppgavefordelingen ikke er hensiktsmessig, mot 25 % på sykehjem. Respondentene som svarte nei på spørsmålet i undersøkelsen, ble bedt om å utdype dette. Særlig gjennomgående er svar som omfatter ordningen der praktisk bistand-oppgaver nå er fordelt på alle ansatte i hjemmesykepleien. Under nevnes noen eksempler:

«Sykepleier bør gjøre mer sykepleieroppgaver. Helsefagarbeidere bør ikke bruke sin kompetanse til å ha praktisk bistand. Dette bør assistenter gjøre. Eller rengjøringsfirma.»

«Helsefagarbeidere skal ikke vaske og sykepleiere skal utføre sykepleieoppgaver. I dag brukes sykepleiere til å tømme oppvaskmaskin, varme middager, dusj av pasienter...»

«Sykepleier burde ha mer sykepleierfaglige oppgaver. Sykepleier går på lik linje som assistentene i forhold til arbeidsoppgaver hvis man ser bort i fra administrering av medikamenter»

«Fagarbeidere har fått mye mer å gjøre. Praktisk bistand, sårstell, oppgaver i forbindelse med primærkontakt, kartleggingssamtaler»

«Fagarbeidere har enormt med arbeid. Vi tar diverse sårstell, primæroppgaver og vi har også praktisk bistand»

«...Helsefagarbeidere bruker mye tid på praktisk bistand, og har problemer med å få tid til sine primæroppgaver.»

«Fordelingen som er i dag mener jeg er lite hensiktsmessig. Helsefagarbeidere utfører det meste av fysisk tungt arbeid, slik som dusj, tunge stell, praktisk bistand osv...»

Kommunalsjef viser i intervju til at man må ta den høye andelen av ansatte i hjemmetjenesten som viser til en lite hensiktsmessig oppgavedeling, på alvor. Samtidig påpekes det at man

med dette kanskje ikke har vært flinke nok til å synliggjøre «følge med»-ansvaret som ligger i det å gjennomføre praktisk bistand, for de ansatte.

Enhetsledere og kommunalsjef er i samtale med revisjonen, alle omforent om at omorganiseringen som ble gjennomført i 2019 var nødvendig for å sikre tjenester i henhold til lovkrav. Samtidig viser samtlige til viktigheten av å se an behovet i forhold til tiden. I 2019 ble omorganiseringen ansett som en riktig beslutning, mens dette kanskje ser annerledes ut noen år frem i tid. Det beskrives viktigheten her av at tjenesten ligger i forkant og jobber fremoverlent.

Teamleder for tjenester til hjemmeboende viser til at oppgavefordelingen der helsefagarbeidere gjennomfører praktisk bistand, kan bli et område man kan måtte tenke nytt innen, særlig i forbindelse med potensielle utfordringer med kvalifiserte søkere. Som følge av at man får stadig dårligere brukere av hjemmetjenesten, opplever teamleder at man ser et økende behov for å ta i bruk de fagutdannede man har, i pleien. Teamleder viser til at hun ser fordeler med å få inn det kliniske blikket i gjøremålene ved at fagarbeidere gjennomfører oppgaver innen praktisk bistand. Samtidig anses det at kvaliteten på oppgavene innen praktisk bistand kunne vært vel så bra dersom disse ble gjennomført av dedikerte assistenter, fremfor av umotiverte helsefagarbeidere.

Enhetsleder for sykehjem viser til at dersom tjenesten skulle komme dithen at man ikke får ansatt nok helsefagarbeidere innen pleien, må man heller revurdere løsningen. Dette støttes opp i intervju med enhetsleder for tjenester til hjemmeboende som beskriver at man hele tiden er bevisst på om ting kan løses annerledes, særlig i forbindelse med HDO-boligene. Det vises til at det her ligger muligheter i å få inn en assistent til renholds- og kjøkkenoppgaver, og at man for eksempel kunne ansatt noen på arbeidstrening til denne oppgaven. Det vil i så fall være et viktig moment for enhetsleder, at disse personene blir del av hjemmesykepleiens arbeidsmiljø og fellesskap. En slik endring beskrives av enhetsleder for tjenester til hjemmeboende å være mest hensiktsmessig i forbindelse med en eventuell utvidelse av årsverk. Hvis ikke ville man risikere å være tilbake på å ha flere brukere per årsverk i hjemmesykepleien, og igjen fått problemer med å ikke ha nok ressurser til de travle periodene på morgenen. Dette støttes opp av enhetsleder for sykehjem, som viser til at en endring av dagens oppgavedeling, der praktisk bistand tas ut av hjemmetjenesten, først ville vært relevant for HDO-boligene. Hvis det skulle bli slik at man får inn egne renholdere her, anses det som mest riktig at disse ikke skal jobbe i pleien i helger og ferier, mye av hensyn til de ansatte. Dette kan etter enhetsleder for sykehjems oppfatning resultere i A og B-lag, som kan være uheldige for arbeidsmiljøet.

Turnus og bemanningsplanlegging

Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende viser til at hjemmetjenesten har vært gjennom en krevende tid, med et stadig behov for nye ressurser. Som følge av dette, har hjemmetjenesten fått tilført ekstra ressurser i januar, april og desember 2020, januar 2021 og januar 2022, der årsverk totalt er økt fra 19 til 27. I foreløpig budsjett for 2024 planlegges det for en ytterligere økning på 3 årsverk. Enhetsleder for tjenester til hjemmeboende viser til at det er flott å få

årsverk, men at det er krevende å vokse også, og at man gjerne skulle sett at ansattgruppen fikk tid til å sette seg litt. Saksbehandler for tjenester til hjemmeboende beskriver at hjemmesykepleien oppleves å ha hatt for lite ressurser over flere år, og at det derfor har vært et stort behov for de ressursene som er blitt tildelt siden 2019. Ressursene oppleves for henne å nå være mer i balanse.

Sykehjemmet har på sin side redusert antall plasser på sykehjem fra 46 sengeplasser i 2013, til 32 i 2016. I 2019 utførte man et ytterligere kutt, der 32 plasser ble til dagens 25, med en følgende overflytting av ressurser fra sykehjem til hjemmetjenesten. Sykehjem har per juni 2022 26,2 årsverk (inkludert ledelse, merkantilt), mens man har 9 årsverk på natt felles for de to tjenestene. For enhetsleder på sykehjem beskrives nedjusteringen man har hatt i sengeplasser og årsverk som forståelig som følge av at man opplevde å ha god kapasitet på sykehjem i forkant av dette.

Det fremgår av intervjuer med enhetsledere, kommunalsjef, teamleder og fagutviklingssykepleier at både hjemmetjenesten og sykehjemmet til nå ha opplevd å få dekket opp behovet for fagkompetanse ved rekruttering. Teamleder for tjenester til hjemmeboende viser til at tjenesten per nå har full sykepleierdekning, slik at det er tilsatt sykepleiere i alle stillingene. Tjenesten har heller ingen ufaglærte assistenter. Alle ansatte er med dette enten fagarbeidere, eller i utdanningsløp for å bli det, noe teamleder viser til som helt spesielt for tjenesten, og noe som anses som viktig for kommunen å følge videre opp om. Fagutviklingssykepleier viser til at sektoren også den senere tid har åpnet opp for at vernepleiere kan gå i stilling som sykepleier. Dette blant annet gjennom å tilby god opplæring gjennom mentorordning på sykehjem. Enhetsleder for sykehjem viser til at man til nå har opplevd å få dekket behovet for ansatte med riktig kompetanse på sykehjemmet, men at sykepleiere i lengre perioder har vært mer utfordrende å rekruttere. Den senere tid har tjenesten også begynt å se samme tendens i forbindelse med rekruttering av helsefagarbeidere. Det beskrives at man ofte merker utfordringene med rekruttering på natt først, og at man har begynt å se denne tendensen i forbindelse med rekruttering av helsefagarbeidere nå.

Bemanningsplanleggingen er plassert hos egne turnusansvarlige i de to tjenestene. For hjemmetjenesten ligger dette ansvaret fra i sommer, hos saksbehandler for hjemmetjenesten. På sykehjem er det de to teamlederne, i samarbeid med enhetsleder, som ivaretar dette ansvaret. At turnusarbeidet er fordelt mellom dem tre beskrives av enhetsleder for sykehjem å fortsatt være såpass nytt at rolleavklaringene enda ikke er helt satt, men der man jobber tett på hverandre for å få på plass best mulige løsninger.

Begge tjenestene har siden 2019 hatt årsturnus, noe som innebærer en turnus som går et år frem i tid. Som arbeidsverktøy for denne utarbeidelsen benytter begge tjenestene seg av *Visma ressursstyring*. De ansatte jobber i hovedsak i todelt turnus, med egne nattevakter. Av tabellen under fremgår tjenestenes bemanningsplan, og det som danner grunnlaget for turnusutarbeidelsen.

