

FORVALTNINGSREVISJON

Heldøgns eldreomsorg



Brønnøy kommune

Februar 2019

Prosjekt FR 1038



## FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Brønnøy kommunes kontrollutvalg i perioden mai 2018 til februar 2019.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger<sup>1</sup>.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder/oppdragsansvarlig Arve Gausen, prosjektmedarbeider Marit Ingunn Holmvik, og kvalitetssikrere Sunniva Tusvik Sæter og Tor Arne Stubbe. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Brønnøy kommune, kommuneloven § 79 og forvaltningslovens § 6.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs<sup>2</sup> standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside [www.revisjonmidtnorge.no](http://www.revisjonmidtnorge.no).

Orkanger, 25.2.2019

*Arve Gausen*

Arve Gausen

Oppdragsansvarlig revisor

Marit Ingunn Holmvik

Prosjektmedarbeider

---

<sup>1</sup> Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. § 7

<sup>2</sup> Norges Kommunerevisorforbund, [www.nkrf.no](http://www.nkrf.no)

## **SAMMENDRAG**

Revisjon Midt Norge SA har på oppdrag fra kontrollutvalget i Brønnøy kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i eldreomsorgen i kommunen. Prosjektet er avgrenset til å gjelde eldreomsorg, innenfor heldøgns omsorg i sykehjem og omsorgsboliger.

Kvalitet i kommunale tjenester er en vanskelig størrelse å måle, og det er en utfordring å gjøre lov og forskrifters krav målbare. Revisor har derfor tatt utgangspunkt i følgende relevante kvalitetsindikatorer innenfor tjenesteområdet: kompetanse, system for ledelse og kvalitetsforbedringer og tjenestens kvalitative innhold for bruker.

For å svare på problemstillingen har vi intervjuet sentrale ansatte innen helse og omsorg, og representanter fra bruker og pårørende. I tillegg har vi gjennomført en dokumentgjennomgang av sentrale dokumenter, prosedyrer og systemer for kommunens helse og omsorgstjenester.

Følgende problemstilling er besvart i undersøkelsen:

*I hvilken grad er kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen i tråd med utvalgte krav og målsettinger?*

### **Vurderinger knyttet til kompetanse:**

Revisor vurderer at kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse innen Helse og velferd samt Pleie og omsorg. Dette er i tråd med gitte krav fra Helse og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter.

Revisor vurderer videre at kravene til tilstrekkelig fagkompetanse er ivaretatt i tjenestene. Det kan imidlertid være utfordringer knyttet til fravær og det å fremskaffe vikarer med riktig kompetanse. Fleksibel bruk av ansattes kompetanse mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet er på gang, og er til nytte ved fravær. Etter revisors vurdering er dette et arbeid som bør videreføres og utvikles.

### **Vurderinger knyttet til Ledelse og kvalitetsforbedring:**

Revisor vurderer at kommunens pasientjournalssystem, kvalitetssystem, avvikssystem og medisin håndtering legger til rette for systematisk arbeid for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring innen tjenestene i helse og omsorg.

### **Vurderinger knyttet til tjenestens kvalitative innhold for bruker:**

Revisor vurderer at kommunen har en planmessig styring av tjenesteinnholdet innen helse og omsorg og at brukere gis medbestemmelse i det daglige arbeidet. Revisor kan ikke se at kommunen har faste møter per år med pårørende i sykehjemmet og omsorgsboligene, noe som savnes. Videre mener revisor at kommunen mangler en systematisk håndtering av

brukere og pårørendes erfaringer som grunnlag for styring av virksomheten. Dette utfra gitte krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (§ 6-9).

Når det gjelder det kvalitative innholdet i tjenestene direkte til brukere har revisor inntrykk av at det aller meste er tilfredsstillende ivaretatt. Dette er også bekreftet av brukere og pårørende vi har snakket med.

Det har fremkommet informasjon om at ansatte i omsorgsboligene i Velfjord organiserer brukernes aktivitet selv. Det er utfordrende å ha tilstrekkelig aktivitet der. Dette bekreftes av brukere i Velfjord som etterspør flere aktiviteter, noe som bør ha kommunens oppmerksomhet.

### **Konklusjon:**

Revisor konkluderer med at kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen for det meste er i tråd med utvalgte krav knyttet til kompetanse, ledelse og kvalitetsforbedring samt tjenestens kvalitative innhold for bruker.

Det er imidlertid noen forbedringspunkter som kommunen bør rette oppmerksomhet mot i det videre arbeidet. Disse er:

- Sikre fortsatt fokus på tilstrekkelig og hensiktsmessig utnyttelse av kompetanse på jobb, ved fravær.
- Etablere faste årlige møter med pårørende for brukere på sykehjem og omsorgsbolig.
- Sikre tilstrekkelig kapasitet for å etablere tilstrekkelig aktiviteter til brukerne i Velfjord omsorgssenter.

### **Anbefaling:**

Revisor anbefaler kommunen å innhente systematiske bruker- og pårørendeerfaringer som ligger til grunn for styring av tjenester innen Helse og omsorg.

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	8
1.3 Bakgrunnsinformasjon om temaet .....	8
1.3.1 Hva er kvalitet .....	8
1.3.2 Heldøgns omsorg i Brønnøy kommune.....	9
2 Kompetanse .....	12
2.1 Revisjonskriterier.....	12
2.2 Data .....	13
2.2.1 Kompetanseplaner og videre- og etterutdanning.....	13
2.2.2 Tilstrekkelig kompetanse i tjenesten.....	14
2.3 Vurderinger .....	15
3 Ledelse og kvalitetsforbedring .....	16
3.1 Revisjonskriterier.....	16
3.2 Data .....	16
3.2.1 Pasientjournalssystem.....	17
3.2.2 Kvalitetssystem.....	17
3.2.3 Avvikssystem.....	18
3.2.4 Medisinhåndtering.....	19
3.3 Vurdering.....	21
4 Tjenestens kvalitative innhold for bruker .....	23
4.1 Revisjonskriterier.....	23
4.2 Data .....	24
4.2.1 Brukermedvirkning og medbestemmelse .....	24
4.2.2 Individuell tilrettelegging av utvalgte områder.....	27
4.3 Vurdering.....	29
5 Høring .....	31
6 Konklusjoner og anbefalinger .....	32
6.1 Konklusjon.....	32
6.2 Anbefalinger: .....	32
Kilder.....	33
Vedlegg 1 – Metode .....	34
Vedlegg 2 – Høringssvar .....	36

## Tabell

Tabell 1.	Befolkningsprognose Brønnøy kommune 67 år +.....	9
Tabell 2.	Utgifter til utvalgte helse- og omsorgstjenester.....	10

# 1 INNLEDNING

I dette kapitlet gjennomgår vi bestilling, problemstillinger og bakgrunn for prosjektet.

## 1.1 Bestilling

På bakgrunn av Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 har kontrollutvalget i Brønnøy kommune bestilt en forvaltningsrevisjon av eldreomsorgen. En prosjektplan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon ble lagt frem for kontrollutvalget den 3.5.2018, sak 9/18. Kontrollutvalget vedtok i saken å gjennomføre forvaltningsrevisjonen innenfor rammen av prosjektplanen.

## 1.2 Problemstillinger

*I hvilken grad er kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen i tråd med utvalgte krav og målsettinger?*

Vi har sett på følgende kvalitetsindikatorer innen helse og omsorg og tjenester for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns bemanning i denne undersøkelsen: kompetanse, system for ledelse og kvalitetsforbedringer og tjenestens kvalitative innhold for bruker.

Metodekapitlet er beskrevet i rapportens vedlegg 1.

## 1.3 Bakgrunnsinformasjon om temaet

### 1.3.1 Hva er kvalitet

Pleie og omsorg handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukerens opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenesten må derfor utformes slik at mottakeren opplever at de blir respektert og verdsatt<sup>3</sup>.

Kvalitet kan defineres som «(...) helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov». Ifølge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper.

Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv og/eller fra brukere og pårørende. Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og

---

<sup>3</sup> Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelseloven og sosialhelseloven (SH-dir.)



hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv og hverdag<sup>4</sup>.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift<sup>5</sup>. Denne forskriften er utgangspunktet for denne forvaltningsrevisjonen. Den interne kontrollen, med utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, skal sørge for at kommunen oppfyller kravene til kvalitet i tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forskriften er av stor betydning for alle ansatte som jobber i helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetsforskriften pålegger kommunene å utarbeide prosedyrer og ivareta bestemte hensyn, som gjør at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får dekket sine grunnleggende behov på en god måte. Forskriftene gir ikke brukerne rett til bestemte tjenester<sup>6</sup>, og dette gjør at det kan være vanskelig å måle hva som er god kvalitet på tjenestene. Likevel vil forskriftenes krav og brukermedvirkning til sammen kunne gi gode indikasjoner på kvaliteten innen eldreomsorgen i kommunen.

### 1.3.2 Heldøgns omsorg i Brønnøy kommune

Brukerne i målgruppen for dette prosjektet har enten tilbud om opphold i sykehjem eller botilbud med heldøgns omsorg. Kommunen er i ferd med å dreie tjenestetilbudet over fra passivt til aktivt tjenestetilbud, det vil si fra institusjon til et botilbud med vedtak om tilpassede hjemmetjenester med heldøgns omsorg hvor de kan bo livet ut. Kommunens strategier og utfordringer på området er nærmere beskrevet i kommunens Helse- og velferdsplan 2018-2028. I kommunens årsbudsjett for 2019 og økonomiplan 2019-22 ser vi at vedlagte prognoser fra SSB viser en økning i antall brukere som er i målgruppen for heldøgns omsorgstjenester. Befolkningsprognosen vises under:

Tabell 1. Befolkningsprognose Brønnøy kommune 67 år +

	2018	2019	2020	2021	2022
67-79 år	877	893	930	974	1011
80-89 år	302	299	306	301	295
90 år og eldre	56	59	61	65	71
Sum	1235	1251	1297	1340	1377

Kilde: Brønnøy kommune og SSB

<sup>4</sup> Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelseloven og sosialhelseloven

<sup>5</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse -og omsorgstjenesten

<sup>6</sup> Rundskriv U-7/2003 Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

Tabellen viser at befolkningen 67 år + i kommunen øker med 142 frem til 2022. Dette kan indikere at flere brukere har behov for heldøgns omsorg og pleie i kommunen. Kommunens tjenestetilbud til de med behov for heldøgns omsorg er som følger:

**Brønnøy sykehjem** (institusjonsplasser) er organisert under virksomhetsområde for Helse og velferd. Kommunen har 58 institusjonsplasser, herav 16 skjermede plasser for demente, 2 plasser brukt til KAD (kommunalt akutt døgnopphold), 1 plass tilrettelagt for palliasjon, 6 rom til bruk for korttidsopphold/avlastning. Sykehjemmet har ca. 70 årsverk, inklusive kjøkken og administrasjon.

Sykehjemmet er delt inn i 7 bogrupper fordelt på tre avdelinger, med 8-10 pasienter i hver bogruppe.

**Botilbud med heldøgns omsorg**, det vil si de hjemmebaserte tjenestene, er organisert under virksomhetsområde for Pleie- og omsorg. Brønnøy kommune har to heldøgns botilbud:

- Hestvadet omsorgsboliger med 30 leiligheter ligger i tilknytning til sykehjemmet i Brønnøysund. Ved Hestvadet omsorgsboliger er de ansatte delt i tre team/avdelinger, ett i hver etasje.
- Velfjord omsorgssenter med 20 leiligheter og ble tatt i bruk i 2017 og er geografisk plassert ved Rugåshylla i Hommelstø. Avdelingsleder har ansvar for ansatte både i omsorgsboligene og hjemmetjenesten i sone øst, med en felles personalgruppe på 26,4 årsverk. Alle ansatte arbeider både i omsorgsboligene og i hjemmetjenesten ut fra behov.

For å gi et bilde av utgifter til helse og omsorgstjenester har vi hentet ut noen relevante tall fra SSB. Disse viser utgifter til institusjon, hjemmeboende og institusjonslokaler i kommunen sammenlignet med like kommuner og fylkessnittet. Tallene er vist i neste tabell.

Tabell 2. Utgifter til utvalgte helse- og omsorgstjenester

Helse og omsorgstjenester i 2017	Brønnøy	Like kommuner (gruppe 11)	Nordland
Utgifter til institusjon i kr per innbygger	7749	7281	9059
Utgifter til hjemmeboende i kr per innbygger	10620	10977	10669
Utgifter til institusjonslokaler i kr per innbygger	928	958	1153

Kilde: SSB

Tabellen viser at kommunen ligger som noenlunde likt med like kommuner og noe lavere enn fylkessnittet vedrørende utgifter til institusjonsplasser, hjemmeboende og institusjonslokaler.

Rådmannen viser til at Brønnøy kommune var i ROBEEK fram til juni 2018. Det arbeides fortsatt med å holde balanse i økonomien. For helse og omsorgstjenester er det fortsatt fokus på å finne ut av hvor mange, og hvilke grupper som skal få tilbud om tjenester. Dette gis en grundig behandling i den nye Helse- og omsorgsplanen for 2018-2028 som er til politisk behandling i kommunen.

Samhandlingsreformen medfører at pasientene kommer tidligere tilbake til kommunen enn før. Det hender at pasienter må vente på sykehjems plass, men ikke ofte, ifølge de som er intervjuet. De sier videre at kommunen har et godt samarbeid med Helgeland sykehus for mottak av pasienter. Det er fattet vedtak om at Helgeland sykehus skal bygge et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund, sammen med kommunene Sømna, Vevelstad, Vega og Brønnøy. Antatt byggestart er mai 2019 og oppstart sommeren 2020. Dette vil forenkle mottak av pasienter fra sykehuset i kommunen.

#### Tildeling av helse og omsorgstjenester

Brønnøy kommune har ett tjenestekontor<sup>7</sup> hvor nye søkere av helse og omsorgstjenester kan henvende seg. Koordinerende enhet (KE) for habilitering- og rehabiliterings virksomheter er en del av tjenestekontoret og skal sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Søkere/brukerne har et sted å henvende seg til. Enheten har det overordnede ansvar for:

- Saksbehandling av helse og omsorgstjenester inklusive kommunale boliger
- Veiledning til pasient og pårørende og samarbeidspartnere
- På systemnivå sikre at formålet med forskrifter habilitering/rehabilitering, individuell plan og koordinator blir ivaretatt

Tjenestekontoret består av en leder og to fagkonsulenter i 100 % stillinger i 2018.

Kommunen har igangsatt ett velferdsteknologiprojekt. Prosjektet er rettet mot å etablere innovative og fremtidsrettede løsninger ved bruk av teknologi for å øke kvaliteten i helse og omsorg. Videre har prosjektet som mål å bedre utnyttelsen av ressursene og øke effektivitet, samt legge til rette for at brukere i større grad kan mestre egen helse og egenomsorg.

I neste del av undersøkelsen vil vi besvare problemstilling med gitte kriterier. Disse belyses i påfølgende kapitler for kompetanse, ledelse og kvalitetsforbedring samt tjenestens kvalitative innhold for bruker.

---

<sup>7</sup> Tjenestekontorets håndbok og kommunens hjemmeside.

## 2 KOMPETANSE

I dette kapitlet belyser vi ansattes kompetanse i tjenester der kommunen yter heldøgns omsorg.

### 2.1 Revisjonskriterier

Helse og omsorgstjenesteloven har krav til kommunen om å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, jf. §§ 8-1 og 8-2.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring beskriver plikten til å planlegge virksomhetens oppgaver. Det er krav til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f.

I veilederen<sup>8</sup> til overnevnte forskrift utdypes ansvaret øverste leder har for å sikre at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten har system for jevnlig å gjennomføre kompetansekartlegging, rekruttere medarbeidere med riktig kompetanse, og sørge for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

Det innebærer at:

- Kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.
- Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.
- Kommunen sørger for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter Helse – og omsorgstjenesteloven, får påkrevd videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Vi vil vurdere om det er tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, om kompetanseplaner er etablert samt at det er lagt til rette for videre og etterutdanning blant ansatte.

