FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten



Osen kommune

Januar 2021

FR 1077

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Osen kommunes kontrollutvalg i perioden november 2018 til desember 2020. De første intervjuene i prosjektet ble gjennomført i november 2018, men på grunn av uforutsette hendelser ble ferdigstillelsen av prosjektet utsatt til januar 2021. Faktaopplysninger er oppdatert i desember 2020 etter sektorleders tilbakemelding på foreløpig rapport.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger[1].

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig Mette Sandvik og kvalitetssikrere Tor Arne Stubbe og Anna Ølnes. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Osen kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs[2] standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisjonmidtnorge.no.

Brekstad, 3. februar 2021

Mette Sandvik /s/

Oppdragsansvarlig revisor

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

[2] Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no

SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge IKS har på oppdrag av kontrollutvalget i Osen kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon med 3 problemstillinger innen tema kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten.

Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?

Kommunen har utarbeidet dokumentet «Internkontroll» for sektoren Helse og omsorg, sist oppdatert 280119. Dokumentet svarer ut kravet om å beskrive virksomhetens oppgaver, aktiviteter og organisering. Beskrivelse av virksomhetens mål finnes ikke direkte beskrevet i dokumentet, men kommunen har utarbeidet Helse- og omsorgsplan 2014-2019, hvor det er vedtatt at det i 2016-2019 skal fokuseres på framtidas pleie- og omsorgstjenester med fokus på mestring og forebygging, psykisk og fysisk helse hos barn og unge og plan for bosetting av flyktninger. Denne planen skulle rulleres/utarbeides ny i 2019, men er planlagt å rulleres i inneværende valgperiode.

Ifølge årshjulet som inngår i internkontrollen, er det etablert faste samhandlingsarenaer for pleie- og omsorg, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Ledelsens gjennomgang av avvik er tema på ukentlige møter mellom fagledelse og sektorleder når avvik har oppstått. Forslag for å unngå lignende hendelser drøftes, og ansvar for oppfølging plasseres dersom mulig.

Ifølge sektorleder helse drøftes forbedringsforslag i ulike møter på ulike nivå ved Pleie og omsorg. Ofte handler avvikene som meldes om forhold knyttet til medisinering eller at gjeldende prosedyre ikke er fulgt. Det er et mål at tilbakemelding blir gitt ifht meldte avvik.

Det synes å være en felles forståelse blant ledere og ansatte i pleie- og omsorg at Risk Managers avviksmodul ikke har vært i aktiv bruk. Årsaken til det er oppgitt å være at det ikke har vært behov for å melde avvik, at man heller melder avvik til nærmeste overordnede eller sektorleder eller at det ikke har vært gjennomført opplæring. I tillegg har Osen kommune, i likhet med de andre Fosen-kommunene ikke vært fornøyd med Risk Manager som kvalitetssystem og skal i 2021 ta i bruk et nytt system med avviksmodul.

I tilfeller hvor man melder avvik direkte til leder, uten at det er registrert i avviksmodulen, kan det medføre at oppfølging av avviket blir vanskeligere å kontrollere.

Har Osen kommune etablert og implementert nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?

Osen kommune har utarbeidet noen skriftlige prosedyrer for pleie- og omsorg. Disse er tilgjengelige i permer på arbeidsstedet og noen få var lagt inn i Risk Manager på intervjutidspunktet. Områdene for prosedyrene er kjent for ansatte og de praktiseres i arbeidet. Manglende prosedyrer må utarbeides og legges inn i det nye kvalitetssystemet.

Enhet for Pleie- og omsorg ivaretar tverrfaglig samhandling gjennom Team Omsorg, som består av fagsykepleiere, pleie- og omsorgsleder, kommunelege og psykiatrisk koordinator. Revisor vurderer at den tverrfaglige samhandlingen som ivaretas i Team Omsorg sannsynligvis medvirker til at brukerne får det tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til eventuell individuell plan.

Kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. I 2019 ble det utarbeidet strategisk kompetanseplan for kommunen, hvor pleie- og omsorg er omtalt i eget kapittel og det er beskrevet både hvilken kompetanse som er ønsket og virkemidler for å oppnå denne.

Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

Det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang, noe som dokumenteres ved at siste tvangsvedtak gjort i kommunen var i 2012. Dette bekreftes av helse- og omsorgssjef i oktober 2020. Informasjon fra intervju med ansatte viser at mulige situasjoner håndteres av de ansatte med «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL og det er utarbeidet egen rutine for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Holdning til pasienter er tema på personalmøter og det er opprettet en kreativ personalgruppe på tillitsskapende arbeid på sykehjemmet. Det har vært gjennomført obligatorisk opplæring i både via nett og fysisk deltakelse på kurs og i tillegg er dette tema på avdelings- og personalmøter.

Siste vedtak som ble truffet etter §4A-5 ble gjort i 2012. Ihht kommunens rutiner skal både pasient og nærmeste pårørende snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket og dette bekreftes av tidligere PLO-leder.

Anbefalinger

Revisor anbefaler at Osen kommune:

- Bør innarbeide beskrivelse av virksomhetens mål i dokumentet "Internkontroll for sektor helse og omsorg"
- Bør utarbeide manglende prosedyrer og innarbeide disse i nytt kvalitetssystem
- Bør snarest gjennomføre opplæring for alle ansatte og ta i bruk nytt kvalitetssystem når dette er implementert i Fosen-kommunene

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord 3

Sammendrag....4

Innholdsfortegnelse....7

1 INNLEDNING....9
1.1 Bestilling....9
1.2 Problemstillinger....9
1.3 Metode....9
1.4 Bakgrunn....11
1.4.1 Fakta om pleie- og omsorgssektoren i Osen....11
1.5 Rapportens oppbygging....13

2 INTERNKONTROLL....14
2.1 Problemstilling....14
2.2 Revisjonskriterier....14
2.3 Data....15
2.3.1 Mål....15
2.3.2 Oppgaver....17
2.3.3 Aktiviteter....17
2.3.4 Organisering....18
2.3.5 Nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak....18
2.3.6 Meldte avvik....19
2.3.7 Korrigerende tiltak og systematisk arbeid....20
2.4 Vurdering....21

3 KVALITET....24
3.1 Problemstilling....24
3.2 Revisjonskriterier....24
3.3 Data....24
3.3.1 System av prosedyrer....24
3.3.2 Tilgjengelighet....25
3.3.3 Kompetanse og behov for opplæring....26
3.4 Vurdering....29

4 BRUK AV TVANG VED OSEN SYKEHJEM....31
4.1 Problemstilling....31
4.2 Revisjonskriterier....31
4.3 Data....31
4.3.1 Tillitsskapende tiltak....31
4.3.2 Underretning om vedtak....33
4.4 Vurdering....33

5 Høring....35

6 Konklusjoner og anbefalinger....36

6.1 Konklusjon....36
6.2 Anbefalinger....37

Kilder....38

Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier....39

Vedlegg 2 – Høringssvar....45

1 INNLEDNING

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

1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Osen hadde forvaltningsrevisjon av prosedyrer og internkontroll i pleie og omsorg på sin plan for forvaltningsrevisjon 2018-2020. Prosjektplanen for prosjektet «Kvalitet og internkontroll i pleie- og omsorgstjenesten» ble vedtatt i KU 020718. De første intervjuene i prosjektet ble gjennomført i november 2018, men på grunn av uforutsette hendelser ble ferdigstillelsen av prosjektet utsatt til desember 2020, etter avtale med kontrollutvalgssekretariatet.

Formålet med revisjonen er tredelt: å kartlegge rutiner og praksis ved bruk av tvang ved Osen sykehjem, å vurdere om Osen kommune oppfyller kravene i kvalitetsforskriften om å ha utarbeidet et system av prosedyrer for å sikre at tjenestene er helhetlige, samordnet og fleksible og at de blir gitt til rett tid for å sikre at brukere av pleie - og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggende behov, samt vurdere om det er etablert styringssystem (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Prosjektet er avgrenset til å omhandle utvalgte prosedyrer og internkontroll for Osen sykehjem.

