

1 FAKTA OM OPPDRAGET

FORMÅL

Formål med forvaltningsrevisjonen er oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i eldreomsorgen» fra 2018 for å vurdere pleie- og omsorgstjenestens bruk av tilgjengelig risikoverktøy, avviksmeldinger, internkontrollsystem. Revisor bes i denne sammenheng også vurdere kompetanse, ressurser, arbeidsorganisering og arbeidsmiljø.

PROBLEMSTILLINGER

Har Overhalla kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten?

Herunder:

- gjennomføring og bruk av risikovurderinger
- avvikshåndtering og oppfølging
- ressurser og organisering
- bruk av kompetanse
- sykefravær og arbeidsmiljø

TIDS- OG RESSURSBRUK

Timeforbruk: 300 timer

Rapport til sekretær: 29.3.24

OPPDRAGSANSVARLIG REVISOR

Mette Sandvik

mette.sandvik@revisjonmidtnorge.no

Tlf. 95081305

2 MANDAT

I dette kapittelet redegjøres det for bestillingen.

2.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Overhalla kommune gjorde i sak 21/22 slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget bestiller slik forvaltningsrevisjon: «Hvordan er vurdering og bruk av risikoverktøy, avviksmeldinger, internkontroll, anvendt som ledd i pleie- og omsorgstjenesten innenfor kompetanse, ressurser, arbeidsorganisering og arbeidsmiljø, etter forvaltningsrevisjonsrapport Kvalitet i eldreomsorgen fra 2018. Intervju av ansatte skal være en del av metodetilnærmingen.»
2. Revisor bes å utarbeide prosjektplan til kontrollutvalgets første møte i 2023.....»

Revisors konklusjon og anbefaling i rapporten «Kvalitet i eldreomsorgen» var:

«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.»

Kontrollutvalgets plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024 omfatter blant annet avvik og avviksmeldinger som aktuelt prosjekt innenfor oppvekst- og helsesektoren.

2.2 Bakgrunnsinformasjon

Ihht helse- og omsorgstjenesteloven har kommunen overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester og skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

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

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

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene av 2016

er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring: **planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigering.**

Forskriftens §6 omhandler plikten til å **planlegge** virksomhetens aktiviteter

Forskriftens §7 omhandler plikten til å **gjennomføre** virksomhetens aktiviteter

Forskriftens §8 omhandler plikten til å **evaluere** virksomhetens aktiviteter

Forskriftens §9 omhandler plikten til å **korrigere** virksomhetens aktiviteter

Kvalitetsforskriften

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

Tilsyn

Statsforvalteren har i 2022 gjennomført 2 tilsyn i Overhalla kommune innen helse og omsorg. Ett tilsyn gjaldt enkeltsak/klage vedr helsehjelp legekantor, med resultat avvik. Det andre tilsynet gjaldt enkeltsak/klage vedr helsehjelp på sykehjemmet, med resultat ikke avvik.

Annet

I kommunedirektørens årsberetning for 2022 beskrives det at dokumenter og rutinebeskrivelser i all hovedsak er lagt i kvalitetssystemet Compilo. Kommunen har en egen prosedyre for risikovurdering, akseptabel risiko og risikohåndtering. Kvalitetssystemet omfatter også avvikssystemet.

I tertialrapport for 2. tertial 2022 skriver kommunedirektøren blant annet:

