



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

**HJEMMESYKEPLEIE
INTERNKONTROLL, DOKUMENTASJON OG KVALITET**

EIDSVOLL KOMMUNE

MARS 2015

INNHold

SAMMENDRAG	I
Formål med prosjektet	i
Revisjonens oppsummering	i
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	ii
Anbefalinger	iii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål for prosjektet	1
1.2 Problemstillinger og avgrensninger	1
1.3 Oppbygging av rapporten	1
1.4 Rådmannens uttalelse til rapporten	2
2 Gjennomføring og metode	3
2.1 Revisjonskriterier	3
2.2 Datainnsamling og datagrunnlag	3
2.3 Dataenes pålitelighet og gyldighet	3
3 Organisering og statistikk	5
3.1 Organisering og bemanning	5
3.2 Økonomi	7
3.3 Kompetanse blant de ansatte innen hjemmesykepleie	7
3.4 Nærmere om innholdet i tjenesten	8
3.5 Statistikk	11
4 Internkontroll	18
4.1 Revisjonskriterier	18
4.1.1 Krav til å etablere internkontroll og til å dokumentere den	18
4.1.2 Innholdet i internkontrollen	18
4.1.3 Krav til prosedyrer for å ivareta innholdet i tjenesten	18
4.2 Funn/fakta	20
4.2.1 Dokumentert, oppdatert og tilgjengelig internkontroll	20
4.2.2 Håndtering og forebygging av overtredelser	22
4.2.3 Rutiner for mottak av rette tjenester til rett tid	24
4.2.4 Prosedyrer for brukers medbestemmelse	27
4.2.5 Prosedyrer for at brukerne skal få dekket grunnleggende behov	27

4.3	Revisjonens vurdering	28
5	Dokumentasjon og kvalitet	31
5.1	Revisjonskriterier	31
5.2	Funn/fakta	32
5.2.1	Journalssystem og oppdaterte journaler for den enkelte	33
5.2.2	Veiledning til brukerne og dokumentasjon på det	34
5.2.3	Gjennomgang og dokumentasjon av om tjenesten er på rett nivå	34
5.2.4	Respekt, forutsigbarhet og trygghet – ivaretagelse av grunnleggende behov	35
5.3	Revisjonens vurdering	38
	LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER	41
	OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER	42
	VEDLEGG 1: RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	43
	VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER	47
	VEDLEGG 3: METODE OG KVALITETSSIKRING	53

SAMMENDRAG

Formål med prosjektet

Formålet med prosjektet er å gi kontrollutvalget informasjon om Eidsvoll kommune har et tilfredsstillende internkontrollsystem innen hjemmebaserte tjenester, om behov dokumenteres for dem som mottar hjemmesykepleie og om de mottar de tjenestene de har krav på.

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende problemstillinger:

1. Er det for Hjemmebaserte tjenester etablert et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenester de har fått vedtak om?
2. I hvilken grad dokumenterer virksomheten brukernes pleiebehov og endringer i behovet, og dekker tjenestene brukernes grunnleggende behov?

Revisjonens oppsummering

Eidsvoll kommune har omtrent like stor andel befolkning over 67 år som andre sammenliknbare kommuner, og samlet sett omtrent like mange mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbyggere. Kommunen har for alle aldersgrupper større andel brukere med omfattende bistandsbehov enn øvrige kommuner. Samtidig mottar brukerne av hjemmesykepleie færre timer pr uke i gjennomsnitt, og kommunen har lavere andel institusjonsplasser både for korttidsopphold, opphold for demente og til rehabilitering. Hjemmebaserte tjenester opplyser også å ha utfordringer innen kompetanse, kapasitet og rekruttering. Tjenesten har lavere sykepleierandel enn landet for øvrig, og sliter også med høyt sykefravær og både frivillig og ufrivillig deltid: Tjenesten hadde i 2014 17 prosent i sykefravær og 45 prosent av de ansatte i deltidstillinger. Kommunen har en noe mer utfordrende folkehelseprofil enn andre kommuner. Samlet sett gir dette et press på hjemmetjenesten i kommunen.

Hjemmebaserte tjenester har de siste par årene gjennomgått prosedyrer og rutiner i tjenesten. Internkontrollen er dokumentert og tilgjengelig, og delvis oppdatert. Enkelte rutiner og prosedyrer var udaterte eller gått ut på dato. Mange rutiner og prosedyrer var nokså nylig opprettet. Det er viktig at arbeidet med å oppdatere rutiner og prosedyrer fortsetter framover. Det bør videre overvåkes at de virker etter hensikten, og de bør justeres etter hvert som det høstes erfaringer. Det er etablert et system for å avdekke og følge opp avvik. Flere av prosedyrene og rutinene synes godt egnet til å forebygge overtredelser av regelverk og kvalitetsbestemmelser.

Når det gjelder brukernes muligheter til medbestemmelse, synes det å være litt opp til den enkelte bruker/pårørende å gi slike innspill. Dette kan bli usystematisk og føre til at brukere som ikke evner å si i fra faller utenfor.

Det vurderes som positivt at tjenesten i oktober 2014 leverte ut evalueringsskjemaer og slik sett inviterte brukerne til å gi innspill om sine synspunkter på tjenesten. Også her kan enkeltbrukere falle

utenfor – etter en drøy måned var det under 10 prosent som hadde svart. Å etablere primærkontakter for brukerne i distrikt 1 kan bidra til mer systematikk i arbeidet med å se til at brukerne samlet sett får tjenester i tråd med sine behov og at enkeltbrukeres behov ivaretas.

Revisjonen viste videre at det inntil første halvår 2014 var nokså sporadiske registreringer av opplysninger i brukernes journaler. Dokumentasjonen tok seg betraktelig opp i løpet av andre halvår 2014. Registreringene var imidlertid fortsatt sporadisk for enkelte brukere, og det er viktig at dette arbeidet fortsatt følges tett opp. Journalene kunne videre være vanskelige å finne fram i, siden overskriftene på journalnotatene ofte ikke gjenspeilte innholdet i notatet. Med økende antall noteringer kan viktige opplysninger forsvinne om for eksempel de fleste journalnotatene har samme overskrift.

Kommunene har plikt til å yte helse- og omsorgstjenester, men har større handlingsrom når det gjelder hvordan tjenestene skal ytes og hva som skal være omfanget på tjenestene. Eidsvoll kommune har etter revisjonens syn lagt seg på et minimumsnivå i tjenestetilbudet, hvor formålet er å ivareta liv og helse. Grunnleggende behov slik kommunen definerer dem, er i følge hjemmesiden for eksempel personlig hygiene, administrering av medisiner, følge til wc, mat (smøre brødkive og varme opp ferdig mat). Kvalitetsforskriften inneholder langt mer enn kommunens definisjon av hva som skal til for å dekke grunnleggende behov, for eksempel knyttet til variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat og ivaretagelse av sosiale behov.

Mange brukere uttrykker takknemlighet og tilfredshet med tjenesten. Det har samtidig i revisjonen også framkommet opplysninger om ensomme brukere som gir uttrykk for at pleierne har knapt med tid, brukere som ikke får gått på toalettet, som ikke får stå opp og legge seg når de ønsker, som ønsker mer variert mat og som ønsker færre pleiere å forholde seg til. Dette bryter med kvalitetsforskriftens krav til å få ivaretatt sosiale behov og til å få følge en normal livs- og døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold. I samtaler med ansatte i tjenesten framkommer det at det er vanskelig å etterkomme disse ønskene fra brukerne. Det er et stort tidspress blant pleierne for å rekke innom alle de har på arbeidslistene sine.

Revisjonens samlede vurdering og konklusjon

Det er mye positivt i det arbeidet som foregår i Hjemmebaserte tjenester i Eidsvoll kommune – det har vært lagt ned et stort arbeid med å oppdatere og utvikle et godt internkontrollsystem for tjenesten. Internkontrollen i Hjemmebaserte tjenester er dokumentert og tilgjengelig, og delvis oppdatert. Mange av tiltakene er relativt nylig iverksatt, og det har ikke vært mulig å se effekten av disse ennå. Flere av tiltakene har som formål å sikre at brukerne får utført de tjenester de har vedtak om.

Det har også vært store forbedringer når det gjelder dokumentasjon om brukerne og av endringer i brukernes behov. Dokumentasjonen var sporadisk og mangelfull fram til og med første halvår 2014, mens den i løpet av siste halvår 2014 tok seg betraktelig opp.

Når det gjelder hvorvidt brukerne får dekket sine grunnleggende behov, mener revisjonen at Eidsvoll kommune har lagt seg på et nivå i tjenestetilbudet hvor liv og helse skal ivaretas. Det kan stilles spørsmål om brukernes behov for hjemmetjenester utover dette ivaretas på en god nok måte. Funn i revisjonen tyder på at kvalitetsforskriftens krav til blant annet å få ivaretatt sosiale behov og til å få følge en normal livs- og døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold ikke følges godt nok opp.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

1. Det påbegynte arbeidet med internkontrollsystemet og dokumentasjon av brukernes behov må fortsatt ha høy prioritet, må følges opp og evalueres og justeres etter behov.
2. Det bør sikres at alle brukere gis mulighet til medbestemmelse i forbindelse med daglig utførelse av tjenestene.
3. Det bør vurderes om det er rett balanse i kommunen mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen.
4. Det bør vurderes å iverksette tiltak for å sikre at brukerne av hjemmebaserte tjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov, slik de er definert i kvalitetsforskriften § 3.

11. mars 2015



Nina Neset
Revisjonssjef



Oddny Ruud Nordvik
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål for prosjektet

Med utgangspunkt i plan for forvaltningsrevisjon, vedtatt av kommunestyret i Eidsvoll kommune, er det gjennomført en revisjon om kommunens internkontroll, dokumentasjon og kvalitet. Revisjonen er gjennomført i perioden november 2014 til februar 2015 av Annette Gohn-Hellum.

Formålet med revisjonen har vært å gi kontrollutvalget informasjon om Eidsvoll kommune har et tilfredsstillende internkontrollsystem innen hjemmebaserte tjenester, om behov dokumenteres for dem som mottar hjemmesykepleie og om de mottar de tjenestene de har krav på.

1.2 Problemstillinger og avgrensninger

Revisjonen ser i denne rapporten på følgende problemstillinger:

1. Er det for Hjemmebaserte tjenester etablert et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenester de har fått vedtak om?
2. I hvilken grad dokumenterer virksomheten brukernes pleiebehov og endringer i behovet, og dekker tjenestene brukernes grunnleggende behov?

Undersøkelsen er avgrenset til hjemmesykepleien, som er det mest omfattende tilbudet med flest brukere innen Hjemmebaserte tjenester.

1.3 Oppbygging av rapporten

I kapittel 2 beskrives datagrunnlaget, datainnsamlingen og anvendte metoder.

I kapittel 3 presenteres fakta om Eidsvoll kommune, informasjon om innholdet i hjemmetjenesten, forskning på området, samt bakgrunnstall for aktuell gruppe innbyggere og bruken av hjemmesykepleie i kommunen sammenliknet med andre aktuelle kommuner.

Kapitlene 4 og 5 omhandler hver av de to problemstillingene nevnt ovenfor. Rapporten er strukturert etter revisjonskriteriene. De funn og fakta som er relevante i forhold til kriteriene presenteres, og avslutningsvis i hvert kapittel gjør vi en vurdering av fakta opp mot kriteriene.

Revisjonens samlede vurdering og anbefalinger er plassert foran i rapporten i sammendraget.

1.4 Rådmannens uttalelse til rapporten

Rapporten er forelagt rådmannen og høringssvaret er tatt inn i rapporten som vedlegg 1. Rådmannen har avgitt sin høringsuttalelse i brev av 04.03.2015. Høringsuttalelsen har medført noen mindre justeringer i rapporten. For øvrig vises det til revisjonens kommentarer nedenfor.

Rådmannen mener revisjonens konklusjon om at kvalitetsforskriften brytes er for bastant, og viser i den forbindelse til at i underkant av 10 prosent av brukerne mottar dagtilbud ved Vilberg helsetun og at kommunen har tilbud om fysioterapi og ergoterapi. Vurderingen på dette punktet er noe moderert. Revisjonen mener likevel fortsatt kvalitetsforskriften ikke følges godt nok for mottakere av hjemmetjenester.

Formålet med kvalitetsforskriften er å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov (forskriften § 1). Forskriften er en prosessforskrift i den forstand at den sier at kommunen skal etablere et system og utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer for å sikre at brukerne av de nevnte tjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov (forskriften §3). En – i følge Helsedirektoratet – ikke utfyllende liste som definerer grunnleggende behov er listet opp i forskriften § 3. Dette dreier seg både om fysiologiske, psykiske og sosiale behov. Bare 10 % av brukerne benytter kommunens dagtilbud. Samtlige datakilder i revisjonen – i intervjuene og samtale med ansatte, i journalgjennomgangen, i gjennomgangen av evalueringsskjemaene og i møtene med brukerne – underbygger revisjonens vurdering av at det er mangler ved kommunens systemer og rutiner som skal sikre kvaliteten i tjenestene til brukerne.

Revisjonen vil også gjøre oppmerksom på at det er uinteressant hvor i kommunen de ulike tjenestene er organisert. Det ble i datainnsamlingen – i intervjuene og samtale med ansatte, i møtene med brukerne, i journalgjennomgangen og i evalueringsskjemaene sjekket ut *hva* brukerne faktisk mottar. Revisjonen er klar over at dagtilbud, fysioterapi og ergoterapi er organisert annet steds i kommunen.

Når det i gjennomføringen av revisjonen også ble lagt vekt på brukere under 67 år, skyldtes dette kun opplysninger fra Hjemmebaserte tjenester, som sa at Eidsvoll kommune har en mer utfordrende situasjon enn andre kommuner fordi de har flere brukere i denne aldersgruppen.

Rådmannens tilbakemeldinger ellers om mindre endringer i fakta er ivaretatt.

2 GJENNOMFØRING OG METODE

2.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsetilsynsloven, forvaltningsloven, internkontrollforskrift i helsetjenesten og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Kriteriene er angitt under hver problemstilling nedenfor, og er samlet beskrevet i vedlegg 2 til rapporten.

2.2 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen er gjennomført ved intervjuer med ledelsen i Eidsvoll kommune, samt med ansatte ved Tildelingsenheten og med ansatte i Hjemmebaserte tjenester. I tillegg var revisor med hjemmesykepleier ut på jobb en dag, hvor det dels ble gjort enkelte observasjoner og dels gjennomført samtaler med til sammen 6 brukere. Hjemmebaserte tjenester hadde selv i oktober 2014 levert ut evalueringsskjemaer til alle sine brukere. Pr 01.12.2014 hadde virksomheten mottatt 34 skjemaer i retur. Disse er inkludert i revisjonen. Det ble gjennomført en stikkprøvekontroll av 30 tilfeldig utvalgte journaler, hvor all dokumentert informasjon ble registrert om den enkelte bruker. Informasjonen er anonymisert. Kommunen ved Hjemmebaserte tjenester og Tildelingsenheten ble bedt om å oversende all tilgjengelig informasjon og dokumentasjon om kommunens internkontrollsystem, som foruten beskrivelse av systemet inkluderer alle rutiner og prosedyrer kommunen har innen de hjemmebaserte tjenestene.

I kapittel 3 presenteres foruten fakta om organisering, en del statistikk om tjenesten. Denne delen er deskriptiv og er ment å gi et bilde av situasjonen knyttet til hjemmesykepleie i Eidsvoll kommune. For å gi et utfyllende bilde av fagområdet presenteres i dette kapitlet også aktuell forskning på området.

Valg av metode og tiltak for kvalitetssikring er omtalt nærmere i vedlegg 3 til rapporten.

2.3 Dataenes pålitelighet og gyldighet

De sentrale elementene i undersøkelsens metode er standard for forvaltningsrevisjon: Med utgangspunkt i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utledes relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegges og beskrives undersøkte virksomheters systemer,

¹ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de regler og normer som gjelder innenfor det området som skal undersøkes. Revisjonskriteriene er basis for de analyser og vurderinger som revisjonen foretar, konklusjonene som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere samsvar, avvik eller svakheter.

praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

Forvaltningsrevisjonsprosjekter skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er gyldig og pålitelig. Pålitelighet handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig, og at en skal kunne få samme resultat dersom undersøkelsen gjøres på nytt. Gyldighet handler om at en undersøker de forholdene som problemstillingene skal avklare.

Proessen i denne undersøkelsen har vært slik at alle intervjuer er verifisert, saksmapper er gjennomgått og dokumentert og det er klare revisjonskriterier med tilhørende fakta. Samlet sett mener vi at undersøkelsen har en tilstrekkelig pålitelighet og gyldighet til å danne grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

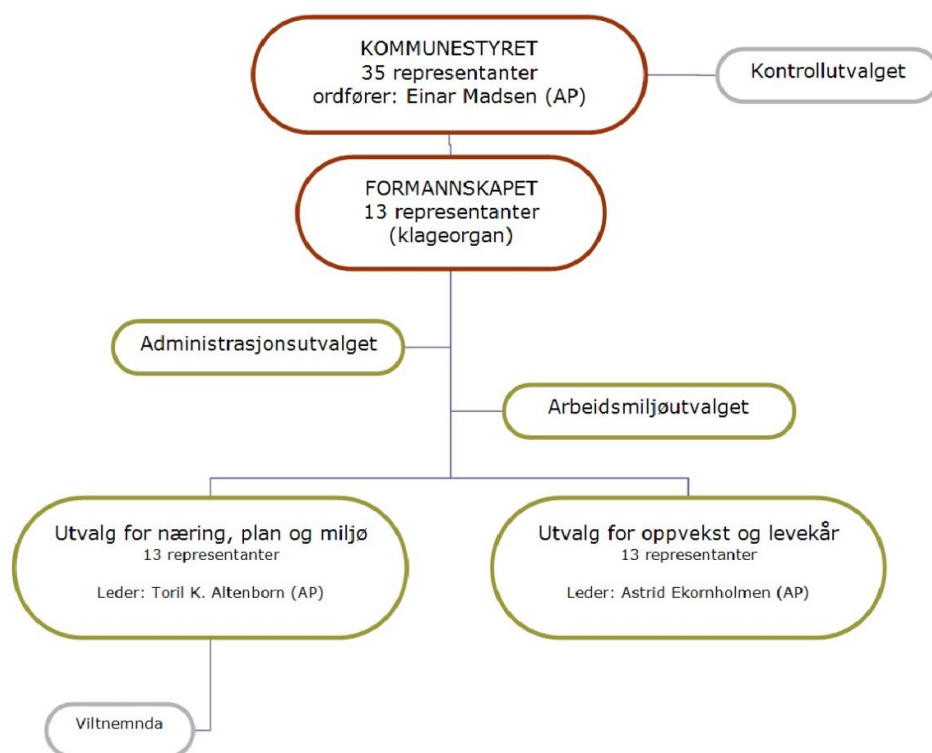
3 ORGANISERING OG STATISTIKK

I dette kapittelet gis en oversikt over organiseringen i Eidsvoll kommune, herunder organisering, økonomi og kompetanse innen Hjemmebaserte tjenester. I tillegg presenteres statistikk over befolkningen i Eidsvoll, over brukerne av hjemmesykepleie/hjemmetjenester, samt over andre sentrale områder knyttet til målgruppen. Helsetilsynet gjennomførte i 2008 tilsyn av internkontroll på dette feltet i Eidsvoll kommune, og rapporten fra dette tilsynet er kort oppsummert. Noen sentrale funn fra forskning på området er også presentert.

