

KVALITET I INSTITUSJONSTJENESTEN

Vega kommune

FR1177

2023



FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Vega kommunes kontrollutvalg i perioden januar 2022 til februar 2023.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig Merete M. Montero, prosjektmedarbeider Line J. Wirum, og kvalitetssikrere Tor Arne Stubbe og Mette Sandvik. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Vega kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

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.

Trondheim, 17.02.2023



Merete M. Montero

Oppdragsansvarlig revisor

¹ Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Denne rapporten oppsummerer revisors undersøkelser knyttet til institusjonstjenesten i Vega kommune. Etter kontrollutvalgets ønske har undersøkelsen besvart følgende problemstilling:

Er kvaliteten på tjenestene ved Vega syke- og aldershjem i tråd med utvalgte krav og målsettinger?

- *System for ledelse og kvalitetsforbedring*
- *Kapasitet*
- *Kompetanse*

Revisor har basert vurderingene i rapporten på skriftlig dokumentasjon og intervju med ansatte innenfor helse og omsorg. Videre er det hentet sammenligningstall fra KOSTRA.

Revisor konkluderer med at Vega kommune har tilfredsstillende kvalitetssystem for prosedyrer og journalføring. Videre konkluderer revisor med at det er svakheter når det kommer til kvalitetsforbedring ved sykehjemmet. Det er dokumentert at sykehjemmet har utført risikovurderinger, at de har system for å melde avvik og at avvik meldes. Revisor vurderer at sykehjemmet har et forbedringspotensial med hensyn til å foreta systematiske risikovurderinger.

Revisor konkluderer med at sykehjemmet har delvis tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Det er utfordrende ved fravær, både sykefravær og ledige stillinger. Kommunen har gjort en grundig jobb med å undersøke disse utfordringene, ved utarbeidelse av kompetanseplan og kartlegging. Kommunen står i samme situasjon som mange kommuner i Norge, og har problemer med å rekruttere nødvendig kompetanse innenfor helse- og omsorg.

Sykehjemmet har oversikt over de ansattes kompetanse, og har også en overordnet oversikt over hvilken kompetanse som det er behov for. Sykehjemmet gir tilbud om videre- og etterutdanning til de ansatte, samt kurs.

Kommunen må sikre fortsatt fokus på heltidskultur, samtidig som man må vektlegge de ansattes ønsker når det kommer til stillingsstørrelse og utarbeidelse av turnus.

Sykehjemmet har relativt sett høyt sykefravær, og må sikre fortsatt fokus på tilstrekkelig og hensiktsmessig utnyttelse av kompetanse på jobb ved fravær.

Revisor anbefaler ledelsen ved Vega syke- og aldershjem å følge opp følgende:

- Sørge for systematiske risikovurderinger
- Vurdere elektroniske system for prosesser som foregår på papir

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling	7
1.2 Problemstillinger.....	7
1.3 Om kvalitet	7
1.4 Metode	8
1.4.1 Samlet vurdering av datagrunnlag og metode	10
1.5 Organisering av kommunens tjenester for eldre	10
2 System for ledelse og kvalitetsforbedring	12
2.1 Problemstilling	12
2.2 Revisjonskriterier	12
2.3 Internkontroll.....	12
2.3.1 Tilgjengelige og oppdaterte prosedyrer	12
2.3.2 Risiko – og sårbarhetsanalyser	14
2.3.3 Avvikssystem	14
2.4 Vurdering.....	15
3 Kapasitet	17
3.1 Problemstilling	17
3.2 Revisjonskriterier	17
3.3 Kapasitet	17
3.3.1 Bemanning.....	18
3.3.2 Bemanning ved fravær.....	21
3.3.3 Fleksibilitet i bruk av personalressursene.....	22
3.3.4 Stillingsstørrelser	22
3.4 Vurdering.....	23
4 Kompetanse	25
4.1 Problemstilling	25
4.2 Revisjonskriterier	25
4.3 Kompetanse	25
4.3.1 Fagkompetanse	26
4.3.2 Kompetansehevede tiltak.....	28
4.4 Vurdering.....	29
5 Høring	31
6 Konklusjoner og anbefalinger	32
6.1 Konklusjon.....	32
6.2 Anbefalinger	32

Kilder	33
Vedlegg 1 – Utleddning av revisjonskriterier	34
System for ledelse og kvalitetsforbedring	34
Kapasitet og kompetanse	37
Vedlegg 2 – Høringssvar	40

Tabell

Tabell 1. Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	19
Tabell 2. Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr)	19
Tabell 3. Årsverk helse og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere (årsverk)	19
Tabell 4. Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	20
Tabell 5. Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	20
Tabell 6. Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	20
Tabell 7. Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	21
Tabell 8. Oversikt over sykefravær	21
Tabell 9. Oversikt over stillingsstørrelser ved sykehjemmet	23
Tabell 10. Omsorgstjenestene - avtalte årsverk	28

Figurer

Figur 1. Organisasjonskart Vega syke – og aldershjem	10
--	----

1 INNLEDNING

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

1.1 Bestilling

Med bakgrunn i gjeldende plan for forvaltningsrevisjon, har kontrollutvalget i Vega kommune bestilt en forvaltningsrevisjon med tema kvalitet i eldreomsorgen. Kontrollutvalget vedtok den 01.06.2021, sak 05/2021 en prosjektplan der fokus i forvaltningsrevisjonen er på system for ledelse og kvalitetsforbedring, kapasitet og kompetanse.

Prosjektet er avgrenset til Vega syke- og aldershjem, institusjonsavdelingene.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstilling vil bli besvart i rapporten:

Er kvaliteten på tjenestene ved Vega syke- og aldershjem i tråd med utvalgte krav og målsettinger?

- System for ledelse og kvalitetsforbedring
- Kapasitet
- Kompetanse

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.

Kravene til kvalitet 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.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, også kalt Kvalitetsforskriften⁴. Forskriften skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften er utgangspunktet for forvaltningsrevisjonen av

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

⁴ 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)

institusjonstjenesten i Vega kommune. I tillegg vil tjenesten måles opp mot forskrift om en verdig eldreomsorg, kjent som Verdighetsgarantien, og relevante veiledere på området.

Kvalitet kan defineres som «(...) helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov»⁵. Ifølge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper.

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 tjenester⁶ og dette gjør at det kan være vanskelig å måle hva som er god kvalitet på tjenestene. Likevel vil forskriftenes krav og brukervedvirkning til sammen kunne gi gode indikasjoner på kvaliteten innen eldreomsorgen i kommunen.

1.4 Metode

Prosjektet er gjennomført ved bruk av intervju og dokumentgjennomgang som datakilder for å besvare problemstillingen.

Det er gjennomført oppstartsmøte med kommunedirektør og enhetsleder helse og omsorg.

Intervju

Det er gjennomført intervju med følgende personer:

- Helse og omsorgsleder
- Avdelingsleder sykehjemmet
- Avdelingssykepleier for demensavdelingen

⁵ Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk Standard

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

- Rehabiliteringssykepleier
- Tillitsvalgt for Fagforbundet
- Tillitsvalgt for Norsk sykepleierforbund

Valg av intervju som metode er begrunnet ut fra behovet for dybdeinformasjon omkring punktene i problemstillingen.