1.2 Problemstillinger

1. Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sike at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?
2. Har Osen kommune etablert og implementert utvalgte nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?
3. Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er utført i henhold til Norges Kommunerevisorforbunds (NKRF) Standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor må utføre forvaltningsrevisjonen systematisk, og vurderinger og konklusjoner må bygge på pålitelige og gyldige data som gir

et reelt bilde av situasjonen. Problemstillingene i dette prosjektet er søkt besvart på grunnlag av

- Gjennomgang av relevante prosedyrer og system for avvikshåndtering. Meldte avvik er ikke gjennomgått.
- Gjennomgang av aktuelle planer
- Oppstartsmøte med rådmann og daværende sektorleder helse
- Intervju med daværende pleie- og omsorgsleder, avdelingsledere, teamledere og 3 ansatte på sykehjemmet
- Intervju med nåværende sektorleder helse og oppdatering av faktainformasjon

De fleste intervjuer ble gjennomført ved oppstarten av prosjektet, i november 2018. Utvalg av 5 ansatte til intervju ble foretatt ut fra turnus intervjudagen, 2 var fraværende på intervjudagen. 1 av intervjuene ble ikke verifisert og informasjonen er ikke tatt med i rapporten. Intervju med nåværende sektorleder ble gjennomført i mai 2020 og verifisert i ettertid. Sektorleder fikk i slutten av november 2020 tilsendt foreløpig rapport for gjennomgang og faktaopplysninger er oppdatert på bakgrunn av tilbakemelding fra sektorleder. På grunn av prosjektets tidshorisont vil noe av informasjonen vedr kvalitetssystemet Risk Manager ikke være aktuell.

Revisor har benyttet følgende dokumenter:

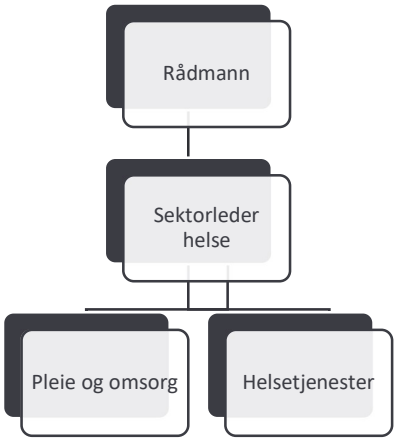
- Internkontroll, sektor for helse og omsorg, Osen kommune, 280119
- Kompetanseplan for Osen kommune, 2019-2023
- Årsmelding for Osen kommune 2019
- Rutinebeskrivelse for saksbehandling ved helsehjelp gitt til personer uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem PBRL §4A
- Rutinebeskrivelse for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem
- Skjema for avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp
- Rutine for individrettede tiltaksplaner for beboere på Osen sykehjem
- Rutine for å ivareta grunnleggende behov for beboerne ved Osen sykehjem
- Sjekkliste for årskontroll for langtidsbeboer sykehjem

Revisor vurderer at den innsamlede dokumentasjonen, i kombinasjon av intervjuer med ansatte i ulike roller i pleie- og omsorg gir et godt grunnlag til å gjøre vurderinger og svare ut problemstillingene.

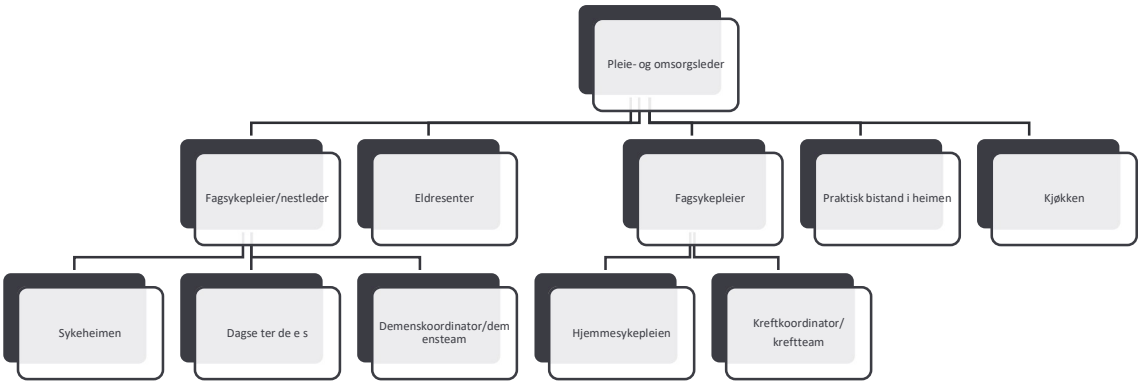
1.4 Bakgrunn

1.4.1 Fakta om pleie- og omsorgssektoren i Osen

Sektor helse i Osen kommune er ledet av sektorleder helse. Pleie- og omsorgsleder ledet pleie- og omsorgssektoren frem til 2020. I 2020 ble stillingen som pleie- og omsorgsleder, som en prøveordning, erstattet av lederteam med fagsykepleiere. Stillingen som pleie- og omsorgsleder ble vedtatt lyst ut igjen i oktober –20 og tiltres våren 2021.



Organisasjonskart for pleie- og omsorg



Pleie- og omsorg har felles personalstab for både sykeheim, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Staben har gjennomgående god kompetanse, og flere har videreutdanning innen sine felt. Enheten har satset på videreutdanning og kursing blant annet innen demensomsorgen senere år.

Osen sykeheim ligger i Osen sentrum, ved Mølnbergtunet og har 15 plasser. En av plassene er satt av til korttidsopphold. 4 av plassene er i avdeling som kan skjermes. Kjøkkenet leverer mat til sykeheimen, omsorgsboliger og brukere på bygda. Vaskeriet vasker tøy for sykeheimen, samt brukere i boliger og egne heimer.

Osen kommune har totalt 32 omsorgsboliger til ulike formål, beliggende i Osen sentrum. Det er utarbeidet egne retningslinjer ihht «omsorgstrappa» for tildeling av omsorgsboliger.

Osen eldresenter holder til i lokaler ved sykeheimen og har åpent 1 dag hver uke. På eldresenteret er det mange ulike aktiviteter, som håndarbeid, trim, bingo, matservering mv. Kommunen har også dagsenter for hjemmeboende og demente 2 dager hver uke.

Inntaksnemnda bestemmer tildeling av plass på sykeheimen. Nemnda består av kommunelege, fagsykepleier og pleie- og omsorgsleder. Plasser tildeles ut fra behov, ihht gjeldende forskrift. Søkere som er vurdert til å ha behov for plass, men som får avslag, settes på venteliste. Søknadsskjema finnes på sidene "Søk helse- og omsorgstjenester", og kan også fås ved henvendelse til enheten.

Det arrangeres mange ulike aktiviteter for beboerne i omsorgsboligene og på sykeheimen, og det er laget et årshjul med faste ukentlige aktiviteter for beboerne, besøk av skoler og barnehager mv.

Det ble i 2019 gjennomført et prosjekt med lederutvikling innen enheten Pleie og Omsorg, med fokus på arbeidsmiljø, styrket ledelse mm.

Rådmannen informerte om at Osen kommune samarbeider med kommunene i Midtre Namdal og Flatanger kommune innen helse, blant annet når det gjelder legevakt, kommuneoverlege, folkehelse og miljørettet helsevern. Osen kommunestyre vedtok å gå inn på eiersiden i Namdal Rehabilitering fra 2020 for å styrke/videreutvikle kommunens rehabiliteringstilbud, samt kunne tilby tilrettelagt døgnrehabilitering ved behov. Samtidig ivaretas kompetansekravet om psykolog og ergoterapeut og en tverrfaglig tilnærming innenfor helsetilbudet styrkes i kommunen. De første anskaffelsene innen velferdsteknologiske løsninger innen pleie og omsorg (velferdsteknologi i Namdalen, VINA) er gjennomført i kommunen og fokuset vil være å bli gode på drift av løsningene og ta alle muligheter i bruk. Videre er det planlagt at Helseplattformen for Midt-Norge rulles ut fra 2022

og etter hvert innføres i de kommunene som ønsker dette. Helseplattformen vil medføre omstillings- og endringsarbeid for hele helsesektoren i kommunen.

