

Møre og Romsdal Revisjon IKS

Kristiansund kommune

Kvalitet i hjemmetjenestene

Forvaltningsrevisjon | 25.05.2018

Møre og Romsdal Revisjon IKS

Forvaltningsrevisjonsrapport nr. 7 | 2018

Møre og Romsdal Revisjon IKS er et interkommunalt selskap eid av Aukra, Eide, Fræna, Gjemnes, Molde, Nesset, Rauma, Sunndal, Vestnes, Kristiansund, Smøla, Halså, Surnadal, Rindal, Averøy, Tingvoll, Aure og Møre og Romsdal fylkeskommune. Selskapet utfører regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll for eierkommunene. Selskapet ble etablert 1.2.2017.

Tidligere gjennomførte forvaltningsrevisjoner fra Møre og Romsdal Revisjon IKS:

1.	Mai 2017	Etikk og habilitet	Kristiansund kommune
2.	Mai 2017	Vedlikehold av skolebygg	Møre og Romsdal fylkeskommune
3.	Juni 2017	Eiendomsforvaltning, anbudshåndtering og bygge- og anbudsledelse	Fræna kommune
4.	Aug. 2017	Den kulturelle skolesekken	Møre og Romsdal fylkeskommune
5.	Sep. 2017	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Vestnes kommune
6.	Sep. 2017	Fylkesveg	Møre og Romsdal fylkeskommune
7.	Sep. 2017	Ressursstyring og bruk av overtid i den videregående skole	Møre og Romsdal fylkeskommune
8.	Nov. 2017	Opplæringstilbudet til minoritetsspråklige elevar	Møre og Romsdal fylkeskommune
9.	Nov. 2017	Vedlikehold av kommunale bygg	Rindal kommune
10.	Nov. 2017	Overtid ved fagskolene	Møre og Romsdal fylkeskommune
11.	Nov. 2017	Forvaltning, drift og vedlikehold av utleieboliger	Molde kommune, Molde Eiendom KF
12.	Des. 2017	Bosetting og integrering av flykninger med særlig vekt på barn og unge	Sunndal kommune
13.	Des. 2017	Rådmannens internkontroll for registrering, iverksetting og oppfølging av politiske vedtak	Surnadal kommune
1.	Jan. 2018	Etikk, habilitet og varsling	Smøla kommune
2.	Feb. 2018	Innkjøp og offentlige anskaffelser	Rauma kommune
3.	Feb. 2018	Nordøyvegen – organisering, styring, kontroll og rapportering	Møre og Romsdal fylkeskommune
4.	Feb. 2018	Offentlige anskaffelser	Aukra kommune
5.	Apr. 2018	PP-tjenesten	Eide, Fræna og Gjemnes kommuner
6.	Apr. 2018	Arbeidsmiljø og ledelse	Averøy kommune

Forord

Møre og Romsdal Revisjon IKS har utført denne forvaltningsrevisjonen etter vedtak PS 46/17 i kontrollutvalget i Kristiansund kommune. Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave som kontrollutvalget har ansvar for å se til at blir gjennomført. Forvaltningsrevisjon er hjemla i KommuneLOVA § 77 nr. 4 og § 78 nr. 2, jf. forskrift om kontrollutvalg kapittel 5 og forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner kapittel 3.

I kommuneLOVA er forvaltningsrevisjon definert som systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyret sine vedtak og forutsetninger.

Rapporten summerer opp resultatene fra Møre og Romsdal IKS sin undersøkelse «Kvalitet i hjemmetjenestene». Revisjonen er utført av Ingrid Walstad Larsen og Marianne Hopmark i perioden februar til mai 2018.

Møre og Romsdal Revisjon IKS ønsker å takke alle som har bidratt med informasjon til prosjektet.

Kristiansund, 25.05.2018

Marianne Hopmark
Oppdragsansvarlig revisor

Ingrid Walstad Larsen
Utførende revisor

Sammendrag

Forvaltningsrevisjon av «Kvalitet i hjemmetjenestene i Kristiansund kommune» ble bestilt fra kontrollutvalget i møte 19. oktober 2017. Formålet med prosjektet har vært å undersøke hjemmetjenestens kvalitet ut i fra utvalgte kvalitetsindikatorer og operasjonaliserte revisjonskriterier.

Problemstillingen er: *Er kvaliteten på hjemmetjenestene i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området?*

Denne problemstillingen besvares gjennom disse tre underproblemstillingene:

- *Sikres tilstrekkelig kompetanse innenfor hjemmetjenestene?*

Her har vi tatt utgangspunkt i de ansattes fagkompetanse, videre- og etterutdanning, samt praktisk opplæring og undervisning.

- *Hvordan sikrer kommunen at brukere får det de har krav på?*

I denne underproblemstillingen har vi sett på brukerfokus, det vil si kommunen som koordinerende enhet, koordinatorrollen, individuell plan, brukermedvirkning, brukerråd, ernæring og legemiddelhåndtering.

- *Sikrer kommunen god internkontroll innenfor sine hjemmetjenester?*

Denne problemstillingen tar for seg områder på systemnivå. Vi har sett på kommunens internkontrollsystem, og om informasjon er oppdatert og tilgjengelig.

Vi utfører forvaltningsrevisjon i samsvar med god kommunal revisjonsskikk. RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon, som er utarbeidet av Norges Kommunerevisjonsforbund, definerer hva som er god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjon. Punkt 21 i standarden sier at revisor må med utgangspunkt i kontrollutvalget sin bestilling operasjonalisere problemstilling(ene) slik at de blir tilstrekkelig konkrete og avgrenset til å kunne svares ut. Vi har gjennomført en nærmere operasjonalisering av problemstillingene i dette prosjektet.

Funn og vurderinger

Sikres tilstrekkelig kompetanse innenfor hjemmetjenestene?

Kristiansund kommune har nedlagt et stort arbeid tilknyttet kompetansekartlegging og kompetanseoppbygging. I 2015 ble det omgjort stillinger for å imøtekomme manglende kompetanse i tjenesten, og kommunen har med dette større grunnlag for å rekruttere nødvendig kompetanse inn i enheten. Læringer og rekruttstillinger rekrutteres til faste stillinger, og gjennom enhetens strategiske kompetanseplan skisseres bemanningssituasjon og -ambisjon i årene fremover. Revisors vurdering er at Kristiansund kommune tilrettelegger tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten.

I dokumentet «Strategisk kompetansebehov 2018-2020» står det skissert prioriterte behov for grunn/videreutdanninger/ABC/kurs/internopplæringer for enhetens ansatte. Revisor mener kommunen

utøver sin plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder gjennom videre- og etterutdanning, på en slik måte at medarbeidere holder seg faglig oppdatert.

Kristiansund kommune har system og rutiner for å påse at ansatte som skal ha opplæring i og fullmakt til legemiddelhåndtering har gjennomført dette. I tillegg har enheten undervisning og opplæring innenfor kreft/palliasjon, demens, sår eller andre fagspesifikke oppgaver. Koordinering- og tildelingstjenesten har kurs for de ansatte som er tildelt en koordineringsrolle. Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter nevnte lov, plikter å ta del i den videre- og etterutdanningen som er nødvendig for å holde seg faglig oppdatert. Med grunnlag i de undersøkelser revisjonen har gjort mener revisjonen at dette revisjonskriteriet er oppfylt.

Hvordan sikrer kommunen at brukere får det de har krav på?

Kristiansund kommune har en koordinerende enhet ved Tildeling- og koordineringstjenesten med en egen stilling som omfatter saksbehandling av søknader, opplæring og veiledning av koordinatorene for koordinatorrollen og dataverktøyet ACOS IP¹. Revisjonen anser de tre revisjonskriteriene «det skal oppnevnes en koordinator for den enkelte bruker», «kommunen skal ha en koordinerende enhet som skal sikre at koordinator får nødvendig veiledning og opplæring» og «det skal utarbeides en individuell plan for den enkelte bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester», som tilfredsstillende og i tråd med lovverket. Revisjonen forstår det slik at hjemmetjenesten har gode rutiner og prosedyrer for å sikre at brukeren får de tjenester de har krav på, og at det jobbes godt med dette i tildelings- og koordineringstjenesten.

Revisjonskriteriet «Kommunen skal kartlegge og forebygge underernæring blant eldre som mottar hjemmetjenester» vurderes som innfridd etter det revisjonen har undersøkt. Dette gjelder sjekkliste ved vurderingsbesøk etter utskrivning fra sykehus og delmål i ACOS IP.

Revisjonen mener hjemmetjenesten ivaretar brukermedvirkning ved utforming av tjenestene når det kommer til individuell plan og koordinatorrollen. Revisjonskriteriet «Kommunen skal sikre brukermedvirkning ved utforming av tjenestene» oppfylles her i tilstrekkelig grad. Enheten har systemer og rutiner for å ivareta dette gjennom blant annet å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?», og der brukeren står i sentrum ved utnevning av koordinator. Det gjøres i tillegg et arbeid tilknyttet informasjonsarbeid av koordinatorrollen og individuell plan for brukere. Systemet ACOS IP er en dynamisk plan som skal revideres og oppdateres etter behov, noe revisjonen anser som et velfungerende system.

Når det kommer til revisjonskriteriet «kommunen kan ha et brukerråd som også omfatter hjemmetjenester», mener revisjonen at Kristiansund kommune med fordel kunne ha ivare tatt brukermedvirkning i større grad enn det som gjøres i dag gjennom brukerrepresentant, individuell plan og koordinator. Enheten oppgir at brukere kan gi direkte beskjed til ansatte som kommer for å utføre tjenestene, som igjen kan rapportere videre til de beskjeden gjelder. Hjemmetjenesten har ut i fra det revisjonen har forstått ikke et system for å ivareta brukernes eller pårørendes stemme ut over dette. Brukerrepresentant må tydeliggjøres sin rolle hvis hensikten er at vedkommende skal ha flere oppgaver enn deltakelse i «Helhetlig pasientforløp». Kristiansund kommune har opprettet brukerråd ved andre institusjoner, og revisjonen mener det vil være nyttig å vurdere dette også innenfor hjemmetjenestene.

¹ Hjemmetjenesten i Kristiansund kommune bruker datasystemet ACOS IP til individuell plan.

Revisjonen påpeker at samtaler som ble gjennomført med brukere var av positiv karakter. Det er nyttig å få tilbakemeldinger fra de som faktisk mottar tjenestene. De har førsteklasses kunnskap som er verdifull for kommunen å bruke for å få bekreftelse på hva som fungerer godt, eller det som kan benyttes i kommunens forbedringsarbeid. I tillegg mener revisjonen det er en fordel om kommunen hadde hatt et formelt organ for brukermedvirkning og tilbakemelding, som hadde skapt en større avstand mellom den ansatte som kommer til brukerens hjem, og den som mottar tjenester. Hjemmeboende utgjør størsteparten av budsjettmidlene, noe som er et godt argument for å inkludere brukerstemmen gjennom brukerråd. Dette er også et satsingsområde beskrevet i kommunens årsrapport for 2017.

På bakgrunn av innhentet dokumentasjon, samt befaring og observasjon på medisinrom mener revisjonen at Kristiansund kommune påser at brukere av hjemmetjenestene sikres trygg legemiddelhåndtering. Kommunen har flere medisinrom enn den som er befart, og disse kan ikke revisjonen uttale seg om. Likevel mener revisjonen at de rutiner og prosedyrer som foreligger på systemnivå er av tilstrekkelig kvalitet til at brukere av hjemmetjenesten får trygg legemiddelhåndtering. Revisjonen gjør oppmerksom på at observasjonsbefaring på legemiddelhåndtering har gitt en dypere innsikt i hvordan kvalitet blir ivarettatt på systemnivå, men ikke hvordan medisinen gis eller følges opp hjemme hos den enkelte bruker i tråd med vedkommende sitt vedtak. Hjemmetjenesten gjør et omfattende arbeid med avviksregistrering og -håndtering, noe som viser at det tas på alvor. Revisjonskriteriet «bruker av hjemmetjenestene skal sikres trygg legemiddelhåndtering» vurderes som godkjent ut i fra de undersøkelser som er gjort.

Tilstedeværelse i ulike situasjoner og møtearenaer i hjemmetjenesten har beriket inntrykket av problemstillingene revisjonen har reist. Eksempelvis var det svært nyttig å delta i HMS-møte og refleksjonsrapport, for det ga innsikt i hvordan de ansatte omtaler, reflekterer og vurderer brukerne. Disse befaringene var en positiv opplevelse for revisjonen, fordi engasjementet og omsorgen medarbeidere har for sine pasienter ble synlig på en annen måte enn ved kvalitative beskrivelser i et intervju. Under refleksjonsrapporten omtalte faglederen og de ansatte omtalte brukerne på en respektfull, imøtekommende og problemløsende måte. Revisjonen mener måten refleksjonsrapporten ble gjennomført på å legge til rette for økt kvalitet i tjenestene som tilbys. Dette fordi brukerne enten kan ytre behov muntlig til de som er på hjemmebesøk, eller at de ansatte oppfatter behov for brukerne som de selv ikke ytrer, og kan utføre forbedringer eller endringer på brukerens vegne.

Sikrer kommunen god internkontroll innenfor sine hjemmetjenester?

Revisor vurderer revisjonskriteriet «Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer som skal sikre at brukerne får de tjenester de har behov for til rett tid og henhold til individuell plan» som oppfylt slik det er beskrevet i lovverket. Dokumentasjon av internkontrollen i den form og omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse vurderes også som tilfredsstillende.

Kristiansund kommune jobber for tiden med å oppdatere dokumentasjonen og gjøre den tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem. Observasjoner revisjonen har gjort bekrefter at beskrivelser av prosedyrer og rutiner innenfor gjennomføring av tema tilknyttet HMS, samt informasjonsutveksling mellom de ansatte og ledelsen skjer på forskrevet måte.

Revisjonen vurderer det slik at hjemmetjenesten har god oversikt og kontroll på planverk og prosedyrer. Det er nedlagt et solid og gjennomtenkt system for dokumentasjon.

