



Sømna kommune

April 2019

FR 1039

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA er Norges største interkommunale revisjonsselskap, og leverer revisjonstjenester innen regnskap, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll til 54 kommuner og en fylkeskommune.

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Sømna kommunes kontrollutvalg i perioden september 2018 til mars 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 forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder/oppdragsansvarlig Marit Ingunn Holmvik, prosjektmedarbeider Eirik Gran Seim, og Sunniva Tusvik Sæter og Tor Arne Stubbe. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Sømna kommune, kommuneloven § 79 og forvaltningslovens § 6.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² 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.revisjonmidt norge.no.

Stjørdal, 25.04.19

Marit Ingunn Holmvik

Oppdragsansvarlig revisor

Eirik Gran Seim

Prosjektmedarbeider

¹ Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. § 7

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Revisjon Midt Norge SA har på oppdrag fra kontrollutvalget i Sømna kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i eldreomsorgen i kommunen. Prosjektet er avgrenset til å gjelde eldreomsorg, og målgruppen for dette prosjektet er eldre over 67 år som enten har tilbud om opphold i sykehjem, botilbud med heldøgns omsorg, eller har vedtak om hjemmesykepleie. De mottar tjenester enten fra Sømna omsorgssenter som pasienter i institusjon(sykehjem) eller som pasienter i hjemmesykepleien.

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, gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte i pleie og omsorg som arbeider med eldre, og hatt samtale med representant fra pasienter og pårørende gjennom eldrerådet. 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 en systematisk oversikt over medarbeidernes kompetanse i eldreomsorgen. Dette er ivaretatt gjennom Strategisk kompetanseplan for pleie og omsorg, inklusiv konkret handlingsplan for perioden 2017-2019.

Revisor vurderer videre at kommunen til en viss grad gir tilbud om videre- og etterutdanning til de ansatte. Likevel kan det se ut til at kommunen bør kommunisere tilbudet om etter- og videreutdanning bedre, da kun 13 prosent av de ansatte som besvarte spørreundersøkelsen oppgir å ha fått tilbud om etter- eller videreutdanning de siste 12 måneder. Videre oppgir 13 prosent av de ansatte å ha deltatt på etter- eller videreutdanning de siste 12 måneder. 13 prosent av 46 ansatte tilsvarer 6 personer som har deltatt på etter- eller videreutdanning. Det er lite når kommunen mangler sentrale stillinger innen flere fagområder (geriatrikisk sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut)

Angående kravet om tilstrekkelig kompetanse, vurderes kommunen å gjøre et aktivt arbeid med å tiltrekke seg kompetent personell. Likevel er lav tilgang til kvalifisert personell i helger samt ferier en utfordring, og kommunen bør vurdere ytterligere tiltak for å sikre tilstedeværelse av kvalifisert personell i kritiske perioder.

Vurderinger knyttet til Ledelse og kvalitetsforbedring:

Forbedringsprosjektet og den aktive oppfølgingen av dette i ettertid der det er kort veg fra idé til forbedring synes å ha vært et vellykket grep for å heve kvaliteten i tjenesten, spesielt ved sykehjemmet.

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.

Kommunen har relativt stort fokus på kvalitetsforbedring, og avviksbehandling blir brukt aktivt for kvalitetsforbedring. Revisor vurderer kommunen til å gjøre et tilfredsstillende systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i kommunen. Det kan samtidig nevnes at så mange som 71 prosent av de ansatte oppgir å ha meldt avvik de siste 12 måneder. Tallet er høyt, men samsvarer med opplysninger gitt i intervju om at de ansatte er dyktige på å melde avvik. Det at det meldes inn et høyt antall avvik trenger ikke nødvendigvis være negativt, men heller indikere en kultur der det oppmuntres til å melde av avvik.

Kommunen har ikke utført ROS-analyse på medisinbehandling. Etter revisjonens vurdering kunne dette vært nødvendig på bakgrunn av data som fremkommer i spørreundersøkelse angående ansattes vurdering av hvor det er størst risiko.

Vurderinger knyttet til tjenestens kvalitative innhold for bruker:

Det foregår en viss grad av brukermedvirkning i sykehjem og hjemmetjeneste. Revisors vurdering er at det gjøres et godt kartleggingsarbeid, og at rutinemessige ankomstsamtaler er viktig i denne sammenheng. Imidlertid har det ikke vært gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelse av nyere dato, og brukermedvirkning i de daglige tjenestene skjer ikke på en systematisk måte. Revisor kan ikke se at kommunen har faste møter per år med pårørende i sykehjemmet og hjemmetjenesten. Dialog med pårørende om den daglige omsorgen som ytes kunne vært noe bedre. Det er revisors vurdering at kommunen mangler en systematisk håndtering knyttet til brukere og pårørendes erfaringer med tjenestene for

styring av virksomheten, noe det er krav til i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder det kvalitative innholdet i tjenestene i form av ulike krav om individuell tilrettelegging, og tilbud til demente, har revisor inntrykk av at det aller meste er tilfredsstillende ivaretatt. Kommunen bør allikevel utarbeide en demensplan slik at en sikrer planmessig ivaretagelse av alle innenfor spekteret av demenssykdommer.

Konklusjon og anbefalinger

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 brukere.

Revisjonen anbefaler kommunen å rette oppmerksomhet mot følgende i det videre arbeidet:

- Sikre at personell med rett kompetanse er tilstede på jobb, spesielt i helg, ferie og ved uforutsett fravær
- Innføre rutiner for systematisk gjennomføring av bruker/pasientmedvirkning
- Gjennomføre ROS-analyse innen medisinbehandling
- Utarbeide demensplan

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	8
1.3 Om kvalitet	8
1.4 Revisjonskriterier.....	9
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring	10
1.6 Organisering av kommunens tjenester for eldre	12
2 Kompetanse	14
2.1 Revisjonskriterier.....	14
2.2 Data	15
2.2.1 Kompetanseplaner og videre- og etterutdanning.....	15
2.2.2 Tilstrekkelig kompetanse i tjenesten.....	16
2.3 Vurdering.....	18
3 Ledelse og kvalitetsforbedring	19
3.1 Revisjonskriterier.....	19
3.2 Data	20
3.2.1 Forbedringsprosjektet	21
3.2.2 Kvalitetssystem.....	23
3.2.3 Pasientjournalssystem.....	23
3.2.4 Medisinhåndtering.....	25
3.3 Vurdering.....	27
4 Tjenestenes kvalitative innhold for pasient.....	29
4.1 Revisjonskriterier.....	29
4.2 Data	30
4.2.1 Brukermedvirkning og medbestemmelse	30
4.2.2 Individuell tilrettelegging av utvalgte områder.....	32
4.3 Vurdering.....	36
5 Konklusjon og anbefalinger	37
6 Høring	38
Kilder.....	39

Figurer

Figur 1	Organisasjonskart Pleie og Omsorg, Sømna Kommune.....	12
Figur 2	Eksempel på arbeidsmetodikk i forbedringsprosjektet	21
Figur 3	Eksempel på bruk av forbedringstavle.....	22
Figur 4	Ansattundersøkelse: dokumentasjonsplikt.....	24
Figur 5	«Legemidler oppbevares på en forsvarlig måte»	27
Figur 6	Middagsmat fra menyen på sykehjemmet	33

1 INNLEDNING

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

1.1 Bestilling

Med bakgrunn i Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020, har kontrollutvalget i Sømna kommune bestilt en forvaltningsrevisjon med tema helse og omsorg. Kontrollutvalget vedtok den 02.05.18 i sak 07/2018 en prosjektplan der fokus i forvaltningsrevisjonen er på kvalitet i eldreomsorgen i Sømna kommune.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstilling vil bli besvart i rapporten:

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

Følgende kvalitetsindikatorer er brukt for å måle kvaliteten på tjenester for pasienter i sykehjem og omsorgsboliger:

- Kompetanse
- System for ledelse og kvalitetsforbedring
- Tjenestens kvalitative innhold for bruker

1.3 Om 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 verdsatt³.

Kvalitet kan defineres som «(...) helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov»⁴. 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 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

³ Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsesloven og sosialhelsesloven (SH-dir.)

⁴ Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk Standard

hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor også knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv og hverdag⁵.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, også kalt Kvalitetsforskriften⁶. Forskriften skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften er utgangspunktet for forvaltningsrevisjonen av eldreomsorgen i Sømna kommune. I tillegg vil tjenesten måles opp mot forskrift om en verdig eldreomsorg, kjent som Verdighetsgarantien, og relevante veiledere på området.

Oppfølging av kvalitetssikring vil bli sett på med utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Forskriften 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 i pleie- og omsorgstjenesten.

Å måle kvalitet

Kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien 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 tjenester⁷ 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.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunens praksis vurderes opp mot.

⁵ Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsesloven og sosialhelsesloven (SH-dir)

⁶ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Kvalitetsforskriften)

⁷ Rundskriv U-7/2003 Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

I dette prosjektet er kriteriene hentet fra:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Kvalitetsforskriften⁸
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 01.01.2017
- IS-2620: Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2017)
- IS -1201: Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (Sosial- og helsedirektoratet 2004)
- IS-1162: ... Og bedre skal det bli! Veileder i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet 2005)
- Kommunale planer for pleie- og omsorg

Revisjonskriteriene følger punktvis under de enkelte problemstillingene og er utledet i samme kapittel.