1.5 Rapportens oppbygging

Rapporten har seks kapitler:

1. Første kapittel omfatter bestilling, problemstillinger, metode og bakgrunn for prosjektet.
2. Andre kapittel omfatter første problemstilling, om internkontroll
3. Tredje kapittel omfatter andre problemstilling, om kvalitet
4. Fjerde kapittel omfatter tredje problemstilling, om rutiner og praksis ved bruk av tvang
5. I femte kapittel presenteres høringsprosessen
6. I sjette og siste kapittel framgår revisors konklusjoner og anbefalinger.

De seks kapitlene etterfølges av kilder og vedlegg, herunder utledning av kriterier og høringssvar.

2 INTERNKONTROLL

I dette kapittelet beskriver vi deltema internkontroll.

2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?

2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet fra Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene for denne problemstillingen:

- Ledelsen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
- Ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak
- Ledelsen skal ha oversikt over meldte avvik
- Ledelsen skal gjennomgå meldte avvik slik at lignende forhold kan forebygges
- Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og at pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

2.3 Data

Under presenterer vi data knyttet til kommunens internkontroll innen pleie og omsorg.

Kommunen har utarbeidet dokumentet «Internkontroll for sektor for Helse og omsorg», sist oppdatert 28.01.19 og fremlagt som referatsak for kommunestyret. Nåværende sektorleder sier i intervju at hun aktivt bruker dokumentet, men at hun mener at ansatte ikke har noe forhold til det, dokumentet «lever ikke». Hun mener dette kan skyldes at 2019/2020 har vært preget av uavklart lederstruktur og midlertidige løsninger. Det foreligger ikke informasjon fra de ansatte vedr dette, og det er derfor ikke avklart hvorfor de ansatte ikke har et forhold til dokumentet.

2.3.1 Mål

Overordnede mål og strategier for kommunen fastsettes i kommuneplanens samfunnsdel. Mål for tjenestene skal fastsettes i budsjett for virksomheten. I gjeldende kommuneplans samfunnsdel for Osen kommune nevnes følgende overordna mål for tjenesten:

o Gjøre folk i stand til å ha aktive, selvstendige liv og gi omsorg der det trengs

o Bedring av fysisk og psykisk helse

Strategier som nevnes er bl.a.:

o Fortsatt rekruttering av gode fagfolk spesielt innen helsefag og opplæring

o Rekruttere fagpersonell fra egne innbyggere ved å motivere og vise ungdommene hvilket behov kommunen og bedriftene har i framtida

Gjeldende helse- og omsorgsplan 2015-2024 beskriver at en vil ha fokus på kultur, aktivitet og trivsel og enheten har valgt å bruke noen av kriteriene som følger sertifiseringsordningen for Livsgledesykehjem (www.livsgledeforeldre.no) for hele pleie- og omsorgstjenesten. Enheten vil bl.a. legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager og andre organisasjoner, mulighet for kontakt med dyr, opprettholde hobbyer og fritidssysler, god kommunikasjon med pårørende.

Det overordnete målet med dette oppgis å være økt kvalitet på tjenestene, gi brukerne mening og livsglede i hverdagen, og arbeidsglede for ansatte. Som redskap for gjennomføring er det utarbeidet dagsplan for sykeheimen, ukeplan for de ulike aktivitetene og månedsplan for hele året med alle aktiviteter. I planene er aktivitetene til hele

virksomheten, inklusive dagsenteret for demente, eldresenteret og hjemmesykepleien tatt inn. Planverket skal sikre god planlegging, forutsigbarhet, og godt samarbeid med involverte samarbeidspartnere. Arbeidet skal være forpliktende for arbeidsgiver og ansatte, og årsplanen signeres av begge parter. Planene rulleres hver høst, som grunnlag for neste års budsjettarbeid.

Det står videre i planen at sektor for helse og omsorg følger opp internkontrollen ved at virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering er beskrevet i planen. Videre at ansvar, oppgaver og myndighet og fordelingen av dette beskrives i stillingsinstrukser med tilhørende prosedyrer, og samles i kommunens elektroniske kvalitetssystem

I internkontrolldokumentet står det at helse- og omsorgsplan 2015-2024 bør oppdateres, rulleres og spisses med fokus på målsettinger for helse og omsorgssektoren knyttet til kompetanse, boliger/institusjon, bemanning, satsingsområder, i lys av statistikk og annen informasjon. Videre at det bør arbeides med dokumentasjon av

- Delegasjon
- Risiko- og sårbarhet – gjennomføring av risikoanalyser generelt og på utvalgte områder
- Rutinebeskrivelser og tiltakskort for utvalgte områder hvor det er avdekket risiko
- Dokumentasjon i kvalitetssystemet Risk Manager.

I årsmelding for 2019 for pleie og omsorg skriver rådmannen at helse- og omsorgsplan for kommunen gjelder for perioden 2014-2025, men planlegges rullert i kommende kommunestyreperiode og at det blir vesentlig å konkludere på veivalg og strategier for de kommende årene.

I sektorleders redegjørelse for politisk nivå i mai 2020 ble følgende målsetting for sektoren presentert:

- Yte gode og forsvarlige tjenester jfr. lov- og forskrifter
- Være fremtidsrettet
- Rasjonell organisering og drift
- Tildeling av riktig tjenestenivå
- Effektiv bruk av sektorens samlede ressurser

- Kompetansefokus

Følgende satsingsområder er beskrevet i redegjørelsen:

- Kvalitet og forbedringsfokus
- Helse og omsorgstjenestene i framtiden, strategisk planlegging og gjennomgang
- Tverrfaglig folkehelsearbeid, herunder barn og unge og psykisk helse
- Nye kompetansekrav innen helse og omsorg
- Styrke tilbudet innen rehabilitering og hverdagsrehabilitering
- Internkontroll med særlig fokus på styrket ledelse innen PLO
- Ferdigstilling av kommunens ROS – analyse innen helse
- Prosessen frem mot Helseplattformen og velferdsteknologisk implementering

2.3.2 Oppgaver

I internkontrolldokumentet beskrives fordeling av oppgaver og myndighet og at sektorleder har det øverste, administrative ansvaret for sektoren og innstiller saker til hovedutvalg for utdanning, kultur og omsorg. (Utvalget er nedlagt pr november 2019 og saksområdet overført til kommunestyret). Nærmeste leder har personalansvaret. Dette betyr at sektorleder har ansvar for stillingene som hører direkte til helse og omsorg inklusive pleie- og omsorgsleder. Pleie- og omsorgsleder har personalansvaret for alle ansatte innen pleie- og omsorgstjenestene. Pleie- og omsorgsleder har egen nestleder (fagsykepleier institusjon).

2.3.3 Aktiviteter

I vedlegg 1 til Internkontrolldokumentet ligger årshjul for helse og omsorg. Årshjulet beskriver bla hyppigheten av faste samhandlingsarenaer, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Årsmelding og budsjett er de to årlige hovedorienteringene til politisk nivå. I tillegg legges alle saker av prinsipiell betydning, større satsinger og prioriteringer fram til politisk behandling. Videre at det innen flere områder er hensiktsmessig med orienteringssaker med jevne mellomrom for å belyse status på tjenestene, for eksempel pleie- og omsorgstjenestene generelt. Innen HMS, sykefravær, arbeidsmiljø mm gjennomføres rapportering for hele kommuneorganisasjonen til politisk nivå og arbeidsmiljøutvalg. Det gjennomføres medarbeiderundersøkelser for hele kommunen, felles kompetanseplan mv.