Bilde 13 – Bemanningsplan for sykehjem og hjemmetjeneste

		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Hjemmesykepleien (HDO)	Dag	6	6	7	6	6	6	6
	Kveld	5	5	5	5	5	5	5
Hjemmesykepleien (ute)	Dag	5	5	6	5	5	4	4
	Kveld	3	3	3	3	3	3	3
Sykehjem	Dag	7	9	7	7	7	7	7
	Kveld	7	7	7	7	7	6	6
Totalt	Dag	18	20	19	18	18	17	17
	Kveld	15	15	15	15	15	14	14

Som det fremgår av oversikten over, har sykehjem økt bemanning tirsdag og hjemmesykepleien på onsdag som følge av at det gjennomføres legevissitt eller medikamentutlevering disse dagene. Utover dette er bemanningen å anse som relativt jevnt fordelt utover uken. At man har nesten tilsvarende bemanning i helgene som i ukedagene, beskrives av enhetslederne å synliggjøre noe av pleietyngden man har hos brukerne. Enhetsleder for sykehjem viser til at man i tilfeller med brukere av mindre omfattende omsorgsbehov, i større grad ville kunne justert bemanningen i helgene.

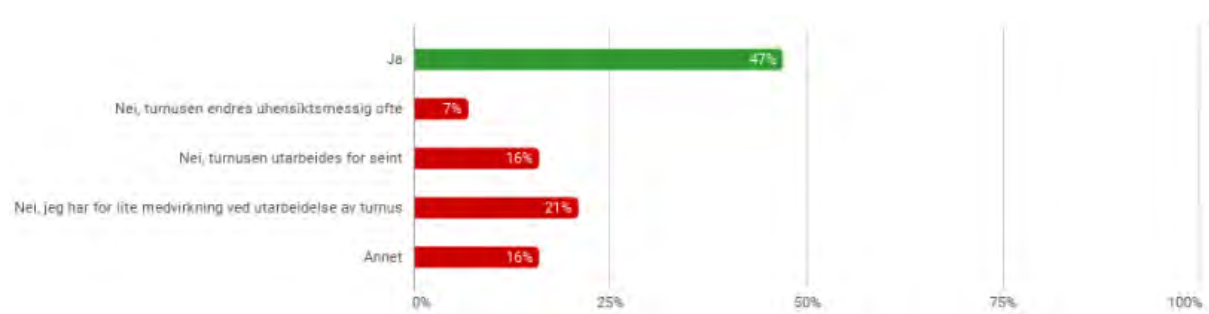
I tillegg til det som fremgår av tabellen, har man fire ansatte på natt som er fordelt på de to tjenestene sykehjem og tjenester til hjemmeboende. At nattevaktene er felles for hjemmetjenesten og sykehjem anses av flere revisjonen har vært i kontakt med, som en stor styrke. Man har ingen ansatte som kun jobber på den ene eller andre enheten på natt, noe enhetsleder for sykehjem viser til som veldig fungerende for å sikre kompetanse.

Videre beskriver enhetsleder for sykehjem at årsturnus har vært en bedre løsning for enheten enn tidligere praktisering med 6-ukers turnus. Det beskrives at man etter overgangen til årsturnus likevel opplevde å ha et potensiale som ikke ble fullt utnyttet, og nytt for i år er at sykehjem har tatt i bruk en ny modul i Visma ressursstyring som gir ansatte større medvirkning i utarbeidelsen av egen turnus for kommende år. Første turnus etter at denne nye modulen er tatt i bruk vil komme i januar 2023. Sykehjem har også gått i gang med å gi både sykepleiere og helsefagarbeidere mulighet til langvakter i helgene, mot arbeid hver fjerde, fremfor hver tredje helg. Enhetsleder for sykehjem beskriver at tilbudet kun gjelder for dem som ønsker det, og at tillitsvalgte stiller seg positive til ordningen. Enheten har tillitsvalgt fra fagforbundet som deltar i turnusarbeidet, men mangler tillitsvalgt for sykepleierforbundet. Det beskrives forøvrig at enheten har ytret ønske om, og tilrettelagt for å få på plass tillitsvalgt for sykepleierne, men at ingen foreløpig har ville påtatt seg dette vervet.

Enhet for tjenester til hjemmeboende har foreløpig ikke tatt i bruk samme modul for turnusplanlegging som sykehjem, og teamleder viser til at de sikrer medvirkning fra ansatte ved å sende ut skjema med mulighet for å ønske plassering av ferie og andre individuelle tilpasninger, før turnus utarbeides. Teamleder for tjenesten beskriver at man så godt som alltid klarer å innfri ansattes innspill til grunnturnus så sant disse kommer innen fristen for dette. Teamleder for tjenester til hjemmeboende støtter opp om enhetsleder for sykehjems opplevelse av at årsturnus har vært hensiktsmessig å innføre for tjenesten. Det påpekes at årsturnus kan kreve litt mer kjennskap til turnusarbeid hos de ansatte, og at det er litt personlighetsavhengig om man trives med planlegging for så lang tid i forveien eller ikke. For de som trives med årsturnus, noe som etter teamleders oppfatning gjelder de fleste, fungerer løsningen veldig godt.

Teamleder for hjemmetjenesten viser til at kravet for at ansatte skal få tilgjengeliggjort årsturnus, i henhold til arbeidsmiljøloven, er på to uker før iverksettelse, men at tjenesten tilstreber at den i hvert fall skal komme ut fire uker før igangsetting. Det er etablert et godt samarbeid med tillitsvalgte i turnusarbeidet, og disse gjennomgår alltid turnus før godkjenning og utsendelse.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmålet: *Opplever du at turnus utarbeides på en måte som gir forutsigbarhet i hverdagen? (Mulighet for flere alternativer)*



Av svarene fremgår det at omkring halvparten av de ansatte opplever å ha en turnus som sikrer forutsigbarhet. Ved å dele dette opp i de to tjenestene, fremgår det at en noe lavere andel på sykehjem (40 %) som opplever at turnusutarbeidelsen sikrer forutsigbarhet i hverdagen, mot 52 % i hjemmetjenesten. Det som skiller de to tjenestene er punktet som omhandler medvirkning ved utarbeidelse av turnus, hvor 25 % på sykehjem, mot 17 % i hjemmetjenesten, ikke opplever tilstrekkelig grad av dette. Noen ansatte fra sykehjem kommenterte at man er i gang med ny turnusplanlegging, som vil sikre at større grad av medvirkning blir ivare tatt:

«Nå skal vi lage vår egen årsturnus. Hittil har vi hatt lite medvirkning...»

Av de 43 ansatte som har svart på spørreundersøkelsen, svarte syv at turnusen ikke sikret forutsigbarhet i hverdagen som følge av at den kom ut for seint. Her er det ingen vesentlig forskjell mellom antall ansatte fra sykehjem og hjemmetjenesten.

Den daglige oppfølgingen av turnusen gjennomføres av teamledere eller enhetsleder, eller av ansvarlig sykepleier på jobb, dersom fraværet er på kvelder eller i helger. Begge enhetene har startet opp med digital vaktbok ved innleie, et verktøy som gjør at den som leier inn får oversikt over kostnadene innleiet medfører, for eksempel i forbindelse med overtidssarbeid, forskyvning el. Ressursstyringsverktøyet sørger også for synliggjøring av dette, dersom det enkelte innleiet ikke overholder bestemmelsene for arbeidstid som fremgår av arbeidsmiljøloven.

Teamleder for tjenester til hjemmeboende viser til at hjemmetjenesten har lagt inn mye arbeid i forkant av oppstart med digital vaktbok for å sikre at ledige vakter ligger publisert med riktige vaktkoder, noe som har resultert i at tjenesten er veldig fornøyd med slik det fungerer nå. Enhetsleder for sykehjem opplever at ansatte som er gitt innleieansvar har god nok kjennskap rundt kostnadene til å kunne ta et forsvarlig valg. Ved innleie er det viktig å se bemanningen under ett, og man er nødt til å ha nødvendig kompetanse på vakt, selv om dette i enkelte tilfeller resulterer i overtidssutbetalinger. Dette støttes opp av teamleder for hjemmetjenesten, som viser til at de som sitter med innleieansvar har god nok kjennskap til kostnadene dette innebærer til å ta riktige avgjørelser. Det beskrives likevel at i tilfeller der innleiet gjennomføres av vakt-sykepleier, er behovet for personale ofte så prekært at fokus i større grad er å sikre nødvendig kvalitet og kompetanse, enn på kostnadene det medfører.

Teamleder for tjenester til hjemmeboende viser til at når man får innvilget ressurser til ekstra årsverk, legges disse omgående til grunn for i turnus. Dette innebærer at nyopprettede stillinger står som vakans frem til de er besatt, noe som kan innebære ekstra overtidssbetalinger i rekrutteringsfasen. Selv om praktiseringen genererer vikar- og overtidssutbetalinger, viser teamleder til at årsverkene blir innvilget som følge av behovet for dette, og at utgiftene således ville vært der uavhengig av om stillingen som dekkes opp for, er vakans eller ikke. Forskjellen er at tjenesten i større grad kan ta eierskap til ressursene og med dette sikre større forutsigbarhet for både ansatte og brukere.

Revisjonen er forelagt kostnadsbilde for sykehjem og hjemmetjenesten for de tre siste årene (funksjon 3300 og 3200), der det fremgår at tjenesten har hatt økte kostnader til overtidsslønn. For sykehjem har det vært en økning på denne posten fra kr 800.000 i 2021 til kr 1.400.000 per 1.09.2022. For hjemmetjenesten (funksjon 3200) har selve økningen vært noe lavere, fra kr 1.200.000 i 2021 til kr 1.500.000 per 01.09.2022. At enhetene har hatt så høye utgifter til overtidssutgifter i 2022 forklares gjennom et høyt koronarelatert sykefravær vinteren 2022. Enhetsleder for sykehjem viser til at det er kostnader relatert til korona som vil utgjøre merforbruket for sykehjemmet i 2022.