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Prosjektet er gjennomført i perioden september 2018 til mars 2019 og er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I det følgende beskriver og drøfter vi hvordan vi har gått frem i undersøkelse av problemstillingen for prosjektet. Vi drøfter også dataenes gyldighet og pålitelighet, som vil si henholdsvis om dataene vi har samlet inn i undersøkelsen utgjør et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og problemstillingen og at dataene skal være mest mulig nøyaktige.

Målgruppen for dette prosjektet er eldre over 67 år som enten har tilbud om opphold i sykehjem, botilbud med heldøgns omsorg, eller har vedtak om hjemmesykepleie. De mottar tjenester enten fra Sømna omsorgssenter som pasienter i institusjon(sykehjem) eller som pasienter i hjemmesykepleien. Alle eldre som mottar tjenester som omtalt i denne rapporten omtales som pasienter, jf kommunens egen terminologi.

⁸ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv

Rapporten bygger på informasjon innhentet gjennom intervju, dokumentanalyse og spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten og sykehjem.

Alle intervju er verifisert av informantene, med unntak av et telefonintervju med nestlederen av eldrerådet. Rapporten sendes på høring hos kommunen, og rådmannens kommentarer vil fremgå av rapporten.

Spørreundersøkelsen har en svakhet vedrørende spørsmål om medisinhandling. Spørsmålet er ikke avgrenset i tid, slik at det ikke er mulig å si noe om når den enkelte har opplevd at det har skjedd feil i medisinhandlingen.

Intervju

Følgende er intervjuet i forbindelse med prosjektet:

- Rådmann Øystein Johannesen
- Enhetsleder pleie og omsorg Guro Knygh
- Avdelingsleder sykehjemmet, Ida Kjærstad
- Avdelingsleder hjemmetjenesten Torstein Graven
- Nestleder i eldrerådet

Intervjuene ble gjennomført etter en intervjuguide, og referat fra intervju er verifisert av informantene i etterkant for å rette opp eventuelle fakta-feil og misforståelser. Det ble sendt ut samtalepunkter til intervjuobjektene i forkant av møtet.

Spørreundersøkelse

Det er gjennomført spørreundersøkelse blant ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste. Spørreundersøkelsen ble ved hjelp av avdelingslederne delt ut i papirform til samtlige ansatte, 15 i hjemmetjenesten og 40 på sykehjem, både til faste ansatte og vikarer. For å sikre anonymitet fikk alle respondenter utlevert spørreskjema og konvolutter. Respondentene leverte svars skjema i lukket konvolutt tilbake til avdelingslederne. Deretter ble alle konvoluttene returnert samlet til revisjonen for registrering i Questback og analysert derfra. Spørreundersøkelsen har en relativt høy svarprosent, ca. 87 %, og har god nytteverdi som informasjonsgrunnlag.

Samlet vurdering av datagrunnlag og metode

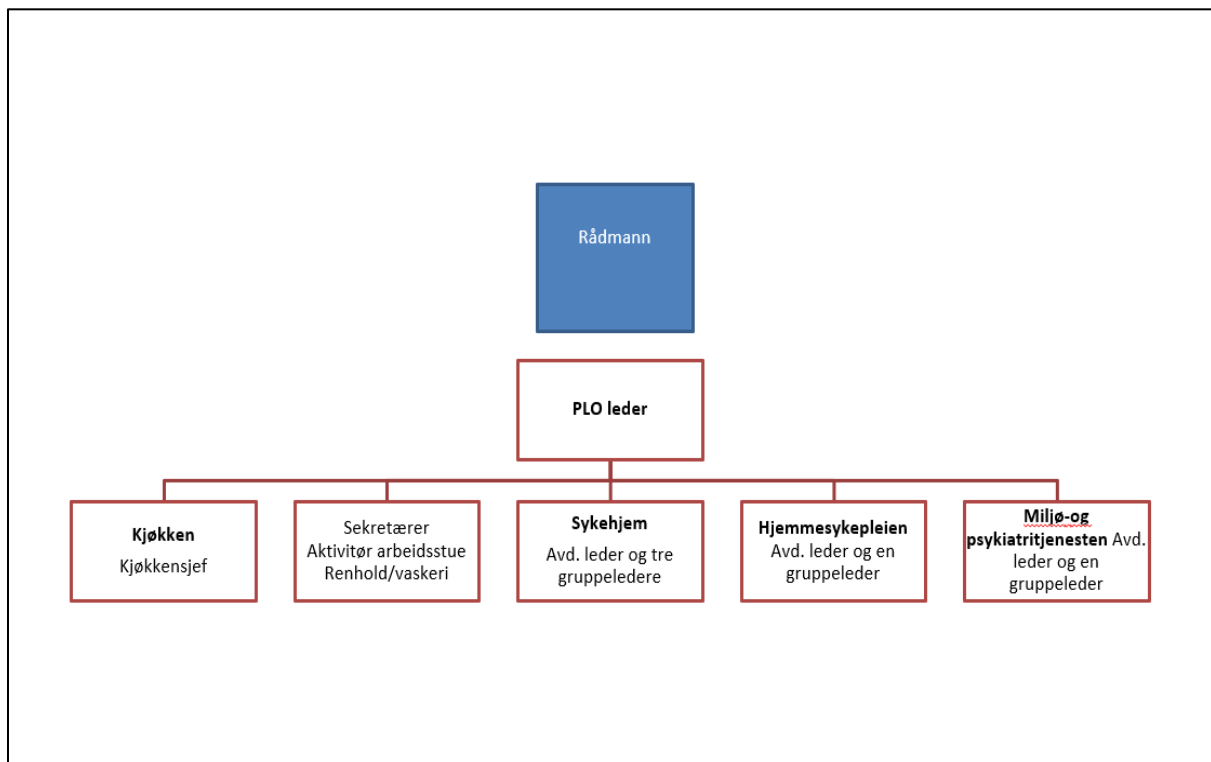
Vi mener det har vært tilstrekkelig å intervju ledelsen innen helseadministrasjonen, samt avdelingsleder i sykehjem og avdelingsleder i hjemmetjenesten. Som representant fra brukersiden er nestlederen i eldrerådet intervjuet. Dette i kombinasjon med spørreundersøkelse blant alle ansatte som arbeider med pleie og omsorg blant de eldre i kommunen har dekt inn informasjonsbehovet.

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang i dette prosjektet gir et tilstrekkelig grunnlag til å svare på problemstillingene. Revisor finner ikke vesentlige uoverensstemmelser mellom de ulike delene av datamaterialet, og vi vurderer derfor dataenes pålitelighet som god. Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også søkt sikret gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

1.6 Organisering av kommunens tjenester for eldre

Sømna kommune er administrativt organisert i en tonivåmodell, rådmann og enhetsledere.

Figur 1 Organisasjonskart Pleie og Omsorg, Sømna Kommune



Sømna omsorgssenter tilbyr langtidsopphold til pasienter med døgnkontinuerlig pleiebehov. Omsorgssenteret har en sykehjemssdel med 35 institusjonsplasser, fordelt på 4 stuer:

- En stue med i hovedsak langtidsplasser og en observasjonsseng jf. forsterket sykehjem⁹ (10 rom).
- En stue for i hovedsak korttidsopphold, avlastning og palliasjon (9 rom).
- En stue for tung demens (8 rom)
- En stue for lett demens (8 rom).

Tildeling av langtidsplass ved sykehjemmet skjer i henhold til egen forskrift¹⁰ vedtatt av kommunestyret i 2017. Pasientene får tilbud om å plass på institusjon først når tilstanden deres tilsier det, og en stor andel har demenssykdom.

Omfanget av hjemmetjenester varierer ut fra sammensetning av pasientgruppen. Noen av pasientene mottar kun begrensede tjenester fra kommune som for eksempel trygghetsalarm, mens andre har omfattende tjenester både fra hjemmesykepleien og i form av ulik praktisk bistand i hjemmet. Avdelingslederen opplyser at gjennomsnittsalderen på pasientene i hjemmetjenesten er 75 år. De aller fleste pasientene er over 67 år.

En del av pasientene i hjemmetjenestene bor i omsorgsboliger, de øvrige i private hjem. Sømna kommune har til sammen 32 omsorgsboliger lokalisert på Vik, som er det ene av to bygdesenter i kommunen. Kommunen har omsorgsboliger både i form av leiligheter og bofelleskap. I tillegg til omsorgsboligene på Vik, har kommunen avtale med en boligstiftelse på Berg, som er det andre bygdesenteret, der kommunen har fortrinnsrett på noen av leilighetene til denne boligstiftelsen med tanke på utleie til boligformål.

Kommunen har 6 omsorgsleiligheter i Sømna omsorgssenter hvorav 3 er ledig pr april 2019. Det har skjedd en endring i etterspørselen av omsorgsleiligheter i kommunen for at det for 7 år siden var kø for å få tilgang til omsorgsboliger, til at det nå er ledige leiligheter. Avdelingslederen beskriver noe av årsaken til behovsendringen er at det er en annen type eldre i dag, enn tidligere. Det er eldre med bedre økonomi og bedre hus, som derfor kan bo hjemme i sine private boliger lengre. Det har skjedd at eldre fra andre kommuner har kommet flyttende fordi det er ledige omsorgsboliger i Sømna.

⁹ Forsterket sykehjem er i Tidskriftet.no v/Helge Garåsen definert som « Sykehjem med en høyere bemanning av leger, sykepleiere og fysioterapeuter enn ved et ordinært sykehjem »

¹⁰¹⁰ Vedtatt i Sømna kommunestyre (15.06.2017) med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2-a, andre ledd, jf. lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-1 e.