Revisjonen mener det er uheldig at relevante tall om kommunen er mangelfullt registrert i IPLOS før 2017. Revisjonen har derfor ikke fått innhentet tall fra KOSTRA, noe som gir begrenset sammenlikningsgrunnlag opp mot andre kommuner.

Konklusjon og anbefaling

Revisjonen konkluderer med at hjemmetjenesten i Kristiansund kommune har en solid erfaring, kompetanse og engasjement for å oppfylle de revisjonskriterier som er valgt i dette prosjektet. Ut fra de problemstillinger som er tatt opp, kommer revisjonen med følgende anbefaling til hjemmetjenesten i Kristiansund kommune:

- I større grad sikre brukermedvirkning på en systematisk måte ut over dagens ordninger med brukerrepresentant, individuell plan og koordinator.

Innhold

1. Innledning	9
1.1 Bestilling og bakgrunn	9
1.2 Om den reviderte enhet.....	9
1.3 Formål og problemstillinger	12
1.4 Revisjonskriterier	13
1.4.1 Revisjonskriterier delproblemstilling 1	13
1.4.2 Revisjonskriterier delproblemstilling 2	14
1.4.3 Revisjonskriterier delproblemstilling 3	16
1.5 Avgrensinger	17
1.6 Metodevalg og gjennomføring.....	18
1.6.1 Dataomfang og bakgrunn	18
1.6.2 Observasjon og befarings	19
1.6.3 Avgrensninger i innhenting av datamaterialet	20
1.7 Høring.....	20
1.8 Analyse av data	20
2. Delproblemstilling 1.....	21
2.1 Revisjonskriterier	21
2.2. Funn og fakta.....	21
2.2.1 Riktig fagkompetanse.....	21
2.2.2 Videre- og etterutdanning	22
2.2.3 Undervisning og praktisk opplæring	23
2.3 Revisors vurdering.....	23
3. Delproblemstilling 2.....	24
3.1 Revisjonskriterier	24
3.2 Funn og fakta.....	24
3.2.1 Koordinator og koordinerende enhet, individuell plan og ernæring.....	24
3.2.2 Brukermedvirkning og brukerråd.....	27
3.2.3 Legemiddelhåndtering	29
3.3 Revisors vurdering.....	31
4. Delproblemstilling 3.....	33
4.1 Revisjonskriterier	33
4.2 Funn og fakta.....	33
4.2.1 Internkontrollsystem og oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon	33
4.3 Revisors vurdering.....	34

5. Konklusjon og anbefaling	35
Litteratur.....	36
Vedlegg 1. Høringssvar	38
Vedlegg 2. Oversikt over sentrale dokumenter i rapporten	39
Vedlegg 3. Lover og forskrifter brukt som kilder til revisjonskriterier	40

1. Innledning

1.1 Bestilling og bakgrunn

Bakgrunnen til forvaltningsrevisjonsprosjektet om kvalitet i hjemmetjenestene er en bestilling fra kontrollutvalget den 19.10.2017. I den overordnede analysen som ligger til grunn for plan for forvaltningsrevisjon (2016-2019) opplyses følgende om kommunens helse- og omsorgstjenester:

Befolkningsutviklingen viser at det i all hovedsak er økningen i andelen eldre som vil gi Kristiansund de største utfordringene, spesielt knyttet til kommuneøkonomien. Det er ikke bare Kristiansund som vil oppleve denne endringen i befolkningssammensetningen, men utviklingen forventes å være sterkere her enn i landet ellers. Forekomsten og utviklingen av antall eldre over 80 år i befolkningen ansees som en hovedindikator for framskrivning av behov og ressursbruk i kommunens pleie- og omsorgstjenester. I tillegg har utviklingen av innslag av demens og personer med omfattende og komplekse omsorgsbehov også en vesentlig innvirkning på organiseringen. Den forestående eldrebølgen vil medføre et vesentlig press på tjenestetilbudet primært innenfor sykehjem og hjemmetjenester og vil kreve en dreining i tjenestetilbudet fra institusjon til hjemmebaserte tjenester samt økt bruk av teknologiske hjelpemidler.

Befolkningen i Kristiansund skal sikres et tilpasset helse- og omsorgstilbud til den enkelte brukers behov, med særlig vekt på å sikre barn, unge, eldre og funksjonshemmede en trygg og aktiv hverdag. I plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 er kvalitet i hjemmetjenestene nevnt som et av fire aktuelle hovedtema for forvaltningsrevisjon i inneværende valgperiode. Med utgangspunkt i overordnet analyse for Kristiansund kommune og vedtatt plan for forvaltningsrevisjon for 2016-2019, har kontrollutvalget fastsatt følgende problemstilling for prosjektet:

Er kvaliteten på hjemmetjenestene i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området?

I tilknytning til bestillingen av prosjektet ble det i saken bedt om at revisjonen skulle utarbeide en nærmere plan for innhold og gjennomføring av prosjektet. Denne planen omfatter aktuelle problemstillinger og revisjonskriterier som skal bidra til at bestillingen kan svares ut. Dette vil bli nærmere gjennomgått i kapittel 1.3 og 1.4. Først vil vi presentere bakgrunnstall til tjenestemottakere og ansatte i den reviderte enhet.

1.2 Om den reviderte enhet

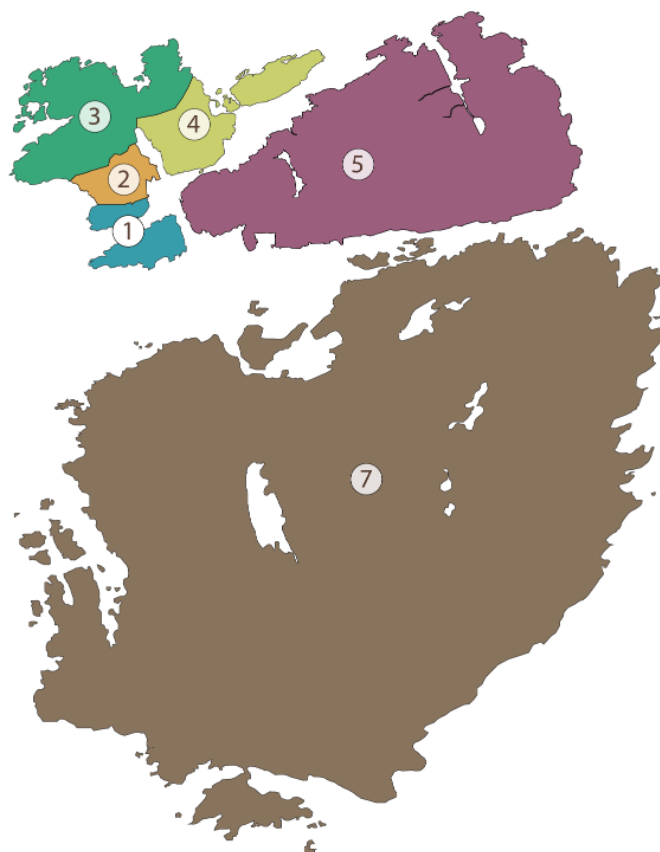
Hjemmetjenesten i Kristiansund kommune tilbyr hjemmesykepleie og hjemmehjelp til beboere i kommunen. Hjemmesykepleien gir hjelp og veiledning til eldre, syke eller personer med funksjonsnedsettelse som bor hjemme. Tjenesten skal bidra til at kommunens innbyggere kan bo hjemme så lenge som mulig til tross for sykdom, funksjonshemming eller alderdomssvekkelse (Kristiansund kommune 2018).

Befolkningen kan søke hjemmesykepleie gjennom søknadsskjema på Kristiansund kommune sine nettsider. I søknadsskjemaet beskriver vedkommende sine hjelpebehov og hvilke tjenester vedkommende mener trengs. Kommunen vurderer helsetilstanden og finner det helsetilbudet som

passer best for søkeren. Beboere kan få hjelp med medisiner og medisinske prosedyrer, daglig stell, hverdagsrehabilitering, sårbehandling, veiledning om kosthold og helsespørsmål, hjelp til å stå opp, legge seg og ved toalettbesøk, samt veiledning og opplæring slik at brukere kan meste oppgaver på egenhånd, som eksempelvis dosere medisiner, skifte stomi og så videre (Kristiansund kommune 2018). Kristiansund kommune tilbyr også hjemmehjelp til personer som er avhengig av hjelp og praktisk bistand i hverdagen på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker. Dette gjelder personlig hygiene og stell, matlaging og i enkelte tilfeller handling av varer, rengjøring og klesvask. Rammeområdet omfatter syv avdelinger for hjemmetjenester og to bofelleskap.

Hjemmetjenesten er oppdelt i:

- Rode 1: Innlandet til nedre del av sentrum.
- Barmanhaugen boliger: 4.-6. etg – Barmanhaugen.
- Rode 2: Sentrum – Kirkelandet til øvre bydel.
- Rode 3: Øvre bydel – Karihola til øvre bydel.
- Rode 4: Gomalandet (fra Viadukten til Nordsundbroen) og Skorpa.
- Rode 5: Norlandet, Dale og Byskogen til Omsundbroen.
- Rode 7: Frei.



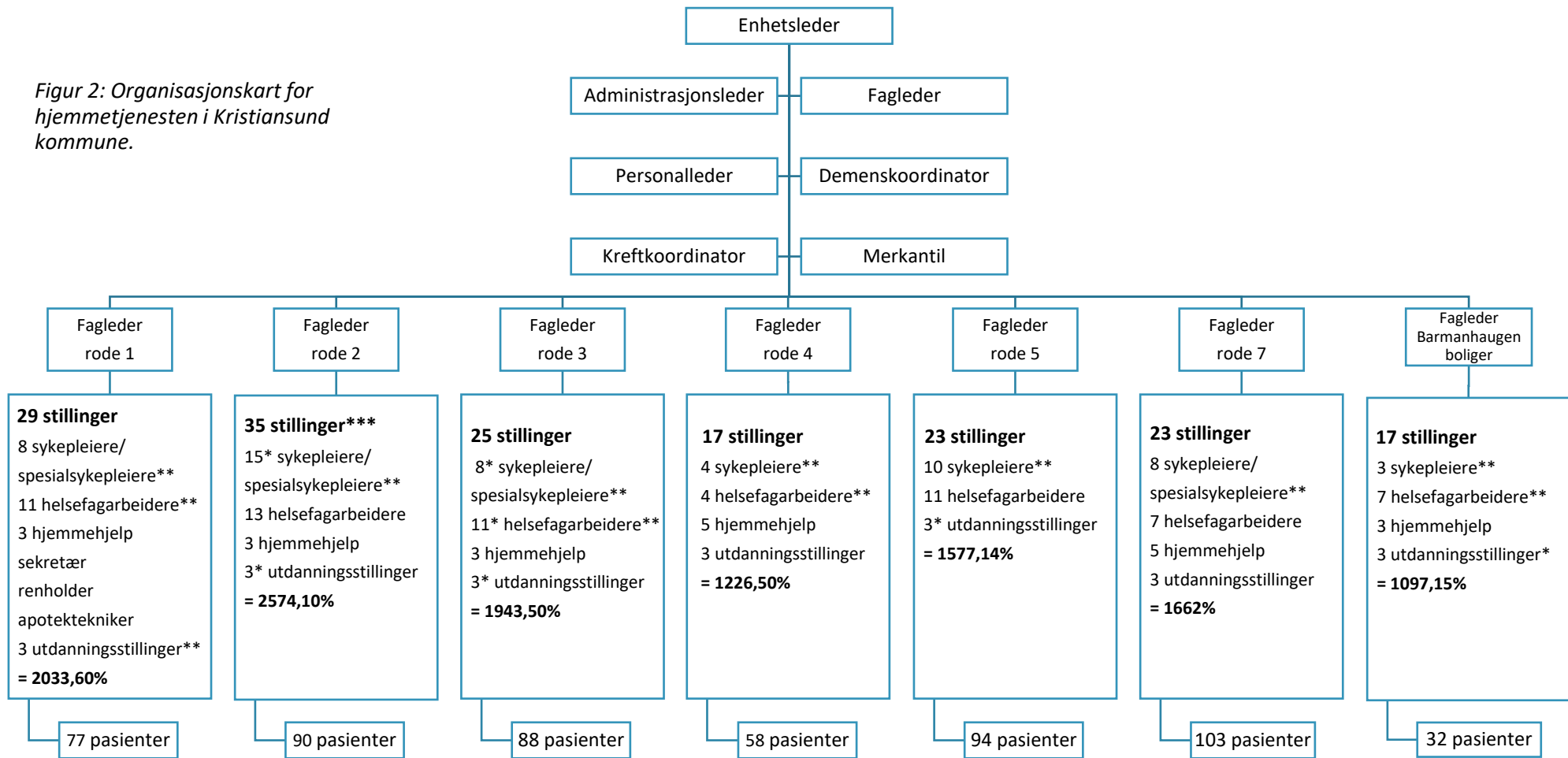
Figur 1: Kart over inndelte roder i Kristiansund kommune (Kristiansund kommune 2016a). To roder er slått sammen til én, derav nummereringen.

Av alle mottakere i hjemmetjenesten er halvparten av mottakerne eldre brukere (over 67 år). Disse brukerne mottar om lag 40 % av antall tildelte timer i hjemmetjenesten. Det er rundt 500 brukere som til sammen mottar 4777 timer per uke (per april 2018). På Kristiansund kommune (2016) sine nettsider står det:

Rådmannen vil tilby differensierte tilbud til mennesker med omfattende og komplekse omsorgsbehov. Det skal være fokus på tidlig innsats med rehabilitering og mestring i tverrfaglige tilbud for å unngå innleggelse i sykehjem, [det skal] gjennomføres omfattende innsats knyttet til trygg legemiddelhåndtering [og] startes et arbeid med å forbedre tjenestene til hjemmeboende personer med demens i regi av utviklingscenteret og demensteamet. [Det skal] gjennomføres et større arbeid knyttet til «livets siste dager» i regi av kreftkoordinator. I samhandlingen med helseforetaket skal det arbeides med pasientforløpet for den eldre multisyke pasient.