3.1 Organisering og bemanning

Eidsvoll kommune har 35 representanter i kommunestyret, og har en formannskapsmodell, se figur 1.

Figur 1 Kommunestyret i Eidsvoll kommune

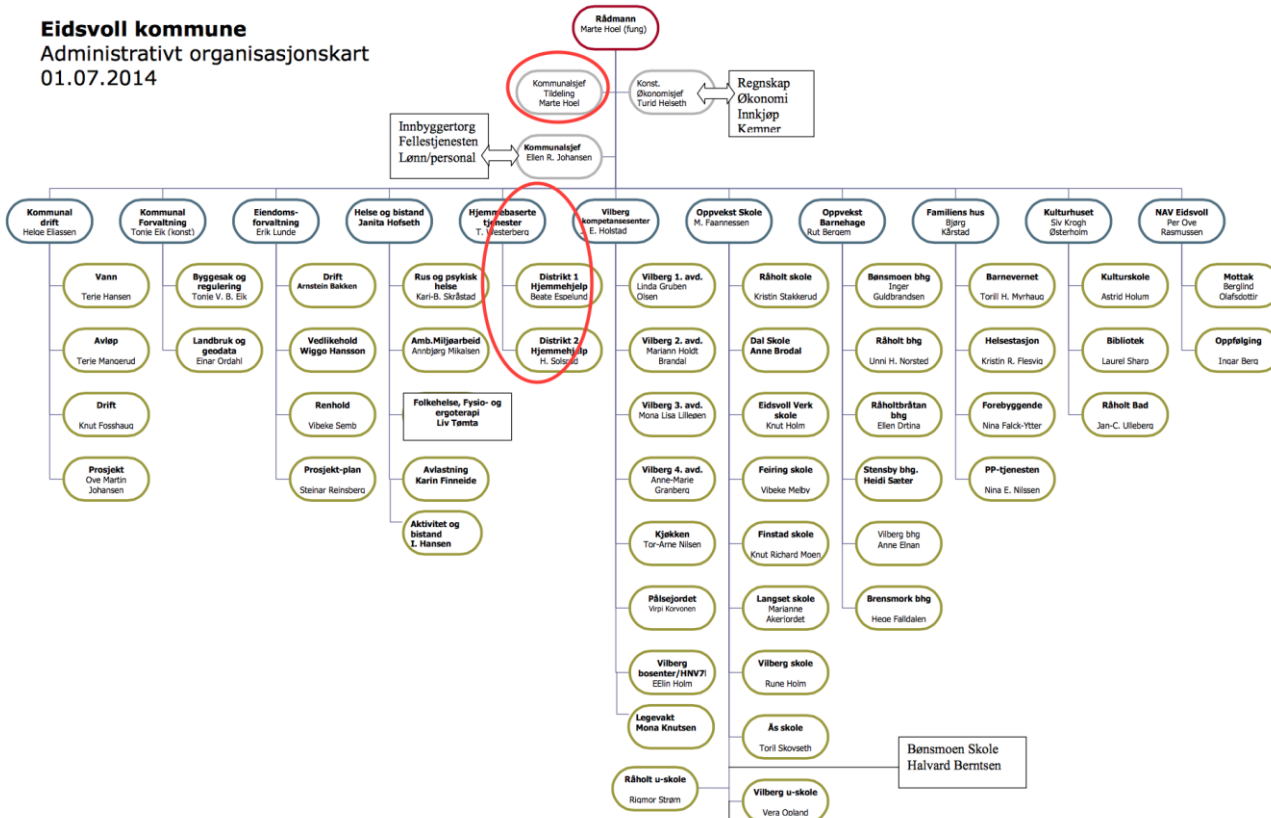


Kilde: Eidsvoll kommunes hjemmeside

Det framgår av kommunens hjemmeside at det er Tildelingsenheten i kommunen som har ansvar for å behandle søknader om hjemmesykepleie. Det framgår at det er to distrikter innen Hjemmebaserte tjenester i kommunen – distrikt 1 som har ansvar for sør- og vestbygda og distrikt 2

som har ansvar for nord- og østbygda. I kommunens organisasjonskart, vist i figur 2 nedenfor, er Tildelingsenheten og Hjemmebaserte tjenester ringet rundt med rødt.

Figur 2 Organisasjonskart Eidsvoll kommune, uthevet hvor tildelingsenheten og hjemmetjenesten er plassert

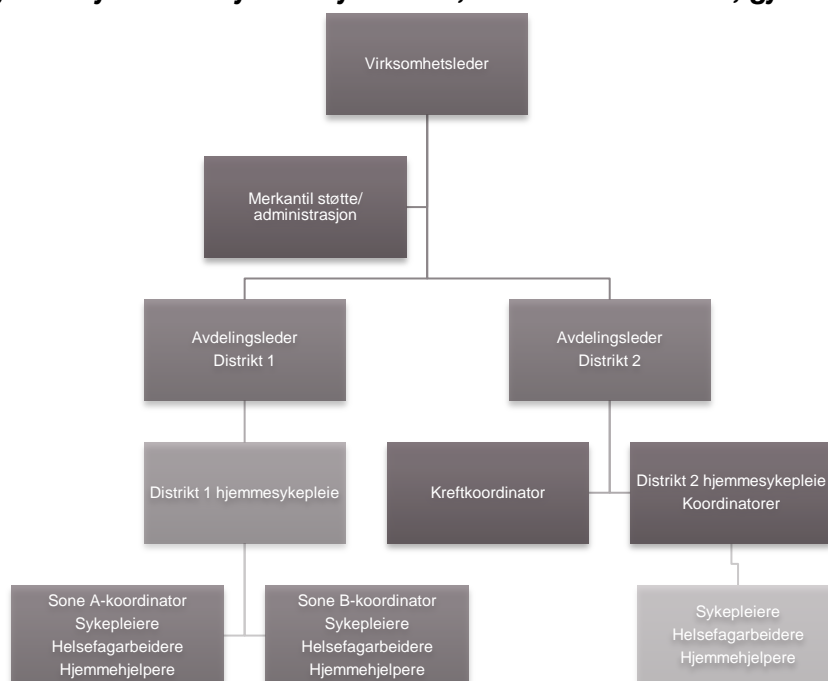


Kilde: Eidsvoll kommunes hjemmeside

Tildelingsenheten sitter på Rådhuset. Avdelingen består av 10 personer. Det er tre sykepleiere i avdelingen som primært jobber med søknader om hjemmesykepleie. Disse har faste fødselsdatoer, 1-10, 11-20, 21-31.

Hjemmebaserte tjenester er plassert på Eidsvoll Verk. I følge handlingsplan 2015-2018 er antallet ansatte i hjemmesykepleien 61,3 årsverk (totalt 74,3 i Hjemmebaserte tjenester), 32,8 i Distrikt 1 og 28,5 i Distrikt 2. Distrikt 1 har flest brukere, og er det tettest befolkede området. I Distrikt 2 er det færre brukere, men det er lengre å kjøre mellom dem.

Tjenesten er høsten 2014 organisert som vist i figur 3 nedenfor.

Figur 3 Organisasjonskart hjemmetjenesten, Eidsvoll kommune, gjeldende pr 01.12.2014

Kilde: Hjemmebaserte tjenester, Eidsvoll kommune

3.2 Økonomi

I følge årsberetningen for 2013 viste regnskapet for 2013 at driften av Hjemmebaserte tjenester i Eidsvoll kommune kostet 60 millioner kroner, med et merforbruk på 2,4 millioner kroner i forhold til budsjett. I følge vedlegget "Tallbudsjett til handlingsplan 2014-2017", var budsjettet for 2014 for hjemmebaserte tjenester på 60,8 millioner kroner, pr september justert til 60,1 millioner kroner (Handlingsplan 2015-2018). Budsjettet for 2015 var satt til 61,6 millioner kroner. Sykefraværet i tjenesten var i 2014 på 17 prosent (Handlingsplan 2015-2018).

3.3 Kompetanse blant de ansatte innen hjemmesykepleie

Sykepleierandelen blant de ansatte innen hjemmesykepleie i Eidsvoll kommune var i 2014 25,6 prosent (Virksomhetsplan 2015). Året før var den på 17 prosent (Virksomhetsplan 2014). I følge intervju var tilsvarende andel på landsbasis i 2014 på 31 prosent. Det er i virksomheten gjennomført GAP-analyse knyttet til kompetanse. Denne viser at tjenesten har lav andel blant personalet med relevante videreutdanninger innen aldring/helse, demens, kreft, rus/psykiatri og rehabilitering. Et mål for 2015 (Virksomhetsplan 2015) er at tjenesten må kunne ivareta brukere med komplekse og omfattende sykdomsbilder/problemstillinger, noe som krever fortsatt økt sykepleiefaglig kompetanse og faglig spesialisering.

3.4 Nærmere om innholdet i tjenesten

Hjemmesykepleie i Eidsvoll kommune pr i dag

På hjemmesiden til Eidsvoll kommune står tjenesten beskrevet på følgende måte:

Hjemmesykepleie er et tilbud til personer som på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan oppsøke helsehjelp, og som er avhengig av at denne hjelpen gis i eget hjem for å få dekket grunnleggende pleie- og omsorgsbehov.

Hjemmesykepleie skal gi helsehjelp som bidrar til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Målet er å bidra til at du kan klare deg selv i størst mulig grad.

I følge Handlingsplan 2015-2018 var det pr november 2014 536 mottakere av hjemmesykepleie, 275 som fikk praktisk bistand/matombringing (hjemmehjelp) og 200 som hadde trygghetsalarm.

I følge journalgjennomgangen og gjennomgang av beskrivelser av oppgaver i hjemmesykepleiernes arbeidslister, besto pasient-/brukerbesøkene av alt fra å levere ut medisiner, smøre eller sette fram mat, komme innom og se til at alt er bra – til mer omfattende vask/dusj/stell, sårstell og smøring, hjelpe vedkommende ut av sengen, på toalettet og til der hvor de ville være plassert i løpet av dagen. Antall besøk kunne være fra ett til fire. I tillegg hadde flere trygghetsalarm, og på kveld og natt var det en alarmtelefon via legevakten. I journalgjennomgangen så det ut til alarmene ofte ble brukt på grunn av fall eller på grunn av behov for hjelp til toalett, eller bleieskift. To pleiere har vakt på natten.

I følge intervju med de to avdelingslederene i hjemmetjenesten er det mest som skjer på formiddagen før lunsj med morgenstell, sårstell, medisiner og frokost. Etter lunsj er det for det meste middagskjøring, medisiner og tilsyn. Hver pleier besøker fra 6-15 pasienter på en dag. I følge lederne er det ikke mulig å organisere tjenesten slik at brukerne møter et mindre antall pleiere over tid, slik at en bruker vil møte mange forskjellige i løpet av 1-2 uker. I spesielle tilfeller og for dem som ligger ved døden, forsøkes det å tilrettelegge mer, slik at de ikke har så mange å forholde seg til.

Forskning på området

Som det framkommer av revisjonskriteriene stilles det krav både til internkontroll, at prosedyrer skal være fastsatt og til kvalitet på tjenesten. Forskning på området viser imidlertid at det ikke er samsvar mellom hva som er minstenorm og hva som kan regnes som forsvarlig i tjenesten. Vi redegjør for noen sentrale elementer knyttet til dette nedenfor, og vil komme tilbake til det i vurderingene senere i rapporten.

I Fafo-rapport 2011:12 *Eldreomsorg under press*² framkommer at kommunene har lite råderett over *hvem* som har rett på å motta helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder *hvordan* disse tjenestene skal ytes, så har kommunene større handlingsrom. Det er kommunene som bestemmer organiseringen av tjenestene. Videre er det kommunene som avgjør hvilke tjenester som skal gis, og i hvilket omfang, forutsatt at de holder et minstenivå (s. 33). Det framgår videre at det å skape en god balanse mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen er en sentral utfordring innen dagens organisering av den kommunale helse- og omsorgssektoren. I rapporten hevdes også at kompetanse har stor betydning for kvalitet, og at det i deres undersøkelse framkom at et svakt punkt i tjenesten er stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger og ferier (s. 89). Det kom også fram at de ansatte opplevde at mange brukere var for syke til å være hjemme og at det gikk for lang tid fra det meldes fra om at eldre trenger sykehjemsplass, til de har fått tilbud om plass (s. 91).

Det konkluderes også i Fafo-rapport 2011:12 (s. 97) at det ikke har funnet sted en vekst i tjenestetilbudet til eldre de siste 20 årene. Institusjonstilbudet har blitt redusert, og parallelt med det har det skjedd en økt og intensivert bruk av hjemmetjenester de siste 20 årene. Denne veksten har imidlertid i større grad tilfalt brukere under 67 år.

I NOVA-rapport 14:2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*³ ga informantene (tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleie) uttrykk for stort tidspress i tjenestene. Når turnus blir satt opp oppfattet de at det er hensyn til økonomi og tilgjengelig helsepersonell som har størst betydning. Informantene opplyste videre at høyt sykefravær er hovedgrunnen til at det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.

I Forskning nr 3, 2012, *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?*⁴ hevdes det at dagens hjemmesykepleie ivaretar et absolutt minimum og at pasientene ikke får vurdert og ivaretatt nødvendige behov i tråd med Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenester (s. 281). Hjemmesykepleien skal ivareta pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. Det framgår at det imidlertid er uklart hva som anses som minstenormen for nødvendige og forsvarlige pleie- og omsorgstjenester (s. 280). De presenterer tre krav til forsvarlige tjenester. For det første sier de at pasientene skal få hjelp til å få dekket grunnleggende behov, noe som innebærer innfrielse av kravene slik de framkommer av kvalitetsforskriften – både ernæringsmessige, fysiologiske, sosiale behov, samt opplevelse av respekt og forutsigbarhet, selvstendighet og styring av eget liv, få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner, nødvendig tannbehandling og munnhygiene, tilpasset hjelp ved måltider og ro til å spise, tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter – det vil altså si oppgaver hjemmesykepleien skal ivareta. Forfatterne viser til forskning hvor det framkommer at pasienter i hjemmesykepleien får

² Gautun, Heidi og Åsmund Hermansen: Fafo-rapport 2011:12, *Eldreomsorg under press*. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre.

³ Gautun, Heidi og Christoffer Bratt: NOVA-rapport 2014/14, *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*.

⁴ Tønnesen, Siri og Per Nortvedt: Forskning nr 3 2012, 7: 280-285, *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?*

mat, medisiner, hjelp til personlig hygiene (ikke munnstell), toalettbesøk, påkledning og avkledning. Disse tjenestene blir ofte opplevd som en minimumsstandard for pleie- og omsorgstjenester. Sykepleiernes mulighet til å vurdere og ivareta pasientenes behov ut fra en helhetlig tilnærming er begrenset, og muligheten til å ta individuelle behov er begrenset. Psykososiale og åndelige behov anses ikke som del av hjemmesykepleiens tjenester – pasientene tilbys få aktiviteter og munnstell ivaretas sjeldent. Forfatterne mener de behovene hjemmesykepleien ivaretar i dag handler om å opprettholde basale livsfunksjoner (s. 281). Et eksempel som nevnes på et typisk sprik mellom det pasientene har behov for, og det de får av tjenester, er at pasienten av innsparingshensyn får hurtigmiddag som varmes i mikrobølgeovnen, og at de må spise måltidene alene. Et annet eksempel er at tjenestene ikke leveres til avtalt tid og at pasientene må vente i flere timer før de får stått opp og får nødvendig morgenstell eller får komme på toalettet. Forfatterne skriver at dette er respektløst og uverdigg (s. 283).

Tilsyn Eidsvoll kommunes hjemmesykepleie i 2008

Helsetilsynet gjennomførte tilsyn med tjenestetildeling og tjenesteutøving i hjemmetjenesten i Eidsvoll kommune i perioden 25.06.2008-12.11.2008. Tilsynet avdekket 3 avvik:

- 1) Vedtak om tildeling av hjemmesykepleie fulgte ikke forvaltningslovens krav til saksbehandling. Ikke alle vedtak inneholdt begrunnelse for helsehjelpen, det var manglende retningslinjer for hva kartlegging av helsebehovet skulle inneholde, enkelte pasienter hadde ikke vedtak, det var i vedtakene ikke opplyst om klageretten, det var i vedtaket ikke opplyst om fra hvilken dato vedtaket skal gjelde.
- 2) Kommunen sikret ikke gjennom sin internkontroll at brukerne av hjemmesykepleien fikk nødvendig helsehjelp og at hjelpen ble gitt til rett tid. Sykepleiedokumentasjonen viste at flere pasienter ikke hadde fått tjenester etter oppsatt plan, og dette gjaldt særlig morgenstell og utdeling av medikamenter. 18 av 36 avviksmeldinger inneholdt opplysninger om at tjenester ikke var utført på grunn av personellmangel (særlig gjaldt dette morgenstell). Arbeidslistene viste at enkelte ansatte kunne ha seks morgenstell med dusjing, frokost og liknende innenfor et kort tidsrom. De ansatte var ikke kjent med innholdet i pasientenes vedtak og om det var samsvar mellom arbeidslista og pleieplan. Det var ikke utarbeidet prosedyrer for dekking av grunnleggende behov etter kvalitetsforskriftens krav. Det ble ikke foretatt risikoanalyse i hjemmetjenesten, det var usikkerhet om hva slags avvik som ble meldt og det ble ikke gitt tilbakemelding på meldte avvik. Kommunen hadde ikke et tilstrekkelig verktøy eller rutiner for overvåkning og gjennomgåelse av internkontrollen for å sikre at den fungerte som forutsatt og bidro til kontinuerlig forbedring i virksomheten.
- 3) Kommunen hadde ikke sørget for at ansatte i hjemmesykepleien fikk nødvendig etter- og videreutdanning. Det var utarbeidet kompetanseplan med foreslåtte virkemidler, men det ble ikke gitt systematisk opplæring innen internkontroll. Ufaglærte gjennomførte selvstendige besøk uten faglig opplæring utover introduksjonsopplæring. Virksomheten var ikke kjent med ny legemiddelforskrift.