2 KOMPETANSE

I dette kapitlet beskriver vi kravene til kompetanse og hvordan kommunen søker å oppfylle disse i forhold til målgruppen i prosjektet.

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 til overnevnte forskrift utdypes det 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 kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørge for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

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.

Kommunen skal:

- Ha oversikt over medarbeidernes kompetanse
- Sørge for at virksomheten har tilstrekkelig fagkompetanse blant de ansatte
- Tilby de ansatte videre- og etterutdanning
- Sørge for at de ansatte deltar på påkrevd videre- og etterutdanning

I henhold til kriteriene vurderer vi om det er tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, om kompetanseplaner er etablert samt om det er lagt til rette for videre og etterutdanning blant ansatte.

2.2 Data

Data for å måle kompetanse er innhentet fra dokumentgjennomgang, intervju av ansatte, samt en spørreundersøkelse blant alle ansatte som jobber med pasientgruppen vi ser på. Først ser vi på tjenestens kompetanseplaner og tilrettelegging for videre- og etterutdanning, deretter på om kommunen har tilstrekkelig kompetanse i tjenesten.

2.2.1 Kompetanseplaner og videre- og etterutdanning

Kommunen har Strategisk kompetanseplan for pleie og omsorg, inklusiv konkret handlingsplan for perioden 2017-2019. Kompetanseplanen beskriver hvilke mål kommunen har satt seg både på generelt grunnlag og for ansatte med ulik utdanningsbakgrunn. Planen beskriver deretter ulike tiltak, aktiviteter, kostnad med å gjennomføre og tidsperspektivet.

Kompetanseplanen inneholder mål om å legge til rette for kompetansehevende tiltak på alle avdelinger. Planen beskriver at dette kan foregå på ulike måter, ved for eksempel internundervisning, fagnettverk og kurs. Det kan være tiltak på områder som etikk, hverdagsrehabilitering, medikamenthåndtering, velferdsteknologi ol. For å stimulere ansatte til å heve sin kompetanse er det ulike ordninger som for eksempel permisjon med lønn, permisjon og utgiftsdekning etter søknad, stipend og dekning av kurskostnader.

Helse og omsorg har kompetanseplan på etter- og videreutdanning, og ansatte oppfordres til å ta diverse kurs. Det har blant annet vært arrangert et demensomsorgens ABC-kurs. Noen ansatte ønsker å ta det, andre ikke. Det er romslige vilkår for å få gå på kurs, men ingen som deltar på den type videreutdanning pr. nå. For å øke kompetansen har det hendt at ansatte har vært på sykehus for å få spesiell opplæring i spesifikke prosedyrer. I tillegg yter kreftkoordinator¹¹ stor hjelp for å gi opplæring der det er behov for dette. Apoteket kommer for øvrig tidvis og holder kurs blant annet i sår, stomi og inkontinens.

Ønsker om videreutdanning kan komme fram på ulike måter, for eksempel under medarbeidersamtaler. Framgangsmåten er at den ansatte søker til HR-avdeling for å få stipendordning, eventuelt andre vilkår for å ta utdanning.

En av avdelingslederne opplyser at en utfordring med tanke på kompetanse er å få vikarer til å ta utdanning. Noen har ikke fagutdanning, og de kvier seg for å gå i gang. Kommunen forsøker å sørge for rekruttering gjennom å ta imot elever fra helse- og sosialfag og elever fra ungdomskolen, med et prosjekt der ungdommen får hjelpe de eldre. Dette skjer på høsten hver torsdag frem til jul, 8.-10. klasse. Det skjer også rekruttering gjennom «ungdom i arbeid»,

¹¹ Kommunene Brønnøy, Vevelstad og Sømna har felles kreftkoordinator

hvor elever får sommerjobb i kommunen om sommeren. Disse forsøker man å rekruttere til helgevakter når de blir over 18 år.

I revisors spørreundersøkelse oppgir for øvrig 13,3 % av de ansatte at de har fått tilbud om å delta på etter- eller videreutdanning de siste 12 måneder. Omtrent den samme andelen ansatte har deltatt på slik utdanning de siste 12 måneder.

2.2.2 Tilstrekkelig kompetanse i tjenesten

Kommunen har generelt hatt utfordringer med å rekruttere ansatte på avdelingsledernivå samt ulike fagstillinger som blant annet sykepleiere og helsefagarbeidere innen pleie og omsorg. Innleie av kompetanse fra eksterne firma blir ikke benyttet, da kommunen selv har greid å dekke opp kompetansebehovet innen tjenestene i pleie og omsorg. Enhetsleder sier likevel at det er utfordringer med å skaffe riktig kompetanse ved fravær og ferier.

Som en konsekvens av rekrutteringsutfordringer er det ansatt ufaglærte som etter hvert har fått krav på faste stillinger. Det er flest ufaglærte ved sykehjemmet og i Miljøtjenesten, og det er der det er mest utfordringer knyttet til fagkompetanse. Flere ønsker seg arbeid innen hjemmetjenesten, også sykepleiere. I hjemmetjenesten er alle stillingshjemler dekt opp med tilfredsstillende fagkompetanse, med unntak av at det ikke er lett å få tak i faglærte vikarer ved langtidsfravær.

Når det gjelder «riktig» fagkompetanse, det vil si best mulig sammensatt ut fra å dekke flest mulig faglige behov, er dette noe kommunen skal se på i det videre rekrutteringsarbeidet. Kommunen har blant annet ikke egen geriatrikisk sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut.

Det er satt i gang kompetansehevende tiltak. Blant annet er det lagt til rette for e-læringskurs jf. Veilederen. Dette ved oppæring blant vikarer, medisinhåndtering, osv. Veilederen benyttes i dag som en del av opplæring for vikarer og nyansatte. Det er etablert et eget demensteam i kommunen med egen koordinator. Det er videre utarbeidet et informasjonshefte om demenssykdom som deles ut etter behov.

Sykehjem

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser at 11,5 av årsverkene i tjenesten innehas av sykepleiere. Andelen sykepleiere tilsvarer vel en tredel av alle årsverk på sykehjemmet (Årsmelding 2017 viste totalt 29,4 årsverk) Alle disse årsverkene er besatt, så nær som 3 helgestillinger (20-30 prosent). Avdelingslederen er av den oppfatning at det generelt er nok

kompetanse på jobb, men at helgene kan gi utfordringer, spesielt i ferieavviklingen. På dagtid skal det være 3 sykepleiere på jobb, og 2 sykepleiere på ettermiddag og helg. Dette for å sikre nok kompetanse på jobb.

Det er noen utfordringer på turnusen på natt og i helger og ferier, og det er ikke alltid den reelle bemanningen blir slik som i turnusplanen. Løsningen er da å leie inn sykepleier, eventuelt å ha sykepleier på bakvakt. For øvrig kan vakter forskyves og det kan gis overtid for å bøte på at folk er borte fra jobb. Det varierer om vikarer har rett kompetanse. Som regel blir løsningen ved sykdom å forskyve vaktperioden, eller å ha bakvakt. I forbindelse med planlagt ferie og helligdager er det utarbeidet egen turnus for dette.

Ved sykehjemmet har det til nå vært lett å rekruttere ønsket kompetanse, og de får god respons på stillingsutlysninger. En av suksessfaktorene har vært å ansette flere sykepleiere i 100% stilling uansett om det er et umiddelbart behov i tjenesten eller ikke. Det er for øvrig vanskeligere å få nok av helsefagarbeidere, fordi det er mer populært å utdanne seg til sykepleier. For å bøte på dette og sikre fremtidig rekruttering, har tjenesten jobbet ekstra med å rekruttere lærlinger i helsefag.

For å sikre tilfredsstillende kompetanse var sykehjemmet i forkant av samhandlingsreformen ved å innføre forsterket sykehjem i 2009, slik at de var godt forberedt på å motta dårligere pasienter. Lege var med på å utarbeide retningslinjer. Kommunen har eget palliasjonsteam. Dette består av 2 sykepleiere med spesialkompetanse på området. Disse jobber for tiden i hjemmetjenesten, men er for øvrig en del av et interkommunalt team. Det er i tillegg også to hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som har videreutdanning i palliasjon.

Hjemmetjenesten

Hjemmesykepleien i Sømna kommune har utelukkende ansatte med fagkompetanse (sykepleiere, helsefagarbeidere). Alle disse har medisinkurs og kan ha med medisin ut til pasienten. I ferien benytter kommunen seg av sykepleierstudenter. Det er ifølge avdelingsleder i hjemmetjenesten stort sett samsvar mellom turnusen og den reelle bemanningen på jobb.

Kompetansekravene til personalet har økt fordi pasienter skrives ut tidligere fra sykehus i dag enn tidligere. I hjemmesykepleien er det 3 sykepleiere i 100 prosent stillinger, samt 2 sykepleiere i 80 prosent. Av disse er 3 spesialsykepleiere, noen med flere videreutdanninger. En diabetessykepleier, en kreftsykepleier, to med videreutdanning i palliasjon, og en som har videreutdanning i akuttbehandling av geriatriske pasienter.