Kommunestyrets delegering til andre kommuner i interkommunale samarbeid beskrives i internkontrollen. Videre at rådmannen har fått delegert myndighet i kommunens delegasjonsreglement innen en rekke områder, herunder helse- og omsorgstjenesteloven. Sektorleder for helse og omsorg har fått videredelegert rådmannens myndighet innen helse og omsorg og innstillingsrett til daværende hovedutvalget for utdanning, kultur og omsorg.

Pleie- og omsorgsleder har fått konkret videredelegert ansvar som legemiddelansvarlig og journalansvarlig for pleie- og omsorgstjenestene.

I dokumentet beskrives også kommunens ansvar iht. helseberedskapsloven og smittevernplan, kriseteam mm. omtales også Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS), som skal gjennomføres jevnlig, samkjørt med felles ROS for hele kommuneorganisasjonen. ROS skal gjennomføres for alle nye tjenester på helse- og omsorgsområdet.

2.3.4 Organisering

Fordeling av ansvar og myndighet i organisasjonen beskrives i internkontrolldokumentet, herunder organisasjonskart for sektor helse og omsorg og pleie og omsorg. Videre beskrives at det skal finnes stillingsinstrukser for alle stillingskategorier innen tjenestene, som beskriver hovedarbeidsoppgaver og ansvar stillingene har. Disse skal gjennomgås og oppdateres årlig, i forbindelse med medarbeidersamtaler.

Hvert enkelt tjenesteområde er ansvarlig for å utarbeide de rutinebeskrivelser og sjekklister, planer og årshjul som er nødvendige for å gjennomføre arbeidet. Nærmeste leder skal ha oversikt over rutinebeskrivelser og planer.

Det er gjennomført et prosjekt med lederutvikling innen enheten Pleie og Omsorg, med fokus på arbeidsmiljø, styrket ledelse mm. Den eksterne bistanden i prosjektet ble avsluttet på nyåret i 2019. Prosjektet er ifølge sektorleder i liten grad videreført innenfor enheten.

Datasystemer og programmer som benyttes i tjenesten omtales, for eksempel arkivsystemet ePhorte og pasientsystemet PROFIL for pleie- og omsorgstjenester.

2.3.5 Nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak

Det heter under dette punktet at fullstendig oversikt over rutinebeskrivelser, planer mv skal forefinnes i kvalitetssystemet Risk Manager og at det finnes en rekke rutinebeskrivelser som er felles for hele kommuneorganisasjonen, for eksempel informasjonssikkerhet, HMS, ansettelser mv.

For enhet for pleie- og omsorg skal det i Risk Manager være en egen oversikt over rutinebeskrivelser, sjekklister, prosedyrer mv., som er tilgjengelig for ansatte ved enheten.

Utarbeidede rutinebeskrivelser og prosedyrer for pleie- og omsorg står i permer på vaktrom og ansatte bruker disse for å holde seg oppdaterte, i tillegg til at eventuelle endringer på rutiner/prosedyrer tas opp i avdelingsmøter.

2.3.6 Meldte avvik

Ansatte i Osen kommune skal bruke avviksmodulen i kvalitetssystemet Risk Manager for HMS-avvik og pasientprogrammet PROFIL for pasientrelaterte avvik.

Fagsykepleier sa i intervju at det er vanskelig for ansatte å finne fram i Risk Manager. Med noen få unntak meldes derfor avvik i stedet til ledelsen (fagsykepleierne) og PLO-leder.

Ansatte uttalte i intervju bla at de har hørt om Risk Manager og at det står en PC på vaktrommet som kan brukes til dette. Noen har hatt kurs/opplæring og alle har fått tildelt passord, men ikke tatt det i bruk da det ikke har vært behov. Noen sier at de melder HMS-avvik til leder eller skriver det i bok til vaktmester. HMS-avvik kan også tas opp direkte med nærmeste overordnede eller sektorleder, evt. tar det via fagforeningen.

I sin innledning til årsmelding for 2019 skriver rådmannen under kapittelet HMS og informasjonssikkerhet at av meldte avvik i 2019 er ingen meldt å kunne ha alvorlige konsekvenser. Årsmeldingen inneholder følgende data vedr avvik for pleie og omsorg:

Tabell 1. Institusjon

	2017	2018	2019
Prosedyreavvik			12
Manglende Oppfølging			5
Feilmedisinering			4
Fallulykker			28
Nesten ulykker			1
Totalt	126	78	50

Tabellen viser at av avvik i 2019 er det mest liten og middels alvorlighetsgrad. To av avvikene er stor alvorlighetsgrad. Det er stor grad av fallulykker, og mange av avvikene under prosedyreavvik og manglende oppfølging omhandler medisinering.

Tabell 2. Hjemmetjenesten

	2017	2018	2019
Prosedyreavvik			11
Manglende Oppfølging			5
Feilmedisinering			6
Fallulykker			1
Nesten ulykker			0
Feilregistrert avvik			-1
Totalt	27	42	23

Av avvik i 2019 er storparten av liten alvorlighetsgrad. Ett avvik er av stor alvorlighetsgrad, noen på middels alvorlighetsgrad. Det er få fallulykker, ellers så omhandler stort sett resten av avvikene medisinhåndtering, avglemt dose etc. To avvik er feilregistrert Hos den ene ble feilen funnet ut av i etterkant, og den andre skulle bare være en vanlig dokumentasjon i profil.

2.3.7 Korrigerende tiltak og systematisk arbeid

Fagsykepleier sa videre at ansatte prioriterer registrering av avvik knyttet til brukere i pasientsystemet PROFIL. Dette bekreftes av at alle intervjuede sier at de melder avvik vedr pasienter i PROFIL. Sektorleder helse sier at pasientrelaterte avvik som meldes i PROFIL behandles kontinuerlig av fagleder/ PLO-leder og at forbedringsforslag drøftes i ulike møter på ulike nivå ved Pleie og omsorg. Disse er drøftingstema i møter med sektorleder helse, og enheten justerer praksis og prosedyrer for å unngå gjentakelse så langt som mulig.
Sektorleder sier også at avvik og problemstillinger drøftes kontinuerlig i enhetene og at fagsykepleierne sammen med leder har en sentral rolle her. Ofte handler avvikene som meldes om forhold knyttet til medisinering eller at gjeldende prosedyre ikke er fulgt. Det er et mål at det skal gis tilbakemeldingpå meldte avvik.

Sektorleder helse sier at ledelsens gjennomgang av avvik er tema på ukentlige møter mellom fagledelse og sektorleder når avvik har oppstått. Forslag for å unngå lignende hendelser drøftes, og ansvar for oppfølging plasseres dersom mulig.
Sektorleder sier videre at kommunen i 2020 har meldt ett avvik til Helse Nord-Trøndelag, og de har meldt ett avvik til kommunen jfr samhandlingsavtalen de har med dem. Her meldes fortsatt avvik skriftlig og behandles i kommunens saks-/arkiv system ePhorte. Begge avvikene er behandlet i kvalitetsutvalget og skriftlig besvart, samtidig som praksis er endret. Sektorleder uttaler også at det eksisterer et forbedringspotensial på skriftliggjøring av endringer som foretas.

Det skal i 2021 implementeres nytt kvalitetssystem i alle Fosen-kommunene. Opprinnelig ble det anskaffet ny avviksmodul fra KF (Kommuneforlaget), men dette skal nå skrinlegges før

den er tatt i bruk, da dette legges ned fra Kommuneforlaget sin side. Det er derfor kjøpt inn ny avviksmodul fra Compilo, som alle Fosen-kommunene skal ta i bruk når det nye kvalitetssystemet innføres.