---

<sup>8</sup> <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>

## 2.2 Data

Data for gjeldende problemstilling er hentet fra intervju av ansatte og gjennomgang av relevante dokumenter. Først ser vi på tjenestenes kompetanseplaner og tilrettelegging for videre- og etterutdanning, deretter på om det er tilstrekkelig kompetanse i tjenesten.

### 2.2.1 Kompetanseplaner og videre- og etterutdanning

I utkast til Helse- og velferdsplan 2018-2028 er heltidskultur og kompetanse omtalt i kapittel 4.1. Der vises det blant annet til kommunens utfordringer med å rekruttere faggrupper som: leger, ergoterapeut, helsesøster, helsefagarbeidere og sykepleiere. Videre at samhandlingsreformen gir kommunene flere oppgaver som krever annen og ny kompetanse. Strategier og planer for å møte disse utfordringene beskrives med følgende nøkkelord: Beholde, utvikle, rekruttere og benytte. Dette vil ifølge planen blant annet sikre at nødvendig kompetanse er på rett plass til rett tid og legge til rette for en lærende organisasjon i utvikling.

Helse og omsorg har en kompetanse- og opplæringsplan for 2018 som svarer ut målet om at Brønnøy kommune skal sikre ansatte med riktig kompetanse til å dekke de løpende behov. Opplæringsplanen beskriver hvilke tiltak og kurs som rettes mot ansatte som arbeider med heldøgns omsorg i kommunen. Planen er oppdelt i ulike områder med ulike kurs og kompetansehevingstiltak. Det utarbeides også en årsrapport for fag- og kvalitetsarbeid innen pleie og omsorg. Årsrapporten for 2017 gir en tilbakemelding på opplæringsplan for 2017. Den beskriver at 17 ansatte har deltatt på kompetansetiltak rettet mot videre- og etterutdanning. Videre har ansatte deltatt i 457 ulike kompetansetiltak i løpet av året. Fire innovasjonsprosjekter er beskrevet igangsatt, og 7 system rettet/organisatorisk arbeid er beskrevet igangsatt. Det er videre utarbeidet rutiner for søknad om å delta på kompetansehevende tiltak for ansatte innen helse og omsorg.

Kommunen har ansatt en fag- og utviklingskoordinator som blant annet skal legge til rette for kvalitet og utviklingsarbeid, herunder planlegge/holde undervisning der dette er aktuelt. Videre legger fag- og utviklingskoordinator til rette for at personalet kan ta videre- og etterutdanning. Ansatte som søker om videre- og etterutdanning får sin søknad behandlet i kvalitetsutvalget innen helse og omsorg. Kvalitetsutvalgets oppgave og mandat er nærmere beskrevet i rapportens kapittel 3.2.2. De vi har intervjuet forteller at det legges til rette for, og oppfordres til å ta videre- og etterutdanning i kommunen.

De sier videre til at det er lagt til rette for en systematisk kompetanseutvikling av ansatte som arbeider med heldøgns omsorg ut fra gitte målsettinger i kommunen og at ansatte deltar i planlagte tiltak. Avdelingslederne informerer om muligheter for videreutdanning ettersom de har fått avsatte midler til fordeling. Flere har søkt og fått tildelt videreutdanning. Kommunen

mottar også midler fra fylkesmannen og rapporterer bruken av disse, slik at fylkesmannen følger opp at kommunen følger opp strategiene med videreutvikling av ønsket kompetanse.

Kommunen har en overordnet kompetanseplan for hele kommunen som gjelder fra 2013 – 2016. Denne er planlagt revidert. Planen er utdatert i forhold til dagens organisering av tjenestene innen helse og omsorg.

## **2.2.2 Tilstrekkelig kompetanse i tjenesten**

Ansatte har god kompetanse ut fra behov i tjenestene, ifølge de som er intervjuet. Det er full sykepleierdekning og resterende er i hovedsak helsefagarbeidere, det er også noen få assistenter. Fastlegen dekker behovet for legetjenesten i omsorgsboligene og i sykehjemmet er det en egen sykehjemslege. Sykepleiere som kommunen har ansatt, har god kompetanse og flere av disse har spesialutdanning på et eller flere fagområder, ifølge de vi har intervjuet.

Avdelingslederne bekrefter at de bruker mye tid på å skaffe vikarer ved fravær. De sier videre at man har startet et arbeid med å få ansatte til å jobbe innen ulike tjenester og ikke være knyttet til en spesifikk avdeling. Dette for å utnytte den kompetansen som er på jobb på en best mulig måte.

Kommunen har rekrutteringsutfordringer, og det varierer noe hvor lett det er å få tak i rett kompetanse. Det er spesielt vanskelig å få tak sykepleiere i vikarstillinger.

Tiltak som kommunen har satt i gang for å bedre kompetansen:

- Utvidelse av deltidstillinger (kompetansemobilisering)
- Tilrettelegging for videreutdanning innen demens, geriatri, palliativ behandling etc.
- Oppfordrer egne helsefagarbeidere og andre til å ta sykepleierutdanning og assistenter til å bli helsefagarbeidere
- E-læringskurs
- Interne kurs knyttet til spesielle områder, for eksempel kreft og palliasjon.

Kommunen er opptatt av hvordan kompetansen kan brukes annerledes i framtida, og søker å få til en optimalisering og fleksibilitet ved bruken av bl.a. sykepleierne, både i hjemmesykepleien og i sykehjemmet. Det har vært gjennomført «kafedialoger» blant ansatte som møtes på tvers av tjenester, noe som gir læring av hverandres tjenester og mulighet for felles utnyttelse av kompetansen.

Flere som er intervjuet viser til at nå skal Sticos personal innføres, dette gir utvidete muligheter på personalområdet. Dette vil forhåpentlig forenkle avdelingsleders vikarhåndtering enn dagens løsning. I dag sier avdelingslederne at de bruker mye av sin tid på å skaffe vikarer til tjenestene.

## 2.3 Vurderinger

Revisor har undersøkt om det er tilstrekkelig kompetanse i tjenestene, om kompetanseplaner er etablert samt at det er lagt til rette for videre og etterutdanning blant ansatte innen heldøgns omsorgstjenester.

Kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse innen Helse og velferd samt Pleie og omsorg. Revisor vurderer at kommunen har en systematisk oversikt over medarbeidernes kompetanse og gir tilbud om videre -og etterutdanning der det trengs kompetanse. Det gis videre en årsrapport som viser hvilke kompetansetiltak som er gjennomført. Dette er i tråd med gitte krav fra Helse og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter.

Revisor vurderer videre at kravene til tilstrekkelig fagkompetanse er ivaretatt i tjenestene. Det kan imidlertid være utfordringer knyttet til fravær og det å fremskaffe vikarer med riktig kompetanse. Fleksibel bruk av ansattes kompetanse mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet er på gang, og er til nytte ved fravær. Etter revisors vurdering er dette et arbeid som bør videreføres og utvikles.

### **3 LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING**

I dette kapittelet belyser vi området som omhandler ledelse og kvalitetsforbedringer i tjenester med heldøgns omsorg i kommunen.

#### **3.1 Revisjonskriterier**

Alle virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for at de krav som stilles i helselovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid<sup>9</sup>.

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (3. ledd):

- Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, gjelder for det kommunale arbeid med helse og omsorgstjenester. I forskriften § 4 defineres styringssystem som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen». Innholdet i kravet til styring konkretiseres i forskriftens<sup>10</sup> § 6 til 9.

Vi har sett nærmere på om kommunen:

- Dokumenterer et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- Har oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav

Vi har sett på kommunens system for dokumentering av pasientinformasjon, kvalitetssystem, avvikssystem og medisin håndtering for å besvare overnevnte kriterier i denne problemstillingen.

#### **3.2 Data**

Data for gjeldende problemstilling er hentet fra intervju av ansatte og dokumentgjennomgang av relevante dokumenter. Først ser vi på pasientjournalssystemet, dernest kvalitetssystemet, avvikssystemet og til slutt medisin håndteringen.