Det framkom videre at kommunen ikke hadde planlagt ressurstilgangen i samsvar med utfordringene i hjemmesykepleien. Kommunen hadde heller ikke definert klart hvilke

arbeidsoppgaver som skulle gjennomføres. Konklusjonen ble dermed at ledelsen ikke hadde sikret at pasientene fikk nødvendig helsehjelp.

3.5 Statistikk

Det bodde 22 689 personer i Eidsvoll kommune pr 01.01.2014. Nedenstående tabell viser alle innbyggere i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7⁵ og i landet pr 01.01.2014 og i absolutte tall og prosent for gruppene 0-66 år, 67-79 år og 80 år og over.

Tabell 1 Befolkning i Eidsvoll, Kostragruppe 7 og i landet pr 01.01.2014, absolutte tall og prosent

	I alt pr 01.01.2014	0-66 år	67-79 år	80 år og over	Andel 0-66 år	Andel 67-79 år	Andel 80 år og over
Eidsvoll	22 689	19 866	2026	797	87,6 prosent	8,9 prosent	3,5 prosent
Kostragruppe 7	420 365	364 759	39 419	16 187	86,8 prosent	9,4 prosent	3,9 prosent
Landet	5 109 056	4 410 334	477 962	220 760	86,3 prosent	9,4 prosent	4,3 prosent

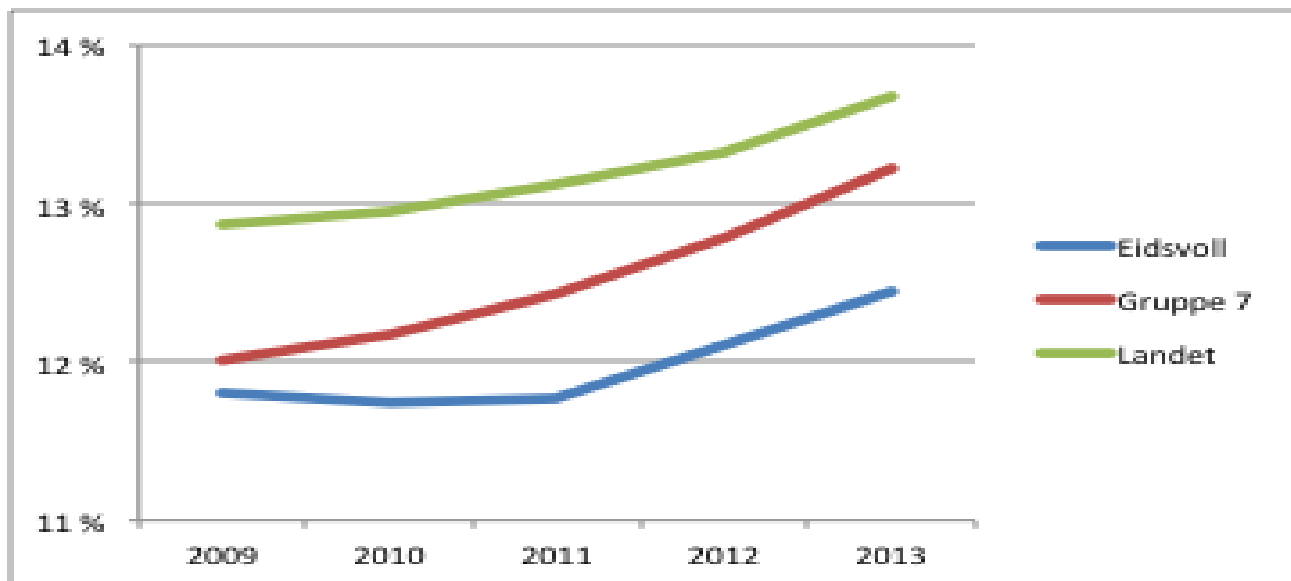
Kilde: SSB

Som tabell 1 viser er andelen eldre både 67-79 år og over 80 år i Eidsvoll kommune så vidt lavere enn andelen i Kostragruppe 7 og for landet som helhet; andelen er henholdsvis 8,9 og 3,5 prosent i Eidsvoll, 9,4 og 3,9 prosent i kommunegruppe 7 og 9,4 og 4,3 prosent for landet.

Figur 4 nedenfor viser utviklingen i andel av befolkningen over 67 år i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet for årene 2009 til 2013.

⁵ Statistisk sentralbyrå har gruppert kommunene i 29 kategorier. Kommunene er her gruppert langs tre ulike dimensjoner: 1. Folkemengde, hvor det skilles mellom små (<5000), mellomstore (5000-19999) og store kommuner (>20000). 2. Bundne kostnader per innbygger, hvor det skilles mellom kommuner med lave bundne kostnader (nedre 25 prosent av kommunene), kommuner med høye bundne kostnader (øvre 25 prosent av kommunene). De øvrige 50 prosent av kommunene har middels bundne kostnader. 3. Frie disponible inntekter per innbygger, hvor det skilles mellom kommuner med lave frie disponible inntekter (nedre 25 prosent), kommuner med høye frie disponible inntekter omfatter de (de øvre 25 prosent). De øvrige 50 prosent av kommunene har middels frie disponible inntekter. Eidsvoll kommune tilhører gruppe 7, som er en gruppe med mellomstore kommuner med både lave bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter (kilde:SSB).

Figur 4 Andel av befolkningen over 67 år i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet årene 2009-2013

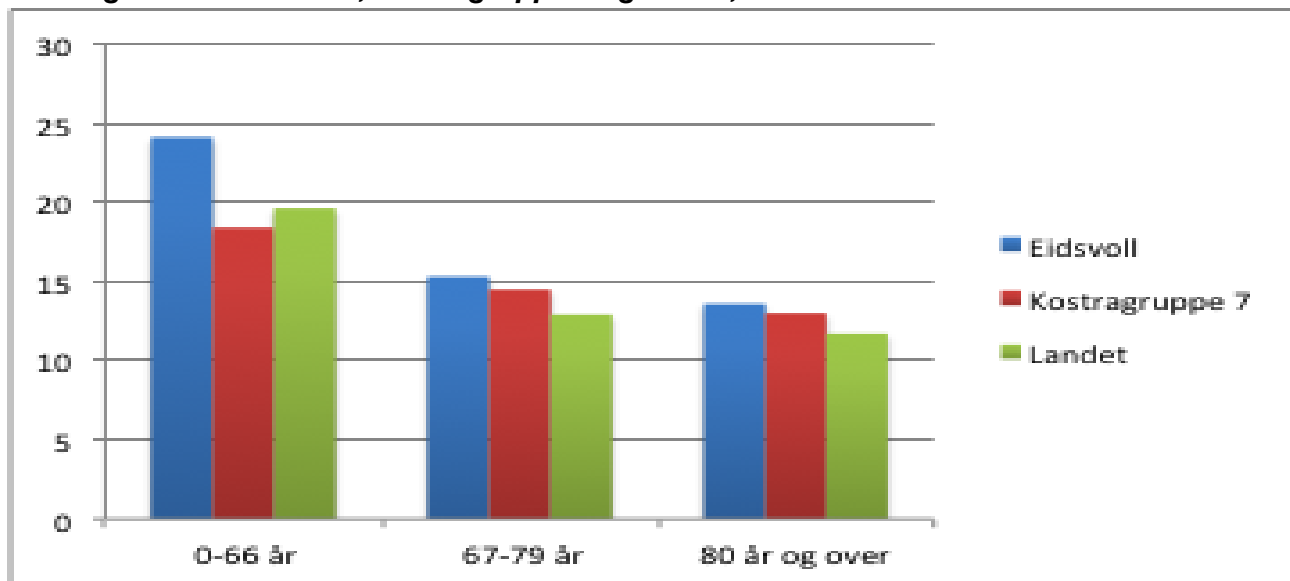


Kilde: SSB/Kostra

Figur 4 viser at andelen over 67 år har økt både i Eidsvoll og i øvrige kommuner. Andelen over 67 år ligger for alle årene noe lavere i Eidsvoll enn i Kostragruppe 7 og i landet som helhet.

Det framgår av kommunens folkehelseprofil (fhi.no) at Eidsvoll kommune har en noe mer utfordrende situasjon enn andre kommuner når det gjelder sykdommer som psykiske symptomer og lidelser, sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, type 2-diabetes, kols og astma. Det ble i intervjuer sagt at Eidsvoll kommune har en mer krevende brukergruppe enn andre kommuner for gruppen under 67 år. Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov framkommer av neste figur, figur 5.

Figur 5 Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov, 0-66 år, 67-79 år og 80 år og over for Eidsvoll, Kostragruppe 7 og landet, 2013

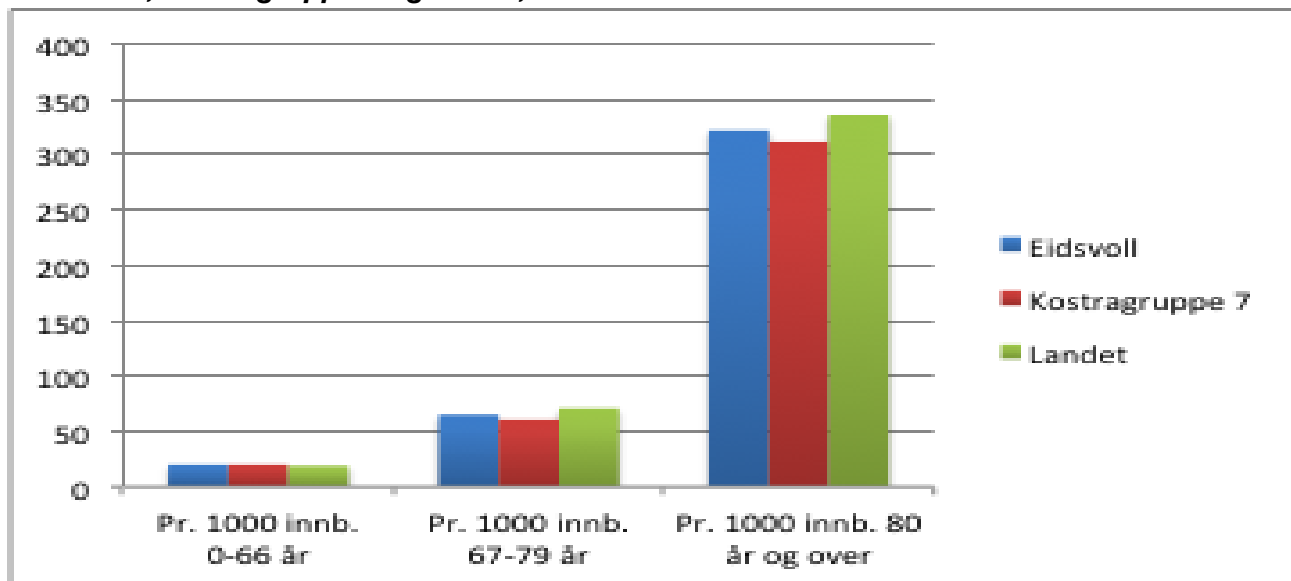


Kilde SSB/Kostra

Som det framgår av figur 5 lå Eidsvoll kommune over de andre kommunene når det gjelder andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov – særlig for aldersgruppen under 66 år, men også for de to andre aldersgruppene.

I figur 6 nedenfor, vises antallet mottakere av hjemmetjenester – pr 1000 innbyggere og fordelt på aldersgruppene under 66 år, mellom 67 og 79 år og over 80 år. Figur 6 viser at Eidsvoll kommune har like mange mottakere av hjemmetjenester for aldersgruppen 0-66 år som de øvrige kommunene, og at Eidsvoll ligger så vidt høyere enn Kostragruppe 7 for dem mellom 67 og 79 år og over 80 år, men litt lavere enn landet.

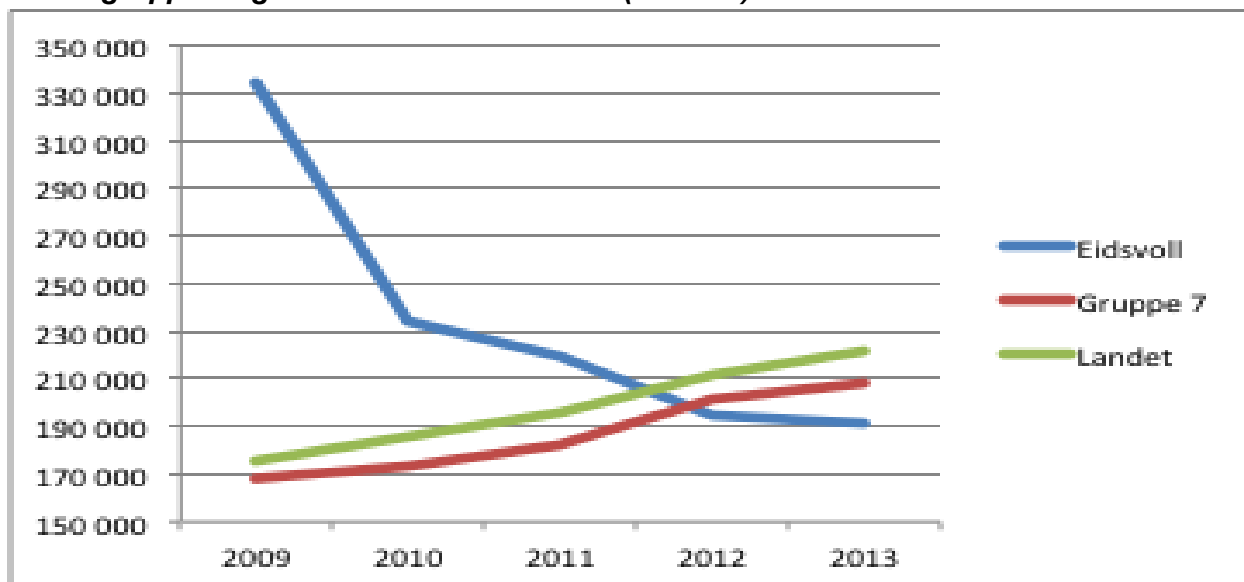
Figur 6 Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år, 67-79 år, 80 år og over, Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og landet, 2013



Kilde SSB/Kostra

Kommunenes utvikling i utgifter pr mottaker for perioden 2009-2013 vises i figur 7 nedenfor.

Figur 7 Korrigerede bruttoutgifter pr mottaker av hjemmetjenester i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet årene 2009-2013 (i kroner)

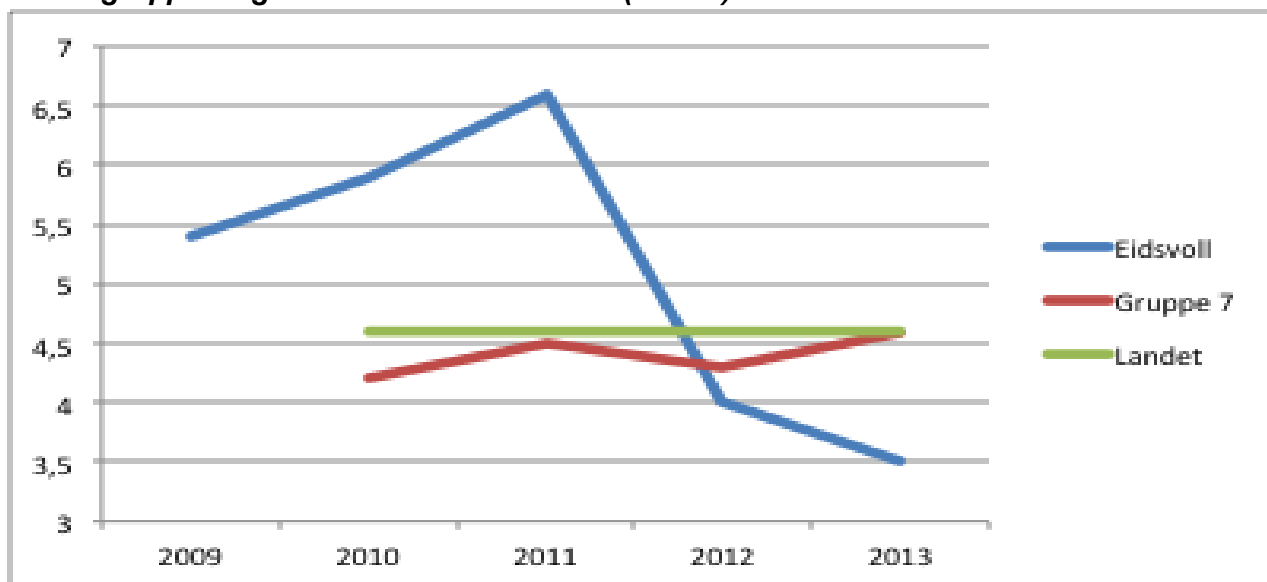


Kilde: SSB/Kostra

Som figur 7 viser økte gjennomsnittlige utgifter pr mottaker for Kostragruppe 7 og for landet. For Eidsvoll kommune var tendensen motsatt, ved at kommunen lå langt høyere enn de andre i 2009, men hadde lavere brutto driftsutgifter pr mottaker av hjemmetjenester i 2013. Figur 8, nedenfor,

viser gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken med hjemmesykepleie for Eidsvoll kommune, kommunegruppe 7 og for landet.