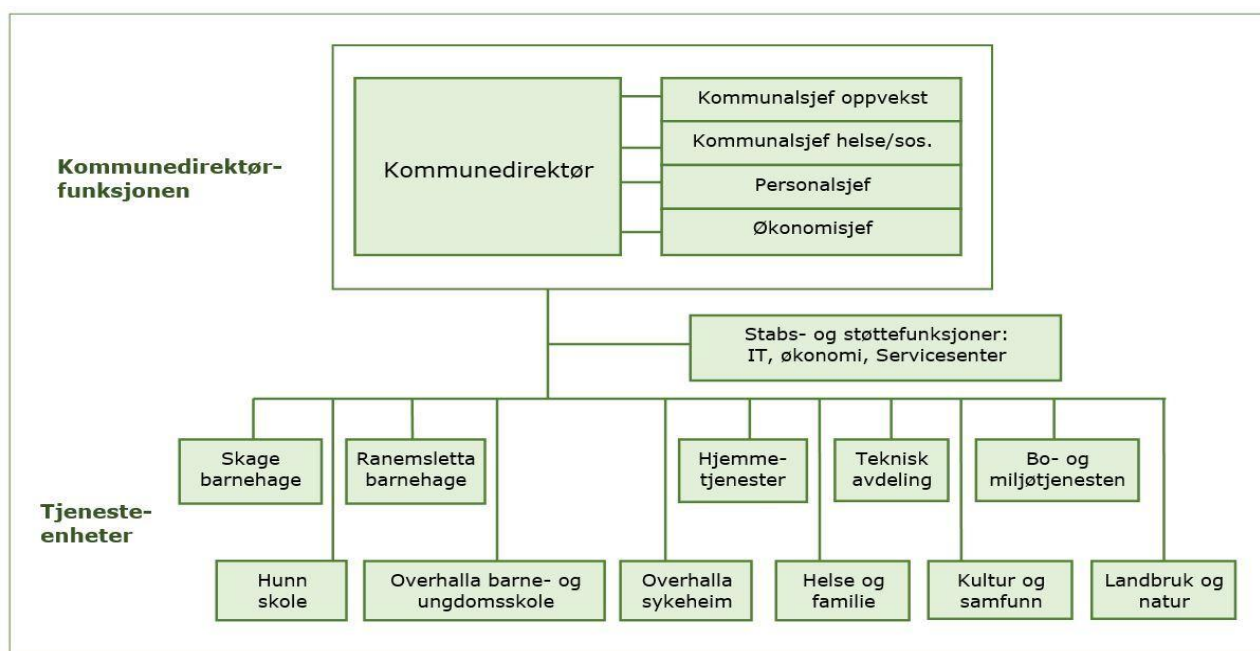
Sykeheimen: Medarbeidersamtaler og personalmøter gjennomføres etter plan. Nærværstatistikk 8,1%, nærværsoppfølging gjøres fortløpende. Utfordrende å rekruttere kompetanse. Fagdager gjennomført i juni og ansatte oppfordres til å ta relevant utdanning ut fra kompetanseplan. Årsturnus. Prosessen med oppgavedeling fortsetter. Kartlegging av tidsbruk på sykepleieroppgaver skal gjennomføres tidlig i september.

Hjemmetjenester: Forebyggende hjemmebesøk startet opp og fullføres i løpet av høsten. Sykefravær mai-juli: 6,93%. Gjennomført opplæring vedr forebygging av vold og trusler, velferdsteknologiens ABC, utarbeidet bedre rutiner for opplæring vikarer/nyansatte. Kontinuerlig oppfølging i turnusprogrammet Notus, personalmøter etter plan, HMS-gjennomgang i samarbeidsutvalg. 45 meldte avvik i mai-juli, derav 17 legemiddelhåndtering, 8 fall og 10 ikke gitt tjenestetilbud som er tildelt. Gjennomgang i alle primærgrupper om kartlegging av pårørendebelastning. Kontinuerlig fokus på bruk av teknologi i tjenesten.

I revisors risiko- og vesentlighetsvurdering (2020) for område helse- og omsorg i Overhalla kommune ble det pekt på avviksoppfølging som den største risikoen på området.

I revisors løpende risikovurdering er det blant annet beskrevet høy risiko knyttet til kompetanse og rekruttering. Risiko ved bruk av velferdsteknologi knyttet til gjennomføring, personvern og potensiell svikt i systemer og risiko for manglende samtykke ved bruk av velferdsteknologi.

