



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 15-2018

HJEMMETJENESTEN INTERNKONTROLL OG KVALITET

NES KOMMUNE

NOVEMBER 2018

INNHold

| | |
|--|----------|
| SAMMENDRAG | I |
| Formål og problemstillinger | i |
| Revisjonens oppsummering | i |
| Internkontroll | i |
| Kvalitet | iii |
| Oppfølging omsorgsplan | iv |
| Rådmannens uttalelse til rapporten | v |
| Revisjonens anbefalinger | v |
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Avgrensning og problemstillinger | 1 |
| 1.2 Kilder til revisjonskriterier | 2 |
| 1.3 Oppbygging av rapporten | 2 |
| 2 Metode | 3 |
| 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag | 3 |
| 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet | 4 |
| 3 Organisering og tjenestetilbud | 5 |
| 3.1 Tjenestetilbudet | 6 |
| 3.2 Pasienter og brukere av hjemmetjenester | 7 |
| 4 Internkontroll | 8 |
| 4.1 Revisjonskriterier | 8 |
| 4.1.1 Innledning | 8 |
| 4.1.2 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering | 9 |
| 4.1.3 Kompetanse og opplæring | 9 |
| 4.1.4 Oversikt over områder med risiko for svikt | 10 |
| 4.1.5 Avvikssystem og forbedringsarbeid | 10 |
| 4.1.6 Brukerinvolvering | 11 |
| 4.2 Funn | 12 |
| 4.2.1 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering | 12 |
| 4.2.2 Kompetanse og opplæring | 14 |
| 4.2.3 Oversikt over områder med risiko for svikt | 19 |
| 4.2.4 Avvikssystem, brukerinvolvering og forbedringsarbeid | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.5 Brukes informasjon og kunnskap om avvik og brukertilfredshet i til læring og forbedring? | 23 |
| 4.3 Revisjonens vurdering | 25 |
| 5 Kvalitet | 27 |
| 5.1 Revisjonskriterier | 27 |
| 5.2 Funn | 28 |
| 5.2.1 Helhetlig pasientforløp(HPH) | 28 |
| 5.2.2 Rutiner på enkeltområder | 31 |
| 5.2.3 Daglig tjenesteyting og oppfølging | 32 |
| 5.2.4 Helhetlig pasientforløp (HPH) i praksis | 32 |
| 5.2.5 Tilrettelegges for ivaretagelse av grunnleggende behov? | 38 |
| 5.3 Revisjonens vurdering | 43 |
| 6 Styrking av hjemmetjenesten | 44 |
| 6.1 Revisjonskriterier | 44 |
| 6.2 Status på tiltak i omsorgsplanen | 45 |
| 6.2.1 Økning i driftsutgifter | 45 |
| 6.2.2 Økning i antall ansatte | 47 |
| 6.2.3 Kompetanseheving og fleksibel bruk av kompetanse | 47 |
| 6.2.4 Utarbeidelse av nye samarbeidsrutiner, bruk av kvalitetssystem og helsehus | 48 |
| 6.3 Evaluering og rapportering av omsorgsplan | 49 |
| 6.4 Revisjonens vurdering | 50 |
| LITTERATURLISTE | 51 |
| TABELLOVERSIKT | 52 |

SAMMENDRAG

Formål og problemstillinger

For å sikre oppfyllelse av kravene som stilles til helse- og omsorgstjenester, herunder hjemmetjenesten, skal kommunene ha på plass en god internkontroll. Kravene til internkontroll er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Forskriften skal blant annet bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene). Her kreves det at kommunene skal ha på plass prosedyrer som sikrer at brukere/pasienter får tilfredsstillende grunnleggende behov som selvstendighet, respekt, trygghet, fysiologiske og sosiale behov, tilpassede aktiviteter, egenomsorg/pleie m.m. Prosedyrene skal også sikre at den enkelte får de tjenestene de trenger til rett tid, at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert og at brukere og ev. pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad kommunen sikrer god kvalitet i hjemmetjenesten.

Følgende problemstillinger besvares:

1. I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?
2. Har Nes kommune rutiner og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?
3. I hvilken grad er hjemmetjenesten styrket i tråd med kommunens omsorgsplan?

Revisjonens oppsummering

Internkontroll

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn for den første problemstillingen i undersøkelsen:

| Problemstilling 1 | Revisjonskriterier |
|---|--|
| <p>I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hjemmetjenestens mål og organisering må være beskrevet ⇒ Myndighet, ansvar og oppgaver må være dokumentert og kjent ⇒ Kommunen må sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, nødvendig opplæring og kompetanseutvikling. Det skal utarbeides kompetanseplaner ⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer systematisk kartlegging og vurdering av risiko for svikt og mangler ⇒ Kommunen må ha et avvikssystem som sikrer at avvik meldes, følges opp og brukes systematisk i forbedringsarbeid ⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer at pasienter, brukere og pårørende involveres systematisk i forbedringsarbeidet |

En god internkontroll er viktig for å sikre forsvarlige tjenester, god kvalitet og et systematisk forbedringsarbeid. Kravene til internkontroll i helse- omsorgssektoren, herunder hjemmetjenesten, er nedfelt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten har flere elementer av en internkontroll på plass, men det er mangler og forbedringspotensial på flere viktige områder.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har en tydelig organisasjons- og lederstruktur, hvor det fremgår klart hvordan ansvar og oppgaver er fordelt og de ansatte opplever stort sett at de er kjent med så vel egne som andres oppgaver. Det har imidlertid manglet en administrativ delegering av myndighet fra rådmann og videre ned i organisasjonen. Virksomhetsleders myndighet, ansvar og oppgaver har ikke vært formelt dokumentert verken i delegering, lederavtale, stillingsinstruks eller lignende. Dette har bidratt til uklarheter vedrørende ansvar, blant annet for internkontrollen, noe som etter revisjonens vurdering er uheldig. Kommunen har utarbeidet en mal til delegeringsreglement, men som på revisjonstidspunktet ennå ikke var tatt i bruk.

Det er kommunens ansvar at hjemmetjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse, at det gis nødvendig opplæring og legges til rette for fagutvikling. Undersøkelsen viser at tjenesten synes sårbar grunnet utfordringer med å rekruttere sykepleiere, tidvis høyt sykefravær og høy vikarbruk. Spørreundersøkelsen viser at 23 prosent av pleierne mener tjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov. Den viser også at 32 prosent mener det ikke er lagt til rette for fagutvikling og kompetanseøkning.

For å kunne sikre at tjenesten har nødvendig fagkompetanse må kompetansebehovet i virksomheten kartlegges. Gjennomføring av en slik kartlegging og plan for kompetanse er satt opp som mål i virksomhetsplanen for 2018. Kommunen hadde på revisjonstidspunktet ikke foretatt en slik kartlegging. Den enkeltes behov for kompetanse og fagutvikling har imidlertid blitt tatt opp i medarbeidersamtaler gjennom året som er gått.

Kommunen skal i henhold til internkontrollforskriften ha oversikt over områder i hjemmetjenesten hvor det er fare for risiko for svikt eller mangler på etterlevelse av myndighetskrav. Dette forutsetter at kommunen har rutiner som sikrer slike gjennomganger systematisk. Undersøkelsen viser at det ikke er utarbeidet rutiner for dette, og at det heller ikke i praksis gjennomføres systematiske kartlegginger og vurderinger av risiko. Dette er etter revisjonens vurdering avgjørende for en god internkontroll at det gjennomføres systematiske risikovurderinger.

En god internkontroll forutsetter også at hjemmetjenesten har et velfungerende system for å melde og håndtere avvik. Undersøkelsen viser at det er utarbeidet skriftlige rutiner for hvordan pasientavvik skal meldes og håndteres og at rutinene ligger tilgjengelig i fagsystemet Cos.Doc. Etter revisjonens vurdering synes imidlertid ikke systemet å fungere tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at 26 prosent av deltagerne i spørreundersøkelsen mener systemet for å melde ikke er godt nok. 29 prosent vet ikke hvordan de skal melde avvik. 27 prosent mener kommunen ikke har en kultur for å melde avvik.

Pasienter, brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap om avvik, mangler og forbedringsområder. Deres erfaringer og innspill bør derfor systematisk etterspørres. Undersøkelsen viser at det kun er gjennomført to brukerundersøkelser i hjemmetjenesten på syv år.

Informasjon og kunnskap om avvik, mangler, forbedringsområder, herunder informasjon og tilbakemeldinger fra brukere og pårørende er et viktig grunnlag for forbedringsarbeid. Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten ikke i tilstrekkelig grad synes å benytte kunnskapen de har om avvik, mangler og brukererfaringer inn i et systematisk i forbedringsarbeid. Undersøkelsen viser blant annet at 34 prosent av pleierne mener at tjenesten ikke benytter kunnskap om avvik og mangler til læring og forbedring. Om lag 20 prosent mener tilbakemeldinger fra brukere og pårørende ikke benyttes til læring og forbedring.

Kvalitet

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn for den andre problemstillingen i undersøkelsen:

| Problemstilling 2 | Revisjonskriterier |
|---|--|
| <p>Har Nes kommune rutiner/prosedyrer og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Det er utarbeidet rutiner som skal bidra til sikre kravene i kvalitetsforskriften ⇒ Rutinene er kjent og etterleves av medarbeiderne i tjenesten ⇒ Medarbeidere i tjenesten skal oppleve at det er lagt til rette for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. |

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten langt på vei har etablert prosedyrer/rutiner for å sikre at kravene i kvalitetsforskriften oppfylles, men at arbeidet med å implementere disse må ferdigstilles.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten gjennom metodikken *Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem* har etablert rutiner og sjekklister som skal bidra til å sikre pasientenes grunnleggende behov. Undersøkelsen viser at HPH-rutinene stort sett er kjent og etterleves, men at tjenesten ikke er helt i mål med implementeringen. Det gjelder både med hensyn til å benytte metodikken systematisk og til å sikre et godt tverrfaglig samarbeid. Kommunen har også rutiner på enkeltområder som omfattes av kvalitetsforskriften, men flere av rutinene som er samlet i kvalitetshåndboken er ikke ferdigstilt.

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at de som jobber tett på pasienter og brukere i det daglige, opplever at det er lagt til rette for å kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov.

Spørreundersøkelsen viser at det langt på vei oppleves at det er lagt til rette for å kunne ivareta grunnleggende behov. Både spørreundersøkelsen og tilbakemeldinger fra lederne i tjenesten viser likevel at ikke alle typer grunnleggende behov oppleves som like godt ivaretatt, og at det etter revisjonens vurdering derfor er et forbedringspotensial. Dette gjelder særlig pasientenes sosiale behov, pasientenes opplevelse av trygghet/forutsigbarhet, muligheten til medbestemmelse og egenmestring.

Oppfølging omsorgsplan

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn for den tredje problemstillingen i undersøkelsen:

| Problemstilling 3 | Revisjonskriterier |
|--|---|
| <p>I hvilken grad er hjemmetjenesten styrket i tråd med kommunens omsorgsplan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen bør sørge for at mål og tiltak gjennomføres ⇒ Det bør rapporteres på måloppnåelse |

Undersøkelsen viser at de tiltakene som ble satt for hjemmetjenesten i Omsorgsplan 2013-2025 kun delvis er iverksatt. Det er revisjonens inntrykk at oppfølgingen har vært noe tilfeldig og fragmentert. Hvorvidt hjemmetjenesten er styrket i tråd med omsorgsplanen kan ikke revisjonen med sikkerhet konkludere med.

Det fremstår som uklart for revisjonen hvilken status planen har på revisjonstidspunktet. Undersøkelsen tyder på at tiltakene for hjemmetjenesten ikke lenger oppleves relevante eller gjeldende, og dermed heller ikke fungerer som reelle styringsmål for tjenesten. Det er i 2018 vedtatt en ny omsorgsplan for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Rådmannens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvaret er mottatt 23.11.18 og lyder som følger:

Nes kommune har ikke merknader til høringsutgaven av forvaltningsrevisjonsrapporten om hjemmetjenesten. Dette fordi rapporten i all hovedsak gir et godt og dekkende bilde i forhold til mandatet, og fordi kommunen nå er mest opptatt av å komme i gang med å bruke rapporten til forbedringsarbeid.

Revisjonens anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

1. Rådmannen bør følge opp at hjemmetjenesten får på plass et helhetlig og tilfredsstillende internkontrollsystem, herunder systematiske risikovurderinger, et velfungerende avvikssystem og kartlegging av kompetanse.
2. Rådmannen bør følge opp at det i tilstrekkelig grad er lagt til rette for at pasienter og brukere av hjemmetjenesten får ivaretatt sine grunnleggende behov, slik kvalitetsforskriften krever.

Jessheim, 23.11.2018



Oddny Ruud Nordvik
ass. revisjonssjef



Øyvind Nordbrønd Grøndahl
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

1 INNLEDNING

Kontrollutvalget i Nes kommune bestilte i møte 29.1.2018 (sak 3/18) en forvaltningsrevisjon som retter seg mot pleie og omsorg med vekt på kvalitet i hjemmebaserte tjenester. Planen ble vedtatt 7. mai 2018.

For å sikre kravene som stilles til helse- og omsorgstjenester, herunder kvalitet, skal kommunene ha god internkontroll. I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2, skal kommunene jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kravene er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (28. oktober 2016, nr. 1250). Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves.

Når det gjelder kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene stilles det krav om at kommunen gjennom sine prosedyrer skal sikre at brukere/pasienter får tilfredsstilt grunnleggende behov som selvstendighet, respekt, trygghet, fysiologiske og sosiale behov, tilpassede aktiviteter, egenomsorg/pleie m.m. Prosedyrene skal også sikre at den enkelte får de tjenestene de trenger til rett tid, at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert og at brukere og ev. pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

1.1 Avgrensning og problemstillinger

Formålet med revisjonen er å undersøke i hvilken grad kommunen sikrer god kvalitet i hjemmetjenesten.

Undersøkelsen vil besvare følgende tre hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?
2. Har Nes kommune rutiner og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?
3. I hvilken grad er hjemmetjenesten styrket i tråd med kommunens omsorgsplan?

Kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er omfattende og detaljerte. Revisjonen har avgrenset problemstilling én til å undersøke om ansvar og oppgaver er avklart og kjent, om virksomheten har nødvendig kompetanse og oversikt over kompetansebehov, om ledelsen har oversikt over hvor det er potensielt fare for svikt og mangler, om det finnes et systematisk system for å melde fra om avvik/mangler, et system for brukerinvolvering og om kunnskap om avvik og mangler benyttes i et systematisk forbedringsarbeid.

Problemstilling to er avgrenset til om kommunen har utarbeidet skriftlige prosedyrer/rutiner for å sikre kravene i kvalitetsforskriften og at rutinene er kjent og etterleves i praksis. I tillegg vil det

undersøkes om ansatte opplever at det er lagt til rette for å kunne ivareta grunnleggende behov i tråd med kvalitetsforskriftens krav.

Problemstilling tre avgrenses til å undersøke i hvilken grad kommunen har fulgt opp egne målsetninger om styrking av hjemmetjenesten både når det gjelder kompetanse, bemanning og økonomiske ressurser.

1.2 Kilder til revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normer og krav som kan stilles til kommunenes virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i og utledet fra autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- Omsorgsplan for Nes kommune (2013-2025). Rett hjelp til rett tid

1.3 Oppbygging av rapporten

Rapporten er inndelt i seks kapitler. I kapittel to beskrives nærmere metode og datagrunnlag. I kapittel tre beskrives kort kommunens organisering av og oppgaver i hjemmetjenesten. De neste kapitlene er inndelt som følger:

- Kapittel fire besvarer problemstilling en om etterlevelse av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Kapittel fem tar for seg problemstilling to om rutiner og praksis for å sikre kvalitet
- Kapittel seks tar for seg problemstilling tre om kommunens oppfølging av tiltakene i kommunens omsorgsplan.

I hvert av kapitlene redegjøres innledningsvis for revisjonskriteriene, deretter følger en gjennomgang av funnene og til slutt følger revisjonens vurdering. Revisjonens samlede vurdering og konklusjon, samt anbefalinger, er gjengitt i sammendraget først i rapporten.

2 METODE

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse og e-post korrespondanse.

Dokumentanalyse

Dokumentanalysen omfatter blant annet gjennomgang av kommunens dokumentasjon av internkontrollen, stillingsbeskrivelser, arbeidsbeskrivelser, ulike planer, prosedyrer, avtaler osv.

Intervjuer

Det er gjennomført intervju med virksomhetsleder i hjemmetjenesten samt tjenestens fagutviklingssykepleier. Dette ga utfyllende informasjon om kommunens internkontroll, systemer og praksis. Det er også innhentet supplerende informasjon gjennom spørsmål på e-post. Det ble skrevet referat fra intervjuene og informantene har fått anledning til å korrigere og rette opp feil og misforståelser. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

I tillegg har revisjonen benyttet e-post til å få svar på ulike spørsmål fra avdelingsledere i tjenesten. Revisjonen mottok svar fra tre av fire avdelingsledere.

Spørreundersøkelse

Videre ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant pleierne i de fire avdelingene for hjemmetjenester. Kreftkoordinator og ansatte i kommunens demensteam med flere deltok også i undersøkelsen. Vikarer og personer i midlertidige stillinger har ikke deltatt i undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble distribuert med e-post gjennom via Questback. I forkant av undersøkelsen mottok respondentene et brev fra revisjonen hvor de ble orientert om hensikten med undersøkelsen, hvem som er oppdragsgiver og viktigheten av å delta.

I alt 94 medarbeidere mottok spørreundersøkelsen, hvorav revisjonen mottok svar fra 67 stykker. Dette utgjør en svarprosent på 71,3 prosent. For nettbaserte spørreundersøkelser regnes en svarprosent over 70 som svært god, og en svarprosent mellom 50 og 60 som tilstrekkelig (Jacobsen 2005). Revisjonen sier seg derfor godt fornøyd med deltagelsen i undersøkelsen. Undersøkelsen ble gjennomført i september 2018.

Spørreundersøkelsen besto av 13 spørsmål, med en kombinasjon av spørsmålsbatterier med lukkede svaralternativer og åpne spørsmål. I de åpne spørsmålene var det mulighet til å utdype, nyansere og supplere svarene for de som ønsket det. Spørsmålene er formulert som påstander hvor respondenten må ta stilling til hvor enig eller uenig han/hun er på en skala fra 1-6. Jo høyere eller lavere opp på skalaen jo mer enig eller uenig vil man være i det som det spørres om. Svar fra 1-3 forstås som alt i alt uenig, mens svar fra 4-6 forstås som alt i alt enig. En høy skår på 4 tolkes

imidlertid som at det er et forbedringspotensial. Det er også et svaralternativ som skal fange opp de som av ulike grunner ikke kan svare på spørsmålet. I fremstillingen av resultatene er tallene rundet opp eller ned til nærmeste hele.

2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under datainnsamling og databehandling. Gyldighet betegner dataenes relevans for å besvare problemstillingene som er valgt. Revisjonen mener at dataene som denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og gir et tilstrekkelig grunnlag for revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Revisjonen har intervjuet og stilt spørsmål på e-post til personer som må anses som nøkkelpersoner i virksomheten og som har førstehånds informasjon om det undersøkelsen omhandler. De som ble intervjuet har fått mulighet til å korrigere og rette opp eventuelle feil og misforståelser i referatet.

Deltagerne i spørreundersøkelsen er sykepleiere, hjelpepleiere, pleiemedarbeidere og andre som må antas å ha førstehånds kunnskap om temaene det er blitt stilt spørsmål om. Samtlige deltagere jobber i 50 prosent stilling eller mer noe som gir et godt grunnlag for kjennskap til tjenesten. Dersom det har vært vanskelig å besvare spørsmålene har det også vært mulig å svare «ingen formening». Revisjonen mener at spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen er relevante med tanke på å besvare problemstillingene og at spørreundersøkelsen sammen med intervjuer, spørsmål på e-post og dokumentasjon fra kommunen gir et godt bilde av de undersøkte forholdene. Kommunen fikk også anledning til å komme med innspill til utformingen av spørsmålene i undersøkelsen, noe som ytterligere styrker validiteten i undersøkelsen.

Dataene er samlet inn på en pålitelig måte ved å bruke det nettbaserte spørreverktøyet QuestBack og distribuert på e-post. En høy svarprosent og jevn deltagelse fra alle fire avdelingene styrker påliteligheten ytterligere.

3 ORGANISERING OG TJENESTETILBUD

Dagens organisering av hjemmetjenesten fremgår av organisasjonskartet under.



Kilde Nes kommune

Virksomheten består av fire avdelinger for hjemmetjenester/praktisk bistand, Leirvegen bo-senter samt en avdeling som har ansvar for dagtilbud m.m. Fagutviklings- og merkantile ressurser, krefkkoordinator, demensteam og ressurs for hverdagsrehabilitering er organisert direkte under virksomhetsleder.

Den delen av tjenesten som yter tjenester i hjemmet er nylig omorganisert. Avdelingene har økt fra tre til fire avdelinger og er fra primo september 2018 samlokalisert på Runnitunet. Tidligere var avdelingene spredt geografisk.