Figur 8 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet årene 2009-2013 (i timer)

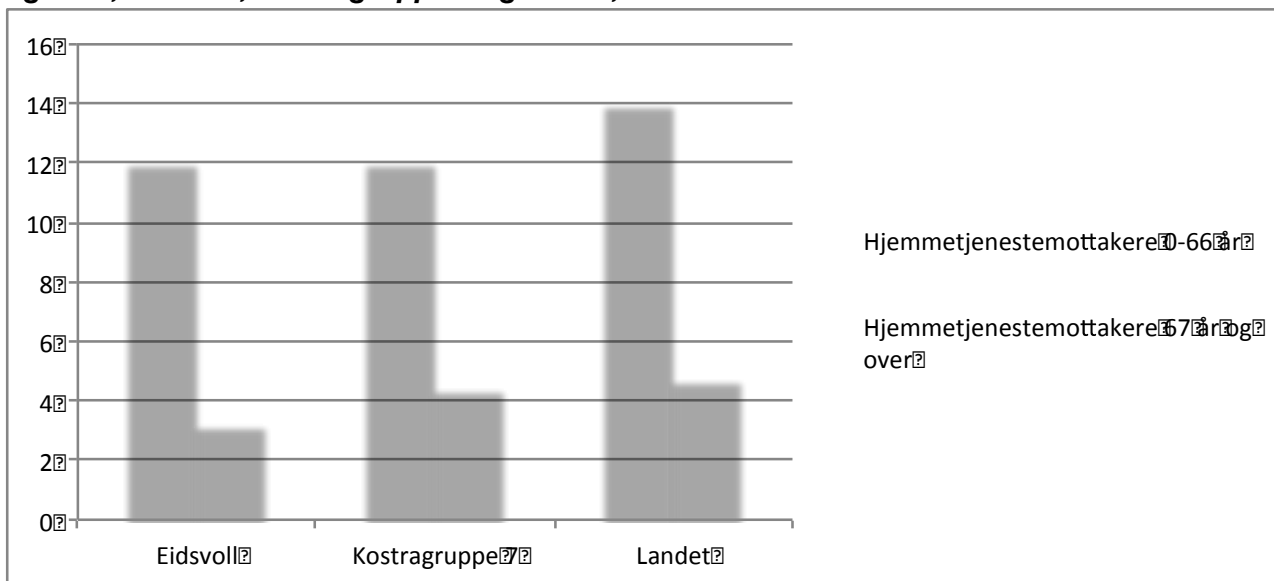


Kilde: SSB/Kostra

Som nevnt over har Eidsvoll kommune en noe mer utfordrende situasjon enn andre kommuner for en rekke sykdommer. Dette gjenspeiles ikke i antallet tildelte timer til hjemmesykepleie i kommunen. Det framgår av figur 8 at Eidsvoll kommune i 2013 ligger under andre kommuner når det gjelder antallet tildelte timer. Eidsvoll har videre hatt større svingninger i fordeling av antall timer pr uke enn den kostragruppen Eidsvoll hører til, og også enn landet for øvrig. Eidsvoll lå eksempelvis over med cirka 2 timer pr uke i 2011, og lå under med én time pr uke i 2013.

Antall timer tildelt hjemmetjeneste for dem over og dem under 67 år vises i figur 9.

Figur 9 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetjenestemottakere 0-66 år og 67 år og over, Eidsvoll, Kostragruppe 7 og landet, 2013

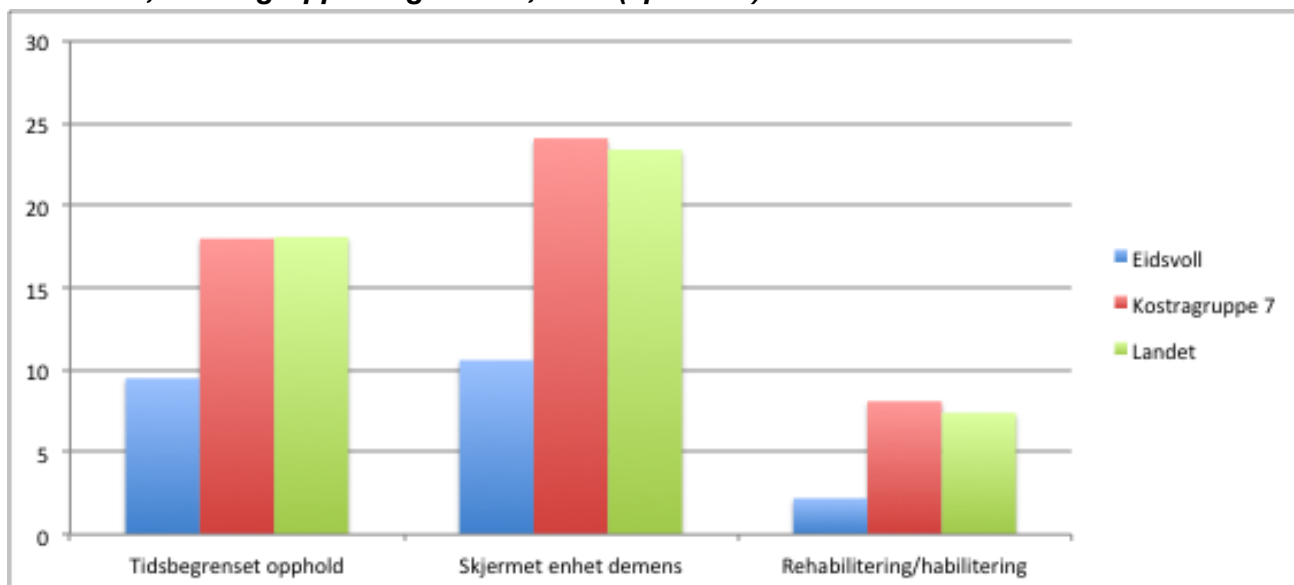


Kilde: SSB/Kostra

Som det framgår av figur 9 lå Eidsvoll likt som Kostragruppe 7 på antallet timer til hjemmetjenester til dem under 67 år, og begge lå noe under landsgjennomsnittet. Eidsvoll kommune lå under både Kostragruppe 7 og landet på antallet timer til dem over 67 år.

Andel plasser til korttidsopphold, plasser i skjermet enhet for personer med demens og andel plasser til habilitering/rehabilitering vises i figur 10.

Figur 10 Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, andel plasser i skjermet enhet for personer med demens og andel plasser satt av til habilitering/rehabilitering, Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og Landet, 2013 (i prosent)



Kilde: SSB/Kostra

Andel plasser i tidsbegrenset opphold, andel plasser i skjermet enhet for personer med demens og andel plasser til habilitering/rehabilitering er som vist i figur 10 markert lavere for Eidsvoll kommune enn for Kostragruppe 7 og for landet som helhet.

Oppsummert kan vi si at statistikken viser at Eidsvoll kommune har omtrent like stor andel befolkning over 67 år som de vi har sammenliknet med, og samlet sett like mange mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbyggere. Kommunen har for alle aldersgrupper større andel brukere med omfattende bistandsbehov enn øvrige kommuner, særlig er det stor forskjell for gruppen 0-66 år. Samtidig gir kommunen færre timer til brukerne i gjennomsnitt pr uke og lavere andel institusjonsplasser både for korttidsopphold, opphold for demente og til rehabilitering.

4 INTERNKONTROLL

4.1 Revisjonskriterier

4.1.1 *Krav til å etablere internkontroll og til å dokumentere den*

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester er i henhold til helsetilsynsloven § 3 pålagt å etablere et internkontrollsystem. Dette innebærer krav om at kommunens ledelse gjennom systematisk styring og kontroll skal sikre at aktiviteter og tjenester utøves i samsvar med pasienters og brukeres behov og de krav som stilles i gjeldende rett. Kommunen må planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at tjenestene til enhver tid er forsvarlige, herunder at brukerne får de tjenestene de har behov for til rett tid.

I følge § 5 i internkontrollforskrift i helsetjenesten skal internkontrollen dokumenteres, og dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

4.1.2 *Innholdet i internkontrollen*

Innholdet i internkontrollen er nærmere beskrevet i internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4. Det framgår av første ledd at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

I forskriften § 4 bokstavene a-h er det konkretisert hva internkontroll innebærer og hva den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre. I tillegg til å beskrive virksomhetens hovedoppgaver, mål, ansvar oppgaver og myndighet, skal de ansvarlige sørge for at de ansatte har tilgang til aktuelt lovverk på området, har kunnskap på feltet og at de medvirker til å utnytte erfaring og kunnskap, samt gjør bruk av pasienter og pårørendes erfaringer til forbedring av virksomheten. Andre viktige krav er å skaffe oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav og både utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av aktuell lovgivning. De ansvarlige må systematisk overvåke og gjennomgå internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

4.1.3 *Krav til prosedyrer for å ivareta innholdet i tjenesten*

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier noe om oppgaver og innhold i tjenestene, og dreier seg om krav til at kommunen skal ha fastsatt prosedyrer for å sikre god måloppnåelse. Blant annet sier forskriften at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Også her er brukere og pårørende ansett som

viktige informanter ved at de skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og ved at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse oppgavene nevnt i avsnittet over framheves det i forskriften at kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. I forskriften defineres grunnleggende behov som blant annet

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretagelse av munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

I henhold til Kvalitetsforskriften skal kommunen utarbeide skriftlige prosedyrer som har til hensikt å sikre at brukerne får ivaretatt sine grunnleggende behov, slik det blir eksemplifisert i § 3 i forskriften. Helsedirektoratets veileder til Kvalitetsforskriften slår fast at

prosedyrene⁶ bør inneholde en beskrivelse av de formål, anvendelsesområde og ansvar som skal sørge for at brukeren av tjenester opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og får mulighet for ro og skjermet privatliv og selvstendighet og styring av eget liv. I tillegg bør prosedyrene utfylles med mer spesifikke retningslinjer om hvordan brukere av tjenester får dekket fysiske og sosiale behov. De 16 strekpunktene i § 3 i forskriften er ikke utfyllende for mangfoldet i pleie- og omsorgstjenesten, men de konkretiserer på noen viktige områder hva en legger i grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (veilederen s.13-14).

⁶ Et eksempel på prosedyre finnes i vedlegg 4, s 40, i veiledningen.

Det framgår av St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* (s. 36) at Statens helsetilsyn har påpekt at mange kommuner ikke har et tilfredsstillende tilbud om sosial kontakt og aktivitet i omsorgstjenesten. Og videre at dette tilsier behov for personell med kompetanse som supplerer det rent helsefaglige personellet, slik som vernepleiere, aktivtører, ergoterapeuter og sosialarbeidere.

Ut fra ovenstående setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Er det for hjemmebaserte tjenester etablert et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenester de har fått vedtak om?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen skal ha etablert internkontroll på området, og denne skal være dokumentert, oppdatert og tilgjengelig. ⇒ Kommunen skal ha etablert tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser. ⇒ Kommunen skal ha rutiner for å følge opp at den enkelte bruker mottar de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. ⇒ Kommunen skal ha prosedyrer for at bruker, eventuelt pårørende, medvirker til utforming eller endring av tjenestetilbudet, og for at bruker har medbestemmelse i den daglige utførelsen av tjenesten. ⇒ Kommunen skal ha fastsatt prosedyrer som søker å sikre at brukerne av hjemmesykepleie får tilfredsstilt grunnleggende behov.

4.2 Funn/fakta

Kapitlet er strukturert etter revisjonskriteriene, som er angitt i fet skrift under hvert punkt. Første del tar opp hvorvidt det er etablert et internkontrollsystem og om det er tilgjengelig og oppdatert. Derneft beskrives tjenestens system for å håndtere avvik og prosedyrer og rutiner som kan være egnet til å forebygge. I de neste to avsnittene følger fakta om tjenestens innsats for å sikre at den enkelte bruker mottar de tjenester vedkommende har behov for og om brukerne gis mulighet til medbestemmelse. Siste avsnitt tar opp hva som regnes som grunnleggende behov og tjenestens ivaretagelse av disse.

4.2.1 Dokumentert, oppdatert og tilgjengelig internkontroll

Kommunen skal ha etablert internkontroll på området, og denne skal være dokumentert, oppdatert og tilgjengelig

Virksomhetsleder for Hjemmebaserte tjenester fortalte i intervju at det de siste 10 årene har vært mye gjennomtrekk blant lederne i Hjemmebaserte tjenester. Virksomheten har hatt 8 forskjellige virksomhetsledere på 10 år. Vedkommende som er der nå, har vært der i 2 år. Hun fortalte videre at det de siste par årene har vært jobbet med å få rutiner på plass, og at tjenesten har gjennomgått alle rutiner og prosedyrer. Det er etablert et elektronisk kvalitetssystem som er for hele kommunen,

men som ennå ikke tatt i bruk fullt ut. De ulike oppgavene for hjemmetjenesten er beskrevet i systemet, men det er ikke iverksatt ennå.

I forbindelse med revisjonen overleverte Tildelingsenheten og Hjemmebaserte tjenester sine rutiner for tildeling av tjenesten. Rutinen fra Tildelingsenheten var gyldig og skulle revideres, mens rutinen fra Hjemmebaserte tjenester hadde gått ut på dato den 07.05.2013 og skulle revideres. Innholdet i rutinen behandles under punkt 4.2.3.

Målet med tjenesten og tjenestens hovedoppgaver er beskrevet og tilgjengelig på kommunens hjemmeside og i interne dokumenter. Det framgår på kommunens hjemmeside at *Hjemmesykepleie er helsehjelp som bidrar til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Målet er å bidra til at brukere kan klare seg selv i størst mulig grad.* Virksomhetens oppgaver er beskrevet som følger:

- Ivareta de daglige grunnleggende behov som for eksempel personlig hygiene, administrering av medisiner, følge til wc, mat og medisiner. Herunder også varme opp ferdig mat etter behov.
- Sette injeksjoner og ta blodprøver (gjelder for innbyggere som ikke selv eller med hjelp av pårørende eller drosje kan komme til legesenter for å utføre dette). Dette må forordnes av lege.
- Sårbehandling.
- Opplæring i blodsukkermåling, insulinsetting og stomistell.
- Oppvask av "utstyr" som er benyttet av den omsorgstrengende.
- Klesvask i maskin/henge opp til tørk når dette er påkrevd.

Det beskrives også hva hjemmesykepleie ikke omfatter, for eksempel stell av hår etter dusjing, fotpleie, klipping av negler eller lage middag.

Det framgår videre at dette er en gratis tjeneste som det søkes om, og at alle søknader om tjenester blir fortløpende vurdert og behandlet av Tildelingsenheten ved Innbyggersenteret. Tjenesten vil jevnlig evaluere alle vedtak om hjemmesykepleie og eventuelt revurdere/endre tilbudet ut fra endrede behov.

Leder for Hjemmebaserte tjenester opplyste i intervju at tjenesten de siste par årene har gjennomgått internkontrollsystemet og har oppdatert og justert prosedyrer og rutiner. De ansattes kompetanse er kartlagt i en GAP-analyse, og den enkelte ansatte er bedt om å registrere sin kjennskap til de ulike rutinene enheten har (datert 01.12.2014, frist innlevering 10.01.2015). De største utfordringene i tjenesten er av tjenesten selv (intervjuer og Virksomhetsplan 2015) vurdert til å være kompetanse, kapasitet og rekruttering. Det er etablert et avvikssystem og det meldes løpende om avvik (se punkt 4.2.2).

Det er som vi kommer tilbake til nedenfor, utviklet prosedyrer for håndtering av avvik (datert 27.10.2014), årlig kartlegging av sikkerhet og trygghet i hjemmet (datert 19.11.2014), rutine for mottak av meldt utskrevet pasient (udatert), dagvakt som koordinerer mellom brukere og pleiere og dagvakt og kveldsvakt (udatert), dokumentasjonskrav om brukerne (datert 28.05.2014), medisinsk

vurdering ved behov akutt hjelp, innføring av primær- og sekundærkontakt for distrikt 1 fra og med 01.12.2014, som blant annet skulle se til at tilbudet var i tråd med vedtak og melde i fra dersom brukerens tilstand endrer seg. Det var ikke prosedyrer for evaluering av tjenesten, men tjenesten hadde i oktober 2014 invitert brukerne til å gi sine synspunkter i et evalueringsskjema (kommunen hadde tidligere gjennomført en brukerundersøkelse i 2011). En del av de forannevnte prosedyrene inneholder rutiner som kan bidra til å sikre brukeres/pårørendes medbestemmelse av innholdet i tjenesten. Her kommer også rutinen med hjemmebesøk ved tildeling av tjenesten. Det foreligger ikke prosedyrer for brukeres/pårørendes medbestemmelse for daglig utførelse av tjenesten.

4.2.2 Håndtering og forebygging av overtredelser

Kommunen skal ha etablert tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser

Det framkom i flere intervjuer og i virksomhetsplanen for 2015 at hovedutfordringene for de hjemmebaserte tjenestene er kompetanse, kapasitet og rekruttering. I virksomhetsplanen for 2015 er det i tillegg beskrevet at kommunen har en utfordrende folkehelseprofil (bekreftes ved sjekk på fhi.no), at utskrivningstakten fra sykehus er høyere som følge av samhandlingsreformen og at kommunen har svært lav andel korttids-/avlastnings-/rehabiliteringsplasser (jf kapittel 3). Virksomhetsleder uttalte i intervju at kommunens dårlige kapasitet på korttidsplasser, kombinert med effektene av samhandlingsreformen, hvor pasientene skrives ut tidligere, gjør at brukerne er dårligere nå enn tidligere. Hun sa videre at sykdommene er blitt mer komplekse og med det kreves mer kapasitet og kompetanse. Virksomhetsleder fortalte at sykepleierandelen i hjemmetjenesten i Eidsvoll er på 25 prosent, mot 30 prosent på landsbasis, og at det jobbes med å styrke denne andelen. I tillegg til denne relativt sett lave andelen sykepleiere, framkom det at det er høyt sykefravær (17 prosent) og en del både frivillig og ufrivillig deltid (45 prosent jobber deltid).

Hjemmebaserte tjenester har utviklet rutiner og prosedyrer for håndtering av avvik. Det er laget eget avviksmeldingsskjema hvor det blant annet skal opplyses om tidspunkt for avviket, beskrivelse av avviket, antatt årsak til avviket, iverksatte tiltak, hva som skal til for å hindre gjentakelse, og dato for når avviket er blitt lukket. I prosedyre for rapportering om og oppfølging av avvik (datert 27.10.2014) framgår det at de to avdelingslederne har ansvaret for oppfølging av avvikene. Videre er det angitt hva avviksmeldingen skal inneholde (samme som nevnt over om avviksmeldingsskjema). Virksomhetsleder skal få månedlig statistikk om alle avvik registrert i CosDoc.