Kommunen prøver å være aktive i rekrutteringsprosessen ved å henvende seg til ungdom i så ung alder som mulig. Kommunen tar inn ungdomsskoleelever i sommerjobb som aktivtører, har elever fra videregående opplæring på praksis, og tar imot sykepleiestudenter. Kommunen er også aktive for å få lærlinger. Det er for øvrig tilbud om helse- og oppvekstfag på videregående skole i Brønnøysund, men kommunen opplever at veldig få av disse går videre i lærlingetid. De fleste går over på studiespesialisering for å gå videre på sykepleiestudiet eller andre fag. Kommunen ser at de ikke greier å konkurrere på lønn, men prøver å lokke med et veldig godt arbeids- og fagmiljø. Kommunen mener selv å ha lyktes med dette da de ser at mange ønsker å komme tilbake etter å ha prøvd seg som elev eller student. Avdelingslederen mener at den største rekrutteringsmessige utfordringen er å finne nok kompetente vikarer.

Ifølge avdelingsleder har hjemmetjenesten høyt sykefravær og for lav helgebemanning. Det er kun én ansatt på vakt på aften hver helg. Dette er ofte for lite og det blir hektisk, noe som sliter på personalet. Det må leies inn ekstra bemanning, noe som gir høy helgebelastning på vikarene. Avdelingslederen mener at den lave bemanningen gjør at det ikke alltid er lett å rekruttere rett personell. Hjemmetjenesten har pr. september 2018 to langtidssykemeldte ansatte, samt én i fødselspermisjon. Sykefraværet var på 12-13 prosent i snitt i 2017 og dette har vedvart og økt i 2018. Vikarer med god kompetanse har kompensert for en del av sykefraværet.

2.3 Vurdering

Revisor vurderer at kommunen har en systematisk oversikt over medarbeidernes kompetanse i eldreomsorgen. Dette er ivaretatt gjennom Strategisk kompetanseplan for pleie og omsorg, inklusiv konkret handlingsplan for perioden 2017-2019.

Revisor vurderer videre at kommunen til en viss grad gir tilbud om videre- og etterutdanning til de ansatte. Likevel kan det se ut til at kommunen bør kommunisere tilbudet om etter- og videreutdanning bedre, da kun 13 prosent av de ansatte som besvarte spørreundersøkelsen oppgir å ha fått tilbud om etter- eller videreutdanning de siste 12 måneder.

Angående kravet om tilstrekkelig kompetanse, vurderes kommunen å gjøre et aktivt arbeid med å tiltrekke seg kompetent personell. Likevel er lav tilgang til kvalifisert personell i helger samt ferier en utfordring, og kommunen bør vurdere ytterligere tiltak for å sikre tilstedeværelse av kvalifisert personell i kritiske perioder.

3 LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

I dette kapittelet belyser vi området som omhandler ledelse og kvalitetsforbedringer i tjenester til eldre i målgruppen for prosjektet, det vil si eldre over 67 år som enten har tilbud om opphold i sykehjem, botilbud med heldøgns omsorg, eller har vedtak om hjemmesykepleie.

3.1 Revisjonskriterier

Alle virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for at de krav som stilles i helselovgivingen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid¹².

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 forskriftens¹³ § 6 til 9.

Vi vurderer 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

For å besvare overnevnte kriterier har vi sett spesifikt på om kommunen har et system for å bedre kvaliteten i tjenestene, håndtering av pasientinformasjon, kvalitetssystem, avvikssystem og medisinbehandling.

¹² Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

¹³ Forskrift ledelse i helse- og omsorgstjenesten

3.2 Data

Samfunnsdelen i kommuneplanen for 2017-2029 inneholder tre overordnede mål; bærekraftig kommune, helsefremmende lokalsamfunn og attraktiv bostedskommune. Målet er at kommunens eldre skal føle seg sikre på å få nødvendige tjenester og samtidig få hjelp til å oppleve aktivitet og samvær, kultur og natur, selv når helsa svikter. Det skal legges til rette for at eldre kan oppleve å være en ressurs og bidra slik de ønsker. Kommunen skal ha økt fokus på hjemmebaserte tjenester og legge til rette for at flest mulig kan bo hjemme og klare seg selv i hverdagen.

Det er startet et arbeid knyttet til den nye personvernforordningen (GDPR) hvor ROS-analyse er sentralt. Det er nedsatt en egen gruppe av ansatte for dette arbeidet. Gruppen som jobber med behandlinger vedrørende GDPR består av merkantil, avdelingsledere og enhetsleder.

Enhetsleder pleie og omsorg har arbeidet med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten siden september i 2017. Det har vært gjennomført et nettverkssamarbeid hvor flere kommuner deltar (Sømna og Bindal). Målsettingen for arbeidet var at kommunen skal forholde seg til nye krav i kvalitetsforskriften.

Sømna kommune har et kvalitetsutvalg som har som hovedoppgave å bistå rådmannen på overordnet nivå i forebyggende og kvalitetsfremmende arbeid. Innenfor hvert virksomhetsområde er det opprettet kvalitetsgrupper som skal ivareta behovet for koordinering av kvalitetsarbeidet. Avdelingslederne på sykehjemmet og hjemmetjenesten er med i kvalitetsgruppa sammen med verneombud og to ansatte til. Kvalitetsgruppa har månedlige møter og skal blant annet sikre at kvalitetssystem og kvalitetsarbeid holder mål. Videre skal kvalitetsgruppa utvikle kultur for kvalitetsarbeid.

Ved sykehjemmet har de har visjoner om innovasjon og nytenking, men ikke noe konkret på brukernivået og det er ikke skriftliggjort. Avdelingsleder sykehjemmet uttrykker seg slik om sin egen visjon om tjenestekvalitet: De skal gi en så god tjeneste ved sykehjemmet at hun selv vil bo her som gammel. Avdelingsleder sykehjemmet mener de klarer å tilby mange nok, og gode nok plasser til pasientenes behov.

Ifølge avdelingslederne er det ikke mange klager. De siste årene har kommunen hatt fire klager på tildeling av tjenester sendt til fylkesmannen. To som omfatter tildeling av støttekontakttimer, og to som gjelder tildeling av sykehjemsplass.

Det har ikke forekommet klager på tjenestens innhold. Dersom det kommer inn klager, tar kommunen et møte med den som klager. Ved manglende tillit forsøker de å gjøre noe med det. Det er for eksempel en pårørende som ukentlig får utskrift fra journalen. Avdelingsleder

sier at det skal være kort vei fra pårørende til avdelingsleder, hvis noen vil klage og opplever generelt at de har god dialog med pasienter og pårørende.

Kommunen har ikke foretatt bruker- og pårørendeundersøkelser de senere år. Det som fins er av eldre dato (2011) og kan ikke brukes som grunnlag for kvalitetsarbeid i dag.

3.2.1 Forbedringsprosjektet

Helse og omsorg i Sømna kommune har gjennomført kurs om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. Det er gjort ved innleie av et eksternt firma, Proagenda. Alle avdelingsledere i helse og omsorg, gruppeledere, og medlemmer av kvalitetsutvalg deltok i dette arbeidet. Kurset gikk over et halvt år med 5 samlinger, to dager hver gang. I tillegg til kurset ble alle ansatte innkalt til personalmøte for å lære om kvalitetsforskriften og pålegg om kontinuerlig kvalitetsforbedring. Prosjektet ble avsluttet i 2018, og omhandlet metoder for å kvalitetssikre virksomheten.

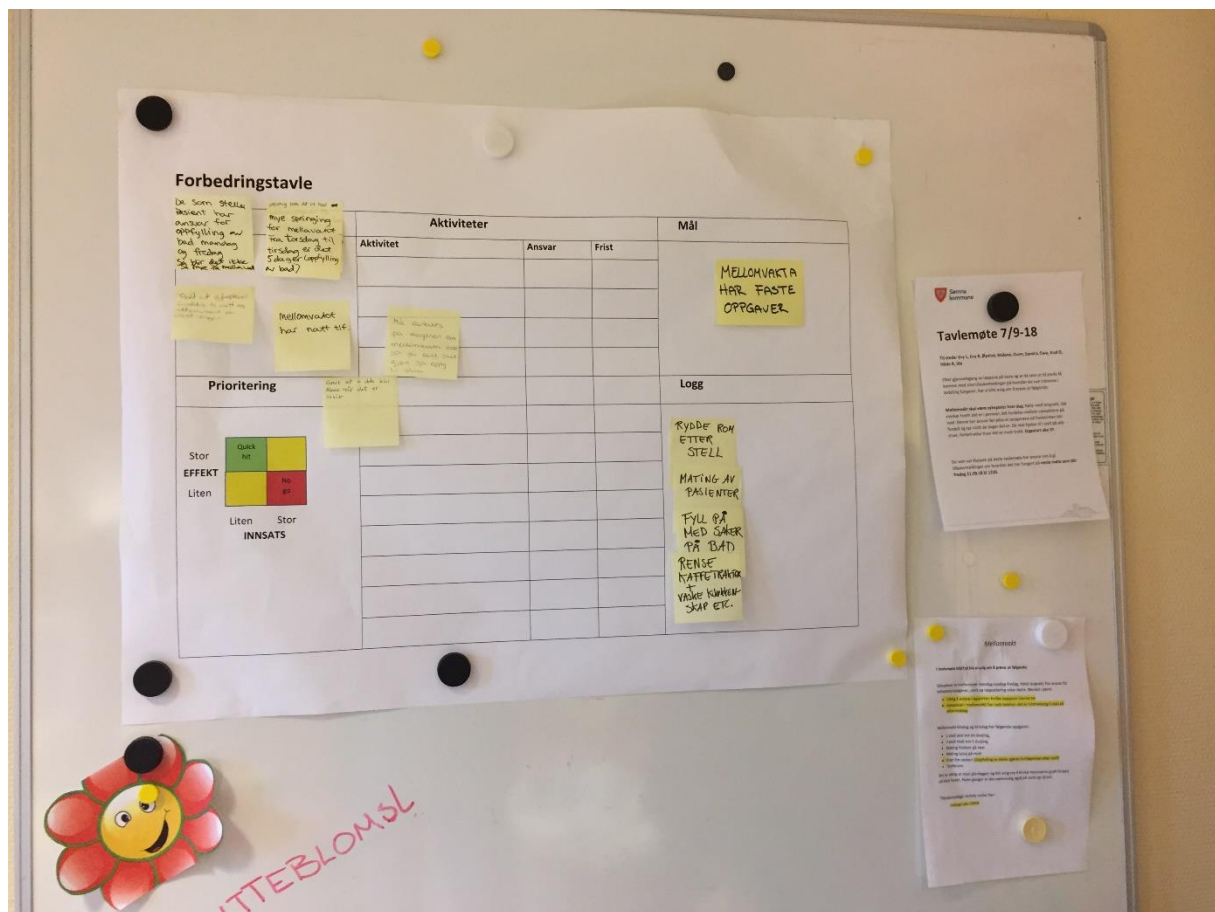
Figur 2 Eksempel på arbeidsmetodikk i forbedringsprosjektet



