

FORVALTNINGSREVISJON

## Kvalitet i eldreomsorgen

RAPPORT



Overhalla kommune

Juni 2018

Prosjekt id: 1016

## FORORD

Revisjon Midt-Norge SA er Norges største interkommunale revisjonsselskap, og leverer revisjonstjenester innen regnskap, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll til 44 kommuner og en fylkeskommune.

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført en forvaltningsrevisjon innenfor eldreomsorgen i Overhalla kommune. Forvaltningsrevisjonen ble startet opp av KomRev Trøndelag IKS, som fra 01.01.2018 ble en del av Revisjon Midt-Norge SA. Prosjektet er gjennomført i perioden november 2017 til april 2018.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr 4. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger<sup>1</sup>.

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til NKRFs<sup>2</sup> standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Overhalla kommune, jf kommuneloven § 79 og forvaltningslovens § 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder Marit Ingunn Holmvik, prosjektmedarbeider Bente Bakken og kvalitetssikrer Unni Romstad.

Vi takker alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

Stjørdal 26.06.2018

Marit Ingunn Holmvik

Bente Bakken

Prosjektleder

Prosjektmedarbeider

---

<sup>1</sup> Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. § 7

<sup>2</sup> Norges Kommunerevisorforbund, [www.nkrf.no](http://www.nkrf.no)

# INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG .....	3
1. INNLEDNING .....	6
1.1 Bestilling.....	6
1.2 Om kvalitet .....	6
1.3 Problemstillinger.....	7
1.4 Revisjonskriterier.....	7
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring .....	8
2. KOMPETANSE .....	11
2.1 Revisjonskriterier.....	11
2.2 Data .....	11
2.3 Vurdering .....	13
3. LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING .....	13
3.1 Revisjonskriterier.....	14
3.2 Data .....	14
3.3 Vurdering .....	22
4. TJENESTENS KVALITATIVE INNHold FOR BRUKER.....	23
4.1 Revisjonskriterier.....	24
4.2 Data .....	25
4.3 Vurdering .....	30
5. KONKLUSJON.....	33
6. ANBEFALINGER .....	33
7. RÅDMANNENS KOMMENTARER .....	33

## SAMMENDRAG

Revisjon Midt-Norge SA har på oppdrag fra kontrollutvalget i Overhalla kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i eldreomsorgen i kommunen. Prosjektet er avgrenset til å gjelde eldreomsorg, med funksjonene institusjon, hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Følgende problemstilling er besvart i undersøkelsen:

I hvilken grad er kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området?

Kvalitet i kommunale tjenester er en vanskelig størrelse å måle, og det er en utfordring å gjøre lov og forskrifters krav målbare. Revisor har derfor tatt utgangspunkt i anerkjente kvalitetsindikatorer innenfor tjenesteområdet, herunder kommunens system for ledelse og kvalitetsforbedring, kompetanse, tjenestens kvalitative innhold for bruker og brukervedvirkning.

Metodisk tilnærming har vært dokumentanalyse og intervju. Revisjonen har intervjuet rådmann, fagsjef helse/omsorg og enhetsledere for hjemmetjenesten og sykeheimen og kombinert dette med gjennomgang av relevante dokumenter for problemstillingen, herunder resultater fra brukerundersøkelsen Overhalla kommune gjennomførte i pleie og omsorg i 2016.

### Hovedfunn:

Overhalla kommune har oversikt over medarbeidernes kompetanse. Innen pleie og omsorg har de tilstrekkelig fagkompetanse, selv om det kan være utfordringer med rekruttering av høyskoleutdannede. De ansatte blir tilbudt videre- og etterutdanning ut fra hvilke behov for kompetanse kommunen har.

Kommunen er i gang med å etablere et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Gjennom et eget dokumentasjonsprosjekt skal dokumentasjon i helse- og omsorgstjenestene bli bedre og ny teknologi tas i bruk for å forenkle dokumentasjonsprosessen.

Overhalla kommune har et system for å melde avvik i pleie og omsorg. Kvalitetsforskriften er bearbeidet i kommunen til kvalitetsstandarder og brudd på mål i kvalitetsstandarden skal meldes som avvik i journalsystemet Profil.

Verktøyene for å gjennomføre risikoanalyser i helse og omsorg har, fram til nå, ikke vært gode nok. Dette er noe kommunen har blitt oppmerksom på i den senere tid og det blir arbeidet med å få oversikt.

Revisjonens gjennomgang av arbeidet med det kvalitative innholdet for bruker i Overhalla kommune viser at pleie og omsorg jobber godt med dette, og svar fra bruker- og pårørendeundersøkelsen peker i samme retning.

Pleie og omsorg har arbeidet med å gjøre Kvalitetsforskriften mer målbar ved å utforme egne kvalitetsstandarder for kommunen. Dette har, ut fra revisors skjønn, bidratt til å høyne kvaliteten på arbeidet som gjøres rundt bruker. Det har også bevisstgjort ansatte i større grad om hva som gir en tjeneste et kvalitativt godt innhold for den enkelte bruker. Det at standardene gjør det lettere å måle kvaliteten på arbeidet som gjøres i tjenesten, har i tillegg bidratt til å gjøre det enklere for ansatte å melde avvik.

### **Konklusjon**

Kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen er i stor grad i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området.

Revisor mener pleie og omsorg i Overhalla kommune har oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Videre er revisors inntrykk at avvik meldes og behandles. Dette bidrar til kvalitetsforbedring og gir kommunen oversikt over risikoområder.

Overhalla kommune har likevel et stykke å gå for å få et fullt ut tilfredsstillende system for helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser. Kommunen er oppmerksom på at de ikke har hatt gode nok verktøy til å gjennomføre slike analyser og er i gang med å få til en ryddig og ensartet dokumentasjon gjennom dokumentasjonsprosjektet. Prosjektet vil bidra til kvalitetsforbedring og bedre pasient- og brukersikkerheten.

Revisor mener å ha sett gjennom dokumentanalyse og intervju at det kvalitative innholdet for bruker av pleie- og omsorgstjenester i Overhalla kommune er bra.

**Anbefaling**

Revisor anbefaler at kommunen fortsetter å jobbe med å få på plass gode nok verktøy til å gjennomføre helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser.

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

På bakgrunn av Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 har kontrollutvalget i Overhalla kommune bestilt en forvaltningsrevisjon av tema kvalitet i helse og omsorg.

Kontrollutvalget vedtok prosjektplan for prosjektet i sitt møte 09.11.2017 i sak 23/17. Fokus i prosjektet er på kvalitet i eldreomsorg for brukere av hjemmetjenester og institusjonstjenester.

## 1.2 Om kvalitet

**Kvalitet** kan defineres som «(...) helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov»<sup>3</sup>. Ifølge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper.

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. Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor også knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv og hverdag<sup>4</sup>.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, også kalt Kvalitetsforskriften<sup>5</sup>. Forskriften skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften er utgangspunktet for forvaltningsrevisjonen av eldreomsorgen i Overhalla kommune. I tillegg vil tjenesten måles opp mot forskrift om en verdig eldreomsorg, kjent som Verdighetsgarantien, og relevante veiledere på området.

---

<sup>3</sup> Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk Standard

<sup>4</sup> Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelseloven og sosialhelseloven (SH-dir)

<sup>5</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Kvalitetsforskriften)

Oppfølging av kvalitetssikring vil bli sett på med utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Forskriften skal sørge for at kommunen oppfyller kravene til kvalitet i tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forskriften er av stor betydning for alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

### **Å måle kvalitet**

Kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien pålegger kommunene å utarbeide prosedyrer og ivareta bestemte hensyn, som gjør at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får dekket sine grunnleggende behov på en god måte. Forskriftene gir ikke brukerne rett til bestemte tjenester<sup>6</sup>, og dette gjør at det kan være vanskelig å måle hva som er god kvalitet på tjenestene. Likevel vil forskriftenes krav og kommunens egne kvalitetsstandarder, brukerundersøkelser og brukermedvirkning til sammen gi gode indikasjoner på kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.