Det er lagt til rette for registrering av avvikene i journalene. Både Tildelingsenheten og Hjemmebaserte tjenester oversendte oversikter over avvik i Hjemmebaserte tjenester. Disse viste ulikt antall avvik. Pr midten av desember 2014 var det registrert 470 avvik i følge Tildelingsenheten og 284 avvik i følge Hjemmebaserte tjenester. Begge er hentet fra Journalsystemet CosDoc. Begge enhetene ble i e-post av 07.01.2015 spurt om hva årsaken kunne være og om de kunne finne ut hvilket som var rett. Det er pr 28.01.2015 ikke mottatt svar. Tabell 2 nedenfor viser fordelingen av de ulike avvikene.

Tabell 2 Avvik fordelt på ulike typer i 2014 (fram til og med midten av desember 2014). Tall fra Tildelingsenheten, (tall fra Hjemmebaserte tjenester i parentes).

Type avvik	Antall
Fall	18 (2)
Feilmedisinering/nestenfeil	108 (42)
Utagering/vold	9 (1)
Rutinesvikt	333 (247)
Svikt teknisk utstyr	2 (2)
Sum avvik	470 (284)

Kilde: Eidsvoll kommune, Tildelingsenheten og Hjemmebaserte tjenester (CosDoc)

I de 30 sakene i journalgjennomgangen var det i 2014 registrert samlet 92 avvik, 3,1 avvik i gjennomsnitt pr bruker.

Blant rutiner som er utviklet de siste par årene er en rutine for sykepleier med såkalt DR-vakt – en type dagvakt i ukedagene som i utgangspunktet ikke skal delta i listekjøring (kjøring rundt til brukerne), men som skal sikre informasjonsflyt både mellom sykepleier, koordinator og listekjører og mellom dagvakt og kveldsvakt. Vedkommende skal i tillegg følge opp såkalte e-meldinger fra sykehus og fastlege (meldinger om inneliggende pasient som antas at vedkommende vil ha bistandsbehov fra kommunen). Annet ansvar som er tillagt denne stillingen er å skrive ut rapport fra CosDoc før vaktskifte, om nødvendig gi muntlig rapport til kveldsvaktene, dele ut medisiner som skal ut på kvelden og påse at det er klargjort til morgenen etter, svare på sykepleiefaglige spørsmål og dialog med alle aktuelle. Denne rutinen er udatert.

En annen rutine gjelder for mottak av pasient fra institusjonsopphold. Det framgår av denne at den skal sikre at de som skrives ut av sykehus eller annen institusjonsplass og som trenger hjemmebaserte tjenester, ivaretas på best mulig måte og får nødvendig helsehjelp ved hjemkomst til egen bolig. Ansvaret de Hjemmebaserte tjenestene har for denne gruppen er å sikre forsvarlig mottak av pasienten. Det står i rutinen at alle beskjeder som mottas over telefon, skal skrives inn i CosDoc, for eksempel om når pasienten ventes hjem og hvilke avtaler som er gjort om hjelpebehov. Pasienten skal plasseres på en arbeidsliste. Det er også beskrevet i rutinen hva som skal gjøres dersom pasienten ikke kommer hjem til forventet tidspunkt: At listekjører må varsle ansvarssykepleier umiddelbart og at sistnevnte må sjekke e-meldinger, sjekke med aktuelt sykehus, eventuelt politi. Rutinen er udatert.

Hjemmebaserte tjenester har et skjema for medisinsk vurdering knyttet til akutt hjelp og en prosedyre for bruk av det. Denne prosedyren skal sikre kvalitet og økt pasientsikkerhet ved medisinske vurderinger av pasienter/beboere/hjemmeboende, som kan ha behov for medisinsk hjelp. Det står for eksempel at dersom det ikke er behov for å ringe lege umiddelbart, så skal pleier gjøre en undersøkelse, notere ned resultatene og klokkeslett. Deretter skal pasienten undersøkes på nytt etter én time, og på det grunnlaget skal det vurderes om tilstanden er stabil eller om det er behov for tilsyn akutt. Skjemaet er datert 14.04.2013, med angitt revisjonsdato 15.01.2014.

Ytterligere en rutine dreier seg om årlig kartlegging av sikkerhet og trygghet i hjemmet. Denne kartleggingen tar for seg brannsikkerhet, fallrisiko, klinisk status og legemiddelgjennomgang. Ved bruk av denne på årlig basis vil man kunne avdekke behov her og nå, eventuelt endringer fra siste kartlegging. Eksempler fra skjemaet er status på ernæring, fysisk funksjon, psykisk/mental funksjon, evne til å innta legemidler, om legemiddeloversikten er oppdatert, om den er i samsvar med det som er forskrevet fra sykehus/fastlege og om tiltaksplan for legemidlene er oppdatert i CosDoc. Skjemaet er versjon 1.1 og er datert 19.11.2014.

4.2.3 Rutiner for mottak av rette tjenester til rett tid

Kommunen skal ha rutiner for å følge opp at den enkelte bruker mottar de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.

Som det framgår av punkt 3.1 skjer behandling av vedtak om blant annet hjemmesykepleie i Tildelingsenheten, både nye vedtak og endring av vedtak. Denne enheten – eventuelt sammen med Hjemmebaserte tjenester – gjennomfører også vurderingsbesøk for å fastsette nivået på tjenesten. Tjenesten regnes som et lavterskeltilbud, og siden det ikke alltid er mulig å vente på vedtak blir den ved behov iverksatt før formelt vedtak er fattet. Det framkom i intervju med Hjemmebaserte tjenester at endringer i tjenesten som følge av endrede behov kan skje på litt ulike måter – oftest er det Hjemmebaserte tjenester selv eller pårørende som tar initiativ til justeringer av innholdet i tjenesten som følge av endrede behov hos bruker. Da vil Hjemmebaserte tjenester justere tjenesten i tråd med behovet. Det hender også at Tildelingsenheten gjennomfører nytt vurderingsbesøk, vurderer behovet og gir nytt vedtak.

I *Kvalitetshåndbok – Prosedyre for behandling og vurdering av søknader om tjenester etter lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven* (gjeldende fra og med 01.01.2014, med planlagt revisjon mai 2015), angis prosedyrene for hvordan behandlingen av saker skal foregå i Tildelingsenheten. Styrende for virksomheten er lov om pasient- og brukerrettigheter og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Følgende framgår av kvalitetshåndboken når det gjelder søkeprosessen og tildeling av tjenesten:

- Det kan være søkeren selv, pårørende, sykehus eller tjenesteyter som avdekker behov for tjenester.
- En av de ovennevnte fyller ut søknadsskjema, som sendes Tildelingsenheten. I intervju ble det opplyst at det ikke alltid ble fylt ut søknadsskjema for hjemmesykepleie, da det er et lavterskeltilbud og det ofte er et akutt behov.
- I de fleste tilfeller gjennomføres hjemmebesøk, av Tildelingsenheten og/eller Hjemmebaserte tjenester.
- Tildelingsenheten vurderer søknaden og om søker har behov for tjenesten. Søknadene behandles ukentlig i et eget tildelingsmøte med kommunalsjef/avdelingsleder. Her blir alle saksframlegg etter vurderingsbesøk lagt fram, og rett tjeneste, omfang og nivå defineres og vedtas.

- Tildelingsenheten skriver vedtak, som sendes bruker og lagres i papirarkiv og i journalsystemet CosDoc.
- Ved endring i behov – øke, redusere eller avslutte tjenesten – er det de enkelte virksomheter/avdelingens ansvar å informere Tildelingsenheten. Det er egen rutine for dem som skrives ut fra sykehus, hvor sykehuset via CosDoc blant annet oppgir forventet utskrivningsdato. Tildelingsenheten skal så ta kontakt med sykehuset for utfyllende informasjon, og dokumentere denne i CosDoc. Melding om utskrivningsklar pasient går til Tildelingsenheten, og bistandsbehov vurderes – ved stort og sammensatt behov vurderes det om pasienten skal oppsøkes på sykehuset.
- Det er møte med hjemmetjenesten/institusjonstjenesten/fysioterapi/ergoterapi på tirsdager for å diskutere utskrivningsklare pasienter og eventuelt bistandsbehov. På torsdager møtes de faste medlemmene i tildelingsmøtet for å oppsummere nye pasienter og hjelpebehov før helgen. Det ble i intervju opplyst at hjemmetjenesten nå også deltar på torsdagsmøtene.

I tilsvarende prosedyre for Hjemmebaserte tjenester (denne var gyldig tom 07.05.2013 og skulle revideres) framgikk det at alle med behov for helsetjenester i hjemmet skal få vedtak på det, og at vedtaket skal inneholde omfang av tildelt tjeneste, når tjenesten skal ytes, hva som er målet med tjenesten, samt hvor lenge den skal ytes. Vedtaket skal sikre en forutsigbar tjeneste.

For gjennomføring inneholdt prosedyren følgende:

- Tildelingsenheten vurderer og behandler alle nye søknader. Anmodningen kan komme fra søker, pårørende eller sykehus.
- Som hovedregel gjennomfører Tildelingsenheten vurderingsbesøk hos søker, og utformer vedtak i etterkant av det.
- Hjemmebaserte tjenester ved avdelingslederne og koordinatorene meldes via CosDoc om vedtaket.
- Ved akutte behov må Hjemmebaserte tjenester selv vurdere og iverksette tjenester. Melding sendes Tildelingsenheten.
- Ved endring av iverksatte tjenester meldes det til Tildelingsenheten som skal fatte nytt vedtak.
- Det gjennomføres samarbeidsmøter én gang pr uke. Dette er som nevnt over økt til to ganger pr uke.

Både Tildelingsenheten og Hjemmebaserte tjenester sa i intervjuer at samarbeidet dem i mellom fungerte meget bra, og at det var svært sjelden det var uenighet dem i mellom om brukere.

Etter flere avvik knyttet til manglende dokumentasjon ble det fra ledelsen i Hjemmebaserte tjenester presisert hvilket ansvar den enkelte pleier har for å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasientene og den helsehjelpen som gis (datert 28.05.2014). I denne ble det beskrevet en rutine, som sier noe om hva som skal registreres på den enkelte bruker. Rutinen beskriver krav til dokumentasjon for henholdsvis nye brukere og alle brukere. Krav til dokumentasjon nye brukere:

- Funksjonsnivå (hva bruker klarer)
- Problemområder – hjelpebehov – nødvendige tiltak

Plikten til å dokumentere gjelder både ved første vurderingsbesøk og videre besøk i den første tiden – hvor ofte det vil være nødvendig med observasjoner i en periode for å kunne gi riktige tjenester (her skal det også vurderes om bruker er for dårlig til å bo hjemme).

Krav til dokumentasjon alle brukere:

- Endringer som registreres (midlertidige eller permanente endringer).
- Hva slags tiltak som er iverksatt hvis endret tilstand hos bruker, og hvordan det følges opp videre.

Den 01.12.2014 innførte Hjemmebaserte tjenester en ordning med primær- og sekundærkontakt for brukerne i distrikt 1. Primærkontakten skal

- etablere og opprettholde kontakt med brukeren.
- sørge for at brukeren blir informert om sine rettigheter, rutiner og regler.
- støtte, veilede, oppmuntre og motivere brukeren til å gjennomføre avtalte tiltak.
- ha et helhetlig ansvar for at brukeren får en tjeneste i henhold til vedtak.
- delta på møter med andre samarbeidspartnere, ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter.
- oppdatere og vedlikeholde brukerens pleieplan i perm som vedkommende har hjemme.
- holde kontakt med pårørende.

Sekundærkontakten skal

- samarbeide med primærkontakt vedrørende oppfølging og omsorg for brukeren.
- være assisterende primærkontakt.
- rapportere dersom det blir endringer i brukerens tilstand.

Det opplyses i brev til brukerne at hensikten med ordningen er at brukeren og dennes pårørende skal oppleve trygghet gjennom en klar ansvarsfordeling og et nært forhold til én person, det vil si primærkontakten. Primærkontakten skal bidra til kontinuitet og forutsigbarhet i brukerens hverdag.

Det framgår av rutinebeskrivelsen at sykepleierne skal ha primærkontaktansvar for brukere med avanserte medisinsktekniske prosedyrer. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere skal være primærkontakt for 4-5 brukere hver og ha sykepleier som sekundærkontakt.

Den årlige kartleggingen, nevnt over, skal bidra til at eventuelle endringer i behov på årlig basis kan fanges opp. Rutinen ble iverksatt i november 2014.

Rutinen for mottak av meldt, utskrevet pasient fra institusjonsopphold skal sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp ved utskrivelse fra sykehus.

I oktober 2014 leverte Hjemmebaserte tjenester evalueringsskjemaer til alle sine brukere hvor de inviterte de som ønsket å gi tilbakemeldinger. Kommunen har ikke gjennomført brukerundersøkelse, dette ble sist gang gjort i 2011. Ett spørsmål i evalueringsskjemaene var om hjelpen var i samsvar med vedtaket. Pasientene kunne i besvarelsen ta opp andre temaer enn de det var spurt direkte

om. Revisor mottok de svar som var mottatt etter cirka en måned, 34 stykker – disse omtales lenger ned, se punkt 5.2.4.

4.2.4 Prosedyrer for brukers medbestemmelse

Kommunen skal ha prosedyrer for at bruker, eventuelt pårørende, medvirker til utforming eller endring av tjenestetilbudet, og for at bruker skal ha medbestemmelse til den daglige utførelsen av tjenesten

Prosedyrene for tildeling av hjemmetjenester tilsier at Tildelingsenheten, eventuelt Hjemmebaserte tjenester, skal gjennomføre hjemmebesøk for å vurdere behovet og nivå på tjenesten. Dette er et møte med bruker, eventuelt også med pårørende, hvor innholdet og utformingen blir diskutert med dem. Det er ikke særskilte prosedyrer for brukers/pårørendes medbestemmelse til utforming av tilbudet utover det, men som nevnt over er det nylig iverksatt flere rutiner som kan bidra til større grad av medbestemmelse. Det foreligger ikke prosedyrer for brukers/pårørendes medbestemmelse til daglig utførelse av tjenesten.

Ved brukerevalueringer gis bruker, eventuelt pårørende, mulighet til å uttale seg om tjenesten. Det var ikke prosedyrer for brukerevalueringer, men Hjemmebaserte tjenester hadde som nevnt nylig tatt initiativ til å få brukernes tilbakemeldinger.

Som vi kommer tilbake til i kapittel 5, framkom det synspunkter blant annet om venting på pleiere og at brukerne må forholde seg til mange pleiere. Avdelingslederne sa i intervju at det ikke var praktisk mulig at brukerne kunne få kun én eller noen få pleiere å forholde seg til. Det ble tatt slike hensyn for brukere som ikke hadde lang tid igjen å leve, ellers ikke. Videre var det ikke mulig å etterkomme alles ønsker om når de ønsket å få stell. Morgenstellet foregikk for eksempel mellom kl 8.30 og 12.30, og selv om de som ikke greide å stå opp og stelle seg selv ble prioritert, så ville noen måtte vente før de fikk hjelp. De opplyste at det ikke var ikke mye klager i forhold til dette, men det kunne være noe i ferier og ved sykefravær – siden det da ble benyttet vikarer.

4.2.5 Prosedyrer for at brukerne skal få dekket grunnleggende behov

Kommunen skal ha fastsatt prosedyrer som søker å sikre at brukerne av hjemmesykepleie får tilfredsstillende grunnleggende behov

Det framgår av hjemmesiden til Eidsvoll kommune at hjemmesykepleie skal dekke grunnleggende pleie- og omsorgsbehov for målgruppen. Som nevnt over har kommunen definert brukernes grunnleggende behov som for eksempel personlig hygiene, administrering av medisiner, følge til wc, hjelp med å smøre mat, dele ut medisiner, samt å varme opp ferdig mat etter behov. På kommunens hjemmeside, under fanen "Helsetjenester", framgår det at mottakere av hjemmesykepleie som har mottatt hjemmesykepleie minimum 1 gang pr uke i 3 måneder har rett til gratis tannbehandling. Hjemmebaserte tjenester opplyser at de har årlige samarbeidsmøter med fylkeskommunal tannlege og Eidsvoll tannklinikk, at det informeres om tannhelsetilbudet til nye brukere, samt at det ligger skjema for tannhelse i permen hjemme hos den enkelte bruker.

Utover de prosedyrene som er nevnt over foreligger det ikke spesifikke prosedyrer som inneholder en beskrivelse av formål, anvendelsesområde og ansvar som skal sørge for at brukeren opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og får mulighet for ro og skjermet privatliv og selvstendighet og styring av eget liv. Det foreligger heller ikke mer spesifikke retningslinjer om hvordan brukere av tjenester får dekket fysiske og sosiale behov. I følge Helsedirektoratet er ikke de 16 strekpunktene i § 3 i Kvalitetsforskriften utfyllende for mangfoldet i pleie- og omsorgstjenesten, men de konkretiserer på noen viktige områder hva en legger i grunnleggende behov. Kommunens definerte innhold i de hjemmebaserte tjenestene omfatter ikke alle de 16 punktene – ei heller noe utover disse punktene. Kommunens definisjon inneholder eksempelvis ikke noe om variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, samt tid og ro til å spise eller sosiale behov. På kommunens hjemmeside er det under ”Hjelp til eldre” opplyst at det er dagsenter på Vilberg Helsetun og at det er et gratis aktivitetstilbud ved Gladbakk aktivitetssenter. Kommunen opplyser at rundt 50 brukere – i underkant av 10 prosent – har dagtilbud på Vilberg én til flere ganger i uke.

Hjemmebaserte tjenester har som nevnt over gjennomført en kartlegging i form av en sjekklister hvor alle ansatte ved tjenesten skal vurdere egen kompetanse på angitte temaer og melde i fra om behov for opplæring. Ett av punktene som den enkelte skal vurdere er om den ansatte kjenner til typer av pleie-/omsorgstjenester som tilbys og hvem som utfører hva og hva som gjøres for pasientene.

Som nevnt over ble det i oktober 2014 levert ut evalueringsskjemaer til alle brukerne av hjemmetjenesten. På dette skjemaet kunne brukerne melde tilbake til tjenesten om informasjon, brukervedvirkning, personalets holdninger, om hjelpen er i samsvar med vedtaket og andre ting de måtte ønske å melde tilbake om, se nærmere om dette under punkt 5.2.4.

4.3 Revisjonens vurdering

Dokumentert, oppdatert og tilgjengelig internkontroll

Internkontrollen i Hjemmebaserte tjenester i Eidsvoll kommune er dokumentert og tilgjengelig, og delvis oppdatert. Nåværende virksomhetsleder har de siste to årene gjennomgått alle rutiner og prosedyrer og er i ferd med å oppdatere samtlige. De fleste rutinene var datert høsten 2014, noen få var gått ut på dato eller udaterte. Alle rutiner bør være oppdaterte og merkes med dato for fastsettelse og dato for neste revidering. Siden mange rutiner og prosedyrer var nokså nylig opprettet, bør det overvåkes at de virker etter hensikten, og de bør justeres etter hvert som det høstes erfaringer.