Revisor laget en strukturert intervjuguide i forkant av intervjuene. Informantene har ikke fått tilsendt spørsmålene på forhånd, kun tema. For alle intervjuene er det skrevet referater som er verifisert av informantene. Rapporten benytter kun verifiserte intervjudata.

Dokumentgjennomgang

Sentrale dokumenter revisor har benyttet i prosjektet er:

- Planprogram for kommuneplanens samfunnsdel 2023-2034
- Strategisk kompetanseplan for pleie – og omsorgstjenesten i Vega kommune 2019-2023
- Gjennomgang av helse-, pleie- og omsorgstjenesten i Vega kommune, Bedriftskompetanse AS 2020
- Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Vega kommune 2021-2023
- Sykefraværstatistikk 2021 og 2022 for Vega syke- og aldershjem
- Kvalitetssystemets beskrivelse av avvikshåndtering
- Kommunens tilgang til Digipro.no

Revisor har også hentet informasjon fra KOSTRA⁷ for å sammenligne Vega kommune med andre kommuner innenfor sykehjem. Vega kommune hører til KOSTRA gruppe 14⁸. Gruppe 14 er små kommuner med lave eller middels frie disponible inntekter. Revisor legger til grunn av innrapporterte tall til KOSTRA er riktige. Informasjon fra KOSTRA er egnet til å belyse problemstillingen rundt kapasitet. Kommunen sammenligner seg selv med Sømna og Bindal, som hører under KOSTRA gruppe 15. KOSTRA gruppe 15 er små grupper med høye frie

⁷ KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet.

⁸ Landets kommuner er av SSB delt inn i KOSTRA-grupper på bakgrunn av kjennetegn ved kommunene; folketall, bundne kostnader per innbygger og frie disponible inntekter per innbygger.

disponible inntekter. Revisor har valgt å ta med disse kommunene i sammenligningen, selv om kommunene hører under en annen KOSTRA-gruppe.

1.4.1 Samlet vurdering av datagrunnlag og metode

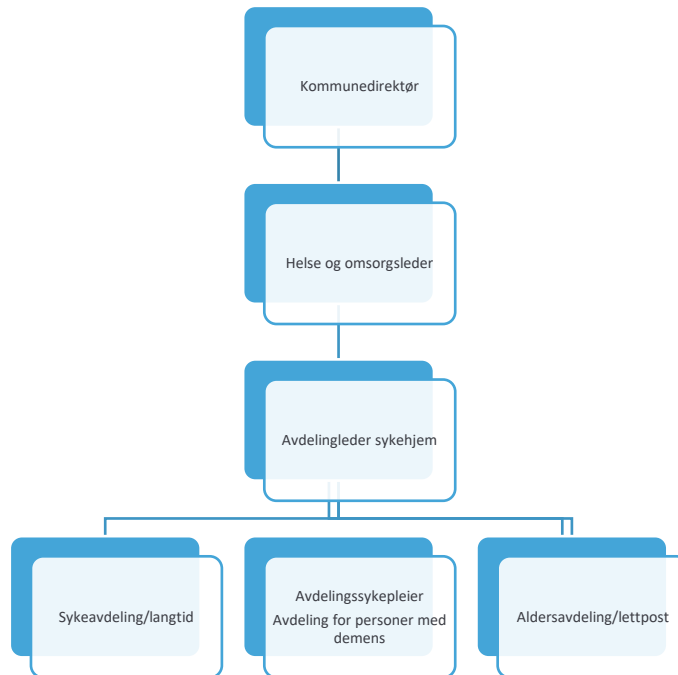
Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang i dette prosjektet gir et tilstrekkelig grunnlag til å svare på problemstillingene. Revisor finner ikke vesentlige uoverensstemmelser mellom de ulike delene av datamaterialet, og vi vurderer derfor dataenes pålitelighet som god.

1.5 Organisering av kommunens tjenester for eldre

Vega syke- og aldershjem er en del av Vega Omsorgssenter som består av legekontor, helsesøster, omsorgsboliger, alders- og sykehjemsavdeling og hjemmetjeneste.

Figuren nedenfor viser den administrative organiseringen av Vega syke- og aldershjem.

Figur 1. Organisasjonskart Vega syke – og aldershjem



Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Helse og omsorgsleder har økonomisk, administrativt og overordnet faglig ansvar for tjenesten. Avdelingsleder for sykehjemmet har faglig ansvar og personalansvar for de ansatte ved sykehjemmet. Det er en avdelingspsykepleier for demensavdelingen, som ikke har personalansvar. Hun har ansvar for den daglige drift og fagansvar for denne avdelingen. Hun ligger personalmessig under avdelingsleder.

Vega syke- og aldershjem tilbyr langtidsopphold til pasienter med døgnkontinuerlig pleiebehov. Det er 22 plasser på sykehjemmet (institusjonsplasser).

På aldersavdeling/lettpost er det pasienter som er inne på korttidsopphold, avlastning eller rehabilitering. Når det er fullt på sykeavdelingen, plasseres pasienter med langtidsopphold på lettpostavdelingen.

Alle plassene er opptatt. Det er press på plassene, og fullt hele tiden. Det blir oppgitt at alle som ønsker å komme på sykehjem, får plass.

Det er høy snittalder blant beboerne (80-90 år), og de har høyt hjelpebehov. De fleste er rullestolbrukere. Beboerne lever lenge på sykehjemmet. Ansatte opplever at pasientene har det godt, men at det er en veldig krevende jobb, både fysisk og psykisk.

Sykehjemmet har seks plasser på dementavdelingen, men det blir estimert et behov for 9-10 plasser.

Vega kommune deltar i satsingen *Leve hele livet*. *Leve hele livet* er en kvalitetsreform for eldre som handler om omfattende tiltak, for å skape mer sammenhengende tjenester. Satsingen omfatter blant annet forebygging av fall, hverdagsmestring og aktivitets- og treningsgrupper.

Intervjuinformasjon tilsier at det er godt arbeidsmiljø blant de ansatte.

2 SYSTEM FOR LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

I dette kapittelet beskriver vi systemet for ledelse og kvalitetsforbedring.

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet ledelse og kvalitetsforbedring:

Er kvaliteten på tjenestene ved Vega syke- og aldershjem i tråd med utvalgte krav og målsettinger?

- *System for ledelse og kvalitetsforbedring*

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal etablere et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte pasienten blir ivaretatt.
- Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal gjennomføre risikovurderinger.
- Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

2.3 Internkontroll

Hovedoppgaver og mål for tjenesten er beskrevet i kompetanseplan og Strategisk handlingsplan for eldreomsorg i Vega kommune 2021-2023 (Leve hele livet). Det arbeides med ny samfunnsplan, som også skal beskrive hovedoppgaver og mål.

2.3.1 Tilgjengelige og oppdaterte prosedyrer

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Kvalitetsforskriften krever at kommunen etablerer et system med skriftlig nedfelte prosedyrer for å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov.