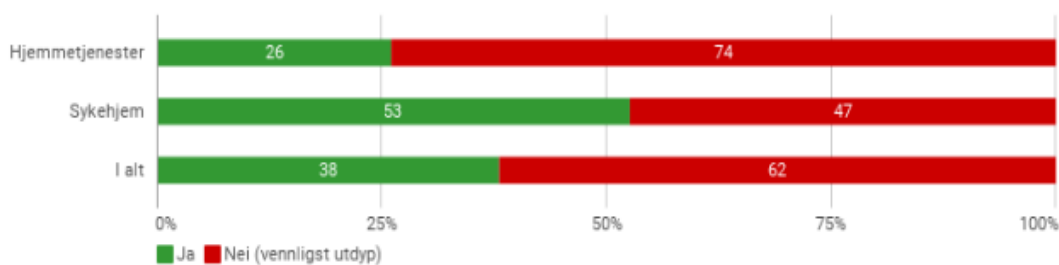
I intervju med kommunalsjef støttes det opp at mye av tjenestens overtidssutbetalinger i inneværende år er relatert til koronasvkefravær for en gitt periode, og dermed i liten grad var mulig å planlegge for. Kommunalsjef viser for øvrig til at man håper de nye ressursstyringsverktøyene man er i oppstartsfasen med vil bistå til bedre ressursstyring, og således medføre lavere overtidssutbetalinger for tiden fremover.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt en rekke spørsmål som omhandlet innleie av personale. Av svarene fremgår at 98 % aldri, svært sjeldent, eller i et akseptabelt omfang har opplevd å bli beordret på jobb. På samme spørsmål om forskjøvet arbeidstid svarte syv av ti det samme. På spørsmål om hvor ofte man de siste 12 månedene har opplevd å være uhensiktsmessig mange ansatte på enkelte vakter, svarte 93 % av de ansatte at de aldri, svært sjeldent, eller i et akseptabelt omfang hadde opplevd dette.

Arbeidsbelastning

Flere av dem revisjonen har vært i samtale med viser til høy arbeidsbelastning for de ansatte i hjemmetjenesten. Som følge av ønsket om å optimalisere ressursbruken, skal tjenesten høsten 2022 starte opp med en omfattende kartlegging av hjemmetjenestens brukere. Kartleggingen innebærer at ansatte ved bruk av chip skal registrere tidsforbruket gjennom arbeidsdagen, og med dette belyse hvor mye tid som går med hos bruker, og hvor mye tid som går til andre ting. Etter enhetsleder for tjenester til hjemmeboendes oppfatning vil dette bistå i å få en større forståelse av arbeidshverdagen, med mulighet til å endre arbeidsprosedyrer dersom dette viser seg å være hensiktsmessig.

I revisjonens spørreundersøkelse ble de ansattes arbeidsbelastning undersøkt gjennom følgende spørsmål: *Mener du at dagens bemanning og organisering sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?* (N=42)



Av svarene viser 62 % av de ansatte til at de ikke opplever at dagens bemanning sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene, og det fremgår en vesentlig forskjell på hvordan ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten opplever dette. 74 % av de ansatte i hjemmetjenesten svarer «nei» på at bemanningen sikrer tilstrekkelig kvalitet, mens 47 % på sykehjem gjør det samme. Respondentene som svarte nei, ble bedt om å utdype hvorfor. Av svarene er det gjennomgående at de ansatte ikke opplever å ha nok bemanning til å kunne gi tjenester av god nok kvalitet:

«Svært ofte har en dårlig samvittighet på grunn av for lite tid med brukerne. Det er alltid noe mer vi skulle ha gjort...» «...Det er noe som tærer på i lengden»

«Det er mange hjemmeboende som trenger hjemmesykepleie og det følger med mye administrative oppgaver. Vi haster ofte gjennom dette.»

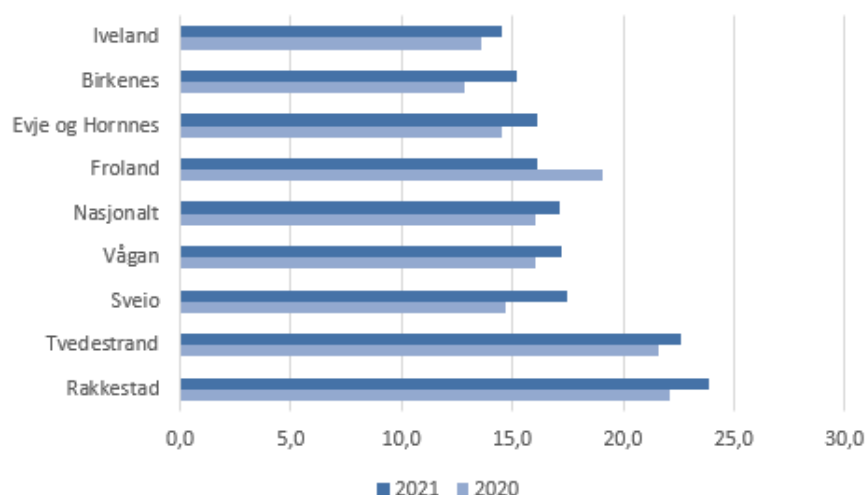
«Grunnet færre sykehjemsplasser, har det i flere perioder, over lengre tid vært pasienter som krever mye tid og ressurser fra personell i hjemmetjenesten.»

«Pasientene blir sykere og eldre og trenger mer og mer oppfølging. Men bemanningen blir ikke gjort noe med. Opplever ofte at man må løpe fra pasient til pasient for å rekke over det man MÅ få gjort og at omsorgen ikke blir helhetlig og god nok.»

«Det skjer masse små og store feil hele tiden. Vi prøver å skrive inn avvik, men oftest er vekten for travel til å rekke å skrive avvik. Dermed får ikke ledelsen beskjed om alle feil som gjøres...» «...Mange prater om at de er på bristepunktet.»

For å understøtte om ansattes tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen har bakgrunn i for lite ressurser til hjemmetjenesten, har revisjonen gjennomført ulike analyser basert på data hentet fra KOSTRA. I tabellen under skisseres andelen av kommunens totale utgifter som går til funksjon 254 – helsetjenester i hjemmet.

Bilde 14 – Andel av kommunens totale utgifter som går til helsetjenester i hjemmet.³⁶

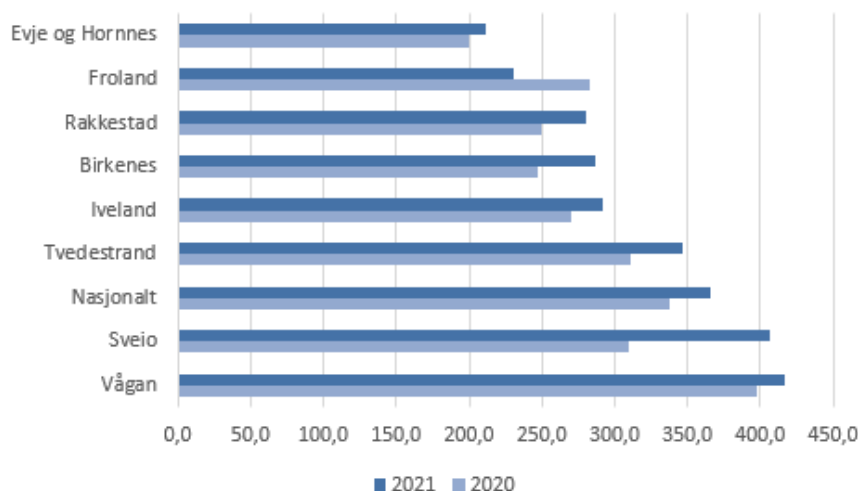


Av data fremgår at en lavere andel av Birkenes kommunes totale utgifter går til helsetjenester i hjemmet (15,2 %), sammenlignet med resten av grunnlaget. Froland har en andel på 16,1 %, mens landsgjennomsnittet er på 17,1 %. Selv om det i utplukk av kommuner er forsøkt å ta høyde for demografiske forskjeller, har Birkenes som forklart tidligere, på tross av dette en noe lavere andel eldre enn kommuner det sammenlignes med.

For å hensynta dette anses det som hensiktsmessig å se på utgifter per bruker av helsetjenester i hjemmet. Det er viktig at data ikke leses som absolutte tall på utgift per bruker, men som skisserende av tendensene. Dette som følge av at rapporteringen potensielt kan variere noe fra kommune til kommune, og fordi helsetjenester i hjemmet (funksjon 254) som forklart tidligere, også kan omfatte helsetjenester utover hjemmesykepleie, slik som samtaler med fysioterapeut, oppfølging innen psykisk helse m.m.