Avdeling 1, 2, 3, og 4 yter helsehjelp i hjemmet. Avdeling 1 har i tillegg ansvar for praktisk bistand (hjemmehjelp). Avdelingene har også ansvar for flere brukere som har vedtak om personlig assistanse. Geografisk er Nes delt i fire, hvorav hver avdeling har ansvar for ett område.

Avdelingene for praktisk bistand og hjemmesykepleie er videre inndelt i team, to per avdeling. Hvert team består av ca. 12 ansatte og ledes av en sykepleier 1.

Kreftkoordinator jobber både pasientrettet (oppfølging av behandling), med veiledning og oppfølging av pårørende, veiledning og opplæring av ansatte i hele kommunen, men også overordnet inn mot sykehus og andre samarbeidspartnere.

Demensteamet har bl.a. ansvar for ABC-undervisning, og benyttes ofte til veiledning av ansatte i forhold til konkrete pasientsituasjoner. Teamet har i mange år organisert pårørende-skole, de følger opp pasienter og pårørende og bistår i utrednings-faser. Demensteamet arbeider også ut mot frivillige og er ressurser ut mot dagaktivitetene.

Ressurs hverdagsrehabilitering- og mestring jobber tett med kommunens hverdagsrehabiliteringsteam. De underviser ansatte i arbeidsmetoder og metodikk i forhold til mestring og jobber ut mot pasienter med redusert funksjonsnivå.

Fagutviklingssykepleier har blant annet ansvar for planlegging og oppfølging av felles kompetansetiltak, evaluering og oppdatering av virksomhetens rutiner m.m.. Hun koordinerer og leder også det interne sykepleier 1 nettverket.

3.1 Tjenestetilbudet

Målgruppen for hjemmesykepleie er mennesker som bor eller oppholder seg i Nes kommune, og som på grunn av sykdom, skade eller funksjonssvikt har behov for bistand fra helsepersonell i en kortere eller lengre periode. Det fremgår av informasjon revisjonen har mottatt fra kommunen at vurdering av behov for hjemmesykepleie foretas av sykepleier i hjemmetjenesten og saksbehandler i Tildelingsenheten, i samarbeid med pasienten og/eller pårørende. Vurdering av hjelpebehov foretas som regel ved et vurderingsbesøk i den enkeltes hjem. Etter vurderingsbesøket fattes vedtak om ev. hjelp. Det overordnede målet for tjenesten er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem.

Hjemmesykepleien ivaretar et mangfold av behov, alt etter hva som er pasientenes behov. Hjemmesykepleie omfatter:

- Hjelp til personlig hygiene
- Hjelp til av- og påkledning, herunder støttestrømper
- Tilrettelegging av måltider og matombringing
- Hjelp til å håndtere medisiner (etter individuell vurdering)
- Trygghetsalarmer
- Sårbehandling, for de som ikke kan få gjort dette hos sin fastlege

- Hjelp til forebygging av helseskader, rehabilitering, pleie og omsorg i samarbeid med andre faggrupper
- Omsorg ved livets slutt

3.2 Pasienter og brukere av hjemmetjenester

I henhold til virksomhetens virksomhetsplan for 2018, mottok i alt 650 personer helsetjenester i hjemmet i 2017. I tillegg kommer pasienter som følges opp av demensteam og kreftkoordinator. Ved årsslutt 2017 mottok 352 pasienter hjemmesykepleie, mens 362 brukere mottok praktisk bistand og 60 personer har tilbud om dagsenter.

Det fremgår av virksomhetsplanen at antallet pasienter som mottar hjemmetjenester er nokså stabilt. Hovedtyngden av pasientene er eldre med flere sykdommer, såkalt multisyke eldre. Det vises i planen til at omfanget av tjenester til den enkelte tjenestemottaker øker og at stadig flere krever sammensatte tjenester. Antall oppdrag som krever sykepleiekompetanse øker i omfang og tid, da den medisinske behandlingen fortsetter etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten og/eller institusjon. Det pekes i virksomhetsplanen på at dette fordrer fortsatt økt fokus på tverrfaglig tilnærming, tidlig innsats, bruk av validerte kartleggingsverktøy, egenmestring, samt bruker- og pårørendeinvolvering. Ifølge planen er antall pasienter som ivaretas av hjemmetjenesten i terminal fase og hjemmedød økende.

4 INTERNKONTROLL

I dette kapittelet besvares problemstilling én i undersøkelsen:

I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?

4.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normer og krav som kan stilles til kommunenes virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i og utledet fra autoritative kilder innenfor det reviderte området. I de neste to avsnittene følger revisjonens utledning av kriterier.

4.1.1 Innledning

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1, tredje ledd.

Bestemmelsen stiller grunnleggende krav til styring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at kommunen må vurdere behovet for tjenester, personell og kompetanse og legge planer for hvordan behovene skal møtes og kvaliteten utvikles. Plikten til å gjennomføre innebærer å organisere og gjennomføre i tråd med vedtatte planer og å tilby helse- og omsorgstjenester i tråd med befolkningens behov og som er forsvarlige. Kommunen har videre en plikt til å evaluere sin virksomhet og til å korrigere virksomheten dersom den ikke er forsvarlig eller tilstrekkelig (Prop. 91 L (2010-2011) s. 140-141).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 krever at kommunen skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det kreves systematisk styring og ledelse av den enkelte virksomhet hvorav kvalitetsforbedring er en sentral virksomhetsoppgave. Det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet og pasientsikkerhetsarbeidet inngår som en del av virksomhetens internkontrollsystem, jf. helsetilsynsloven § 3.

I henhold til Helsetilsynsloven § 3 skal kommunen etablere et internkontrollsystem og sørge for at virksomhet og tjenester både planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i

eller i medhold av lover og forskrifter. Kravene til styringssystemet er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten¹.

Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Forskriften erstatter tidligere forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. De fleste av kravene i den tidligere forskriften videreføres, men det går nå tydeligere frem at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Ansvar for og kravene til styringssystemet er tydeliggjort og utdypet i Helsedirektoratet veileder fra 2017.

Forskriften slår fast at det er virksomhetens overordnede ledelse, dvs. administrasjonssjefen, som har ansvaret for styringssystemet, dvs. hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i lov og forskrift (Helsedirektoratet 2017, s. 7). Oppgavene i styringssystemet vil likevel ofte være delegert (Ibid.). Hvem som skal gjøre hva i styringen av virksomheten vil derfor variere etter hvilke områder virksomheten har ansvar for, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Kravene som stilles til kommunens styringssystem er omfattende. Revisjonens undersøkelse er avgrenset til å gjelde et utvalg krav som vi anser som grunnleggende forutsetninger i ethvert internkontrollsystem. Hvilke krav det gjelder fremgår av de neste avsnittene.

4.1.2 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering

For å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte kreves det at ledelsen har god oversikt over og beskriver virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, jf. § 6 a i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Videre kreves at det må fremgå klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten (Helsedirektoratet 2017). Dette innebærer blant annet at det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Ikke bare skal medarbeiderne kjenne sine egne oppgaver, de skal også ha tilstrekkelig kunnskap om andres ansvar og oppgaver (Ibid).

Revisjonen legger til grunn at kravet om å beskrive tilsier at både mål, oppgaver, organisering og arbeidsfordeling må være skriftlig dokumentert.

4.1.3 Kompetanse og opplæring

I henhold til forskriften, § 6 f og skal øverste leder sikre at det finnes en oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring. Øverste leder skal videre sikre at de som

¹ Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 (28. oktober 2016, nr. 1250). Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten ble på samme tidspunkt opphevet.

jobber i tjenesten har kunnskap om og ferdigheter til å utføre oppgavene sine (se og § 7b). Dette forutsetter at kompetansebehovet, herunder kompetanse i forbedringsarbeid kartlegges, at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle som jobber i virksomheten får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning (Helsedirektoratet 2017). I § 7b presiseres at det for å lykkes med endring og forbedring er nødvendig at medarbeiderne har kompetanse i forbedringsarbeid.

4.1.4 Oversikt over områder med risiko for svikt

En grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll er at det gjennomføres risikovurderinger. Forskriften § 6 d stiller krav om hjemmetjenesten har oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, samt områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Veilederen viser til at det, i dette kravet ligger en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for svikt eller brudd på regelverk (Helsedirektoratet 2017). Det anbefales at risikovurderingen foregår som en kontinuerlig prosess og at den følger en kjent standard.

Målet med en slik systematisk gjennomgang er å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre, samt forebygge svikt og uønskede hendelser (Ibid., s. 16). Kartleggingen vil også kunne avdekke forbedringsområder.

Når risikoen er identifisert skal ledelsen planlegge hvordan risikoen kan minimeres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt, jf. § 6 e. I veiledningen til § 6 e, står det at områdene bør prioriteres og at det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden (Ibid., s. 20).

4.1.5 Avvikssystem og forbedringsarbeid

Et velfungerende avvikssystem er grunnleggende i all internkontroll. Dette innebærer at kommunen må ha et system for å melde og håndtere avvik og mangler som oppstår. Ifølge § 6 g i forskriften skal ledelsen ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer med mer. Oversikten skal si noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

En forutsetning for å avdekke og forebygge avvik er at det finnes et system og en kultur for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser (Ibid.).

§ 6d og g handler om å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskede hendelser og forbedringsområder. Når avvik og uønskede hendelser er meldt må de jevnlig gjennomgås og brukes til læring og forbedring slik at lignende hendelser kan unngå i fremtiden, jf. § 8 e (Ibid.).

4.1.6 Brukerinvolvering

Pasienter, brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap om avvik og mangler. Deres erfaringer og innspill bør derfor systematisk etterspørres. I henhold til internkontrollforskriften § 7 e, skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at brukerne involveres i forbedringsarbeid. Kravet innebærer at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Det finnes mange ulike metoder for brukerinvolvering. Difi viser på sine nettsider² til en rekke metoder, fra observasjon/adferdsstudier, til brukerundersøkelser, gruppeintervjuer, systematisering av brukerhenvendelser til innspill fra ulike brukerfora, brukerråd og interesseorganisasjoner.

Det vises i veilederen til internkontrollforskriften til at bestemmelsen må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetslovens regler om plikten til å informere om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skjer igjen, dersom pasienten eller brukeren er påført skade eller alvorlige komplikasjoner (Helsedirektoratet 2017).

På bakgrunn av overstående utledes følgende kriterier til problemstilling 1 i undersøkelsen:

| Problemstilling 1 | Revisjonskriterier |
|---|--|
| <p>I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hjemmetjenestens mål og organisering må være beskrevet ⇒ Myndighet, ansvar og oppgaver må være dokumentert og kjent ⇒ Kommunen må sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, nødvendig opplæring og kompetanseutvikling. Det skal utarbeides kompetanseplaner ⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer systematisk kartlegging og vurdering av risiko for svikt og mangler ⇒ Kommunen må ha et avvikssystem som sikrer at avvik meldes, følges opp og brukes systematisk i forbedringsarbeid ⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer at pasienter, brukere og pårørende involveres systematisk i forbedringsarbeidet |

²<https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/klart-sprak-og-brukerinvolvering/brukerinvolvering/brukerinvolveringsmetoder>

4.2 Funn

4.2.1 Virksomheten mål, oppgaver og organisering

Mål

Mål for hjemmetjenesten er beskrevet i flere planer, både overordnede langsiktige planer som i omsorgsplanen «Rett hjelp til rett tid» (2013-2025), strategisk helse og velferdsplan (2018-2030), kompetanseplaner og i årlige virksomhetsplaner. I virksomhetsplanen for 2018 er målene i kommuneplanens satsningsområder brutt ned på tiltak og aktiviteter, f.eks. er målet om at «Innbyggerne i Nes gis mulighet til et trygt og verdig liv i eget hjem» konkretisert i form av tiltak og «aktiviteter virksomhet». Eksempler på konkrete tiltak er:

- Sikre god og systematisk opplæring av alle ansatte i velferdsteknologi
- Videreutvikling av HPH (kartleggingsverktøy) for å sikre gode og tilpassede pasientforløp
- Tettere samarbeid med tjenesteutøver og tildeling
- Utvikle hverdagsrehabiliteringstilbudet i samarbeid med ergo/fysiotjenesten

Oppgaver

Hjemmetjenestens oppgaver er beskrevet i flere dokumenter, der i blant en informasjonsbrosjyre, informasjon på hjemmesiden, introduksjonsprogram til nyansatte, virksomhetsplaner, omsorgsplan m.m. I virksomhetsplanen for 2018 står det at hjemmetjenesten gir nødvendig helsehjelp i hjemmet i kortere eller lengre periode og at det overordnede målet for arbeidet er at den enkelte skal få hjelp til mestre hverdagen i eget hjem. Videre står det at helsehjelp omfatter oppgaver knyttet til forebygging, behandling, oppfølging, rehabilitering samt pleie- og omsorg (jf. se også kap. 3 om organisering).

Organisering

Virksomhetens organisering er beskrevet i et organisasjonskart (om selve organiseringen, jf. kapittel 3).

Myndighet, ansvars- og oppgavefordeling

Tjenesten har følgende stillingstyper/team:

- Virksomhetsleder
- Avdelingsleder
- Sykepleier 1
- Helsefagarbeider/Hjelpepleier
- Ufaglært/vikar
- Fagutviklingssykepleier
- Kreftkoordinator
- Demensteam
- Ressurs hverdagsrehabilitering og mestring

Tjenesten ledes av virksomhetsleder. Virksomhetslederens myndighet, ansvar og oppgaver kan ikke dokumenteres verken i delegering eller i annen form for beskrivelse av myndighet, ansvar og oppgaver. Revisjonen får opplyst i intervju at kommunen ikke har et administrativt delegeringsreglement på plass, men at det på revisjonstidspunktet er under utarbeidelse. Revisjonen har mottatt utkast til maler for delegering fra rådmann til kommunalsjef og fra kommunalsjef til virksomhetsleder. Her fremgår blant annet at stillinger som kommunalsjef og virksomhetsleder blant annet har ansvar for å sikre at kommunalområdets tjenesteproduksjon er i henhold til lov og forskrift, sikre gode rutiner i kvalitetssystemet og kompetanseutvikling innen kommunalområdet.

Det nye delegeringsreglementet skal gjelde alle tre nivåene i kommunen, kommunalsjef, virksomhetsleder og avdelingsleder.

Virksomhetsleder opplyser i intervju at det har vært episoder hvor hun har vært usikker på myndighetsområder og hva som er hennes ansvar. Hun opplevde også mangel på oppfølging da hun startet i stillingen, noe som bidro til usikkerhet vedrørende hva som lå i stillingen av ansvar og myndighet. «Det har blitt tydelig at det er nødvendig med en tydelig kommandolinje og ansvarslinjer» sier hun.

Når det gjelder ansvaret for internkontroll og implementering av forskrift om ledelse og styring opplever leder at det er en del av hennes ansvarsområde. Hun forteller at virksomheten startet opp et arbeid med å sette seg inn i kravene i forskriften, men at prosessen stoppet opp grunnet den pågående omstillingsprosessen i hjemmetjenesten. Hun opplever heller ikke at ansvaret for internkontroll er godt nok avklart mellom hhv. rådmann, kommunalsjef, virksomhetsleder og avdelingsledere. Virksomhetsleder forteller videre at kommunen har kjøpt inn et helhetlig kvalitetssystem fra kommuneforlaget, men at dette foreløpig ikke har blitt tatt i bruk. Hun tror forsinkelsen kan forklares med manglende ressurser/fravær og at det har vært mange lederskift i kommunen de siste årene. Det siste har blant annet bidratt til at det har blitt gitt ulike signaler fra ledelsen vedrørende arbeidet med internkontroll.

Ansvar og oppgaver for øvrige stillinger er beskrevet i egne funksjonsbeskrivelser. Teamenes oppgaver er beskrevet i en egen arbeidsbeskrivelse. Ingen av funksjonsbeskrivelsene eller teambeskrivelser er datert.

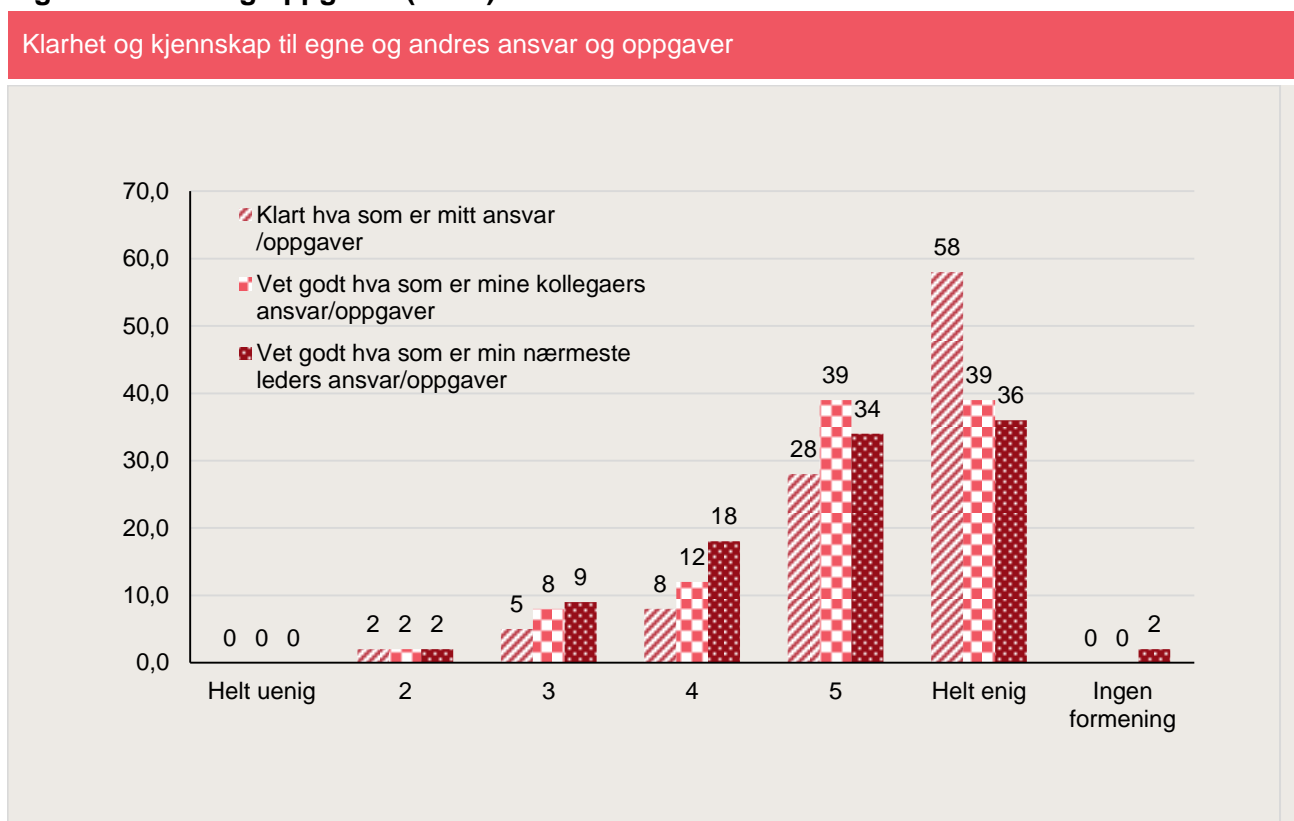
Det er utarbeidet en egen prosedyre som viser hvilke oppgaver den har som er ansvarsvakt. Ansvarsvaktens rolle er å sikre døgnkontinuerlig tilgjengelighet til samarbeidspartnere, kollegaer, pasienter og pårørende. Ansvarsvakten har ansvar utenom tjenestens kontortid.

I spørreundersøkelsen som er gjennomført blant de ansatte i de fire avdelingene for hjemmetjenester er det stilt tre spørsmål om ansvar og oppgaver og om hhv.

- Det oppleves som klart hva som er eget ansvar og oppgaver
- Man vet godt hva som er kollegaers ansvar og oppgaver
- Man vet godt hva som er nærmeste leders ansvar og oppgaver

Resultatene vises i figuren under.

Figur 1 Ansvar og oppgaver (N=67)



Kilde RRI 2018

Svarene viser at de aller fleste har klart for seg hva som er egne så vel som andres ansvar og oppgaver. Lavest kjennskap er det til hva som er nærmeste leders ansvar og oppgaver.

4.2.2 Kompetanse og opplæring

Kommunen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Revisjonen har spurt både virksomhetsleder, avdelingslederne og de ansatte i tjenesten om de mener at de har tilstrekkelig kompetanse i tjenesten.

Både virksomhetsleder og andre revisjonen har vært i kontakt med opplyser at det er utfordrende å rekruttere sykepleiere til tjenesten. Virksomhetsleder opplyser i intervju at de alltid har en knapphet på sykepleiere og at kommunen nok kan bli bedre på å gjøre tjenesten mer attraktiv ved f.eks. å tilby videreutdanning eller kompetansesstige. En av avdelingslederne peker i e-post til revisjonen på at det etter siste lønnsoppgjør har blitt enda vanskeligere å konkurrere med sykehusene da grunnlønnen/ minstelønnsatsene der nå er vesentlig høyere. «Dette er selvfølgelig veldig ugunstig for vår kommune som har både A-hus og Si Kongsvinger i nær avstand» sier virksomhetsleder.