## **1.3 Problemstillinger**

Følgende problemstilling er besvart i undersøkelsen:

**I hvilken grad er kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen i tråd med utvalgte krav og målsettinger på området?**

## **1.4 Revisjonskriterier**

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunens praksis vurderes opp mot. Kriteriene hentes fra autoritative kilder, og fastslår hvordan tilstanden på et område bør være.

I dette prosjektet er kriteriene hentet fra:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og

---

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



etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.  
(Kvalitetsforskriften)

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 01.01.2017
- IS-IS-2620: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2017)
- IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (Sosial- og helsedirektoratet 2004)
- Kommunale planer og kvalitetsstandarder for pleie- og omsorg

Revisjonskriteriene er utledet og følger punktvis under de enkelte problemstillingene.

## 1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Prosjektet er gjennomført i perioden november 2017 til april 2018 og er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I det følgende beskriver og drøfter vi hvordan vi har gått frem i undersøkelse av problemstillingen for prosjektet. Vi drøfter også dataenes gyldighet og pålitelighet, som vil si henholdsvis om dataene vi har samlet inn i undersøkelsen utgjør et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og problemstillingen og at dataene skal være mest mulig nøyaktige.

Rapporten bygger på informasjon innhentet gjennom metodene intervju og dokumentanalyse. Alle intervju er verifisert av informantene. Rapporten sendes på høring hos kommunen og rådmannens kommentarer vil fremgå av rapporten.

### **Avgrensning**

I tråd med kontrollutvalgets bestilling er revisjonens undersøkelse avgrenset til den konkrete problemstillingen som gjelder for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Prosjektet er avgrenset til å gjelde eldreomsorg, med funksjonene institusjon, hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

### **Intervju**

Følgende er intervjuet i forbindelse med prosjektet:

- Fagsjef helse/omsorg

- Enhetsleder Hjemmetjenesten
- Enhetsleder Overhalla sykeheim

Vi har intervjuet sentrale personer som arbeider med tjenestene vi undersøker, fra å legge planer på overordnet nivå til enhetsledere på avdelingsnivå. Referat fra intervju er verifisert av informantene i etterkant for å rette opp eventuelle faktafeil og misforståelser.

Alle intervju ble gjennomført etter intervjuguider. På oppstartsmøtet var rådmann og fagsjef helse/omsorg til stede. Prosjektplanen ble oversendt dem i forkant av møtet. Enhetslederne ble intervjuet sammen og de fikk informasjon om tema for intervjuet tilsendt på forhånd. På avsluttende samtale med fagsjef helse/omsorg fikk fagsjefen tilsendt agenda før intervjuet ble gjennomført.

Spørreundersøkelse blant brukere og pårørende er ikke vurdert gjennomført fordi revisjonen mener problemstillingen lar seg besvare gjennom intervju og dokumentanalyse. I tillegg ble det i 2016 gjennomført en bruker- og pårørendeundersøkelse i pleie og omsorg i Overhalla og informasjon derfra er benyttet i dette prosjektet.

### **Dokumentgjennomgang**

Referanselista viser hvilke skriftlige dokumenter vi har brukt som kilder.

Videre har vi gjennomgått relevante dokumenter som Overhalla kommune har utarbeidet. Denne dokumentasjonen er gjennomgått for å etterprøve kommunens opplysninger innen blant annet kompetanse, ledelse og kvalitetsforbedring samt kvalitativt innhold for bruker.

Revisjonen har hatt tilgang til kommunens egne kvalitetsstandarder for pleie og omsorg. Kvalitetsstandarder er et dokument hvor kommunen har reflektert rundt kvalitetsforskriften og videreutviklet disse til mer målbare standarder og med klare krav til når avviksskjema skal benyttes. Standardene ble kjent for revisjonen etter at intervjuene av enhetslederne i kommunen var gjennomført og revisjonen har derfor ikke gått i detalj på alle standardene.

### **Samlet vurdering av datagrunnlag og metode**

Vi mener det har vært tilstrekkelig å intervjuer rådmann, fagsjef helse/omsorg og enhetsledere i kombinasjon med dokumentgjennomgang.

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang i dette prosjektet gir et tilstrekkelig grunnlag til å svare på problemstillingene. Revisor finner ingen uoverensstemmelser mellom de ulike delene av datamaterialet, og vi vurderer derfor dataenes pålitelighet som god. Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også søkt sikret gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

## 2. KOMPETANSE

Helse og omsorgstjenesteloven stiller krav til kommunen om å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, jf. §§ 8-1 og 8-2.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er plikten til å planlegge virksomhetens oppgaver beskrevet, herunder stilles det krav til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f.

I veilederen til overnevnte forskrift utdypes ansvaret øverste leder har for å sikre at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten har system for jevnlig å gjennomføre kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørge for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

### 2.1 Revisjonskriterier

Kommunen skal:

- Ha oversikt over medarbeidernes kompetanse
- Sørge for at virksomheten har tilstrekkelig fagkompetanse blant de ansatte
- Tilby de ansatte videre- og etterutdanning
- Sørge for at de ansatte deltar på påkrevd videre- og etterutdanning

### 2.2 Data

#### **Kompetanseplan**

For å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse må det som utgangspunkt foreligge en skriftlig oversikt over den enkelte ansattes kompetanse. I Overhalla kommune har helse og omsorg utarbeidet kompetanseplan gjeldende for perioden 2015-2018. Målet med kompetanseplanen er at den skal avklare utfordringer, prioriteringer og mål for hvordan kommunens ansatte skal være rustet til å møte oppgavene som er skissert i nasjonale føringer. Kompetanseplanen er delt i to deler. Del 1 inneholder retningslinjer for kompetansearbeidet. Del 2 i kompetanseplanen viser hvilken kompetanse kommunen har, og en analyse av tilgjengelig kompetanse sett opp mot hvilke behov kommunen har.

Helse og omsorg har et kompetanseforum som består av fagsjef helse, de 3 enhetslederne på området, 2 hovedtillitsvalgte og fagutviklingssykepleier<sup>7</sup>. Det gjennomføres årlig kartlegging over kompetansebehov og dette dokumenteres i styringskortet.

### **Tilstrekkelig kompetanse i tjenesten**

Fordelingen på utdanningsnivå blant ansatte innen pleie og omsorg er 50/50 mellom fagutdannede (helsefagarbeidere) og høyskoleutdannede (sykepleiere og sykepleiere med spesialkompetanse innen lungesykdom, aldring og helse). De siste årene har pleie og omsorgsenheten slitt med å få tilsatt personer med høyskoleutdanning. Det er en utfordring å få ansatt nye sykepleiere til tross for sykepleierutdanning i Namsos. De fleste sykepleiestudentene har ikke geografisk tilknytning til området, og da er det heller ikke naturlig for disse å søke seg til områder i nærheten av Namsos etter endt utdanning.

Overhalla kommune og Helse Nord- Trøndelag HF har, sammen med Nord Universitet og Norsk Sykepleierforbund, utviklet et trainee-program for nyutdannede sykepleiere. Organisasjonene ønsker å rekruttere og utvikle talentfulle, fleksible og faglig sterke sykepleiere som gjennom programmet får økt breddekompetanse og innsikt i de ulike omsorgsnivåene. Trainee-programmet har oppstart i august 2018.