---

<sup>9</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

<sup>10</sup> Forskrift ledelse i helse- og omsorgstjenesten



### **3.2.1 Pasientjournalssystem**

Ansatte benytter pasientjournalssystemet Gerica. Alle ansatte på sykehjemmet har tilgang til pc og kan skrive inn dokumentasjon. Dette blir gjort i pasientjournalssystemet. Det er et eget kontor på alle bogrupper på sykehjemmet hvor rapporten skrives i ettertid, det vil si på slutten av arbeidsdagen, slik det er nå. I hjemmetjenesten skjer dette i vaktskiftene. Det forekommer at det er vanskelig med tilgang til pc, og det skjer nok at det blir gitt muntlige rapporter. Avdelingslederne sier at det er gjennomført opplæringsrunder i dokumenteringen av pasientopplysninger i Gerica, noe som fortsatt må følges videre opp.

Alle ansatte har arbeidslister med oversikt over arbeidsoppgaver som skal utføres i forhold til pasientene for hele uken. Det er innført som standarder for å heve kvaliteten. Dette sikrer at pasientene får den hjelpen de skal ha ut fra gitte vedtak.

Fagkoordinator sier at velferdsteknologiprojektet har i disse dager (Februar 2019) avsluttet anbudsrunder for plattform. Når det formelle er på plass, startes det opp med arbeidet med håndholdte enheter (2019). Dette ut fra tankegangen om at pasientsikkerheten vil bli bedre dersom en kan skrive på nettbrettet etter hvert oppdrag i hjemmetjenesten, i stedet for ved vaktskiftet ved arbeidets slutt.

### **3.2.2 Kvalitetssystem**

Kvalitetslosen (Compilo) er det kvalitetssystemet kommunen har benyttet frem til i dag. Virksomhetene er midt i en overgangsperiode mellom to kvalitetssystem. Sticos erstatter Compilo og skal i tillegg benyttes til sykefraværsregistrering. Overgangen fra Compilo til Sticos er fortsatt ikke helt på plass, slik at både avvik og lokale prosedyrer fortsatt dokumenteres i Compilo. Ved avvik i pasientbehandling dokumenteres dette i pasientjournal i Gerica, men selve avviket meldes i Compilo.

Sticos erstatter papirversjoner av egenmelding, permisjoner og lignende. Sticos skal være i full drift i løpet av 2019 og omfatter personalhåndbok, lederhåndbok, HR-system og HMS-system. Prosedyrer i Compilo overføres til Sticos. Alle prosedyrer gjennomgås og behov for revidering og nye rutiner diskuteres i kvalitetsutvalget, i henhold til prosedyre. I forbindelse med konvertering fra Compilo til Sticos blir det knapt med tid og noen av rutinene må derfor følges opp etter konvertering til Sticos, ifølge de vi har intervjuet.

Sticos blir opplevd som enklere å bruke for de ansatte, ifølge avdelingslederne. Fordelen med dette systemet er eksempelvis at det er en app på mobilen som kan brukes for melding av avvik. Avdelingslederne tror at ansatte enklere finner gitte rutiner i det nye kvalitetssystemet. I overgangsperioden mellom to system blir nye/endrede rutiner tatt opp i personalmøter, og der skriver de referat og sikrer at informasjon blir gitt til ansatte uavhengig av kvalitetssystemet.

### Kvalitetsutvalg

Det er et sentralt og et lokalt kvalitetsutvalg innen pleie, behandling og omsorg. Sentralt kvalitetsutvalg har et overordnet ansvar for at det drives faglig forsvarlig helsetjenester og at det jobbes med kvalitetsforbedring med hovedfokus på pleie, behandling og omsorg. Der deltar ledelsen, avdelingssykepleiere, fagkoordinator, og ansatte er representert. Det lokale kvalitetsutvalget skal sammen med sentralt kvalitetsutvalg være premissleverandør i kvalitetsprosesser i tjenesten og følge opp gitte krav på enhetene (et lokalt kvalitetsutvalg for Helse og velferd, og et for Pleie og omsorg). I det lokale kvalitetsutvalget deltar tjenesteleder, avdelingssykepleiere, fagkoordinator og ansattrepresentasjon for virksomhetsområde. Det skrives referat fra møtene som distribueres til alle avdelinger og er tema i påfølgende personalmøter.

Det er kvalitetsutvalget som følger opp at rutiner og prosedyrer foreligger og at disse revideres innen begge virksomhetsområdene. Fag- og utviklingskoordinatoren følger opp dette arbeidet, og sier at det i det videre arbeidet vil være fokus på å sikre tilstrekkelige dokumenterte rutiner innen helse og omsorg. Selv om det er lagt til rette for at alle skal ha tilgang til kvalitetssystemet, er det fortsatt ingen sikkerhet for at ansatte leser disse. Lederne kan se at ansatte har vært inne på området, men systemet gir ingen lesebekreftelse i dag.

Alle ansatte i helse og omsorg har tilgang til pc. Hjemmetjenesten er inndelt i soner og sykehjemmet er inndelt i bogrupper, og det er tilstrekkelig pc-tilgang.

### **3.2.3 Avvikssystem**

Både Compilo og Sticos inneholder muligheter for avviksregistrering. Inntil Sticos er på plass skal avvik registreres i Compilo. Man ser for seg at avviksregistrering i Sticos kan bli enklere. Sticos har en digital løsning – app, som gjør at den enkelte kan ha tilgang til å registrere fra håndholdte enheter (mobil) fortløpende.

Avvik – som i ytterste konsekvens ender med varsling - er det få av. Som oftest løses de på laveste nivå, anslagsvis 400 til 600 avvik i året. Rådmannen ser svært få avvik som ikke er fulgt opp for begge virksomhetsområdene. Rapportering av alvorlige avvik informeres til politisk behandling til Arbeidsmiljøutvalget (AMU). Helse og velferdssjefen tar opp avvik som gjentar seg på administrativt nivå. Avvik gjennomgås i vernerundene og lokalt kvalitetsutvalg/HMS-utvalg. Avdelingslederne i sykehjemmet sier at kvalitetssystemet for det meste har blitt brukt til å melde avvik, og at de ansatte bruker dette. Ansatte i hjemmetjenesten kan bli bedre til å melde avvik. Avdelingslederne har forhåpninger til at det nye kvalitetssystemet vil legge bedre til rette for å melde avvik enn dagens system.

### 3.2.4 Medisinhandling

Rutiner for medisinhandling er utarbeidet av ledere i samarbeid med ansatte og er tilgjengelige for ansatte som deler ut medisin. Rutinene følges og ansatte skal gjennomføre opplæring i medikamenthandling, før de deler ut medisin. Det er alltid to til stede når det legges opp medisin, en som legger opp medisin og en som kontrollerer. De som deler ut medisiner er de samme som legger opp. Avvik på medisinhandling meldes i avvikssystemet. Hjemmeboende oppbevarer medisinen selv, men det benyttes samme rutiner i forhold til opptelling av medisin i hjemmene. Hjemmetjenesten bruker videre Multidose<sup>11</sup> til en del av brukerne.

Det er igangsatt et internt prosjekt knyttet til det å sikre at handling av legemidler utføres på riktig måte. Dette har som mål å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, og en korrekt handling av legemidler. Prosjektet omfatter legemiddelgjennomgang der man ser på bruken av disse, samt behov for kompetanseheving blant ansatte. Prosjektet er gjennomført i 2018 og har som mål å etablere nye prosedyrer for legemiddelhandling.

På sykehjemmet har de startet opp med en gjennomgang av legemiddelhandling på en avdeling sammen med farmasøyt og tilsynslege. Tilbakemelding fra farmasøyten føres inn i pasientjournalen (Geric). Gjennomgangen skal gjennomføres ved alle avdelinger på sykehjemmet. Ansatte har tilgang til medisinrommet ved bruk av kort og privat kode. Helsefagarbeider må ha e-kurs i medisinhandling for utdeling av medisin. Medisinhandling innebærer blant annet at å legge opp medisin i dosetter, og jevnlig dele disse ut. A- og B-preparater<sup>12</sup> sjekkes av sykepleiere, som har ca. månedlige kontroller, men også fortløpende. Ved avvik er man inne og sjekker. Det har ikke vært eksternt tilsyn på medisinhandlingen ved sykehjemmet, ifølge avdelingslederne.