Hjemmetjenesten i Kristiansund er delt inn i seks roder i tillegg til Barmanhaugen boliger, der hver rode har mellom 58-103 pasienter. Hjemmetjenesten er underlagt rådmann og kommunalsjef, og består av enhetsleder, administrasjonsleder, fagleder, personalleder, demenskoordinator, kreftkoordinator, merkantilt personell, avdelingsledere på hver rode, samt øvrige medarbeidere i 17-29 stillinger per rode. Pasienttall er per 20.11.2017.

Figur 2: Organisasjonskart for hjemmetjenesten i Kristiansund kommune.



* Inkludert vakante stillinger.

** En eller flere stillinger: Stedfortreder lederutdanning, klinisk avansert, trygg legemiddelhåndtering, sårsykepleier, psykisk helse/rus, geriatri, hverdagsrehabilitering, kreft, ledelse av prosesser, aldring/helse/aktiv omsorg, psykiatri, klinisk avansert, musikkterapeut, SPL.

*** Inkludert nattstillinger.

I tillegg har hjemmetjenesten ansvaret for Barmanhaugen bofellesskap med 11 pasienter (bolig med heldøgns bemanning) og Roligheten bofellesskap med 10 pasienter (bolig for personer med demens med heldøgns bemanning). Enheten har i tillegg til de ansatte som vist i organisasjonskartet prosjektstillinger i administrasjonen, som prosjekt «Livets siste dager» og «Helhetlig pasientforløp».

1.3 Formål og problemstillinger

Formålet med dette prosjektet er å undersøke om kvaliteten på hjemmetjenestene i Kristiansund kommune er i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området hjemmetjenesten har ansvar for. Problemstillingen er: *Er kvaliteten på hjemmetjenestene i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området?*

Vi utfører forvaltningsrevisjon i samsvar med god kommunal revisjonsskikk. RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon, som er utarbeidet av Norges Kommunerevisjonsforbund, definerer hva som er god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjon. Punkt 21 i standarden sier at revisor må med utgangspunkt i kontrollutvalget sin bestilling operasjonalisere problemstilling(ene) slik at de blir tilstrekkelig konkrete og avgrenset til å kunne svares ut. Vi har gjennomført en nærmere operasjonalisering av problemstillingene i dette prosjektet.

I denne forvaltningsrevisjonen er det hjemmetjenestens kvalitet som skal undersøkes. Kvalitet kan defineres som «(...) helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredstille uttalte og underforståtte behov» (Sosial og helsedirektoratet 2005, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester 2012). Denne definisjonen tydeliggjør at det som skal tilbys av kvalitet på tjenesten er mangfoldig og komplekst. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende. Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Innenfor pleie- og omsorgstjenester/hjemmetjenester handler det ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag, derfor vil kvalitet på tjenestene knyttes til brukernes opplevelse av livskvalitet og verdier. Gjennom å ta utgangspunkt i kvalitetsdefinisjonen kan vi si noe om hvilke aspekter ved enheten vi bør undersøke. Den interne kontrollen, med utgangspunkt i internkontrollforskriften, skal sørge for at kommunen oppfyller kravene til kvalitet i tjenestene. Disse er rutiner og prosedyrer som er relatert til eller har innvirkning på tjenesteyting og dens kvalitet, de ansattes forutsetninger og kompetanse, samt brukernes opplevelse av tjenesten.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene/hjemmetjenestene er nedfelt i en egen forskrift, og vil være utgangspunktet for denne forvaltningsrevisjonen. I tillegg er Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), samt veiledere på området viktige kilder til prosjektet. Kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien pålegger kommunene å utarbeide prosedyrer, og ivareta bestemte hensyn, som gjør at brukerne av hjemmetjenester får dekket sine grunnleggende behov på en god måte. For å forsøke å gjøre kravene målbare, bruker vi blant annet anbefalinger i veiledere på området (Helsenorge 2018). Vi presiserer at begrepet kvalitet slik det brukes i rapporten ikke er uttømmende, og avgrensninger av måleindikatorer på kvalitet vil presiseres og avgrenses i kapittel 1.5. For å svare ut om kommunen sine hjemmetjenester holder kvalitet innenfor de valgte områder, er hovedproblemstillingen konkretisert i tre underproblemstillinger:

- Delproblemstilling 1: *Sikres tilstrekkelig kompetanse innenfor hjemmetjenestene?*
- Delproblemstilling 2: *Hvordan sikrer kommunen at brukere får det de har krav på?*
- Delproblemstilling 3: *Sikrer kommunen god internkontroll innenfor sine hjemmetjenester?*

1.4 Revisjonskriterier

Med utgangspunkt i problemstillingene skal det etableres revisjonskriterier. Revisjonskriterier er de krav, normer og/ eller standarder som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/ vurderes mot.

Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, og utledet fra, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for forvaltningsrevisjonsobjektet innenfor den aktuelle tidsperioden.

I dette prosjektet henter vi revisjonskriterier fra kvalitetsforskriften, verdighetsgarantien og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt lov og andre forskrifter som omhandler tjenestetilbudet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten berører en rekke sentrale punkt som også kvalitetsforskriften tar opp. På mange måter utfyller og supplerer disse to forskriftene hverandre. Kvalitetsforskriften er i stor grad rettet mot brukerne og den enkelte ansatte, mens interkontrollforskriften først og fremst er rettet mot ledelse og organisering. Vi har også benyttet helse og omsorgstjenesteloven i tillegg til forskrift om legemiddelhåndtering for å utlede aktuelle revisjonskriterier. Dette er kilder til mer presise revisjonskriterier:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om legemiddelhåndtering
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

De revisjonskriterier vi utleder til bruk i dette prosjektet vil bli synliggjort i tilknytning til de enkelte temaene/problemstillingene i rapporten.

1.4.1 Revisjonskriterier delproblemstilling 1

Delproblemstilling 1 er: *Sikres tilstrekkelig kompetanse innenfor hjemmetjenestene?*

Her tar vi utgangspunkt i at de ansattes kompetanse har konsekvenser for kvaliteten på de tjenestene som tilbys. Revisjonskriteriene som kan knyttes til kompetanse i tjenesten utledes fra helse- og omsorgstjenesteloven hvor det står i § 8-1 om undervisning og praktisk opplæring:

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

Og § 8-2. Videre- og etterutdanning:

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

Ut ifra dette er følgende revisjonskriterier operasjonalisert:

- Kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten²
- Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning³
- Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter nevnte lov, plikter å ta del i den videre- og etterutdanningen som er nødvendig for å holde seg faglig oppdatert⁴.

1.4.2 Revisjonskriterier delproblemstilling 2

Delproblemstilling 2 er: *Hvordan sikrer kommunen at brukere får det de har krav på?*

Formålet med kvalitetsforskriften er at brukerne av pleie- og omsorgstjenester skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneske sin selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§1). I verdighetsgarantien heter det at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt og meningsfullt liv som mulig i samsvar med individuelle behov (§2). Med utgangspunkt i kravene i kvalitetsforskriftens § 3- *Oppgaver og innhold i tjenesten* og verdighetsgarantiens § 3 *Tjenestens innhold*, har vi utledet revisjonskriterier som gjelder tjenestens kvalitative innhold for brukere⁵. Kommunen skal legge til rette for at brukerne av tjenestene får dekket følgende grunnleggende behov, det skal legges til rette for forutsigbarhet og trygghet til de tjenester som ytes. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene. Brukere av pleie- og omsorgstjenestene, og eventuelt pårørende/verge/hjelpe-verge skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 inneholder en bestemmelse om at kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og at

² Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 d)

³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1

⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2

⁵ Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) gjelder eldre, mens kvalitetsforskriften gjelder alle brukere, inkludert psykisk utviklingshemmede i bokollektiv. Forskriftene har mange sammenfallende punkter, selv om formuleringene kan være noe ulike.

kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en bruker har behov for tilbud både etter denne loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernlov, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan og at planarbeidet skal koordineres. For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter denne lov, skal kommunen tilby en koordinator (§ 7-2). Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 krever at «kommunen skal ha etablert et system for å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes. Utarbeiding av skriftlige nedfalte prosedyrer er nødvendig for å søke å sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov».

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har følgende bestemmelse i § 3: «Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette». Helsedirektoratet har i 2004 utgitt veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som også blir nyttet i vårt arbeid. Ut fra forskriftsbestemmelsene kan vi utlede følgende revisjonskriterier:

- Det skal utarbeides en individuell plan for den enkelte bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Det skal oppnevnes koordinator for den enkelte bruker.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet som skal sikre at koordinator får nødvendig veiledning og opplæring.

Brukermedvirkning

I følge Helse og omsorgsdepartementet (2009) vil god kvalitet forutsette at brukerens og pasientenes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikkutforming, påvirkning på systemnivå og individnivå. Brukerne opplever hvordan tjenestene fungerer i praksis og kan ofte komme med de konstruktive forslag til forbedringer av helsetjenestene. Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar (ibid.⁶).

Senter for omsorgsforskning (2016) har gjennomført populasjonsstudien «Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv». Her skisserer de hvordan brukerperspektivet vil kunne si noe om opplevd kvalitet i tjenesten, omdømmet til hjemmetjenesten (og derav også kommunen) blant befolkningen, samt styrker og svakheter ved tjenesten (Førland og Folkestad 2016). I følge rapporten oppgir 68% av befolkningen at de er positive til kvaliteten på hjemmehjelp i deres kommune, og at

⁶ «Ibid.» står for referanse fra foregående refererte kilde.

kvaliteten på hjemmetjenestene oppfattes best i små kommuner (ibid.:36). Rapporten viser også at brukere er mer fornøyd enn pårørende (ibid.:40). Brukernes opplevelser kan gi informasjon på opplevelsen av hjemmetjenestens service, informasjonsflyt, trygghet, tilgjengelighet, kommunikasjon og opplevd brukervennlighet ut i fra de som mottar tjenestene.

Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 slår fast at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning er en forutsetning for å tilby gode tjenester, og et brukerråd kan være kommunens formelle organ for brukermedvirkning. Gjennom brukerrådene kan brukerne påvirke innholdet og kvaliteten på tjenestene de mottar fra kommunen. En ordning med brukerråd kan være et viktig virkemiddel for å gi brukerne økt innflytelse på kvalitet og omfang i hjemmetjenesten. Vi har ut i fra dette utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal sikre brukermedvirkning ved utformingen av tjenestene.
- Kommunen kan ha et brukerråd som også omfatter hjemmetjenester.

Legemiddelhåndtering

I forskrift om legemiddelhåndtering står det at det er virksomhetens (kommunens) ansvar å sikre at rett pasient/bruker får rett legemiddel i rett dose til rett tid og på rett måte. Med utgangspunkt i dette utleder vi følgende kriterium:

- Bruker av hjemmetjenestene skal sikres trygg legemiddelhåndtering.

Ernæring

Statens helsetilsyn (2012) har utviklet et nettbasert kontrollverktøy som kommunene kan benytte å kvalitetssikre arbeidet med å kartlegge og forebygge underernæring hos eldre som mottar helse- og omsorgstjenester. Underernæring blant eldre som mottar slike tjenester er en kjent utfordring, og et område hvor det kan være rom for forbedring. Helsetilsynet har avdekket at kommuner ikke alltid yter forsvarlig tjenester på dette området. Dette er et område hvor kommunen må jobbe systematisk for å sikre at alle brukere får forsvarlige og gode tjenester. Det er også utarbeidet «Nasjonale og faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» (Helsetilsynet 2012). Med utgangspunkt i dette har vi utledet følgende revisjonskriterium:

- Kommunen skal kartlegge og forebygge underernæring blant eldre som mottar hjemmetjenester.

1.4.3 Revisjonskriterier delproblemstilling 3

Delproblemstilling 3 er: *Sikrer kommunen god internkontroll innenfor sine hjemmetjenester?*

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 krever at:

Kommunen skal ha etablert et system for å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes. Utarbeiding av skriftlige nedfelte prosedyrer er nødvendig for å søke å sikre at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har følgende bestemmelse i §3: «Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette». Ut fra forskriftsbestemmelsene kan vi utlede følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer som skal sikre at brukerne får de tjenester de har behov for til rett tid og i forhold til individuell plan⁷.
- Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig⁸.

Revisjonen vil i tillegg innhente aktuelle styringsdokumenter og annen informasjon fra Kristiansund kommune, som også kan være kilder til nærmere konkretisering av problemstillinger og kriterier.

1.5 Avgrensinger

Prioritert prosjekt i plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 tilsier en bestilling som omfatter kommunens hjemmetjenester (hjemmesykepleie og hjemmehjelp). Prosjektet avgrenses til å gjelde disse tjenestene, det vil si eldre personer over 67 år som mottar hjemmetjenester. Prosjektet vil ikke omhandle mennesker med utviklingshemming eller barn som mottar tjenester.

Kvalitet i kommunale tjenester er en vanskelig størrelse å måle, og det er også en utfordring å gjøre lov og forskrifters krav målbare. For å besvare en slik problemstilling kan vi ta utgangspunkt i anerkjente kvalitetsindikatorer innenfor tjenesteområdet (Helsenorge 2018). De valgte kvalitetsindikatorerne er:

- De ansattes fagkompetanse inkludert videre- og etterutdanning og praktisk opplæring.
- Brukermedvirkning og brukerråd og tjenestens kvalitative innhold for bruker. Dette gjelder blant annet individuell tilrettelegging og forutsigbarhet, (individuell plan, koordinator og koordinerende enhet), medikamenthåndtering og ernæring.
- Kommunens system for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenestene (internkontrollsystem). Her ser vi spesielt på medisinhåndtering, håndtering av avviksmeldinger og HMS-rutiner.