Ved nyansettelser innen pleie og omsorg benyttes et skjema der den som blir ansatt må kvittere ut på eget skjema hva han/hun har lest og gjennomgått av dokumenter og rutiner. Skjemaet er forelagt revisor. Dette blir gjort for å sikre at den enkelte har fått nødvendig opplæring.

Lederne i pleie- og omsorgstjenestene opplever at det er en økende gruppe pasienter/brukere med dårligere helsetilstand enn tidligere. Dette skyldes blant annet at pasienter skrives ut raskere fra sykehus nå enn tidligere. Det er også pasienter med Overhalla har oversikt over medarbeidernes kompetanse. Innen pleie og omsorg har de tilstrekkelig fagkompetanse, selv om det kan være utfordringer med rekruttering av høyskoleutdannede. De ansatte blir tilbudt videre- og etterutdanning ut fra hvilke behov for kompetanse kommunen har.

Det er også pasienter med mer spesielle behov som krever mer kompetanse, eksempelvis behov for dialyse, cellegift og hjemmeboende, terminale pasienter. For

---

<sup>7</sup> Kompetanseplan for Helse og omsorg 2015-2018

å sikre at hjemmetjenesten leverer kvalitet også for disse gruppene ble bemanningen i hjemmesykepleien økt opp i 2008 og sykepleiedekningen ble høyere (75 prosent). Det vil si at enheten alltid har sykepleiere på alle vakter, og de etterstreber å være to sykepleiere på hver vakt. Revisjonen er forelagt et eksempel på en månedsturnus som bekrefter dette. Dersom enheten trenger ytterligere bistand samarbeider de med sykeheimen.

### **Opplæring og etterutdanning**

Kompetanseforumet i helse og omsorg utarbeider en handlingsplan over prioriterte områder for kompetanseheving. Dette gjøres ut fra behov som er meldt fra tjenesteområdene. Det følger med søknadsskjema slik at de som ønsker, kan søke om enten grunn, videre- eller etterutdanning. Søknadsmengden varierer.

Intern opplæring blir benyttet, det vil si at mer erfarne ansatte tar med seg nye på spesifikke, spesialiserte oppgaver. For eksempel kan ansatte fra hjemmetjenesten få opplæring i dialysebehandling ved å lære gjennom praksis i spesialisthelsetjenesten. Deretter overføres denne kompetanse internt i hjemmetjenesten. Det samme gjelder innenfor psykiatri, geriatri, kreftbehandling og bruk av smertepumpe.

Kurs, enten de er interne eller eksterne, blir annonsert på intranettet og forvaltes av det enkelte tjenesteområde ut fra budsjett, og med utgangspunkt i årlig handlingsplan for enheten.

## **2.3 Vurdering**

Revisor mener at revisjonskriteriene på kompetanseområdet er oppfylt på en tilfredsstillende måte.

## **3. LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING**

Formålet med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er å bidra til faglig forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves (jf. §1).

I følge forskriften har kommunen plikt til å planlegge virksomhetens aktiviteter. Dette innebærer å ha oversikt over mål, oppgaver, organisering, informasjon, kunnskap, regelverk og områder med risiko for svikt i tjenesten (jf. §§ 6 a og d).

### 3.1 Revisjonskriterier

Kommunen skal:

- Ha oversikt som beskriver virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Av oversikten skal det fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt
- Kunne dokumentere et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav
- Ha oversikt over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

### 3.2 Data

#### **Mål, oppgaver og organisering i helse og omsorg**

For å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, er det en forutsetning å ha god oversikt over virksomhetens mål, oppgaver og tjenester, organisering og ansvarsfordeling<sup>8</sup>.

#### *Mål, oppgaver og tjenester*

På hjemmesiden til Overhalla kommunen har både sykeheimen og hjemmetjenesten formulert målsettinger for sine tjenester. Her framkommer også informasjon om de ulike tjenestene enhetene kan tilby og hvem som er ansvarlig for de ulike oppgavene. Et overordnet organisasjonskart for hele kommunen presenteres også på kommunens hjemmeside, mens det for hver enhet følger av menyen som ligger under hver enhet hvilke områder enheten har ansvar for og hvilke personer som har ansvar for de ulike områdene.

Hjemmesiden til Overhalla kommune inneholder mye informasjon om pleie- og omsorgstilbudene. I tillegg er det lenker til nettsider med ulike tilbud og rettigheter eldre kan bruke.

---

<sup>8</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620

I Kommuneplan for Overhalla kommune 2007 – 2019<sup>9</sup> er hovedmål og delmål beskrevet. Hoved- og delmålene er fordelt på de fire fokusområdene kommunen har valgt: Lokalsamfunn, Brukere, Medarbeidere og Økonomi.

Et av hovedmålene i kommuneplanen for kommunale tjenester er at kommunen skal ha godt fornøyde brukere. For å nå dette er det satt opp delmål:

- Brukerne opplever kommunen som en imøtekommende og løsningsfokustert medspiller.
- Innbyggerne er godt informert om tilbud og rettigheter.
- Kommunens tjenestetilbud har god tilgjengelighet, tilpasning og kvalitet i forhold til brukernes behov

### **Brukerundersøkelse**

Overhalla kommune gjennomfører annethvert år brukerundersøkelser i pleie og omsorg. Verktøyet som benyttes er bedrekommune.no som måler opplevd kvalitet gjennom bruker-, innbygger- og medarbeiderundersøkelser. Undersøkelsen som er gjennomført både blant brukere og pårørende<sup>10</sup> i Overhalla kommune sier noe om hvor fornøyde de er med pleie- og omsorgstjenestene.

Siste brukerundersøkelse ble gjennomført i 2016 og fagsjef helse/omsorg har opplyst at ny brukerundersøkelse skal gjennomføres i løpet av 2018. Svarprosenten i slike undersøkelser kunne vært bedre, mener fagsjefen. På siste undersøkelse varierte den mellom 42 og 48 prosent.

I brukerundersøkelsen fra 2016 blant pasientene på sykeheimen er det jevnt over et svært høyt snitt på alle spørsmål, mens det for pårørende er lavere snitt jevnt over. På en skala fra 1-6 der 6 er best, er helhetsvurderingen av tjenesten gitt et snitt på 5,8 blant brukerne og 5,4 blant pårørende, mens snittet for Norge ligger på henholdsvis 5,1 og 4,9. Det er imidlertid ikke uvanlig innenfor slike undersøkelser at pårørende gir en lavere score enn brukerne. I begge undersøkelsene er snittet høyere

---

<sup>9</sup> Overhalla kommune– positiv, frisk og framsynt Kommuneplan Overhalla kommune 2007 – 2019. Vedtatt 12.06.2007, sak 23/07

<sup>10</sup>På sykeheimen ble det benyttet intervju. Det ble gjennomført av en utenforstående som stiller muntlige spørsmål og noterer svar, mens til pårørende og hjemmetjenesten ble det sendt ut skriftlig brukerundersøkelse.



enn det er for landsgjennomsnittet<sup>11</sup>. 42 prosent av brukerne og de pårørende har deltatt i spørreundersøkelsen.

Brukerundersøkelsen har blant annet spørsmål om tilgjengelighet og tilpasning av tilbudet. Spørsmålene går konkret på om bruker fikk plass på sykeheim/leilighet da det var behov, om bruker er trygg på at de ansatte kommer når bruker trenger det og om bruker vet hvem som er brukerens kontaktperson. På en skala fra 1-6 der 6 er best, er snittet på 5,9 blant pasientene og 5,1 blant de pårørende.