I hjemmetjenesten oppbevares medisinerne hjemme hos brukerne, med unntak av noen demente. Der oppbevares medisinen på medisinrommet til hjemmesykepleien i en egen kurv. Hjemmetjenesten må ha samtykke for oppbevaring av medisin til hjemmeboende brukere. Det er kodelås på medisinrommet og kun sykepleiere som har tilgang. Medisin legges opp i dosett, og de fleste med stabile medisiner har multidose. Det utføres dobbeltkontroll av både dosett og multidose av sykepleier og helsefagarbeider sammen. Det føres regnskap på A- og B-preparat. Avdelingsledere følger opp at ansatte har kompetanse til å dele ut slike preparat. Det er registrert avvik knyttet til medisinhandling, noe som følges opp av avdelingslederne.

---

11 Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser (dosetter) til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine. Det er med på å sikre riktig legemiddelbruk og å gjøre det enklere for brukeren. Multidose er spesielt nyttig for hjemmesykepleien og på sykehjem.

12 A-preparater er narkotiske stoffer og B-preparater er vanedannende stoffer gitt i legemidler

Avdelingslederne kjenner ikke til om det har vært tilsyn fra fylkeslegen eller andre knyttet til kommunens medisinbehandling.

### 3.3 Vurdering

Revisjonskriteriet i denne problemstillingen omfatter følgende forhold: Kommunen skal kunne dokumentere et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten. Videre skal kommunen ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.

Revisor vurderer at kommunens pasientjournalssystem legger til rette for å dokumentere pasientinformasjon systematisk. Det er videre vårt inntrykk at avdelingsledere følger opp at ansatte dokumenterer tilfredsstillende i pasientjournalssystemet, noe som er hensiktsmessig ut fra vår vurdering, og bør følges videre opp. Det er fremkommet informasjon om at man bør gjøre systemet bedre tilgjengelig for ansatte som dokumenterer pasientinformasjonen på slutten av dagen. Det er igangsatt et velferdsteknologiprojekt med mål om å anskaffe håndholdte terminaler, dette vil legge bedre til rette for å dokumentere pasientinformasjon fortløpende i kommunen.

Revisor vurderer at kommunens kvalitetssystem legger til rette for systematisk arbeid for kvalitetssikring av tjenestene gjennom gitte prosedyrer og rutiner for hvordan arbeidet skal utføres. Det er innkjøpt et nytt kvalitetssystem som skal være i drift i løpet av 2019. Dette gir en mulighet for virksomhetsområdene å gjennomgå rutiner og prosedyrer på nytt, noe som er hensiktsmessig ut fra vår vurdering. Kommunen har videre etablert ett sentralt og to lokale kvalitetsutvalg med deltakelse fra ansatte. De skal kvalitetssikre eksempelvis etablerte og nye rutiner/prosedyrer. Dette legger til rette for systematiske kvalitetsforbedring innen tjenestene i helse og omsorg, ut fra revisors vurdering.

Revisor vurderer at kommunens avvikssystem legger til rette for å avdekke systematisk svikt for etterlevelse av myndighetskrav innen helse og omsorg. Det er innkjøpt et nytt kvalitetssystem med mål om å legge bedre til rette for avviksregistrering. Det har fremkommet informasjon om at det er forbedringsforbedringspotensial i å melde flere avvik fra ansatte. Når avvik blir meldt er det vårt inntrykk at ansvarlige ansatte følger dette opp, noe som er viktig for å avdekke systematiske svakheter i egen organisasjon og igangsette risikoreducerende tiltak. Dette legger til rette for etterlevelse av myndighetskrav i virksomhetsområdene.

Revisor vurderer at medisinhåndteringen på sykehjemmet og i omsorgsboligene legger til rette for systematisk legemiddelhåndtering og at brukersikkerheten ivaretas. Det er igangsatt et prosjekt knyttet til håndtering av legemidlene som er gjennomført på en av avdelingene på sykehjemmet, dette bør videreføres til alle avdelinger som håndterer legemidler på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Det har etter revisors informasjon ikke vært et eksternt tilsyn av kommunens legemiddelhåndtering. Et eksternt tilsyn kan være en bidragsyter for å

bekreffe eller peke på forbedringspunkter i det daglige arbeidet med ansattes legemiddelhåndtering.

## 4 TJENESTENS KVALITATIVE INNHOLD FOR BRUKER

I dette kapitlet belyser vi området som omhandler tjenestens kvalitative innhold for bruker med heldøgns omsorg i kommunen.

### 4.1 Revisjonskriterier

Formålet med kvalitetsforskriften er at brukerne av pleie- og omsorgstjenester skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§ 1). I verdighetsgarantien heter det at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov (§ 2).

Kvalitetsforskriften har krav om brukermedvirkning i pleie- og omsorgstjenestene. Brukermedvirkning på individnivå innebærer at den enkelte bruker og pårørende bidrar aktivt i utformingen av de tjenestene de selv får. Brukermedvirkning på systemnivå vil si at en gruppe brukere eller representanter for brukere er med i planleggingen av nye tiltak eller ved drift av tjenester<sup>10</sup>.

Kommunen må også sikre brukermedvirkning ved å vurdere virksomheten systematisk på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er det krav til at kommunens virksomhet skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres (§ 6-9), ved blant annet å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer.

Med utgangspunkt i kravene i kvalitetsforskriften § 3<sup>13</sup> og verdighetsgarantien § 3, og kvalitetsindikatorer samt ledelse og kvalitetsforskriften § 6-9, har vi utledet revisjonskriterier når det gjelder tjenestens kvalitative innhold for bruker. Kommunen skal legge til rette for at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene får dekket følgende grunnleggende behov:

Brukermedvirkning og medbestemmelse:

- At den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene. God kommunikasjon med pårørende er viktig å så måte.
- Videre at det samles inn systematiske bruker- og pårørendeerfaringer som legges til grunn for planmessig styring av virksomhetens mål, oppgaver og aktiviteter.

Individuell tilrettelegging ved:

Ernæring: Et variert og tilstrekkelig kosthold, med en rimelig valgfrihet når det gjelder mat, tilpasset hjelp ved måltider, samt en oppfølging av bruker knyttet til vekt.

Nødvendig hjelp til personlig hygiene.

Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet i hverdagen.

Sikre mulighet for ro og skjermet privatliv, hvor trygghet for bruker er viktig

## 4.2 Data

Data for gjeldende problemstilling er hentet fra intervju av ansatte, samtaler med utvalgte brukere fra sykehjemmet og begge omsorgsboligene samt dokumentgjennomgang av relevante dokumenter. Først ser vi på planmessig styring av tjenesteinnholdet, så brukermedvirkning og medbestemmelse, deretter på tjenesteinnholdet til bruker.

### 4.2.1 Brukermedvirkning og medbestemmelse

#### Planmessig styring av tjenesteinnholdet

I omsorgsplanen for 2015-2020 er kommunens omsorgsmodell beskrevet med gitte føringer. Kommunen satser på hjemmetjenester, hverdagsrehabilitering, forebygging og institusjon som behandlingsenhet. Der vises det til at man ønsker å arbeide mot å gi flere tjenester utenfor institusjon i planperioden, fra passiv til aktiv omsorg. Dette medfører at man gir ressursinnsatsen mot tidlig innsats og lavest mulig nivå i omsorgstrappen. For brukerne vil dette medføre at de selv ivaretar og mestrer egen helse og livssituasjon så lenge som mulig med hjelp ut fra behov. Kvalitetsstandarder og tildelingskriterier vurderes fortløpende i perioden. I intervju vises det til at man har fokus på å nå målsettingen om å dreie tjenestetilbudet fra *passiv til aktiv omsorg*.