³⁶ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>

Bilde 15 – Utgifter (i 1.000 kr) per bruker av helsetjenester i hjemmet.³⁷

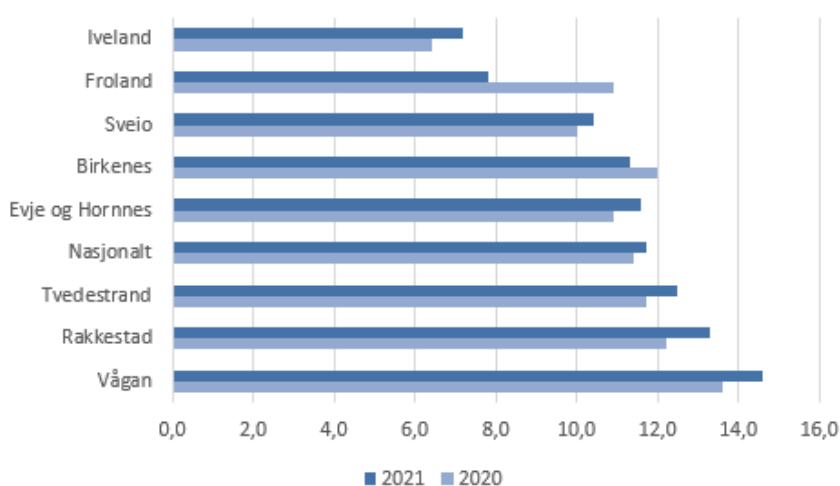


Data er hentet ut fra KOSTRA, tabell 12362: utgifter til tjenesteområdene, funksjon 254 – tjenester til hjemmeboende og tabell 11645: Brukere av omsorgstjenester – helsetjenester i hjemmet.

Av data fremgår det at Birkenes har hatt en vesentlig økning i utgifter per bruker fra 2020 til 2021, og Birkenes ligger således relativt gjennomsnittlig med Rakkestad og Iveland der de plasserer seg i gruppen blant kommunene som hverken bruker mye mer eller mindre enn gjennomsnittet per bruker av helsetjenester i hjemmet.

For å ytterligere understøtte de funn som fremgår vedrørende arbeidsbelastning i hjemmetjeneste versus sykehjem, er også kommunens andel av totale utgifter som går til helsetjenester i institusjon, gjennomgått. Av disse data fra KOSTRA fremgår det at dette for 2021 utgjorde 11,3 % for Birkenes kommune.

Bilde 16 – Andel av kommunens totale utgifter som går til helsetjenester i institusjon.³⁸



³⁷ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/> og <https://www.ssb.no/statbank/table/11645/>

³⁸ Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>

Av grafen skisseres det at Birkenes brukte en lavere andel av sine totale utgifter på opphold i institusjon i 2021, enn i 2020. Også her plasserer Birkenes seg relativt gjennomsnittlig, og er i gruppen blant kommuner som hverken bruker mye mer eller mindre enn andre kommuner på denne typen tjenester.

For å se utgifter til institusjon opp mot brukere av tjenesten, anses døgnpris på institusjonsplass som en relevant indikator. Av data fra KOSTRA fremgår det at Birkenes kommune har en døgnpris per institusjonsplass i 2021 på kr 2,4 mill. Dette er blant de høyeste bruttoutgiftene blant kommunene i sammenligningsgrunnlaget, men samtidig ganske tilsvarende Froland (2,3 mill), Iveland (2,7 mill) og Evje (2,0 mill). I samtale med kommunalsjef vises det til at man på bakgrunn av den høye døgnprisen på sykehjem som ble synliggjort gjennom data fra KOSTRA, gjorde en gjennomgang av utgifter til drift av bygg og bemanning i pleien i 2019. Konklusjonen var at kommunen hadde samme nivå på bemanning som i flere omkringliggende kommuner, og normale driftsutgifter på bygget. Det beskrives at den høye utgiften tilskrives kommunens barneboliger siden disse ligger på samme funksjon (253) i KOSTRA.

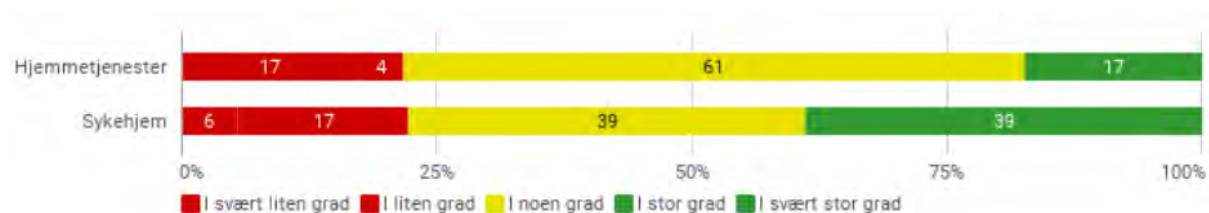
Sykefravær og arbeidsmiljø

I kommunens økonomi- og handlingsplan (2022-2025) fremgår det at en god opplevelse av medvirkning og involvering er et viktig grunnlag for opplevelsen av å kunne være med å påvirke sin egen situasjon. Medarbeidere som trives og kan påvirke vil videre bidra til et godt arbeidsmiljø. Dette er et viktig element for å beholde gode medarbeidere og sikre kontinuitet i tjenestene. Som følge av dette, beskriver kommunen et mål om at medarbeidere og innbyggere blir involvert, og at de opplever god kommunikasjon og informasjon i prosesser som angår dem. I det daglige arbeidet er det enhetslederne i kommunen som ivaretar oppfølgingen av dette arbeidet.

Enhetsleder for sykehjem viser til at det for hennes enhet gjennomføres et uformelt personalmøte på ukentlig basis. Møtene benyttes til å gjennomgå faglige drøftinger som omhandler brukerne, men også for å sikre informasjon fra ansatte til enhetsleder, og motsatt. Det føres referat der ikke-sensitiv informasjon oversendes enhetens ansatte. Etter enhetsleder for sykehjems opplevelse, er dette en god kanal for å sikre informasjon mellom ledelsen og ansatte.

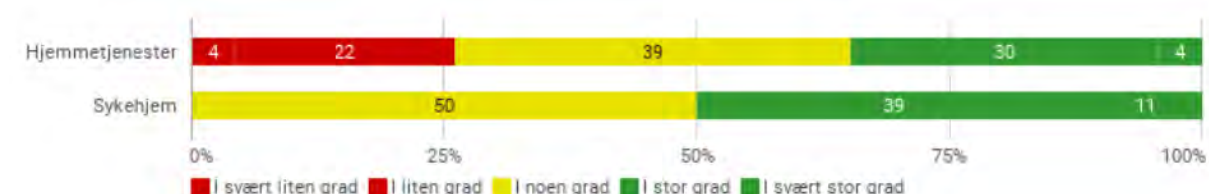
Hjemmetjenesten har ukentlige enhetsmøter i regi av teamleder, der møtene beskrives å ha fokus på pasientene. Utover dette gjennomføres det personalmøter 4-6 ganger i året der enhetsleder også deltar. Disse møtene beskrives av enhetsleder å være en god arena for formidling av kommunens strategi om at flest mulig skal bo lengst mulig hjemme. Enhetsleder viser for øvrig også til utsendelse av månedspost, der områder som omhandler strategi, økonomi, budsjett mv. som er av betydning for de ansatte, informeres om.

Revisjonen stilte i spørreundersøkelsen til de ansatte spørsmålet: *I hvilken grad opplever du at ledelsen hører på ansattes innspill?* (N=41)



Av svarene fremgår det at 80 % av de ansatte i noen eller stor grad opplever at ledelsen hører på ansattes innspill. Det er noen flere som svarer i svært liten grad i hjemmetjenesten (17 %) enn på sykehjem (4%), men det fremstår ikke som at det er fremtredende forskjeller mellom de to tjenestene når det gjelder ansattes opplevelser vedrørende opplevd medvirkning.

Videre ble det stilt spørsmålet: *I hvilken grad opplever du at ledelsen holder ansatte informert om forhold av betydning?* (N=41)



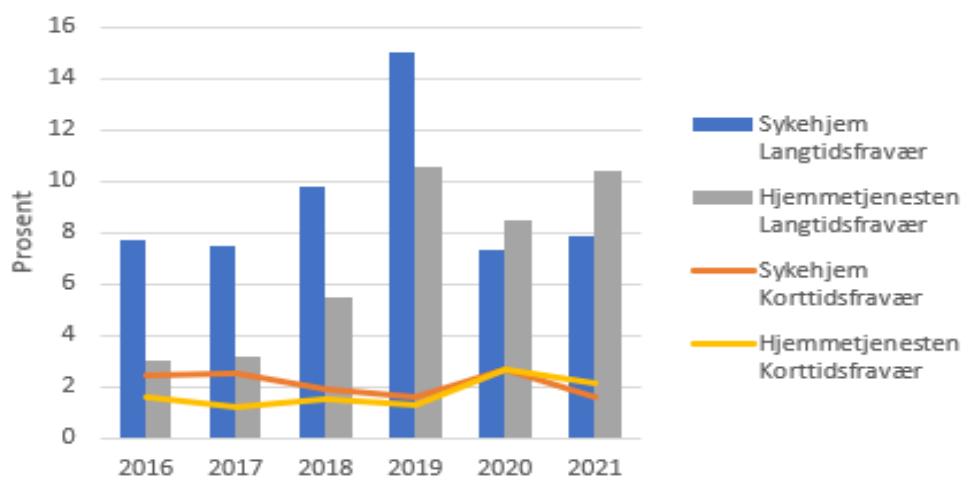
Alle de ansatte på sykehjem svarte at de i noen, stor eller svært stor grad blir holdt informert av ledelsen om forhold av betydning. For sykehjem var det 26 % som svarte at de i liten eller svært liten grad ble informert av ledelsen.