Resultatene fra brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten viser at på de fleste områdene får kommunen en litt lavere score enn landsgjennomsnittet. Laveste snitt er på spørsmålene om medbestemmelse. Der er snittresultatene, på en skala fra 1-6 der 6 er best, på 4,4 mens snittet for landet er på 4,6. Når det gjelder tilgjengelighet er snittet rett under 5, tilsvarende likt som for landet. I hjemmetjenesten får kommunen over gjennomsnittet gode resultater (snitt på 5) fra brukerne på spørsmål om informasjon, mens snittet for landet er 4,9. 48 prosent av brukerne av hjemmetjenester i Overhalla kommune har svart på undersøkelsen.

I tillegg til Kommuneplan 2007-2019 har Overhalla kommune følgende planer som er relevante for kvaliteten i eldreomsorgen:

- Demensplan 2022
- Folkehelseplan 2011-2014
- Oversiktsdokument - Folkehelse i Overhalla
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2016-2020
- Kompetanseplan 2015-2018
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2011-2015

### **Organisering**

Sykeheimen har tre avdelinger: Langtidsavdeling, dementavdeling og korttidsavdeling (akutt) med til sammen 39 plasser hvorav to er dobbeltrom.

Langtidsavdelingen med sine 21 plasser er delt opp i to grupper for at både pasienter og personale skal ha bedre oversikt og færre å forholde seg til.

---

<sup>11</sup> 71 kommuner er med i snittet for landet (Norge).

Dementavdelingen med 12 plasser er delt i to grupper, der en av gruppene har en skjermet funksjon.

Korttidsavdelingen består av 6 plasser (en plass for lindrende behandling, en plass for øyeblikkelig hjelp, en avlastningsplass og tre plasser for korttid og utskrivningsklare pasienter). Korttidsplassene benyttes fleksibelt slik at de som trenger hjelp får det til enhver tid.

På sykeheimen er det et dagsenter med to ansatte, som tilsvarer 0,95 årsverk. Dagsenteret er åpnet fra mandag til fredag og er et tilbud til hjemmeboende brukere etter søknad.

Sykeheimen har 70 ansatte i turnus, noe som tilsvarer 41,69 årsverk. I tillegg til å inneha basiskompetanse som sykepleiere, og helsefagarbeidere, har sykeheimen åtte sykepleiere med spesialkompetanse innen lungesykdom, aldring og helse, kreftomsorg, hverdagsmestring og psykiatri. Blant helsefagarbeidere har to ansatte videreutdanning i rehabilitering og psykiatri.

Hjemmetjenestene omfatter både hjemmesykepleie- og hjemmehjelpstjenester. Det er 21 ansatte i hjemmesykepleien, tilsvarende 13,8 årsverk. Ca. 75 prosent av disse er sykepleiere, resterende har fagutdanning. Det er fem ansatte i hjemmehjelpstjenesten, fordelt på 4 årsverk. Ingen av disse har fagutdanning.

I Overhalla kommune er det pr 19.06 2018 102 brukere som har tilbud om hjemmesykepleie og 94 brukere som mottar hjemmehjelp. Noen av brukerne har tjeneste både fra hjemmesykepleie og hjemmehjelp, andre har bare en av tjenestene.

De fleste brukere av hjemmetjenesten bor i egne boliger, spredt over hele kommunen. Overhalla kommune har 12 omsorgsboliger i tilknytning til sykeheimen (tidligere ble disse kalt heldøgns omsorgsboliger), 5 omsorgsboliger i nærheten av helsesenteret (Arnebo) og noen omsorgsboliger på Skage.

Hjemmetjenesten er inndelt i soner/ arbeidsruter for at man skal prøve å begrense antall ulike hjelpere til de ulike pasientene, og for at personellet skal ha bedre forutsetninger for å vurdere pasientens helsetilstand ved å følge pasientene over tid. De ulike sonene har felles vaktrom og oppmøtested (base). Det er fleksibilitet mellom sonene slik at ansatte kan bistå hverandre på tvers av sone/ arbeidsrute ved behov.

Fagsjef er opptatt av å tenke framover når de gjelder organisering av pleie- og omsorgstjenestene og mener at det største utviklingspotensialet i pleie og omsorg er å sette tjenesten i stand til å møte framtidige behov. Det innebærer blant annet å planlegge bygging av omsorgsboliger ut fra rett dimensjonering av behovet. Det betyr å ta høyde for antall eldre fram i tid, nye behov som kan komme som følge av at folk lever lenger og flere ønsker å bo lengst mulig hjemme. Fagsjefen er klar på at kommunen må ha tilstrekkelig dimensjonering av tjenestene sett i forhold til omsorgstrappa<sup>12</sup>.

### **Systematikk i arbeidet med kvalitetsforbedring**

I følge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er det et krav at det skal gis en oversikt og beskrivelse av virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I Overhalla kommune sin Kompetanseplan for Helse og omsorg 2015-2018 blir kvalitetsforbedringspunkter for kompetanseheving presentert og kvalitetsforbedringsarbeid som må gjøres for å kunne bli et Livsgledesykeheim. Videre nevnes det at sykeheimen står overfor en utfordring når det gjelder å nå målene til helsepersonells dokumentasjonsplikt for å kunne sikre forsvarlig pasientbehandling.

Overhalla sykeheim ble sertifisert som Livsgledesykeheim i november 2015 og ble resertifisert i 2016 og 2017. I Livsgledeprosjektet er det utarbeidet 9 livsgledekriterier som de ansatte og virksomheten skal jobbe etter (se vedlegg). Enhetsleder på sykeheimen forteller at i tillegg til kartleggingsamtaler med nye brukere som kommer inn, har de i Livsgledeprosjektet egne samtaler om hva bruker liker å gjøre nå og hva bruker likte å gjøre før, hva gjorde de som ung og så videre.

Å etablere et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten krever ryddig og ensartet dokumentasjon. Dette er kommunen i gang med. Arbeidet er pr februar 2018 ikke ferdigstilt.

Overhalla kommune har et samarbeidsprosjekt med Senter for omsorgsforskning vedrørende dokumentasjon. Hensikten med prosjektet er å utvikle, prøve ut og

---

<sup>12</sup> Omsorgstrappa forutsetter at man anser at mennesker som har behov for omsorgstjenester ikke er like. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.

evaluere en opplæringsmodell for helsepersonell med fokus på dokumentasjon i elektronisk pasientjournal i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Dokumentasjonsprosjektets hovedmål er å forbedre dokumentasjonen i helse og omsorgstjenestene i kommunen. Gjennom prosjektet blir strukturen på dokumentasjonssystemet endret. Det er nå ti områder det skal dokumenteres på, og for hvert område er det laget opplæringsvideoer for hvordan man dokumenterer på de ulike områdene.

Senter for omsorgsforskning (SOF) er aktør i prosjektet og deres jobb har blant annet bestått av gransking av journaler før og etter prosjektet for å kunne vurdere om kommunen har oppnådd bedre kvalitet på dokumentasjonen etter prosjektet.

Sykeheimen og hjemmetjenesten jobber mye på tvers med kvalitetsarbeid, og spesielt når det gjelder dokumentasjon. Dokumentasjonsarbeidet utføres digitalt i systemet Profil. Det enhetene selv ser, er at ikke alle ansatte forstår eksakt hva det er de skal rapportere på. Enhetslederne ser at det fortsatt er viktig med opplæring på dette området. Alle ansatte jobber ut fra en felles plattform om hva som skal dokumenteres, og hvor det skal skrives slik at det blir gjenfinnbart. Alle enhetene er med på prosjektet. Nettbrett brukes aktivt, blant annet til å vise informasjon om den enkelte brukeren. De ansatte trenger ikke innom vaktrommet for å finne informasjon om den enkelte slik de gjorde tidligere.