2.4 Vurdering

- Ledelsen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

  Dokumentet «Internkontroll for sektoren Helse og omsorg» er utarbeidet og sist oppdatert 280119. Dokumentet brukes aktivt av sektorleder, men er ifølge henne ikke i aktivt bruk av de ansatte, noe som kan skyldes uavklart lederstruktur og midlertidige løsninger. Revisor vurderer at dokumentet svarer ut kravet om å beskrive virksomhetens oppgaver, aktiviteter og organisering, men vurderer at beskrivelse av virksomhetens mål ikke er direkte beskrevet i dokumentet. Målsetninger er beskrevet i gjeldende Helse- og omsorgsplan 2014-2025, hvor det er vedtatt at det i 2016-2019 skulle fokuseres på framtidas pleie- og omsorgstjenester med fokus på mestring og forebygging, psykisk og fysisk helse hos barn og unge og plan for bosetting av flyktninger. Tidligere sektorleder skrev i dokumentet «Internkontroll for helse og omsorg» bla at det ved rullering av helse- og omsorgsplanen burde spisses med fokus på målsettinger for helse og omsorgssektoren knyttet til kompetanse, boliger/institusjon, bemanning og satsingsområder i lys av statistikk og annen informasjon. Helse- og omsorgsplanen skulle rulleres i 2019, dette er ikke gjort, men planlegges gjennomført i løpet av inneværende valgperiode.

- Ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak

  Utarbeidede rutinebeskrivelser og prosedyrer for pleie- og omsorg står i permer på vaktrom og ansatte bruker disse for å holde seg oppdaterte, i tillegg til at endringer på rutiner/prosedyrer tas opp i avdelingsmøter.

  Det skal være en egen oversikt over rutinebeskrivelser, sjekklister, prosedyrer og felles rutinebeskrivelser for hele kommuneorganisasjonen tilgjengelig for ansatte ved enheten. Revisor vurderer at tilrettelegging av informasjon i, samt bruk av Risk Manager ikke har vært tilfredsstillende i enheten. Informasjon fra intervjuer med ledelse og ansatte viser at dette kan skyldes både manglende opplæring, samt at det

har vært misnøye med systemets funksjonalitet, noe som har ført til skifte av system for alle kommunene på Fosen. Revisor vurderer at arbeidet med innføring av nytt kvalitetssystem for alle Fosen-kommuner er positivt og at det bør sikres at det gjennomføres opplæring i bruk av systemet for at det skal fungere etter hensikten.

- Ledelsen skal ha oversikt over avvik

  Ifølge årshjulet som inngår i internkontrollen er det etablert faste samhandlingsarenaer for pleie- og omsorg, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

  Pasientrelaterte avvik som meldes i PROFIL behandles kontinuerlig av fagleder/ PLO leder og avvikene er drøftingstema i møter med sektorleder helse. Enheten oppgir at de justerer praksis og prosedyrer for å unngå gjentakelse så langt mulig. Sektorleder sier også at avvik og problemstillinger drøftes kontinuerlig i enhetene og at fagsykepleierne sammen med leder har en sentral rolle her. Revisor vurderer at det er synliggjort at ledelsen har oversikt over meldte avvik i sektoren.

- Ledelsen skal gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

  Ledelsens gjennomgang av avvik er tema på ukentlige møter mellom fagledelse og sektorleder når avvik har oppstått. Forslag for å unngå lignende hendelser drøftes, og ansvar for oppfølging plasseres dersom mulig.

  Avvik meldt i 2020 er behandlet i kvalitetsutvalget og skriftlig besvart, samtidig som praksis endres. Det eksisterer et forbedringspotensiale på å skriftliggjøre endringer som foretas. Revisor vurderer at den beskrevne fremgangsmåten for gjennomgang av avvik og med eventuell etterfølgende endring av praksis er tilfredsstillende.

  Revisor vurderer at det er en felles forståelse blant ledere og ansatte i pleie- og omsorg at avviksmodulen i Risk Manager ikke har vært i aktiv bruk. Årsaken til det er oppgitt å være at det ikke har vært behov for å melde avvik, at man heller melder avvik til nærmeste overordnede eller sektorleder, eller at det ikke har vært gjennomført opplæring. I tillegg har Osen kommune, i likhet med de andre Fosen-kommunene ikke vært fornøyd med Risk Manager som kvalitetssystem og skal i 2021 ta i bruk et nytt system med ny avviksmodul. Revisor vurderer at tilfeller hvor man melder avvik direkte til leder, uten at det er registrert i avvikssystemet, medfører at oppfølging av avviket blir vanskeligere å kontrollere.

- Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak
  Forbedringsforslag drøftes i ulike møter på ulike nivå ved Pleie og omsorg. Ofte handler avvikene som meldes om forhold knyttet til medisinering eller at gjeldende prosedyre ikke er fulgt. Det er et mål at tilbakemelding blir gitt ifht meldte avvik. Enheten ivaretar tverrfaglig samhandling gjennom Team Omsorg, som består av fagsykepleiere, pleie- og omsorgsleder, kommunelege og psykiatrisk koordinator. Revisor vurderer at arbeid med forbedringsforslag både internt i enheten og i den tverrfaglige samhandlingen som ivaretas i Team Omsorg medvirker til korrigerende tiltak.

3 KVALITET

I dette kapittelet beskriver vi deltema kvalitet.

3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Har Osen kommune etablert og implementert nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav? Er utvalgte prosedyrer kjent for de ansatte og blir de praktisert?

3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet fra Kvalitetsforskriften for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for
- Prosedyrene skal være tilgjengelig for de ansatte
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

3.3 Data

Under presenteres data vedr prosedyrer i pleie- og omsorg.

3.3.1 System av prosedyrer

Kommunen har, i likhet med de andre Fosen-kommunene, brukt Risk Manager (RM) som sitt kvalitetssystem i flere år. I systemet er det bla moduler for dokumenthåndtering og avvik.

Mange rutiner og prosedyrer er lagt inn i RM, men sektorleder opplyser at kommunen for tiden ikke har et fungerende internkontrollsystem, fordi kvalitetssystemet Risk Manager er utfaset og skal erstattes med et nytt system som alle Fosen-kommunene skal ta i bruk. Det nye kvalitetssystemet utvikles gjennom Fosen IKT og utviklingen er oppgitt å være i sluttfasen. Dette innebærer at Osen kommune per september 2020 ikke har et fungerende kvalitetssystem. Det er ikke helt klarlagt når det nye systemet skal implementeres, men dette vil antakelig skje i 2021.

3.3.2 Tilgjengelighet

Fagsykepleier sa i intervju at skriftlige rutiner for arbeidet i pleie- og omsorg finnes i permer og er lagt inn i Risk Manager (RM) nå. Permene finnes fortsatt, disse er ikke oppdatert. Hun sa at ansattes bruk av RM for rutiner og prosedyrer ikke blir prioritert.

Kun prosedyrer for legemiddelhåndtering og journalføring var lagt inn i RM pr des -18.

Gjeldende prosedyrer og internkontrollen står i permer på vaktrommet. Tidligere PLO-leder sa at hun ikke har satt krav om at alle ansatte skal ha lest og kvittert på at de har lest.

I intervju med noen ansatte fremgår det at det står permer med rutiner tilgjengelig på vaktrommet og at de har fått beskjed om at de kan slå opp i dem og lese gjennom disse. Nye rutiner og evt endringer tas opp og gjennomgås i møter på avdelingen.

I intervju ble ansatte spurt om de var kjent med rutiner innen følgende områder og spurt om de er kjent og praktiseres:

1. Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
2. Selvstendighet og styring av eget liv
3. Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
4. Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
5. Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
6. En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
7. Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
8. Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
9. Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
10. Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
11. Rutiner for kontakt med pårørende.

I intervjuene ble det bekreftet at de er kjent med at det er utarbeidet rutiner innen disse områdene og at de praktiseres i arbeidet deres. Mottatt innholdsfortegnelse for en av permene som står på vaktrommet viser at det i 2008 er utarbeidet noen rutiner innen noen områder, men disse er ikke oppdatert pr desember 2020. Fagsykepleier sier at de er i gang med å oppdatere rutinene ifbm med innlegging i det nye kvalitetssystemet. Revisor vurderer at oversikten over rutiner viser at det ikke er utarbeidet rutiner for alle områder og at den må oppdateres samtidig med at rutinene legges inn i det nye kvalitetssystemet.