Revisjonen får videre opplyst at høyt sykefravær er en utfordring for tjenesten og at dette har medført høy vikarbruk over tid. Virksomhetsleder forteller at det i enkelte avdelinger har vært mer enn 20 prosent fravær i perioder. Både i årsrapporten for 2016 og 2017 rapporteres det om høy vikarbruk og at situasjonen har blitt løst ved bruk av vikarbyrå. I virksomhetsplanen for 2018 vises det til at konsekvensen av det høye sykefraværet gjør det vanskelig å opprettholde kompetanse, noe som igjen får konsekvenser for kvaliteten på tjenestene. Virksomhetsleder opplyser i e-post at det i enkelte av tjenestens avdelinger, spesielt i sommerferien, har vært stor bruk av ufaglærte vikarer. En av medarbeiderne uttaler dette i de åpne svarene i spørreundersøkelsen:

Svært syke pasientene med store utfordringer vokser i antall, for mange ufaglærte til å følge opp vedkommende riktig. For få sykepleiere, ofte ingen tilgjengelig sykepleiere på vakt. Ansatte (vikarer) uten førerkort, (...) setter stort press på de faglærte da det ofte har skjedd at det er 1 faglært pr vakt og kun 2 med førerkort. Dett går ute over pasienttrykgheten (...).

Ifølge virksomhetsleder er det iverksatt flere tiltak for å redusere sykefraværet og at sykefraværet nå er på vei ned. Hun opplyser også at det i 2018 har vært langt mindre bruk av vikarbyrå og at de har jobbet mye med å bygge vikarbaser.

Revisjonen har spurt hver enkelt avdelingsleder om de opplever å ha den kompetansen som trengs i sin avdeling. En av lederne svarer nei på dette spørsmålet. En annen svarer at de har antall faglærte på plass, men at det i helger, ferier og ved sykdom kan være mangel på kompetanse. En tredje svarer at de har det som vedkommende leder vurderer som god sykepleiekompetanse med nok sykepleiere i henhold til bemanningsplan og sykepleiedekning på alle vakter, men at de er sårbare ved sykefravær, permisjoner o.l. I tillegg pekes det på at helgene kan være utfordrende. En av avdelingsledere sier dette om helger:

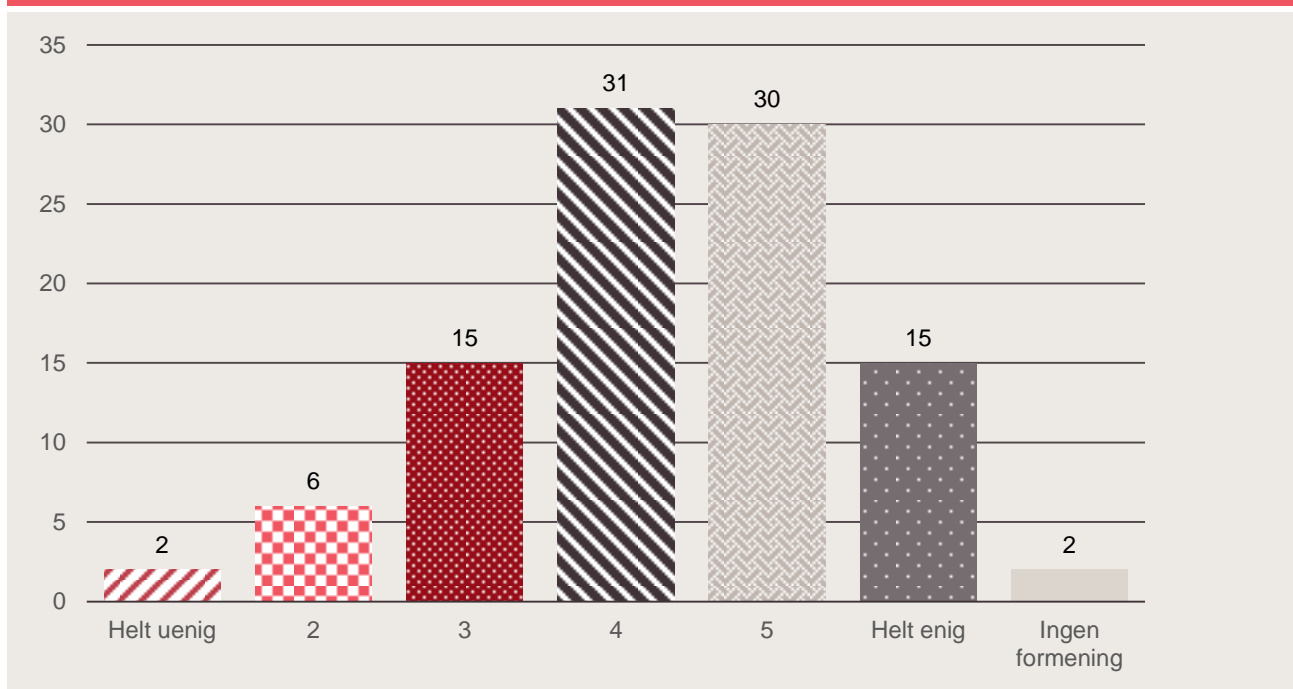
Det som er vanskelig å dekke er jo helger. Alle stillinger for helsefagarbeidere som blir lyst ut, jobber annenhver helg. Dette er helt nødvendig for å klare å dekke helgene. Jeg har jo vikarer og også fast ansatte som ønsker å jobbe mer. Mandag til og med fredag er det veldig mange som ønsker å jobbe, på helger er det veldig få. Dette er et vedvarende problem (...)sannsynligheten for at jeg mister en nattsykepleier i nær framtid er stor. Erfaring viser at det er kjempevanskelig å få tak i, og da vil jeg også få mangler der.

Tross vanskeligheter med å rekruttere sykepleiere og tidvis høyt sykefravær mener virksomhetsleder at virksomheten som helhet «nok likevel» har tilstrekkelig kompetanse. Dette forutsetter etter hva revisjonen forstår at de klarer å utnytte kompetansen godt på tvers av avdelingene. Virksomhetsleder opplyser at de har lyktes i varierende grad med dette, men håper at samlokalisering av avdelingene vil legge bedre til rette for et tettere samarbeid. I spørreundersøkelsen blant medarbeiderne i tjenesten spurte revisjonen om hvor godt tjenesten bruker kompetansen på tvers av avdelinger og team. 40 prosent av de spurte mener at kompetansen ikke brukes på tvers (figur ikke tatt med).

Revisjonen har videre spurt medarbeiderne i tjenesten om de mener tjenesten *alt i alt* har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov.

Figur 2 Tilstrekkelig kompetanse (N=67)

Har hjemmetjenesten i Nes alt i alt tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov?



Kilde RRI 2018

Tallene viser at de fleste er enige i at hjemmetjenesten alt i alt har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov. Det er likevel 23 prosent (1-3 på skalaen) som sier seg mer uenig enn enig i at tjenesten har den kompetansen som trengs.

Opplæring og videreutdanning

Nyansatte i tjenesten skal i henhold til kommunens rutiner gjennomgå et introduksjonsprogram. Dette gjelder både for nye ledere, ansatte og vikarer.

Ledere skal gjennomgå opplæring i alt fra IKT, delegeringer, HMS, personal, budsjett- og økonomioppfølging til styringsdokumenter m.m. Introduksjonsprogrammet for nyansatte tar for seg en rekke temaer blant annet opplæring i hygiene, smittevern, opplæring i ulike rutiner som Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem (HPH, jf. Kapittel 5), medikamenthåndtering, forflytningsteknikk, fagsystemet Cos.Doc m.m. Sjekklisten som viser at introduksjonsprogrammet er gjennomgått skal i henhold til rutinen oppbevares i den enkeltes personalmappe som dokumentasjon på gjennomført opplæring.

Virksomheten har en fagutviklingssykepleier i 80 prosent stilling som har ansvar for intern opplæring, veiledning og kompetanseutvikling. Hun informerer revisjonen om at hennes hovedoppgave blant annet er, i samarbeid med resten av ledergruppa, å følge opp om tjenesten har den kompetansen den trenger til enhver tid, samt sørge for at modell om Helhetlig pasientoppfølging brukes i tjenestene.

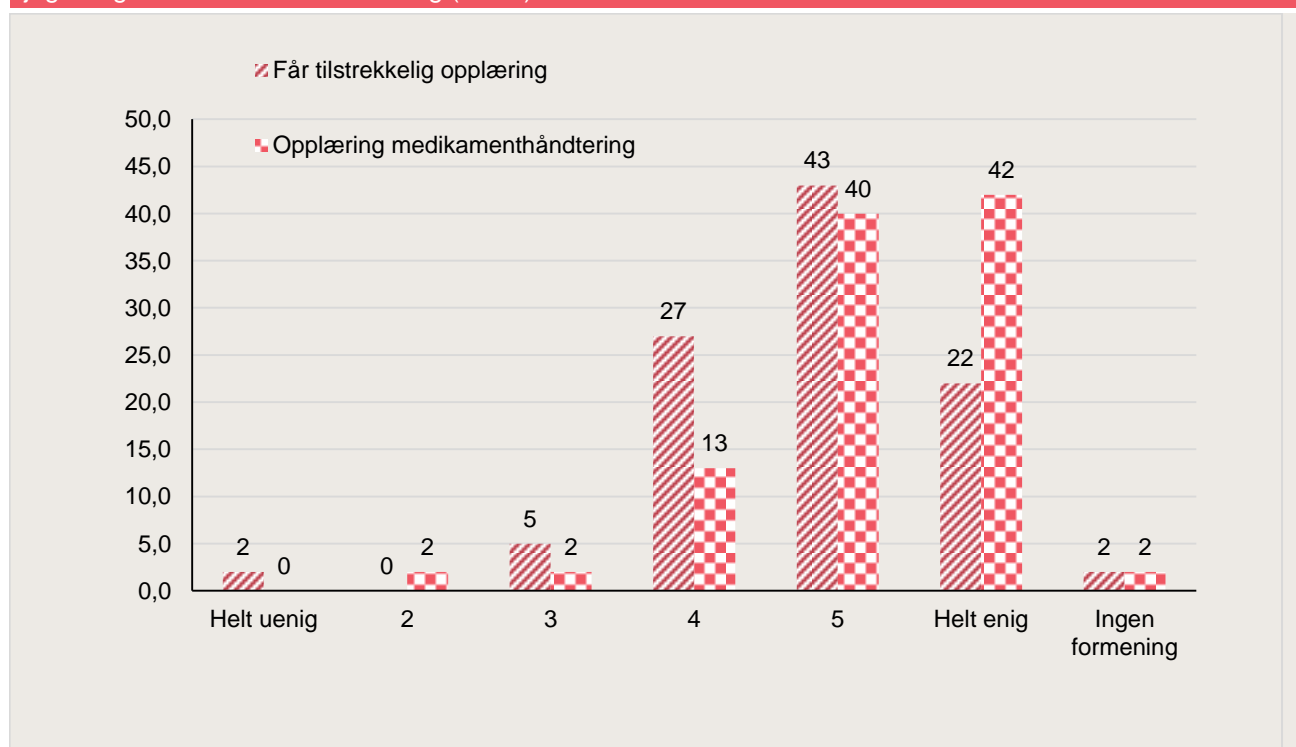
Fagutviklingssykepleier opplyser at den interne opplæringen hovedsakelig foregår gjennom månedlige faglunsjer hvor ulike temaer settes på dagsorden. Revisjonen har mottatt faghjulet for våren 2018 som viser at opplæring og bruk av Cos.Doc, grunnopplæring i journalføring (rapport) helhetlig pasientforløp (HPH) er gjentakende tema. I tillegg er temaer som forflytning, kliniske observasjoner og hverdagsmestring satt på dagsorden. Videre arrangeres fagdager med forskjellig tema. Høsten 2018 ble det gjennomført fagdag om systematikk og pasientforløp, kvalitetsforskriften, hverdagsrehabilitering og Kols. Utover dette opplyses det om at avdelingene har egne opplæringsaktiviteter, som kollegaveiledning, veiledning fra psykiatritjenesten og kreftkoordinator, og ulike former for praktisk opplæring. To av avdelingslederne nevner at økonomi er en begrensning i forhold til å sende ansatte på eksterne kurs.

Revisjonen får også opplyst at kommunen har deltatt i to nasjonale læringsnettverk (2014 – 2016); Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og Psykisk helse og rus.

I spørreundersøkelsen har revisjonen spurt de ansatte om de opplever at de får tilstrekkelig opplæring generelt, og i medikamenthåndtering spesielt. Medikamenthåndtering er tatt med spesielt da dette er et område hvor det er vesentlig å unngå svikt, i tillegg opplyses det om at dette er et typisk avvik.

Figur 3 Opplæring (N=67)

Jeg får tilstrekkelig opplæring til å kunne utføre oppgavene mine på en god måte/Jeg får den opplæringen jeg trenger i medikamenthåndtering (N=67)



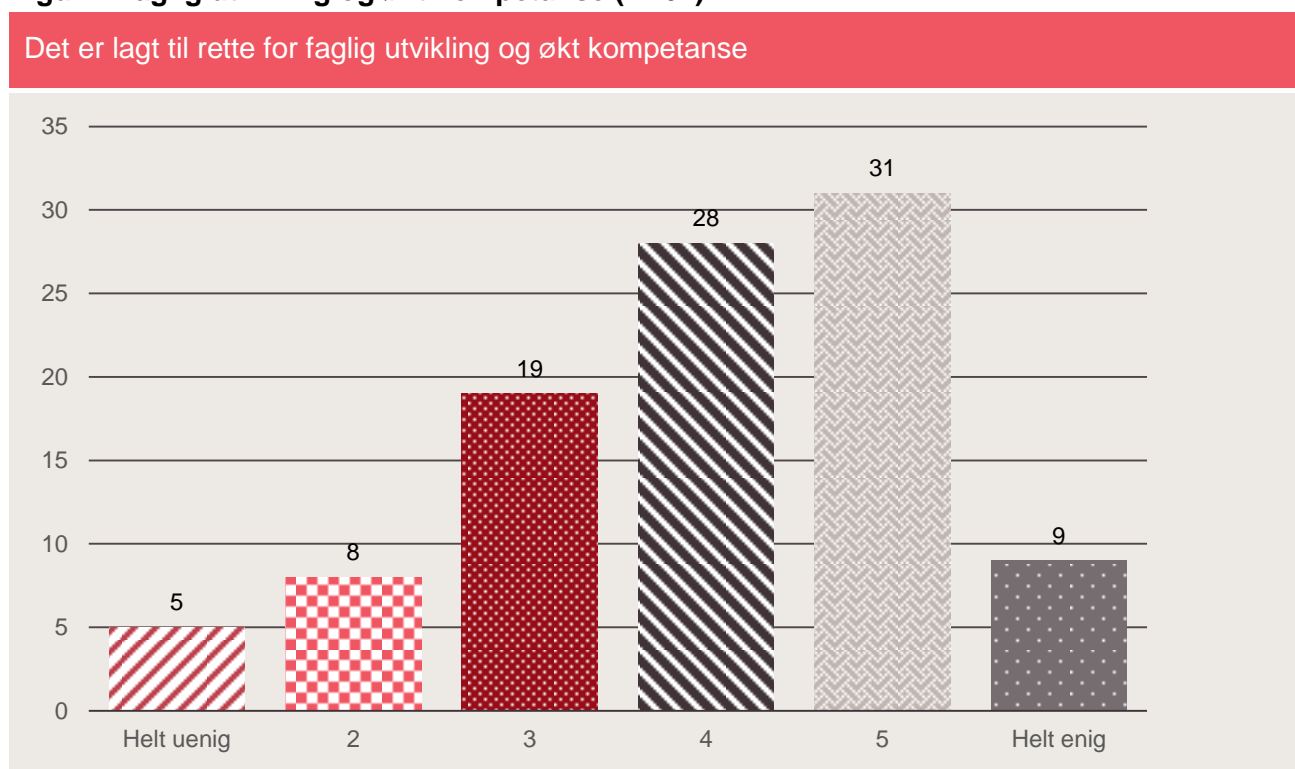
Kilde RRI 2018

Tallene viser at 65 prosent av medarbeiderne er helt eller delvis enige (5-6) i påstanden om at de får tilstrekkelig opplæring, 27 prosent sier seg «litt» enige (4). Syv prosent (1-3) sier seg uenig i påstanden og opplever altså at opplæringen de får ikke er tilstrekkelig.

Over 80 prosent av medarbeiderne sier seg helt eller delvis enige i påstanden om at de får den opplæringen de trenger i medikamenthåndtering, 13 prosent sier seg «litt» enig. Revisjonen får opplyst at feilmedisinering er noe tjenesten har kontinuerlig fokus på gjennom gjentagende opplæring, tett oppfølging og revidering av rutiner. En av avdelingslederne forteller at det nylig ble det gjort endringer i tiltaksplan, arbeidslister og medisinlister, noe som har bidratt til å redusere feilmedisinering.

Neste figur viser i hvilken grad medarbeiderne mener det er lagt til rette for faglig utvikling og økt kompetanse i tjenesten.

Figur 4 Faglig utvikling og økt kompetanse (N=67)



Kilde RRI 2018

Selv om majoriteten mener det er lagt til rette for faglig utvikling og økt kompetanse (4-6), mener hele 32 prosent at det ikke er det (1-3).

I de åpne svarene i spørreundersøkelsen gir flere uttrykk for at opplæring og intern fagutvikling i større grad bør tilpasses behovet i den enkelte avdeling.

Forskriften om internkontroll stiller krav om at det finnes en oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Utarbeidelse av kompetanseplan er også satt som mål i hjemmetjenestens virksomhetsplan for 2018. Virksomhetsleder opplyser i intervju at kompetansekartlegging skal gjøres årlig, men at dette ikke har blitt gjort. Hun viser imidlertid til at den enkeltes behov for opplæring skal undersøkes i årlige medarbeidersamtaler. Det er ifølge virksomhetsleder gjennomført medarbeidersamtaler med alle i 2018.

4.2.3 Oversikt over områder med risiko for svikt

Kommunen 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 innebærer å ha *rutiner* for systematiske gjennomganger og vurdering av virksomhetens tjenester og resultater.

Kommunen har ikke utarbeidet slike rutiner. Virksomhetsleder opplyser til revisjonen at det heller ikke gjennomføres denne type overordnede gjennomganger systematisk. Hun opplyser imidlertid at det er foretatt risikovurderinger på enkeltområder, f.eks. i forbindelse med den nylig gjennomførte flyttingen. Virksomhetsleder opplyser til revisjonen at hun som leder opplever å ha oversikt over særlige sårbare områder i tjenesten. Dette får hun gjennom tilbakemeldinger fra avdelingsledere, medarbeidere og brukere/pårørende.

4.2.4 Avvikssystem, brukerinvolvering og forbedringsarbeid

Melding av avvik

En forutsetning for å avdekke og forebygge avvik er at det finnes et velfungerende avvikssystem og en kultur for at medarbeidere melder avvik og uønskede hendelser.

I henhold til tjenestens rutiner skal pasientavvik meldes i fagsystemet Cos.doc. I tjenestens kvalitetshåndbok (punkt 19) er det utarbeidet rutiner for når, hvem og hvordan pasientavvik skal meldes. Rutinen beskriver hvordan den enkelte skal gå frem og hvilket skjema som skal brukes. Det står at det skal skilles mellom avvik i form av brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og instruksjoner, skader, uhell, alvorlige nesten-uhell m.m., og anmerkninger. Anmerkninger beskrives som svakheter eller forbedringsområder som ikke kan defineres som avvik, men som utgjør et forbedringspotensial. I prosedyren gis det også eksempler på hva avvik kan være, som f.eks. gitt feil medisin, ikke gitt medisin, ikke fått medisin til riktig tid, pasienten må vente på behandling, ikke fått smertestillende på grunn av ikke tilgjengelig sykepleier, ufrivillig sengeopphold over tid, ikke nok tid i matsituasjon m.m.