Enhetslederne har jobbet mye med ansatte og forståelsen av hvor viktig det er med god dokumentasjon i journal. De påpeker at en vesentlig side av å ha god dokumentasjon er at pasientene på det grunnlaget får riktig tjeneste ut fra sitt kartlagte behov. For å kunne følge opp pasienten på beste måte er man avhengig av at observasjoner av pasientens tilstand, behov og tjenester dokumenteres og føres likt, slik at man har likt sammenligningsgrunnlag i tjenesten. Nyansatte får opplæring ut fra sin fagkompetanse, og blir blant annet lært opp til å gjennomføre kartlegging og oppfølging av pasienter.

### **Oversikt over områder med risiko for svikt og behov for kvalitetsforbedring**

Kommunen skal ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av lovpålagte krav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6d.

I følge veiledning til overnevnte forskrift er det øverste leder som må sørge for at risikonivå blir definert og identifisert. Videre er det en plikt for virksomheten å ha rutiner for systematiske gjennomgang av tjenester og resultater. Målet er å kunne identifisere områder der svikt kan inntre og etablere rutiner for å forebygge svikt og uønskede hendelser.

Resultat fra avvikssystemet, antallet avvik og håndtering av avvikene kan si noe om kvaliteten på tjenestene som ytes.

I Årsmelding 2016 er det opplyst at Overhalla kommune har et eget kvalitetssystem for alle fagområdene og avvikssystem som brukes til melding av eventuelle avvik. Det blir rapportert at helse og omsorg til sammen hadde 365 avvik fra kvalitetsstandardene. Alle avvikene er lukket. Videre står det at kommunen har gode rutiner for lukking av avvik med evalueringsrunde for å forbedre rutinene for å forebygge nye avvik.

I følge fagsjef helse og omsorg er kvalitetsstandard<sup>13</sup> et mål på om enheten greier å yte kvalitet på bemanning og tjenester. Dersom målene i standarden ikke blir nådd, skal det meldes som avvik. Fagsjefen mener at det ikke har blitt flere avvik enn før, men at de ansatte har blitt dyktigere på å melde fra, og ser nytten i å melde avvik. Avvik meldes pr i dag i Profil, men ulempen med dette systemet er at det ikke er mulig å ta ut rapporter som for eksempel viser hvor det er flest avvik. I det nye kvalitetssystemet Compilo, som skal tas i bruk fra 1. mai, er det mulig å ta ut slike rapporter. Fagsjefen ønsker for framtiden å få en kobling mellom Profil og Compilo for bedre å få oversikt over avvik.

Enhetslederne mener, i likhet med fagsjef, at dokumentasjon og avviksmeldinger kan fortelle noe om kvaliteten på arbeidet som utføres ved sykeheimen og i hjemmetjenesten. Enhetslederne opplyser at de har gode rutiner for lukking av avvik og at de ansatte kjenner til kvalitetssystemet, har kompetanse til å skrive avvik og avvik blir rapportert.

I følge veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring kjennetegnes gode avviks- og meldesystemer av at hensikten er læring og forbedring. Videre vil analyse av hva som er årsak til hendelsene fremme læring og gjøre det mulig å innføre gode tiltak for å forebygge lignende hendelser. Avvik i helse og omsorg i Overhalla kommune blir i

---

<sup>13</sup> Kommunen har tatt utgangspunkt i Kvalitetsforskriften og basert på denne utarbeidet egne kvalitetsstandarder som er mer målbare for tjenesten.

ifølge enhetslederne gjennomgått hvert tertial på møter i Lederforum. Lederforumet består av ledere i helse og omsorg, tillitsvalgte og fagsjef. Avvik i helse og omsorg rapporteres i tertialrapporter og årsrapporter. Rapportene er tilgjengelig på kommunens hjemmeside på internett.

Kommunen mener at det er utfordrende å gi opplæring i kvalitet. Enheten har en årsplan for internundervisning og det arrangeres en fagdag i året hvor enhetsleder får møte alle ansatte på sin enhet. Gruppemøter er det flere av og det har også vært egne refleksjonsgrupper med tema innen etikk og praksis.

Fagsjef mener at blant annet sammensetting av bemanning har betydning for kvalitet. Innen pleie og omsorg har enheten en strategi på hvor mange sykepleiere det må være for å kunne yte god kvalitet. Målet er halvt om halvt med sykepleiere og andre fagretninger, mens på akuttavdelingen er det bare sykepleiere. Revisjonen er forelagt et eksempel på en månedsturnus som i stor grad bekrefter dette.

Enhetsledere mener at rapport fra fagledere som er ute i tjenesten også gir et bilde av hvordan kvaliteten på tjenesten er. I tillegg vil ukentlige fagledermøter gi ledelsen informasjon som kan gi et inntrykk av om kvaliteten i eldreomsorgen er god. Ved å gå gjennom dokumentasjonen av arbeidet som gjøres ute og på sykeheimen, mener enhetslederne at de kan sikre seg at de ansatte gjør det de skal. Medarbeidersamtaler er også et verktøy som kan benyttes til å skaffe informasjon om kvalitet i eldreomsorgen i kommunen.

### **Risikoanalyser**

En risikoanalyse har som formål å identifisere risiko som kan medføre dårligere kvalitet eller pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.

Overhalla kommune har en fireårig rullering på helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser<sup>14</sup> (ROS-analyse). ROS på overordnet nivå og beredskapsansvar for det enkelte fagområdet er, ifølge fagsjef, fagsjefen sitt ansvar. Den overordnede delen av ROS-analysen skal revideres i vår og det skal skrives en rapport. Det er

---

<sup>14</sup> ROS-analysen er i hovedsak en kvalitativ risikovurdering, bygget på faglig skjønn og erfaring. Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser, som for eksempel strømbrudd, feilmedisinering, personellmangel, kan man prioritere risikoområder og planlegge tiltak for å forhindre dem eller redusere konsekvensen av dem dersom de skulle oppstå.

også krav om ROS-analyser på de fleste områder i kommunen. Enhetene har egne ROS-analyser for tjenestene som enhetsledere er ansvarlige for.

Det ble gjennomført en felles ROS-analyse i helse og omsorg i 2013 for tjenesten Kommunal øyeblikkelig hjelp. Helseledere i Midtre Namdal har forsøkt å få til felles ROS på overordnede områder, men på tjenestenivå må den enkelte tjeneste gjennomgå hver for seg.

Fagsjef helse/omsorg mener at verktøyene for å gjennomføre risikoanalyser fram til nå ikke har vært gode nok.

Også ekstern informasjon, som tilsynsrapporter, kan bidra med innsikt om risiko. Fagsjef helse/omsorg opplyser at det har vært tilsyn fra fylkesmannen på risikovurderinger av vold og trusler innen hjemmetjenestene. Enhetsleder for området har i etterkant av dette tilsynet gjennomført en ROS-analyse, skrevet rapport og foreslått tiltak på området.

### 3.3 Vurdering

Overhalla kommune har oversikt over egen organisasjon på kommunens hjemmeside. Her finner man informasjon om virksomhetens mål, oppgaver og organisering og hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Nettsiden er informativ og enkel å manøvrere i. For personer som ikke er vant med å innhente informasjon via internett må informasjon ifølge fagsjef bli gitt fra pårørende, jungeltelegraf og eventuelt lokalavisa.

Å etablere et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten krever ryddig og ensartet dokumentasjon. Dette er kommunen i gang med. Gjennom dokumentasjonsprosjektet skal kommunens dokumentasjon i helse- og omsorgstjenestene bli bedre og ny teknologi tas i bruk for å forenkle dokumentasjonsprosessen. Dette vil bidra til at dokumentasjonen blir mer ryddig og ensartet, noe som vil bidra til kvalitetsforbedring og bedre pasient- og brukersikkerheten.

Overhalla kommune har et system for å melde avvik. Kvalitetsforskriften er bearbeidet i kommunen til kvalitetsstandarder og brudd på mål i kvalitetsstandarder skal meldes

som avvik i journalsystemet Profil. Revisors inntrykk er at avvik meldes og behandles og bidrar til kvalitetsforbedring samt gir kommunen oversikt over risikoområder.