3.3.3 Kompetanse og behov for opplæring

Osen kommune har 01.07.19 vedtatt Kompetanseplan for Osen kommune for perioden 2019-2023. I planens innledning sies det at ambisjonene er å lage en felles overordnet strategisk kompetanseplan som viser hvordan Osen kommune ønsker å arbeide med kompetanseutvikling for å nå sine mål. En felles overordnet strategi danner grunnlaget for enhetene/avdelingene sin kompetansebygging og utvikling. Dette for at kommunen i størst mulig grad skal kunne ha riktig kompetanse til riktig tid.

Planen skal bidra til at kommunen mobiliserer, utvikler og anskaffer kompetanse på prioriterte områder som følge av vedtatte mål og føringer. Det skal også føre til at de

- Sikrer kvalitet i tjenestene
- Effektiv ressursutnyttelse
- Skape et helsefremmende arbeidsmiljø
- Godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass.

Strategisk kompetanseplan for Osen kommune er et styringsdokument som skal sikre at kommunen utvikler, forvalter og anvender sine kunnskapsressurser. Planen skal sikre arbeidet med rekruttering av nye medarbeidere og målrettet kompetanseutvikling for kommunens ansatte og skal evalueres hvert 4. år, første gang i løpet av 2023. Rådmannen har ansvaret for dette. Det skal utarbeides nye tiltaksplaner for hvert rammeområde hvert 2. år. I planene skal konkrete tiltak komme fram. Tiltakene blir evaluert gjennom årsmeldingen. Tiltaksplanene skal knyttes opp mot kommunens strategiske planer.

Kapittel 5.4 i planen omhandler kommunehelsetjenestene og pleie og omsorg. Det sies at innen helseområdet er det behov for kompetanse på mange områder. Behovet fremstår som betydelig innen pleie- og omsorgstjenestene og at behovet for helsefagarbeidere og sykepleiere vil være kontinuerlig i årene som kommer. Dette fremgår av kartleggingen av alderssammensetningen som blant annet viser at om lag halvparten av helsefagarbeiderne i kommunen var 55 år eller eldre i 2017.

Det sies bla videre at det vil være viktig å se på de mulighetene som for eksempel velferdsteknologien gir for å jobbe smartere og mer effektivt. Samtidig er det også viktig å se på hvilke områder det må være helsefaglig kompetanse på, og hvor det er mulig å tenke annen fagkompetanse inn. I tillegg kan det være et selvstendig poeng og et utviklings-potensiale i å rekruttere inn personer med annen bakgrunn for å yte individuell tilpasset omsorg, gi et godt aktivitetstilbud mm. Frivillighetens rolle vil også være sentral ifht morgendagens helsetjenestetilbud. Sektoren gir tjenester innen en lang rekke lover, og

forvaltnings- og juridisk kompetanse vil være viktig å videreutvikle og styrke, for å gi trygge og selvstendige tjenester og ansatte.

Tabell 3. Innen pleie og omsorg var kompetansen fordelt slik i 2019:

Pleie og omsorg	Antall årsverk	Prosent	Antall ansatte	Gj.snitt stilling%
Administrasjon	1	100	1	100
Assistenter	3,9	389	13	0,30
Helsefagarbeidere	16	1600	25	
Sykepleiere	8,3	772	9	0,86
Aktivitør	0,77	0,77	1	0,77
Kjøkken	2,33	233	3	0,78
Renhold/vaskeri	1,7	170	2	0,85
Totalt pleie/omsorg	34	3400	55	61,8

For pleie- og omsorg er spesielt kompetanse innen rehabilitering, hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, diabetes, kreftomsorg og geriatri ønsket. Virkemidler som nevnes er bla dekning av kursavgift og undervisningsmateriell, utdanningspermisjon, plikttjeneste/bindingstid, intern kunnskapsoverføring, lønnsøkning etter kompetanseheving.

Tabell 4. Kompetanse i helse og omsorg

Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere	Osen			Kostra gruppe 5	Landet uten Oslo
	2017	2018	2019	2019	2019
Geriatrisk sykepleier	20,68	21,12	21,10	7,32	4,09
Sykepleiere med spes./vd. utd.	10,34	10,56	1,29	15,05	7,79
Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning	76,86	82,41	64,51	69,54	47,86
Hjelpepleier	106,09	111,85	100,46	91,24	45,46
Ergoterapeut	-	-	-	2,18	2,20
Miljøterapeut og pedagog	-	-	-	5,43	7,72
Aktivitør	8,04	8,20	8,20	3,07	1,98
Omsorgsarbeider	7,76	7,91	7,90	14,35	8,35
Helsefagarbeider	37,62	49,50	47,94	56,44	42,18
Annet omsorgspersonell med helseutdanning	23,71	24,22	16,21	18,39	14,44
Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj.	62,42	55,92	39,52	76,28	58,20

Kilde:SSB,KOSTRA

Tabell 5. Helse og omsorg (felles sykehjem og hjemmetjeneste)

Nøkkeltall	Osen			Kostra-gruppe 5	Landet uten Oslo
	2017	**2018**	**2019**	**2019**	**2019**
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	82	82	87	80	78
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	100	100	100	93	91
Andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud (prosent)	0	0	0	0	0

Kilde: SSB KOSTRA

Tabellen viser bla at andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning er høyere i Osen enn i sammenligningskommunene og landet uten Oslo, dette til tross for at kommunen melder at det er utfordrende å rekruttere sykepleiere og spesialkompetanse. Tabellen viser at Osen kommune ikke har dagaktivitetstilbud til innbyggere 67-79 år, men dette oppgis av rådmannen å ikke stemme, da kommunen har eldresenter 1 g/u, med bruk av 17% stilling for drift av dette.

Tidligere sektorleder skrev i sitt dokument «Status og behov helse og omsorg, med særlig vekt på pleie og omsorg» til hovedutvalget i 2018 bla følgende:

«Det forutsettes at det er en tilstrekkelig og kvalifisert nok bemanning til at krav til faglig forsvarlighet ivaretas. Men når det gjelder bemanning generelt, så er det ikke mulig å påvise sammenheng mellom økt bemanning og bedre kvalitet på tjenestene ved sykehjemsavdelinger. Det er en av konklusjonene i en tidligere undersøkelse gjennomført av SINTEF Helse, på oppdrag fra Norsk sykepleierforening, Fagforbundet og Den norske legeforening. Undersøkelsen er basert på data fra i alt 29 sykehjemsavdelinger med i hovedsak vanlige pleiepasienter. Rapporten drøfter sammenhengen mellom variasjoner i personellinnsats og kvalitet i tilbudet til beboerne i sykehjemmene.

Det er i utgangspunktet en klar sammenheng mellom ansattes opplevelse av å ha nok bemanning og hvordan de opplever kvaliteten i tilbudet til beboerne. Det er imidlertid liten sammenheng mellom ansattes oppfatning av bemanningssituasjonen og faktisk bemanning. Det finnes heller ingen indikasjoner på at økning i faktisk pleiebemanning bidrar til økt kvalitet.

De viktigste bidragene til kvalitetsøkningen ser ut til å være knyttet til arbeidsmiljømessige forhold, et klima som vektlegger kompetanseutvikling og gjensidig kollegial veiledning, sykefraværet i avdelingen, bygningens alder og samarbeidet med pårørende og andre.

Videre er det et spørsmål om hvilke oppgaver man bør/må være helsefaglig utdannet for å utføre. Kan man prioritere strengere på hvilke oppgaver som krever helsefaglig kompetanse, og se seg om etter andre yrkesgrupper som kan komme inn og styrke tilbudet innen pleie og omsorg?»

Det er etablert to team for tverrfaglig samhandling på saksnivå (Team Omsorg og Team Familie Barn). Enhet for Pleie- og omsorg ivaretar tverrfaglig samhandling gjennom Team Omsorg, som består av fagsykepleiere, pleie- og omsorgsleder, kommunelege og psykiatrisk koordinator. Enheten har eget kreftteam og demensteam, med tilhørende koordinatorer.