Hovedstrategien i ny Helse- og omsorgsplan 2018-2028 er pr måned/år under behandling i og sier som følger: 101 år i egen bolig, sjef i eget liv, enklere liv, legge liv til årene, rett kompetanse på rett plass. Kvalitetsstandarder og tildelingskriterier vurderes i perioden.

Tjenestekontoret tar i dag imot henvendelser og søknader om helse- og omsorgstjenester. På kommunens hjemmesider<sup>14</sup> ligger det oppdaterte oversikter over tjenester innen helse og omsorg. Videre vises det til hvilke tjenester som tilbys samt søknadskjema, vurdering av behov

---

14 <http://www.bronnoy.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/trenger-du-helse-og-omsorgstjenester/>



og krav til søker, hva det koster for ulike tjenester og klage på vedtak. Dette gir brukerne oppdatert informasjon om den enkelte tjeneste.

Kommunen har tidligere utarbeidet tjenestebeskrivelser for hjemmesykepleien, hjemmehjelp/praktisk bistand, hukommelsesteam, hverdagsrehabilitering, dagsenter, støttekontakt, og vederlag for langtidsopphold i institusjon. I intervju fremkommer det at disse er gamle kvalitetsstandarder for tjenestene.

De som er intervjuet sier i hovedsak at de opplever kvaliteten og tilbudet på sykehjem og omsorgsboliger som tilfredsstillende. Det pekes likevel på noen utfordringer knyttet til det å utnytte kompetansen man har på jobb bedre. Flere sier at dette har fokus i både sykehjemmet og hjemmetjenesten. Det er videre ansatt nye avdelingsledere innen hjemmetjenesten. Disse må ha tid til å bli kjent med egen organisasjon, dette for å ta tak i gitte utfordringer der.

I omsorgsboliger jobber man i dag utfra primærteam-modellen. Systemet skal legge til rette for en større grad av tilgang til kompetent personell for tjenestene og bedre brukermedvirkning. Dette skal medføre at pårørende/bruker får færre ansatte å forholde seg til.

#### Brukermedvirkning i det daglige arbeidet

Ved sykehjemmet har de en rutine som innebærer inntakssamtale med pårørende. Pasientene er inkludert, men ikke alltid med. Pårørende, lege, sykepleier og primærkontakt deltar i møtet. Dette er strukturerte samtaler basert på gitte maler. Der avdekkes behov og tilpasninger til den enkelte bruker. Videre er det brukermedvirkning fortløpende i det daglige arbeidet ved kontakt mellom bruker, pårørende og ansatte på sykehjemmet. Det er satset på økt pårørendekontakt i demensomsorgen. Der ringer primærkontakt månedlig den som står oppført som nærmeste pårørende. Dette blir gjort dersom det ikke er annen kontakt i løpet av måneden. Et annet eksempel er dersom det er mye usikkerhet i kommunikasjonen med pårørende, så inviterer ansatte til et møte. Det er ikke fremkommet informasjon om at det er jevnlig faste møter i løpet av året mellom ansatte og pårørende i kommunen.

I Hjemmetjenesten vises det til at det er laget en rutine for inntakssamtale for de som flytter inn. Hensikten med samtalen er å bli kjent med beboere og pårørende for å få kjennskap til interesser, behov og hvordan de ønsker å leve i omsorgsboligene. Ansatte strekker seg langt for å gi individuelle tilpasninger. Pårørende har en primærkontakt eller primærteam som de kan kontakte. Det er lav terskel for å ta kontakt med ansatte. Det er ikke en aktiv pårørendeforening hos brukerne i dag. Det er flere som trekker frem at det er ikke faste møter med pårørende i løpet av året. Pårørende til demente får tilbud om kurs via demensteam, noe som er frivillig. Det fins tilbud om pårørendegrupper knyttet til både demens og kreft.

Pårørendeskolen er en kursmodell der pårørende gjennom faglige forelesninger og diskusjoner får informasjon og støtte til å møte praktiske og følelsesmessige utfordringer som følger med omsorgen for en person med en demenssykdom. Målgruppen er for de som har et familiemedlem eller en nær venn med demenssykdom. Personen med demens kan bo hjemme eller på institusjon. Dette gjennomføres årlig i kommunen, ifølge de som er intervjuet.

Det har vært en økning i tilsynssaker etter klager som omhandler foreksempel: Klage på oppfølging av pasient, klage på kommunikasjon mellom pårørende og avdeling, og pårørende som klager på maten. Innen hjemmetjenesten er det opplyst om en klagesak, hvor det var ønske om sykehjems plass istedenfor omsorgsbolig. Alle saker er avsluttet etter at fylkesmannen har fått all nødvendig dokumentasjon. Det har ikke blitt gitt avvik knyttet til overnevnte tilsyn.

En pårørende som er intervjuet sier at tjenestetilbudet er bra og bekrefter deltakelse på inntakssamtale ved tildeling av omsorgsbolig. Pårørende sier videre at det savnes bedre informasjon og dialog om hvordan tjenesten ytes etter at bruker er overført til sykehjemmet og hva som skjer av aktiviteter for bruker. Pårørende savner et møtepunkt årlig med ansatte i kommunen for å bedre dialogen og informasjonsbehovet. En bruker opplever at det er lite bemanning på jobb og må vente på hjelp. Dette grunnes i et behov for ansattes hjelp for å komme seg opp fra sengen. En bruker viser til at det for mange ansatte å forholde seg til og at alle ikke kjenner til hennes behov for hjelp, noe som er en utfordring.

#### Systematisk innsamling av bruker- og pårørende erfaringer

Med unntak av innkomstsamtaler/inntakssamtaler er det ikke gjennomført systematiske brukerundersøkelser eller annen type innsamling av bruker eller pårørendeinformasjon i kommunen, ifølge de som er intervjuet av ansatte og pårørende. Brukermedvirkning blir ivare tatt på individnivå. Ansatte har kontakt med bruker/pårørende i det daglige arbeidet, men erfaringer fra møtene systematiseres ikke. Flere som er intervjuet sier at sykehjemmet hadde en pårørendekontakt tidligere, ingen nå. Det er heller ikke pårørendeforening ved sykehjemmet eller i omsorgsboligene. I rådmannens hørings svar til rapporten vises det til at sykehjemmet har fått på plass pårørendekontakt.

Det er flere som er intervjuet som sier at en bruker/pårørendeundersøkelser ville ha vært et måleinstrument på hva som fungerer bra og hva som ikke er så bra i tjenesten. Videre har noen av de som er intervjuet hatt erfaring med brukerundersøkelser som er gjennomført på en god måte, hos tilsvarende brukergupper i andre kommuner.

## 4.2.2 Individuell tilrettelegging av utvalgte områder

### Ernæring

Avdelingslederne og flere ansatte på sykehjemmet har deltatt i et ernæringsnettverk via utdanningssykehjem i Nordland. Det er opprettet nye tiltaksplaner i pasientjournalssystemet for den enkelte bruker hvor ernæring er viktig i etterkant av deltakelsen i ernæringsnettverket. Det er videre etablert en ernæringsgruppe hvor avdelingslederne og ansatte fra alle bogrupperne og kjøkkenet deltar. Dette har medført at alle pasienter har ernæringsjournal, der veiing, måling og ernæringsstatus inngår. Det presiseres at utvikling knyttet til ernæring følges jevnlig. Avdelingslederne mener de er blitt bedre til å dokumentere på ernæringsområdet. Videre at man prøver å tilpasse måltidsrytme til den enkelte og kjøkkenet prøver å ivareta individuelle behov.

Avdelingsleder for omsorgsbolig på Hestvadet sier at de utfører veiinger av brukere en gang i måneden og ofte mer. Tiltaksplanen viktig og det å ha en felles standard for dette med ernæring. Brukerne har oftest tørrmat hjemme, og de som ønsker kan spise middag hjemme eller spise i fellesstuene.