Begge enhetene har arbeidsmiljøgrupper bestående av enhetsleder, tillitsvalgt og verneombud, med møter ca hver 6 uke. I disse møtene er det stort fokus på arbeidsmiljø og på å legge til rette for en god arbeidsplass for de ansatte. I henhold til kommunens økonomi- og handlingsplan for 2020-2025 har man hatt et særlig fokus i arbeidsgruppene på arbeidet med nærvær og sykefravær. Det fremgår at dette har mange gevinster, både økonomiske og menneskelige. Utgiftene forbundet med sykefravær er en stor kostnadsdriver for kommunen, og omkostningene kan også gå utover kvaliteten på tjenestene ved å gi dårligere kontinuitet og mangel på kvalifisert personell. Dette støttes opp i samtale med enhetsleder for sykehjem, som viser til at sykefravær er kostbart for tjenesten, både i utgifter, men også i kontinuitet og kvalitet.

Når det gjelder sykefravær på sykehjem, viser enhetsleder til at tjenesten har et lavt korttidsfravær, men at langtidsfraværet ligger noe høyere. Det jobbes for å tilrettelegge for at ansatte med fysiske utfordringer for eksempel kan jobbe på avdelinger med mindre fysisk belastning. Dette har fungert bra i mange år, og er en av grunnene til at tjenesten har klart seg med såpass lavt korttidssykefravær som den har.

Av kommunens årsmeldinger fremgår det at korttidsfraværet (< 17 dager) for hjemmetjenesten og sykehjem jevnt over har ligget på 1,5 til 2,5 % de siste seks årene. Det har vært noe større svingninger i langtidsfraværet, som for både hjemmetjenesten og sykehjem var på sitt høyeste i 2019, på henholdsvis 11 og 15 %. Til sammenligning rapporterer helsedirektoratet om et nasjonalt sykefravær som samlet utgjør 11,4 % i kommunale helse- og omsorgstjenester.³⁹

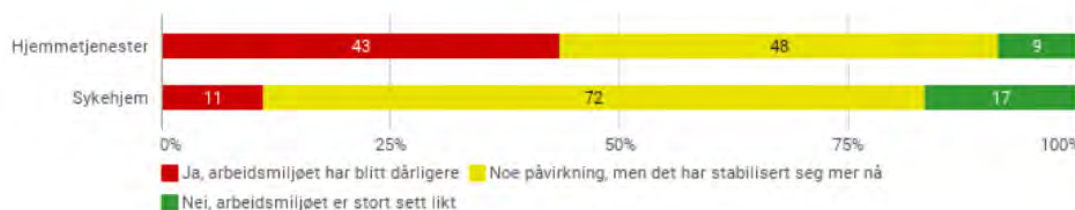
Bilde 17 – Sykefravær sykehjem og hjemmetjeneste



Av oversikten over de to tjenestenes sykefravær fremgår det at det har vært en dreining fra at sykehjem har hatt det høyeste både kort- og langtidsfraværet, til at hjemmetjenesten i årene etter 2019, har hatt dette. I samtale med enhetsleder for tjenester til hjemmeboende, fremgår det at økningen i sykefraværet har sammenheng med at tjenesten har fått en annen type brukere enn man hadde for noen år siden. Enhetsleder viser til at det i henhold til vedtak og IPLOS-kartlegging for noen år tilbake, fremgikk at det var en hovedandel bestående av såkalte *lette brukere* før, mens hjemmetjenesten i dag har en større andel av brukere med mer omfattende tjenestebehov. Etter enhetsleder for tjenester til hjemmeboendes oppfatning innebærer dette at tjenesten i mindre grad har mulighet til å tilpasse arbeidet etter de ansattes behov. Det beskrives at hver enkelt sykemelding har sin individuelle årsak, og at de ansatte ikke oppgir arbeidsplassen som en grunn til at de er borte fra jobb. Enhetsleder viser til at det i samtale med de ansatte, og i oppfølgingen av sykefraværet deres, ikke kommer frem at dette har noe med omorganiseringen der praktisk bistand ble lagt til hjemmesykepleien, å gjøre.

³⁹ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Revisjonen stilte i spørreundersøkelsen for de ansatte, spørsmålet: *Opplever du at endringsprosessene de siste årene har påvirket arbeidsmiljøet?* (N=41)



Av svarene viser samlet sett 29 % av de ansatte til at arbeidsmiljøet har blitt dårligere som følge av gjennomgåtte endringsprosesser den siste tiden. Ved å dele respondentene opp i hjemmetjeneste og sykehjem, fremgår det at 43 % fra hjemmetjenesten rapporterer om dårligere arbeidsmiljø, mens det tilsvarende er 11 % fra sykehjem, som svarer det samme.

I intervju med teamleder for tjenester til hjemmeboende vises det til at selv om sammenslåingen av praktisk bistand og hjemmesykepleien har vært krevende for arbeidsmiljøet, har dette roet seg den senere tid. Enheten har hatt noen oppsigelser etter omorganiseringen, der særlig mangel på faglige utfordringer på HDO beskrives som årsaken til dette. Samtidig opplever teamleder for hjemmetjenesten at vikarer som begynner i hjemmesykepleien, forblir vikarer, eller søker seg fast stilling.

For å støtte opp om de funn som fremgår av revisjonens spørreundersøkelse, har det også blitt gitt tillatelse til å vise til kommunens egne resultater fra tillitsundersøkelsen, fordelt på tjenestenivå. Tillitsundersøkelsen er utarbeidet av *Great Place To Work* og ble gjennomført i kommunen i 2016, 2018 og 2020. Undersøkelsen består av 60 påstander fordelt på områdene: Troverdighet, Respekt, Rettferdighet, Stolthet og Fellesskap, der medarbeiderne rangerer påstandene fra 1 (Nesten alltid usant) til 5 (Nesten alltid sant). Prosentpoengene som vises, er kombinerte verdier av de som har svart (4) Ofte sant og (5) Nesten alltid sant. Respondentene er fordelt på de to tjenestene; Hjemmetjenester (N=34) og sykehjem (N=41).

Bilde 18 – Resultater fra tillitsundersøkelsen: Sykehjem

I grafen over gjengis tjenestenes resultater for de tre påstandene: «Jeg ønsker å arbeide her i lang tid», «Medarbeidere ser frem til å komme på arbeid» og «Alt tatt i betraktning mener jeg dette er et flott sted å arbeide». Av svarene fremgår det at ansatte i hjemmetjenesten i 2016 i noen større grad rapporterte tilfredshet rundt jobben, enn hva de ansatte på sykehjem gjorde. Det fremgår imidlertid at mens sykehjem har holdt seg relativt stabilt på disse målingene, har hjemmetjenesten hatt en betraktelig reduksjon. Størst er nedgangen på påstanden «Medarbeidere ser frem til å komme på arbeid», som for hjemmetjenesten gikk fra 73 % i 2016 til 33 % i 2020. På sykehjem er det en svak oppgang, fra 61 % i 2016 til 63 % i 2020, av de ansatte som sier det samme. For øvrig svarte 80 % av de ansatte i hjemmetjenesten i samme undersøkelse at de opplever at medarbeiderne bryr seg om hverandre, og tilsvarende andel viste til at de kan regne med samarbeidsvillige medarbeidere.

I spørreundersøkelsen fra revisjonen ble det stilt følgende spørsmål: *Har du avslutningsvis noen utfyllende kommentarer eller forhold du anser som nyttig for revisjonen å vite om?* Av svarene påpeker flere ansatte særlig tre tendenser som avgjørende og som for revisjonen fremstår som relevante å se i sammenheng med hjemmetjenestens resultater fra tillitsundersøkelsen; Bemanning, oppgavedeling og arbeidsmiljø, Under gjengis et utplukk av kommentarer:

Bilde 20 – Resultater fra spørreundersøkelsen – ansattes utfyllende kommentarer

Bemanning	Oppgavedeling	Arbeidsmiljø
«Bemanningen i hjemmesykepleien bør økes slik at tjenesten til bruker og kvaliteten på den blir bedre.»	«Hjelpepleierne/helsefagarbeidere kan mye mer enn bare å tilrettelegge måltider, stell og praktisk bistand. Vi kan få opplæring i forskjellige prosedyrer. Det er noe vi vokser på, da får vi faglig påfyll og ny kompetanse. Vi må våge å tenke nytt, hvis vi skal ha nok kvalifisert helsepersonell i fremtiden»	«Arbeidsmiljøet har blitt dårligere grunnet flere endringer den siste tiden. Mange har sagt opp»
«Jeg merker selv at disse månedene med svært hektisk hverdag gjør at jeg begynner å bli kvalm ved tanke på jobb...» «Jeg skjønner at det er en kommune med dårlig økonomi, men de taper mye mer på sykefraværet enn de hadde gjort på å ha såpass bemanning at man kunne puste, slik folk kan i et vanlig jobbliv.»	«Praktisk bistand burde tas bort fra hjemmesykepleien og over til hjemmehjelp. Vi utdannet oss og vil gi helsehjelp, ikke vaske hus.»	«Mye snakk i gangene og mange som er misfornøyde»
«Alle kollegaene mine har et ønske om å bli i jobben, men mange er slitne pga stort arbeidstempo og det er vanskelig å tro at man skal holde ut i jobben hvis det ikke skjer en endring.»	Sykepleier må utføre sine profesjonelle oppgaver...» «...Ressursene må brukes på den mest hensiktsmessige måten. De må bli riktig fordelt»	«Arbeidsmiljøgruppen fungerer ikke. Vi blir ikke hørt»
«Kvaliteten og sikkerheten for pasientene står i fare hvis denne utviklingen fortsetter....»		«Arbeidsplassen må ta vare på sine ansatte»

3.2.3. REVISORS VURDERINGER

Det ble i 2019 gjennomført en omorganisering av hjemmetjenesten, som innebar at ansatte fra praktisk bistand og hjemmesykepleien ble til en felles enhet med en felles oppgavedeling. Etter revisjonens vurdering, fremstår omorganiseringen som gjennomarbeidet i forkant av innføringen, men der tjenesten på tross av forarbeidet, ikke helt har lyktes i å omforene de ansatte vedrørende arbeidsoppgavene omorganiseringen har medført. Ansatte rapporterer om en oppgavedeling som er lite hensiktsmessig, blant annet som følge av at de blir satt til oppgaver uten krav om den kompetansen de som sykepleiere eller fagutdannede, innehar. Ledelsen i kommunen viser på sin side til viktigheten av at praktisk bistand gjennomføres av fagarbeidere, da praktisk bistand er å forstå som mye mer enn bare rengjøring. Med bakgrunn i de funn som fremgår av revisjonens spørreundersøkelse, der ansatte rapporterer om en lite hensiktsmessig oppgavedeling, viser kommunalsjef til at ledelsen muligens ikke har vært gode nok på å synliggjøre «følge med»-ansvaret man ønsker at skal ivaretas ved at fagutdannede gjennomfører praktisk bistand.