2.3 Kommunens organisering



Kilde: kommunens hjemmeside

Fagområdet helse og omsorg ledes av kommunalsjef og er organisert i fire enheter:

- Sykehjem med 35 plasser, fordelt på 3 avdelinger (71 ansatte)
- Hjemmetjeneste med 95-110 brukere (30 ansatte)
- Helse og familie (33 ansatte)
- Bo- og miljøtjenesten for mennesker med ulike funksjonsnedsettelse (49 ansatte)

I denne forvaltningsrevisjonen er det sykehjem og hjemmetjenesten som er aktuelle for gjennomgang.

3 PROSJEKTDESIGN

Nedenfor avgrenses prosjektet og revisor går nærmere inn på problemstillingen i prosjektet. Aktuelle kilder til revisjonskriteriene er nevnt og metode for innsamling av data er beskrevet.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er plikten til å **planlegge** virksomhetens oppgaver beskrevet i §6, herunder stilles det krav om 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. Det skal videre planlegges hvordan risiko kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Lederen skal 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.

Forskriftens § 7 omhandler plikten til å **gjennomføre** virksomhetens aktiviteter, herunder sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet

Videre skal ledelsen 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.

I forskriftens § 8 omhandles plikten til å **evaluere** virksomhetens aktiviteter, herunder 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. Ledelsen skal evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Ledelsen skal også 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 omhandler plikten til å **korrigere** virksomhetens aktiviteter, herunder rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold. Ledelsen skal sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Videre skal nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak forbedres 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.

Rapporten vil vurdere kommunens internkontrollsystem og oppfølging av dette, beskrive pleie- og omsorgstjenestens implementering og bruk av kvalitetssystemet Compilo, samt vurdere pleie- og omsorgstjenestens arbeid med kompetanse, sykefravær og arbeidsmiljø.

3.1 Problemstilling

Har Overhalla kommune tilfredsstillende system for ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten?

Herunder:

- gjennomføring og bruk av risikovurderinger
- avvikshåndtering og oppfølging
- ressurser og organisering
- bruk av kompetanse
- sykefravær og arbeidsmiljø

3.2 Avgrensing

Av hensyn til både ressurser og leveringstid vil det være nødvendig å avgrense datainnsamlingen og analyser i forvaltningsrevisjonen.

Revisor vil avgrense datainnsamlingen til å gjelde en undersøkelse som omfatter implementering og bruk av internkontrollsystemet med avvikssystem, samt vurdering av sykefraværarbeidet og kommunens arbeid og ressurser for å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene for å oppfylle kvalitetsforskriftens krav.

3.3 Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene vil utledes fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven 2011)
- 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 mv. (Kvalitetsforskriften)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 01.01.2017
- IS-2620: Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2017)
- IS -1201: Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (Sosial- og helsedirektoratet 2004)
- IS-1162: ... Og bedre skal det bli! Veileder i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet 2005)
- Kommunale planer for helse- og omsorg

3.4 Metoder for innsamling av data

Revisor vil benytte seg av følgende metoder for datainnsamling:

- Oppstartsmøte med kommunedirektør
- Dokumentgjennomgang av kommunens rutiner, planer, sjekklister, maler, avvik osv.
- Intervju med ledere og ansatte ved institusjonene (inkl tillitsvalgte/verneombud)
- Spørreundersøkelse/spørsmål per epost ved behov

4 PROSJEKTORGANISERING

4.1 Prosjektteam

Oppdragsansvarlig revisor	Mette Sandvik
Prosjektmedarbeider	Marit Ingunn Holmvik
Kvalitetssikrer	Merete Montero
Kvalitetssikrer	Line Johnsen Wirum

4.2 Milepælsplan

Bestillingsdato	Dato
Prosjektplan til sekretær	2.6.23
Oppstartsmøte	Uke 47 (2023)
Datainnsamling ferdig	15.2.24
Rapport til uttalelse	1.3.24
Rapport til sekretær	29.3.24

Brekstad, 2.6.23

Mette Sandvik

Oppdragsansvarlig revisor

VEDLEGG 1: UAVHENGIGHETSERKLÆRING

(signer uavhengighetserklæring og lim inn her/legg ved prosjektplanen)

RivRevisjon

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no