Vega kommune har system som benyttes for å ivareta kravet til skriftlighet i prosedyresammenheng. Nedenfor gis en beskrivelse av hvilket system som er etablert.

Sykehjemmet bruker det digitale prosedyresystemet Digipro helse, der alle lover og prosedyrer er tilgjengelig. Digipro er en plattform med prosedyrer som er utviklet i samarbeid med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og er forankret i gjeldende praksis. I tillegg er veivisere og fagkurs tilgjengelig.

Digipro skal sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester:

- Kvalitetsforbedring, med e-læring og veiledere.
- Pasient og brukersikkerhet, med prosedyrer tilpasset pasientforløp og leve hele livet.
- Øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen er i fokus.

Alle ansatte har tilgang til og kjenner rutinene i Digipro. Det står oppslag på veggen og Digipro finner man også på mobiltelefon.

Sykehjemmet bruker systemet Gericas som elektronisk pasientjournal. Alle ansatte har tilgang i systemet og det benyttes PC for rapportskrivning. Det blir ikke benyttet håndholdte enheter. Dersom systemet er nede, har de backup i papirform.

Det er rutine for at man skriver rapport i Gericas på slutten av en vakt, men skriver også inn dersom de får ledig tid i løpet av vekten. Det blir bare skrevet opp det som er viktig, ikke om dagen har gått som normalt. Hvis det er alvorlige ting som må føres, venter de ikke til slutten av vekten med å føre det. Noen ansatte synes det er tungvint å skrive rapport, og andre føler seg utrygge på rapportskrivning. Det er i hovedsak tilstrekkelig tid til å skrive rapport.

Det ble under intervjuene trukket frem at det var en utfordring at PC-en ikke stod på et eget kontor, slik at det kunne være manglende arbeidsro under rapportskrivning. PC-en stod på personalrommet. Under gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen har det blitt gjort en omdisponering av rom, slik at de nå har eget rom til rapportskrivning.

I Gericas blir det skrevet liste over daglige gjøremål (tiltaksplaner) for den enkelte pasient. Det ligger også lenke til spesielle prosedyrer som skal gjøres. Tiltaksplanene er tilgjengelig på den enkelte pasients rom i papirform. Det kvitteres daglig på papir for gjennomførte prosedyrer. Alle faste pasienter har tiltaksplan, og det rapporteres på gjennomførte tiltak i Gericas. Akutt pasienter har ikke tiltaksplaner.

Ved utdeling av medisiner kvitteres det på skriftlig liste. I en dagbok (på papir) huker pleierne også av at beboere har tatt blodprøver.

Sykehjemmet har et fallregister der pasienters fall dokumenteres.

2.3.2 Risiko – og sårbarhetsanalyser

Det gjennomføres ikke systematiske risiko – og sårbarhetsanalyser (ROS) for sykehjemmet.

Siste ROS-analyse ble gjennomført i januar 2022. Den handlet om redusert bemanning, kontinuitetsplanlegging i forbindelse med Covid-19. Avdelingssykepleier utarbeidet en analyse og hadde møte med kommunelegen, kommunedirektør, avdelingssykepleierne for demens og hjemmetjeneste. De kom med innspill til analysen.

Tillitsvalgte blir i varierende grad involvert i ROS-analyser.

Helse og omsorgsleder forteller at situasjoner som oppstår blir fulgt opp. Som eksempel nevnes forslag til tiltak i budsjettet om å styrke bemanning ved demensavdelingen på grunn av situasjoner med vandrere.

Situasjonen ved demensavdelingen blir trukket frem i intervju som en situasjon som ikke er risikovurdert. Det er to timer i løpet av et døgn ansatte er alene på jobb, ved avslutning av dagvakt og begynnelsen av ettermiddagsvakt. Dette kan være utfordrende timer for de ansatte, der det kan være veldig hektisk. Ifølge informanten har det vært slikt hele tiden, og handler om økonomi. Ansatte har tatt det opp med ledelsen, men vedkommende tror ikke det kommer til å endres.

2.3.3 Avvikssystem

Kommunen bruker Compilo som avvikssystem. Dette systemet blir ikke benyttet på sykehjemmet. HMS-avvik knyttet til ansatte meldes i Digipro.

Sykehjemmet har en prosedyre for håndtering av avvik og anmerkninger, sist revidert i 1998. Prosedyren beskriver ansvar, klassifisering av avvik, registreringsskjema og henvisning til lover. I tillegg er det utformet et flytdiagram for behandling av avvik og anmerkninger.

Sykehjemmet benytter et papirskjema for melding av pasientavvik, sist revidert i 2003. Det er to kolonner som skal fylles ut, en for den ansatte som skriver avviket, og en for leder som mottar avviket.

Avviksskjemaene blir levert til avdelingsleder, som skal følge opp. Det er også et skjema for «nesten-avvik». «Nesten-avvik» er bekymringsmeldinger som ikke helt er avvik, men en tankevekker.

Pasientavvik som meldes på papir, journalføres også i den enkelte pasients journal i Gerica.

De ansatte blir oppfordret til å skrive avvik. Rutinene kan bli endret etter en avviksmelding eller gjentakende feil. Som eksempel nevnes at de nå er to ansatte som legger opp medisiner i

dosett; sykepleier og helsefagarbeider/omsorgsarbeider (med ordinerings i medikamenthåndtering). Dette ble gjort på nattvakt tidligere, men nå blir det utført på dag. Avvikene er blitt færre etter dette. Sykehjemmet har flest avvik knyttet til medisinbehandling.

Det er varierende tilbakemeldinger om at ansatte melder avvik. Noen forteller at de ansatte er gode til å melde avvik, mens andre forteller at de ikke er flinke nok.

Avdelingsleder går systematisk gjennom alle avvikene på personalmøte, for å se hva de må ha større fokus på. Sykehjemmet ser ikke økning av avvik etter at de har diskutert avvik på personalmøter. Før var de kanskje mer reserverte mot å skrive avvik fordi det var å angi en kollega, men har blitt bedre på det nå.

Spesielle avvik blir diskutert i ukentlige møte mellom helse og omsorgsleder og avdelingsleder. Det er ikke hver uke det er spesielle avvik. Helse og omsorgsleder har ikke oversikt over antall avvik.

2.4 Vurdering

Revisor har undersøkt om kommunen har etablert et skriftlig kvalitetssystem, om det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser og om det er etablert et avvikssystem.

Nedenfor vurderes innhentet informasjon opp mot revisjonskriteriene.

Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal etablere et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte pasienten blir ivaretatt.

Revisor vurderer at kravet til skriftlig kvalitetssystem er ivaretatt, og at systemet har prosedyrer som sikrer at den enkelte pasient får tilfredsstillende grunnleggende behov. Det benyttes fagprogram og journalsystem.

Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal gjennomføre risikovurderinger.

Revisor vurderer at sykehjemmet ikke har utført systematiske risiko og sårbarhetsanalyse for å få oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. Sykehjemmet har gjennomført enkelte analyser.

Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid.