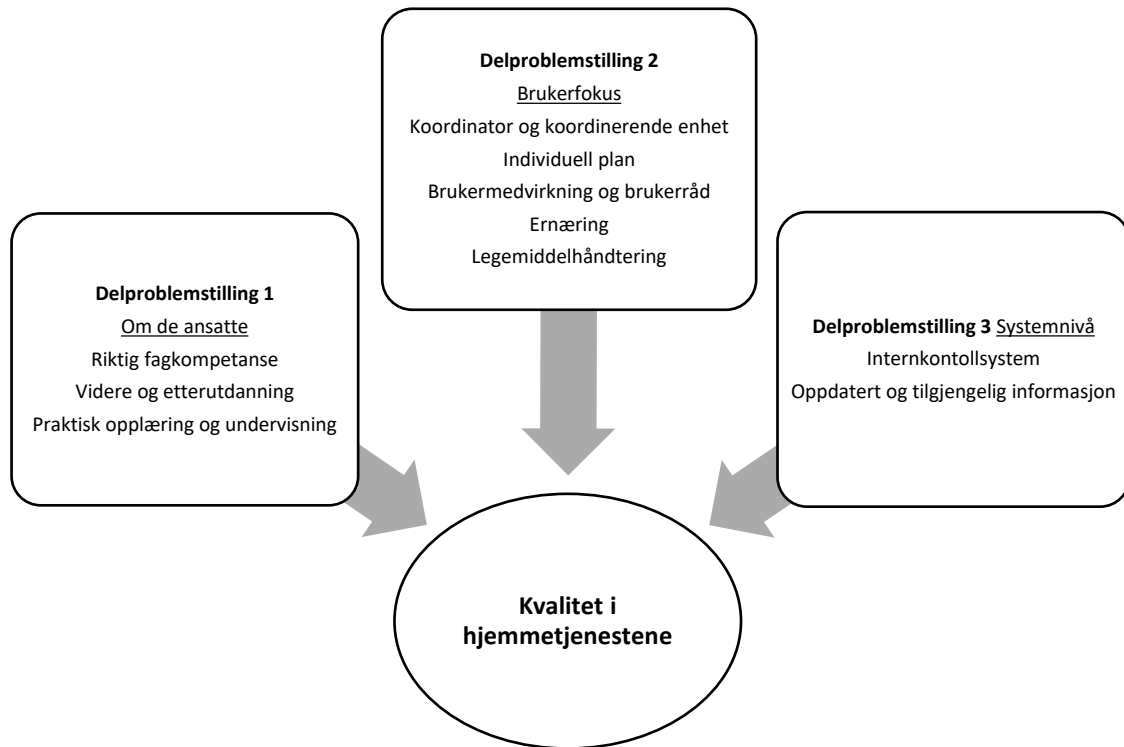
Når det kommer til bruk av metoder i datainnhenting, har revisjonen avgrenset datagenerering til intervju, dokumentanalyse, befarings/observasjon og samtaler. En betydningsfull kvalitetsindikator for problemstillingen er hvordan tjenesten faktisk utøves ovenfor bruker. Revisjonen har ikke undersøkt

⁷ Kvalitetsforskriften § 3

⁸ Hjemmel: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5

kvalitet i tjenesteutøvelse ved hjemmebesøk hos den enkelte bruker gjennom observasjonsstudier eller feltarbeid, dette vil vi gjennomgå ytterligere under metodekapitlet 1.6.

Oppsummert kan vi visualisere de ulike indikatorene vi har valgt ut som skal svare på problemstillingen om kvalitet i en figur. Kvalitet må i denne rapporten sees ut i fra de tre problemstillingene som til sammen utgjør en helhetlig forståelse av kvalitet.



1.6 Metodevalg og gjennomføring

1.6.1 Dataomfang og bakgrunn

Undersøkelsen baseres på Norges kommunerevisorforbund (NKRF) sin standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Metoder som er benyttet i denne forvaltningsrevisjonen er dokumentgjennomgang, intervju/samtaler og deltakende observasjon/befaring. Vurderinger og konklusjoner som blir trukket er på bakgrunn av analyser fra dette datamaterialet, og må sees i sammenheng med utvalget.

Konklusjonene kan derfor ikke generaliseres til hele Kristiansund kommune eller alle områder i hjemmetjenesten, men de problemstillinger som blir reist kan likevel indikere tendenser i utvalget og temaene som undersøkes.

I dette prosjektet har vi benyttet oss av kvalitativ metode og dokumentgjennomgang. Dokumentanalyse har gitt oss innsikt i planverk, prosedyrer, rutiner og retningslinjer som er relevante for problemstillingene vi tar utgangspunkt i, og intervju og samtaler med aktuelle personer på saksfeltet har gitt oss en dypere og mer nyansert informasjon om interne prosesser og sosiale fenomen. I tillegg har vi gjennomført befaringer og deltakende observasjon i prosjektet for å undersøke hjemmetjenestens kvalitet med utgangspunkt i operasjonaliserte kvalitetskriterier. Dette er for å få et mer sammensatt og bredere innblikk i virkeligheten, og for at vi skal i større grad forstå enheten vi reviderer (Juil 2018). En slik kildetriangulering, det vil si bruk av flere ulike metoder for å belyse problemstillingen, vil styrke

dataens og rapportens kvalitet (validitet) (RSK 001, Knudtson og Amundsen 2006). Dersom inntrykket av et område er det samme ved å bruke ulike metoder, styrkes kvaliteten og gyldigheten til undersøkelsen.

Oppstartsmøte for prosjektet var 16. februar 2018, og ble gjennomført med assisterende rådmann og kommunalsjef for helse, sosial og pleie- og omsorg og i Kristiansund kommune. Vi har utført intervju med kommunens brukerrepresentant, enhetsleder, fagleder, leder i tildelingstjenesten, administrasjonsleder og koordinator i tildeling- og koordineringstjenesten. Vi har deltatt på HMS-møte for bofellesskap, samt observert på refleksjonsrapport med fagleder og sju ansatte i hjemmetjenesten. I tillegg har vi gjennomført en observasjon/befaring av legemiddelhåndtering på et av hjemmetjenestens medisinerom og gjennomført samtaler med 9 brukere per telefon. Vi har på forespørsel mottatt alle ønskede dokumenter og svar på våre spørsmål i fra de vi har intervjuet/ hatt samtaler med i dette prosjektet.

Revisjonen ønsket å inkludere brukernes stemme inn i prosjektet om brukermedvirkning og opplevd kvalitet. Vi tolker det slik at kvalitet i tjenesten henger sammen med å sette brukerens behov i sentrum, og det har derfor vært viktig for oss å involvere deres synspunkter og opplevelser for å få et bredere inntrykk av virkeligheten. Revisjonen sendte e-postforespørsel til enheten for å få kontaktinformasjon på et tilfeldig utvalg av brukere fra hver rode eller enhet. Enhetsleder ba sju soner om å plukke ut to brukere hver som er i stand til å forstå og kommunisere per telefon. Enheten sørget for samtykkeerklæring, og revisjonen gjennomførte telefonsamtaler med 9 brukere, fordelt på fem ulike roder. En av rodene hadde brukere med for lav samtykkekompetanse til å gjennomføre samtale med revisjonen, og to av brukerne fikk ikke revisjonen kontakt med. Brukerne svarte på spørsmål om opplevd kvalitet, og kunne gi tilbakemeldinger på det de synes var bra eller dårlig med tjenesten.

1.6.2 Observasjon og befaring

Hjemmetjenestens kvalitet er et omfattende og innholdsrikt begrep, og derfor er det viktig å også undersøke de faktiske forhold, og ikke kun gjennom kvalitative beskrivelser eller dokumentanalyse av fenomenet vi undersøker. Derfor har vi som et supplement til de kvalitative dybdeintervjuene benyttet oss av observerende deltakelse/befaring for å innhente data til prosjektet. Observasjonen var avgrenset og standardisert til enkelte tema innenfor de operasjonaliserte revisjonskriteriene. Gjennom bruk av observasjon kan en bekrefte eller avkrefte at fysiske gjenstander er der de skal være, eller at beskrivelser av prosedyrer eller rutiner er tilgjengelige for dem som prosedyrene skal gjelde for, og at prosedyrene skjer på forskrevet måte (Fangen 2004).

Revisjonen deltok på en refleksjonsrapport i et av hjemmetjenestens lokaler, samt et HMS-møte for bofellesskap. Revisjonen gjennomførte også en befaring på medisinerom ved hovedlageret i hjemmetjenesten for å se på rutiner av utlevering og kvittering av medisin. Vi ba i samme omgang tilgang til avviksrapportering på medisinhåndtering de seneste år for å få innsyn i hvor mange avvik som er meldt, hvor mange avvik som er lukket, hva de består i og hvordan de følges opp.

Observasjon har vært svært nyttig i innhenting av datamateriale tilknyttet oppfølging av daglig tjenesteproduksjon i form av refleksjonsrapport, rutiner tilknyttet HMS og legemiddelhåndtering. Denne type datainnhenting har gitt verdifull informasjon om temaet som undersøkes, og har bidratt til et bredere og mer mangfoldig bilde av fenomenet vi undersøker. Revisjonen mener eksempelvis det har skapt en større forståelse og oppfattelse for de utfordringer hjemmetjenesten står ovenfor i en hektisk hverdag, måten det kommuniseres på mellom ansatte og brukere, og hvordan samfunnsoppdraget blir forvaltet og forstått både blant ansatte og brukere. Revisjonen har i tillegg reflektert over hvilken

informasjon som kan ha gått tapt ved at vi ikke har observert møtet mellom pasient/bruker og tjenesteutøver der tjenesten faktisk utøves, i brukerens hjem.

1.6.3 Avgrensninger i innhenting av datamaterialet

Revisjonen har ikke samlet inn data om hvordan tjenestene faktisk utøves gjennom observasjon hjemme hos brukerne som mottar tjenesten. Fordelen ved å ha gjennomført deltakende observasjon under selve tjenesteytingen ville ha vært at vi fikk innsikt i og forståelse for hvordan tjenesten praktiseres, og om kvaliteten er i tråd med målsettinger på området. Metoden er ressurskrevende og kan utløse etiske dilemma som en må ha redegjort for på forhånd. Revisjonen bemerker at for å få svar på tjenestekvalitet må det større og mer omfattende undersøkelser til.

Det ville eksempelvis vært interessant å gjennomføre en observasjon ved å sammenlikne vedtak og faktisk tjenesteutøvelse for brukerne for å si noe om vedtak følges, eller en kvantitativ undersøkelse blant alle brukere av hjemmetjenesten for å kunne si noe mer generelt og generaliserbart om opplevd kvalitet. Av ulike etiske og praktiske problemstillinger tilknyttet disse to metodene, vil prosjektet avgrenses til å gjelde kvalitetsindikatorer på ansattnivå, brukernivå (opplevelser og tilbakemeldinger), samt systemnivå.

Etter at vi sendte ut rapporten for faktasjekk, ble vi gjort oppmerksom på at sykefraværet i hjemmetjenesten for første kvartal 2018 er på 17,6% (Lehmann 2018). Denne rapporten vil derfor ikke omfavne utfordringer rundt sykefravær, og vi kan ikke si noe om i hvor stor grad sykefraværet har innvirkning på kvalitet i tjenestene.

Data som er brukt i revisjonsrapporten ble samlet inn i løpet av februar-mai 2018. Alle intervjuer er verifisert og informantene som har deltatt har hatt mulighet til å kommentere de notater som er gjort.

1.7 Høring

Deler av rapporten ble sendt på faktasjekk 3. mai. Tilbakemeldingene ble inkludert til høringsutkastet som ble sendt rådmannen for høring den 9. mai. Høringsmøte ble holdt den 22. mai med rådmann, kommunalsjef for helse, sosial og pleie- og omsorg og leder i hjemmetjenestene i Kristiansund kommune. Vi mottok svar på høringsrapporten i e-post 25.05.2018. Høringssvaret er tatt inn i vedlegg 1 i rapporten.

1.8 Analyse av data

I de følgende kapitler vil det gjennomgås funn og analyse fra intervjuene, dokumentanalysen, befaringer og observasjoner ut i fra hovedproblemstillingen: *Er kvaliteten i hjemmetjenesten i tråd med krav og målsettinger på området?* Kapitlene er oppdelt tre delproblemstillinger med revisors anbefalinger som avsluttende kommentar til hvert enkelt kapittel.

2. Delproblemstilling 1

Delproblemstilling 1 er: *Sikres tilstrekkelig kompetanse innenfor hjemmetjenestene?*

2.1 Revisjonskriterier

Tilstrekkelig fagkompetanse vurderer vi ut i fra revisjonskriteriene om riktig fagkompetanse, videre- og etterutdanning, samt undervisning og praktisk opplæring:

- Kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten.
- Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.
- Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter nevnte lov, plikter å ta del i den videre- og etterutdanningen som er nødvendig for å holde seg faglig oppdatert.

2.2. Funn og fakta

2.2.1 Riktig fagkompetanse

De ansattes kompetanse har konsekvenser for kvaliteten på de tjenestene som tilbys. Revisjonskriteriene som kan knyttes til kompetanse i tjenesten utledes fra helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 om undervisning og praktisk opplæring. I intervju forteller informant om hvordan kommunen har jobbet med kompetanse i hjemmetjenesten:

Kristiansund kommune har jobbet mye med kompetanseoppbygging og kompetansekartlegging. Det har blitt omgjort 17 årsverk fra hjemmehjelp (ufaglært) til faglært sykepleier/helsefagarbeider. Det er lagt ned et omfattende arbeid [...], og de har kartlagt og analysert organisasjonen når det kommer til vedtak og omfang av tjenester opp mot behov for kompetanse. [...] Ved å ha riktig kompetanse på oppgavene unngås dobbelt- og trippeltbesøk til brukerne. En slik type organisering [...] har vært en suksessfaktor.