ROS-analyser gjennomføres hvert fjerde år i Overhalla kommune. Samtidig har fagsjef opplyst at verktøyene for å gjennomføre risikoanalyser fram til nå ikke har vært gode nok. Dette er noe kommunen har blitt oppmerksomme på i den senere tid og det blir arbeidet med å få oversikt. Pr dags dato har ikke Overhalla kommune et fullt ut tilfredsstillende system for helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser. Kommunen er imidlertid oppmerksom på at de ikke har hatt gode nok verktøy til å gjennomføre slike analyser og jobber med å få dette i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

## **4. TJENESTENS KVALITATIVE INNHOLD FOR BRUKER**

Formålet med kvalitetsforskriften er at brukerne av pleie- og omsorgstjenester skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets 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 som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov (§ 2).

Kvalitetsforskriften har krav om brukermedvirkning i pleie- og omsorgstjenestene. Brukermedvirkning på individnivå innebærer at den enkelte bruker og pårørende bidrar aktivt i utformingen av de tjenestene de selv får. Brukermedvirkning på systemnivå vil si at en gruppe brukere eller representanter for brukere er med i planleggingen av nye tiltak eller ved drift av tjenester.

Kvalitetsforskriften krever at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov (§ 3). For å sikre kvalitet i dette arbeidet har Overhalla kommune bearbeidet Kvalitetsforskriften og utarbeidet kvalitetsstandarder for tjenestene som Overhalla kommune skal levere på. Ut fra dette er det også laget et avvikssystem basert på egne kvalitetsstandarder og kvalitetsforskriftens krav.



## 4.1 Revisjonskriterier

Med utgangspunkt i kravene i kvalitetsforskriften § 3 og verdighetsgarantien § 3<sup>15</sup>, har revisjonen forsøkt å måle tjenestenes kvalitative innhold for bruker ved å vurdere om følgende revisjonskriterier er oppfylt:

Brukermedvirkning:

- At den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene. Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Det skal være forutsigbart og trygt, og brukerne skal møtes med respekt. Det skal legges til rette for god kommunikasjon med pårørende.
- Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme, uten uønsket og unødig sengeopphold, samt mulighet til å komme ut i frisk luft ukentlig.

Ernæring:

- Et variert og tilstrekkelig kosthold, med en rimelig valgfrihet når det gjelder mat, tilpasset hjelp ved måltider, samt en hyggelig ramme rundt måltidet.

Personlig hygiene og medisinsk oppfølging:

- Nødvendig hjelp til personlig hygiene, herunder nødvendig tannbehandling, og forsvarlig oppfølging fra lege og annet relevant personell.

Sosiale behov:

- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet som sang musikk og kultur i hverdagen.

Tilbud demente:

- Et tilrettelagt tilbud for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov

---

<sup>15</sup> Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) gjelder eldre, mens kvalitetsforskriften gjelder alle brukere av pleie- og omsorgstjenester i kommunen, inkludert psykisk utviklingshemmede i bokollektiv. Forskriftene har mange sammenfallende punkter, selv om formuleringene kan være noe ulike.

## 4.2 Data

### **Brukermedvirkning**

I følge veileder til kvalitetsforskriften innebærer brukermedvirkning at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker. I den praktiske utføringen av tjenestene innebærer dette at brukerne kan være med å bestemme hvordan tjenestene skal utføres.

#### *Hjemmetjenesten*

Saksbehandler kartlegger nye brukere i hjemmetjenesten ved å samle inn opplysninger fra ulike enheter vedrørende søkeren. Hjemmetjenesten forsøker i kartleggingsfasen å ivareta medbestemmelse gjennom samtalene med brukeren. Dersom henvisningen kommer fra sykehuset, er det vakthavende i hjemmesykepleien som gjennomfører kartleggingen i samråd med pasient. Dette gjøres gjennom to hjemmebesøk. Det benyttes to hjemmebesøk fordi det ved første hjemmebesøk ikke alltid er tydelig hvilket behov brukeren har. Behovene vurderes i oppstarten fortløpende sammen med bruker.

Medbestemmelse i det daglige oppleves som utfordrende i hjemmetjenesten. Det er for eksempel vanskelig at alle skal få hjelp til samme tid. Prioriteringen fra hjemmetjenestens ansatte blir at de mest pleietrengende går foran de mindre pleietrengende. I følge enhetsleder er dette en individuell vurdering som forhåpentligvis er riktig i de fleste tilfeller, men det er ingen fasit.

Hjemmetjenesten forsøker å være fleksibel overfor bruker i det daglige, eksempelvis ved at man justerer tidspunkt for tjenesten dersom bruker har andre planer på det vanlige tidspunktet. Det er likevel en utfordring å få dette til å henge sammen for alle hundre brukere. Det krever fleksibilitet fra både bruker og tjeneste, men som regel blir man enige og får til en tjeneste som både bruker er fornøyd med og som hjemmetjenesten klarer å levere.

Hjemmetjenesten benytter prinsipper fra tankegangen rundt hverdagsmestring, som for eksempel «hva er det som er viktig for deg?». Ansatte skal ikke overta funksjoner som bruker har i behold. Som eksempel på dette ringer ansatte på hos bruker før de går inn, selv om de har nøkkel/kode til hjemmet til bruker o.l. Enhetsleder for hjemmetjenesten mener at de er veldig bevisst på at de jobber i brukers hjem, og i brukers hjem er det bruker som bestemmer.

### *Sykeheimen*

På sykeheimen er det et eget inntaksteam som består av lege, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut, enhetsleder helse og familie, enhetsleder hjemmetjeneste, enhetsleder sykeheim og saksbehandler som behandler søknader/ meldinger fra sykehus om utskrivningsklare pasienter mm. Søker blir kartlagt i forkant av tildeling av en tjeneste i sykeheim, ved at informasjon fra lege, hjemmesykepleie eller andre som kjenner pasientens tilstand samordnes.

De aller fleste som søker korttidsplass får tilbud om tjeneste. Dersom det vurderes at det ikke er behov for korttidsplass, blir andre tjenester vurdert (for eksempel hjemmesykepleie, økning av hjemmesykepleie eller andre tiltak ut fra kartlegging).

Ved søknad på langtidsplass, kan bruker tildeles en korttidsplass som ett ledd i kartleggingen for å se hvilke tjenester bruker faktisk har behov for.

Brukeren og pårørende skal ha en fast kontaktperson blant personalet. Dette blir gjort ved at en primærkontakt blir tildelt brukeren raskt etter innleggelse/innvilgelse av tjeneste. Fagleder er sekundærkontakt for alle ved enheten. Brukerundersøkelsen viser at beboere på sykeheimen vet hvem som er deres kontaktperson, noe som også i stor grad bekreftes av pårørendeundersøkelsen.

Når nye pasienter kommer inn på sykeheimen blir brukermedvirkning ivaretatt gjennom kartleggingssamtaler. Primærsykepleier kartlegger brukerne ved innleggelse og journalfører dette, slik at pasientene får individuelle tilbud ut fra den enkeltes interesser. Alle pasienter på sykeheimen har en aktivitetskalender med ett individuelt tiltak pluss en tur i frisk luft. Aktivitetskalenderen skal speile hva som kom frem i kartleggingen og tiltakene skal evalueres en gang i måneden.

I Livsgledeprosjektet har de egne samtaler med bruker om hva bruker liker å gjøre og hva bruker likte å gjøre før. Det blir deretter utarbeidet en livsgledeplan for den enkelte bruker ut fra kartlegging av interesser og ønsker. Pårørende får også delta på denne kartleggingen.