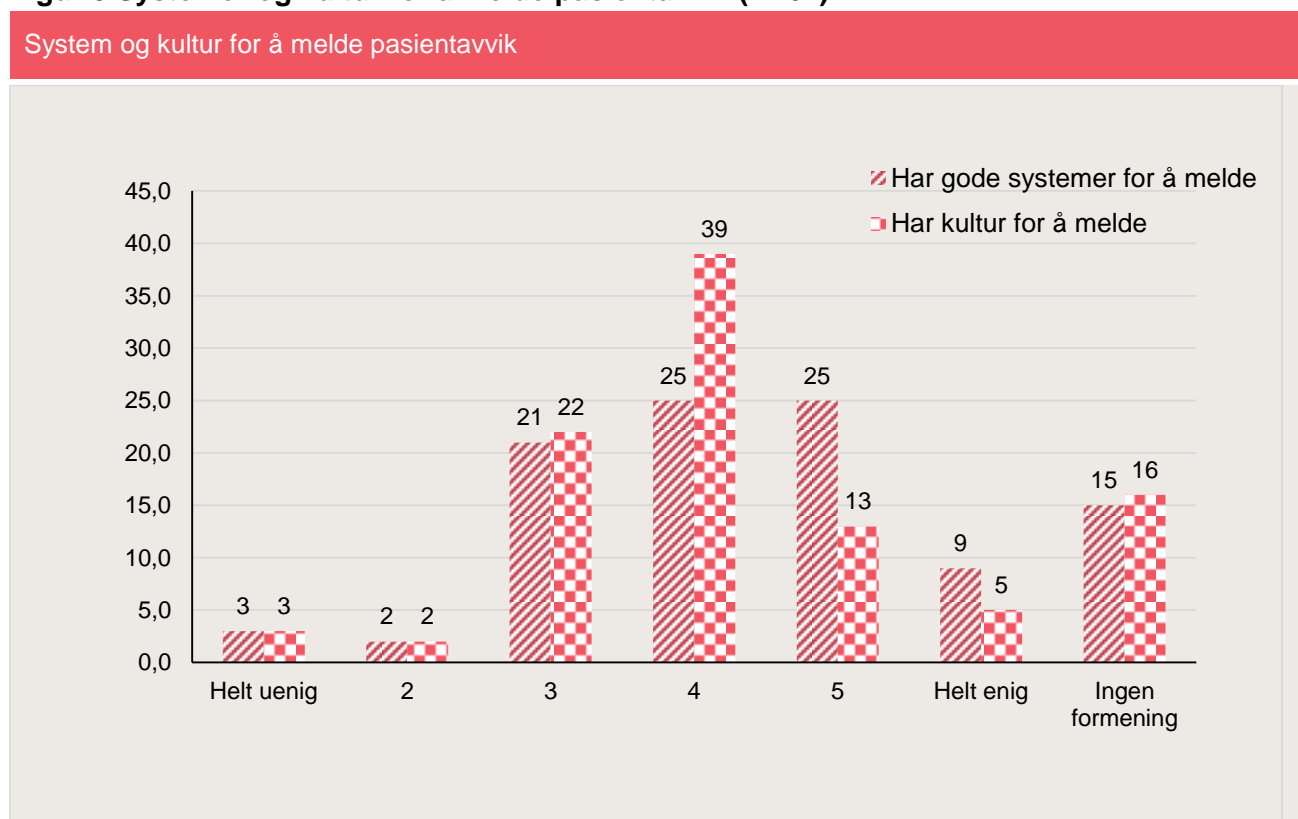
Andre typer avvik meldes på andre måter. HMS-avvik har en egen prosedyre og avvik her skal ikke føres i Cos.doc., men på et eget skjema. Avvik som gjelder samarbeidspartnere eksternt, som f.eks. avvik til sykehus etter utskrivelse av pasienter eller avvik på samarbeid med andre parter meldes på papir tjenestevei til virksomhetsleder. Forbedringspunkt og mangler rapporteres også uformelt og muntlig både til avdelingsledere og til virksomhetsleder.

Virksomhetsleder uttaler til revisjonen at det er vanskelig å holde samlet oversikt over avvik og mangler fordi avvik meldes på mange ulike måter. Både virksomhetsleder og fagutviklingssykepleier beskriver avvikrapportene som kan tas ut fra Cos.doc som lite hensiktsmessige fordi de ikke gir et fullstendig bilde av avvikene i tjenesten. Virksomhetsleder peker på at de har liten oversikt og ikke gode nok rutiner når det gjelder avvik som omhandler samarbeidspartnere eksternt (e-post).

Virksomhetsleder opplever at det er en lav terskel for å melde avvik som gjelder pasienter, mens terskelen for å melde HMS-avvik er høyere. Fagutviklingssykepleier opplever at de har en kultur for å melde avvik, men at hva som forstås som et avvik nok varierer.

I spørreundersøkelsen til medarbeiderne i hjemmetjenesten ble det stilt flere spørsmål om avvikssystem og kultur for å melde avvik. Resultatene fremgår av de neste figurene.

Figur 5 Systemer og kultur for å melde pasientavvik (N=67)



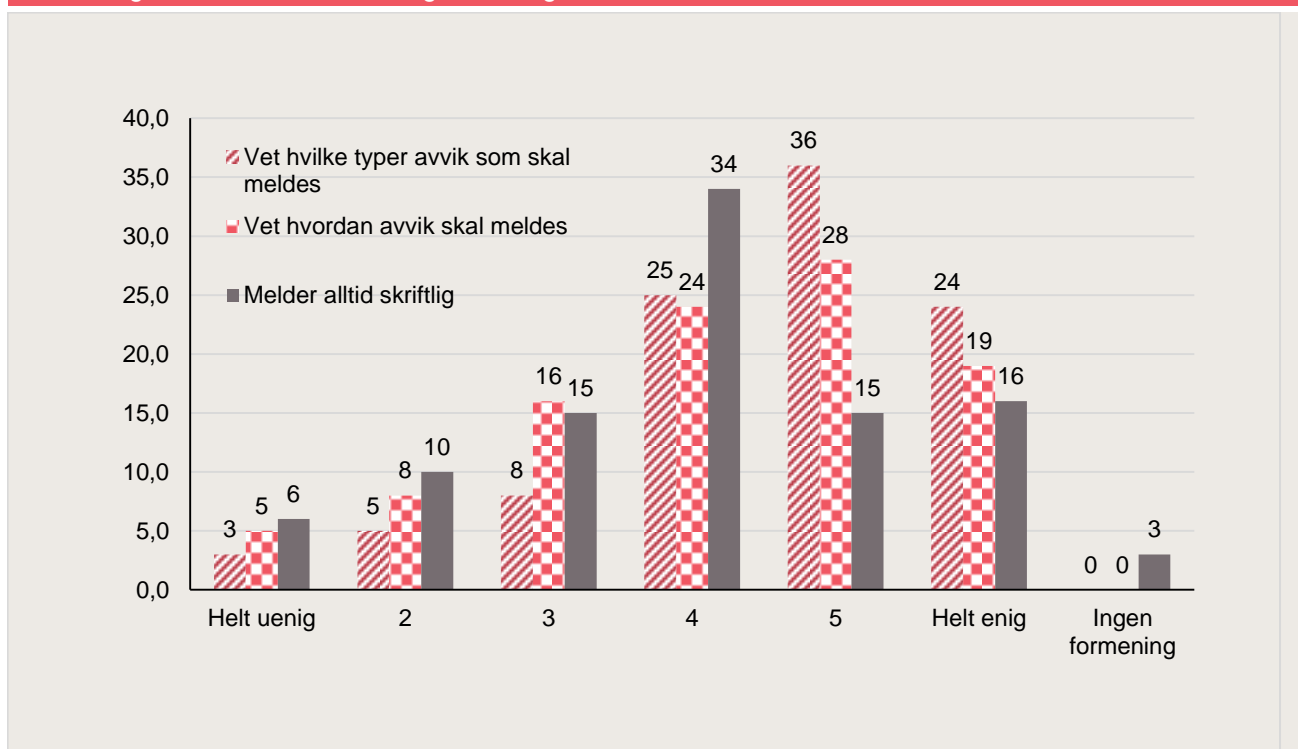
Kilde RRI 2018

Tallene viser at 59 prosent (4-6) sier seg enige i at de har gode systemer for å melde, mens 26 prosent er uenige (1-3). Tilsvarende mener 57 prosent at de har en kultur for melde avvik, mens hele 27 prosent sier seg uenige. Det er også verd å peke på at hhv. 15 og 16 prosent ikke har noen formening om dette.

For å melde avvik må man også vite hva som skal meldes som et avvik og hvordan. Figuren viser i hvilken grad medarbeiderne i tjenesten vet hvilke avvik som skal meldes og hvordan det skal meldes.

Figur 6 Kjennskap til hvilke avvik som skal meldes og hvordan (N=67)

Jeg vet hvilke typer avvik/mangler jeg skal melde fra om/Jeg vet godt hvordan avvik/mangler skal meldes/Jeg melder alltid avvik/mangler skriftlig



Kilde RRI 2018

De fleste sier seg enige i at de vet hvilke typer avvik/mangler de skal melde fra om (4-6). 16 prosent (1-3) sier seg uenig i påstanden; de vet altså ikke, eller er usikre med hensyn til hvilke typer avvik/mangler de skal melde fra om. På spørsmålet om hvordan avvik skal meldes er usikkerheten større. Her sier 29 prosent seg uenige i påstanden.

Fagutviklingssykepleier peker i intervju på at avvikssystemet oppleves som komplisert og at det er behov for en forenkling av systemet. Det kan blant annet være vanskelig å skille mellom ulike typer avvik i registreringen. Disse sitatene illustrerer dette:

Pasientavvik meldes hovedsakelig på Cos.doc, dessverre er det lett å gjøre feil når det skrives avvik og jeg mottar derfor ikke avvikene i mine dokumenter på Cos.doc. Må da gå inn manuelt og lete etter avvik. Vi har brukermanual på hvordan avvik skrives i Cos.doc, denne er ikke helt god.

Avviksprosedurene er for vanskelig å finne frem i. Det er for mange valg i Cos.doc. Ansatte må finne løsninger før avviket skrives i sin helhet.

Virksomhetsleder opplyser i intervju at alle avvik skal dokumenteres. Spørreundersøkelsen viser at majoriteten alltid melder avvik skriftlig, men at 31 prosent ikke gjør det (resultatet fremkommer av figur 6 over).

Håndtering av avvik

Avviksproseduren beskriver også hvordan meldte avvik skal håndteres:

- Avvik skal løses på lavest mulig nivå
- Avvik skal være fast tema på avdelingsmøter, for å bli enige om hvordan best mulig løse et problem
- Avvik som ikke løses på avdelingsnivå skal oversendes kvalitetsrådet (helse- og sosialsjefens stab)
- Alle avvik som skal meldes «ut» av kommunen skal gå via kvalitetsrådet

Både virksomhetsleder og avdelingslederne opplyser til revisjonen at pasientavvik løses og lukkes på laveste nivå.

Pasientavvik som pleierne registrerer i Cos.doc. behandles av meg (som avdelingsleder). Ofte er avviket allerede løst av pleier som oppdager avviket.

Cos.doc.-avvik som går direkte på pasient, f.eks. medisinalavvik skrives av den som har gjort det i Cos.doc. Det forsøkes løst på lavest mulig nivå.

Pasientavvik som ikke løses i avdelingen eller er av alvorlig karakter tas videre med virksomhetsleder i de ukentlige avdelingsledermøtene. Virksomhetsleder påpeker at hun ønsker en mer systematisk rapportering av avvik og at dette nå skal være fast punkt på agendaen for avdelingsledermøtene. Virksomhetsleder rapporterer videre til kommunalsjefen, der hvor det er avdekket risiko som ikke kan løses i avdelingene.

Avdelingslederne opplever (e-post korrespondanse) at virksomhetsleder tar tak i avvik og mangler som kan løses på virksomhetsnivå, mens de er mer usikre på hva som skjer med avvik som krever løsning på et høyere nivå:

Får tilbakemelding om at hun har tatt opp sakene, men at det ikke skjer noe mer.

Hvis ikke virksomhetsleder kan løse det, ser vi at vi opplever at ikke noe skjer. Ofte kan det ta lang.

Avvik, mangler og forbedringsområder fremkommer også gjennom brukerundersøkelser og daglig pasient- og pårørendekontakt.

Brukerinvolvering

Brukere/pasienters og pårørendes erfaringer og innspill skal etterspørres systematisk. Ofte gjøres dette gjennom brukerundersøkelser. Det er ikke utarbeidet rutiner for gjennomføring av brukerundersøkelser, men det fremgår av handlingsprogrammet for 2018 (s. 11-12) at brukerundersøkelser i hjemmetjenesten skal gjøres hvert annet år. Kommunen har gjennomført to brukerundersøkelser i hjemmetjenesten de siste syv årene, en i 2011 og en i 2016.

Revisjonen informeres videre om at pasienter og brukere også medvirker ved konkret utforming og gjennomføring av eget tjenestetilbud. Spørsmålet «Hva er viktig for deg» er en sentral del av kartleggingen og oppfølgingen av pasientene gjennom metodikken for helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem (HPH) og brukes som arbeidsmetodikk i Nes hjemmetjeneste (nærmere om metodikken i kapittel 5). Opplysningene fra pasientsamtalene journalføres. Det lages imidlertid ingen statistikk eller oppsummeringer hvor informasjon på individnivå brukes i et mer systematisk forbedringsarbeid.

Viktigheten av å tilby en helse- og omsorgstjeneste som tar utgangspunkt i pasientenes behov markeres også ved deltagelse i «Hva er viktig for deg dagen». Dette er en dag (initiert av KS) hvor helsepersonell over hele landet oppfordres til å stille spørsmålet, lytte, reflektere over svaret og følge opp hva som er viktig gjennom planer og tiltak. Fagutviklingssykepleier opplyser i intervju at spørsmålet er viktig i forhold til bevisstgjøring og holdninger blant de ansatte, samtidig som det også skaper engasjement.

Brukerinvolvering foregår også gjennom Eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Begge rådene er høringsinstanser i saker som angår helse- og omsorgstjenester. Eldrerådet gav blant annet innspill i den offentlige høringen av Strategisk helse- og velferdsplan for 2018-2030. Ifølge årsmeldingen for 2017 opplever eldrerådet at de blir tatt mer på alvor ved at de nå er med på det politiske sakskartet og at rådets vedtak følger saken videre i det politiske systemet.

Kommunen har siden 2015 også gjennomført flere folke- og dialogmøter, blant annet i forbindelse med utarbeidelse av helse- og omsorgsplan.

4.2.5 Brukes informasjon og kunnskap om avvik og brukertilfredshet i til læring og forbedring?

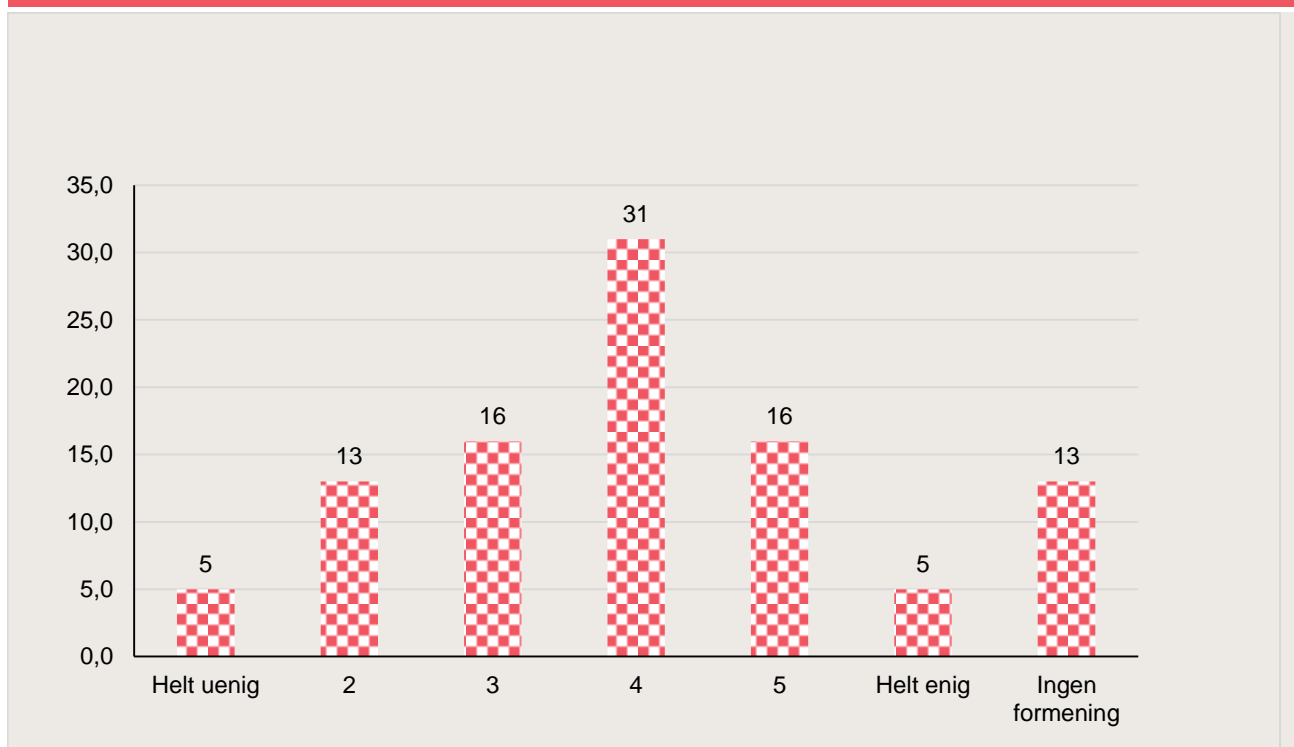
Informasjon og kunnskap om avvik, mangler, forbedringsområder, herunder informasjon og tilbakemeldinger fra brukere og pårørende er et viktig grunnlag for forbedringsarbeid.

Virksomhetsleder opplyser til revisjonen (e-post) at avvik som gjentar seg både tas opp på møter i avdelingene og på fellesmøter for alle avdelingene slik at informasjonen kan bidra til forebygging og forbedring. Virksomhetsleder tar også opp gjentakende avvik og mangler på ledermøtet på kommunalsjefnivå. Eksempler på dette kan være avvik i forhold til drift av alarmsystemer og pasientsystemet Cos.Doc., eller større avvik med betydning for forsvarlighet i tjenesteutøvelsen.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om medarbeiderne i tjenesten opplever at avvik og mangler tas tak i og brukes i forbedringsarbeid.

Figur 7 Avvik og forbedringsarbeid (N=67)

Kunnskap om avvik/mangler tas tak i og benyttes til læring og forbedring



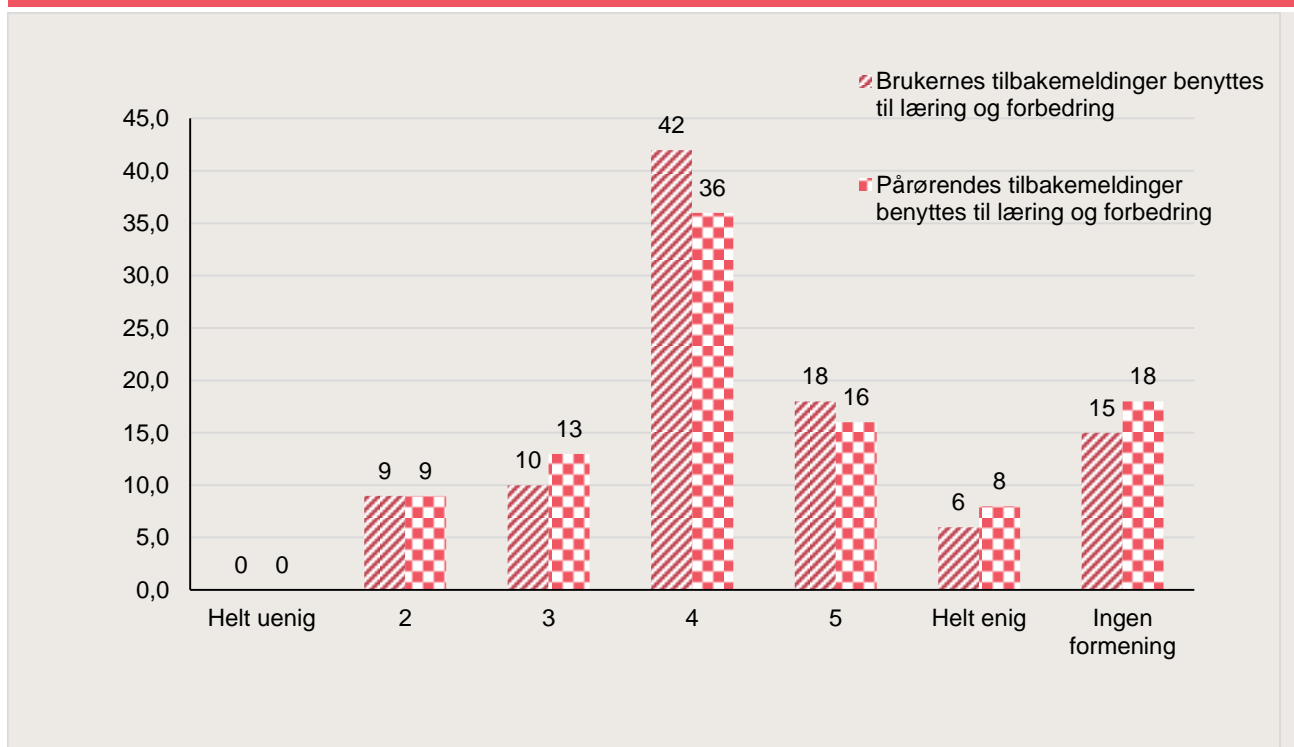
Kilde RRI 2018

Tallene viser at om lag halvparten av de spurte mener kunnskap om avvik/mangler benyttes til læring og forbedring. Likevel er så mange som 34 prosent uenig i at dette gjøres og 13 prosent har ingen formening om spørsmålet.

Undersøkelsen viser videre at majoriteten av medarbeiderne i tjenesten opplever at de høres og tas med i forbedringsarbeid (sett tallene inn i tab under), mens tallene for brukere og pårørende viser en større forbedringspotensial, jf. figur 8 under.