I perioden 2015-2016 omgjorde kommunen eksisterende stillinger i hjemmetjenesten fra hjemmehjelp (ufaglært) til faglært helsefagarbeider/ sykepleier. Det ble kartlagt stillinger og kompetanse opp mot faktisk behov i hjemmetjenesten. Enheten så at utgifter til vikarbyrå eskalerte, og det ble utført mange dobbeltoppdrag til brukere på grunn av manglende kompetanse. I samarbeid med personalsjefen ble stillinger omgjort og «oppgradert». Dette også med hensikt i å rekruttere fagkompetanse ved nyansettelser.

I et brev tilsendt revisjonen, forklarer kommunen at de har hatt rekrutteringsutfordringer når det kommer til sykepleierstillinger. Det har blitt lyst ut vakante stillinger tre-fire ganger uten å få kvalifiserte søkere. Dette har skapt utfordringer når det kommer til å få riktig fagkompetanse til stillingene, i tillegg til økte vikarutgifter fordi de har blitt nødt til å bruke vikarbyrå. Per 1. mars 2018 ser det imidlertid ut som at

de har fått besatt alle sykepleierstillingene i enheten med unntak av én nattestilling og én stilling i tredelt turnus. Hjemmetjenesten har totalt 24 rekruttstillinger. I 2017 rekrutterte kommunen samtlige av sykepleierstudentene som fullførte sykepleierstudiet og som hadde rekruttstilling i hjemmetjenesten. Lærlingene i hjemmetjenesten blir også tilbudt fast stilling når de har bestått fagprøve. I 2016 og 2017 ansatte de alle lærlingene etter bestått fagprøve.

2.2.2 Videre- og etterutdanning

En kvalitetsindikator vi tar utgangspunkt i er hvordan kommunen sørger for videre- og etterutdanning for sine ansatte. Revisjonskriteriet er hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Videre- og etterutdanning:

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

Kristiansund kommune har utarbeidet et dokument med oversikt over strategisk kompetansebehov for hjemmetjenesten i 2018-2020. I dokumentet står det skissert prioriterte behov for grunn-/videreutdanning-/ABC/kurs/internopplæring for enhetens ansatte i den nevnte perioden. Én person tar grunnutdanning i sykepleie mellom 2017-2020. Når det kommer til videreutdanning for sykepleiere er det tre ansatte som sommeren 2018 er ferdig med studiet klinisk avansert sykepleier (60st), og to ansatte starter på dette høsten 2018. Prioritert retning innenfor dette er demensomsorg, palliativ omsorg og komplekse somatiske sykdommer. Andre videreutdanninger som er beskrevet for sykepleiere er kreftsykepleier, trygg legemiddelhåndtering, tverrfaglig rehabilitering, psykisk helsearbeid og rus, velferdsteknologi, lederutdanning, praksisveiledning og kunnskapsbasert praksis.

Når det kommer til helsefagarbeidere er det én ansatt som er oppsatt til å gjennomføre grunnutdanning fra ufaglært hjemmehjelp til helsefag i 2019 og én i 2020. For videreutdanning for helsefagarbeiderne, tas det utdanning innenfor «Helse, aldring og aktiv omsorg» og psykisk helsearbeid og rus. Internopplæring består av «Demensomsorgens ABC», der 34 ansatte startet våren 2017 og er ferdig våren 2019. Her vil 10 nye ansatte starte på opplæringen i 2019-2020. Fra 2010-2017 er det 85 ansatte som har gjennomført to-årsstudiet «Demensomsorgens ABC». Det er planlagt at 34 ansatte skal ta dette studiet i 2018. Ny utrulling i dette studiet omfatter også miljøbehandling, der 18 ressurspersoner i demens deltar. 50 ansatte vil i 2019 få kurs i KS-læring, innføring i bruk av portalen for ansatte, og 100 vil få tilbud om dette i 2019. Ansatte i kommunen deltar i et fem-måneders digitalstudium i «Digital opplæringspakke i lindrende behandling og pleie for helsefagarbeidere». I hjemmetjenesten er det 37 totalt, derav 31 helsefagarbeidere og seks sykepleiere (mentorer) som gjennomfører studiet våren og høsten 2018. Tre ansatte har startet på studiet «Velferdsteknologiens ABC», og det er planlagt ytterligere satsing høsten 2018. Det blir gitt BPA-opplæring for 10 ansatte i 2018.

2.2.3 Undervisning og praktisk opplæring

Enheten formidler at de i flere år har hatt et godt etablert ressursnettverk i kreft/ palliasjon, demens og sår. Medlemmene er sykepleiere fra alle roder som har fått og som får undervisning fortløpende i faste månedlige møter. Enheten har i 2016 implementert hverdagsrehabilitering, en arbeidsmetode som 16 ansatte har gjennomført kurs i eller hatt opplæring i som hjemmetrenere. Grunnet økt behov har én sykepleier gjennomført et nettbasert kurs på 20 timer om Huntingtons sykdom (i 2017).

I tillegg har koordinering- og tildelingstjenesten system for opplæring og kurs for de ansatte som får tildelt en koordineringsrolle for brukere hvis de har behov for det. Kurset gjennomføres på kontor til de enkelte koordinatorene, eller gruppevis undervisning. Opplæringen består av lovgrunnlag, dokumentasjon, roller, samtykke, ACOS, individuell plan og liknende tema. Det er gjennomført 17 opplæringer i koordinatorrollen siden januar 2018.

Kristiansund kommune har skriftlige rutiner for å følge opp opplæring og fullmakt av legemiddelhåndtering for sykepleier, vernepleier og annet helsepersonell. De har egne opplæringer til og fullmakt for legemiddelhåndtering for helsefagarbeider/sykepleiere- vernepleie-, legestudent eller annet helsepersonell. Revisjonen har sett utfylte skjema for ansatte som har gjennomført opplæring i og har fullmakt til legemiddelhåndtering.

Vi har fått opplysninger om at det vil komme e-læringskurs som omhandler «Livets siste dager» og «Trygg legemiddelhåndtering».

2.3 Revisors vurdering

Kristiansund kommune har nedlagt et stort arbeid tilknyttet kompetansekartlegging og kompetanseoppbygging. I 2015 ble det omgjort stillinger for å imøtekomme manglende kompetanse i tjenesten, og kommunen har med dette større grunnlag for å rekruttere nødvendig kompetanse inn i enheten. Læringer og rekruttstillinger rekrutteres til faste stillinger, og gjennom enhetens strategiske kompetanseplan skisseres bemanningssituasjon og -behov. Revisors vurdering er at Kristiansund kommune tilrettelegger tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten.

I dokumentet «Strategisk kompetansebehov 2018-2020» står det skissert prioriterte behov for grunn/videreutdanninger/ABC/kurs/internopplæringer for enhetens ansatte. Revisor mener kommunen utøver sin plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder gjennom videre- og etterutdanning, på en slik måte at medarbeidere holder seg faglig oppdatert.

Kristiansund kommune har system og rutiner for å påse at ansatte som skal ha opplæring i og fullmakt til legemiddelhåndtering har gjennomført dette. I tillegg har enheten undervisning og opplæring innenfor kreft/palliasjon, demens, sår eller andre fagspesifikke oppgaver. Koordinering- og tildelingstjenesten har kurs for de ansatte som er tildelt en koordineringsrolle. Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjenester eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får nødvendig videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter nevnte lov, plikter å ta del i den videre- og etterutdanningen som er nødvendig for å holde seg faglig oppdatert. Med grunnlag i de undersøkelser revisjonen har gjort mener revisjonen at dette revisjonskriteriet er oppfylt.

3. Delproblemstilling 2

Delproblemstilling 2 er: *Hvordan sikrer kommunen at brukeren får det vedkommende har krav på?*

3.1 Revisjonskriterier

Formålet med kvalitetsforskriften er at brukerne av pleie- og omsorgstjenester skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneske sin selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§1). I verdighetsgarantien heter det at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjeneste-mottaker et verdig og så langt og meningsfullt liv som mulig i samsvar med individuelle behov (§2). Med bakgrunn i dette har vi tatt utgangspunkt i følgende revisjonskriterier:

- Det skal oppnevnes en koordinator for den enkelte bruker.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet som skal sikre at koordinator får nødvendig veiledning og opplæring.
- Det skal utarbeides en individuell plan for den enkelte bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Kommunen skal kartlegge og forebygge underernæring blant eldre som mottar hjemmetjenester.
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning ved utforming av tjenestene.
- Kommunen kan ha et brukerråd som også omfatter hjemmetjenester.
- Bruker av hjemmetjenestene skal sikres trygg legemiddelhåndtering.

3.2 Funn og fakta

3.2.1 Koordinator og koordinerende enhet, individuell plan og ernæring

Koordinator og koordinerende enhet

Kristiansund kommune har en koordinerende enhet ved koordinering og tildelingstjenesten. Enheten har det overordnede ansvaret for arbeidet av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan, nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, samt sikre samordning og for opplæring og veiledning av koordinator (slik som beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og §§ 7-1 og 7-2).

Tildelingstjenesten i kommunen har opprettet en stilling som har ansvar for å følge opp arbeidet med individuell plan. Dette innbefatter saksbehandling av søknader, opplæring og veiledning av koordinatorene både i rollen som koordinator og dataverktøyet ACOS IP. 50% av stillingen er å være familiekoordinator. Det å ha fått prioritert en stilling til dette arbeidet har vist seg å være svært nyttig da det sikrer kontinuitet i arbeidet.

Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Formålet er å sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det er for å sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse, og for å styrke samhandling mellom tjenesteytere og bruker og eventuelt pårørende, og på

tvers av fag, nivåer og sektorer (Kvalitetslosen). Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan (Helsedirektoratet 2018a). Brukere som har behov for flere helse- og omsorgstjenester over lengre tid, og forutsatt at en av tjenestene er kommunal, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Kristiansund kommune 2017).

Søknadskjema om individuell plan finner en på kommunens hjemmeside eller en kan ta kontakt med servicetorget. For å få tildelt koordinator/IP må en fylle kriteriene etter helse- og omsorgstjenesteloven. Man kan også be om å få en koordinator. Individuell plan blir opprettet hvis brukeren selv ønsker det, og skal bidra til at brukeren kan sette opp personlige mål som gjør at vedkommende får eierforhold til planen. I planen står det hvordan disse målene skal oppnås og oversikt over vedkommende sine behov for offentlige tjenester.

Når det kommer til tildeling av koordinatorrollen er det ifølge koordinering og tildelingstjenesten brukeren som står i sentrum for valg av koordinator. Kommunen anser samarbeidet mellom tjenesteyter og bruker som viktig, for det legger til rette for et godt samspill og en god koordinering. Når det kommer inn en søknad om individuell plan og koordinator, blir bruker eller dennes representant kontaktet for å høre om de har noen preferanser for hvem de kunne tenke seg å ha som koordinator. Koordinerende enhet og tildelingstjenesten har dialog med den som er ansvarlig for koordinatorene i den aktuelle enheten det gjelder, og dette fungerer godt ifølge informant i tildelings- og koordineringstjenesten. Vedkommende som får innvilget IP/koordinator vil innen fire uker bli kontaktet av koordinator. Enhetene får en kopi av dette vedtaksbrevet, så de vet hva de skal forholde seg til. Ansatt ved koordinering og tildeling forklarer hvordan koordinatorvalget blir tatt:

Eksempelvis gir enhetene tilbakemelding til Tildeling og koordinering i løpet av to uker etter mottatt vedtaksbrev om hvem som skal være koordinator. Innen fire uker fra mottatt vedtaksbrev skal koordinator ta kontakt med bruker eller representant av bruker. I praksis er det tjenesteyter nærmest bruker som velges til koordinator. Det kan være fysioterapeut, helsesøster, ergoterapeut, primærkontakt, kontaktlærer osv. Koordinatorene er også ofte personer med høgskolekompetanse. Det er ofte fagleder i samarbeid med valgt koordinator som gir tilbakemelding om koordinatorvalget.

Koordinator blir valgt i samråd med enheten, brukeren og/eller representant av bruker. Ved bytte av koordinator står det i Kvalitetslosen at «Ved bytte av koordinatører bør koordinatører overlape hverandre. Ansvarlig enhet utnevner stedfortreder. Planeiers ønsker og innspill fra ansvarsgruppa skal tillegges stor vekt».

Individuell plan

Utarbeiding av individuell plan blir gjort i ansvarsgruppen. Denne gruppen er en tverrfaglig og tverretattlig samarbeidsgruppe som består av bruker, brukers pårørende eller verger, og ulike fagpersoner som har mest kontakt med bruker. Kristiansund kommune har startet en prosess med å utarbeide elektronisk søknad om individuell plan. Denne skal inneholde valgalternativ om søker vil ha bare koordinator eller IP, og om vedkommende har ønsker med tanke på hvem/hvilken enhet som skal være koordinator. Eksempelvis kan brukeren i det elektroniske systemet kun be om å ha en koordinator og en ansvarsgruppe. Individuell plan skal være brukervennlig, og den skal være særskilt for den personen med mål og tiltak. Kommuniserer brukeren med bilder, kan dette være en måte å bygge opp planen på. Den skal være tilpasset planeier fordi det er brukeren sin plan, og vedkommende sitt liv det handler om. Et eksempel på hvordan en slik plan kan se ut i ACOS IP kan vi hente fra ACOS sine nettsider:

Figur 4: Skjermdump ACOS og individuell plan (Acos 2018).

Ernæring er et tema som kan ligge som et mål i planen. For eksempel kan være at brukeren skal ha et tilfredsstillende, balansert og varierende kosthold. Hvilke behov en har tilknyttet ernæring kan legges ved som vedlegg i ACOS IP. En individuell plan er en overordnet plan, hvor det henvises til de ulike fagplanene (eller der disse kan scannes inn hvis ønskelig). Dette kan eksempelvis være skoleplan, opptreningsplan via fysioterapeut og liknende. Planen er dynamisk, og kan endres og oppdateres. Den blir mer «levende» og enklere å oppdatere ved at den er elektronisk. Historikken til bruker ligger også i planen, som gjør at bruker unngår å måtte fortelle den samme informasjonen flere ganger til ulike tjenesteytere. Brukeren bestemmer selv hva det skal stå av bakgrunnsopplysninger. Det er opp til planeier hva det skal informeres om for at de ansatte skal kunne gjøre en god jobb for vedkommende.