Kilde: Pro Agenda

For å videreføre prosessen etter at prosjektet om kvalitetsforbedring var avsluttet, ble det ved sykehjemmet innført en arena for å møtes som blir kalt «tavlemøter». Tavlemøtene er møter hvor alle ansatte har mulighet til å komme med innspill til tema. Basert på ideer fra tavlemøtene, kan leder og ansatte for eksempel umiddelbart bestemme at man forbedrer en praksis eller rutine. Forbedringstavla er verktøyet som lederne skal bruke sammen med sine ansatte for at de alle skal kunne bidra til å holde fokus på det som er viktig, og for å øke kvaliteten i tjenestene.

Figur 3 Eksempel på bruk av forbedringstavle



Kilde: Revisjon Midt-Norge

Eksempel på hvordan tavlemøtene fungerer:

På tavlemøtet plukkes én ide som alle ansatte jobber med til neste tavlemøte: Hvordan skal utfordringen løses? Alle leverer forslag til forbedringer. I påfølgende møte blir personalet enig i hva som skal forbedres og hvordan det skal gjøres. Avdelingslederen ved sykehjemmet synes de har fått godt utbytte av prosjektet.

En av utfordringene som har vært løst med bruk av tavlemøte er arbeidsfordeling i avdeling. Det er spesielt én vakt som er tung og lite attraktiv og som har ført til litt konflikt rundt fordelingen av denne vakten på de ulike stuene. Dette er løst nå ved at tavlemøter kom fram til at sykepleier som har denne vakta, er «frikjøpt» fra andre oppgaver.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten sier at også deres enhet til en viss grad har hatt utbytte av kvalitetsforbedringsprosjektet. Det er i hjemmetjenesten mye fokus på å få rullet over mest mulig og å være effektiv, og kurset har ført til en nødvendig bevisstgjøring på kvalitet. For å sikre seg at tjenestene er av tilfredsstillende kvalitet, er avdelingsleder i hjemmetjenesten med på alle rapportmøter, og plukker på den måten opp signaler fra ansatte. Basert på dette

utarbeider avdelingslederen vedtak, som igjen munnar ut i tiltak. Avdelingslederen lager også arbeidsplan, og er den som tar imot eventuelle klager som kommer inn.

3.2.2 Kvalitetssystem

Kommunen bruker kvalitetssystemet Compilo. Virksomhetens mål og visjoner ligger som dokumenter i kvalitetssystemet. Enhetsleder forventer at ansatte er kjent med oppgaver, roller og ansvar, dette gjennom opplæringsplan og eksterne kurs/internundervisning. Videre gjennomføres det faste arbeidsmøter, personalmøter etc. for å gi generell info om enhetens mål og oppgaver.

En egen kvalitetsgruppe innen pleie og omsorg har hatt fokus på å etablere interne rutiner som er lagt til kvalitetssystemet. Dette har gitt gode resultater etter enhetsleder pleie og omsorg sin oppfatning. Ansatte har tilgang til rutinene i kvalitetssystemet. Avdelingsleder ved sykehjemmet er av den oppfatning at de ansatte kjenner bruken av Compilo, men sier samtidig at det kan være et forbedringspotensial i det å lese rutinene. Det er leseplikt på rutiner for å melde avvik, og det er en leseliste over alle dokumenter som ansatte har plikt til å gå igjennom.

En del ansatte i hjemmetjenesten synes Compilo er et vanskelig system å bruke, og vanskelig å navigere i. Mange ansatte skriver kun avvik, og bruker ikke dokumentdelen. Det er en del dokumenter i Compilo som de ansatte burde lest, men dette blir ifølge avdelingslederen ikke gjort. Viktig informasjon tas opp i regelmessige personalmøter, og opplyses om på en intern Facebook-side eller henges opp på oppslagstavle. Utover det er det ikke andre alternativer for å spre informasjon i kvalitetssystemet. Noe informasjon deles muntlig.

Enhetslederen sier at avvik innen pleie og omsorg meldes av ansatte via kvalitetssystemet. Avvikene følges deretter opp av avdelingsleder, og hvis de ikke lukkes får enhetsleder beskjed, så eventuelt tilslutt rådmannen. Det er også en rapportering av alvorlige avvik til kommunens arbeidsutvalg (dette gjelder spesielt HMS-avvik). Det skjer at avvik av og til kommer avdelingsleder for øre gjennom uformelle kanaler, og ikke via Compilo.

3.2.3 Pasientjournalssystem

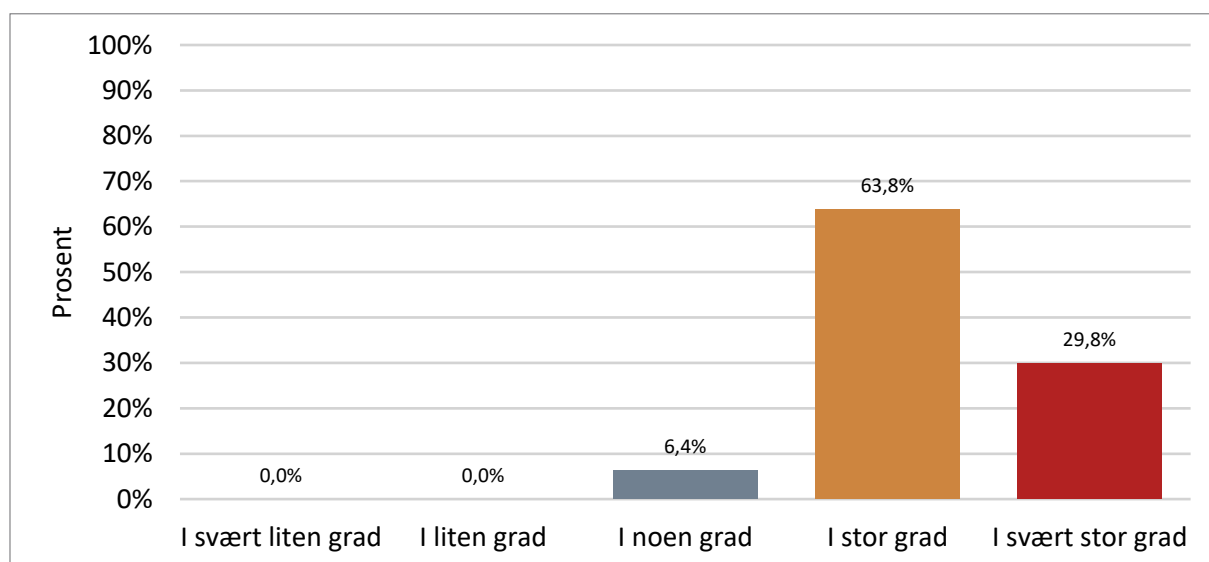
Gerica blir brukt som pasientjournalssystem i Sømna kommune. Fremdeles er noe av dokumentasjonen i papir. Dette skannes inn i systemet til den enkelte bruker.

I pasientjournalssystemet Gerica ligger det oppdaterte prosedyrer. I tillegg til at det ligger prosedyrer i Gerica har kommunen VAR, som er en nettbasert kunnskapsbank med oppdaterte prosedyrer på de aller fleste sykepleiefaglige områder. Disse to systemene kommuniserer.

For å gjøre hovedoppgavene i arbeidet kjent for de ansatte skal det gjennomføres kardexmøter/pasientmøter og legemøte hver onsdag. Tiltaksplanene i Gerica oppdateres ut fra hva man blir enige om i møtene. Internmeldinger på Gerica brukes for å nå ut til alle ansatte med viktig informasjon om pasienter og rutiner rundt dem. Gjennom dette prøver de å sikre at rutiner gjøres likt av alle ansatte. Normalt sett møter ca. halvparten av de ansatte på disse møtene.