Figur 8 Brukernes og pårørendes tilbakemeldinger benyttes til læring og forbedring (N=67)

Tilbakemeldinger fra brukere og pårørende benyttes til læring og forbedring



Kilde RRI 2018

19 prosent sier seg uenig i at tilbakemeldinger fra brukere benyttes i forbedringsarbeid, mens tilsvarende for involvering av pårørende er på 22 prosent. Vi ser også at en ikke ubetydelig andel ikke har noen formening om temaet.

4.3 Revisjonens vurdering

En god internkontroll er viktig for å sikre forsvarlige tjenester, god kvalitet og et systematisk forbedringsarbeid. Kravene til internkontroll i helse- omsorgssektoren, herunder hjemmetjenesten, er nedfelt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten har flere elementer av en internkontroll på plass, men at det er mangler og forbedringspotensial på flere viktige områder.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har en tydelig organisasjons- og lederstruktur, hvor det fremgår klart hvordan ansvar og oppgaver er fordelt og de ansatte opplever stort sett at de er kjent med så vel egne som andres oppgaver. Det har imidlertid manglet en administrativ delegering av myndighet fra rådmann og videre ned i organisasjonen. Virksomhetsleders myndighet, ansvar og oppgaver har ikke vært formelt dokumentert verken i delegering, lederavtale, stillingsinstruks eller lignende. Dette har bidratt til uklarheter vedrørende ansvar, blant annet for internkontrollen, noe

som etter revisjonens vurdering er uheldig. Kommunen har utarbeidet en mal for delegeringsreglement, men som på revisjonstidspunktet ennå ikke var tatt i bruk.

Det er kommunens ansvar at hjemmetjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse, at det gis nødvendig opplæring og legges til rette for fagutvikling. Undersøkelsen viser at tjenesten synes sårbar grunnet utfordringer med å rekruttere sykepleiere, tidvis høyt sykefravær og høy vikarbruk. Spørreundersøkelsen viser at 23 prosent av pleierne mener tjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov. Den viser også at 32 prosent mener det ikke er lagt til rette for fagutvikling og kompetanseøkning.

For å kunne sikre at tjenesten har nødvendig fagkompetanse må kompetansebehovet i virksomheten kartlegges. Gjennomføring av en slik kartlegging og plan for kompetanse er satt opp som mål i virksomhetsplanen for 2018. Kommunen hadde på revisjonstidspunktet ikke foretatt en slik kartlegging. Den enkeltes behov for kompetanse og fagutvikling har imidlertid blitt tatt opp i medarbeidersamtaler gjennom året som er gått.

Kommunen skal i henhold til internkontrollforskriften ha oversikt over områder i hjemmetjenesten hvor det er fare for risiko for svikt eller mange på etterlevelse av myndighetskrav. Dette forutsetter at kommunen har rutiner som sikrer slike gjennomganger systematisk. Undersøkelsen viser at det ikke er utarbeidet rutiner for dette, og at det heller ikke i praksis gjennomføres systematiske kartlegginger og vurderinger av risiko. Dette er etter revisjonens vurdering avgjørende for en god internkontroll at det gjennomføres systematiske risikovurderinger.

En god internkontroll forutsetter også at hjemmetjenesten har et velfungerende system for å melde og håndtere avvik. Undersøkelsen viser at det er utarbeidet skriftlige rutiner for hvordan pasientavvik skal meldes og håndteres og at rutinene ligger tilgjengelig i fagsystemet Cos.Doc. Etter revisjonens vurdering synes imidlertid ikke systemet å fungere tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at 26 prosent av deltagerne i spørreundersøkelsen mener systemet for å melde ikke er godt nok. 29 prosent vet ikke hvordan de skal melde avvik. 27 prosent mener kommunen ikke har en kultur for å melde avvik.

Pasienter, brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap om avvik, mangler og forbedringsområder. Deres erfaringer og innspill bør derfor systematisk etterspørres. Undersøkelsen viser at det er gjennomført to brukerundersøkelser i hjemmetjenesten på syv år.

Informasjon og kunnskap om avvik, mangler, forbedringsområder, herunder informasjon og tilbakemeldinger fra brukere og pårørende er et viktig grunnlag for forbedringsarbeid. Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten ikke i tilstrekkelig grad synes å benytte kunnskapen de har om avvik, mangler og brukererfaringer inn i et systematisk i forbedringsarbeid. Undersøkelsen viser blant annet at 34 prosent av pleierne mener at tjenesten ikke benytter kunnskap om avvik og mangler til læring og forbedring. Om lag 20 prosent mener tilbakemeldinger fra brukere og pårørende ikke benyttes til læring og forbedring.

5 KVALITET

I dette kapitlet besvares problemstilling 2 i undersøkelsen:

Har Nes kommune rutiner/prosedyrer og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?

I tillegg til å undersøke om kommunen har rutiner og prosedyrer som sikrer kravene som stilles til kvalitet, undersøkes om rutinene er godt kjent og om de etterleves. Til slutt undersøkes om medarbeiderne i tjenesten opplever at det er lagt godt til rette for å kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov slik de fremkommer av kvalitetsforskriften.

5.1 Revisjonskriterier

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).

Forskriften skal bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter (tidligere) kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Forskriften gir ikke brukerne rett på bestemte tjenester, men kommunene pålegges å utarbeide *skriftlige* prosedyrer om skal søke å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Forskriften lister opp en rekke behov som anses som grunnleggende som selvstendighet, respekt, trygghet, fysiologiske og sosiale behov, variert og helsefremmende kosthold, hjelp til måltider, tilpassede aktiviteter, egenomsorg/pleie m.m. Prosedyrene skal også sikre at den enkelte får de tjenestene de trenger til rett tid, at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert og at brukere og ev. pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

Flere av kravene i kvalitetsforskriften er også nedfelt i Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Verdighetsgarantien skal bidra til å sikre den enkelte en verdig, trygg og meningsfull alderdom. For å oppnå dette skal tjenestetilbudet blant annet legge til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold, normal døgnrytme, muligheten til å kunne fungere normalt, ha samtaler om eksistensielle spørsmål og få forsvarlig oppfølging av lege.

I Nes kommunes omsorgsplan (2013-2025)³ vises det til at Nes kommune har som mål at tjenestene som gis skal legge stor vekt på forhold som er viktige for brukeren og at hensyn som

³ Nes kommunes omsorgsplan «Rett hjelp til rett tid» ble vedtatt av kommunestyret 11.12.2012

forutsigbarhet, medvirkning, respekt, verdighet, trygghet mm. alltid skal styre utøvelsen av tjenestene (Nes kommunes omsorgsplan s. 7).

Revisjonskriteriene er først og fremst knyttet til om kommunen har etablert prosedyrer som skal bidra til å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. I veilederen til kvalitetsforskriften (Helsedirektoratet 2004) vises det til at det ikke er et krav at det skal være én prosedyre for hvert av punktene i kvalitetsforskriften. Én prosedyre kan dekke flere punkter, men til sammen skal prosedyrene ivareta alle punktene. Revisjonen legger også til grunn at de ansatte i tjenesten er kjent med rutinene, at de er implementert og at de opplever at det er lagt til rette for etterlevelse av kravene som stilles til kvalitet.

Følgende kriterier legges til grunn for undersøkelsen av kvalitet:

| Problemstilling 2 | Revisjonskriterier |
|--|--|
| Har Nes kommune rutiner/prosedyrer og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften? | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Det er utarbeidet rutiner som skal bidra til sikre kravene i kvalitetsforskriften ⇒ Rutinene er kjent og etterleves av medarbeiderne i tjenesten ⇒ Medarbeidere i tjenesten skal oppleve at det er lagt til rette for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. |

5.2 Funn

5.2.1 Helhetlig pasientforløp(HPH)

Hjemmetjenesten i Nes har siden 2013 jobbet med å implementere arbeidsmetodikken «Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem» (HPH). Virksomhetsleder og fagutviklingspsykepleier opplyser i intervju at rutinene som er etablert som en del av denne metodikken skal bidra til å sikre at alle kravene i kvalitetsforskriften ivaretas. Gjennom HPH-metodikken skal pasientforløpet oppleves forutsigbart og koordinert i tillegg skal pasienten oppleve en god faglig gjennomgang av sine behov både ved oppstart av en tjeneste og ved endring av hjelpebehov.

HPH er et systematisk utskrivelses- og oppfølgingsprogram for brukere av hjemmetjenesten. Programmet er utviklet av Professor Anders Grimsmo ved NTNU i samarbeid med to helseforetak og 7 kommuner i Midt-Norge⁴. Programmet ble utviklet i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Nes hjemmetjeneste startet arbeidet med å utvikle og implementere prosedyrer og arbeidsmetoder for å sikre et helhetlig pasientforløp fra «hjem til hjem» i 2013. Arbeidet var et delprosjekt som et ledd i oppfølgingen av kommunens Omsorgsplan 2013-2016. Revisjonen får opplyst i intervju at kommunen har jobbet mye med å gjøre metodikken kjent blant de ansatte, veilede og gi opplæring. Kommunen har også deltatt i to læringsnettverk for helhetlig pasientforløp (2014-2016); Gode pasientforløp og for eldre og kronisk syke og Psykisk helse og rus som et ledd i implementeringen av metodikken.

HPH-metodikken strukturerer overgangen til/fra kommune-spesialisthelsetjeneste og beskriver hva som skal skje ved innlegges i, og utskrivelse fra sykehus/sykehjem. Programmet strukturerer videre oppfølgingen innad i kommunehelsetjenesten ved å definere *stoppunkt* som skal sikre systematisk kartlegging og vurdering av pasientens behov og samhandling tjenester i mellom. Fagutviklingssykepleier forteller at HPH i utgangspunktet skal brukes for alle pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet, men at det i tilfeller hvor behovet for bistand er av kort varighet, kan utføres en forenklet kartlegging. Som eksempel viser hun til blodfortynnende etter et inngrep eller drypping av øyer etter operasjon.

Metodikken er bygget opp av et system med sjekklister i alle overganger i pasientforløpet. Brukernes behov, tverrfaglig samarbeid og systematisk oppfølging og evaluering står sentralt. HPH tydeliggjør ansvar og oppgaver i alle ledd og sjekklister i de ulike fasene skal sørge for at alt blir gjort/kartlagt» forteller fagutviklingssykepleier.

Under følger en utdyping av de ulike elementene i metodikken.

Sjekklister og stoppunkt

Ifølge kommunens rutine for helhetlig pasientforløp brukes sjekklister som verktøy for å vurdere pasientens tjenestebehov og for å kvalitetssikre informasjonsoverføringen mellom kommune, fastlege, institusjon og sykehus i overgangssituasjoner. I hjemmetjenesten benyttes sjekklister ved oppstart av en tjeneste, i ulike faser av oppfølgingen av pasienten og generelt i overganger som er sårbare for svikt. Kommunen har utarbeidet i alt 6 sjekklister:

- HPH0 (melding av behov/endret behov)
- HPH2 (oppstart tjeneste/utskrivelse)
- HPH3 (kontroll/oppfølging fastlege)
- HPH4 (endring/funksjonsfall)
- HPH5 (evaluering/årlig gjennomgang)

⁴<http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet/>

- HPH6 (funksjonsfall).

Utsnittet fra rutinen under illustrerer metodikken med stoppunkt og bruk av sjekklister.

Figur 9 Rutine Helhetlig pasientforløp

| Stoppunkt | Sjekklister |
|---|--|
| Telefon tildelingsenheten/sykehus | HPH0 – utskrivelse fra sykehus/sykehjem |
| Innen 3 dager ; sykepleier og/eller tverrfaglig kartlegging | HPH2 – Hjemkomst/oppstart tjenester |
| Besøk hos fastlege | HPH3 – Forberedelse time hos fastlege HPH 3 - besøk hos fastlege.docx |
| Etter 4 uker ; Hjemmebesøk sykepleier (HT) og saksbehandler (TE) , evt, fysio/ergo Hver 6. måned ; spl (HT), evt. saksbehandler (TE) og/eller fysio/ergo | HPH5 – Fire-ukers samtale/revurdering av bruker |
| Daglig tjenesteyting | Oppdragets art – vedtak - tiltaksplan – arbeidsliste «Hva er viktig for deg?» Samtalehjulet psfs.pptx |
| Telefon til legevakt/AMK | HPH4 – Ved helse-/funksjonssvikt, fall |
| Helsetjenester i hjemmet; Etter innleggelse, ved funksjonsfall | Samarbeidsrutine for Hjemmetjenesten, Fysio/Ergo og Tildelingsenheten (se eget punkt) |

Kilde Nes kommune

Både virksomhetsleder og fagutviklingssykepleier opplyser i intervju at sjekklisene skal sikre at pasientenes grunnleggende behov kartlegges og at pasienten følges opp systematisk.

Pasientens behov – hva er viktig for deg?

Sentralt i metodikken er videre å dreie fokuset fra å ta utgangspunkt i pasientens diagnoser, til å se pasientens helhetlige behov. Dette gjøres gjennom en systematisk samtale hvor brukerens situasjon og hjelpebehov kartlegges. Hva kan han eller hun mestre selv? Hva er viktig? Hvilket bistandsbehov har pasienten? Revisjonen får opplyst at det finnes verktøy som kan brukes i kartleggingen, f.eks. «Samtale-hjulet». Kommunen bruker per i dag ingen mal for gjennomføring av samtalen, men spørsmålene i kartleggingen er implementert i sjekklisen (HPH2).

Samarbeidsrutiner

Tverrfaglig samarbeid skal sørge for helhet og effektivitet i tilbudet til den enkelte. Det er utarbeidet skriftlig samarbeidsrutine mellom hhv. hjemmetjenesten, fysio/ergo og tildelingsenheten om tjenester i hjemmet etter innleggelse og ved funksjonsfall. Rutinene omhandler samarbeid og kommunikasjon fra utskrivelse (sykehus/sykehjem), til hjemkomst, oppstart og oppfølging av tjenestene pasientene får. Rutinene sier noe om hva som skal gjøres, hvem som skal gjøre hva, samt hvordan og hvor informasjon skal dokumenteres. Hjemmetjenesten skal vurdere grunnleggende behov m.m., «fysio» skal gjøre funksjonsvurdering og «ergo» boligvurdering og ev. behov for hjelpemidler, kognitiv vurdering m.m. Tildelingsenheten har ansvar for dialogen med

sykehus/sykehjem og henvisning til de aktuelle tjenestene. Både kartlegging og oppfølging skal i henhold til rutinene være tverrfaglig.

Det er også utarbeidet rutiner for samarbeid mellom hjemmetjenesten og miljøarbeidertjenesten. I rutinen vises det til at det i situasjoner hvor pasient/bruker har behov for tjenester fra flere virksomheter, skal de ulike tjenestene informere hverandre, ha god kommunikasjon og felles møtepunkter. Rutinene for HPH skal være utgangspunkt for samarbeidet. Det skal videre opprettes samarbeidsgruppe og IP der flere tjenester skal yte bistand til pasient/bruker.

Skriftliggjøring av prosedyrene

Revisjonen får opplyst at prosedyrene for gjennomføring av HPH er nedfelt i arbeidsbeskrivelsen for teamene og funksjonsbeskrivelsen for sykepleier 1. Prosedyrene er en del av kommunens kvalitetshåndbok. Alle HPH sjekk-lister er lagt inn i Cos.Doc. (kommunens fagsystem) som egen registreringstype med hjelpetekst, dvs. del av pasient-journal. Tilsvarende gjelder en rekke av de kartleggingsverktøy som brukes, som MEWS (Modified Early Warning Score), VAR (smerte), MNA (ernæring). Kartleggingsverktøyene er videre fast utstyr i bagen som de ansatte har med seg til pasient daglig. Fagutviklingssykepleier opplyser i intervju at alle punktene i sjekklister skal dokumenteres.

5.2.2 Rutiner på enkeltområder

I tillegg til rutiner og metodikk for helhetlig pasientforløp har hjemmetjenesten en rekke enkeltrutiner som på ulikt vis skal bidra til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Rutinene er samlet i tjenestens kvalitetshåndbok som ligger tilgjengelig i fagsystemet Cos.doc. Det er blant annet utarbeidet detaljerte rutiner for:

- Medikamenthåndtering, medisinansvar, dokumentasjon m.m., opplæring
- Administrasjon av legemidler
- Ernæring og måltider
- Mental helse – demensteam
- Hygiene (munn- og tannbehandling, smitte m.m)
- Hygiene og smittervern
- Identitet, verdier og styring av eget liv, åndelige behov
- Etikk (bruk av tvang og makt)
- Akuttinnleggelser
- Helhetlig pasientforløp og mottak av e-melding
- Terminalpleie
- Opplæring
- Prioritering av arbeidsoppgaver og omdisponering av personalet på vakter med underbemanning
- Prosedyre ansvarsvakt
- Trygghetsalarm (tildeling, opphør, utrykning)

Revisjonens gjennomgang av kvalitetshåndboken viser at flere av rutinene er under utarbeidelse. Fagutviklingssykepleier opplyser i e-post til revisjonen at kvalitetshåndboken de siste årene er revidert stykkevis og delt og at planen har vært å gjennomgå alt i sammenheng når det nye kvalitetssystemet tas i bruk.

5.2.3 Daglig tjenesteyting og oppfølging

Kartleggingen av pasientenes behov skal munne ut i en tiltaksplan som skal ligge til grunn for tjenestene og oppfølgingen av den enkelte. Ifølge kommunens journalrutine skal tiltaksplanen beskrive hvilket problem/behov pasienten har, pasientens ressurser i forhold til dette, mål/forventet resultat og tiltak. Videre står det i rutinen at daglig rapport i forhold til problem/behov skal knyttes til tiltakene. Planen skal oppdateres jevnlig og danne grunnlag for den helsehjelpen pasienten mottar. Alle pasienter med journal i Cos.Doc. skal videre IPLOS-registreres⁵. Evaluering av IPLOS skal skje minimum 2 ganger i året, samt ved vesentlige endringer i funksjonstap. Journalrutinene beskriver videre hva som skal dokumenteres og at all dokumentering av helsehjelp skal skje i Cos.Doc.

For å sikre daglig tjenesteutøvelse av oppgavene hos den enkelte, brukes arbeidslister. Arbeidslistene sier noe om hva som skal gjøres og hvem som skal gjøre hva. Oppdragets art skal til enhver tid være oppdatert på arbeidslisten (jf. journalrutine).

Pasientene følges opp av egne team som skal ivareta oppfølging av og daglige oppgaver hos pasient (jf. teambeskrivelse). Teamene skal i henhold til arbeidsbeskrivelsen sette seg inn i brukers situasjon, diagnose, historie, psykiske, fysiske, sosiale og åndelige ressurser og behov. Tiltaksplaner, pasientjournal og arbeidslister er viktige informasjonskilder i den sammenheng.

Overføring av informasjon mellom vaktskifter og fra dag til dag, fordeling av oppgaver osv. foregår i rapportmøter, hhv. et morgenmøte, et møte midt på dagen og et om ettermiddagen. Det er utarbeidet en egen rutine for hvordan rapportering skal foregå og hva som skal gjøres, blant annet skal arbeidslister og tiltaksplaner oppdateres.

5.2.4 Helhetlig pasientforløp (HPH) i praksis

Både fagutviklingssykepleier og virksomhetsleder i hjemmetjenesten mener kommunen er kommet langt med å implementere bruken av metodikken Helhetlig pasientforløp og at rutiner og prosedyrer er godt kjent og innarbeidet i avdelingene. Fagutviklingssykepleier sier:

Opplever at rutinene og bruk av sjekklister er godt innarbeidet i Hjemmetjenesten. Vi har etter hvert utviklet et eget «språk» i tjenesten; Her er det behov for en HPH!
Oversatt: Vi må kartlegge og finne ut hva som skjer!