Avdelingsleder for omsorgsbolig på Velfjord sier at alle brukere kontrolleres i forhold til vekt og ernæring. De veies en gang i måneden fast, hvis de har utfordringer måles de oftere. Man har erfaringer med at brukerne går opp i vekt når de kommer til omsorgsboligene. All varm mat lages på kjøkkenet i Brønnøysund. Kaldmat håndteres på omsorgssenteret. Det er f.eks. sluttet med vakumpakket potet og de eldre skreller den selv og koker til varmmaten.

Brukere uttrykker at de er fornøyde med tilbud knyttet til mat både på sykehjemmet og i omsorgsbolig. Flere sier at middagen er god, men noen sier er at det mangler valgmuligheter, da det som regel er en rett som tilbys. En pårørende ønsker dialog og informasjon om hvordan man håndterer ernæring og oppfølging av for eksempel allergier hos bruker.

### Personlig hygiene

Avdelingsledere på sykehjemmet sier at tradisjonelt har det vært slik at det blir gitt tilbud om en dusj ukentlig. Avdelingslederne forteller at fra deres hverdag, er det slik at de har blitt mer bevisst på hva som er nødvendig. Noen dusjer hver dag selv. Noen har tvangsvedtak på at man utfører dusjing/personlig hygiene, hvis det er fare for liv og helse. Ansatte prøver å søke fleksible løsninger ved behov. Det samme gjelder ved skiftning av bleier til brukere, dette tilpasset behov til den enkelte bruker og ikke fast tidspunkt.

Brukere/pårørende sier at de opplever at hygieniske behov ivaretas av de ansatte, både i omsorgsboliger og på sykehjemmet ut fra behov. Noen ønsker for eksempel å dusje flere

ganger enn den ene gangen i uken, -ut fra egne uttrykte behov, uten at man får oppfylt dette ønsket.

### Sosialt samvær

Avdelingslederne på sykehjemmet sier at det er ansatt en frivillighetskoordinator på sykehjemmet og Hestvadet som arrangerer sosiale tilbud til brukerne. Tilbudet gis i fellesareal ved Helse og omsorgssenteret og alle får tilbud, men de sykeste brukerne som ikke er transportable har mindre mulighet til å benytte tilbudet. Eksempel på aktivitetstilbud er for eksempel: utendørs kafedrift, besøkstjenestene, mandagsklubben, besøk fra Røde Kors, besøk av diakon, stoltrim, «innsats for andre» ungdomsskoleelever aktiviserer eldre.

Avdelingsleder for omsorgsbolig på Hestvadet sier at brukerne har felles middag om ønskelig, stuene brukes til kaffekos, frivillighetskoordinatoren på sykehjemmet ordner med ulike opplegg ut fra en månedlig aktivitetskalender med ulike aktivitetstilbud.

Avdelingsleder for omsorgsbolig på Velfjord sier at ansatte ved omsorgsboligen organiserer all aktivitet i omsorgssenteret, noe som er en utfordring i forhold til kapasitet. Det er ikke en frivillighetskoordinator som kan ta tak i dette arbeidet her, noe det er på sykehjemmet og tilhørende omsorgsboligene på Hestvadet. Det er vanskelig å knytte frivillige til seg. Omsorgssenteret drar nytte av aktivitet fra musikk og kulturliv i Velfjord. Det er et stort rom for sosialkontakt i omsorgsboligene med ei finstue, tv stue og spisestue. Det er tilbud om andakt og kaffe gjennom frivillig arbeid. Det arrangeres grilling på sommeren, elevene på skolen er på besøk hver onsdag og tar med brukerne på tur, ungene i barnehagen er inne i høytiden og synger, samt henger opp egen kunst på veggene, som byttes med jevne mellomrom. Utfordringen er å ha kapasitet til å organisere aktiviteten i omsorgsboligene, ifølge avdelingsleder.

Brukere opplever å ha aktivitetstilbud på sykehjem og i omsorgsbolig. Det er også egne rom for å ta imot besøk fra familie. Det er noen utfordringer, for eksempel er det en pårørende som savner informasjon om aktiviteter som foregår på sykehjemmet, -dette for å være mer kjent med det daglige aktivitetstilbudet. der. Brukerne fra Velfjord savner flere aktiviteter i sosiale møterom på omsorgsboligen.

### Skjermet privatliv og trygghet

Ansatte som er intervjuet fra omsorgsboligene og sykehjemmet sier at man i utgangspunktet ønsker å imøtekomme ønsker om egen døgnrytme hos brukerne, spesielt de som bor i sin egen bolig. Det er videre slik at privatlivet respekteres av ansatte, ut fra brukernes egne behov og det arbeides for å skape trygge boforhold.

Brukere og pårørende sier at det er trygt på sykehjemmet og i omsorgsbolig og at det er mulighet for privatliv og arealer for treffpunkt for besøkende samt skjermet privatliv.

### 4.3 Vurdering

Revisjonskriteriet i første del av denne problemstillingen omfatter brukermedvirkning og medbestemmelse. Ut fra dette punktet bør kommunen ha en planmessig styring av tjenesteinnholdet hvor mål, oppgaver og aktiviteter er gitt. Videre er det viktig at brukere og pårørende gis medbestemmelse i det daglige arbeidet samt til planmessig styring av virksomhetens mål, oppgaver og aktiviteter.

Revisor vurderer at kommunen har en planmessig styring av tjenesteinnholdet i omsorgsplanen og den nye Helse- og velferdsplanen som er under arbeid. Der er mål, oppgaver og aktiviteter beskrevet. Videre at man har hatt en dreining av tjenestene rettet fra passiv til aktiv omsorg hvor kvalitet i tilbudet er viktig. Tjenestekontoret gir en beskrivelse av helse- og omsorgstjenester på kommunens hjemmeside. Det viser at det er lagt til rette for oppdatert bruker- og pårørende informasjon.

Det er videre revisors vurdering at brukere gis medbestemmelse i det daglige arbeidet gjennom systematiske inntakssamtaler og kontakt med ansatte. Det er videre etablert pårørendeskole for brukere innen demensområdet, noe som legger til rette for brukermedvirkning gjennom pårørende i disse tjenestene. Revisor kan ikke se at kommunen har faste møter per år med pårørende i sykehjemmet og omsorgsboligene, noe som savnes.

Tilsynssaker til fylkesmannen på tjenester gitt i sykehjemmet og omsorgsbolig viser at det ikke påpekt avvik på kommunens håndtering av gitte tjenester vedrørende klager.

Det er revisors vurdering at kommunen mangler en systematisk håndtering av brukere og pårørendes erfaringer for styring av virksomheten. Dette som følge av gitte krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (§ 6-9).

Revisjonskriteriet i siste del av problemstillingen omfatter hvordan den individuelle tilretteleggingen av tjenestene til bruker er ved ernæring, personlig hygiene, sosiale behov samt trygghet og skjermet privatliv.

Når det gjelder det kvalitative innholdet i tjenestene direkte til brukere har revisor inntrykk av at det aller meste er tilfredsstillende ivaretatt. Dette er også bekreftet av brukere og pårørende vi har snakket med.

- Kravene til tilstrekkelig kosthold er ivaretatt og det er systematisk oppfølging av den enkelte bruker knyttet til ernæring. Noen brukere har etterspurt større valgfrihet knyttet

til alternative middager og ivaretagelse av matallergier, noe som kan ha kommunens oppmerksomhet.

- Personlig hygiene vurderes å være ivaretatt. Det er uttrykt ønske fra noen brukere med behov for hjelp om å dusje oftere enn det som blir tilbudt.
- Sosiale behov vurderes å være tilfredsstillende ivaretatt i henhold til kriteriene i kvalitetsforskriften. Frivillighetskoordinator er pådriver for månedlig aktiviteter på sykehjemmet, noe som også brukere i tilhørende omsorgsboliger drar nytte av. Ansatte på omsorgsboligene i Velfjord organiserer brukernes aktivitet selv. Det er utfordrende å ha tilstrekkelig aktivitet der. Brukere på Velfjord etterspør flere aktiviteter, noe som bør ha kommunens oppmerksomhet.
- Kriteriet om trygghet og skjermet privatliv er ivaretatt hos brukergruppene vi har undersøkt.