Samtlige av ledelsen viser i intervju til at man hele tiden må tenke på fremtidige løsninger når det gjelder hjemmetjenestens organisering. Flere påpeker at det kan bli nødvendig å ta i bruk de fagutdannede til pleie- og omsorgsoppgaver, og at dette først vil være hensiktsmessig å gjennomføre ved HDO-boligene. Flere fra ledelsen viser i denne sammenhengen til hvor avgjørende det vil være at man i så fall lager tydelige skiller mellom de ansatte, slik at en eventuell endring ikke resulterer i A og B-lag blant ansatte som jobber innen pleien. Med dette som bakgrunn, foreligger det etter revisjonens vurdering et mulighetsrom til å i større grad benytte fagutdannede ansatte i hjemmetjenesten til oppgaver som primært omhandler pleie. Spesielt anses dette som relevant for HDO-boliger, som ikke bare lettere kan sikres at «følge med»-ansvaret ivaretas på andre måter enn gjennom fagutdannede som utfører praktisk bistand, men som også av flere påpekes som området der ansatte rapporterer om tyngst arbeidsbelastning. Dersom man skulle komme dithen at man endrer ordningen med at helsefagarbeidere gjennomfører praktisk bistand-oppgavene i HDO-boligene, anser enhetsleder for tjenester til hjemmeboende at dette vil være mest hensiktsmessig å gjennomføre i forbindelse med en eventuell oppbemanning av tjenesten.

Bemanningsplanleggingen er plassert hos egne turnusansvarlige i de to tjenestene, der både sykehjem og hjemmetjenesten fra 2019 har praktisert dette gjennom årsturnus. Av revisjonens spørreundersøkelse fremgår det at en noe lavere andel av de ansatte på sykehjem enn i hjemmetjenesten anser at turnusutarbeidelsen sikrer dem forutsigbarhet i hverdagen. Etter revisjonens vurdering har sykehjemmet iverksatt flere tiltak som anses som relevante for å utbedre dette. Tjenesten har nytt for i år startet opp med at de ansatte i større grad utarbeider egen årsturnus, noe flere ansatte i revisjonens spørreundersøkelse påpeker at vil bedre involveringen deres i turnusutarbeidelsen. Nytt for tjenesten er også forsøksordningen der ansatte kan jobbe langvakter i helgene, mot arbeid hver fjerde fremfor hver tredje helg. Begge tjenestene har også startet opp med digital vaktbok ved innleie, et verktøy som gjør at den som leier inn får oversikt over tjenestens personal, i tillegg til kostnadene den enkelte ansatte

genererer ved innleie. Systemet varsler også dersom innleiet bryter med de arbeidstidsbestemmelser som fremgår av arbeidsmiljøloven.

Det fremstår for revisjonen som at utgifter relatert til vikar- og overtidsutbetalinger har sin sammenheng med uforutsette koronautgifter for inneværende år, og at de således i liten grad var mulig for tjenesten å planlegge ytterligere for. Samtlige ansatte med økonomiansvar innen tjenestene viser til at de opplever å ha velfungerende systemer for rapportering, der alle i ledelsen er omforente om at de sikres nok informasjon av økonomisk relevans til å være delaktige i å fatte de riktige beslutningene for tjenestene. Revisjonen bemerker seg imidlertid risikoen som anses å foreligge gjennom at nytilførte årsverk legges til grunn for i turnus, før disse stillingene er besatt. Etter revisjonens vurdering kan dette potensielt føre til høye overtidsutgifter i påvente av at man får tilsatt riktig kompetanse i stillingshjemmelen, og dette bør således behandles med varsomhet av den som leier inn, og med en forståelse for de potensielle ekstra utgiftene dette kan føre til, av den som kontrollerer. Selv om praktiseringen genererer vikar- og overtidsutbetalinger, viser teamleder for tjenester til hjemmeboende til at årsverkene blir innvilget som følge av behovet for dette, og at utgiftene anses å ville vært der uavhengig av om stillingen som dekkes opp for, er vakans eller ikke.

Etter revisjonens vurdering, fremstår det som at hjemmetjenesten over flere år har vært under stort press, der man har måttet ivareta stadig flere brukere, med et stadig økende behov for omfattende grad av helse- og omsorgstjenester. Av kommunens statistikk over brukere fremgår det en økning på 40 % i hjemmetjenesten. Tilsvarende har årsverk blitt oppjustert med omkring 40 % for samme periode. Som følge av at brukerne beskrives som vesentlig tyngre nå enn hva de tidligere var, støtter dette etter revisjonens vurderinger opp de ansattes opplevelse om en samlet større belastning nå enn tidligere. De ansatte i hjemmetjeneste viser i spørreundersøkelsen til at 74 % ikke opplever at dagens bemanning sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene, mot 47 % på sykehjem. At arbeidsbelastningen oppleves som for høy, fremgår også av kommentarer fra de ansatte, der flere påpeker å være slitne som følge av den høye arbeidsbelastningen tjenesten har hatt den senere tid. Dette støttes også opp i de funn som er gjort i kommunens tillitsundersøkelse, der ansatte fra hjemmetjenesten gjennomgående gir en lavere verdi på spørsmål som omhandler trivsel, både sammenlignet med hjemmetjenestens svar fra tidligere år og med svar fra sykehjem. Data fra KOSTRA gir indikasjoner om at Birkenes ligger noe lavere i sin ressursinnsats til hjemmetjenester enn sykehjem når dette ses opp mot andre kommuner. Forskjellene som fremgår av sammenligningen, er imidlertid ikke så store som man kunne forventet seg utfra svarene som fremgår fra hjemmetjenestens ansatte i spørreundersøkelsen. Etter revisjonens vurdering, samstemmer dette med den informasjonen som har blitt henvist til i flere intervjuer. Presset som man opplever i hjemmetjenesten er ikke nødvendigvis spesielt for Birkenes, men som en del av økningen kommunehelsetjenesten generelt, og hjemmetjenesten spesielt, på samme tid har undergått.

Etter revisjonens vurdering fremstår det som at både enhet for sykehjem og enhet for hjemmetjeneste har sikret en tilstrekkelig kanal for toveis-informasjon blant annet gjennom de etablerte enhetsmøtene som gjennomføres på ukentlig basis. At det skrives referat som

utsendes ansatte fremstår for revisjonen som hensiktsmessig for å sikre alle ansatte den samme typen informasjon. Det vises også til utsendelse av månedspost, der områder som omhandler strategi, økonomi, budsjett mv. informeres om. På tross av dette fremgår det av spørreundersøkelsen blant ansatte at én av fire i hjemmetjenesten opplever å få lite eller svært lite informasjon om forhold av betydning, mens ingen av de ansatte på sykehjem svarte det samme. Tilstrekkelig informasjon og medvirkning beskrives i kommunens økonomi- og handlingsplan som et viktig grunnlag for ansattes opplevelse av å kunne være med å påvirke sin egen situasjon. Medarbeidere som trives og kan påvirke vil videre bidra til et godt arbeidsmiljø, og dette anses således som et viktig element for å beholde gode medarbeidere og sikre kontinuitet i tjenestene. Som følge av de tilbakemeldinger som fremgår av spørreundersøkelsen, er det etter revisjonens vurdering viktig for hjemmetjenestens arbeidsmiljø, at tilstrekkelig grad av informasjon sikres og tilrettelegges i henhold til arbeidstakers behov.

Etter revisjonens vurderinger, er de øvrige funn som angår ansatte i hjemmetjenestens sykefravær og arbeidsmiljø, av vesentlig viktighet at belyses. Hjemmetjenesten har hatt et økende sykefravær som er mer enn tredoblet i årene fra 2016. Av kommunens tillitsundersøkelse fremgår det at bare én av tre ansatte i hjemmetjenesten rapporterte om at de så frem til å komme på jobb, en vesentlig reduksjon fra 2016 da tre av fire rapporterte om det samme. Sykehjem hadde på sin side et uendret antall ansatte som så frem til å komme på arbeid, på i overkant av 60 %. Dette forsterkes gjennom revisjonens spørreundersøkelse, der nesten halvparten av de ansatte i hjemmetjenesten svarte at arbeidsmiljøet var blitt dårligere den siste periode som følg av endringsprosessene som var gjennomgått, mens én av ti svarte det samme på sykehjem. I henhold til de tilbakemeldinger som foreligger fra tjenestens ansatte, fremstår det for revisjonen som at økende arbeidsbelastning med stressende dager og en opplevd uhenksiktsmessig oppgavefordeling, er å anse som hovedårsaker til dette.

4. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

4.1. KONKLUSJON

Revisjonen har i rapportens første problemstilling undersøkt om Birkenes kommunes tjenestetildeling innen institusjon- og hjemmebaserte tjenester skjer i henhold til nasjonale lovkrav og kommunens visjon om flest mulig lengst mulig hjemme, gjennom følgende problemstilling:

Har Birkenes kommune etablert skriftlige rutiner som sikrer at kartlegging og tildeling av tjenester samsvarer med gjeldende regelverk og kommunens målsettinger?

Tjenesten har etablert skriftlige rutiner som sikrer kartlegging av bruker i henhold til lovkrav i forbindelse med tjenestetildeling. Det fremstår for revisjonen som at kommunen i hovedsak nyttiggjør seg av rutinene når et tjenestebehov skal utredes, men at det foreligger enkelte unntak der dette ikke er fulgt opp. Revisjonen bemerker også at IPLOS/ADL ikke rutinemessig innhentes i forbindelse med brukers utredning av tjenestebehov, på tross av at dette fremgår av tjenestenes skriftlige rutiner at skal gjennomføres. Etter det revisjonen erfarer, behandler tjenestene for øvrig i all hovedsak søknader i henhold til forvaltningslovens frist, og vedtakene inneholder de skriftlige krav som foreligger, ved utarbeidelsen.

Det fremstår for revisjonen som at tjenestetildeling i den enkelte enhet, slik situasjonen er i dag, er å foretrekke for enhetenes ledelse. Vedtak som omhandler tjenester på sykehjem eller omsorgsbolig behandles i fellesskap på inntaksmøtet, noe som beskrives å bidra til en tjeneste som tar raske og velinformerte avgjørelser, i tverrfaglig fellesskap. Organiseringen av hjemmetjenestens tjenestetildeling fremstår for revisjonen som noe mer sårbar, der et tilsvarende beslutningsforum som det sykehjemmet har, ikke er etablert. Dette kan etter hva revisjonen erfarer resultere i at saksbehandler for disse tjenestene blir stående litt alene i front i krysspresset av bestiller- og utførerrollen.

Når det gjelder kommunens mål om at flest mulig brukere skal kunne bo lengst mulig hjemme, fremstår det for revisjonen som at kommunen har gjennomført omfattende arbeid for å tilstrebe en tjenestetildeling i henhold til dette. Etter det revisjonen erfarer, har man lyktes i en nedskalering av brukere med vedtak om sykehjemsplass, og i tråd med lovkrav, etablert et tilbud på et lavere trinn i innsatstrappa som sikrer å ivareta disse brukerne. Kommunen gjennomførte i 2019 en omfattende gjennomgang av vedtak til brukere av hjemmetjenester. Hensikten var å innrette tjenesteomfanget til et etablert nullnivå, for å med dette bedre være rustet for de fremtidige økningene av brukere med omfattende pleie- og omsorgsbehov man forventer at hjemmetjenesten vil få. Det fremstår for revisjonen som at dette nullnivået muligens er etablert noe lavere enn intensjonen med etableringen var, der tilgjengelig data på området viser til at brukere i Birkenes nå får et mindre omfattende tilbud innen praktisk bistand enn tilsvarende brukere i andre kommuner, gjør.

Revisjonen har i rapportens andre problemstilling undersøkt om Birkenes kommunes tjenestetilbud innen institusjon- og hjemmebaserte tjenester er organisert på en hensiktsmessig måte sett opp mot de myndighetskrav som er gjeldende, gjennom følgende problemstilling:

Er ressursinnsatsen knyttet til hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester organisert på en hensiktsmessig måte, og i tråd med kommunens målsettinger?

Sykehjem og hjemmetjenesten i Birkenes har etter det revisjonen erfarer, gjort flere tiltak for å sikre en hensiktsmessig ressursstyring. Herunder nevnes innføring av årsturnus, oppstart av digital vaktbok, prøveprosjekt med langhelger og pågående kartlegging av tidsforbruk i hjemmetjenesten. Revisjonen vil også berømme tjenestene for sitt kontinuerlige forbedringsarbeid gjennom at det med faste tidsintervall gjennomføres både brukerundersøkelse og ansattundersøkelse, og som med dette bidrar til å øke forståelsen vedrørende ressursinnsatsen til den enkelte tjeneste.

Det fremgår for revisjonen som at særlig hjemmetjenesten i Birkenes kommune er under stort press, med ansatte som opplever krevende arbeidsdager. Hjemmetjenesten har fått tilført stadig nye ressurser, men som følge av den økende brukergruppen med mer omfattende pleie- og omsorgsbehov, beskriver flere ansatte en hverdag som er så tung at dette går på bekostning både av kvalitet på tjeneste, og egen helse. Signalene som gis fra de ansatte, der kun én av tre ansatte i hjemmetjenesten rapporterer om at de ser frem til å komme på jobb, anses av revisjonen som vesentlig at belyses og jobbes videre med.

Det fremstår for revisjonen som at økende arbeidsbelastning, i tillegg til en lite hensiktsmessig oppgavedeling, er å anse som hovedårsakene til dette. Flere ansatte peker på at tjenestens organisering av ressurser resulterer i at ansatte må gjennomføre arbeidsoppgaver uten krav til den kompetansen de som sykepleiere eller fagutdannede, innehar. I henhold til det som beskrives av KS, vil et bevisst forhold til hvordan man ut fra kompetanse fordeler oppgavene mellom yrkesgruppene, være en av løsningene på utfordringer som helse- og omsorgssektoren kommer til å møte i årene som kommer.

4.2. ANBEFALINGER

Revisjonen har følgende anbefalinger til Birkenes kommune:

- Revisjonen anbefaler at kommunen sikrer et system for at brukere kartlegges i henhold til kommunens utarbeidede kartleggingsrutine. Videre anbefales det at IPLOS/ADL innhentes i henhold til rutine.
- Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer om tildeling av tjenester til hjemmeboende en organisert på en hensiktsmessig måte.
- Revisjonen anbefaler at kommunen gjør en vurdering av sin praksis ved tildeling av praktisk bistand i hjemmet opp mot de forhold som fremgår av rapporten knyttet til områdene brukertilfredshet og tjenesteomfang.
- Revisjonen anbefaler at kommunen arbeider med en tydeliggjøring av oppgavedelingen mellom faggruppene. I denne sammenheng vil det være vesentlig å involvere de ansatte i utviklingsarbeidet.
- Revisjonen anbefaler at det iverksettes tiltak for å sikre et godt arbeidsmiljø i hjemmetjenesten, der det på lik linje med beskrivelsen over, anses som vesentlig med involvering av de ansatte i utviklingsarbeidet.

4.3. KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

FORVALTNINGSREVISJON FOR KONTROLLUTVALGET I BIRKENES KOMMUNE - RESSURSSTYRING OG TILDELING AV TJENESTER

Kommunedirektørens kommentar:

Kommunedirektøren i Birkenes har mottatt utkast til rapport fra forvaltningsrevisjonen gjeldende ressursstyring og tildeling av tjenester i helse og omsorg. Problemstillingene som løftes frem og revisjonskriteriene som ligger til grunn for revisjonen, oppleves å være relevante.

I revisors vurderinger fremkommer det at mye gjøres bra, og at noe må jobbes videre med. Kommunedirektørens oppfatning er, at rapporten er nyttig i det videre forbedringsarbeidet som pågår kontinuerlige i disse tjenestene.

I kommunens videre arbeid med å vurdere grunnlaget for fremtidig tjenestebehov- og tilgang på arbeidskraft, vil revisjonens anbefalinger vil være til god nytte.

Anne Stapnes
Kommunedirektør

5. LITTERATUR

- LOV-2018-06-22-83 *Lov om kommuner og fylkeskommuner (Kommuneloven)*
- LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*
- LOV-2005-06-17-62 *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven)*
- LOV-1999-07-02-63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*
- LOV-1999-07-02-64 *Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)*
- FOR-2021-11-19-3235 *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. (Forskrift om IPLOS-registeret)*
- FOR-2016-10-28-1250 *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
- FOR-2010-11-12-1426 *Forskrift om en verdig eldreomsorg. (Verdighetsgarantien)*
- FOR-2008-04-03-320 *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (Forskrift om legemiddelhåndtering)*
- FOR-2003-06-27-792 *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. (Kvalitetsforskriften)*
- FOR-1988-11-14-932 *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. (Forskrift for sykehjem)*
- Prop. 91 L (2010-2011) *Proposisjon til Stortinget – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. S. 140*
- Innst. 372 L (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*
- Birkenes kommune (2020). *Vedtatte kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester.*
- Helsedirektoratet (2021). *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.*
- Helsedirektoratet (2019). *Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester – En finansieringsmodell for omsorgstjenester.*
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Helsedirektoratet (2016). *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven*

Helsedirektoratet (2015). IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester.