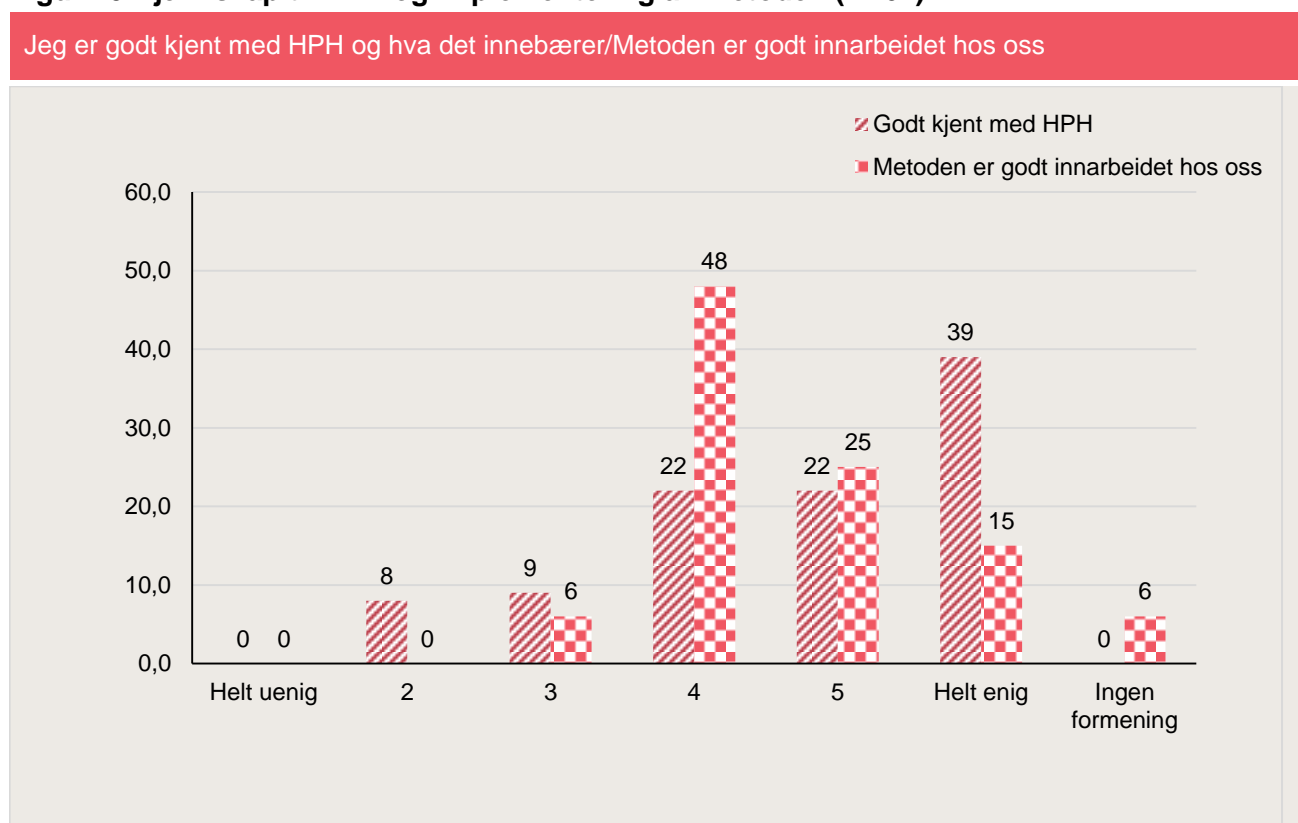
⁵ Lovbestemt helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er fagutviklingssykepleier, i tett samarbeid med sykepleier 1, som har ansvar for å evaluere og videreutvikle arbeidsmetoder og rutiner for HPH. Fagutviklingssykepleier følger jevnlig med på om prosedyrer og rutiner for HPH etterleves ved å gjennomgå dokumentasjon med avdelingsledere/sykepleier 1. Både virksomhetsleder og fagutviklingssykepleier peker imidlertid på at de ikke helt i mål med implementering av HPH, selv om antall kartlegginger i tråd med HPH øker jevnt.

Fagutviklingssykepleier mener metoden har bidratt til å tydeliggjøre ansvar og oppgaver i alle ledd av pasientforløpet. De erfarer også at de klarer å være tidlig ute med informasjon og komme i dialog med pasient og pårørende noe som bidrar til å avklare forventninger og unngå misforståelser.

I spørreundersøkelsen blant medarbeiderne i tjenesten ble det stilt spørsmål om HPH som metodikk er godt kjent og om de opplever at metoden er implementert i avdelingen/virksomheten.

Figur 10 Kjennskap til HPH og implementering av metoden (N=67)



Kilde RRI 2018

Undersøkelsen viser at de aller fleste som har besvart undersøkelsen både kjenner til metodikken og mener at metoden er godt innarbeidet. Resultatene fra spørreundersøkelsen bekrefter også det virksomhetsleder og fagutviklingssykepleier påpeker; at tjenesten ikke er helt «i mål» med å følge metodikken i praksis.

Avdelingslederne peker i e-post til revisjonen på at det tar tid å bli trygg på metodikken og at det er viktig at det gis tid og rom til både praktisk gjennomføring og til å forankre forståelsen hos alle ansatte og profesjoner. En av avdelingslederne påpeker at det er en utfordring at det kun er sykepleiere som utfører HPH'er og at det derfor er utfordrende å følge opp i perioder med «stort pasienttrykk». En annen peker på at det er en utfordring med jevnlig kartlegging av pasientene slik metodikken legger opp til:

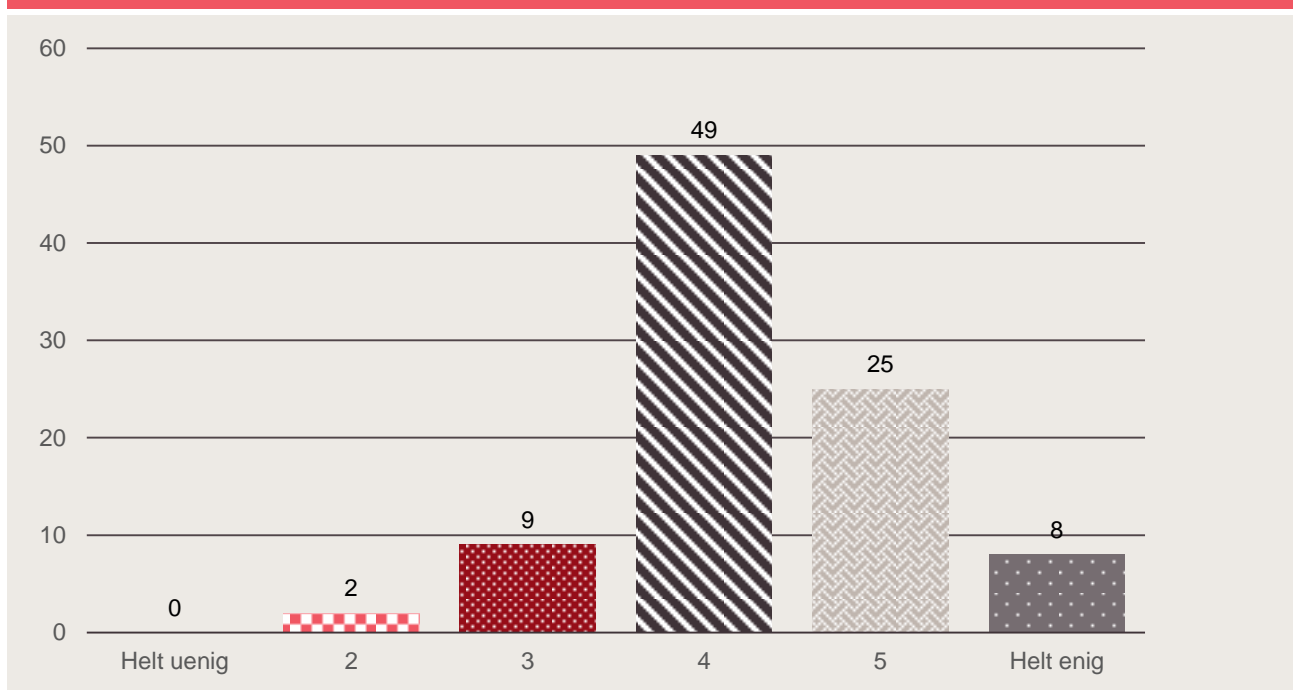
Det vi jobber med nå er at vi oppdaterer alle kartlegginger rundt pasienten. Vi skal jo ha både HPH, pleieplan, IPLOS og vedtak som passer til hverandre. Det å klare og jevnlig kartlegge pasientene jobber vi med. Her har vi mangler. Vi har jo ca. 100 pasienter, og det og ha overblikket og kontinuiteten er det vi har fokus på. Samt at alt skal henge i hop.

Fagutviklingssykepleier viser til at tjenesten har hatt et par turbulente år, med skifte av ledere, omorganisering og flytting. Hun opplever nå at tjenesten er i ferd med å få satt seg i ny organisering og det nå ligger bedre til rette for videre arbeid med metodikken. Virksomhetsleder peker på at de skal fortsette arbeidet med implementeringen av HPH, styrke bevisstgjøringen og opplæringen i metodikken.

På spørsmål om særlige utfordringer med HPH peker både fagutviklingssykepleier og virksomhetsleder på tverrfaglig samarbeid som den største utfordringen og at både samarbeidet med ergo-fysioterapeuttenesten og fastlegene har et forbedringspotensial. Figuren under viser hvordan medarbeiderne i hjemmetjenesten vurderer det tverrfaglige samarbeidet.

Figur 11 Samarbeid med andre tjenester (N=67)

Vi samarbeider godt med andre tjenester om kartlegging og oppfølging av tjenester



Kilde RRI 2018

Selv om majoriteten av medarbeiderne alt i alt (3-6) sier seg enig at hjemmetjenesten samarbeider godt med andre tjenester, er det likevel mange som ikke er udelte enige. Nesten halvparten av de spurte svarer '4' på skalaen for enighet, noe som indikerer et stort forbedringspotensial. Videre ser vi at 11 prosent er uenig i at det samarbeides godt.

Også avdelingslederne peker på at det er et stort forbedringspotensial med tanke på tverrfaglig samarbeid både med fastleger, ergo- fysioterapitjenesten og psykiatritjenesten. Virksomhetsleder peker på at både vilje til å involvere andre instanser og tilgjengelighet når behovet er der, kan være forklaringen på at de ikke alltid får til et samarbeid i praksis. En av avdelingslederne sier det slik:

Pasienten kan raskt ha behov for endring, med tverrfaglig kartleggingsbesøk da er det utfordrende å finne tidspunkter som passer. Og hjemmetjenesten må ha rask løsning, mens f.eks. fysio/ergo ikke har tid før neste uke.

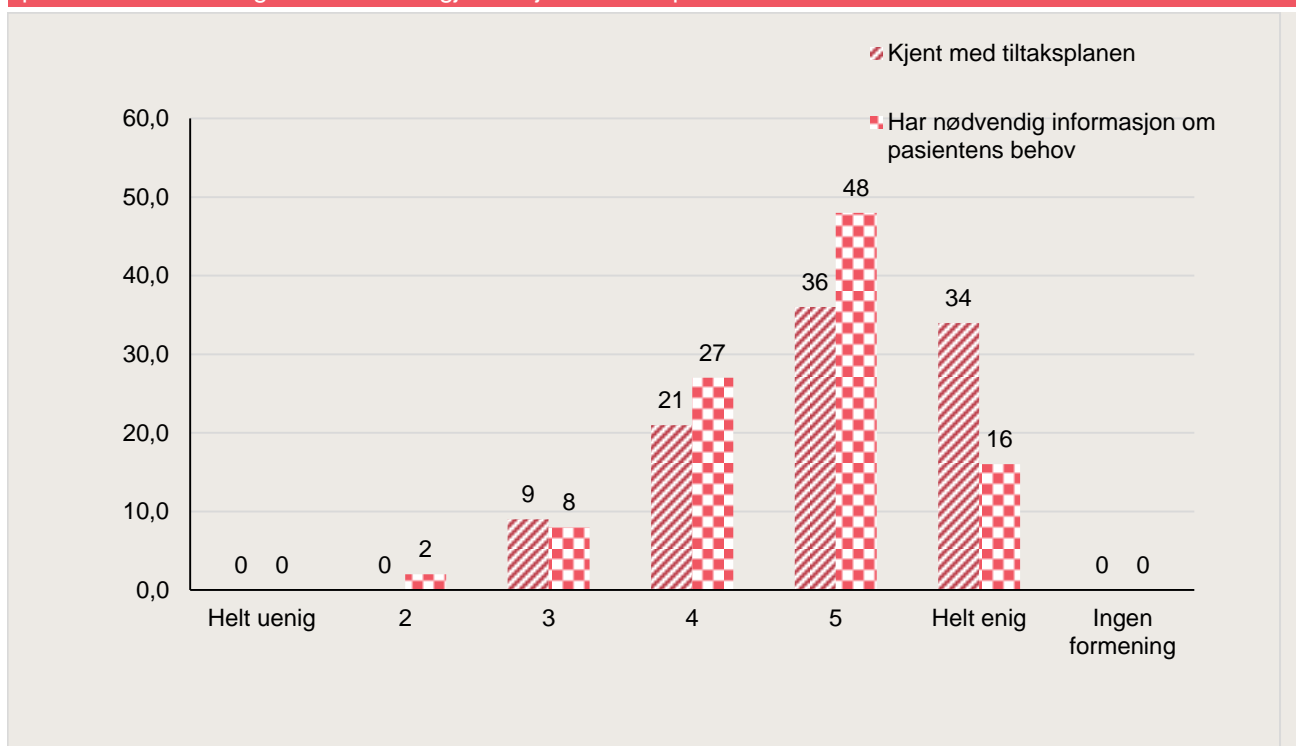
På spørsmål om hva som kan være konsekvensen av manglende tverrfaglighet svarer virksomhetsleder at pasientene blant annet kan oppleve motstridende beskjeder, noe som kan oppleves forvirrende. Fagutviklingssykepleier peker på at man kanskje ikke kommer like raskt i gang med tjenestene pasienten skal ha. Det understrekes imidlertid at pasientene får de tjenestene de har krav på.

Tiltaksplan er et viktig verktøy i oppfølgingen av pasientene og ivaretagelsen av pasientens behov. Tiltaksplanen sier noe behovet til den enkelte og hvilke tjenester han/hun skal ha. Tiltaksplanen skal være kjent for aktuelle ansatte.

Revisjonen har i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad de ansatte er kjent med innholdet i tiltaksplanen til pasientene, om de har den informasjonen de trenger om pasientens behov og hva som skal gjøres hos den enkelte.

Figur 12 Kjennskap til innholdet i tiltaksplanen til pasientene (N=67)

Jeg er godt kjent med innholdet i tiltaksplanen til pasientene/Jeg har den informasjonen jeg trenger om pasientens behov og hva som skal gjøres hjemme hos pasient



Kilde RRI 2018

Figuren viser at de fleste sier seg enig i at de er kjent med tiltaksplanen og at de har nødvendig informasjon om pasientenes behov og de oppgaver som skal gjøres. Tallene viser likevel at det er noen som mener de ikke har den nødvendige informasjon (10 prosent) eller at informasjonen de har kunne vært bedre.

I de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen peker en av de spurte på at det er mange som føler seg utrygge i forhold til å skrive tiltaksplaner/pleieplaner og at det dermed ikke blir gjort. Flere peker også på at mange heller ikke er motiverte for å lære. Virksomhetsleder forteller at det er noe ulik kompetanse når det gjelder å utarbeide tiltaksplaner blant de ansatte, og at det ofte er ressurspersoner som utarbeider planene. Fagutviklingssykepleier mener at kvaliteten på tiltaksplanene kan bli bedre, f.eks. er det et forbedringspotensial når et gjelder å omsette

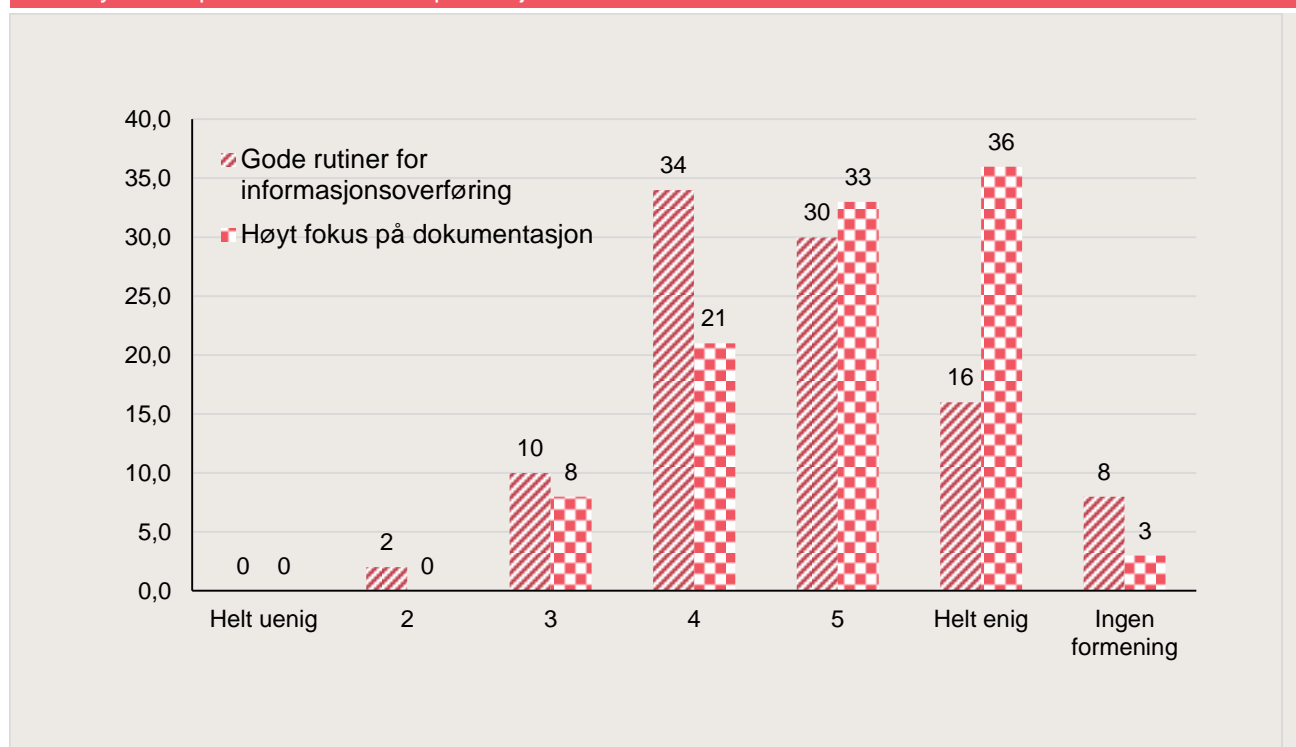
informasjon fra kartleggingen over i planene. Dette kan utgjøre en risiko for at de som er hjemme hos pasienten ikke får tilstrekkelig informasjon sir hun.

Virksomhetsleder opplyser i intervju at tjenesten har gjort store forbedringer hva angår dokumentasjon, men at det fremdeles er et forbedringspotensial. Det pekes på at dokumentasjonspraksisen varierer mellom personer og avdelinger. Hva som dokumenteres kan også være av varierende kvalitet og viktighet. Virksomhetsleder presiserer at ikke alt nødvendigvis skal dokumenteres, og at det viktigste er å dokumentere avvik fra «normalen». For stabile pasienter skal det minimum føres journal en gang ukentlig opplyser hun. Virksomhetsleder mener mangel på dokumentering har sammenheng med at man opplever mangel på tid, og at det kan være ulik kultur for å dokumentere blant de ansatte. Informasjon blir i mange tilfeller overført muntlig. Virksomhetsleder opplyser videre at det nå skal innføres nettbrett som nok vil gjøre det enklere å dokumentere fortløpende.

Revisjonen har spurt medarbeiderne i tjenesten om de mener tjenesten har gode rutiner for å sikre overføring av informasjon (rapport) om pasientene og om det er et høyt fokus på dokumentasjon i avdelingen.

Figur 13 Rutiner for å sikre overføring av informasjon om pasientene/fokus på dokumentasjon (N=67)

Tjenesten har gode rutiner for å sikre overføring av informasjon (rapport) om pasientene/ min avdeling er det høyt fokus på å dokumentere i pasientjournal



Kilde RRI 2018

Et flertall mener hjemmetjenesten har gode rutiner for overføring av informasjon om pasientene, men tallene viser også at dette kan bli bedre. 46 prosent er helt eller delvis enige (5-6), mens 34 prosent er litt enige (4). 12 prosent er uenig i at det er gode rutiner og 8 prosent har ingen formening. 90 prosent mener avdelingen de jobber i har et høyt fokus på dokumentasjon i journal.

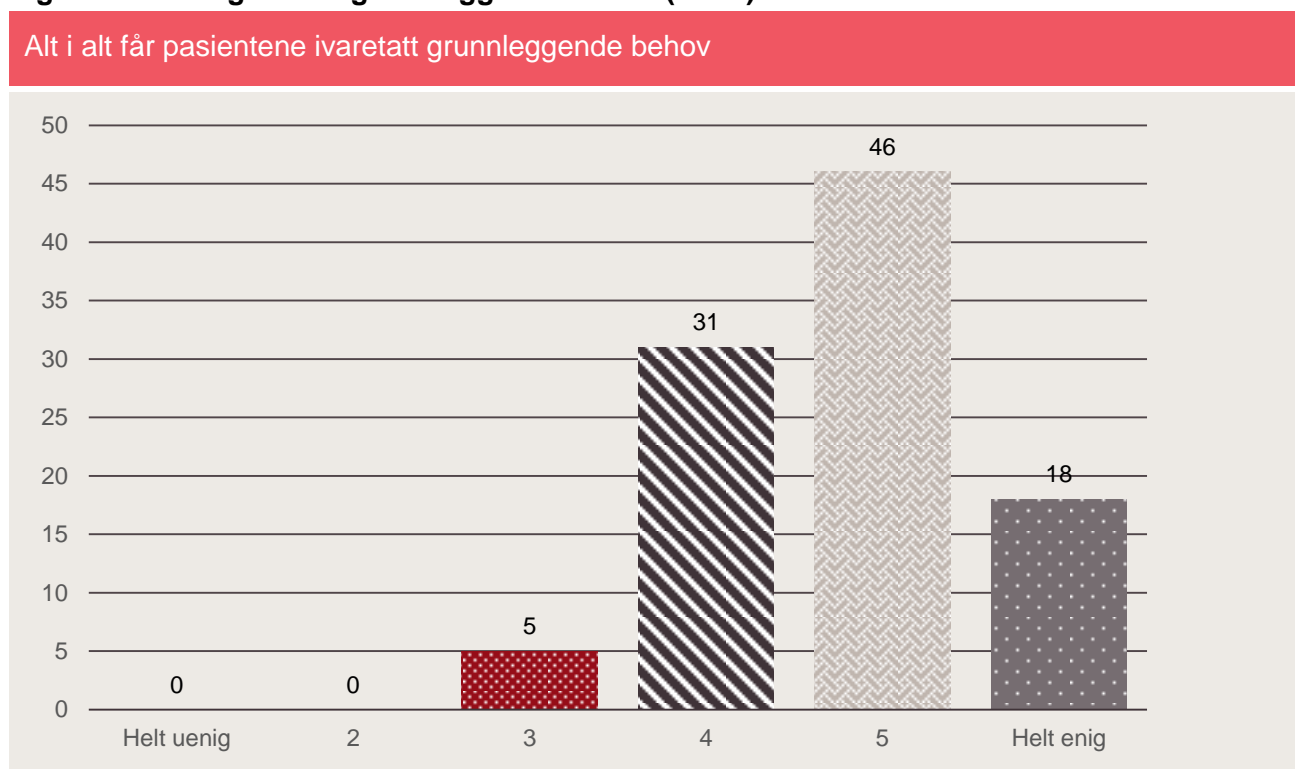
5.2.5 Tilrettelegges for ivaretagelse av grunnleggende behov?