I gjeldende helse og omsorgsplan heter det at erfaringer og synspunkter fra pasienter/brukere skal trekkes inn i utviklingsarbeid, for eksempel ved utvikling av nye tjenester. En mer systematisk bruk av brukerundersøkelser vurderes, ved bruk av verktøyet Bedre kommune, se www.bedrekommune.no.

Kommunen deltok i 2019 i satsningen på kvalitetsreformen «Leve hele livet gjennom året», og det er etablert en egen prosjektgruppe med representasjon fra politisk nivå, eldreråd og Helse og omsorg.

I årsmelding 2019 for Osen kommune sies det vedr demensomsorgen at den også i 2019 i hovedsak har bestått i drift av dagsenter, oppfølging av brukere og pårørende, samt tilrettelegging for kurs og opplæring av ansatte. Det er ikke avholdt pårørendeskole i 2019, da det ble arrangert året før. Fra 2020 vil det ikke mottas øremerkede tilskudd til dette tilbudet. Det har vært avholdt ett møte i demensteamet i 2019. Det er ikke foretatt utredning i 2019, da det ikke har vært behov. Demenskoordinator har hatt oppfølgingsbesøk ved behov.

3.4 Vurdering

Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for

Revisor vurderer at Osen kommune har utarbeidet noen skriftlige prosedyrer for pleie- og omsorg. Disse er tilgjengelige i permer på arbeidsstedet og noen få er lagt inn i kvalitetssystemet Risk Manager. Det mangler et fullstendig system for skriftlige rutiner. Dette bør kompletteres samtidig med at rutinene legges inn i det nye kvalitetssystemet.

Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Revisor vurderer at kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, da det i 2019 er utarbeidet strategisk kompetanseplan for kommunen, hvor pleie- og omsorg er omtalt i eget kapittel og det er beskrevet både hvilken kompetanse som er ønsket og virkemidler for å oppnå denne.

4 BRUK AV TVANG VED OSEN SYKEHJEM

I dette kapittelet beskriver vi deltema bruk av tvang.

4.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet:

- Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

4.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet fra Pasient- og brukerrettighetsloven for denne problemstillingen:

- Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg
- Pasienten og pasientens nærmeste skal snarest mulig underrettes om vedtak om tvang (truffet etter §4A-5)

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

4.3 Data

Under presenteres data innhentet av revisor for å belyse hvordan Osen kommune håndterer pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om bruk av tvang.

4.3.1 Tillitsskapende tiltak

Tidligere pleie- og omsorgsleder fortalte i intervju at demens oftest er årsak til tvangsvedtak og at siste tvangsvedtak som er fattet i kommunen er datert 171212. Hun sa videre at det skulle ha vært fattet tvangsvedtak i dette tilfellet lenge før vedtaket ble gjort i 2012, men det ble utsatt og en prøvde mange tiltak, bla opprettelse av en egen avdeling med ansatte mm for denne pasienten. Gjennomgang fram til 2018 viste at det ikke var fattet tvangsvedtak i kommunen etter 2012. Sektorleder helse bekrefter at det heller ikke i 2019 og 2020 er fattet tvangsvedtak i kommunen pr oktober i 2020.

Fagsykepleier bekreftet også i intervju at det ikke var tvangsvedtak som ble praktisert på sykehjemmet og at det har vært veldig få tvangsvedtak i de siste årene. Hun sa også at man har tidligere hatt situasjoner som kunne ha utviklet seg til tvangsvedtak, men at situasjonene er håndtert av de ansatte med «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL.

Holdning til pasienter er tema på personalmøter og det er en kreativ personalgruppe på tillitsskapende arbeid på sykehjemmet.

Det foreligger rutinebeskrivelser for tvangsvedtak på papir, disse er forelagt revisor og skulle legges inn i kvalitetssystemet Risk Manager (RM). Dette gjelder:

- Rutinebeskrivelse for saksbehandling ved helsehjelp gitt til personer uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem PBRL §4A
- Rutinebeskrivelse for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse ved Osen sykehjem
- Skjema for avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp

Fagsykepleier sa at det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang. Ansatte har hatt obligatoriske NHI-kurs via nettet, og det skulle være en ny runde på nyåret 2019. Ansatte har deltatt på kurs vedr tvang både før og etter tilsynet og det har vært tema på avdelings- og personalmøter.

Fagsykepleier sa videre at eventuelle tvangsvedtak fattes av pleie- og omsorgsleder og behandlende lege og at oppfølging/iverksetting av tvangsvedtak gjøres av fagsykepleier. Informasjon om vedtaket legges inn i PROFIL, hvor årsak og begrensninger blir beskrevet. Det blir beskrevet hvor mye en kan presse på for å få pasienten til å gjøre ting. For eksempel: Personalet kan ikke «blåholde» en pasient for å få skiftet på den, men må avlede med sang og evt bytte personale i situasjonen eller få flere til å assistere. Det lages egne rutiner/prosedyrer for den enkelte og det gis informasjon til pårørende om rutinene.

I PROFIL er det områder hvor de ansatte skal dokumentere hvilke tillitsskapende tiltak som gjøres og det foreligger en sjekkliste for årskontroll av langtidsbeboere på sykehjemmet. Tidligere PLO-leder har i årskontrollen sjekket på hver enkelt bruker om det er kommentert vedr samtykkekompetanse, dette har ikke vært fullstendig gjort.

Tidligere PLO-leder sa at det innhentes samtykkeerklæring (se skjema) fra pårørende dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og at det ikke har vært oversendt noen klager til Fylkesmannen.

I intervju sier ansatte på sykehjemmet at det er ledelse og lege som fatter vedtak om tvang og at det har vært vedtak om tvang tidligere. De unngår tvangsvedtak ved at ansatte er smidige og tålmodige for å få pasientene til å endre atferd. I tilfeller hvor det fattes tvangsvedtak lages det egne rutiner for bruk av tvang.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte i 2012 tilsyn med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A til pasienter i sykehjem. Det ble gitt følgende avvik under tilsynet i Osen kommune:

- Osen sykehjem har ikke sikret ansatte tilstrekkelig opplæring og kompetanse i reglene om helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

- Osen sykehjem sikrer ikke etterlevelse av kravene i pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A.

- Osen sykehjem sikrer ikke at relevante og nødvendige opplysninger nedtegnes i pasientens journal og at journalnedtegnelsene er enhetlige og oversiktlige.

Ved oppfølging av tilsynet har tilsynsmyndigheten vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige og har derfor avsluttet tilsynet.

Fylkeslegen hadde i 2017 tilsyn i kommunen vedr beredskapsplikt og lov om helsemessig- og sosial beredskap og i 2016 om saksbehandling personlig assistanse til hjemmeboende.

4.3.2 Underretning om vedtak

Pasient og nærmeste pårørende skal, ihht utarbeidet rutine, snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket. Pleie- og omsorgsleder sier det er mulig dette ble sendt fra lege i den omtalte saken fra 2012.

Når tvangsvedtak er fattet, informerer primærsykepleier og sekundærkontakt om saken i rapportmøter og egne møter for orientering om saken. Det gis informasjon om helsehjelp, tillitsskapende tiltak og det noteres i PROFIL vedr tilfeller.

4.4 Vurdering

Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette, før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg

Revisor vurderer at det fremgår i intervju med ledelse og ansatte at det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang og siste tvangsvedtak er gjort i kommunen i 2012, noe som bekreftes av helse- og omsorgssjef i oktober 2020. Revisor har

ikke fått klarlagt om dette skyldes omfattende bruk av tillitsskapende tiltak eller om det faktisk er manglende vedtak om bruk av tvang og om det foreligger bruk av tvang uten vedtak.

Informasjon fra intervju med ansatte viser at mulige situasjoner håndteres av de ansatte med «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL og det er utarbeidet egen rutine for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Holdning til pasienter er tema på personalmøter og det er opprettet en kreativ personalgruppe på tillitsskapende arbeid på sykehjemmet. Det har vært gjennomført obligatorisk opplæring i både via nett og fysisk deltakelse på kurs og i tillegg er dette tema på avdelings- og personalmøter.