Revisor vurderer at det er lagt til rette for å melde avvik på sykehjemmet, både HMS-avvik og pasientavvik. Det er en svakhet at prosedyrene for pasientavvik ikke er revidert på mange år, og at avvikshåndteringen foregår på papir.

Avdelingsleder for sykehjemmet har oversikt over og behandler avvikene.

Videre er revisors vurdering at avvik inngår i sykehjemmets arbeid med kvalitetsforbedring.

3 KAPASITET

Dette kapitlet handler om hvorvidt kommunen har tilstrekkelig kapasitet til å yte forsvarlig helsehjelp ved sykehjemmet.

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet kapasitet:

Er kvaliteten på tjenestene ved Vega syke- og aldershjem i tråd med utvalgte krav og målsettinger?

- *Kapasitet*

3.2 Revisjonskriterier

Det er benyttet følgende kilder til revisjonskriterier for temaet kapasitet:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
- Hovedavtalen

Det er utledet følgende revisjonskriterier for temaet kapasitet:

- Tjenesten må ha tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver.
- Kommunen skal utvikle heltidskultur med fokus på tjenestekvalitet.

Utledning av revisjonskriteriene er i vedlegg 1.

3.3 Kapasitet

I Vega kommunes planprogram for kommuneplanens samfunnsdel (2023-2034) står det følgende om kapasitet innenfor helse – og omsorgssektoren.

Den demografiske utviklingen vil bidra til store utfordringer for helse- og omsorgssektoren. Befolkningsframskrivingene viser at aldersgruppen som mottar mest omsorgstjenester (67 år og høyere) øker betydelig. Dette, i kombinasjon med utfordringer knyttet til rekruttering av helsepersonell, vil kreve nytenkning, eksempelvis bruk av velferdsteknologi. Velferdsteknologiske løsninger kan bli viktige, både i det helsefremmende arbeidet og som et av flere verktøy for å forebygge fall, ensomhet og kognitiv svikt.

I juli-august 2020 gjennomførte Bedriftskompetanse en spørreundersøkelse innenfor helse-, pleie- og omsorgstjenesten i Vega kommune. Spørreundersøkelsen var et ledd i en gjennomgang av tjenesten. Svarene som omhandler ressurser oppsummeres slik:

En overvekt av respondentene opplever at de ansatte har en lik/felles forståelse av tjenestene som virksomhetsområdet skal levere. Samtidig oppgir en betydelig overvekt at virksomhetsområdet ikke har tilstrekkelig med personell for å levere på sine oppgaver, med den nødvendige kvaliteten. Likeså gjelder for at det ikke finnes ledig kapasitet til å gjøre flere oppgaver. Respondentene fordeler seg jevnt over hele skalaen for påstanden om hvorvidt virksomhetsområdet har potensial for å løse sine oppgaver mer effektivt. En overvekt oppgir at virksomhetsområdet har potensial for ytterligere digitalisering/automatisering som grunnlag for bedre ressursanvendelse. Det hefter større usikkerhet rundt hvorvidt man i virksomhetsområdet gjør oppgaver som bør vurderes løst av andre virksomhetsområder (nesten halvparten svarer «vet ikke»). For øvrig fordeler svarene seg over hele skalaen for denne påstanden, men hvor en tredjedel oppgir at dette stemmer helt. Samtidig fremkommer det tydelig at respondentene under ansvarsområdet helse i større grad opplever at det gjøres oppgaver i virksomhetsområdet som bør vurderes løst av andre virksomhetsområder.

3.3.1 Bemanning

Sykehjemmet har totalt 33,14 årsverk. Det er 35 ansatte per november 2022. Det er to ledige sykepleierstillinger, én på 70 prosent og én på 40 prosent. Det er 12 ledige helsefagarbeiderstillinger, på til sammen 144 prosent. Det er i hovedsak helgestillinger. Det er én ledig stilling som assistent på kjøkkenet, på 85 prosent.

Helse- og omsorgsleder forteller at grunnbemanningen er tilstrekkelig når alle ansatte er på plass. Han er fornøyd med ressursene som finnes. Det er utfordrende når stillinger er ledige, ved sykefravær og ferier. Det er også mer utfordrende når det er fullt på sykehjemmet og beboere med stort hjelpebehov. Helse- og omsorgsleder forteller at han planlegger å styrke hjemmetjenesten, for å kunne lette trykket på sykehjemmet.

Det er andre ansatte som mener at sykehjemmet har for lav grunnbemanning, som peker på at de trenger både flere sykepleiere og helsefagarbeidere.

Kapasiteten er mest utfordrende i helg, men det kan være utfordringer med kapasitet flere av ukedagene også. Dette har vært økende siste året. For å få bedre kapasitet har helsefagarbeidere kurs i medisinbehandling.

Sykepleiere har bakvakt, og er tilgjengelig på natt, i hovedsak i helg og ved fravær på ukedager der de ikke får dekket opp med sykepleier på natt.

Sykehjemmet har høyt legemeldt sykefravær. Ifølge avdelingsleder for sykehjemmet kan korttidsfraværet være preget av høy arbeidsbelastning. Langtidsfraværet kan ha mange årsaker, der noen tilfeller kan være arbeidsrelatert over tid. Et intervjuobjekt forteller at sykehjemmet har hatt langtidssykemeldte som har kjent på press på å komme raskere tilbake i jobb fordi sykehjemmet har hatt behov for arbeidskraft.

Tabellen nedenfor viser oversikt over årsverk ved de ulike avdelingene på sykehjemmet.

Tabell 1. Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)

Årstall	Vega kommune	KOSTRA gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	46 248,-	48 402,-	41 231,-	62 894,-
2020	40 221,-	42 461,-	38 682,-	57 827,-

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at Vega kommune har lavere utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger enn KOSTRA-gruppen og Bindal kommune, men bruker mer enn Sømna kommune.

Tabell 2. Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr)

Årstall	Vega kommune	KOSTRA gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	2845,-	4853,-	3872,-	6126,-
2020	2369,-	4412,-	3177,-	4964,-

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at Vega kommune har lavere utgifter per oppholdsdøgn i institusjon enn sammenlignbare kommuner.

Tabell 3. Årsverk helse og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere (årsverk)

Årstall	Vega kommune	KOSTRA gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	499,1	464,5	398,8	602,2
2020	450,5	459,6	449,6	605,4

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at Vega kommune har flere årsverk innenfor helse og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere sammenlignet med KOSTRA gruppen og Sømna kommune, men har færre årsverk enn Bindal kommune.

Tabell 4. Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)

Årstall	Vega kommune	KOSTRA gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	0,40	0,52	0,47	0,70
2020	0,33	0,53	0,55	0,71

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at Vega kommune har færre årsverk per bruker av omsorgstjenester enn sammenlignbare kommuner.

Tabell 5. Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)

Årstall	Vega kommune	KOSTRA gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	24,1	13,5	12,9	9,2
2020	26,1	13,7	13,8	9,6

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at av menneskene som er 80 år eller mer i Vega kommune, bor 24,1 prosent av disse på sykehjemmet pr 31.12.2021. Det er langt høyere prosent enn KOSTRA gruppen og kommunene Sømna og Bindal.