Gjennom å jobbe etter metodikken HPH skal hjemmetjenesten sikre at pasientenes grunnleggende behov ivaretas. Hvordan dette gjøres og hvor godt metodikken er implementert har vi redegjort for i foregående avsnitt.

I dette avsnittet undersøker vi om pleierne opplever at det er *lagt til rette* for å kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov.

Figur 14 under viser i hvilken grad medarbeiderne mener det «alt i alt», altså generelt, er lagt godt til rette for at pasientene får ivaretatt sine grunnleggende behov.

Figur 14 Ivaretagelse av grunnleggende behov (N=67)



Kilde RRI 2018

Som vi ser er det i overveiende grad enighet om at det er lagt godt til rette for at pasientenes grunnleggende behov ivaretas. 18 prosent er helt enig i at det er lagt godt til rette, 46 prosent er nesten helt enig (5). En av avdelingslederne i hjemmetjenesten sier til revisjonen at hun tror

generelt at pasientene i hjemmesykepleien har det bra. «Vi har lite klager, og det er mye skryt av pleierne» sier hun.

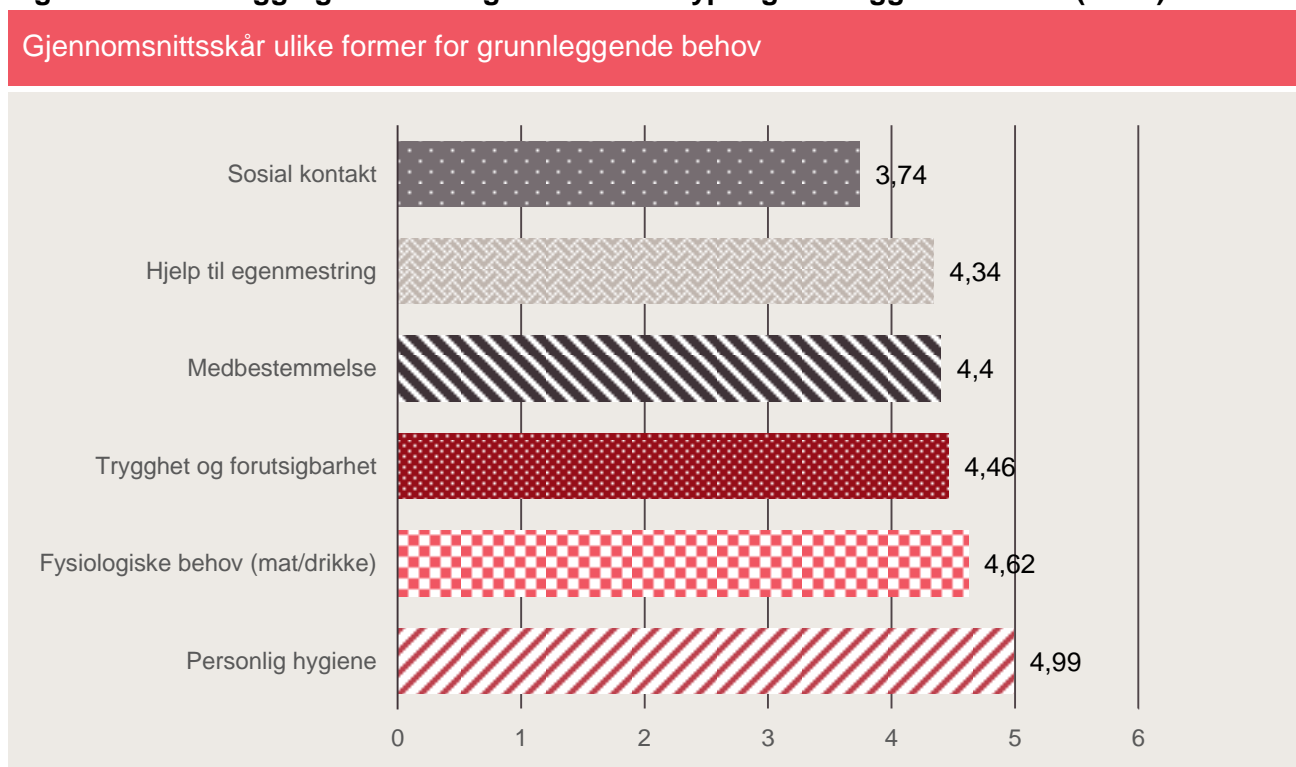
Likevel, 31 prosent av de spurte er ikke fullt ut enige (4) og fem prosent sier seg litt uenig i at det er lagt til rette for at grunnleggende behov ivaretas. Dette kan tolkes dithen at selv om det meste er positivt, er det også noe som kan bli bedre.

Kvalitetsforskriften nevner en rekke grunnleggende behov som kommunen gjennom sine prosedyrer skal sikre ivaretagelse av. Revisjonen har spurt medarbeiderne i tjenesten om hvor enige de er i at det er lagt godt til rette for at pasienter og brukerne av kommunens tjenester får ivaretatt følgende grunnleggende behov:

- behov for trygghet og forutsigbarhet
- fysiologiske behov knyttet til mat og drikke
- mulighet for sosial kontakt/aktiviteter
- ulike behov knyttet til personlig hygiene
- hjelp til egenmestring
- medbestemmelse ift utførelsen av tjenestene

Figuren under viser gjennomsnittsskår (jo nærmere 6 jo bedre) for hvor godt man mener det legges til rette for ivaretagelse av overfor nevnte grunnleggende behov.

Figur 15 Tilrettelegging for ivaretagelse av ulike typer grunnleggende behov (N=67)



Kilde RRI 2018

Mulighet for sosial kontakt/aktiviteter er det behovet flest mener det i dårligst grad legges til rette for. Dernest kommer hjelp til egenmestring, medbestemmelse, trygghet og forutsigbarhet. Ivaretagelse av ulike former for fysiologiske behov knyttet til mat og drikke samt personlig hygiene er de områdene pleierne mener det er best tilrettelagt for.

Revisjonen har i etterkant av spørreundersøkelsen spurt virksomhetsleder, fagutviklingssykepleier og avdelingslederne i tjenesten om noen betraktninger/refleksjoner rundt funnene over. Hva kan være årsakene til at særlig grunnleggende behov som sosial kontakt/aktiviteter, hjelp til egenmestring, medbestemmelse og trygghet/forutsigbarhet får lavest skår?

Sosial kontakt/aktiviteter

Virksomhetsleder peker på at dette nok er det punktet som de som jobber i hjemmetjenesten kjenner mest på. «Det er følelsesmessig tungt å reise fra et menneske som klart gir uttrykk for sin ensomhet og mangel på kontakt» sier hun. Mange av pasientene er alene og besøket fra hjemmetjenesten er ofte kontakten de har med andre mennesker. Tidsskjemaet for de som arbeider i tjenesten er imidlertid stramt og det er ikke avsatt tid til sosial kontakt eller andre aktiviteter som ikke inngår i vedtaket. Aktivitetstilbudet som kommunen kan tilby er dagsenter og kontakt med frivillige.

Hjelp til egenmestring

I kommunens omsorgsplan (2013-2025) er hjemmerehabilitering satt opp som et av tiltakene (se også kap. 6). I hjemmetjenestens virksomhetsplan for 2018 vises det til at hverdagsrehabiliteringstilbudet skal utvikles i samarbeid med ergo/fysiotjenesten.

Virksomhetsleder opplyser i e-post til revisjonen at de har hatt høyt fokus på både opplæring og veiledning av ansatte med tanke på egenmestring. Avdelingslederne i hjemmetjenesten mener at hverdagsrehabilitering i liten grad har blitt implementert i tjenesten. En av avdelingslederne tror det primært har med mangel på ressurser å gjøre, men også lite fokus på og kunnskap om hvordan arbeidsmetoden skal implementeres. Det blir vist til at kommunen har et hverdagsrehabiliteringsteam⁶, men at teamet lenge har vært «ute av drift». Det pekes på at hjemmetjenesten tidligere har hatt jevnlig møter med teamet, men at det har vært «stillstans» i samarbeidet. Flere opplyser også at tidspress bidrar til at pleierne ikke har tid til å tilrettelegge for egenmestring. I tillegg pekes det på at det kan være utfordringer med den praktiske tilretteleggingen i hjemmet. Virksomhetsleder sier:

(...)et eksempel på egenmestring er å la pasientene låse opp døren selv, mange ansatte sier at det kan ta lang tid og de derfor låser seg inn. På lang sikt svekker dette pasienten. Det kan være utfordringer rundt dette med tilrettelegging, dette kan være alt fra større ting som huset i seg selv, eller mindre ting. I de aller fleste tilfellene blir vi enig med pasient og evt. pårørende om å flytte på seng, nattbord, gulvtepper osv., men enkelte ganger sliter vi. I disse tilfellene kan det resultere i fall

⁶ Teamet er en del av fysio- ergotjenesten

og dårlige arbeidsstilling for ansatte. Trening hos pasientene er viktig for å opprettholde funksjon og dermed at hjelpebehovet ikke blir høyere.

En av avdelingslederne understreker at for å lykkes med hverdagsrehabilitering må man ha et hverdagsrehabiliteringsteam, man må lære opp de ansatte i arbeidsmetoden, samt kontinuerlig jobbe med å implementere arbeidsmetoden/tankegangen i tjenesten.

Medbestemmelse

Når det gjelder temaet medbestemmelse er hjemmetjenestens rutiner gjennom helhetlig pasientforløp (HPH) at pasientens ønsker og behov skal kartlegges gjennom metodikken «hva er viktig for deg». Likevel er det, som en av avdelingslederne påpeker, ikke alle ønsker som blir førende for vedtak og tjenester, eller som lar seg gjennomføre. Det vises f.eks. til at mange pasienter ønsker å stå opp et bestemt klokkeslett, men at dette ikke er gjennomførbart i praksis.

Alle pasientene får til en vis grad være med å bestemme når de vil stå opp om morgenen for eksempel, men det er ikke mulig at en ansatt kan hjelpe for eksempel 4 pasienter samtidig kl 0800. Da må vi inngå en avtale med pasienter om at de får senere hjelp. Ikke alltid pasientene er fornøyd med dette.

Ikke alltid det er mulig å imøtekomme den enkelte brukers ønske i forhold til tider de ønsker å motta hjelp. Dette gjelder særlig hjelp til morgenstell og legging.(...) arbeidslisten til den enkelte ansatte er full og det er liten fleksibilitet å endre på tider for besøk på kort varsel.

En av avdelingslederne spør seg om tjenesten har gode nok systemer for å ivareta tilbakemelding om pasientenes behov, både fra pasientene selv og fra pleierne. «Det er viktig at pleierne våre opplever at det som rapporteres/dokumenteres følges opp» sier lederen.

Trygghet og forutsigbarhet

Når det gjelder «trygghet og forutsigbarhet» pekes det på flere forhold som kan forklare at ikke alle mener det er godt nok tilrettelagt på dette området. Virksomhetsleder sier følgende:

Jeg tenker dette kan skyldes at den ansatte opplever at det er mange pleiere innom hver enkelt pasient. At det til tider med mange vikarer kan være vanskelig å opprettholde kontinuitet.

En av avdelingslederne peker også på at høyt vikarbruk medfører at det kan være vanskelig å sikre kontinuitet i oppfølgingen av pasientene:

Det kan ha sammenheng med at man særlig på enkelte avdelinger har veldig mange vikarer og at det både for pleiere og pasienter er vanskelig å oppnå kontinuitet slik at man får fulgt opp og observert samme pasient over tid.

Tjenesten har ikke statistikk på hvor mange pleiere hver pasient må forholde seg til i løpet av f.eks. en måned, men virksomhetsleder forteller i intervju at en intern gjennomgang av en sak viste at det var opptil 20 personer innom brukeren på en måned. «Dette er nok ikke et uvanlig antall og skjer nok i flere tilfeller» sier hun. Virksomhetsleder sier at de er innforstått med at dette kan oppleves utfordrende for mange pasienter, men at dette heller ikke er lett å endre. Hun viser til at dette er et komplisert problem, hvor ikke bare sykefravær og vikarbruk, men også antall stillingsbrøker og

sykefravær spiller inn. En tredelt turnus vil også i seg selv medføre at det pasientene må forholde seg til mange ulike.

Både virksomhetsleder og fagutviklingssykepleier mener imidlertid at det ikke nødvendigvis er mange forskjellige pleiere som er problemet, men at ikke alle pleiere er like godt kjent med hva de skal gjøre hos pasientene. Når de ansatte vet hva de skal gjøre er belastningen på pasienten mindre påpeker de. Fagutviklingssykepleier viser også til forskning som bekrefter dette⁷. Revisjonen får opplyst at det for å redusere belastningen på pasientene jobbes mye på tvers av team/avdelinger og personell og særlig sykepleiekompetanse settes inn der behovet er størst. Det opplyses også om at tjenesten har styrket opplæringen av vikarer. En av avdelingslederne forteller:

Vi opplevde en periode at nye vikarer ikke fikk god nok opplæring. Vi opprettet derfor egen fadderordning og laget eget opplæringshefte for nyansatte. Dette har vi sett meget god effekt av.

Virksomhetsleder peker også på at det kan oppstå situasjoner i løpet av arbeidsdagen som medfører at besøk blir forskjøvet tidsmessig. En av avdelingslederne trekker også frem dette og mener at de nok kan bli bedre til å ringe pasient:

Får vi en alarm, kan vi komme senere enn vi har avtalt. Vi har et slingringsmonn på en halv time før eller etter oppsatt tid. Utenom dette må vi ringe og gi beskjed om at vi er forsinket. Vi kan sikkert jobbe mer med dette, ringer vi alltid?

Til slutt nevnes at pasientene i hjemmetjenesten er dårligere enn før, blant annet er det mange psykiatrispasienter. Revisjonen tolker dette utsagnet dithen at det er mer krevende å sikre trygghet og forutsigbarhet for denne pasientgruppen.

Fysiologiske behov og personlig hygiene

Fysiologiske behov knyttet til mat og drikke samt personlig hygiene er det grunnleggende behovet som flest mener ivaretas best. Dette forklares med at dette er blant hjemmetjenestens hovedoppdrag og at vedtak og arbeidsoppdrag i stor grad er rettet mot dette. Virksomhetsleder sier:

Dette er vel de mest konkrete tingene og som lettest kan måle. Disse behovene er ofte godt beskrevet i pasientens tiltaksplan. I forhold til sosial kontakt og behov for trygghet er dette vanskeligere å måle og blir mer en subjektiv oppfattelse hos den enkelte pleier.

I intervju peker fagutviklingssykepleier spesifikt på at tjenesten har et forbedringspotensial når det gjelder oppfølging av pasienter som er feil- eller underernært. Hun forteller at de det siste året spesielt har hatt økt fokus på ernæring og hvordan fange opp pasienter med risiko for feil- eller underernæring. Hun opplyser at de benytter kartleggingsverktøyet Mini Nutritional Assessment

⁷<https://forskning.no/sykepleie-velferdsstat-helsetjenester/eldre-hadde-i-snitt-17-ulike-pleiere-pa-fire-uker/558343>.

(MNA), at alle avdelinger har vekt tilgjengelig og det er laget egne mapper som inneholder målebånd, veiledning i bruk av MNA og MNA-skjema. Disse mappene ligger i arbeids-bagene som ansatte har med seg til pasientene hver dag. Ernæringskartlegging er også lagt inn i Cos.Doc. som egen registreringstype

Ressurskrevende brukere

En av avdelingslederne i tjenesten peker også på at det generelt er utfordrende å ivareta flere av de grunnleggende behovene for gruppen ressurskrevende pasienter, blant annet pasienter som har personlig assistentordninger som ligger under hjemmetjenesten. Det pekes på at dette oppleves som en betydelig annerledes måte å jobbe på enn hos de andre pasientene, og at det oppleves at hjemmetjenesten verken har den kompetansen eller ressursene som trengs til å følge opp denne pasientgruppen.

5.3 Revisjonens vurdering

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten langt på vei har etablert prosedyrer/rutiner for å sikre at kravene i kvalitetsforskriften oppfylles, men at arbeidet med å implementere disse må ferdigstilles.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten gjennom metodikken *Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem* har etablert rutiner og sjekklister som skal bidra til å sikre pasientenes grunnleggende behov. Undersøkelsen viser at HPH-rutinene stort sett er kjent og etterlevs, men at tjenesten ikke er helt i mål med implementeringen. Det gjelder både med hensyn til å benytte metodikken systematisk og til å sikre et godt tverrfaglig samarbeid. Kommunen har også rutiner på enkeltområder som omfattes av kvalitetsforskriften, men flere av rutinene som er samlet i kvalitetshåndboken er ikke ferdigstilt.

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at de som jobber tett på pasienter og brukere i det daglige, skal opplever at det er lagt til rette for å kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov.

Spørreundersøkelsen viser at det langt på vei oppleves å være lagt til rette for å kunne ivareta grunnleggende behov. Både spørreundersøkelsen og tilbakemeldinger fra lederne i tjenesten viser likevel at ikke alle typer grunnleggende behov oppleves som like godt ivaretatt, og at det etter revisjonens vurdering derfor er et forbedringspotensial. Dette gjelder særlig pasientenes sosiale behov, pasientenes opplevelse av trygghet/forutsigbarhet, muligheten til medbestemmelse og egenmestring.

6 STYRKING AV HJEMMETJENESTEN

I denne delen av undersøkelsen vil vi undersøke i hvilken grad hjemmetjenesten er styrket i tråd med kommunens omsorgsplan (problemstilling 3). Problemstilling tre avgrenses til å undersøke i hvilken grad kommunen har fulgt opp egne målsetninger om styrking av hjemmetjenesten både når det gjelder kompetanse, bemanning og økonomiske ressurser.

6.1 Revisjonskriterier

Nes kommune utarbeidet i 2012 en omsorgsplan for perioden 2013-2025. Planen ble utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra alle omsorgstjenestene i kommunen, samt tillitsvalgte og kommunalsjef. Planens formål er å klargjøre hvilke utfordringer Nes kommune står over overfor og hvilke tiltak som må iverksettes på kort og lengre sikt for å møte disse utfordringene.

I omsorgsplanen vises det til at konsekvensene av kommunens strategi med økt satsning på hjemmetjenester vil være at det er behov for å styrke hjemmetjenestens kompetanse, både innen de fagspesifikke områdene og de mer generelle områdene som tverrfaglig samarbeid, tjenesteinnovasjon og hjemme-rehabilitering (helse- og omsorgsplan s. 42). Det må derfor arbeides aktivt med kompetanseheving, rekruttering og ressursutnyttelse står det i planen (Ibid. s. 56).

Det fremgår også av planen at det skal arbeides mot å øke ansattes stillingsbrøker til 100 prosent der det er ønskelig (Ibid. s. 8). Styrkingen av tilbudet gjennom økt kompetanse og økonomiske ressurser skal skje tidlig i planperioden (Ibid. s. 1). I omsorgsplanen (s. 45) fremgår at målet for hjemmetjenesten er at den skal være fleksibel og vektlegge egenmestring. Tjenesten skal dekke hele døgnet og døgnbemanning skal settes inn ved behov.