## **5 HØRING**

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Brønnøy kommune, 6.2.2019. Revisjon Midt-Norge SA mottok høringsvar fra Pleie- og omsorgssjefen den, 21.2.2019. Høringsvaret er vedlagt rapporten (vedlegg 2). Revisor har endret rapporten i tråd med tilbakemeldingene fra Pleie- og omsorgssjefen knyttet til fakta. Utover dette er ikke høringsrapportens vurderinger og konklusjoner endret.

## 6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Revisor hadde følgende problemstilling i denne undersøkelsen:

*I hvilken grad er kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen i tråd med utvalgte krav og målsettinger?*

Vi har sett på følgende kvalitetsindikatorer: kompetanse, system for ledelse og kvalitetsforbedringer og tjenestens kvalitative innhold for bruker.

### 6.1 Konklusjon

Revisor konkluderer med at kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen for det meste er i tråd med utvalgte krav knyttet til kompetanse, ledelse og kvalitetsforbedring samt tjenestens kvalitative innhold for bruker.

Det er imidlertid noen forbedringspunkter som kommunen bør rette oppmerksomhet mot i det videre arbeidet. Disse er:

- Sikre fortsatt fokus på tilstrekkelig og hensiktsmessig utnyttelse av kompetanse på jobb, ved fravær
- Etablere faste årlige møter med pårørende for brukere på sykehjem og omsorgsbolig
- Sikre tilstrekkelig kapasitet for å etablere tilstrekkelig aktiviteter til brukerne i Velfjord omsorgssenter

### 6.2 Anbefalinger:

Revisor anbefaler kommunen å:

- Innhente systematiske bruker- og pårøndererfaringer som ligger til grunn for styring av tjenester innen Helse og omsorg.



## **KILDER**

### Lover og forskrifter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.06.2011.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, av 01.07.2003
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, av 01.01.2017
- IS-2620: Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2017)

### Brønnøy kommune:

- Kommunens omsorgsplan for 2015-2020
- Kommunens Helse- og velferdsplan 2018-2028 (under arbeid)

### Annet:

- Sosial- og helsedirektoratet: Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene 11/2004 Veileder til kvalitetsforskriften

## VEDLEGG 1 – METODE

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Prosjektet er gjennomført i perioden juni 2018 til februar 2019.

Rapporten bygger på informasjon innhentet ved dokumentgjennomgang og intervju.

### Intervju

Følgende har blitt intervjuet:

- Rådmann Pål Trælvik
- Helse og velferdssjef Tove Karin Solli
- Pleie og omsorgssjef Tonje Johansen
- Økonomirådgiver Kurt Henning Nybø
- Fag og utviklingskoordinator Sonja Strøm
- Avdelingsleder hjemmetjenesten Rita Heimen Engelsnes
- Avdelingsleder hjemmetjenesten Ragnhild Hongbarstad
- Avdelingsleder sykehjemmet Gøril Øyan Karlsen
- Avdelingsleder sykehjemmet Maria Bugten
- Avdelingsleder sykehjemmet Karina Lande

Referat fra intervju er verifisert av informantene i etterkant for å rette opp eventuelle misforståelser. Informantene fikk ikke tilsendt spørsmålene i forkant. Intervju med hhv. rådmann og de øvrige i ledergruppen ble gjennomført som gruppeintervju. Det samme med avdelingslederne ved sykehjemmet. Avdelingslederne ved omsorgsboligene ble intervjuet enkeltvis.

Det er gjennomført samtaler med seks brukere: to brukere fra sykehjemmet, to fra omsorgsboligene på Hestvadet og to fra omsorgsboligene på Velfjord. Utvalgte brukerne ble trukket ved tilfeldig utvalg (Excel) ut fra lister fra kommunen over brukere i omsorgsboliger og sykehjem. Revisor har utarbeidet egne notater fra samtalene og lagt ved relevante deler i datadelen til undersøkelsen.

### Spørsmål via e-post

Det har blitt sendt ut spørsmål via epost til fire tillitsvalgte og verneombud innen Helse og omsorg. To av disse har besvart vår forespørsel. Oversendt svarskjema ligger til grunn for datadelen i undersøkelsen. Noen av de som er intervjuet har også bekreftet revisors spørsmål via e-post.

### Dokumenter:

Revisor har fått tilgang til en rekke relevante interne dokumenter knyttet til tjenester for sykehjemmet og omsorgsboliger. Disse ligger til grunn for informasjon i datadelen til undersøkelsen.

### Samlet vurdering av datagrunnlag og metode

Revisor mener det har vært tilstrekkelig å intervju de utvalgte informantene i kombinasjon med datainnsamling via dokumentgjennomgang og spørsmål via epost.

Revisor har mottatt alle dokumenter som har blitt etterspurt. Informasjonen peker i stor grad i samme retning.

Vår samlede vurdering er at metodebruk og datagrunnlag i dette prosjektet gir et tilstrekkelig grunnlag til å svare på problemstillingen i undersøkelsen.

### Utleddning av revisjonskriterier

Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner (§7) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen er revisjonskriterier beskrevet i kapittel 2.1, 3.1 og 4.1.

## VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Helse og omsorgstjenesten står ovenfor samfunnsmessige utfordringer som gjør at vi kontinuerlig må tilpasse og utvikle oss. Det kreves gode systemer for raskt å kunne gjøre nødvendige endringer og avklaringer om etablering av nye metoder og rutiner og avvikling av de gamle. Begrepet kvalitet kan deles opp i flere dimensjoner:

- Opplevelsen av kvalitet
- Faglig innhold i tjenesten eller egenskaper til tjenesten
- Tilrettelegging og ledelse av helsetjenesten

Helse og omsorg i Brønnøy ønsker at helsetjenesten skal være kvalitetsmessig god ved at den oppleves som god og den er faglig og planmessig god. Dette forutsetter at vi som helsepersonell evaluerer egen praksis i forhold til gjeldende kvalitetsstandarder og at vi aktivt jobber med fag og metodeutvikling. I virksomhetsplanen for 2019 er ett av tiltakene at det skal revideres/utarbeidet nye kvalitetsstandarder for tjenestene. Revisjonen har konkludert med at kvaliteten på tjenestene er i tråd med utvalgte krav knyttet til kompetanse, ledelse og kvalitetsforbedring, samt tjenestens innhold til bruker.

Revisjonen påpeker i midlertidig noen forbedringspunkter som helse og omsorg bør rette oppmerksomheten mot i det videre arbeid.

- **Sikre fortsatt fokus på tilstrekkelig og hensiktsmessig utnyttelse av kompetanse på jobb, ved fravær**

Som leder må man kunne identifisere gapet mellom dagens situasjon og ønsket situasjon for å kunne bruke ressursene riktig. For å kunne øke kompetanse her er det i 2019 planlagt et lederutviklingsprogram med blant annet fokus på dette.

- **Etablere faste årlige møter med pårørende for brukere på sykehjem og omsorgsbolig**

Grunnlag for opplevelse av kvalitet dannes i møtet med hverandre. God informasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende er avgjørende for å skape gode relasjoner. Systematisering av pårørendemøter og opprettelse av pårørende kontakter er viktig i så henseende og settes inn i virksomhetsplan for 2019.

Sykehjemmet har allerede fått på plass pårørendekontakt.

- **Sikre tilstrekkelig kapasitet for å etablere tilstrekkelig aktiviteter til brukerne i Velfjord omsorgssenter**

Ved gjennomgang av ressursene i Velfjord er det fremkommet at 80% stilling er knyttet til kjøkken og aktivitet. Denne ressursen er ikke blitt brukt optimalt i forhold til aktivitetsområdet. Erfaringen og kompetansen fra Brønnøysund må overføres til Velfjord.

Med vennlig hilsen

**Tonje Johansen**

Pleie- og omsorgssjef

Brønnøy kommune

Telefon 75 01 29 02/ 992 53 706

[www.bronnoy.kommune.no](http://www.bronnoy.kommune.no)

# M Revisjon

Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidtnorge.no](http://www.revisjonmidtnorge.no)