Det elektroniske systemet har mange fordeler. Tildeling og koordinering har utarbeidet rutiner for å få tilbakemelding på hvem som har en aktiv plan og ikke. I Profil⁹ skal det også ligge hvem som er koordinator, og om individuelle planer er aktive eller avsluttet. ACOS IP er et godt system som gagnar brukeren, for i dette systemet kan man samarbeide mellom mange enheter og instanser. En fordel med programmet er at en kan laste opp og scanne inn dokumenter (vedtak, sakkyndighet osv.).

Ansatte i helse- og omsorgstjenestene utfører informasjonsarbeid tilknyttet individuell plan og koordinatorrolle for brukere og tjenesteutøvere. Det er ikke alle brukere som har et klart bilde av hva individuell plan er, så det er et behov for å være «ute i felten» og opplyse om dette slik at brukeren vet hva vedkommende kan forvente. Etter at søker har fått innvilget ACOS IP, blir det utført en gjennomgang med ansvarsgruppa. Dette kan være et rent fagmøte eller med bruker eller brukers representant. Koordinatorer har en aktiv rolle i å lære opp bruker og medlemmer i ansvarsgruppa i ACOS IP. Representant fra koordinering og tildelingstjenesten er administrator for ACOS IP, og stiller også på første ansvarsgruppemøte etter brukeren har fått innvilget individuell plan ved behov.

⁹ Visma Profil er et fagsystem for pleie- og omsorgssektoren.

Prosedyrer, ansvarsgruppens ansvar og funksjon, autorisasjonsskjema, rutiner og vedlegg som sendes til enhetene med vedtak, informasjonsskriv om bytte av koordinator og linker til aktuelle nettsted ligger i kommunens kvalitetssystem, Kvalitetslosen. ACOS IP er et omfattende system, men samtidig ryddig og oversiktlig. Det at de ulike instansene kan logge seg inn i ACOS IP uavhengig av andre fagsystemer gjør det enklere for samarbeid og for brukeren selv.

Ernæring

Statens helsetilsyn har utviklet et nettbasert kontrollverktøy som kommunene kan benytte for å kvalitetssikre arbeidet med å kartlegge og forebygge underernæring hos eldre som mottar helse- og omsorgstjenester. Underernæring blant eldre som mottar slike tjenester er en kjent utfordring, og et område hvor det kan være rom for forbedring. Helsetilsynet har avdekket at kommuner ikke alltid yter forsvarlig tjenester på dette området, og et felt hvor kommunene må jobbe systematisk for å sikre at alle brukere får forsvarlige og gode tjenester. Det er utarbeidet «Nasjonale og faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Kristiansund kommune gjennomfører kartlegging av ernæring når pasienter/brukere blir utskrevet fra sykehus. I den individuelle planen blir ernæring gjennomgått, og kan som tidligere nevnt være behovsspesifisert i planen.

3.2.2 Brukermedvirkning og brukerråd

God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientenes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene (Helse og omsorgsdepartementet 2009). Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikktutforming, påvirkning på systemnivå og individnivå. Brukermedvirkning handler om å sette brukerens behov i sentrum, og «skjer når brukere er aktive deltakere i planlegging gjennomføring og evaluering av tiltak» (Meld. St. 16 2010-2011:85). I stortingsmelding for «Nasjonal helse og sykehusplan» kan vi lese videre:

God kvalitet i tilbudet er viktig for pasienter, brukere og pårørende. Vi må måle kvalitet og gjøre resultatene tilgjengelige for alle. Brukere og pårørende har ofte gode forslag til forbedring av tjenestene. Systematisk innhenting av brukererfaringer er et viktig verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid og innovasjon (Meld. St. 16 2010-2011:95).

Kommunen skal sikre brukermedvirkning ved utformingen av tjenestene. Brukermedvirkning er et sentralt virkemiddel for å sikre tilstrekkelig kvalitet i tjenestene og for å utvikle og forbedre kommunens tilbud. Brukerne opplever hvordan tjenestene fungerer i praksis og kan ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av helsetjenestene. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet.

Nyttige tilbakemeldinger og forslag til forbedringer ut i fra et brukerperspektiv kan erverves gjennom brukerundersøkelser. Hjemmetjenesten gjennomførte sist en brukerundersøkelse i 2013 (Kristiansund kommune 2016a). I følge informanter i enheten vil det komme en stor nasjonal pilot der helsedirektoratet/KS skal gjennomføre en nasjonal brukerundersøkelse. Kristiansund kommune er en av de heldige som er trukket ut til å bli med på dette. Enheten håper dette kan resultere i en nasjonal standard, en mal som de kan bruke senere.

I desember 2017 fikk Kristiansund kommune på plass brukerrepresentant. Brukerrepresentanten oppgir at vedkommende ikke er representant for hele hjemmetjenesten, men for det som kalles «helhetlig pasientforløp». Et helhetlig pasientforløp er «en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere

pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode» (Helsedirektoratet 2018.). Brukerrepresentanten har brukerstemmen i dette programmet.

Øvrige brukere benytter seg av telefon hvis de lurer på noe, de kan spørre nærmeste avdelingsleder eller de som utfører hjemmetjenestene (bemanningen). Brukere tar opp ting med de som er ute på tjeneste, så tar de ansatte det med videre til andre i systemet. Tilbakemeldinger løses på lavest mulig nivå. De har sentralbord i hjemmetjenesten, og de spør alltid hvilken rode de som tar kontakt hører til. Det er en utfordring hvordan kommunen skal nå ut til brukerne, det kan være mange som ikke har tilgang til internett og liknende. Kristiansund kommune har ikke brukerråd som omfatter hjemmetjenester.

Revisjonen har gjennomført samtaler med 9 personer som er brukere av hjemmetjenester. Tilbakemeldingene er at de stort sett er svært fornøyde med tjenestene de mottar, og med de ansatte som kommer på besøk. De skyter av de ansatte og av tjenestene de får. Noen påpeker at de opplever de ansatte som «travle», men at de stort sett er hyggelige, imøtekommende, blide og snille mennesker. Revisjonen anser disse tilbakemeldingene som positive og verdifulle for hjemmetjenesten i Kristiansund kommune. Det er viktig at de ansatte og ledelsen får visshet i den gode jobben de gjør. Dette gir motivasjon, og bidrar til å opprettholde kvaliteten på kommunens viktige samfunnsoppdrag. Revisjonen presiseres at samtalen som er gjennomført kun er et utdrag av brukerne, og oppfordrer kommunen til å gjennomføre flere systematiske tilbakemeldingsrutiner for å innhente kunnskap om brukernes opplevelser, forslag til forbedringer og ros.

Kristiansund kommune skriver i årsrapport for 2017 at involvering og medvirkning er tilrettelagt gjennom folkemøter, dialogtreff og spørreundersøkelser (ibid.:67). Kommunen skriver selv at: «gjennomførte undersøkelser viser at brukerne stort sett er tilfreds med kvaliteten på tjenestetilbudene» (ibid.:128). Det er et mål å forbedre brukermedvirkningen ytterligere, for å kunne levere gode og effektive tjenester med riktig kvalitet (ibid.):

Rådmannen skal styrke brukerinvolveringen gjennom tilrettelegging av gode medvirkningsarenaer. Det er opprettet brukerråd ved flere av kommunens enheter for å ivareta brukerordningen. Brukerrådsordningen bidrar til å fremme dialog mellom kommunenes tjenesteutøvere og brukerne, og er en sentral administrativ medvirkningsarena. Å innføre brukerråd ved alle kommunale enheter er et mål på sikt. Det må også innføres dialogmøter mellom kommunens ulike hovedutvalg og brukerrådene for å gi de folkevalgte en arena, og hvor innspill fra møtene kan benyttes som grunnlag for handlingsprogramsamrådet (Årsrapport 2017:130).

I kommunens årsrapport står det også skissert at helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende er det området som det innvilges mest skattepenger til (21,7%) (Årsrapport 2017:10). Hjemmeboende utgjør derfor størsteparten av budsjettmidlene.

Kristiansund kommune hatt fokus på brukermedvirkning i pleie- og omsorgssektoren i sykehjemmene. Kommunen har ved Rokilde USH vært pilotkommune i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen innen temaet brukermedvirkning. De som gjennomførte dette prosjektet var pådrivere for å få opprettet brukerråd på sykehjemmene i Kristiansund kommune: «Gjennom brukerrådet får pasienter og pårørende komme med innspill, krav eller klager som de ønsker skal tas opp med ledelsen. Videre får de ansatte vite hva som er viktig for sine pasienter, og kan ta opp saker som de tenker er viktige for samarbeid med beboerne og pårørende» (Nygård 2012:3).

Revisjonen deltok i forbindelse med prosjektet på en «reflekterende rapport», der ansatte i en røde møttes og utvekslet informasjon om brukerne. Dette kunne være opplysninger brukerne selv har formidlet, eller behov som oppstår for de ansatte i møte med brukeren. Denne type refleksjonsrapport er en viktig møteplass for både brukere og ansatte, selv om brukerne selv ikke deltar i rapporten. Alle ansatte får mulighet til å motta og dele opplysninger som er relevante for å gjøre den jobben de gjør. Eksempelvis kunne dette være at en bruker var dårlig til bens daværende uke, og at det måtte tas hensyn til det ved eventuelle forflytninger. Dette er informasjon som gis utenom det som står i individuell plan, det som revisjonen oppfatter som «dagsferske» opplysninger.

Revisjonen har ikke undersøkt om det kan være opplysninger som ikke når frem til mottaker i slike dynamiske refleksjonsrapporter. En bruker revisjonen snakket med på telefon oppga at informasjon vedkommende ga til ansatte som var på besøk ikke nådde frem til den som skulle ha beskjed. Vedkommende fortalte at når de ansatte har det travelt på jobb, kan de glemme å gi beskjeder videre. Dette kunne eksempelvis være at vedkommende ga muntlig beskjed om at han/hun skulle være borte neste dag slik at hjemmetjenesten ikke behøvde å komme for å utføre morgenstell, men så dukket de opp likevel.

I tillegg vil revisjonen legge til at flere av brukerne som er intervjuet på telefon har gitt uttrykk for at de ikke vil være til bry, at de ikke vil klage og at de har respekt for de som utfører jobben i hjemmetjenesten. I samtale med hjemmetjenestens ledere ble revisjonen fortalt at brukerens stemme blir ivaretatt ved at de direkte kan gi beskjed til ansatte som er på hjemmebesøk hvis det er noe de ønsker å videreformidle til ledelsen eller enheten (ris, ros, klager eller beskjeder). I tilbakemeldingene per telefon kan det forstås slik at brukerne kan kvi seg for å «klage» til de som kommer på besøk. De er takknemlige for å få hjelp og er kanskje redd for å miste den gode tjenesten hvis de er til bry. Det er nærliggende å tro at et skjevt maktforhold mellom tjenesteutøver og bruker kan påvirke måten partene kommuniserer. Brukeren kan kvi seg for å være ærlig eller å klage i frykt for å bli fratatt viktige tjenester.

Enheten rapporterer at de har få klager. I 2016 kom det inn tre klager, og i 2017 var det to klager. Klagen omhandlet måten ansatte utførte tjenesten på, og alle fikk medhold som førte til at forbedringstiltak ble iverksatt.

3.2.3 Legemiddelhåndtering

Bruker av hjemmetjenestene skal sikres trygg legemiddelhåndtering, det vil si at det er kommunens ansvar å sikre at «rett pasient/bruker får rett legemiddel i rett dose til rett tid og på rett måte». Revisjonen har avgrenset dette temaet til å gjelde observasjon av trygg legemiddelhåndtering i begrenset tid, sted og rom. Vi har vært på befaring i et medisinerom på hjemmetjenestens lokaler i Bedriftsveien 10. Dette har gitt oss informasjon om hvordan medisin blir oppbevart og håndtert på hovedlageret, men det vil ikke si noe om hvordan medisin blir håndtert i møte med bruker/pasient og tjenesteutøver i brukerens hjem. Vi har fått gjennomgang av hvilke styringsdokument som ligger til grunn for trygg legemiddelhåndtering i Kvalitetslosen, og vi har i tillegg gjennomgått dokument tilknyttet et prosjekt om riktig legemiddelbruk som ble avsluttet i 2015.

I 2017 hadde Kristiansund kommune en avtale om utvikling av systematikk for legemiddelgjennomgang. Avtalen omhandlet utviklingsarbeid tilknyttet legemiddelgjennomgang som et tiltak for å bedre legemiddelbehandling og for å bidra til at de kommunale pleie og omsorgstjenestene utvikler og implementerer systematiske rutiner for legemiddelgjennomganger for utvalgte pasientgrupper. Hensikten med avtalen var å komme frem til løsninger som er bærekraftige og realistiske sammenliknet

med enhetens rammevilkår (Kristiansund kommune 2016b). Prosjektet er gjennomført av ansatte i hjemmetjenesten, og viser et omfattende arbeid gjort for «å skape en struktur for sikker og riktig legemiddelhåndtering i Kristiansund kommune» (ibid.). Flere sykepleiere har gjennomført videreutdanningen «Trygg legemiddelhåndtering» ved Høgskolen i Molde, et studium som tar for seg forbedringsarbeid, pasientsikkerhet og legemiddelbruk (ibid.:5). Ny legemiddelprosedyre ble ferdig i 2017, og det ble gjennomført implementering og opplæring våren og høsten 2017 for alle som har oppgaver tilknyttet legemiddelhåndtering. Prosedyrene er lagt tilgjengelig i papirform og i kommunens kvalitetssystem. 171 ansatte har fått opplæring gjennom et 3-timerskurs. I enheten er det også 10 sykepleiere som har gjennomført videreutdanning i «Trygg legemiddelhåndtering» i perioden 2014-2018.