Det vises til følgende tiltak i planperioden:

- Netto driftsutgifter til hjemmetjenestene, som i dag utgjør 49,4 prosent av de totale netto driftsutgiftene til Helse og velferdstjenestene, skal i løpet av de neste 5 årene komme på nivå med gjennomsnittet for utvalgte kommunene som er 56 prosent.
- Antall ansatte i hjemmetjenestene skal økes gjennom omfordeling av personalressurser fra institusjonene og som følge av reduserte sykehusutgifter for kommunen.
- Kompetansen skal økes både innen fagspesifikke områder og tverrfaglige områder som samarbeid, tjenesteinnovasjon og hjemme-rehabilitering.
- Ansattes kompetanse skal brukes fleksibelt med utgangspunkt i brukerbehov.
- Utarbeiding av nye samarbeidsrutiner som følge av nye forskrifter for fastlegene, etablering av kommunal ø-hjelp, intermedisæravdeling og ev. rehabiliteringsenhet i regionen.
- Tjenestene skal systematisk følge opp kommunens kvalitetssystem.
- Det skal bygges et nytt «helsehus» sentralt beliggende i Årnes med blant annet felles base for hjemmetjenesten

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstillingen:

| Problemstilling 3 | Revisjonskriterier |
|---|---|
| I hvilken grad er hjemmetjenesten styrket i tråd med kommunens omsorgsplan? | ⇒ Kommunen bør sørge for at mål og tiltak gjennomføres ⇒ Det bør rapporteres på måloppnåelse |

6.2 Status på tiltak i omsorgsplanen

I omsorgsplanen er det vedlagt en fremtidsplan med oversikt over tiltak, tidspunkt for gjennomføring og ressursmessige konsekvenser, som vist i figuren under. Fremdriftsplanen viser at med unntak av målet om å utarbeide nye samarbeidsrutiner, så har alle tiltakene en planlagt oppstart i 2013.

Figur 16 Fremdriftsplan

| Oversikt over tiltak / Når de skal iverksettes / ressursmessige konsekvenser | | Ressurs- behov | År for igangsetting av tiltak | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2. Hjemmetjenesten | | | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| Beskrivelse av tiltak | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Netto driftsutgifter til hjemmetjenestene (utgjør 49,4 % i dag) skal i løpet av de neste 5 årene komme på nivå med gjennomsnittet for utvalgskommunene som er 56 %. | | x | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Antall ansatte i hjemmetjenestene skal økes gjennom omfordeling av personal ressurser fra institusjonene og eventuell redusert medfinansiering i kommunen. | | x | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kompetansen skal økes både innen fagspesifikke områder og tverrfaglige områder som samarbeid, tjenesteinnovasjon og hjemmerehabilitering. | | x | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Ansattes kompetanse skal brukes fleksibelt med utgangspunkt i brukerbehov. | | x | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Utarbeiding av nye samarbeidsrutiner som følge av nye forskrifter for fastlegene, etablering av kommunal ø-hjelp, intermedisæravdeling og ev. rehabiliteringsenhet i regionen. | | | x | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Tjenestene skal systematisk følge opp kommunens kvalitetssystem. | | x | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Forprosjekt for et nytt «helsehus» sentralt beliggende i Årnes med blant annet felles base for hjemmetjenesten. | 600' | x | | | | | | | | | | | | | |

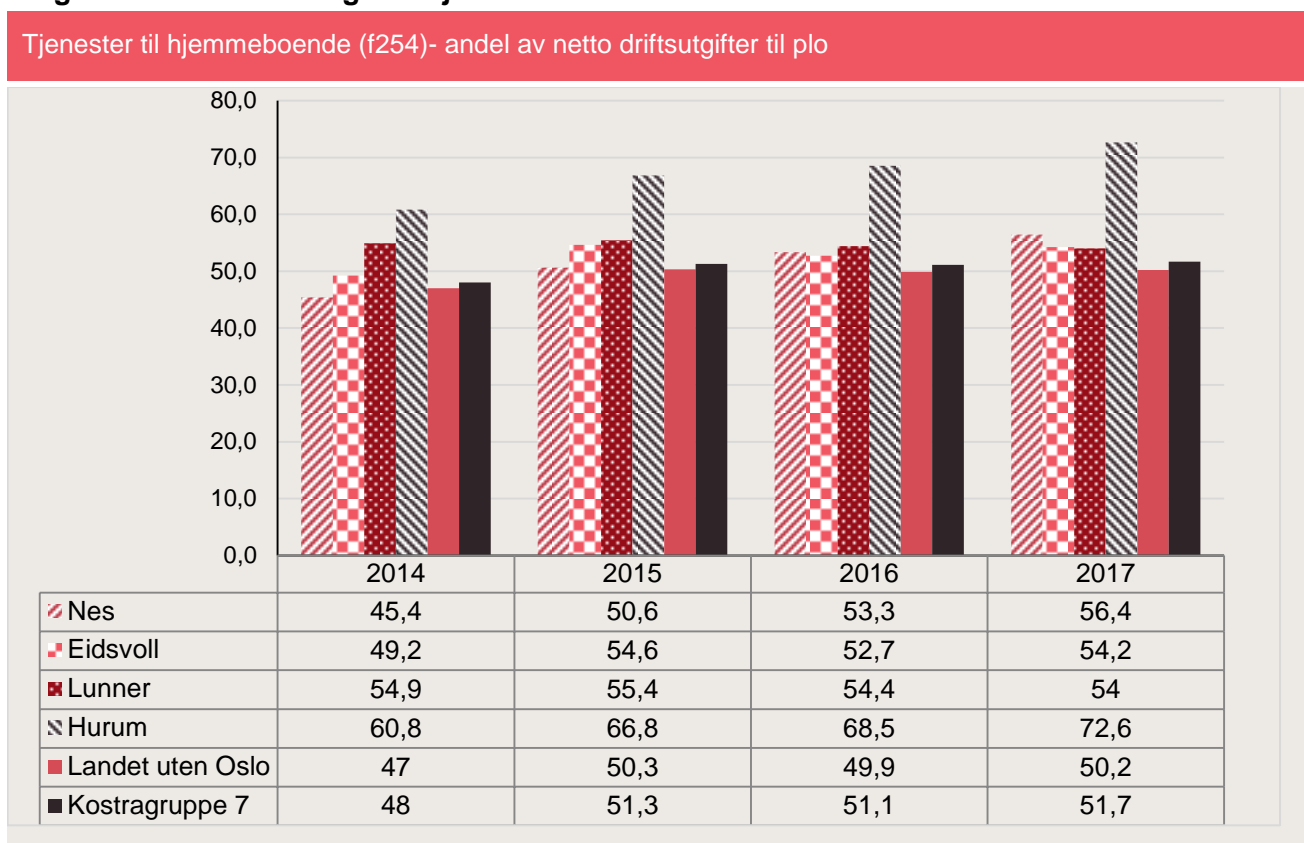
6.2.1 Økning i driftsutgifter

Netto driftsutgifter til hjemmetjenestene skal i løpet av 2018 (5 år siden oppstart 2013) være på nivå med gjennomsnittet for utvalgskommunene, som tilsvarer 56 prosent. Sammenligningskommunene som var valgt ut var Eidsvoll, Lunner, Hurum, Kostragruppe 7 og landet uten Oslo.

Kostratall viser at andelen av tjenester til hjemmeboende (funksjon 254) av netto driftsutgifter til pleie og omsorg (plo) har økt årlig og er i 2017 på 56,4 prosent, noe som er i samsvar med målsetningen i omsorgsplanen.

Målsetningen var formulert med en sammenligning av gjennomsnittet av utvalgte kommuner. Gjennomsnittet for de samme utvalgte kommunene var 56,4 prosent for denne funksjonen i 2017. Nes har en høyere andel av netto driftsutgifter til hjemmetjenester i 2017 enn alle utvalgte kommunene, med unntak av Hurum kommune.

Diagram 1 Netto driftsutgifter hjemmeboende



Kilde Framsikt 2018

Virksomhetsleder oppgir at det nok har vært en positiv dreining mot hjemmetjenester med tanke på økonomi, men presiserer at dette må sees i sammenheng med at også flere brukere nå får tjenester hjemme og at det er flere brukere med store bistandsbehov. Leder viser også til at det er en tendens til at flere brukere er inne for en kortere periode. Både fagutviklingspsykepleier og virksomhetsleder sier at det ikke er en opplevelse av at det er mer midler tilgjengelig for tjenesten.

Målsetningen tar utgangspunkt i at de økte ressursene til hjemmebaserte tjenester skal komme fra et mindre forbruk på andre tjenester i pleie- og omsorgstjenester i kommunene, da særlig institusjonstjenesten. På et generelt grunnlag oppgir virksomhetsleder at det er vanskelig å sette hjemmetjenesten opp mot sykehjemstjenesten, da de leverer to helt ulike tjenester. Det er også

diskusjoner om bruken av de avsatte sengene på korttidsplasser på sykehjem. Det hadde vært ønskelig sier hun, med en kartlegging av ressursbruk, hvor behovet til de ulike tjenestene ble sett i sammenheng. Hvis det er kapasitet på korttidsplasseringen, og et stort trykk på hjemmetjenesten, er det vanskelig å se at de ikke kan bidra inn. Dette handler litt om myndighet og hvem som har det siste ordet i diskusjoner om disponeringen av disse plassene.

6.2.2 Økning i antall ansatte

Flere av tiltakene i planperioden retter seg mot personal, både i form av antall og kompetanse på ansatte. For det første så er det slått fast at antall ansatte i hjemmetjenestene skal økes gjennom omfordelingen av personalressurser fra institusjonene og som følge av reduserte sykehusutgifter for kommunen.

I kommunens årsmelding fra 2014 står det at tjenesten fikk en økt grunnbemanning på 10 årsverk. Det blir forklart at disse er rekruttert, men at flere har gått ut i foreldrepermisjoner, slik at forventet effekt ikke er oppnådd (Nes kommune). I intervju bekrefter fagutviklingssykepleier og virksomhetsleder at det var en økning i antall ansatte i 2014, men at det ikke har vært ytterligere økning i antall årsverk etter dette. Virksomhetsleder forteller at det har vært en økning i antall sykepleiere, men at overgangen til fire avdelinger bidro til at økningen ble nøytralisert i praksis.

Hjemmetjenesten oppgir i mail til revisjonen at de i 2018 har 128 faste årsverk. Hvor mange ansatte disse årsverkene er fordelt på er noe uklart, men tjenesten oppgir at de var ca. 200 ansatte i juli 2017. Dette er hovedsakelig faste ansatte, i tillegg til 50-70 timesvikarar. Hvorvidt økningen er et resultat av omfordeling fra institusjonstjenesten fremkommer ikke av dokumentene som er oversendt, men fagutviklingssykepleier viser i intervju til, at dette ikke har blitt gjennomført. Hun setter også spørsmålsteget ved hvorvidt det bør/skal reduseres ytterligere på antall institusjonsplasser.

6.2.3 Kompetanseheving og fleksibel bruk av kompetanse

I omsorgsplanen er det sagt at kompetansen skal økes både innen fagspesifikke områder som samarbeid, tjenesteinnovasjon og hjemme-rehabilitering. Det er også formulert at kompetansen skal brukes fleksibelt med utgangspunkt i brukerens behov.

Nes utarbeidet i 2014 «Strategisk kompetanseplan 2014-2018», som hadde som hensikt å sikre at kommunalområde helse og velferd tar i bruk og utvikler kompetanse på prioriterte områder i tråd med mål og føringer for tjenestene. Det vises i strategidokumentet til at det skal utarbeides en rullerende kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene som skal være et aktivt styringsredskap for lederne. Planen skal bygge på den politisk vedtatte omsorgsplanen 2013-2025 og peker på følgende målsetninger:

- Ansatte i omsorgstjenestene skal ha nødvendig kompetanse og oppfordres til videreutdanning innen fagområder som prioriteres i kompetanseplanen

- Ansatte skal delta i forskning, forsøk og utviklingsarbeid innen de ulike fagområdene for å skape engasjement og interesse
- Det skal gjennomføres en kompetansekartlegging som viser det samlede kompetansebehovet i tjenestene opp mot framtidens utfordringer.

I Strategisk kompetanseplan vises det til at Nes har iverksatt «Kompetanseløftet 2015». Kompetanseløftet skulle, ifølge strategiplanen, gi Nes mulighet til å prioritere kompetanseutvikling over flere år.

Kommunen opplyser i mail til revisjonen at det har blitt iverksatt en rekke tiltak i forbindelse med kompetanse. Følgende tiltak skal være gjennomført i tjenesten:

- Implementering av HPH (Hjemmetjenesten).
- Samarbeid med hverdagsrehabiliteringsteam (tilknyttet Fysio/ergo-avdelingen)
- Innføring av digitale trykksalarmer og dørlåser (2017).
- Alle ansatte gjennomført opplæring kliniske observasjoner (unntatt ufaglærte) 2016/2017. Egne ressurspersoner i avdelingene.
- Kurs for alle ansatte (2016 – 2017) i «Motiverende intervju» - samtalemetode for endring på egne vilkår.
- I perioden har to helsefagarbeidere gjennomført videreutdanning innen Helse, aldring og aktiv omsorg. Avsluttende eksamen: «Hvordan kan vi som helsefagarbeidere kartlegge fare for underernæring hos hjemmeboende eldre pasienter?»
- Flere ansatte er i gang med (og avsluttet) videreutdanning innen palliasjon, samt en klinisk spesialist (sykepleier).

Fagutviklingssykepleier forteller i intervju at tjenesteinnovasjon ligger i hennes rolle og stilling, herunder implementeringen av HPH. Når det gjelder økt kompetanse på hjemme-rehabilitering mener fagutviklingssykepleier at det fortsatt er rom for forbedringer (se også kapittel 5). For det første pekes det på at hjemme-rehabilitering nå ligger som en egen tjeneste under fysio/ergo, og ikke under hjemmetjenester som ville vært det mest hensiktsmessig. Denne organiseringen kan bidra til at pasientene må vente for å få på plass den hjelpen de trenger, noe som er ineffektivt. Målet bør være tverrfaglighet, hvor hjemme-rehabilitering forstås som en metodikk og ikke som en instans.

6.2.4 Utarbeidelse av nye samarbeidsrutiner, bruk av kvalitetssystem og helsehus

De tre siste tiltakene som er formulert i omsorgsplanen omhandler nye samarbeidsrutiner, bruk av kommunens kvalitetssystem og bygging av et nytt helsehus.

Revisjonen har ikke mottatt skriftlige samarbeidsrutiner for noen av de instansene som er nevnt i tiltakene, hhv. fastlegene, kommunal ø-hjelp, intermedieæravdeling og rehabiliteringsenhet. I en redegjørelse fra hjemmetjenesten vises det imidlertid til at det er rutiner for samarbeid med fastlegene, ved blant annet at kommuneoverlegen setter opp faste samarbeidsmøter med Helse- og velferd. Hjemmetjenesten selv avtaler med de fleste legekantorene i kommunen, enten som faste

tidspunkt avsatt for pasientene i hjemmetjenesten eller ved å bestille timer på kort varsel. Det vises til at tilbakemeldingene fra avdelingene er at dette fungerer godt, og at også enkelte avdelinger har dette som et vurderingspunkt for sykepleier den ukentlige arbeidslista.

Nes sykehjem åpnet KAD (kommunal ø-hjelp) januar 2017 med to sengeplasser. Det er ikke fremkommet informasjon at det er utarbeidet samarbeidsrutiner mellom hjemmetjenesten og KAD. Det er ikke etablert intermediær avdeling.

Med tanke på å ta i bruk nytt kvalitetssystem får revisjonen oppgitt at kommunen kjøpte inn et kvalitetssystem gjennom Kommuneforlaget kvalitetsprogram, og at det ble ansatt en egen ressurs for kvalitetssystemet i 2017, men at det fortsatt ikke er tatt i bruk.

Det siste tiltaket i omsorgsplanen var at det skulle gjennomføres et forprosjekt for et nytt Helsehus i Årnes med blant annet en felles base for hjemmetjenesten. Det har blitt gjennomført mulighetsstudier, men prosjektet om Helsehus i Årnes er vedtatt skrinlagt. Men de ulike avdelingene i hjemmetjenesten har nå samlokalisert seg i Runnivegen.

6.3 Evaluering og rapportering av omsorgsplan

For å sikre at kommunen når de mål og tiltak som har blitt satt for tjenesten er det en forutsetning at det gjøres av evalueringer av måloppnåelsen og progresjonen, og at rapporteres om eventuelle endringer i tiltak og fremdriftsplan.

Nes kommune opprettet september 2013 et prosjekt som skulle sørge for at strategien i Omsorgsplanen 2013-2025 ble fulgt opp, kalt «Fra plan til realitet». Det beskrives at prosjektet skal sikre at helse- og velferdstjenesten har en felles, koordinert innsats i implementeringen av Omsorgsplan 2013-25. Dette begrunnes med at omsorgsplanen fordrer et betydelig omstillingsarbeid innen alle virksomhetene i helse og velferd. Prosjektet skulle vare til 2016, hvor en prosjektleder har en 100 prosent stilling i prosjektets periode. Det skulle gjennomføres årlige rapporteringer til administrativt og politisk nivå, samt en sluttrapport med fokus på utfordringer, erfaringer og resultater.

Sluttrapporten ble ferdigstilt juni 2016. Her skisseres utfordringsbilde for Nes både på daværende tidspunkt og fremtidige utfordringer. Sluttrapporten inkluderer også en oversikt over status på en rekke mål og tiltak. Tiltakene som er beskrevet her er ikke identiske med de som er oppgitt i omsorgsplanen, men svarer ut noen av de samme målsetningene som for eksempel dreining av tjenestetilbudet til mer hjemmebasert omsorg.

Virksomhetsleder forteller i intervju at det har vært vanskelig å følge opp planen. På et generelt grunnlag viser hun til at hjemmetjenesten har en tendens til å forsvinne i det store bildet i helse- og omsorgssektoren, og at det er usikkert om planmål bidrar til reell styrking. Både virksomhetsleder og fagutviklingssykepleier forteller at det er ingen opplevelse av at det har vært noe særlig trykk for å få gjennomført tiltakene som er oppgitt i planen, og at fokuset på disse nok har forsvunnet litt

underveis i planperioden. Fagutviklingssykepleier peker på at planen inneholder mange mål og at noen av dem oppleves som diffuse.

Virksomhetsleder forteller at det har ikke vært etterspurt noen rapportering på disse tiltakene etter at hun startet i stillingen. Fagutviklingssykepleier peker også på at endringer krever ledelse og arbeid. Det må jobbes mer med å få en forståelse hos de som skal gjennomføre i praksis mener hun.

Det er nå vedtatt en ny Omsorgsplan i Nes, som synes å legge seg på et mer overordnet nivå med hensyn til hva sektoren skal oppnå i planperioden.

6.4 Revisjonens vurdering

Undersøkelsen viser at de tiltakene som ble satt for hjemmetjenesten i Omsorgsplan 2013-2025 kun delvis er iverksatt. Det er revisjonens inntrykk at oppfølgingen har vært noe tilfeldig og fragmentert. Hvorvidt hjemmetjenesten er styrket i tråd med omsorgsplanen kan ikke revisjonen med sikkerhet konkludere med.

Det fremstår som uklart for revisjonen hvilken status planen har på revisjonstidspunktet. Undersøkelsen tyder på at tiltakene for hjemmetjenesten ikke lenger oppleves relevante eller gjeldende, og dermed heller ikke fungerer som reelle styringsmål for tjenesten. Det er i 2018 vedtatt en ny omsorgsplan for helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

LITTERATURLISTE

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften).

Forskrift 11. november 2010 nr. 1426 om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Sosial- og helsedirektoratet 2004.

Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Jacobsen, Dag Ivar. Hvordan gjennomføre undersøkelser? En innføring i samfunnsvitenskapelige metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi).<https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/klart-sprak-og-brukerinvolvering/brukerinvolvering/brukerinvolveringsmetoder>

Forskning.no.<https://forskning.no/sykepleie-velferdsstat-helsetjenester/eldre-hadde-i-snitt-17-ulike-pleiere-pa-fire-uker/558343>.

KS.<http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet/>

TABELLOVERSIKT

| | |
|--|----|
| Figur 1 Ansvar og oppgaver (N=67) | 14 |
| Figur 2 Tilstrekkelig kompetanse (N=67) | 16 |
| Figur 3 Opplæring (N=67) | 17 |
| Figur 4 Faglig utvikling og økt kompetanse (N=67) | 18 |
| Figur 5 Systemer og kultur for å melde pasientavvik (N=67) | 20 |
| Figur 6 Kjennskap til hvilke avvik som skal meldes og hvordan (N=67) | 21 |
| Figur 7 Avvik og forbedringsarbeid (N=67) | 24 |
| Figur 8 Brukernes og pårørendes tilbakemeldinger benyttes til læring og forbedring (N=67) | 25 |
| Figur 9 Rutine Helhetlig pasientforløp | 30 |
| Figur 10 Kjennskap til HPH og implementering av metoden (N=67) | 33 |
| Figur 11 Samarbeid med andre tjenester (N=67) | 35 |
| Figur 12 Kjennskap til innholdet i tiltaksplanen til pasientene (N=67) | 36 |
| Figur 13 Rutiner for å sikre overføring av informasjon om pasientene/fokus på dokumentasjon (N=67) | 37 |
| Figur 14 Ivaretagelse av grunnleggende behov (N=67) | 38 |
| Figur 15 Tilrettelegging for ivaretagelse av ulike typer grunnleggende behov (N=67) | 39 |
| Figur 16 Fremdriftsplan | 45 |