De rutinene som var etablert synes å gi en god internkontroll på området. Siden det ikke var prosedyrer for brukernes medbestemmelse i utforming og daglig utførelse av tilbudet, kunne det i noen grad synes som det er opp til den enkelte bruker eller pårørende om tjenesten ble slik de ønsket. Evalueringsskjemaene som ble sendt ut til alle i oktober 2014 vil kunne bidra til at flere får gitt slike innspill, selv om svarandelen her på undersøkelsestidspunktet var svært lav. Også

ordningen med primær-/sekundærkontakt for distrikt 1 gjeldende fra 01.12.2014 vil kunne bidra til at brukeren kan få større innflytelse på sitt tjenestetilbud.

Håndtering og forebygging av overtredelser

Det er positivt at Hjemmebaserte tjenester har etablert et system for å melde om og følge opp avvik. Det var et omfang av avvik i 2014 både totalt og i de utvalgte sakene. De to avdelingslederne hadde ansvar for å følge opp og sjekke at avvikene ble rettet.

Omfanget av avvik de ulike enhetene opererer med bør være likt. Hjemmebaserte tjenester opererte med 284 avvik de første 11,5 månedene i 2014, mens tilsvarende tall fra Tildelingsenheten var 418. All den tid avvikene samlet sett i utvalget på 30 saker var på 92, og totalt antall brukere er på drøyt 500, synes 418 som et mer riktig tall. Men her bør kommunen finne ut hva som er det reelle tallet.

Flere prosedyrer kan virke forebyggende i forhold til avvik. For eksempel kunne den såkalte DR-vakten, en pleier som skulle ha en koordinerende rolle bidra i så måte. Det å formidle viktige beskjeder, være bindeledd mellom alle de ulike som møter brukerne, kan bidra til både å avdekke rette opp og forebygge overtredelser. Rutinen bør dateres, og eventuelt angi tidsrom den gjelder for, samt dato for revidering. På tilsvarende måte kan eksempelvis rutinene for årlig sikkerhetssjekk i hjemmet og ved utskriving av pasienter bidra til at avvik ikke oppstår.

Rutiner for mottak av rette tjenester til rett tid

Hjemmesykepleie regnes som et lavterskeltilbud og iverksettes umiddelbart ved behov, også før formelt vedtak er fattet. Rutinene ved oppstart av tjenesten innebærer hjemmebesøk hvor behovene diskuteres med bruker/pårørende. Ved endringer i behov, kan det medføre nytt besøk. Det var i halvparten av journalene registrert behov for endringer. Det synes uklart hvor stort omfang behovet måtte ha før det førte til nytt vedtak i saken. I de fleste av sakene med dokumenterte endringer i behov, var det ikke registrert nytt vedtak i CosDoc. Både Hjemmetjenesten og Tildelingsenheten opplyste at det var et meget godt samarbeid enhetene i mellom. Det var møte mellom enhetene 2 ganger pr uke, noe som skulle kunne gi godt grunnlag for informasjonsflyt enhetene i mellom.

Etter at det hadde vært avdekket betydelige avvik, ble det den 28.05.2014 sendt ut instruks om hvordan brukernes behov skulle dokumenteres. Dette synes å ha virket ettersom dokumentasjonen økte betraktelig i perioden fram mot årsskiftet, selv om det fortsatt for noen brukere synes å være noe sporadiske registreringer. I denne rutinen inngikk krav til å vurdere behov for endringer i brukers tilbud. Dette vil kunne bidra til systematiske og løpende vurderinger av brukernes behov, dersom den følges slik som forutsatt.

Ny rutine pr 01.12.2014 om primær- og sekundærkontakt for distrikt 1, beskrevet over, har blant annet som mål å sikre at det informeres om rettigheter og at brukeren får tjeneste i henhold til vedtak. Om denne rutinen virker, vil den kunne bidra til å sikre en systematikk i vurderingen i den enkelte brukers tjenestenivå. Også evalueringsskjemaene vil kunne bidra til at den enkelte bruker

mottar de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, men her vil det være litt mer opp til den enkelte bruker om vedkommende svarer på skjemaet eller ikke.

Prosedyrer for brukers medbestemmelse

Det er som nevnt over iverksatt ulike tiltak for at bruker, eventuelt pårørende, kan medvirke til utforming av tilbudet. Blant annet skal prosedyrer for førstegangs hjemmebesøk, krav til dokumentasjon om bruker, den nye ordningen med primær- og sekundærkontakt bidra i så måte.

Det er ikke iverksatt systematiske tiltak for medbestemmelse i daglig utførelse utover vurderingsmøtet som i hovedsak gjennomføres ved oppstart av tilbudet. Det er mulig for den enkelte bruker eller pårørende å påvirke tilbudet ved selv å være aktive, og det var noen eksempler på pårørende som var i tett dialog med tjenesten. Også evalueringsskjemaet kunne gi noen mer systematiske innspill fra brukerne. For at dette skal være reelt er det viktig at dette gjøres oftere. I Eidsvoll kommune var det tre år siden det var gjennomført en brukerundersøkelse. Dersom det i stor grad er opp til den enkelte bruker og dennes pårørende, kan brukere som ikke har pårørende eller som er for syke eller ikke har ressurser ikke få gitt uttrykk for sine behov og ønsker.

Selv om brukerne ga tilbakemelding om at de ønsket visse pleiere eller færre å forholde seg til, lot dette seg ikke innfri. Tidspunkt for morgenstell ble tilpasset så langt det lot seg gjøre, men mange måtte vente lenger enn de ønsket og måtte forholde seg til flere enn de ønsket.

Prosedyrer for at brukerne skal få dekket grunnleggende behov

Kommunen har definert hva den regner som grunnleggende behov. Disse er ikke like omfattende som hva som regnes som grunnleggende behov i Kvalitetsforskriften. § 3 i forskriften – og Helsedirektoratets veileder – omfatter langt mer enn det Eidsvoll kommune har prosedyrer for.

Kommunen har etter revisjonens syn lagt seg på et minimumsnivå i tjenestetilbudet – å ivareta liv og helse. Tjenesten synes også i dag å ha knapphet på ressurser og har heller ikke type personell som kan ivareta annet enn det medisinske, det vil si personell som i større grad ivaretar sosiale og åndelige behov.

5 DOKUMENTASJON OG KVALITET

5.1 Revisjonskriterier

Ledelsen i alle virksomheter innen pleie og omsorg skal i følge pasientjournalforskriften § 4 opprette pasientjournalssystem som må organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov.

Det framgår av helsepersonelloven § 39 første ledd at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger om den enkelte pasient i journalen. I følge helsepersonelloven § 16 første ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, bokstav c må tjenestene tilrettelegges slik at de som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. De ansvarlige for virksomheten skal altså legge forholdene til rette for tjenesteyterne slik at det settes av tid til dokumentasjon, at dokumentasjonen foretas på forsvarlig måte og i henhold til krav i lov og forskrift.

I helsepersonelloven § 40 er det beskrevet hva som er kravene til journalens innhold. Det framgår at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Dessuten skal journalen være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell og det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Det framgår av forvaltningsloven § 11 at forvaltningsorganene innenfor sitt sakområde har en alminnelig veiledningsplikt. Veiledningen kan være om gjeldende lover og forskrifter og vanlig praksis på vedkommende sakområde, jf § 11, bokstav a. I henhold til § 11, bokstav b kan veiledningen også dreie seg om regler for saksbehandlingen, særlig om parters rettigheter og plikter etter forvaltningsloven. Om mulig bør forvaltningsorganet også peke på omstendigheter som i det konkrete tilfellet særlig kan få betydning for resultatet.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I § 3-1 tredje ledd framkommer det at kommunens ansvar etter første ledd innebærer 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.

I Eidsvoll kommunes handlingsplan for perioden 2014-2017 side 41 framgår at:

Omfang av tjenesten vurderes individuelt etter behov. Evaluering av tjenestebehov og omfang gjøres løpende.

Under problemstilling 1 ble det utledet revisjonskriterier for om kommunen har fastsatt prosedyrer for å tildele tjenester på rett nivå. Under problemstilling 2 skal det vurderes om behovene løpende vurderes og dokumenteres, om det framgår av dokumentasjonen at brukeren eventuelt har fått endret sine tjenester i tråd med behovene, og videre om et utvalg brukere opplever å motta

tjenester i tråd med behovene. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 er dermed aktuell også for problemstilling 2 (forskriften er gjengitt under problemstilling 1, se over). I Helsedirektoratets veileder angis at de 16 strekpunktene i forskriften § 3 ikke er utfyllende for mangfoldet i pleie- og omsorgstjenesten, men at de på noen viktige områder konkretiserer hva en legger i grunnleggende behov⁷. Som tidligere nevnt har Helsetilsynet overfor flere kommuner kritisert at de ikke ivaretar grunnleggende behov om sosial kontakt og aktivitet og at dette tilsier behov for personell med kompetanse som supplerer det rent helsefaglige personellet, slik som vernepleiere, aktivtører, ergoterapeuter og sosialarbeidere⁸.

Ut fra dette setter revisjonen opp følgende kriterier:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad dokumenterer virksomheten brukernes pleiebehov og endringer i behovet, og dekker tjenestene brukernes grunnleggende behov?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Kommunen skal ha etablert journalsystem og det skal være opprettet journal for hver enkelt bruker. Journalen skal oppdateres jevnlig, og kommunen skal ha lagt til rette for at tjenesteyterne har tid til forsvarlig dokumentasjon. ⇒ Kommunen skal gi nødvendig veiledning til brukerne om rettigheter og skal dokumentere dette. ⇒ Status for om tjenesteytelsen er på rett nivå skal sjekkes jevnlig, og eventuelle endrede behov skal medføre endring i tjenestetilbud. Gjennomgangene skal dokumenteres. ⇒ Brukeren skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, skal oppleve å få hjelp til å ivareta grunnleggende behov og at det er samsvar mellom det de mottar og behov de har.

5.2 Funn/fakta

Kapitlet er strukturert etter revisjonskriteriene, som er angitt i fet skrift under hvert punkt. Første del av kapitlet dreier seg om journaler – om det er opprettet journal for hver enkelt bruker og om daglige rapporter dokumenteres i den. Videre tas det opp hvorvidt det dokumenteres endringer i behov og om endringer iverksettes som følge av det. Kapitlet tar dernest for seg kommunens veiledningsplikt, brukernes erfaringer med tjenesten og om tjenesten kan sies å dekke grunnleggende behov.

⁷ Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Helsedirektoratet 11/2004

⁸ St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*

5.2.1 Journalsystem og oppdaterte journaler for den enkelte

Kommunen skal ha etablert journalsystem og det skal være opprettet journal for hver enkelt bruker. Journalen skal oppdateres jevnlig, og kommunen skal ha lagt til rette for at tjenesteyterne har tid til forsvarlig dokumentasjon.

Det er etablert et journalsystem, CosDoc, og det er opprettet journal for hver bruker. Journalen opprettes i det tjenesten innvilges.

Hver pleier har 9-10 brukere på lista si for morgenmedisin, frokost, morgenstell mv. Som vi kommer tilbake til nedenfor er dette i noen tilfeller knapt, men pleierne pleier å hjelpe hverandre slik at de som regel kan samles til felles lunsj på kontoret. Ved lunsjtider eller ved arbeidshagens slutt skal det være tid til å registrere i journal. Det ble i intervju med avdelingslederne opplyst at det blir gitt overtid til dette om det skulle være behov for det. Som nevnt ovenfor ble det 28.05.2014, etter avdekking av flere avvik, gitt instruks om bedre og hyppigere dokumentasjon i journalene.

Journalgjennomgangen viste at antallet registreringer var svært lavt til og med første halvår 2014, men at det gradvis utover siste halvår i 2014 har blitt et større antall registreringer om den enkelte bruker. Tabell 3 nedenfor viser antall registreringer på den enkelte bruker i november 2014.

Tabell 3 Antall registreringer pr bruker i november 2014, utvalg på 30 journaler

Antall saker < 11 registreringer	10
Antall saker 11-30 registreringer	7
Antall saker > 30 registreringer	13

Kilde: Journalgjennomgangen

Tabell 3 viser at det for i underkant av halvparten av journalene var gjort mer enn 30 registreringer. For en tredjedel av sakene var det gjort 10 registreringer, og i underkant en tredjedel hadde mellom 11 og 30 registreringer i november 2014.

Alle de 30 journalene hadde en oppstartsdato. Det varierte sterkt hvilke opplysninger som framgikk om den enkelte bruker. For enkelte var det fyldig informasjon om diagnose, funksjonsnivå, hjelpebehov, omfang og tidspunkt for hjelpen. Ingen hadde angitt mål med tjenesten eller hvor lenge den skulle vare.

Å finne fram i journalsystemet kunne være noe krevende. Det var ingen systematikk i type overskrift som ble brukt – notat, en overskrift som anga innholdet, journalnotat, rapport, alarm, avvik, endring, nytt vedtak/nye behov – selv om noen var tydelige i markeringen av hva registreringen dreide seg om.

5.2.2 Veiledning til brukerne og dokumentasjon på det

Kommunen skal gi nødvendig veiledning til brukerne om rettigheter og skal dokumentere dette.

Det gjennomføres vurderingsbesøk ved første gangs søknad. Slike besøk kan også gjentas dersom behovene skulle endre seg.

I journalgjennomgangen og i øvrig gjennomgått materiale, synes det ikke å være systematisk veiledning til brukerne om rettigheter og dokumentasjon på dette fra kommunens side. Det er eksempler på at det er gitt informasjon fra enkeltpleiere og at det er dokumentert, men dette virker mer tilfeldig. På kommunens hjemmeside ligger det informasjon til alle om hva man kan forvente når man får hjemmesykepleie og hva man ikke kan forvente å få hjelp til.

I evalueringsskjemaene var det noen få – rundt 1/6 – som etterlyste mer informasjon. Prosedyre iverksatt 01.12.2014 om primær- og sekundærkontakt har blant annet som formål å sørge for at brukeren får informasjon om sine rettigheter, rutiner og regler.

5.2.3 Gjennomgang og dokumentasjon av om tjenesten er på rett nivå

Status for om tjenesteytelsen er på rett nivå skal sjekkes jevnlig, og eventuelle endrede behov skal medføre endring i tjenestetilbud. Gjennomgangene skal dokumenteres.

Det er den enkelte pleier som gjennom å dokumentere endringer og eventuelle iverksatte tiltak har et hovedansvar for å påse at tjenesteytelsen er på rett nivå, at den sjekkes jevnlig og at den dokumenteres. Som nevnt tidligere har det vært et problem innen tjenesten at for lite har blitt dokumentert. Dette ble tydeliggjort med nye rutiner pr 28.05.2014 (redegjort for ovenfor). Også i journalgjennomgangen var det veldig tydelig at dokumentasjonen hadde tatt seg betydelig opp i løpet av 2014, og at det var svært få registreringer tidligere år sammenliknet med siste halvår 2014. I tillegg er det for ett av distriktene – distrikt 1 – nylig iverksatt en ordning med primær- og sekundærkontakt hvor sjekk av tjenestenivået er en del av rutinen.

I intervju med Tildelingsenheten ble det uttalt at hjemmetjenester ble sett på som et lavterskeltilbud, og de ble igangsatt om nødvendig før hjemmebesøk var gjennomført og vedtak fattet. Om en pasient har blitt skrevet fra sykehus eller korttidsopphold på sykehjem, er det ofte ikke tid til å vente på vedtaket.

I forbindelse med undersøkelsen ble oversikt over alle fattede vedtak – både nye og for endringer pr 02.12.2014 – overlevert revisor. Denne viste at det var gjennomført 418 vedtak i disse 11 månedene – dette var både nye vedtak og endringsvedtak. I intervju med tildelingsenheten ble det opplyst at det kunne være opptil 10 endringsvedtak pr dag, og at det vanlige var 5 nye saker pr uke.

Avdelingslederne ved hjemmetjenesten sa i intervju at endrede behov og eventuelle endringer i tilbud avgjøres av Hjemmebaserte tjenester og/eller Tildelingsenheten. I journalgjennomgangen var

det flere eksempler på at endrede behov ble registrert av pleier, men det virket ikke som det var fattet vedtak i mange av disse tilfellene, i hvert fall var de ikke tilgjengelige i CosDoc.

At behov endret seg var dokumentert i om lag halvparten av journalene, og det framgikk av dokumentasjonen i disse journalene at tjenesten ble justert opp og ned ettersom behovene endret seg. Av journalgjennomgangen framgikk det også at enkelte pårørende var svært aktive i å gi tilbakemeldinger, og at tjenesten ble justert i tråd med slike tilbakemeldinger. Dette er imidlertid opp til den enkelte pårørende og ikke resultatet av en systematisk gjennomgang fra tjenesten.

5.2.4 Respekt, forutsigbarhet og trygghet – ivaretagelse av grunnleggende behov

Brukeren skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, skal oppleve å få hjelp til å ivareta grunnleggende behov og at det er samsvar mellom det de mottar og behov de har.

Tjenestens innhold

Dagvakter er fra kl 7.30. Enkelte avslutter dagen etter morgenstellrunden som varer fram til cirka klokka 12.30, andre har vakt fram til kl 15.15. 45 prosent jobber deltid (virksomhetsplan 2015). Dagen starter kl 7.30 med rapport, hvor hendelser fra kvelden og natten rapporteres om til alle pleierne i det aktuelle distriktet. Hver pleier har ved starten av møtet fått utdelt sin liste med brukere for denne dagen, og følger med på om opplysningene gjelder en av deres brukere. Klokka 8 drar alle ut. På en typisk morgenstelliste/arbeidsliste (listene for mandag 1. desember – det ble opplyst at det var noen flere brukere på mandager på grunn av medisintdeling for uken) er det 9-10 brukere, men det var også noen eksempler på flere. Maksimum var 13 brukere på en liste. I tabell 4 nedenfor er eksempler fra arbeidslister fra mandag 1. desember 2014. I tabellen vises ulike tidsrom og hvilke tjenester som ytes innen de ulike tidsrommene.