Tabell 6. Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)

Årstall	Vega kommune	Kostra gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	39,8	36,5	29,0	28,4
2020	44,3	34,9	31,7	32,7

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at Vega kommune har større andel brukere av hjemmetjenesten i brukergruppen 80 år og eldre enn sammenlignbare kommuner.

Tabell 7. Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)

Årstall	Vega kommune	KOSTRA gruppe 14	Sømna kommune	Bindal kommune
2021	43,1	39,9	46,2	41,4
2020	40,6	40,6	43,8	40,4

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Tabellen ovenfor viser at Vega kommune ligger på rundt samme nivå som sammenlignbare kommuner når det kommer til andel brukere av hjemmetjenesten i brukergruppen 0-66 år.

3.3.2 Bemanning ved fravær

Oversikt fra helse- og omsorgsleder viser at sykehjemmet har noe høyt legemeldt sykefravær. I andre kvartal 2022 har sykefraværet vært høyere enn på andre sykehjem i Norge og generell kommunal forvaltning, ellers har sykehjemmet hatt lavt sykefravær sammenlignet med andre.

Tabell 8. Oversikt over sykefravær

År	Kvartal	Vega sykehjem (prosent)	Sykehjem Norge (prosent)	Kommunal forvaltning Norge (prosent)
2022	2	9,3	8,7	7,4
2022	1	7,7	10	8,6
2021	4	6,6	9,7	8,1
2021	3	6	7,8	6
2021	2	9,7	9	7,4
2021	1	3,9	9,8	8

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

Sykehjemmet mangler vikarer ved sykdom og ferie. Sykehjemmet benytter seg av faste vikarer. Dette er ufaglærte og pensjonerte helsefagarbeidere. I tillegg benyttes vikarbyrå. Dersom en sykepleier er borte, er ikke det mulig å skaffe en sykepleiefaglig vikar. Det er avdelingssykepleiers ansvar å skaffe vikarer, og dette tar mye av arbeidsdagene. Helse- og omsorgsleder har ansvar for å leie inn personell fra vikarbyrå.

Ansatte blir forespurt om å ta ekstravakter ved behov. Helse og omsorgsleder er i dialog med tillitsvalgte om hvordan de kan få fylt ledige vakter. Tiltak kan f.eks. være ekstra lønn. Dette er tenkt å være kortsiktige tiltak.

Overtid har vært nødvendig i perioder for å få det til å gå rundt, men ikke i den grad at sykehjemmet har hatt behov for å søke om dispensasjon.

Det har vært vakter der det ikke har vært faste ansatte på vakt.

3.3.3 Fleksibilitet i bruk av personalressursene

Det er fleksibilitet i personalressursene mellom de tre avdelingene ved sykehjemmet ved behov. De er mulig å bistå med ressurser om en annen avdeling trenger hjelp.

Det hender at hjemmesykepleien hjelper til inne på sykeavdelingen med å gi pasienter mat. Dette gjøres bare i krisesituasjoner. Hjemmesykepleien har som regel ikke kapasitet.

Sykehjemmet bistår hjemmesykepleien på aldersavdeling/lettpost når hjemmesykepleien er på hjemmebesøk. Ansatte oppgir at det kan være svært utfordrende for sykehjemmet, for pasienten er ofte svært pleietrengende og de har i utgangspunktet for lite personale.

Hjemmesykepleien har ingen aktiv nattvakt, så sykehjemmet har ansvar for deres vaktmobil som trygghetsalarmene deres er knyttet opp til.

Sykehjemmets nattevakt må forlate basen for å bistå lettpost/aldersavdelingen og pasientene i omsorgsleilighetene. Intervjuobjekter forteller at det hender at begge nattevaktene må hjelpe til og da er sykeavdelingen og dementavdelingen uten tilsyn. Det er flere nattvandrere på dementavdelingen.

3.3.4 Stillingsstørrelser

Kommunen har ikke pågående prosesser for å se på uønsket deltid. Heltidskultur er nevnt i lønnpolitisk plan, vedtatt i kommunestyret 17/12-20, sak 89/20.

Ved utarbeidelse av kompetanseplan 2019-2023 ble uønsket deltid kartlagt. Dette er den nyeste kartleggingen som kommunen har utført. Revisor anser kartleggingen for å være utdatert, og gjengir ikke data fra kartleggingen.

Intervjuinformasjon angir at det ikke er sykepleiere og helsefagarbeidere som jobber uønsket deltid, men pleiemedhjelpere/ufaglærte.

Lederne er i dialog med de ansatte om uønsket deltid. Det er noen ansatte som ønsker seg høyere stilling, men kommunen kan kun tilby helg, noe som er mindre attraktivt.

Det finnes muligheter for å tilby høyere stillingsprosent, dersom ansatte søker. Som eksempel nevnes at det ble utlyst en sykepleierstilling sommeren 2022, der en ansatt gikk fra 50 prosent stilling til 100 prosent stilling. Revisor ser at sykepleierstillinger utlyses som 100 prosentstillinger.

Tabell 9. Oversikt over stillingsstørrelser ved sykehjemmet

Stillingsstørrelse	10-29 %	30-49 %	50-69 %	70-89 %	90-100 %
Antall ansatte	1		8	8	18

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

3.4 Vurdering

Revisor har undersøkt om det er tilstrekkelig kapasitet i tjenestene, herunder heltid/deltid, bemanning ved fravær og fleksibilitet i bruk av personalressursene.

Nedenfor vurderes innhentet informasjon opp mot revisjonskriteriene.

Tjenesten må ha tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver.

Revisors vurdering er at sykehjemmet i hovedsak har tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver når alle stillinger er besatt. En utfordring ved sykehjemmet er at de har flere ledige stillinger, både sykepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere. Revisor ser at det uttrykkes bekymring for at bemanningen er sårbar, og at det kan oppstå kritiske situasjoner.

Kapasiteten varierer ut fra behovene til beboerne, ved omfattende behov er kapasiteten dårligere enn når beboerne har mindre behov. Det samme gjelder med tanke på belegg ved sykehjemmet.

Revisor vurderer at kommunen gjør et aktivt arbeid med å tiltrekke seg kompetent personell for å ha tilstrekkelig kapasitet, men bør samtidig vurdere ytterligere tiltak for å sikre

tilstedeværelse av kvalifisert personell i kritiske perioder. Revisor vil trekke frem at sykehjemmet har et noe høyt sykefravær i 2022.

Sammenlignet med andre kommuner, bruker Vega kommune mindre ressurser på institusjonsplasser. Det er kostnadsbesparende å kun ha ett sykehjem, men dette er også tilfellet i kommunene Sømna og Bindal. Sykehjemmet har vakante stillinger, som vil kunne påvirke ressursbruken. Revisor kjenner ikke til om dette er tilfellet i sammenlignbare kommuner.

Kommunen har færre årsverk per bruker av omsorgstjenester. Av innbyggere over 80 år, bor ca. dobbelt så mange på sykehjem sammenlignet med sammenlignbare kommuner. Mindre ressurser og flere beboere vil påvirke kapasiteten til sykehjemmet. Revisor har undersøkt om ressursbruken kan forklares i mindre bruk av hjemmetjenester, men ser at omfanget av hjemmetjenester også er høyere enn sammenlignbare kommuner.