Enheten har i deltatt i Pasientsikkerhetsarbeidet tilknyttet legemiddelgjennomgang om «Riktig legemiddelbruk hjemme», både i form av eget prosjekt i samarbeid med Høgskolen i Molde i 2016, og i implementeringsarbeidet i samhandling med klinisk farmasøyt ved Kristiansund sykehus, og fastleger 2017-2018. Studiet har blant annet resultert i en egen utgivelse om prosjektet: «Struktur for riktig legemiddelbruk i hjemmebasert omsorg, Kristiansund kommune. Fra apati til handling gjennom testing og læring».

Revisjonen deltok på en befarings/observasjon på medisinrom i hjemmetjenestens lokaler. Det ble foretatt en gjennomgang av prosedyrer, system og rutiner av legemiddelhåndtering på medisinrom og i Kvalitetslosen. Hjemmetjenesten har prosedyrer for at to personer skal kontrollere uttak av medisin. Avvik fra prosedyren kan forekomme da de i enkelte tilfeller kun er en på vakt på kveldstid. De pleier da å skrive en notis til om at dobbeltkontroll mangler, så kontrollerer sykepleier det ved neste vakt. På en tilfeldig valgt kvitteringsliste for medisin observerte revisjonen at det manglet to dobbelt-underskrifter for kontroll.

Informant under befaringen fortalte at fire ansatte har gjennom etterutdanning i legemiddelhåndtering sett på avvik i «glemt medisin i hjemmet», og satt inn tiltak for dette i én av rodene. Dette skal også utvides til de andre rodene. De gjennomførte jevnlig refleksjonsmøter og tok opp problemstillinger rundt denne type avvik.

Internkontroll av legemidler gjennomføres jevnlig (minimum en gang per år, men i praksis hver tredje måned), og eksternkontroll foretas av farmasøyt hvert tredje år. Siste internkontroll ble nylig gjennomført, og de fant ingen avvik på A eller B-preparat. Siste eksternkontroll ble foretatt av farmasøyter i 2015. Eksternkontroll innebærer evaluering og kontroll av prosedyrer/rutiner, og vurdering av risikoforhold og avvik. Alle avdelinger i hjemmetjenesten har tavlemøter som brukes i forbedringsarbeid/ fokusområder (Kristiansund kommune 2016b).

I samråd med pasient avtales det hvor medisinen skal oppbevares i hjemmet, og de ansatte kan veilede pasienten i å oppbevare medisinen forsvarlig. De har nå en pilot med nettbrett og pasientjournal, og på sikt vil felleskatalogen legges inn som app på nettbrettet. Enheten mener de er god på å melde avvik og gjennomgår hva et avvik er, hva feilmedisinering er og videre forløp og oppfølging av avvik. I HMS-møter hver 4. uke gjennomgås det avviksstatistikk der de analyserer tallene og setter inn tiltak. Revisjonen har fått tilgang til avviksstatistikk fra 2016-2018 som legger grunnlaget for drøfting av avvik på HMS-møtene. «Glemt å gi en dose» er et avvik som går igjen.

3.3 Revisors vurdering

Kristiansund kommune har en koordinerende enhet ved Tildeling- og koordineringstjenesten med en egen stilling som arbeider med saksbehandling av søknader, opplæring og veiledning av koordinatorene for koordinatortrollen og dataverktøyet ACOS IP. Revisjonen anser de tre revisjonskriteriene «det skal oppnevnes en koordinator for den enkelte bruker», «kommunen skal ha en koordinerende enhet som skal sikre at koordinator får nødvendig veiledning og opplæring» og «det skal utarbeides en individuell plan for den enkelte bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester», som tilfredsstillende og i tråd med lovverket. Revisjonen forstår det slik at hjemmetjenesten har gode rutiner og prosedyrer for å sikre at brukeren får de tjenester de har krav på, og at det jobbes godt med dette i tildelings- og koordineringstjenesten.

Revisjonskriteriet «Kommunen skal kartlegge og forebygge underernæring blant eldre som mottar hjemmetjenester» vurderes som innfridd etter det revisjonen har undersøkt. Dette gjelder sjekklister ved vurderingsbesøk etter utskrivning fra sykehus og delmål i ACOS IP.

Revisjonen mener hjemmetjenesten ivaretar brukermedvirkning ved utforming av tjenestene når det kommer til individuell plan og koordinatortrollen. Revisjonskriteriet «Kommunen skal sikre brukermedvirkning ved utforming av tjenestene» oppfylles her i tilstrekkelig grad. Enheten har systemer og rutiner for å ivareta dette gjennom blant annet å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?», og der brukeren står i sentrum ved utnevning av koordinator. Det gjøres i tillegg et arbeid tilknyttet informasjonsarbeid av koordinatortrollen og individuell plan for brukere. Systemet ACOS IP er en dynamisk plan som skal revideres og oppdateres etter behov, noe revisjonen anser som et velfungerende system.

Når det kommer til revisjonskriteriet «kommunen kan ha et brukerråd som også omfatter hjemmetjenester», mener revisjonen at Kristiansund kommune med fordel kunne ha ivarettet brukermedvirkning i større grad enn det som gjøres i dag gjennom brukerrepresentant, individuell plan og koordinator. Enheten oppgir at brukere kan gi direkte beskjed til ansatte som kommer for å utføre tjenestene, som igjen kan rapportere videre til de beskjeden gjelder. Hjemmetjenesten har ut i fra det revisjonen har forstått ikke et system for å ivareta brukernes eller pårørendes stemme ut over dette. Brukerrepresentant må tydeliggjøres i sin rolle hvis hensikten er at vedkommende skal ha flere oppgaver enn deltakelse i «Helhetlig pasientforløp». Kristiansund kommune har opprettet brukerråd ved andre institusjoner, og revisjonen mener det vil være nyttig å vurdere dette også innenfor hjemmetjenestene.

Revisjonen påpeker at samtaler som ble gjennomført med brukere var av positiv karakter. Det er nyttig å få tilbakemeldinger fra de som faktisk mottar tjenestene. De har førsteklasses kunnskap som er verdifull for kommunen å bruke for å få bekreftelse på hva som fungerer godt, eller hva som kan benyttes i kommunens forbedringsarbeid. I tillegg mener revisjonen det er en fordel om kommunen hadde hatt et formelt organ for brukermedvirkning og tilbakemelding, som hadde skapt en større avstand mellom den ansatte som kommer til brukerens hjem, og den som mottar tjenester. Hjemmeboende utgjør en stor andel av de årlige budsjettmidlene, noe som er et godt argument for å inkludere brukerstemmen gjennom brukerråd. Dette er også et satsingsområde beskrevet i kommunens årsrapport for 2017.

På bakgrunn av innhentet dokumentasjon, samt befaring og observasjon på medisinrom mener revisjonen at Kristiansund kommune påser at brukere av hjemmetjenestene sikres trygg legemiddelhåndtering. Kommunen har flere medisinrom enn den som er befart, og disse kan ikke

revisjonen uttale seg om. Likevel mener revisjonen at de rutiner og prosedyrer som foreligger på systemnivå er av tilstrekkelig kvalitet til at brukere av hjemmetjenesten får trygg legemiddelhåndtering. Revisjonen gjør oppmerksom på at observasjonsbefaring på legemiddelhåndtering har gitt en dypere innsikt i hvordan kvalitet blir ivaretatt på systemnivå, men ikke hvordan medisinen gis eller følges opp hjemme hos den enkelte bruker i tråd med vedkommende sitt vedtak. Hjemmetjenesten gjør et omfattende arbeid med avviksregistrering og -håndtering, noe som viser at det tas på alvor. Revisjonskriteriet «bruker av hjemmetjenestene skal sikres trygg legemiddelhåndtering» vurderes som godkjent ut i fra de undersøkelser som er gjort.

Tilstedeværelse i ulike situasjoner og møtearenaer i hjemmetjenesten har beriket inntrykket av problemstillingene revisjonen har reist. Eksempelvis var det svært nyttig å delta i HMS-møte og refleksjonsrapport, for det ga innsikt i hvordan de ansatte omtaler, reflekterer og vurderer brukerne. Disse befaringsene var en positiv opplevelse for revisjonen, fordi engasjementet og omsorgen medarbeidere har for sine pasienter ble synlig på en annen måte enn ved kvalitative beskrivelser i et intervju. Under refleksjonsrapporten omtalte faglederen og de ansatte omtalte brukerne på en respektfull, imøtekommende og problemløsende måte. Revisjonen mener måten refleksjonsrapporten ble gjennomført på å legge til rette for økt kvalitet i tjenestene som tilbys. Dette fordi brukerne enten kan ytre behov muntlig til de som er på hjemmebesøk, eller at de ansatte oppfatter behov for brukerne som de selv ikke ytrer, og kan utføre forbedringer eller endringer på brukerens vegne.

4. Delproblemstilling 3

Hvordan legger kommunen til rette for kvalitet innenfor internkontrollsystem i sine hjemmetjenester?

4.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet:

- Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer som skal sikre at brukerne får de tjenester de har behov for til rett tid og henhold til individuell plan.
- Internkontrollen skal dokumenteres i den form og omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.
- Dokumentasjon skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

4.2 Funn og fakta

4.2.1 Internkontrollsystem og oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon

Når det kommer til internkontrollsystem oppgir hjemmetjenesten at:

Hjemmetjenesten har flere måter eller områder for å samle prosedyrer og retningslinjer. Overordnet gjelder Kvalitetssystemet Compilo der alle rutiner, prosedyrer, lovverk og planer skal ligge. I tillegg brukes kommunens intranett som har enhetsområder der det er lagret midlertidig en del faglige prosedyrer i påvente av revidering. Det har også vært behov for enda et lagringsområde enhetsspesifikt (K:), der bare den enkelte enhet har adgang for å lagre det som vedrører driften og uten innsyn for andre.

Revisjonen har ved flere anledninger fått innsyn i kvalitetssystemet til hjemmetjenesten, der det er samlet omfattende dokumentasjon. Hjemmetjenesten skriver i et brev til revisjonen at de har egne systemer for opplæring av nyansatte, der nye medarbeidere må gjennom ulike prosedyrer i introduksjonen: «Det er utarbeidet sjekklister for system- og fagopplæring som må gjennomføres. I tillegg har kommunen en informasjonsmappe som beskriver plikter/ rettigheter og generelt/ spesielt det som ansatte må kjenne til på sin nye arbeidsplass, samt e-læring – introduksjon for alle nyansatte».

Når det kommer til systemrevisjon av pasientjournal har hjemmetjenesten tre journalansvarlige som ivaretar kvalitetskontroll av pasientjournaler regelmessig. Avvik registreres i kommunens Kvalitetssystem I tillegg måles spesielt legemiddelavvik regelmessig for å kunne måle kvalitet og effekt av tiltak. Avvik følges opp kontinuerlig, og avviksstatistikk drøftes på HMS- og personalmøter hver 4. uke («Forslag prosedyrer i legemiddelhåndtering», intern og ekstern kontroll). Systematisk kontroll gjennomføres minimum en gang i året. ROS-analyse skal også gjennomføres. Enhetsleder sørger for at ekstern kontroll gjennomføres hvert 3. år, eksempelvis ved farmasøytisk tilsyn. Skjema for internkontroll

hovedlager/underlager (hver 2. uke, hver 3. md og årlig). På befaring i medisinrom fikk revisjonen se skjema for utført eksternkontroll fra 2015.

I hjemmetjenestens HMS-hjul er det skissert hvilke temaer som skal tas opp på HMS-møter jevnlig. Dette er risikovurderinger, oppfølging av sykemeldte, konflikthåndtering, trivselstiltak, helsekontroller, ergonomi/ løfteteknikk, akanarbeid og ryggombudsarbeid. Revisjonen deltok i et tilsvarende HMS-møte for bofellesskap, der liknende tema ble tatt opp.

Antall avvik i medisin håndtering har gått ned fra 520 i 2014, 392 i 2015 og til 335 i 2016. Ifølge årsrapporten for 2016 er det «Nedgang i antall registrerte avvik på 57, reel nedgang er større på grunn av økt tjenesteomfang. Nytt prosedyresystem ferdigstilles februar 2017 med påfølgende opplæring alle ansatte». Oppfølging av avvik blir registrert i et eget skjema og signeres ansatt og leder. I følge ledelsen er hjemmetjenestens ansatte dyktige på å registrere avvik, og det er et stort fokus på dette i enheten.

I 2017 avdekket kommunalsjef at pleie- og omsorgssektoren har store mangler i grunnlovsdata som skal sendes inn til Statistisk Sentralbyrå. Denne rapporteringen innebærer ressursinnsats, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Denne innrapporteringen er pliktig, slik at tall i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) blir korrekt. Kommunalsjef satte i gang en arbeidsgruppe for å sikre opplæring av innrapportering for at tall for 2017 skulle bli riktig. Revisjonen har på grunn av mangelfull innrapportering ikke brukt tall fra KOSTRA i denne rapporten.

4.3 Revisors vurdering

Revisor vurderer revisjonskriteriet «Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer som skal sikre at brukerne får de tjenester de har behov for til rett tid og henhold til individuell plan» som oppfylt slik det er beskrevet i lovverket. Dokumentasjon av internkontrollen i den form og omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse vurderes også som tilfredsstillende.

Kristiansund kommune jobber for tiden med å oppdatere dokumentasjonen og gjøre den tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem. Observasjoner revisjonen har gjort bekrefter at beskrivelser av prosedyrer og rutiner innenfor gjennomføring av tema tilknyttet HMS, samt informasjonsutveksling mellom de ansatte og ledelsen skjer på forskrevet måte.

Revisjonen vurderer det slik at hjemmetjenesten har god oversikt og kontroll på planverk og prosedyrer. Det er nedlagt et solid og gjennomtenkt system for dokumentasjon.