På sykeheimen gjennomføres det årlige pårørendesamtaler. Det er tilbud om to samtaler med de som er oppført som nærmeste pårørende, og minimum en holdes hvert år. I tillegg til de personlige samtalene, gjennomføres et pårørendemøte hvert

år. Sykeheimen har et brukerråd som har møter 2 ganger pr år. Brukerrådet består av en oppnevnt brukerrepresentant, bruker fra sykeheimen, ansatt og enhetsleder.

Enhetslederen ved sykeheimen opplever målet om å være ute ukentlig som vanskelig å tilfredsstillende, da mange av pasientene ikke ønsker å være ute. De ansatte prøver å være kreative, fordi det er et krav at pasientene skal ut i frisk luft en gang i uka. Noen ganger gjør de det så enkelt som å lufte eller stå i døråpningen. Frivillige bidrar og de ansatte er også ute og går med brukerne. Ansatte ved dagsentret er ofte ute sammen med brukerne i «Olebua og i atriet i sommerhalvåret.

På sykeheimen bestemmer pasientene på alle avdelinger selv når de skal stå opp og legge seg. Brukermedvirkning er likevel en utfordring på sykeheimen, i følge enhetslederne og tilføyer at pårørende sitt bidrag er viktig i denne sammenhengen.

Fagsjef helse/omsorg mener at totaliteten av tilbakemeldinger enheten får gjennom å snakke med folk, tilbakemelding på pårørendemøter, brukerundersøkelser etc. gir et inntrykk av at opplevd kvalitet er veldig bra. Det er få klager og inntrykket til fagsjef helse/omsorg er at innbyggerne har tillit til helsevesenet.

### **Personlig hygiene og medisinsk oppfølging**

Kvalitetsforskriften og kvalitetsstandardene sier at brukerne skal få den hjelpen de trenger når behovet er der for å få ivaretatt blant annet personlig hygiene og nødvendig tannbehandling.

Resultatet fra brukerundersøkelsen viser at brukerne på en skala fra 1-6, der 6 er best har gitt kommunens hjemmetjeneste et resultatsnitt på 4,8 på hjelpen de får til personlig hygiene, mens pasientene ved sykeheimen har gitt toppkarakter på 6. Dette resultatet bekreftes også gjennom pårørendeundersøkelsen, selv om pårørende i noe mindre grad enn brukerne er fornøyd med hjelpen brukere får til personlig hygiene.

Beboerne på sykeheimen har<sup>16</sup> gitt 6,0 i score på muligheten de har til å komme seg til tannlege og legehjelp. Pårørende har her gitt, gitt kommunen en score på henholdsvis 5,1 og 5,3. Tilsvarende score er også gitt fra brukere og pårørende når deg gjelder muligheten for privatliv på sykeheimen.

---

<sup>16</sup> Skala fra 1 til 6, der 1 er svært lite fornøyd og 6 er svært fornøyd

Enhet for hjemmetjenester tilbyr også hjemmebesøk til personer som er 75 år og over (kvalitetsstandarden sier over 80). Dette er et tilbud fra kommunen hvor deltakelse er frivillig.

### **Ernæring**

I 2017 ble alle pasienter kartlagt i forhold til ernæring og tiltak etter denne kartleggingen er iverksatt (jf. Tertialrapport 2/2017). Dette ble gjort for å sikre at pasientene får den ernæring og det kostholdet som passer den enkelte.

Ved sykeheimen er det innført kartleggingsrutiner av alle nye pasienter. Kartleggingen foregår i løpet av de tre første dagene pasienten er der. Kartleggingen innebærer blant annet å veie pasienten, gjøre observasjoner av spisevaner, sjekke BMI (kroppsmasseindeks), og det blir gjort beregning av kaloribehov på individnivå. Opplysningene blir registrert i IPLOS<sup>17</sup>. Som en oppfølging av kartleggingen blir alle pasientene veid hver tredje måned, -eller oftere dersom personalet mistenker vekttap. Tiltak blir iverksatt etter vurdering av ernæringskartleggingen.

Det er en egen gruppe på sykeheimen som ser på ernæringsvurdering. Gruppen har representant fra ansatte i hjemmetjenesten, bo og miljøtjenesten, sykeheimen og kjøkkenet.

Kjøkkentjenesten har i flere år jobbet aktivt med ernæring som tema. Blant annet ble det for noen år siden (2011) innført fire måltider om dag, og sen middag på sykeheimen. Til tross for skepsis mot tiltaket, gikk innføringen knirkefritt og har gagnet både pasienter og ansatte.

Pasientene kan velge mat ut fra en meny på to retter. Dersom pasienten ikke liker maten de blir tilbudt, kan de få noe annet. Sykeheimen har fram til nå ikke måttet tilpasse maten etter religiøse eller andre spesielle matønsker. Generelt er tankegangen at diett krever en medisinsk grunn (for eksempel diabetes, cøliaki etc.).

Brukerundersøkelsen blant pårørende viser at de er godt fornøyd med maten som serveres og likeledes mattilbudet på kveld (score 4,9 hvor 6 er best). Pårørende er

---

<sup>17</sup> IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte skal beskrive bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir.

imidlertid ikke like fornøyd med rammen rundt måltidet hvor det har blitt gitt et snitt på 4,4.

Brukerne er mer fornøyd enn sine pårørende og har gitt et snitt på 6 for kveldsmat og 5,7 med maten for øvrig. På spørsmål om de synes måltidene er hyggelige er snittet på 5,1.

### **Sosiale behov**

På sykeheimen har alle pasienter en plan som skal bidra til å ivareta det sosiale behovet. Det innebærer blant annet at alle skal ha en individuell aktivitet ukentlig. Det er turdag for den som vil en gang i uka vår og høst. Det er for øvrig mye som skjer på sykeheimen, og mange er innom.

Sykeheimen sender ut aktivitetsplan til pårørende og oppfordrer de til å ta med seg sine på diverse aktiviteter.

Demente er med på det vanlige som skjer på sykeheimen, så lenge de ikke har behov for å skjermes.

Enhetslederne ser at ensomhetsfølelse hos brukerne er en utfordring. Det er flere som antakelig ikke trenger direkte helsehjelp, men er ensomme og trenger tiltak som kan avhjelpe ensomhetsfølelsen. De mener at dagsenteret og frivillighetssentralen kan være rette instanser i slike tilfeller.

I hjemmetjenesten er det noen brukere som har vedtak om aktivitet, for eksempel dagsenteret. Dette tilbudet brukes blant annet til hjemmeboende demente, og disse har transporttilbud til og fra. Andre har tilbud om frivillighetssentral. Hjemmetjenesten bistår ikke brukere i å komme seg på slike aktiviteter. Dette fordi hjemmetjenesten primært skal fokusere på de oppgaver og tjenester som innebærer helsehjelp, og ikke har kapasitet til å bidra til det sosiale tilbudet.

Brukerundersøkelsen tilsier at brukerne er svært godt fornøyd med aktivitetstilbudet på sykeheimen og informasjon som gis i forbindelse med det. Pårørende er også fornøyde med dette, men i mindre grad enn brukerne. Brukerne har gitt et snitt på 6, mens pårørende har gitt et snitt på 4,3.

### **Tilbud til demente**

Kommunen har vedtatt en demensplan, sist oppdatert i 2018. Denne planen bygger videre på demensplan 2015. Demensplan 2022 har følgende mål: «... å forbedre

tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet.»

Kommunens tilbud består av hukommelsesteam/tverrfaglig demensteam, tidlig diagnostisering, dagtilbud for hjemmeboende demente, skjermet enhet/bofellesskap for demente, samt korttids-/avlastningsopphold for personer med demens. Pårørendearbeid er og en del av dette tilbudet.