Tabell 4 Hjemmesykepleiens tjenester, eksempler hentet fra arbeidslister 01.12.2014

Antall minutter	Hva tjenesten inneholder
10 minutter	Bruker som skal på dagavdeling, gi morgenmedisin. Viktig med dokumentasjon på at medisin er gitt.
10 minutter	Gi morgenmedisin og legge ut døgndose. Sett fram påsmurt mat. Bruker skal smøres med angitt krem.
10 minutter	Tilsyn. Tilby hjelp til personlig stell og påkledning. Smøre mat og se til at hun starter å spise.
10 minutter	Utlevering av medisiner for ett døgn.
10 minutter	Vaske og smøre rygg og sete godt. Ta ut søppel.
10 minutter	Dryppe øynene. Tilby å smøre frokost.
10 minutter	Tilsyn. Tilby følge til wc og hjelp til oventilvask. Dryppe øynene. Ta inn posten. Tøm dobøtta. Sjekk at alt er ok.
15 minutter	Frokost, minnes på medisiner, kaffe og drikke

15 minutter	Tilby hjelp til å varme ferdig middag, se at han begynner å spise. wc/bleieskift.
15 minutter	Tilsyn, varme middag og gi middagsmedisin. Eventuelt hjelp med wc-besøk.
20 minutter	Morgenstell. Må smøres. Barbering, tannpuss, morgenmedisin. Frokost.
20 minutter	Varme middag. Smøre kveldsmat, legge ut kveldsmedisin. Fulle parafin.
20 minutter	Tilsyn, gi middagsmedisin, varme middag, vaske opp, ta ut søppel.
30 minutter	Morgenstell
30 minutter	Middag, wc/bleieskift
40 minutter	Tilrettelegge for personlig stell gi morgenmedisin. Måle blodsukker og sette insulin, hjelpe til med inhalator, hjelpe i gang med frokost, oppvask og søppel.
60 minutter	Morgenstell, ryggvask og frokost. Hjelp til å sette inn høreapparat.

Kilde: Arbeidslister for 01.12.2014, Hjemmebaserte tjenester Eidsvoll kommune

Det er veldig få som har tjenester som varer utover 30 minutter. De som har en time, utgjorde denne aktuelle dagen omlag 5 prosent. De fleste besøkene var av 10 minutters varighet, hvor frokost og medisiner var vanlige tjenester. Som det framgår av tabell 4, var det i noen tilfeller mye som skulle gjøres på 10 minutter.

Revisor var med en av pleierne ut på morgenstellbesøk onsdag 03.12.2014. Vi hadde 9 brukere på arbeidslista, med varighet fra 10 minutter til 1 time. Pleieren fortalte hvordan hun pleide å legge opp besøkene, litt avhengig av den enkeltes ønske om å stå opp tidlig eller ligge litt utover, og hvor de bodde i forhold til hverandre. Allerede etter to besøk hadde tidsskjemaet vårt sprukket. Pleieren kunne fortelle at dagsformen til den enkelte bruker varierte i stor grad. Enkelte slet med angst og depresjoner – mange var svært ensomme. Særlig i forkant og rundt jul var det mange som var lei seg.

På en god dag kunne 10 minutter være nok, mens det andre dager ikke strakk til fordi den som fikk besøk trengte mer tid. Nå løste det seg for oss denne formiddagen fordi pleierne etter hvert som de ble ferdige med brukere på sine egne lister ringte rundt for å sjekke hvordan det var med de andre og de som var tidligere ferdig hjalp dem som hadde brukt lengre tid. Dermed kom de fleste seg tilbake til kontoret til lunsj, med tid til å registrere og dokumentere informasjon om sine brukere.

Hjemme hos noen brukere

Ved revisors deltakelse i morgenstellrunden ble det overfor de av brukerne som var i stand til det, stilt spørsmål om blant annet deres tilfredshet med tjenesten, om de mottok det de mente de hadde rett på og om de følte de fikk være med å bestemme innholdet i tjenesten.

Den første brukeren vi var hos var en eldre dame. Hun var glad vi kom, og hun og pleieren hadde en hyggelig tone seg i mellom. Hun skulle vaskes, få frokost og hjelpes opp. Hun fortalte at hun var fornøyd med den tjenesten hun mottok, men at de kom litt sent innimellom, og at hun en gang hadde blitt uteglemt.

Den neste brukeren hadde for mye smerter til å orke å prate. Hun ga uttrykk for at hun satte pris på den hjelpen hun fikk. Hun var svært lei seg – fikk medisin og øyedråper – og gikk på badet selv.

Den neste brukeren var en mann og samtalen var med hans kone som nærmeste pårørende. De var godt fornøyd med hjelpen, han hadde i tillegg en stor og støttende familie rundt seg. Det eneste de var misfornøyd med var at det på sommerstid var for mange nye, som ofte ikke ble introdusert på en ordentlig måte eller fikk nok opplæring, og som var inkompetente. Konen sa videre at det også var forskjell på de faste ansatte – noen framsto som snille og interesserte, mens andre var mindre interesserte i jobben sin.

Bruker nummer fire denne dagen var en kvinne. Hun var fornøyd med tjenesten og med menneskene som jobber der.

Neste bruker var en mann. Han fortalte at han var veldig fornøyd med noen pleiere, mens kjemien ikke var like god med andre. Han følte det tok på psykisk å klage, så det prøvde han å unngå. Alt det praktiske opplevde han som veldig greit. Han savnet veldig at det innimellom kunne være mulig å slå av en prat og ta en kaffe med pleieren. Det var noe han følte behov for innimellom, men som han følte aldri var mulig å innfri. I tillegg til det sosiale, savnet han at noen nå og da kunne ha laget ordentlig mat – han uttrykte i sterke ordelag at han var meget lei mikromat/mat fra Fjordland.

Den siste vi besøkte denne formiddagen var en kvinne. Hun var også generelt positiv, fornøyd med tjenesten. Det eneste hun hadde å utsette på den, var at pleierne noen ganger kommer sent, men "jeg vil ikke klage", sa hun. Hun fortalte videre at hun vil helst greie seg selv, men greide ikke å komme seg på badet selv om morgenen.

Klokka hadde blitt 12. Egentlig hadde vi tre til på lista vår, men som nevnt fikk vi hjelp. Pleierne ringte hverandre og de som lå godt an hjalp dem som hadde brukt lengre tid, og dermed var de fleste tilbake for å møtes til felles lunsj mellom 12.00 og 12.30.

Evalueringsskjemaene

Som nevnt over hadde Hjemmebaserte tjenester i oktober 2014 levert ut evalueringsskjemaer til alle sine brukere. Brukerne ble invitert til å gi tilbakemelding om informasjon, brukermedvirkning, personalets holdninger, om hjelpen var i samsvar med vedtaket – eller om det var noe annet de ønsket å gi tilbakemelding om. Tjenesten hadde mottatt 34 skjemaer pr 01.12.2014 – altså en drøy måned etter at skjemaene var levert ut. Skjemaene inneholdt alt fra enkelte enstavelsesord, til lange brev med flere vedlegg. Klager som har innkommet i forbindelse med evalueringen skal følges opp av de to avdelingslederne i tjenesten.

Av skjemaene var 18 positive, 11 inneholdt både positive og negative tilbakemeldinger, mens 5 inneholdt utelukkende negative synspunkter.

I de positive tilbakemeldingene ble det gitt uttrykk for takknemlighet for hjelpen, hyggelige pleiere og den servicen som gis. En skrev det slik:

Meget fornøyd. Personalet alle tiders. Hjelpen er i samsvar med vedtaket. Setter pris på å bli mint på ting jeg skal.

Et annet eksempel:

Får informasjon jeg ber om. Får den hjelpen jeg trenger, men prøver å gjøre det meste selv. Personalets holdninger er meget bra. Hjelpen er i samsvar med vedtaket. Setter stor pris på dere.

Blant de blendede meldingene var det både skryt og kritikk til personalet – at noen er flinke og noen ikke, at det hender de kommer sent, at det gis lite informasjon eller at det ikke er brukermedvirkning. En skriver:

Trenger hjelp til medisiner og dusj. Personalets holdninger: Liker de faste ansatte, de er hyggelige. Om hjelpen er i samsvar med vedtaket: Kommer oftest i tide, men det hender de kommer veldig sent, og da får jeg veldig smerter. Kunne ønske jeg fikk morgenmedisinene lagt ut om kvelden, så slipper jeg å vente på medisinene. Det hadde hjulpet meg og hjemmetjenesten.

En annen skriver at det har vært greit å forstå vedtakene, at hjelpen er i samsvar med vedtakene og at de er fornøyd med hjelpen stort sett. De (et ektepar) mener det er store forskjeller i personalets holdninger – noen er vennlige og smilende, mens andre ikke er like imøtekommende og beskrives som mer kommanderende. Særlig ved oppstart av tjenesten følte de seg sårbare, og ønsket at det i den første perioden med hjelp, for eksempel de 3 første månedene, var få pleiere å forholde seg til. De opplevde i denne første tiden at deres livskvalitet ble redusert, fordi de ikke var vant med at fremmede kom hjem til dem. Det var heller ikke alltid de hørte at noen kom inn, og uforutsigbarhet og utrygghet i denne første tiden gjorde at de sov dårligere om natten.

De negative tilbakemeldingene dreier seg om at pleieren kommer sent om morgenen, at det er dårlig tid, dårlig informasjon, dårlige holdninger blant de ansatte. Ett eksempel:

Personalets holdninger: Mange i hjemmesykepleien har en nedlatende holdning. At det kommer mange forskjellige påvirker humør og livskvalitet. Mange i hjemmesykepleien opptrer uprofesjonelt – ber meg være i bedre humør om jeg har en dårlig dag og snakker om andre brukere når de tror jeg ikke hører det. Jeg føler ikke hjelpen er i samsvar med vedtaket. Det er satt av 20 minutter til morgenstell, men jeg opplever at de er veldig stresset for å bli først mulig ferdig, noe som fører til at jeg blir stresset og ofte ikke blir ferdig på toalettet. Det samme gjelder ved middagstid og dusjedagen – ofte er det sjampo igjen i håret.

5.3 Revisjonens vurdering

Journalssystem og oppdaterte journaler for den enkelte

Det er etablert et journalssystem, CosDoc, og det er opprettet journal for hver bruker. Journalen opprettes i det tjenesten innvilges.

Fram til og med første halvår 2014 var hyppigheten på registreringene CosDoc relativt sporadiske. Dette tok seg svært godt opp i løpet av siste halvår 2014, men var fortsatt noe sporadisk for enkelte brukere. Dette er et område Hjemmebaserte tjenester fortsatt må ha prioritet på framover for å sikre at registreringer blir gjort for samtlige brukere.

Journalssystemet virket også noe uryddig med tanke på hvordan innholdet var strukturert. For å lette muligheten for alle involverte til å finne fram i systemet, kan det vurderes å innføre noen faste overskrifter, eller at overskrifter kunne gi en indikasjon på innholdet.

Veiledning til brukerne og dokumentasjon på det

Undersøkelsen viste at det nylig var fastsatt rutiner gjeldende for ett av de to distriktene om primær- og sekundærkontakt, og hvor noe av formålet var å sikre at brukerne ble gitt veiledning om rettigheter. Ingen av sakene i journalutvalget inneholdt dokumentasjon om veiledning til brukeren. Det var imidlertid kun et fåtall av de brukerne som hadde svart på evalueringsskjemaet som etterlyste slik veiledning. At det sistnevnte var et fåtall må tolkes med forsiktighet, siden under 10 prosent av brukerne totalt sett hadde svart på evalueringsskjemaet på undersøkelsestidspunktet, og at mange i målgruppen kanskje verken er i stand til å etterlyse veiledning eller svare på skjemaet.

Hjemmetjenesten kan i større grad veilede og dokumentere at den gjør det. Muligens vil dette kunne bli bedre og mer synlig ved den nye ordningen med primær- og sekundærkontakt (men som kun gjelder for ett av de to distriktene).

Gjennomgang og dokumentasjon av om tjenesten er på rett nivå

Det synes ikke som det er jevnlig gjennomganger av om tjenesten er på rett nivå, men at det mer skjer i dialog mellom Hjemmebaserte tjenester og den enkelte bruker, eventuelt etter initiativ fra pårørende. Det kan føre til at brukere ikke får sine behov vurdert. Også dette kan bli bedre med primær-/sekundærkontaktordningen beskrevet over.

Dokumentasjonen hadde tatt seg betydelig opp i løpet av siste halvår 2014, og endrede behov var dokumentert i omlagt halvparten av sakene i det gjennomgåtte utvalget. Det så ut til at det i disse tilfellene var stor fleksibilitet i måten tjenesten ble organisert på ved at den ble justert opp og ned ettersom behovene ble endret.

Respekt, forutsigbarhet og trygghet – ivaretagelse av grunnleggende behov

I møter med noen av brukerne, i intervjuer med ansatte, i journalgjennomgangen og i evalueringsskjemaene framkom at flere av brukerne følte de ofte måtte vente lenge for å få stått opp, at pleierne hadde det travelt og ikke hadde tid til mer enn det mest nødvendige og at de møtte mange forskjellige pleiere. Mange av brukerne var ensomme og ønsket mer sosial kontakt. Flere ønsket seg mer variert mat (ikke mikroovnmat), de ønsket at pleierne kom i tide, at de hadde bedre tid og at det var færre å forholde seg til.

Slik Eidsvoll kommune har definert brukernes grunnleggende behov, synes som nevnt over ikke å dekke det som defineres som grunnleggende behov i kvalitetsforskriften. For eksempel synes det på grunn av tidspress å være begrensede muligheter for å ta hensyn til individuelle behov hos brukerne. Det framkommer både i samtaler og i gjennomgått materiale at mange av brukerne er ensomme og at en del sliter med blant annet angst.

Som tidligere nevnt har Statens helsetilsyn påpekt at mange kommuner ikke har et tilfredsstillende tilbud om sosial kontakt og aktivitet i omsorgstjenesten, og at dette tilsier behov for personell med kompetanse som supplerer det rent helsefaglige personellet, slik som vernepleiere, aktivitører, ergoterapeuter og sosialarbeidere. Eksempler fra denne revisjonen er hyppig bruk av mikroovnoppvarmet mat, brukeren spiser alene, tjenesten blir uforutsigbar ved at pleierne ikke rekker å komme til avtalt tid, brukerne har mange å forholde seg til og er langt fra garantert å få følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold. Dermed kan både respekten, forutsigbarheten og tryggheten trues. Som vist ovenfor uttrykker mange brukere tilfredshet og takknemlighet med hjelpen de får. Likevel kommer de nevnte negative forholdene/opplevelsene også til uttrykk – som alle er viktige for å dekke de enkelte brukeres grunnleggende behov.

LITTERATUR OG KILDEHENVISNINGER

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) LOV-1984-03-30-15

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) LOV-1967-02-10

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (Internkontrollforskrift i helsetjenesten) FOR-2002-12-20-1731

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene) FOR-2003-06-27-792

Gautun, Heidi og Åsmund Hermansen, Eldreomsorg under press
Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre, Fafo-rapport 2011:12

Gautun, Heidi og Christoffer Bratt, Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem, NOVA-rapport 14/2014

Tønnessen, Siri og Per Nortvedt, Forskning nr 3, 2012; 7: 280-285 doi: 10.4220/sykepleief.2012.0134

St.meld.nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*

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

OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Tabeller

Tabell 1 <i>Befolkning i Eidsvoll, Kostragruppe 7 og i landet pr 01.01.2014, absolutte tall og prosent.</i>	11
Tabell 2 <i>Avvik fordelt på ulike typer i 2014 (fram til og med midten av desember 2014). Tall fra Tildelingsenheten, (tall fra Hjemmebaserte tjenester i parentes).</i>	23
Tabell 3 <i>Antall registreringer pr bruker i november 2014, utvalg på 30 journaler</i>	33
Tabell 4 <i>Hjemmesykepleiens tjenester, eksempler hentet fra arbeidslister 01.12.2014.</i>	35

Figurer

Figur 1 <i>Kommunestyret i Eidsvoll kommune</i>	5
Figur 2 <i>Organisasjonskart Eidsvoll kommune, uthevet hvor tildelingsenheten og hjemmetjenesten er plassert.</i>	6
Figur 3 <i>Organisasjonskart hjemmetjenesten, Eidsvoll kommune, gjeldende pr 01.12.2014</i>	7
Figur 4 <i>Andel av befolkningen over 67 år i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet årene 2009-2013</i>	12
Figur 5 <i>Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov, 0-66 år, 67-79 år og 80 år og over for Eidsvoll, Kostragruppe 7 og landet, 2013.</i>	13
Figur 6 <i>Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år, 67-79 år, 80 år og over, Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og landet, 2013</i>	14
Figur 7 <i>Korrigerte bruttoutgifter pr mottaker av hjemmetjenester i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet årene 2009-2013 (i kroner)</i>	14
Figur 8 <i>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie i Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og i landet årene 2009-2013 (i timer)</i>	15
Figur 9 <i>Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetjenestemottakere 0-66 år og 67 år og over, Eidsvoll, Kostragruppe 7 og landet, 2013.</i>	16
Figur 10 <i>Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold, andel plasser i skjermet enhet for personer med demens og andel plasser satt av til habilitering/rehabilitering, Eidsvoll kommune, Kostragruppe 7 og Landet, 2013 (i prosent)</i>	17

VEDLEGG 1: RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE



Eidsvoll kommune

Rådmannen

Kommentarer til foreløpig revisjonsrapport.

1. *Har informasjon om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig?*

Informasjonen i forkant av revisjonen har vært god.

2. *Har rådmannen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?*

Angående aldersgrupper brukere:

KOSTRA-tall og aldersgruppen 0-66 år som omtales i flere avsnitt (side i, 13, 16, 25). Her må det bemerkes at Hjemmebaserte tjenester ikke har sin hovedvekt av brukere i denne gruppen (nærmere 80 % av våre ca. 580 brukere er i aldersgruppene over 67 år, jfr. tall fra Cosdoc fagsystem). De fleste i gruppen 0-66 år er beboere i boliger for funksjonshemmede, samt andre bemannede omsorgsboliger, som regnes som hjemmeboende og også registreres på 254-funksjonen i KOSTRA. Her får man ikke korrekte tall for andelen brukere i denne gruppen med ordinære hjemmetjenester.

Angående folkehelseprofil og krevende brukere:

Setning side i (revisjonens oppsummering): «*Kommunen har en noe mer utfordrende befolkningssammensetning enn andre kommuner*». Det er vel folkehelseprofilen i kommunen som kan anses som utfordrende?