Revisor har ikke undersøkt ytterligere årsakssammenheng.

Det fremstår for revisor som sykehjemmet benytter ressursene fleksibelt, ved at de enkelte avdelingene bistår hverandre. Det blir trukket frem en utfordring knyttet til sykehjemmets bistand til hjemmetjenesten, når de allerede er presset på kapasitet.

Kommunen skal utvikle heltidskultur med fokus på tjenestekvalitet.

Revisors vurdering er at kommunen arbeider for å utvikle heltidskultur, samtidig som sykehjemmet må ivareta de ansattes ønsker rundt stillingsstørrelse, utarbeidelse av turnus og riktig fagkompetanse på vaktene.

Det er ikke mulig å få turnus til å gå opp om alle ansatte ved sykehjemmet skal jobbe 100 prosent. Avdelingsleder har oversikt over ledige stillingsressurser i turnus. Det fremstår som om det er pleiemedhjelpere som jobber ufrivillig deltid. Det er ansatte som har fått høyere stillingsandel etter utlysning av ledig stilling.

4 KOMPETANSE

Dette kapittelet handler om hvorvidt kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å yte forsvarlig helsehjelp ved sykehjemmet.

4.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet kompetanse:

Er kvaliteten på tjenestene ved Vega syke- og aldershjem i tråd med utvalgte krav og målsettinger?

- *Kompetanse*

4.2 Revisjonskriterier

Det er benyttet følgende kilder til revisjonskriterier for temaet kompetanse:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Det er utledet følgende revisjonskriterier for temaet kompetanse:

- Kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres.
- Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Utleddning av revisjonskriteriene er i vedlegg 1.

4.3 Kompetanse

I juli-august 2020 gjennomførte Bedriftskompetanse en spørreundersøkelse innenfor helse-, pleie- og omsorgstjenesten i Vega kommune. Spørreundersøkelsen var et ledd i en gjennomgang av tjenesten. Svarene som omhandler kompetanse oppsummeres slik:

En drøy tredjedel av respondentene er usikre på om virksomhetsområdet ivaretar god kompetanseplanlegging. Resterende plasserer seg i hovedsak rundt midten av skalaen. En overvekt av respondentene oppgir at virksomhetsområdet i liten grad mangler kompetanse til å løse sine oppgaver.

Når det gjelder kapasitet til å utvikle kompetanse plasserer overvekten av respondentene seg rundt midten av skalaen. Samtidig er nær en tredjedel usikker og

svarer «vet ikke». Over halvparten av respondentene er usikre på om det i dag finnes relevant kompetanse i virksomhetsområdet som ikke benyttes, mens øvrige svar fordeler seg over store deler av skalaen. Respondentene i avdeling helse bekrefter imidlertid i langt større grad at det i virksomhetsområdet finnes relevant kompetanse for tjenesten som ikke benyttes i dag.

For påstanden om at virksomhetsområdet preges av sårbare fagmiljøer/fagområder fordeler svarene seg over hele skalaen, nokså jevnt. Samtidig svarer nær en tredjedel at de ikke vet. De færreste ser ut til å mene at virksomhetsområdet bør søke mer faglig samarbeid eksternt (interkommunalt, med andre helseforetak, etc.).

En overvekt av respondentene oppgir at virksomhetsområdet i stor grad oppfattes som en attraktiv arbeidsplass, men svarene fordeler seg over nesten hele skalaen. Når det gjelder hvorvidt virksomhetsområdet har tilfredsstillende tilgang på kvalifisert arbeidskraft varierer svarene nokså jevnt over hele skalaen, med en marginal overvekt på nedre del av skalaen.

4.3.1 Fagkompetanse

Vega kommune har en strategisk kompetanseplan for pleie- og omsorgstjenesten (2019-2023). Det er planlagt å revidere kompetanseplanen.

Kompetansen er delt inn i syv kapitler;

- sammendrag
- kompetanseplanens forankring og ambisjoner
- overordnede mål fra kommuneplanens styringsdokumenter
- hva inngår i begrepet kompetanse
- framtidens kompetansebehov: analyse av kapasitet og kvalitet (SWOT-analyse)
- strategier og tiltak for å anskaffe, utvikle, mobilisere og avvikle kompetanse
- plan for evaluering av kompetansetiltakene

Vedlagt kompetanseplanen er en opplæringsplan.

I kompetanseplanen står det følgende om dagens situasjon (2018) i pleie – og omsorgssektoren (hjemmetjeneste og institusjon/sykehjem):

Det er store utfordringer knyttet til mangel på personell med fagkompetanse innen pleie og omsorgssektoren, da spesielt de med høgskoleutdanning. Det er vanskelig å rekruttere ansatte med fagkompetanse til alle stillinger der det er relevant. Det er ytterligere redusert tilgang til fagkompetanse og fast personell i helger. På helg er det i

perioder stor bruk av ufaglærte vikarer. Arbeid hver tredje helg fører til stor bruk av små stillingsstørrelser for å fylle opp turnuser.

Kompetanseplanen inneholder informasjon om hvilket kompetansebehov sykehjemmet har, og hvilken kompetanse sykehjemmet har per 2018 og behov innen 5 og 10 år.

Sykehjemmet har ulike fagkompetanse blant ansatte. De ansatte kan grupperes i tre ulike fagkategorier:

- Sykepleier/vernepleier
- Helsefagarbeider
- Pleiemedhjelper

Det er i stor grad fagutdannede som jobber ved sykehjemmet. Det er turnus/arbeidsplanen som skal sikre at det alltid er riktig kompetanse på jobb, og det oppgis at det i hovedsak er riktig kompetanse på vaktene.

Dersom en sykepleier er borte, er det ofte ufaglært eller helsefagarbeider som stiller som vikar. Det er bare én sykepleier på vakt på nattevakter, og det er utfordrende når det kommer akuttprosienter på om natten. Sykepleieren blir opptatt med akuttprosienten, og de har da ikke sykepleier til å bistå på resten av sykehjemmet.

Som tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse, gis helsefagarbeidere kurs i for eksempel medisinhåndtering og sårstell.

Det er vanskelig å rekruttere ønsket kompetanse. Oversikt i kapittel 3.3.1 viser at sykehjemmet mangler ansatte tilsvarende 339 prosent. Sykehjemmet har forsøkt å rekruttere sykepleiere i lenger tid, uten hell.

Som tiltak for å rekruttere ønsket kompetanse, gis ufaglærte tilbud om utdanning som helsefagarbeider eller sykepleier. Det kan også være vanskelig å få ansatte til å bli i stillingen.

Tabellen nedenfor gir oversikt over avtalte årsverk etter utdanning innenfor omsorgstjenestene. Tallene gjelder ikke kun sykehjemmet, men hele omsorgssektoren i kommunen.