Det etablerte dagtilbudet kan brukes av både hjemmeboende og de som bor på institusjon, men disse tilbudene er ikke spesielt tilpasset demente. Demente med vedtak om tilbud på dagsenteret får transport til og fra denne tjenesten. Hjemmeboende demente kan få tilbud om avlastning, støttekontakt og/eller, hjemmehjelp om ønskelig.

Demensplan 2022 trekker fram følgende hovedutfordringer:

- Det er lite oppmerksomhet på forebygging av risikofaktorer for å utvikle demens.
- Det mangler kunnskap og kompetanse om demens i samfunnet, i tjenestene og blant pårørende og personer som selv har demens.
- Mange får diagnose sent og det er lite oppfølging etter at diagnosen er satt.
- Manglende tilbud om aktivitet og for lite avlastning og støtte til pårørende. Tjenestetilbudet er for dårlig tilpasset personer med demens.
- Personer med demens og deres pårørende er for lite involvert i avgjørelser som angår dem

I planen blir det foreslått tiltak for å imøtekomme svakhetene kommunen selv er oppmerksom på i demensomsorgen.

### 4.3 Vurdering

Revisjonens gjennomgang av arbeidet med det kvalitative innholdet for bruker i Overhalla kommune viser at pleie og omsorg jobber godt med innholdet, og svar fra bruker- og pårørendeundersøkelsen peker i samme retning.

Det er lagt til rette for brukermedvirkning og individuell tilrettelegging både i hjemmetjenesten og på sykeheimen. Prinsipper fra hverdagsmestring benyttes i hjemmetjenesten. Ansatte i hjemmetjenesten kan likevel føle på at det er utfordrende

å gjennomføre brukermedvirkning i hverdagen, særlig når det gjelder mulighet til å tilpasse tidspunkt for hjelp etter hver enkelt brukers ønske. Tjenesten bestreber likevel å møte brukers ønske så langt det er mulig. På sykeheimen ivaretas brukermedvirkning gjennom blant annet kartleggingssamtaler og samtaler med pårørende, samt gjennom brukerrådet.

De ansatte opplever målet om frisk luft en gang i uken for bruker som vanskelig å tilfredsstillende på vinteren, særlig fordi brukerne gjerne ikke ønsker å ut i vintermånedene, mens det i sommerhalvåret er lettere å tilfredsstillende kravet.

Revisors inntrykk er at tjenesten bestreber seg på å ivareta brukers integritet gjennom brukermedvirkning og individuell tilpasning.

Det er etter revisors skjønn et variert og tilstrekkelig kosthold på sykeheimen gjennom fire måltider per dag, herunder sen middag. Det er to retter å velge mellom til middag hver dag og alle brukere har fått en ernæringskartlegging da de kom på sykeheimen og dette følges jevnlig opp av personalet.

Ensomhetsfølelse er en utfordring både i hjemmetjenesten og sykeheimen, selv om både tilbud som dagsenter og frivillighetssentral er tilgjengelig. På sykeheimen er det flere tilbud om aktiviteter som også demente kan benytte seg av.

Det sosiale behovet er tilfredsstillende ivaretatt gjennom ulike tiltak både for hjemmeboende og for brukere på sykeheimen.

Tilbudet til demente er godt ivaretatt gjennom flere ulike tilbud både på sykeheimen og dagsenteret, men som kommunen selv påpeker i Demensomsorg 2002 kan tjenestetilbudet for demente bli bedre, noe kommunen gjennom planen skal jobbe videre med.

Pleie og omsorg har arbeidet med å gjøre Kvalitetsforskriften mer målbar, og det har etter revisors skjønn bidratt til å høyne kvaliteten på arbeidet som gjøres rundt bruker. Dette har også bevisstgjort ansatte i større grad om hva som gir en tjeneste et kvalitativt godt innhold for den enkelte bruker. Kvalitetsstandardene gjør det lettere å måle kvaliteten på arbeidet i tjenesten og har bidratt til å bedre avvikssystemet.





## **5. KONKLUSJON**

På bakgrunn av våre vurderinger, konkluderer revisor med at kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen i stor grad er i tråd med de utvalgte krav og målsettinger på området.

## **6. ANBEFALINGER**

Revisor anbefaler at kommunen fortsetter å jobbe med å få på plass gode nok verktøy til å gjennomføre helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser.

## **7. RÅDMANNENS KOMMENTARER**

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Overhalla kommune 11.05.18. Revisjon Midt-Norge SA mottok svar fra rådmannen 19.06.2018. Høringsbrevet er vedlagt rapporten (vedlegg 1). Revisor har korrigert fakta i tråd med tilbakemeldingene fra rådmannen. Høringssvaret har ut over dette ikke medført endringer i rapporten.

## KILDER

### **Lover og forskrifter:**

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.06.2011.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, av 01.07.2003

Verdighetsgarantiforskriften, av 01.01.2011

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, av 01.01.2017

Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv (revisjonsforskriften)

### **Overhalla kommune:**

Overhalla kommune: Årsmelding 2016

Kommuneplan 2007-2019

Kompetanseplan for Helse og omsorg 2015-2018

Tertialrapport 2/2017

Demensplan 2022 for Overhalla kommune

### **Annet:**

Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-IS-2620

Sosial- og helsedirektoratet: Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene - Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven IS-1201 utgitt 11/2004

## VEDLEGG

### Vedlegg1: Høringsvar fra rådmannen

#### Marit Ingunn Holmvik

---

**Fra:** Bente Eidesmo <bente.eidesmo@overhalla.kommune.no>  
**Sendt:** tirsdag 19. juni 2018 15:27  
**Til:** Marit Ingunn Holmvik  
**Kopi:** Trond Stenvik  
**Emne:** SV: Høringsutkast av rapport forvaltningsrevisjonsprosjekt om kvalitet i eldreomsorgen  
**Vedlegg:** rapport 1105 høringsutkast.pdf

Hei

Beklager sent svar på høringen. Jeg har lest rapporten og lagt med noen kommentarer/rettelser underveis.

Mvh

Bente Eidesmo  
Fagsjef helse og omsorg  
Overhalla kommune

**Fra:** Marit Ingunn Holmvik <marit.holmvik@revisjonmidtnorge.no>  
**Sendt:** fredag 11. mai 2018 14:04  
**Til:** Trond Stenvik <trond.stenvik@overhalla.kommune.no>; Postmottak Overhalla <postmottak@overhalla.kommune.no>  
**Kopi:** einar.sandlund@konsek.no; post@konsek.no; Bente Eidesmo <bente.eidesmo@overhalla.kommune.no>; Bente Bakken <bente.bakken@revisjonmidtnorge.no>  
**Emne:** Høringsutkast av rapport forvaltningsrevisjonsprosjekt om kvalitet i eldreomsorgen

Vedlagt følger utkast til forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i eldreomsorgen

vh

**Marit Ingunn Holmvik**  
Forvaltningsrevisor

M +47 90 12 18 61 | [Skype for business](#)

**Rv** Revisjon  
Midt-Norge

Revisjon Midt-Norge SA, Postboks 2565, 7735 Steinkjer  
W [www.revisjonmidtnorge.no](http://www.revisjonmidtnorge.no) | M +47 907 30 300

**Vedlegg 2: Livsgledekriteriene:**

- Alle ansatte på sykehjemmet skal vite hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer.
- Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
- Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft en gang per uke.
- Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr.
- Virksomheten skal legge til rette for at beboerne får muligheter til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
- Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen.
- Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet.
- Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende.
- Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

***Kilde: Livsglede for eldre***



Postadresse: Postboks 2565, 7735 Steinkjer  
Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer  
Tlf. 907 30 300  
[www.revisjonmidt norge.nova](http://www.revisjonmidt norge.nova)