Både avdelingslederne og de ansatte selv bekrefter at de dokumenterer arbeidet i pasientjournalssystemet. Dokumentasjon i pasientjournal gjøres ifølge avdelingslederen i hjemmetjenestene på en god måte. I dag er Gerica kun tilgjengelig på PC fra kontoret ved Sømna omsorgssenter, ikke mobilt og ute i hjemmene til pasient. De ansatte noterer på papir når de er ute på besøk i hjemmene, og fører inn når de kommer tilbake kontoret. Dette forutsetter at de ansatte har med seg arbeidslister på hjemmebesøk og dokumenterer ut fra disse. Ansatte ved sykehjemmet oppfylder plikten sin til å dokumentere i pasientjournalssystemet, men avdelingslederen sier at det likevel ved anledninger har blitt begått feil, og at det da meldes det som avvik. De ansatte ved sykehjemmet har PC på hver sin stue, samt på vaktrom og medisinrom.

Figur 4 Ansattundersøkelse: dokumentasjonsplikt



N: 47

Helsepersonell har en generell plikt til å dokumentere sin virksomhet (dokumentasjonsplikten).

Samtlige ansatte oppgir å kjenne til avvikssystemet i virksomheten, og 85 prosent oppgir å være trygge på hvilke hendelser som skal meldes som avvik. 71 prosent oppgir å ha meldt avvik de siste 12 måneder.

3.2.4 Medisinhandling

Avdelingsleder opplyser at det våren 2016 ble gjort en vurdering og en ROS-analyse på bruk av tid til håndtering/opplegg av dosetter med legemidler, og konkluderte med at man var ekstra sårbar i forbindelse ferieavvikling. Det ble derfor startet opp med Multidose¹⁴. Innføring av Multidose var et tiltak for å redusere avvik innen medisinhandling, og er en ordning der apoteket leverer ferdig opplagte medisinpakker for hver dose pasienten skal ha. Ved å bruke Multidose sparer arbeidsplassen tid på arbeid med opplegg av dosett, og kompenserer for at det ikke alltid er tilstrekkelig kompetanse til å få det gjort i henhold til retningslinjer (eksempelvis dobbeltkontroll). Medisindosetter ble tidligere ofte lagt opp og sjekket av to forskjellige sykepleiere, hver for seg. Dette var avvik ifølge oppsatt prosedyre. Det skal være to som legger opp og sjekker dosettene sammen. Multidose gir en merkostnad, men har ført til mindre medikamentavvik.

Det er ikke gjort ROS-analyse på medisinhandling slik denne praktiseres pr. høst 2018.

Sykehjemmet har egen tilsynslege. Tilsynslegen kommer på visitt to timer mandag, onsdag og fredag. Det gjøres legemiddelgjennomgang hos alle brukere én gang i året. Tilsynslegen har det overordnede medisinske ansvaret, og snakker med pårørende når det er ønskelig.

Det er et eget medisinrom for bruk til arbeid med utdeling av medisiner. Medisinrommet har kodelås med kort og kode, og bare sykepleiere har tilgang. Utdeling av medisiner skjer bare av personell med fullmakt eller sertifisering gitt av virksomhetsleder. Fullmakt gis til helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere etter bestått eksamen på nettbasert kurs, samt praksis sammen med sykepleier. Sykepleiere sertifiseres på samme måte. Alle må lese og sette seg inn i retningslinjene som ligger i kvalitetssystemet.

Sykehjemmet registrerer/fører forøvrig regnskap med A- og B-medisinpreparater. Kasserte medisiner sendes tilbake til apotek for destruksjon.

Noe medisiner oppbevares hos kommunen på vegne av hjemmeboende pasienter. Dette skjer enten på oppfordring fra lege, på bakgrunn av ønske fra pasient eller etter erfaring som tilsier

¹⁴ 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.

at det ikke er forsvarlig at pasienten har sine medisiner selv. For disse pasientene oppbevarer hjemmesykepleien medisiner på eget medisinrom på Sømna Omsorgssenter. Det signeres en egen fullmakt for oppbevaring av legemidler av pasienten og representant for hjemmesykepleien. Denne oppbevares av avdelingsleder. Hver pasient har sine medisiner avskilt fra andres. Det legges opp ukesdosetter som leveres ut hver mandag. Hjemmesykepleien sørger for medisinbestillinger fra apotek og holder medisinlistene à jour etter møte med lege og mottak av epikriser fra sykehus.

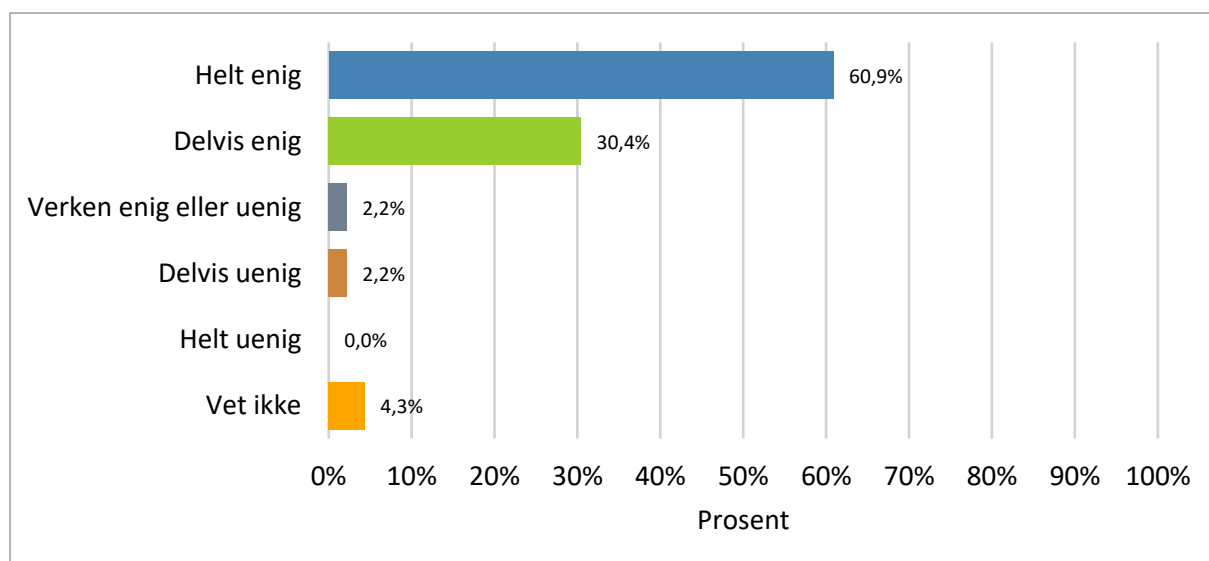
Tjenesten har egne medikamenthåndteringsrutiner som er delt ut til alle ansatte. Alle i hjemmesykepleien skal ha kurs i medikamenthåndtering.

Sist det ble gjennomført farmasøytisk tilsyn var i 2011. Det ble gjennomført av sykehusfarmasøyt. Siden dette har apoteket overtatt tilsynene. Det er nå en mer administrativ gjennomgang som ikke går så i dybden som før. Som nevnt forekommer det avvik i medikamenthåndteringen. En stor andel av dette må regnes som menneskelige feil ved at enkeltdoser ikke blir levert, eller at multidoser og medisinoversikter ikke blir oppdatert for nok.

Det har tidligere skjedd at det har forsvunnet medisiner, men dette ble oppdaget og saken ble tatt hånd om og avsluttet. Hendelsen skjedde hjemme hos en pasient, noe som har ført til stor bevisstgjøring i forhold til medikamenthåndteringen i hjemmesykepleien.

I revisors spørreundersøkelse blant ansatte svarer ca. 61 prosent av de ansatte «helt enig» på at legemidler oppbevares på en forsvarlig måte. Ca. 30 prosent svarer «delvis enig» på spørsmålet (se figur 5). Medisinhåndtering vurderes av de ansatte til å være det området på arbeidsplassen hvor det er størst risiko for avvik.

Figur 5 «Legemidler oppbevares på en forsvarlig måte»



N: 46

Innen pleie og omsorg er de fleste av avvikene knyttet til håndtering av medisin. Det har forekommet alvorlige avvik innen medisinutdeling i kommunen. Siste tilsyn/revisjon ble gjennomført av farmasøyt og det er noen år siden. Sykehjemmet hadde også kurs og rutinegjennomgang med farmasøyt fra apoteket i 2013. Sykehjemmet har ikke hatt tilsyn fra fylkesmannen.

Revisjonens spørreundersøkelse til de ansatte inneholdt et spørsmål om feilmedisinering, men spørsmålet var ikke avgrenset i tid, slik at svarene ikke kan brukes som faktagrunnlag. Enhetsleder har likevel fått referert tallene fra ansattundersøkelsen, og sier i en epost at i hjemmetjenesten er det registrert 10 avvik på feilmedisinering siden 2013, og at sykehjemmet har 9 registrerte avvik siden 2012. Enhetsleder opplyser videre at det ved medisinutdeling først gjennomføres kontroll når medisin legges frem i dosett. Deretter gjøres ny kontroll av den ansatte som gir medisinen til pasient.

Svarene fra de ansatte indikerer at det ikke alltid er personell med rett kompetanse som deler ut medisin.

3.3 Vurdering

Forbedringsprosjektet og den aktive oppfølgingen av dette i ettertid, med kort veg fra idé til forbedring synes å ha vært et vellykket grep for å heve kvaliteten i tjenesten, spesielt ved sykehjemmet.

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.