Tabell 10. Omsorgstjenestene - avtalte årsverk

Stilling	Vega kommune 2021	Sømna kommune 2021	Bindal kommune 2021
Geriatrisk sykepleier	2,54	-	3,46
Sykepleiere med spes./vid. utd.	0,41	3,4	4,7
Sykepleier uten spes./vid. utd.	7,24	13,62	15,29
Vernepleier	1,31	2,5	5,9
Hjelpepleier	10,76	5,92	18,31
Omsorgsarbeider	1,65	3,13	-
Helsefagarbeider	6,15	17,05	10,6
Pleiemedhjelper	10,7	12,84	13,68

Kilde: Revisjon Midt-Norge SA

4.3.2 Kompetansehevede tiltak

Arbeidsgiver gir mulighet for videreutdanning. Som eksempel tar pleiemedhjelpere utdanning som helsefagarbeidere og helsefagarbeidere utdanning som sykepleiere. Vega kommune har fått statlig støtte til dette.

Ansatte får også tilbud om kurs i ulike tema, både digitale kurs og fysiske kurs. Det er enighet om at det er lav terskel for å få aksept for kurs. Som eksempel har sykehjemmet to sykepleiere som har begynt på kurs om akuttoppfølging. Det har vært lite kurs under pandemien, og det som er gjennomført er gjennomført digitalt.

Arbeidsgiver stiller krav til jevnlig oppfriskningskurs innenfor medisinhåndtering. Ut over dette er ikke det krav til regelmessig oppdatering, men arbeidsgiver kan pålegge ansatte å ta kurs (f.eks. smittevern under Covid-19).

Ansatte som er på eksterne kurs, skal videreformidle informasjonen internt i etterkant, men det er ingen faste rutiner for dette. Ifølge kompetanseplanen skal det gjennomføres to timer internundervisning per måned. Internundervisning er ikke gjennomført av kapasitetshensyn. I avdelingsmøter og vaktrom tar ansatte opp ting når det er noe de trenger å diskutere internt.

Avdelingslederne har startet på modulbasert lederutdanning, men dette er ikke gjennomført av kapasitetshensyn. Avdelingslederne har per i dag ikke tilstrekkelig tid til administrative oppgaver, fordi de også må delta i pleie.

4.4 Vurdering

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 ved helsetunene.

Nedenfor vurderes innhentet informasjon opp mot revisjonskriteriene.

Kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Revisors vurdering er at kommunen har overordnet oversikt over hvilken kompetanse det er behov for ved sykehjemmet.

Videre vurderer revisor at kommunen har en systematisk oversikt over medarbeidernes kompetanse ved sykehjemmet.

Sykehjemmet har i hovedsak tilstrekkelig fagkompetanse i turnus. Revisor finner det positivt at det gis opplæring til helsefagarbeidere for å kunne utføre visse sykepleieroppgaver.

Det oppgis at det er utfordrende å ha riktig kompetanse på vakt ved fravær.

Kommunen gjør et aktivt arbeid med å tiltrekke seg kompetent personell, ved å blant annet lyse ut 100 prosent stilling. Det er vanskelig å rekruttere kompetent personell, herunder sykepleiere.

Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Sykehjemmet tilbyr ansatte etter- og videreutdanning. Det er ulike utdanningsløp som er tatt, og det er noen som pågår. Revisor finner det positivt at pleiemedhjelpere og helsefagarbeidere får tilbud om videreutdanning, for å øke kompetansen ved sykehjemmet.

Revisor vil trekke frem at lederutdanning til avdelingsleder ved sykehjemmet ikke er fullført av kapasitetshensyn.

De ansatte ved sykehjemmet får delta på kurs. Det er ikke etablert system for jevnlig kursing av ansatte, med unntak av innenfor medisinhandling.

Sykehjemmet har system for jevnlig internkurs som de ansatte skal delta på, men dette er ikke fungerende av kapasitetshensyn.

5 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til kommunedirektør i Vega kommune 10.01.2023. Revisor mottok høringssvar datert 15.02.2023. Revisor gjør oppmerksom på at høringssvaret er stemplet med unntatt offentlighet ved en feiltakelse. Høringssvaret er derfor vedlagt rapporten i sin helhet.

Revisor har justert faktadelen i henhold til innspill i høringssvaret:

I kapittel 1.5 har revisor tatt bort setninger som omhandler demens og kognitiv svikt.

I kapittel 3.3.1 har revisor endret en setning om at helsefagarbeidere har dispensasjon til medisin håndtering, til at de har kurs i medisin håndtering. Videre har revisor i samme kapittel endret beskrivelse av langtidsfraværet, til at de kan ha mange årsaker der noen tilfeller kan være arbeidsrelatert over tid.

Revisor har gjort følgende endringer i vurderingskapittel:

Det er en kommentar som knytter seg til en setning i vurderingen i kapittel 2.4: *Pasientavvikene kunne med fordel vært meldt direkte i Gerica*. Revisor har slettet denne setningen.

Det er en kommentar som knytter seg til en setning i vurderingen i kapittel 3.4. Revisor har endret setningen «Avdelingsleder har oversikt over ufrivillig deltid» til «Avdelingsleder har oversikt over ledige stillingsressurser i turnus».

Justeringene har ikke medført endringer i revisors vurderinger eller konklusjoner ut over dette.

6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Følgende problemstilling besvares i rapporten:

Ivaretas utvalgte krav og målsettinger ved kommunens helsetun?

- System for ledelse og kvalitetsforbedring
- Kapasitet
- Kompetanse

6.1 Konklusjon

Revisor konkluderer med at kvaliteten på tjenestene ved sykehjemmet delvis er i tråd med utvalgte krav og målsettinger knyttet til system for ledelse og kvalitetsforbedring, kapasitet og kompetanse.

Når det gjelder internkontroll, konkluderer revisor med at Vega kommune har tilfredsstillende kvalitetssystem for prosedyrer og journalføring.

Videre konkluderer revisor med at det er svakheter når det kommer til kvalitetsforbedring ved sykehjemmet. Det utføres risikovurderinger, men ikke på et systematisk nivå.

Revisor observerer at en del av kvalitetssystemet foregår på papir, blant annet avvikshåndtering. Bruk av papir utgjør ofte en risiko.

Revisor konkluderer med at sykehjemmet har delvis tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Det er utfordrende ved fravær, både sykefravær og ledige stillinger. Kommunen har gjort et grundig arbeid med å håndtere disse utfordringene, ved utarbeidelse av kompetanseplan og kartlegging. Kommunen står i samme situasjon som mange kommuner i Norge, og har problemer med å rekruttere nødvendig kompetanse innenfor helse- og omsorg.

6.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler ledelsen ved Vega syke- og aldershjem å:

- Sørge for systematiske risikovurderinger
- Vurdere elektroniske system for prosesser som foregår på papir

KILDER

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene av 01.07.2003
- 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)
- Planprogram for kommuneplanens samfunnsdel 2023-2034
- Strategisk kompetanseplan for pleie – og omsorgstjenesten i Vega kommune 2019-2023
- Gjennomgang av helse-, pleie- og omsorgstjenesten i Vega kommune, Bedriftskompetanse AS 2020
- Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Vega kommune 2021-2023
- Sykefraværstatistikk 2021 og 2022 for Vega syke- og aldershjem

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) 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 har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Kvalitetsforskriften⁹
- 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)

System for ledelse og kvalitetsforbedring

Alle virksomheter som yter helsehjelp, skal sørge for at de krav som stilles i helselovgivingen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid¹⁰.