Pasienten og pasientens nærmeste skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter §4A-5

Revisor vurder at dette revisjonskriteriet ikke lar seg vurdere, da siste vedtak som ble truffet etter §4A-5 var i 2012. Ihht kommunens rutiner skal både pasient og nærmeste pårørende snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket og dette bekreftes av tidligere PLO-leder.

5 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Osen kommune 260121.

Rådmannens svar ble mottatt 270121.

6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

6.1 Konklusjon

Er det etablert systematiske tiltak (internkontroll) som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med fastsatte krav?

Kommunen har utarbeidet dokumentet «Internkontroll» for sektoren Helse og omsorg, sist oppdatert 280119. Dokumentet svarer ut kravet om å beskrive virksomhetens oppgaver, aktiviteter og organisering. Beskrivelse av virksomhetens mål er ikke direkte beskrevet i dokumentet, men er beskrevet i Helse- og omsorgsplanen. Ifølge årshjulet som inngår i internkontrollen, er det etablert faste samhandlingsarenaer for pleie- og omsorg, tidspunkt for gjennomføring av brukerundersøkelser, utarbeidelse av avviksrapporter, årlig IK-gjennomgang mm.

Risk Managers avviksmodul har ikke vært i aktiv bruk innen pleie og omsorg. Årsaken til det er oppgitt å være at det ikke har vært behov for å melde avvik, at man heller melder avvik til nærmeste overordnede eller sektorleder eller at det ikke har vært gjennomført opplæring. Sektoren burde hatt et bedre system for å følge opp bruken av avviksmodulen i Risk Manager. I likhet med de andre Fosen-kommunene har Osen kommune ikke vært fornøyd med Risk Manager som kvalitetssystem og skal i 2021 ta i bruk et nytt kvalitetssystem med avviksmodul.

Har Osen kommune etablert og implementert nødvendige prosedyrer for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav?

Osen kommune har utarbeidet noen skriftlige prosedyrer for pleie- og omsorg. Disse er tilgjengelige i permer på arbeidsstedet og noen få var lagt inn i Risk Manager på intervjutidspunktet. Områdene for prosedyrene er kjent for ansatte og de praktiseres i arbeidet.

Kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring ved at det i 2019 ble utarbeidet strategisk kompetanseplan for kommunen.

Følges Pasient- og brukerrettighetslovens regler om bruk av tvang ved Osen sykehjem?

Det er fokus i Osen sykehjem på å unngå situasjoner som medfører bruk av tvang. Siste tvangsvedtak gjort i kommunen etter §4A-5 var i 2012. De ansatte fokuserer på «tillitsskapende arbeid» som dokumenteres i PROFIL og det er utarbeidet egen rutine for helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.

Ihht kommunens rutiner skal både pasient og nærmeste pårørende snarest mulig bli underretta skriftlig om vedtaket om bruk av tvang.

6.2 Anbefalinger

Revisor anbefaler at Osen kommune:

- Bør innarbeide beskrivelse av virksomhetens mål i dokumentet "Internkontroll for sektor helse og omsorg"
- Bør utarbeide manglende prosedyrer for pleie og omsorg og innarbeide disse i nytt kvalitetssystem
- Bør snarest gjennomføre opplæring for alle ansatte og ta i bruk nytt kvalitetssystem når dette er implementert i Fosen-kommunene

KILDER

- LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter
- FOR 2003-06-27 nr 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 om sosiale tjenester m. (kvalitetsforskriften)
- FOR 2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene
- IS-1201:Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, Sosial- og Helsedirektoratet 2004.

VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

· LOV 1999-07-02 nr 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter

· FOR 2003-06-27 nr 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 om sosiale tjenester m. (kvalitetsforskriften)

· FOR 2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene

· IS-1201:Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, Sosial- og Helsedirektoratet 2004.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene

Forskriften av 2016 erstatter internkontrollforskriften i helse og omsorgstjenestene av 2002 og er tydeligere på toppledelsens ansvar for styring av helse og omsorgstjenestene. Den nye forskriften er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring (planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigering).

§6 Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7 Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres

b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet

c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes

e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8 Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen

d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer

e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9 Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold

b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

c) forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Ledelsen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
- Ledelsen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak
- Ledelsen skal ha oversikt over avvik
- Ledelsen skal gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak

Det er en nær sammenheng mellom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og kvalitetsforskriften, som pleie- og omsorgstjenestene er en del av. Forskriftene skal medvirke til at tjenester etter sosial- og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig måte.

Kvalitetsforskriften

Kvalitetsforskriftens §3 vektlegger at kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer for å løse de oppgavene som fremkommer i bestemmelsen på en slik måte at de tilfredsstiller brukernes grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

For å oppnå dette skal kommunen etablere et system av prosedyrer som sikrer 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 oppgavene som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie - og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bla:

- 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

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- Prosedyrene skal være tilgjengelige for de ansatte
- Kommunen skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Pasientrettighetsloven er en rettighetslov som gjelder for brukere av helsetjenester. Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Både kvalitetsforskriften og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten er virkemidler til å nå pasientrettighetslovens mål om at befolkningen i utgangspunktet skal ha lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen, samt valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, fremkommer av pasientrettighetsloven §3-1.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgs-tjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Ihht lovens §4-1 kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

Lovens kapittel 4A omhandler helsehjelp til pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelp mv (unntatt undersøkelse og behandling av psykisk lidelse

uten eget samtykke). Formålet med reglene i kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så lang som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Ihht § 4A-3 må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette, før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonell at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig skade for pasienten, og

b) helsehjelpen anses nødvendig, og

c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Ihht §4A-5 treffes vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet av det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen. Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal vedtaket treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette. Dersom det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før vedtak etter §4A-5 første og annet ledd treffes.

Ihht § 4A-6 skal pasienten og pasientens nærmeste snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter § 4A-5. Underretningen skal opplyse om adgangen til å klage og til å uttale seg i saken.

Ihht § 4A-7 kan vedtak om helsehjelp etter § 4A-5 påklages innen tre uker til Fylkesmannen av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende.

Ihht § 4A-9 gjelder Forvaltningsloven så langt den passer for vedtak etter § 4A-5, med de særlige bestemmelser som er gitt i kapittel 4A.

Revisjonskriterier som er utledet:

- Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg
- Pasienten og pasientens nærmeste skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter §4A-5

VEDLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Hei.

Jeg har nå gått gjennom høringsutkast til forvaltningsrevisjonsrapport om internkontroll og kvalitet i pleie- og omsorg.

Rådmannen har følgende anmerkninger til foreløpig rapport:

Side 17, kap. 2.3.6 – 3. avsnitt; *Noen har hatt kurs/opplæring og fått passord, men ikke tatt det i bruk da det ikke har vert behov*. Her bør det rettes til at alle ansatte har fått tildelt passord. Dette gjøres når innloggingstilganger tildeles de ansatte. Angående intern opplæring på systemet, så har jeg ingen kunnskap om i hvor stor utstrekning dette er gjennomført, da dette ansvaret tilligger avdelingen/sektoren.

Side 19, kap. 2.4 siste 2 linjer; *…viser at dette kan skyldes både manglende tilgjengelighet og opplæring*. Her bør tilgjengelighet endres i tråd med første kommentar.

Side 23, kap. 3.3.2 – 2. avsnitt; *Tidligere PLO-leder sa at RM ikke har vært tilgjengelig for alle og at systemet ikke har vert oppdatert*. Dette bør rettes i tråd med ovenfor nevnte kommentarer, eller tas ut. Systemet har vert tilgjengelig for alle, og oppdatert så langt enheten selv har lagt inn den dokumentasjon man har ansett behov for. Så *systemet* i seg selv har alltid vert oppdatert, men det har antagelig manglet noe dokumentasjon.

Ut over dette ser rapporten ut til å være konsis og riktig, så langt undertegnede har innsikt i.

Mvh
Roar Leirset
Rådmann
Osen kommune

Revisjon

Postadresse: Postboks 2565, 7735 STEINKJER

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no