Kommunen har relativt stort fokus på kvalitetsforbedring, og avviksbehandling blir brukt aktivt for kvalitetsforbedring. Revisor vurderer kommunen til å gjøre et tilfredsstillende systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i kommunen. Det kan samtidig nevnes at så mange som 71 prosent av de ansatte oppgir å ha meldt avvik de siste 12 måneder. Tallet er høyt, men samsvarer med opplysninger gitt i intervju om at de ansatte er gode på å melde avvik. Det at det meldes inn et høyt antall avvik trenger ikke nødvendigvis være negativt, men heller indikere en kultur der det oppmuntres til melding av avvik.

Som nevnt i datadelen, har kommunen ikke utført ROS-analyse på medisinhåndtering slik det fungerer pr 2018. Etter revisjonens vurdering kunne dette vært nødvendig på bakgrunn av data som fremkommer i spørreundersøkelse angående ansattes vurdering av hvor det er størst risiko.

4 TJENESTENES KVALITATIVE INNHOLD FOR PASIENT

I dette kapittelet beskriver vi tjenestens kvalitative innhold for den pasientgruppen som er undersøkt.

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 tjenester¹⁵.

Med utgangspunkt i kravene i kvalitetsforskriften § 3, verdighetsgarantien § 3, og kommunens egne livsgledekriterier har vi utledet revisjonskriterier når det gjelder tjenestens kvalitative innhold for brukere¹⁶. 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. Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, skal i tillegg medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

¹⁵ Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (11/2004).

¹⁶ Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) gjelder eldre, mens kvalitetsforskriften gjelder alle brukere, inkludert psykisk utviklingshemmede i bokollektiv. Forskriftene har mange sammenfallende punkter, selv om formuleringene kan være noe ulike.

Individuell tilrettelegging av utvalgte områder:

- Trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet.
- Et variert og tilstrekkelig kosthold, med en rimelig valgfrihet når det gjelder mat, tilpasset hjelp ved måltider, samt en hyggelig ramme rundt måltidet.
- Nødvendig hjelp til personlig hygiene, herunder nødvendig tannbehandling.
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
- Et tilrettelagt tilbud for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov

4.2 Data

Data for gjeldende problemstilling er hentet fra intervju av ledere, spørreundersøkelse blant alle ansatte i eldreomsorgen, samtale med nestleder i brukerrådet, samt dokumentgjennomgang av relevante dokumenter. Først ser vi på brukermedvirkning og medbestemmelse, deretter på kvaliteten i tjenesteinnholdet til den enkelte pasient.

4.2.1 Brukermedvirkning og medbestemmelse

Brukerfaringer på systemnivå, det vil si mer systematiske undersøkelser samt møter med pårørende grupper, er ikke ivarettatt på en regelmessig måte i kommunen. Dette er gjort tidligere, ved at det er gjennomført bruker/pårørendeundersøkelser i kommunen, men disse er for gamle til å kunne brukes i dette prosjektet (2011). Lederne i pleie og omsorg ser at kommunen har et forbedringspotensial i å ha en systematisk dialog med pasient/pårørende/verge for å få mer informasjon om hvordan denne gruppen opplever kommunens tjenester. Avdelingslederne sier at de baserer seg på skjønn.

Noe systematikk i arbeidet med pasienter ligger i rutineene. Pasientene sitt første møte med pleie- og omsorgstjenesten skjer gjerne i møte med hjemmetjenestene. Vedrørende tildeling av hjemmetjenester, kommer noen pasienter rett fra sykehus og direkte inn i det kommunale omsorgssystemet. Det skjer etter henvendelse fra sykehuset. For øvrig skjer vedtak om tildeling av omsorgstjenester etter en faglig vurdering med utgangspunkt i et kartleggingsbesøk hjemme hos pasienten. Ved gradvis økning i behov hos pasienten, legges det inn søknad og denne vurderes i vedtaksteamet.

Det kan også komme bekymringsmelding fra legetjenesten, for eksempel om at pasient bruker medisiner feil. Det kan medføre at det gjøres en kartlegging av vedkommende. Vedtaksteamet er operativt hele året.

Sømna kommune er liten og med oversiktlige forhold der lederne har inntrykk av at man bryr seg om hverandre. Kommunen opplever derfor at både naboer og pårørende kommer med bekymringsmeldinger om forhold der det kan være behov for bistand fra hjemmetjenesten.

Etter kartlegging og behandling i vedtaksteamet tar avdelingsleder seg av videre saksbehandling. Kartleggingen kan føre til enten vedtak om sykehjemsplass eller hjemmetjeneste.

Når pasienten ankommer omsorgssenteret er det rutinemessig en innkomstsamtale, der også pårørende kan delta. Hver pasient får en primærkontakt, som har et spesielt ansvar for å følge opp pasienten (en primærkontakt kan godt være helsefagarbeider, trenger ikke være sykepleier).

Avdelingslederen i hjemmetjenesten mener at de på generelt grunnlag kunne vært enda bedre på pasientmedvirkning. Når det er sagt gjøres det tilpasninger på bakgrunn av samtale med pasienten. Noen endringer kan også gjøres uten samråd med pasienten. Eksempelvis spørres pasienten om legen kan gjøre valg på pasientens vegne. Det kan (ved behov) være møter med pasient, pårørende og tjenesten. Medbestemmelse på individnivå foregår løpende. For eksempel velger pasientene døgnrytme selv.

Ved sykehjemmet er det avdelingslederne/gruppeledere som har ansvar for kontakt med pårørende/verge for pasienter på egen avdeling i det daglige arbeidet, slik at dialogen på individnivå også her er ivaretatt løpende.

Eldrerådet, brukerutvalget og brukarmedvirkning

Eldrerådet er pasientenes talerør i kommunen. De har møter på sykehjemmet. Eldrerådet velger dessuten representanter til brukerutvalget, som har til oppgave å dra rundt og snakke med pasienter på sykehjem og i hjemmetjenesten. Det er ikke faste møter mellom brukerutvalget og sykehjemmet / hjemmetjenesten i Sømna. Henvendelser fra brukerutvalget angående kvaliteten på tjenestene gjøres derfor ved behov. Eldrerådet og brukerutvalget opplever at dialogen med kommunen er god. Brukerutvalget kan komme med innspill til hvordan hverdagen kan forbedres for pasientene. Noen ganger iverksetter kommunen tiltak på grunnlag av innspillene og noen ganger ikke, men eldrerådet og brukerutvalget blir alltid lyttet til.

Alle klager på kritikkverdige forhold blir tatt opp i eldrerådet, hvor blant annet ordfører deltar. Eldrerådet har møter fire til fem ganger i året, i forkant av møter i kommunestyret. Ledelsen innen helse og omsorg kan komme og orientere i eldrerådet dersom behov.

Nestleder eldrerådet tror det ville vært en god ordning dersom det rutinemessig ble arrangert møter til faste tidspunkter mellom brukerutvalget og sykehjemmet/hjemmetjenesten. Da kan kommunen orientere om for eksempel planlagte endringer i organisering, som medfører endringer for pasientene.

4.2.2 Individuell tilrettelegging av utvalgte områder

Trygghet og forutsigbarhet

Tjenester tildeles etter søknad. Tildeling av tjenester foregår ved at vedtaksteamet fordeler plasser. Leder for pleie og omsorg, leder for sykehjem, leder for hjemmetjenesten og leder for miljøtjenesten, deltar i teamet. Det er ukentlige møter og kort behandlingstid for tildeling av de fleste tjenester.

Hjemmetjenesten tilbyr fast hjemmehjelp til sine hjemmehjelpsmottakere. Det er kun i ferier og ved sykdom dette fravikes. Hjemmesykepleien har primærkontakter til sine pasienter. Dette betyr at både pasient og pårørende har en ansatt som er ekstra godt kjent med dem og deres situasjon og har spesielt ansvar for å følge opp denne. En vanlig hyppighet på hjemmehjelp er to timer hver andre uke, men behovet og hjelpen tilpasses til pasienten. Noen har flere timer, andre har mindre. Etter avdelingsleders oppfatning ytes det et større omfang av hjemmehjelp enn i mange andre kommuner. Det gjøres forøvrig ikke oppsøkende arbeid i forhold til kartlegging av eldre og potensielle pasienters behov. Pasienter med begynnende demenssykdommer fanges opp ved henvendelse fra pårørende, lege eller hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten har et eget tilbud med hverdagsrehabilitering til hjemmeboende. Teamet er tverrfaglig sammensatt og er underlagt hjemmesykepleien.

Avdelingsleder ved sykehjemmet er av den oppfatning at pasientene føler seg trygge. Likevel er det en del pasienter som helst ville vært på omsorgssenteret lengre enn det tilbudet de får.

Representanten fra brukerutvalget opplever også at pasientene stort sett har det bra. Det finnes forbedringspotensialer, men dette gjelder ikke alvorlige forhold. I Sømna, som i andre kommuner, mener dessuten brukerutvalget at det hadde vært en fordel om hjemmetjenesten hadde bedre tid når de er hos pasientene. Flere av de eldre trenger tid til å «områ» seg, og rekker ikke å uttale behovene de har i løpet av korte besøk. Nestlederen i brukerrådet sier at

det for øvrig er en utfordring at mange av pasientene tilhører en generasjon der enkelte har en høy barriere mot å klage på tjenester fra det offentlige, i frykt for at det kan bli brukt mot dem.

Ernæring:

Sykehjemmet har eget kjøkken med kokk, som er kjøkkensjef. I tillegg 2 kjøkkenmedarbeidere i 50 prosent stilling, kokk i 75 prosent og en kokkelærling.