Revisjonen mener det er uheldig at relevante tall om kommunen er mangelfullt registrert i IPLOS før 2017. Revisjonen har derfor ikke fått innhentet tall fra KOSTRA, og har begrenset sammenlikningsgrunnlag mot andre kommuner.

5. Konklusjon og anbefaling

Revisjonen konkluderer med at hjemmetjenesten i Kristiansund kommune har en solid erfaring, kompetanse og engasjement for å oppfylle de revisjonskriterier som er valgt i dette prosjektet. Ut fra de problemstillinger som er tatt opp, kommer revisjonen med følgende anbefaling til hjemmetjenesten i Kristiansund kommune:

- I større grad sikre brukermedvirkning på en systematisk måte ut over dagens ordninger med brukerrepresentant, individuell plan og koordinator.

Litteratur

- Acos (2018). Internettside: www.acosip.no.
- Førland, Oddvar og Bjarte Folkestad (2016). «Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv». Rapport fra Senter for omsorgsforskning vest 1/2016. Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF_1-2016_per0712.pdf?sequence=1&isAllowed=y [lesedato 20.10.2017].
- Haukelien, Heidi, Geir Møller og Halvard Vike (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. TF-rapport nr. 284, KS FOU. Bø: Telemarksforskning.
- Helsedirektoratet (2018a). «Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten». Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=koordinator-i-kommunen-og-8181> [lesedato: 12.04.2018].
- Helsedirektoratet (2018). «Helhetlige pasientforløp». Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/seksjon?Tittel=helhetlige-pasientforlop-11286#hva-er-helhetlige-pasientforlop> [09.04.2018].
- Helsenorge (2018). «Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester». Hentet fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg> [lesedato: 02.05.2018].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). «Brukermedvirkning». Artikkel hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/> [lesedato: 19.04.2018].
- Helsetilsynet (2012). «Egenkontrollverktøy til kommunene for å kartlegge underernæring hos eldre». Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/tilsynsmelding/2012/egenkontrollverktoy_underernaering_eldre.pdf [02.05.2018].
- Juul, Berit (2018). Erfaringer med observasjon som metode i forvaltningsrevisjon. Artikkel i *Kommunerevisoren* 1/2018, 73. årgang. Hentet fra: http://www.nkrf.no/kommunerevisoren_1_2018/cms/294/254/hent_artikkel/488 [lesedato: 25.04.2018].
- Knudtson, Lillin Cathrine og Kristin Amundsen (2006). «Verktøy for design av forvaltningsrevisjonsprosjekter». Riksrevisjonen. Hentet fra: <http://docplayer.me/14544389-Verktoy-for-design-av-forvaltningsrevisjonsprosjekter.html> [lesedato: 02.05.2012].
- Kristiansund kommune (2017). «Individuell plan». Hentet fra: <https://www.kristiansund.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/individuell-plan/> [lesedato: 12.04.2018].
- Kristiansund kommune (2016a). *Årsrapport 2016*. Hentet fra kommunen sin nettside: <https://aarsrapport.kristiansund.kommune.no/2016/rammeomrader/hjemmetjenester/> [lesedato: 15.2.2018].
- Kristiansund kommune (2016b). *Struktur for riktig legemiddelbruk i hjemmebasert omsorg, Kristiansund kommune. Fra apati til handling gjennom testing og læring?* Sluttrapport «Riktig legemiddelbruk».
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*.
- Nygård, Linda (2012). Brukerråd og pårørendesamarbeid i sykehjem. Pilotprosjekt i brukermedvirkning i Kristiansund kommune. Hentet fra hjemmesiden til Utviklingssenter for sykehjem: <http://www.utviklingssenter.no/brukerraad-og-paareroendesamarbeid-i-sykehjem.5267715-185702.html> [lesedato: 13.04.2018].

- Senter for omsorgsforskning (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015*. Rapportserie NR 1/2016. Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF_1-2016_per0712.pdf?sequence=1&isAllowed=y [lesedato: 19.04.2018].
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Veileder IS-1162, hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> [lesedato: 02.05.2018].
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006/id200879/> [lesedato: 20.02.2018].
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2012). «Samhandling gir økt kvalitet». Artikkel hentet fra: <http://www.utviklingssenter.no/samhandling-gir-oekt-kvalitet.5027006-185584.html> [lesedato: 02.05.2018].

Vedlegg 1. Høringsvar

Følgende høringsvar ble mottatt fra Kristiansund kommune på rapporten fredag 25.05.2018:

Det vises til Høringsutkast til revisjonens rapport om kvalitet i hjemmetjenestene i Kristiansund kommune. I det følgende vårt høringsvar;

Møre og Romsdal revisjon har utarbeidet en grundig rapport som så vel rådmannen og kommunalsjef som enhetsleder kjenner seg igjen i. Vi har særlig satt pris på at revisjonen har vært ute "i felt" og snakket med både brukere og ansatte, og ikke minst observert faglig og etisk standard. Vi mener dette gir rapporten en helt annen tyngde enn hva som ville vært tilfelle med en rapport skrevet utelukkende på bakgrunn av dokumentgjennomgang.

Kristiansund kommune er enige i at vi bør arbeide videre med å utvikle gode arenaer for brukerinvolvering på systemnivå. Vi har ikke fått dette til godt nok så langt, men vil fortsette å lete etter gode løsninger på dette.

På opplæringsiden er vi opptatt av å finne verktøy som kan bidra til tilgjengelig kompetanseheving. Vi har derfor startet et stort stykke arbeid med å ta i bruk og lære oss E-læring. Dette verktøyet benyttes blant annet overfor for nytilsatte og ikke minst i forbindelse med legemiddelhåndtering. Vi har enn så lenge kun sett starten av de muligheter som ligger i e-læring

For å sikre oss å kunne holde fokus på ulike pasientsikkerhetsområder (fallforebygging, trygg legemiddelhåndtering, ernæring, aktivitet mv) er vi i ferd med å ta i bruk forbedringstavler etter modell fra pasientsikkerhetsprogrammet. Forbedringstavler og tavlemøter er tatt i bruk på flere roder i hjemmetjenesten, - og i øvrige enheter i kommunen.

3. mai 2018 lanserte regjeringen stortingsmeldingen Leve hele livet. Meldingen er en kvalitetsmelding som støtter opp om tiltak vi allerede kjenner fra annet pågående forbedringsarbeid. Det er derfor fint å erfare at arbeidet med pasientforløp for den multisyke eldre og fokuset på "hva er viktig for deg" har sammenfallende mål og fokusområder.

Kristiansund kommune takker for samarbeidet.

Siv Iren Stormo Andersson
kommunalsjef

Vedlegg 2. Oversikt over sentrale dokumenter i rapporten

- Brev om rekruttering i hjemmetjenesten
- Enhetens strategiske kompetanseplan 2017-2020
- Enhetens strategiske kompetanseplan 2018-2020
- Brev om Mandag IPLOS 2018
- Felles kompetanseplan 2014
- Vedlegg problemstilling 3 Revidert prosedyre Pro samhandling HSP
- Forside Profil – prosedyrer håndbok
- HMS årshjul 2018 Hjemmetjenesten
- Prosedyre HMS grupper Hjemmetjenesten 2018
- Prosedyre samhandling systematisk oppfølging av demens pr 4.10.2016
- Vedlegg problemstilling 3 om internkontroll Prosedyrer tilgjengelig
- Vedlegg problemstilling 3 mal systemrevisjon
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse sykepleier
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse sykepleier med spesifikasjon
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse Demenskoordinator
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse Kreftkoordinator
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse fagleder
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse fagleder med spesifikasjoner
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse avdelingsleder
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse avdelingsleder med spesifikasjoner
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse stedfortreder avdelingsleder
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse administrasjonsleder
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse administrasjonsleder med spesifikasjoner
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse personalleder
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse personalleder med spesifikasjoner
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse apotektekniker
- Arbeids- og ansvarsbeskrivelse enhetsleder
- Brev om brukerrepresentant i hjemmetjenesten i Kristiansund
- Plan for omgjøring av stillinger
- Vedtak for omgjøring av stillinger
- Bemanningsoversikt, stillinger og stillingstittel
- Rutiner ved pålagt ansvar for koordinator og individuell pleieplan
- Koordinatorrollen i KSS
- Saksbehandling individuell plan
- Enkeltvedtak og underretning om enkeltvedtak
- Autorisasjonsskjema for tilgang til ACOS IP/ enkelt samspill
- Ansvarsgruppens ansvar og funksjon Compilo
- Årsrapport 2016 og 2017
- Datasikkerhet – systemrevisjon av EPJ – elektronisk pasientjournal
- www.kristiansund.kommune
- Egne brev fra enheten vedrørende de ulike problemstillingene.

Vedlegg 3. Lover og forskrifter brukt som kilder til revisjonskriterier

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

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

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2. Videre- og etterutdanning

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-1. Pasientens eller brukers rett til medvirkning

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

0 Endret ved lover 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 16 juni 2017 nr. 53 (ikr. 1 jan 2018 iflg. res. 8 des 2017 nr. 1951).

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 ..

Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 27. juni 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 og lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og § 4-6. Fremmet av Sosialdepartementet.

§ 1. Formål

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

§ 2. Virkeområde

Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at denne forskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene.

§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

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 tilfredsstilt 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.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 12. november 2010 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 3-2 andre ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Endringer: Endret ved forskrift 17 jan 2013 nr. 61.

§ 1. Formål og virkeområde

Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Forskriften får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud.

0 Endret ved forskrift 17 jan 2013 nr. 61.

§ 2. Tjenestens verdigrunnlag

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.

§ 3. Tjenestens innhold

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- e) Lindrende behandling og en verdig død.
- f) Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.
- h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

§ 4. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2011.

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheters og helsepersonells håndtering av legemidler når det ytes helsehjelp som definert i lov om helsepersonell § 3 tredje ledd.

Forskriften § 5a gjelder kun for sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.

Forskriften kommer ikke til anvendelse når pasienten selv har ansvaret for å håndtere legemidler, og pasienten ikke har inngått avtale som omhandler legemiddelhåndtering omfattet av først ledd.

0 Endret ved forskrifter 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015), 22 des 2016 nr. 1866 (i kraft 1 jan 2017).

§ 4. Virksomhetsleders ansvar

Virksomhetsleder skal sørge for at legemiddelhåndtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Når virksomhetsleder ikke selv er lege eller provisorfarmasøyt, skal det utpekes en faglig rådgiver med slik utdanning.

Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellets kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres.

Virksomhetsleder skal sørge for at studenter bare gis oppgaver i tråd med helsepersonelloven § 5 annet ledd.

Virksomhetsleder skal sørge for at virksomhetens internkontrollsystem har rutiner som kvalitetssikrer informasjonen om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse og utskriving, og ved overføring innen virksomheten.

Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. internkontrollforskrift i sosial- og helsetjenesten § 3, herunder:

Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, a) prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.

b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.

c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

0 Endret ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015).

§ 5. Informasjon om legemiddelbruk

En oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå.

0 Endret ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015).

§ 6. Oppbevaring

Legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.

0 Endret ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015).

§ 7. Krav til istandgjøring og utdeling

Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Istandgjøring og utdeling av legemidler skal som hovedregel skje på grunnlag av ordineringsgjort til enkeltpasient. Unntatt fra dette er utdeling av legemidler som skjer på grunnlag av ordineringsgjennom virksomhetens prosedyre og gjelder kun situasjoner der slik ordineringsgjort er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Prosedyren skal være fastsatt av virksomhetsleder, og utarbeidet i samråd med helsepersonell med rekvireringsrett til pasient.

Et istandgjort legemiddel skal på forpakningen eller beholderen være merket med opplysninger om pasientens identitet og legemidlets navn og virkestoff, samt styrke, dose og andre opplysninger som er nødvendig for en sikker håndtering.

Det kan byttes mellom byttbare legemidler. Virksomheten skal i internkontrollsystemet ha prosedyrer som sikrer forsvarlig bytte mellom byttbare legemidler, herunder hvilken kompetanse den som skal utføre byttene skal ha.

0 Endret ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015).

§ 8. Tilberedning av legemidler

Tilberedning av legemidler skal skje på faglig forsvarlig måte og i egne lokaler som er utformet og dimensjonert slik at risikoen for sammenblanding av produkter, for krysskontaminasjon og annen forurensning av produktene unngås. Tilberedning av legemidler kan unntaksvis foretas andre steder når det anses faglig forsvarlig.

Virksomhetsleders ansvar for å foreta sårbarhets- og risikovurdering som grunnlag for å sikre faglig forsvarlig tilberedning fremgår av § 4 sjettedde ledd. Hygieneinstruksjoner, arbeidsmetodikk og dokumentasjon skal være tilpasset art og omfang av tilberedningen og er en del av virksomhetens internkontrollsystem.

0 Tilføyd ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015).

§ 9. Narkotikaregnskap og kontroll med legemidler i reseptgruppene A og B

Virksomheten skal:

dokumentere alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A, herunder hva den enkelte pasient a) har fått av slike legemidler. Dokumentasjon skal være oppdatert til enhver tid og oppbevares i minst 5 år.

- b) ha oversikt over alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe B. Mottatt mengde skal sammenholdes med faktisk bruk på enhetsnivå.

0 Endret ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015, tidligere § 8).

§ 10.Rekvirering til lokalt legemiddellager

Virksomhetsleder kan rekvirere legemidler til lokalt legemiddellager i samsvar med liste godkjent av lege, samt legemidler ordinert til pasient. Virksomhetsleder kan delegere denne oppgaven. Når bestillingen gjelder legemidler ordinert til pasient skal det fremgå hvem som er ordinerende lege.

0 Endret ved forskrift 23 nov 2014 nr. 1455 (i kraft 1 jan 2015, tidligere § 9).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 1.Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

§ 2.Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- a) helsetilsynsloven § 3
- b) spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd
- c) helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller
- d) tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter

- a) spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller
- b) helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

§ 3.Ansvaret for styringssystem

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4.Definisjon

I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

§ 5.Omfang og dokumentasjon

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 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, instruksjoner, 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 etterlevs, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, 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.