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.»*

⁹ 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

¹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften), 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 forskriftens¹¹ § 6 til 9.

Kvalitetssystem

Kvalitetsforskriftens § 3 om Oppgaver og innhold i tjenestene, sier følgende:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- *tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes*
- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*
- *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.*
- *For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:*
- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- *fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*

¹¹ Forskrift ledelse i helse- og omsorgstjenesten

- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

Utlede kriterier:

- Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal etablere et skriftlig kvalitetssystem med prosedyrer som sikrer at den enkelte pasienten blir ivaretatt.

Risikovurderinger

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.* Dette er utdypet i veileder til forskriften:

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

Målet med kartleggingen er å:

- *identifisere områder der svikt kan inntre ofte*
- *identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre*
- *forebygge svikt og uønskede hendelser*

Videre i forskriftens §6e pålegges virksomheten å *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*. Veileder til forskriften utdyper dette kravet til at *bestemmelsen innebærer i praksis at det systematisk må foretas en gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Kartleggingen og oversikten over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, beskrevet i § 6 d, vil også avdekke noen forbedringsområder.*

Områdene bør prioriteres, og det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden. Det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Planen bør inneholde målsetning, tiltak, oversikt over ansvar for gjennomføring og tidsplan.

Utlede kriterier:

- Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal gjennomføre risikovurderinger

Avvikshåndtering

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d heter det at virksomheten i sin planlegging skal *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Dette kravet betinger at virksomheten har et system for å melde inn avvik og at det er lagt til rette for at ansatte kan melde avvik. *I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.*

Utlede kriterier:

- Ledelsen ved Vega syke- og aldershjem skal ha oversikt over avvik i tjenesten, og anvende dette i virksomhetens forbedringsarbeid

Kapasitet og kompetanse

Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven krever at kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp til personer som oppholder seg i kommunen og at behovet dekkes på forsvarlig måte. For å dekke behovet på forsvarlig

måte må kommunen ha tilstrekkelig kapasitet. Kommunen skal også tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Forskriften beskriver plikten til å planlegge og gjennomføre virksomhetens aktiviteter. Kommunen skal sørge for at oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.

Videre beskriver forskriften plikten til at kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, og sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Veilederen viser til at øverste leder skal sikre at det finnes en oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Det stilles særlige krav til organisering og oppgavefordeling. Blant annet skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16. For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovenskrav, må øverste leder ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og behov for opplæring. Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

Hovedavtalen

I hovedavtalen mellom KS kommune og LO Kommune, Unio, YS-K og Akademikerne¹² er det krav knyttet til at det som hovedregel skal ansettes i heltidsstillinger. Unntak drøftes med de tillitsvalgte med mindre det er åpenbart unødvendig. Ved ledighet foretas en gjennomgang av arbeidsplaner og oppgavefordeling for å vurdere sammenslåing av deltidsstillinger. Ved ledig stilling skal deltidsstiltsatte ved intern utlysning i kommunen tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, hvis kvalifikasjoner er på plass.

Utlede kriterier for kapasitet:

¹² KS Hovedtariffavtalen, 1.5.2022-30.4.2024, § 2.3.

- Tjenesten må ha tilstrekkelig bemanning til å utføre sine lovpålagte oppgaver
- Kommunen skal utvikle heltidskultur med fokus på tjenestekvalitet

Utlede kriterier for kompetanse:

- 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.

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Revisjon Midt-Norge
Brugata 2
7715 STEINKJER

Offl. § 13, jf. Fvl. § 13 1. ledd

Deres ref

Vår ref
2022/4-4

Saksbehandler
Brit Skjevling

Dato
15.02.2023

Høringsrapport forvaltningsrevisjon fra Revisjon Midt-Norge SA

Det vises til høringsrapport vedr. forvaltningsrevisjon om kvalitet i institusjonstjenesten.

Rapporten har vært til høring i institusjonstjenesten. Kommunedirektøren vil på bakgrunn av denne høringen/gjennomgangen avgi følgende uttalelse:

Rapporten gir en god besvarelse på om kvaliteten på tjenestene ved Vega syke- og aldershjem er i tråd med utvalgte krav og målsettinger. Av rapportens konklusjon framgår at kommunen har gjort et grundig arbeid med å håndtere utfordringene med kapasitet og kompetanse ved utarbeidelse av kompetanseplan og kartlegging. Kommunen står i samme situasjon som mange kommuner i Norge, og har problemer med å rekruttere nødvendig kompetanse innenfor helse- og omsorg. Vi vil fortsatt jobbe med kvaliteten og følge de to anbefalingene som framgår av rapporten.

Vi har noen punkter som vi vil kommentere på det som framkommer i rapporten:

Til side 11, 4. avsnitt: Her blandes demensdiagnose og kognitiv svikt som ikke gir riktighet. Avsnittet bør tas bort, eller vi kan ta en prat med revisjon for mulig omformuleringer.

Side 16 om pasientavvik i Gerica: «Pasientavvikene kunne med fordel vært meldt direkte i Gerica». Gerica er ikke et avvikssystem. Det som omhandler pasientavvik blir journalført/dokumentert i Gerica.

Side 18, siste avsnitt: Helsefagarbeiderne trenger ikke dispensasjon til medisinhandling. De tar medisinkurs som må fornyes hvert andre år og kvalifiserer til medisinhandling.

Side 19: «Ifølge avdelingsleder for sykehjemmet kan korttidsfraværet være preget av høy arbeidsbelastning, men ikke langtidsfraværet». Litt uheldig beskrivelse av langtidsfraværet, da denne type fravær kan ha mange årsaker - som ulike typer slitasje (noen kan være arbeidsrelatert og andre ikke), sykdommer av ulik slag osv. Foreslår ny formulering her som følger: «Langtidsfraværet kan ha mange årsaker der noen tilfeller kan være arbeidsrelatert over tid».

Side 24, siste avsnitt: «Avdelingsleder har oversikt over ufrivillig deltid». Forslag til endring som følger: Ufrivillig deltid endres til - ledige stillingsressurser i turnus. Det er ingen fast ansatte hos oss som jobber ufrivillig deltid. Avsnittet kan gi et utydelig bilde. Vi tar gjerne en prat med revisjon om

Vega kommune

Rørøyveien 10, 8983 VEGA | Besøksadresse: Rørøyveien 10

Telefon: 75 03 58 00 | Org.nr.: | postkasse@vega.kommune.no | www.vega.kommune.no

mulige formuleringer.

Til slutt vil vi takke revisjonen for oppdraget og samarbeidet vi har hatt underveis.

Med hilsen

Brit Skjevling
Kommunedirektør

Dette dokumentet er elektronisk, og sendes uten signatur.

Kopi til:

Roy-Arne Andersen



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no