Kjøkkenet ved sykehjemmet serverer mat til pasienter i sykehjemmet og hjemmetjenesten. Det leveres ut ca. 60 middager per dag, samt andre måltid. I tillegg til middagen som er klokken tre om ettermiddagen serveres det varm lunsj tidligere på dagen. Ellers er det kontinuerlig tilbud om mat. Suppe for de som vil ha på kveldstid. Ved ankomst av nye langtidspasienter har kokken en samtale med dem og spør hva slags mat de liker. Pasientene har muligheter for matvalg. Dette matvalget innebærer i praksis at det i utgangspunktet er én rett som serveres til middag, men at pasienten kan få noe annet på forespørsel.

Figur 6 Middagsmat fra menyen på sykehjemmet



Ernæringsplan er utarbeidet i samarbeid med kokken. Pasientene veies hver måned, og de som vurderes å være i risikogruppe, veies oftere. For å dokumentere at pasientene får nok næring, opplyser avdelingsleder at de benytter et skjema fra kostholdsveileder. Da ser man

om pasienten er i faresonen. Dersom en pasient er i faresonen, lages en tiltaksplan i pasientjournalssystemet Gerica. For eksempel kan pasienten få beriket mat med proteinpulver. Det er også mulig å få ønskekost for de som trenger det.

Det er startet et ernæringsprosjekt innen pleie og omsorg som omfatter kartlegging og system for ernæring. Det skal etableres en kontakt med hver enkelt pasient i forhold til matønsker. Det serveres ifølge enhetsleder pleie og omsorg variert mat, og sykehjemmet følger opp sentrale retningslinjer knyttet til ernæring. Det er fast oppsatt en meny knyttet til årstider, men ved allergier/spesialkost/ønskekost tilbys dette.

Hjemmeboende pasienter kartlegges ernæringsmessig dersom det for eksempel kommer en bekymringsmelding fra lege om at en pasient ikke spiser tilstrekkelig. En diabetessykepleier gir veiledning om kosthold dersom det er slike behov. Noen hjemmeboende pasienter kan få mat levert på døra. Hos demente kan det være dårlig stilt med kostholdet hjemme, og dersom de ikke er i stand til å lage mat selv bidrar hjemmetjenesten ved for eksempel å kjøpe inn mat og kaste gammel mat. For å følge med ernæringsmessig utvikling gjøres det månedlig veiing av de som har tilbud om hjelp til dusjing.

Hygiene

Pasientene ved sykehjemmet har tilbud om å dusje én gang i uka, noen får dusje oftere. De som ikke vil, får slippe å dusje så ofte. Noen pasienter må overtales.

Det kommer tannpleier én gang i året som sjekker tannstatus på alle pasienter. Tjenesten har også intern opplæring på personalet innen tannstell. Det gjøres tannpuss morgen og kveld. Kommunen bestiller tannlege til de som trenger.

Sosiale behov

Aktivitørene gir et sosialt tilbud for de som bor hjemme og i bofelleskap, og kommer i tillegg og deltar på arrangement på omsorgssenteret. Det arrangeres fredagskafé for alle pasienter. Aktivitørene prøver å være bevisst på å få med de som er ensomme. Det er ikke et organisert tilbud om transport til arrangement på omsorgssenteret, for pasienter som bor hjemme. Dette gjøres derfor ved behov.

For å sikre felleskap på omsorgssenteret, er det fellesstuer for beboerne hvor personalet har hyggestunder, musikk og aktiviteter. Det er også arbeidsstue med bingo, lesestund, trim og andakt. Det arrangeres fest i regi av «fredagskaffens venner» en gang i måneden. Frivillige

kommer med handlevogn to ganger i måneden. I tillegg kommer frelsesarmeen, pinsevenner og lignende jevnlig for å holde andakter. Det er også reisende i salg som kommer med butikk til avdeling, her selges klær sko og lignende. Andre tilbud er sansehage for bruk om sommeren og til sysselsetting, for eksempel brukes den til snømåking om vinteren. De fleste kalenderdager markeres. Det blir leid inn trillehjelp om somrene (ungdom i arbeid), og elever fra ungdomsskole (omsorg for andre) som bruker velværommet til frisering, manikyr og pedikyr. Videre kommer frisør og fotpleier jevnlig til pasienter som ikke er i stand til å komme seg ut. Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser for øvrig at det er veldig få pasienter som ligger på rommet passivt hele dagen. I så tilfelle må de være syke, eller være helt på slutten av livet. Da er det alltid fastvakter eller pårørende tilstede.

Nestleder i brukerrådet sier imidlertid at det er enkelte klager som går på at det er mye alenetid og lite stimuli for pasienter som er sengeliggende, og som ikke kan bruke arbeidsrommet på sykehjemmet. Avdelingslederen bekrefter at det er utfordringer, i og med at noen pasienter ved sykehjemmet er veldig syke. Det har vært en økning av svært syke etter samhandlingsreformen. Nå er det flere pasienter enn før, som ikke vil eller evner å være spesielt fysisk aktive. utfordringen blir da å finne en individuell tilpasning til denne pasientgruppen.

Ved å tiltrekke seg dyktige ressurser gjøres hverdagen bedre for pasientene. Omsorgssenteret er gode på å ta imot kandidater fra NAV som får praksis. Dette frigjør ressurser på omsorgssenteret, og pasientene får gjort mer av lystbetonte fritidsaktiviteter.

Ifølge avdelingslederne er det godt samarbeid med frivilligheten i kommunen. Flere organisasjoner er delaktige i dette.

Tilrettelagt tilbud for demente:

Kommunen har egen tilrettelagt bolig for mennesker med kognitiv svikt – Solkroken. Boligen består av 5 omsorgsleiligheter med lyst og trivelig fellesareal. Det er egen aktivtør i prosjekt tilsvarende 50 % stilling som jobber med både felles aktiviteter og individuelle tilrettelagte aktiviteter. Fellesarealet i boligen benyttes som dagtilbud for demente. 6-7 pasienter benytter i gjennomsnitt dette tilbudet. Det serveres felles måltider 5 dager i uken. I tillegg er det samarbeid med frivillige som bistår med vaffeltreff og sosiale tilstelninger. Kulturskolen har jevnlig musikkstunder og kulturelle innslag.

Det er etablert et eget demensteam i kommunen med egen koordinator. Det er videre utarbeidet et informasjonshefte som deles ut etter behov. Nye pasienter fanges opp ved

henvendelse fra pårørende, lege eller hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten er representert i demensteamet. Teamet tar imot bekymringsmeldinger og diskuterer konkrete saker.

For øvrig ivaretas pasienter med demenssykdom gjennom det ordinære sykehjemstilbudet når sykdommen er kommet så langt at pasienten trenger institusjonsplass. Se beskrivelse i kap.1.6.

Sømna kommune har ikke egen demensplan.

4.3 Vurdering

Det foregår en viss grad av brukermedvirkning i sykehjem og hjemmetjeneste. Revisors vurdering er at det gjøres et godt kartleggingsarbeid og at rutinemessige ankomstsamtaler er viktig i denne sammenheng. Imidlertid har det ikke vært gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelse av nyere dato, og brukermedvirkning i de daglige tjenestene skjer ikke på en systematisk måte. Revisor kan ikke se at kommunen har faste møter per år med pårørende i sykehjemmet og hjemmetjenesten. Dialog med pårørende om den daglige omsorgen som ytes kunne vært noe bedre. Det er revisors vurdering at kommunen mangler en systematisk håndtering knyttet til brukere og pårørendes erfaringer med tjenestene for styring av virksomheten, noe det er gitte krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (§ 6-9).

Det er en utfordring at mange av pasientene tilhører en generasjon der enkelte ikke tør å klage på det offentlige, i frykt for at det kan bli brukt mot dem, jf kommentaren fra nestlederen i elderrådet. Det er derfor ekstra viktig med gode rutiner for brukermedvirkning.

Når det gjelder det kvalitative innholdet i tjenestene i form av ulike krav om individuell tilrettelegging, og tilbud til demente, har revisor inntrykk av at det aller meste er tilfredsstillende ivaretatt. Kommunen bør allikevel utarbeide en demensplan slik at en sikrer planmessig ivaretagelse av alle innenfor spekteret av demenssykdommer.

5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

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.

Revisjonen anbefaler at kommunen bør rette oppmerksomhet mot følgende i det videre arbeidet:

- Sikre at personell med rett kompetanse er tilstede på jobb, spesielt i helg, ferie og ved uforutsett fravær
- Innføre rutiner for systematisk gjennomføring av bruker/pasientmedvirkning
- Gjennomføre ROS-analyse innen medisinbehandling
- Utarbeide demensplan

6 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmann i Sømna kommune 15.04.19. Rådmannen ønsket høringsmøte som et alternativ til å sende høringsbrev, jf. referat fra oppstartsmøtet.

Høringsmøtet ble avviklet 24.04.19 med rådmann og enhetsleder pleie og omsorg til stede. Revisor bearbeidet rapporten underveis i møtet, og korrigererte faktafeil og mangler. I ettertid er det tatt inn ytterligere faktaopplysninger tilsendt på epost, i tråd med tilbakemeldingene fra rådmann. Endringene har ikke hatt betydning for de vurderinger som er gjort.

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)

Sømna kommune:

Strategisk kompetanseplan for pleie og omsorg i Sømna kommune

Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i omsorgstjenestene 2018 / 2019

Annet:

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

M Revisjon

Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no