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Kompetanseløft 2025 - Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025.*

KS, (2022). *Oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjeneste*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/> 15.september 2022

Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11645/>

Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>

Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/>

Statistisk sentralbyrå (2022). Hentet 14. oktober 2022 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Statistisk sentralbyrå (2020). *Om KOSTRA*. Hentet 3. november 2022 fra: <https://www.ssb.no/kostra/om-kostra>

Store medisinske leksikon (2018). *ADL*. Hentet 15. oktober 2023 fra <https://sml.snl.no/ADL>

6. VEDLEGG

VEDLEGG 1 – SJEKKLISTE

Revisjonskriterier	Dokument	Sjekkpunkt	Resultat
	Søknad	Tjeneste det søkes om	
	Søknad	Dato for søknad om tjeneste	
FL § 17	Kartleggingsskjema	Kartleggingsskjema er fylt ut i Gerica (journalkode 200)	
FL § 17	Kartleggingsskjema	Dato for fullført kartlegging	
PBRL § 3-1	Kartleggingsskjema	Brukers mening er tatt med i vurderingen av tjenestetilbud.	
Kommunens målsetning	Kartleggingsskjema	Velferdsteknologiske løsninger er vurdert (døralarm, GPS, trygghetsalarm el.)	
Kommunens målsetning	Journalkode 200	Det er gjennomført 5-ukers evaluering ca 5 uker etter oppstart av tjeneste	
HOL §§3-2, 3-6 og 3-8	Brukerkort	Bruker er ADL-kartlagt (dato)	
HOL §§3-2, 3-6 og 3-8	Brukerkort	ADL-score er:	
HOL §§ 3-1 og 3-2	Vedtak	Status på vedtak	
FL § 11a	Vedtak	Dato for vedtak	
FL § 27	Vedtak	Vedtak inneholder informasjon om klageadgang, klagefrist, klageinstans, fremgangsmåte ved klage og retten til innsyn	
FL § 24	Vedtak	Vedtaket er grunngitt	
FL § 25 a, første ledd	Vedtak	Det vises til lovverk vedtaket er fattet med bakgrunn i.	
FL § 11 a	Post inn/ut	Det er gitt et foreløpig svar dersom søknaden ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.	
Vedtatte kriterier for tildeling	Tjenesteoversikt	Andre relevante tiltak lavere i innsatstrappa er på forhånd utprøvd (og/eller vurdert)	

Hei

Vi i Aust-Agder revisjon IKS (Birkenes kommunes revisor) arbeider for tiden med et prosjekt om tildeling og bemanning ved sykehjem og hjemmetjenester i Birkenes. Prosjektet er bestilt av kommunens kontrollutvalg og den endelige rapporten vil behandles i kommunestyret og sendes til kommunens ledelse.

Vårt formål er å undersøke om seksjon for institusjon og hjemmetjenester har organisert sine personalressurser på en hensiktsmessig måte og hvordan de ulike endringene enheten har gjennomgått evt. har påvirket kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet både på institusjon og i hjemmetjenesten.

Deres svar vil være et viktig bidrag for våre konklusjoner. Undersøkelsen vil kun ta 5-10 minutter. **Alle besvarelser vil være anonyme.** All personlig data som fremkommer gjennom undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt i revisjonen iht. GDPR og personvern, og vil ikke bli overlevert kommunen.

Dersom dere har noen konkrete spørsmål, er det bare å ta direkte kontakt. Frist for besvarelse er forlenget, og undersøkelsen vil nå være åpen frem til **9.oktober.**

På forhånd tusen takk.

Marlene Kvåle
Forvaltningsrevisor
Telefon: 45 44 70 09
E-post: marlene@aarevisjon.no
Hjemmeside: www.ariks.no

I hvilken tjeneste tilhører du? (Hvis begge, velg der du tilbringer mest tid)

- (1) ☐ Hjemmetjenester
- (2) ☐ Sykehjem
- (3) ☐ Annet

Hva er din stillingstittel?

- (1) ☐ Sykepleier
- (2) ☐ Helsefagarbeider
- (3) ☐ Ufaglært/assistent
- (4) ☐ Annet

Hva slags stillingsprosent har du?

- (1) ☐ Heltid (80 - 100 %)
- (2) ☐ Deltid etter eget ønske
- (3) ☐ Ufrivillig deltid

Tjenestetildeling

Birkenes kommune har gjort flere endringer innen sykehjem og hjemmetjenester som har innvirkning på ledig kapasitet og tildeling av tjenester. Blant annet har kommunen fått færre ledige sengeplasser på institusjon, og praktisk bistand er slått sammen med hjemmesykepleie.

Opplever du at pasient/bruker i tilstrekkelig grad er kartlagt, slik at brukers status er godt kjent, før en tjeneste blir tildelt?

- (1) ☐ I svært liten grad
- (4) ☐ I liten grad
- (2) ☐ I noen grad
- (3) ☐ I stor grad
- (5) ☐ I svært stor grad
- (6) ☐ Jeg har ingen kjennskap til dette

Opplever du at brukere/pårørendes stemme blir hørt ved utforming av tjenestetilbud?

- (1) ☐ I svært liten grad
- (2) ☐ I liten grad

- (3) ☐ I noen grad
- (4) ☐ I stor grad
- (5) ☐ I svært stor grad
- (6) ☐ Jeg har ingen kjennskap til dette

Opplever du at eventuelle endringer hos bruker blir fanget opp og at tjenestetilbudet blir tilpasset endringene?

- (1) ☐ I svært liten grad
- (2) ☐ I liten grad
- (3) ☐ I noen grad
- (4) ☐ I stor grad
- (5) ☐ I svært stor grad
- (6) ☐ Jeg har ingen kjennskap til dette

Opplever du at brukere blir stående uten nødvendig hjelp i påvente av saksbehandling?

- (1) ☐ Svært sjeldent
- (2) ☐ Sjeldent
- (3) ☐ Av og til
- (4) ☐ Ofte
- (5) ☐ Svært ofte
- (6) ☐ Jeg har ingen kjennskap til dette

Opplever du at brukerne får tilbud om hjelp på riktig nivå?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nei, de får et bedre tilbud enn de trenger
- (3) ☐ Nei, de får et dårligere tilbud enn de trenger

Bemanning

Enhetene har vært igjennom flere større endringer de siste årene, i form av endring i omfang av brukere og ansatte på institusjon og hjemmebaserte tjenester. Vi ønsker ansattes syn på om organiseringen av bemanning/personalressurser anses som hensiktsmessig slik den er i dag.

Hvordan vil du beskrive dagens organisering av personalressurser?

- (1) ☐ Dagens praksis fungerer bra
- (2) ☐ Det kan alltid bli bedre, men vet ikke hvordan
- (3) ☐ Det burde vært organisert annerledes (vennligst utdyp) _____

Opplever du at turnusen utarbeides på en måte som gir forutsigbarhet i hverdagen? (Mulighet for å velge flere alternativ)

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nei, turnusen endres uhensiktsmessig ofte
- (3) ☐ Nei, turnusen utarbeides for seint
- (4) ☐ Nei, jeg har for lite medvirkning ved utarbeidelse av turnus
- (5) ☐ Annet _____

Mener du fordelingen av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere, fagarbeidere og assistenter er hensiktsmessig?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nei (vennligst utdyp) _____

Hvor ofte har du de siste 12 månedene opplevd følgende:

	I svært stort omfang	Mer enn man kan forvente	Av og til, men i et akseptabelt omfang	Aldri eller svært sjeldent
Beordring av vakt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
Overtid/forskjøvet arbeidstid	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Underbemanning på jobb, slik at vekten har føltes uforsvarlig og/eller uutholdelig (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐

Å være uhensiktsmessig mange ansatte på enkelte vakter (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐

At det ikke leies inn ekstra ansatte ved fravær, selv om det er behov (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐

Mener du at dagens bemanning og organisering sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nei (vennligst utdyp) _____

Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukere?

- (1) ☐ I svært liten grad
(3) ☐ I liten grad
(4) ☐ I noen grad
(5) ☐ I stor grad
(6) ☐ I svært stor grad

I hvilken grad opplever du

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

At ledelsen hører på ansattes innspill (1) ☐ (5) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (6) ☐

At ledelsen holder ansatte informert om forhold av betydning (1) ☐ (5) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (6) ☐

at ledelsen samarbeider godt og opptrer helhetlig (1) ☐ (5) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (6) ☐

at ledelsen har tilstrekkelig kompetanse på sine arbeidsområder (1) ☐ (5) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (6) ☐

at det er et godt samarbeid mellom ansatte og nærmeste leder/seksjonsleder (1) ☐ (5) ☐ (7) ☐ (8) ☐ (6) ☐

I hvilken grad mener du det er et godt arbeidsmiljø på din arbeidsplass?

- (1) ☐ I svært liten grad
(5) ☐ I liten grad
(7) ☐ I noen grad
(8) ☐ I stor grad
(6) ☐ I svært stor grad

Opplever du at endringsprosessene de siste årene har påvirket arbeidsmiljøet?

- (1) ☐ Ja, arbeidsmiljøet har blitt dårligere
(5) ☐ Noe påvirkning, men det har stabilisert seg mer nå
(2) ☐ Nei, arbeidsmiljøet er stort sett likt

Har du avslutningsvis noen utfyllende kommentarer eller forhold du anser som nyttig for revisjonen å vite om?

Tusen takk for ditt bidrag!