Videre står det på side 12 at kommunen har «*en mer krevende brukergruppe*» for gruppen under 67 år. Så vises det til figur 5, som ikke sier noe om dette i det hele tatt. Figur 5 viser mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper, men sier ingenting om hvorvidt de er krevende brukere eller ikke. Som nevnt ovenfor, så er det andelen brukere med omfattende tjenestebehov som er interessant (figur 6), så man bør jo i så fall vise til figur 6.

Evaluerings skjemaer høsten 2014:

Dette omtales flere steder i rapporten, men ut fra teksten ser det ut som at dette er en brukerundersøkelse. Dette har aldri vært tenkt som en brukerundersøkelse (slik som den som var i 2011-2012), og jeg mener det ikke ble fremstilt slik i intervjuene heller. Skjemaene var tenkt å være lett tilgjengelige for brukere/pårørende slik at de kunne gi oss skriftlige tilbakemeldinger (på kvaliteten på våre tjenester) hvis de selv ønsket det, når som helst – det var ingen krav til svar, eller noen svarfrist. Dette tiltaket kom i kjølvannet av flere avisartikler, og et ønske fra oss om at tilbakemeldingene skulle komme direkte til oss, og da helst skriftlig.

Angående ivaretagelse av sosiale behov:

Det er omtalt flere steder i rapporten, og at dette ikke er noe kommunen har definert som et grunnleggende behov som skal ivaretas. På side 27 står det: *«På kommunens hjemmeside er det under «Hjelp til eldre opplyst at det er dagsenter på Vilberg helsetun og at det er et gratis aktivitetstilbud ved Gladbak aktivitetssenter. Det fremgikk av journalene at enkelte av brukerne benyttet dagtilbud, men de fleste var sannsynligvis ikke friske nok til å benytte slike tilbud.»*

Vi mener dette er en påstand som ikke helt gjenspeiler fakta. Det er rundt 50 brukere (hjemmeboende) som har dagtilbud på Vilberg en til flere dager i uka. Dagtilbud er en tjeneste som det søkes om og som tildeles ut fra behov (og man får vedtak på dette). I tillegg har vi det som tema på tildelingsmøtene når vi ser på tjenestebehovene for mange brukere. Dagtilbud er ofte en del av en «totalpakke» vi drøfter for å tilrettelegge for at man kan bo hjemme lengst mulig, og utsette behov for sykehjems plass.

I forhold til brukere som ikke er på dagtilbud så er det mange årsaker – noen ønsker det ikke, noen er for dårlige (flere av disse har også prøvd ut dagtilbudet, men det fungerer ikke av ulike årsaker). For øvrig ble det ikke spurt konkret om dagtilbud under intervjuene med revisor. Mulig det ikke kom i fokus fordi tjenesten ligger under en annen virksomhet. Revisor har kun gjennomgått 30 journaler, så det er uansett for lite grunnlag til å trekke slutninger omkring dagtilbud og hvorfor brukerne evt. ikke har dette tilbudet.

Hjemmetjenesten skal ivareta sosiale og åndelige behov, bl.a. ved å ha annet type personell enn helse-/medisinsk faglig (se rapport side 29). I Eidsvoll

kommune er jo ikke dagtilbudet, som nettopp har denne type personell (aktivitører) organisert under hjemmetjenesten. Men kommunen har jo dette tilbudet likevel. Det kommer ikke frem i rapporten i det hele tatt.

Videre så har kommunen også tilbud om fysioterapi og ergoterapi hjemme, hvis det er behov for det. Det kommer heller ikke frem i rapporten, muligens fordi de ikke er organisert under Hjemmebaserte tjenester, men det ble heller ikke spurt konkret om dette i intervjuene. Vi har et tett samarbeid med disse tjenestene, både direkte ute hos brukere, via tildelingsmøter, og via løpende dialog med tjenesten.

Angående vurderinger av brukernes behov:

Påstand side 39 i rapporten: *«Det synes ikke som det er jevnlig gjennomganger av om tjenesten er på rett nivå, men at det mer skjer i dialog mellom Hjemmebaserte tjenester og den enkelte bruker, eventuelt etter initiativ fra pårørende. Det kan føre til at brukere ikke får sine behov vurdert.»*

Vi er klar over at det fortsatt er mangler i forhold til skriftlig dokumentasjon, særlig knyttet til pleiepersonalets observasjoner ute hos brukerne – dette har vi fokus på og må forbedre. Men vurderinger/diskusjoner om tjenesten for den enkelte bruker er på rett nivå gjøres jo hele tiden og på flere måter: I de ukentlige tildelingsmøtene skjer jo dette hele tiden (drøfting av enkeltbrukere på bakgrunn av tilbakemeldinger både fra pleiepersonalet, brukere selv, pårørende, fastlege, sykehus). Videre drøftes brukere på de daglige rapportmøtene i hjemmetjenesten, hvor man da evt. går inn og endrer tjenestene (hvis det er hjemmetjenester), evt. at man melder inn behov for avlastning/korttidsplass til Tildeling (og dette drøftes da igjen på tildelingsmøtene). Videre har hjemmetjenesten jevnlig kontakt (som regel telefon) med andre instanser direkte (kommuneoverlege, fastleger, AHUS).

3. Hva er rådmannens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Rapporten oppfattes som grundig med beskrivelse av de positive endringene som har skjedd i hjemmebaserte tjenester. Samtidig pekes det på at Eidsvoll kommune – etter revisjonens oppfatning – bryter med kvalitetsforskriften. Vi mener dette blir en for bastant konklusjon og har derfor gitt innspill som bør bidra til oppklare eventuell misforståelser og tydeliggjøre helheten i kommunens tjenestetilbud.

4. *Vil rådmannen vurdere iverksetting av tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger?*

Vi vil avvente den endelige rapporten før eventuelle tiltak iverksettes.

5. *Hvilke tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak?*

Tiltak som har budsjettmessige konsekvenser vil måtte behandles politisk før iverksetting, f.eks. økt bemanning i hjemmebaserte tjenester. Dette betyr at det vil kunne ta inntil ett år før tiltaket kan iverksettes. Mindre endringer, f.eks. endring i ruiner, vil kunne iverksettes raskere

6. *Oppfattes rapporten som nyttig av rådmannen?*

En gjennomgang av tjenesteområdet er alltid nyttig for å kunne gjøre forbedringer.

7. *Hvordan vurderes rapportens oppbygging og språkbruk?*

Rapporten er enkel å lese og språket er alminnelig godt.

Eidsvoll 4.3.2015.

Knut Haugestad
Rådmann

VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de krav, normer og/eller standarder som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Revisjonskriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i undersøkelsens problemstillinger.

Kilder til revisjonskriteriene

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene)

Problemstillingene for undersøkelsen

1. Er det for hjemmebaserte tjenester etablert et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenester de har fått vedtak om?
2. I hvilken grad dokumenterer virksomheten endringer i brukernes pleiebehov og oppfølging av den enkelte bruker?

Utleddning av revisjonskriterier

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 pålegger Eidsvoll kommune å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, jf. lovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a.

Den enkeltes rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Den enkelte har krav på et forsvarlig, individuelt tilpasset tjenestetilbud, både omfang og type tjenester. Den konkrete avgjørelsen om tildeling av helse- og omsorgstjenester baserer seg på et faglig skjønn, og den enkelte søker har ikke rett til en bestemt type tjeneste. Dette medfører at det ikke er mulig å utlede eksakte revisjonskriterier for tildeling av tjenester i hjemmet, som hjemmesykepleie.

Problemstilling 1: Er det for hjemmesykepleien etablert et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenestene de har vedtak om?

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester er i henhold til helsetilsynsloven § 3 pålagt å etablere et internkontrollsystem. Dette innebærer krav om at kommunens ledelse gjennom systematisk styring og kontroll skal sikre at aktiviteter og tjenester utøves i samsvar med pasienters og brukeres behov og de krav som stilles i gjeldende rett. Kommunen må planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at tjenestene til enhver tid er forsvarlige, herunder at brukerne får de tjenestene de har behov for til rett tid.

Innholdet i internkontrollen er nærmere beskrevet i internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4. Det framgår av første ledd at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

I forskriften § 4 bokstavene a-h er det konkretisert at internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) Beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.
- b) Sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.
- c) Sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.
- d) Sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
- e) Gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.
- f) Skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- g) Utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.
- h) Foreta systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

I følge § 5 i internkontrollforskrift i helsetjenesten skal internkontrollen dokumenteres, og dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 sier noe om oppgaver og innhold i tjenestene, og dreier seg om krav til at kommunen skal ha fastsatt prosedyrer for å sikre god måloppnåelse. Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten

- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

I henhold til Kvalitetsforskriften skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som har til hensikt å sikre at brukerne får ivaretatt sine grunnleggende behov, slik det blir eksemplifisert i § 3 i forskriften. Helsedirektoratets veileder til Kvalitetsforskriften slår fast at

prosedyrene⁹ bør inneholde en beskrivelse av de formål, anvendelsesområde og ansvar som skal sørge for at brukeren av tjenester opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og får mulighet for ro og skjermet privatliv og selvstendighet og styring av eget liv. I tillegg bør prosedyrene utfylles med mer spesifikke retningslinjer om hvordan brukere av tjenester får dekket fysiske og sosiale behov. De 16 strekpunktene i § 3 i forskriften er ikke utfyllende for mangfoldet i pleie- og omsorgstjenesten, men de konkretiserer på noen viktige områder hva en legger i grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (veilederen s.13-14).

⁹ Et eksempel på prosedyre finnes i vedlegg 4, s 40, i veiledningen.

Det framgår av St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* at Statens helsetilsyn har påpekt at mange kommuner ikke har et tilfredsstillende tilbud om sosial kontakt og aktivitet i omsorgstjenesten. Og videre at dette tilsier behov for personell med kompetanse som supplerer det rent helsefaglige personellet, slik som vernepleiere, aktivitører, ergoterapeuter og sosialarbeidere.

Revisjonskriterier:

- Kommunen har etablert internkontroll på området, og denne er dokumentert, oppdatert og tilgjengelig.
- Kommunen har etablert tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser.
- Kommunen har rutiner for å følge opp at den enkelte bruker mottar de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.
- Kommunen har prosedyrer for at bruker, eventuelt pårørende, medvirker til utforming eller endring av tjenestetilbudet, og for at bruker har medbestemmelse til den daglige utførelsen av tjenesten.
- Kommunen har fastsatt prosedyrer som søker å sikre at brukerne av hjemmesykepleie får tilfredsstillende grunnleggende behov – for eksempel knyttet til fysiologiske behov, døgnrytme og personlig hygiene.

Problemstilling 2: I hvilken grad dokumenterer virksomheten brukernes pleiebehov og endringer i behovet, og dekker tjenestene brukernes grunnleggende behov?

Ledelsen i alle virksomheter innen pleie og omsorg skal i følge pasientjournalforskriften § 4 opprette pasientjournalssystem som må organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov.

Det framgår av helsepersonelloven § 39 første ledd at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger om den enkelte pasient i journalen. I følge helsepersonelloven § 16 første ledd og helse- og omsorgstjensteloven § 4-1, bokstav c må tjenestene tilrettelegges slik at de som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. De ansvarlige for virksomheten skal altså legge forholdene til rette for tjenesteyterne slik at det settes av tid til dokumentasjon, at dokumentasjonen foretas på forsvarlig måte og i henhold til krav i lov og forskrift.

I helsepersonelloven § 40 er det beskrevet hva som er kravene til journalens innhold. Det framgår at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Dessuten skal journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell og det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Det framgår av forvaltningsloven § 11 at forvaltningsorganene innenfor sitt sakområde har en alminnelig veiledningsplikt¹⁰. Veiledningen kan være om gjeldende lover og forskrifter og vanlig praksis på vedkommende sakområde, jf § 11, bokstav a. I henhold til § 11, bokstav b kan veiledningen dreie seg om regler for saksbehandlingen, særlig om parters rettigheter og plikter etter forvaltningsloven. Om mulig bør forvaltningsorganet også peke på omstendigheter som i det konkrete tilfellet særlig kan få betydning for resultatet.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I § 3-1 tredje ledd framkommer det at kommunens ansvar etter første ledd innebærer 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.

I Eidsvoll kommunes handlingsplan for perioden 2014-2017 side 41 framgår at:

Omfang av tjenesten vurderes individuelt etter behov. Evaluering av tjenestebehov og omfang gjøres løpende.

Under problemstilling 1 ble det utledet revisjonskriterier for om kommunen har fastsatt prosedyrer for å tildele tjenester på rett nivå. Under problemstilling 2 skal det vurderes om behovene løpende vurderes og dokumenteres, og om det framgår av dokumentasjonen at brukeren eventuelt har fått endret sine tjenester i tråd med behovene. Og videre om et mindre utvalg brukere (evt pårørende) opplever å motta tjenester i tråd med behovene. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 er dermed aktuell også for problemstilling 2:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv

¹⁰ Hovedregelen er at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke gjelder for vedtak om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er imidlertid gjort visse unntak, herunder for tjenester i hjemmet som forventes å vare lenger enn to uker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7. Forvaltningsloven gir prosessuelle regler og legger til rette for en betryggende saksbehandling med sikte på å sikre riktige avgjørelser, slik at den enkeltes rettssikkerhet ivaretas best mulig.

- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Revisjonskriterier:

- Kommunen har etablert journalsystem og har lagt til rette for at tjenesteyterne har tid til forsvarlig dokumentasjon.
- Det er opprettet journal for hver enkelt bruker, som oppdateres jevnlig.
- Kommunen gir nødvendig veiledning til brukerne om rettigheter og dokumenterer dette.
- Status for om tjenesteytelsen er på rett nivå sjekkes jevnlig. Gjennomgangene dokumenteres.
- Eventuelle endrede behov dokumenteres og medfører endring i tjenestetilbud.
- Brukeren opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.
- Brukeren opplever å få hjelp til å ivareta grunnleggende behov, og at det er samsvar mellom det de mottar og behov de har.

VEDLEGG 3: METODE OG KVALITETSSIKRING

Dette vedlegget gis som et utfyllende tillegg til kapittel 2 *Anvendte metoder i prosjektet*. I det følgende gjøres nærmere rede for undersøkelsesopplegget og dataenes gyldighet og pålitelighet.

De sentrale elementene i undersøkelsens metode er standard for forvaltningsrevisjon: Med utgangspunkt i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utledes relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegges og beskrives undersøkte virksomheters systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

Den praktiske gjennomføringen

Undersøkelsen ble formelt startet opp ved utsendelsen av oppstartsbrev til Eidsvoll kommune den 10.11.2014. Det ble gjennomført oppstartsmøte med kommunen den 01.12.2014. Dette møtet inkluderte også intervju med rådmann og ansvarlig kommunalsjef. Det ble videre gjennomført intervjuer med ansatte ved Tildelingsenheten og med ansatte i Hjemmebaserte tjenester.

Utover intervjuer ble det gjennomført noe observasjon ved at revisor fikk følge en hjemmesykepleier på jobb i én dag. Det ble i tillegg gjennomført samtaler med aktuelle pleier og med de besøkte pasientene.

Det ble gjennomført en stikkprøvekontroll av 30 saksmapper, hvor all dokumentert informasjon ble registrert om den enkelte bruker. Informasjonen om den enkelte bruker er anonymisert. Data som ble registrert var blant annet opprinnelig søknadsdato, første vedtaksdato, diagnose og eventuelle endringer i diagnose, registrering av endret behov, dato for tildeling av nye/justerte tjenester mv. Det ble for hver bruker gjort en opptelling av antallet registrerte endringer fra vedkommende var innvilget tjenesten fram til undersøkelsestidspunktet. Saksmappene er plukket ut blant brukere som har hatt tjenesten i mer enn to år – for å kunne få et innblikk i hyppigheten på vurderingen av brukernes behov.

For å vurdere kommunens internkontrollsystem ble det bedt om at all tilgjengelig informasjon og dokumentasjon ble oversendt. Foruten beskrivelse av internkontrollsystemet inkluderer dette alle rutiner og prosedyrer kommunen har innen Hjemmebaserte tjenester.

Undersøkelsesperioden er 2012-2014. Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden desember 2014.

Innsamling og bearbeiding av data

Undersøkelsen består dels av intervjuer, dels av observasjon og dels av dokumentgjennomgang.

Det er gjennomført til sammen 11 intervjuer – ett med de ledelsen i kommunen, ett med leder og medarbeider i Tildelingsenheten, ett med leder for Hjemmebaserte tjenester, to med tre hjemmesykepleiere og samtaler med seks brukere. Det var opp til virksomhetene å bestemme hvem som skulle delta på intervjuet. Intervjuene med de ansatte varte en-to timer, samtalene med brukerne var langt kortere – de ble gjennomført under pleierens besøk den aktuelle dagen. Internkontroll er et område som stiller krav om mye nedskrevne rutiner og at praksis dokumenteres. Det ble i forkant av intervjuene – og i den grad det var nødvendig i forbindelse med intervjuene – bedt om slik dokumentasjon.

Alle referatene fra intervjuene ble verifisert av dem som deltok. Referatene ble oversendt pr e-post til kontaktpersonen i virksomheten med forespørsel om respondentene kunne legge inn rettelser og kommentarer i den løpende teksten.

Pålitelighet og gyldighet

Forvaltningsrevisjonsprosjekter skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er gyldig og pålitelig. Pålitelighet handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig, og at en skal kunne få samme resultat dersom undersøkelsen gjøres på nytt. Gyldighet handler om at en undersøker de forholdene som problemstillingene skal avklare.

Undersøkelsen bygger på data som er innsamlet ved hjelp av flere metoder: intervjuer, observasjoner og dokumentgjennomgang. Undersøkelsen er dels rettet mot om systemene og dokumentasjonen av praksis er tilfredsstillende, samt om praksis er i tråd med forutsetningene.

Hoveddelen av datamaterialet baserer seg på dokumentgjennomgang og intervjuer. Spørsmålene til de ulike var utarbeidet over samme mal og omhandlet i stor utstrekning de samme temaene.

Samlet sett mener vi at datagrunnlaget har en tilstrekkelig pålitelighet og gyldighet til å danne grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres og rapporteres i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området, jf. forskrift om revisjon § 7. Denne rapporten er utarbeidet med grunnlag i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon¹¹.

RSK 001 krever at forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres. Kvalitetssikring skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det

¹¹ Gjeldende RSK 001 er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre med virkning fra 1 februar 2011, og er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder som er fastsatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med kravene i RSK 001.