



Pleie og omsorg

Forvaltningsrevisjon - Drangedal kommune

2017 :: 717 017

Forord

Telemark kommunerevisjon IKS er et av landets største interkommunale revisjonsselskaper. Alle de 18 kommunene i Telemark, kommunene Larvik og Lardal i Vestfold og Telemark fylkeskommune er eiere av selskapet. Vi utfører revisjon og andre tjenester for våre eiere og andre kommunale/fylkeskommunale aktører.

Telemark kommunerevisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon innenfor en rekke områder, og med forskjellige innfallsvinkler. Våre ansatte har samfunnsfaglig, økonomisk og juridisk utdanning på mastergradsnivå, og har bred kompetanse innen offentlig forvaltning. Vi gjennomfører oppdragene i samsvar med Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon ([RSK 001](#)). Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Anne Hagen Stridsklev, med Kirsti Torbjørnson som oppdragsansvarlig.

Vi samarbeider faglig og administrativt med Buskerud kommunerevisjon IKS og Vestfold kommunerevisjon.

Drangedal kommune har fått følgende rapporter om forvaltningsrevisjon fra 2012:

717 013	Selvkost og gebyr (2014)
717 014	Tildeling av SMIL-midler (2013)
717 015	Barnevernstjenesten i Drangedal (2015)
7500014	Tilsyn med byggesaker i Grenland (2015)

Du kan finne alle våre rapporter på vårt nettsted www.tekomrev.no, der du også kan lese mer om forvaltningsrevisjon generelt.

Innhold

Sammendrag	iii
1 Innledning	1
1.1 Kontrollutvalgets bestilling	1
1.2 Bakgrunn.....	1
1.3 Problemstillinger og revisjonskriterier.....	1
1.4 Avgrensning	2
1.5 Metode og kvalitetssikring.....	2
1.6 Høring.....	2
2 Ressurser og behov i pleie og omsorg.....	3
2.1 Revisjonskriterier	3
2.2 Planlegging, befolkningsutvikling og økonomi	4
2.3 Organisering.....	7
2.4 Bemanning og kompetanse.....	14
2.5 Revisors vurdering.....	15
3 Tiltak for kvalitet.....	18
3.1 Om kvalitet i helse- og omsorgslovgivningen	18
3.2 Medarbeideres kompetanse	19
3.3 Avvik.....	23
3.4 Erfaringer fra brukere og pårørende.....	25
4 Konklusjoner og anbefalinger.....	28
4.1 Konklusjoner	28
4.2 Anbefalinger.....	29
Litteratur og kildereferanser	30
Tabelloversikt.....	31
Figuroversikt	31
Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse.....	32
Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring	34

Foto forside: Ilco

Sammendrag

Bestilling og bakgrunn

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i sak 7/17 og prosjektplanen ble godkjent i sak 10/17.

Kommunene har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til de som til enhver tid oppholder seg i kommunen. Nye krav til kommunene og endringer i befolkningen gjør at kommunene stadig må gjøre tilpasninger i tjenestene.

I denne forvaltningsrevisjonen undersøker vi følgende problemstillinger:

- I hvilken grad er det samsvar mellom ressurser og behov i pleie- og omsorgstjenestene i Drangedal kommune? Herunder vurdering av
 - økonomi (sammenligne med andre kommuner- sammenligning basert på KOSTRA-tall)
 - organisering (institusjonsplasser/hjemmetjeneste)
 - kompetanse og antall årsverk
- I hvilken grad har kommunen tiltak for å sikre god kvalitet i tjenestene?

Forvaltningsrevisjonen omfatter primært institusjons- og hjemmetjenester til innbyggere som er 67 år og eldre.

Om det er samsvar mellom ressurser til og behov for pleie- og omsorgstjenester?

Kommunen oppfyller ikke kravet om å planlegge tjenestene. Vi mener at kommunen bør ha et helhetlige og oppdatert plandokument om innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester og om hva kommunen vil gjøre for å dekke behovene.

Kommunen har en tjenesteprofil med satsning på hjemmetjenester framfor institusjonsplasser, og kommunen har god kapasitet på sykehjemsplasser og omsorgsplasser. Det synes som det er samsvar mellom behovet for og tilbudet av sykehjemsplasser/omsorgsboliger.

Pleie- og omsorgstjenestene fremstår generelt som sårbare både når det gjelder bemanning og kompetanse. Hjemmetjenestene fremstår som mest presset når det gjelder ressurser. Vi stiller spørsmål ved om kommunen har styrket disse tjenestene i tilstrekkelig grad, og om kommunen er rustet til å møte et forventet økt behov for slike tjenester etter hvert som andelen eldre øker.

Om kommunen har tiltak for å sikre god kvalitet i tjenestene?

Vi har under denne problemstillingen vurdert kommunens tiltak for sikre medarbeidernes kompetanse, registrering og håndtering av avvik og tiltak for å innhente og bruke erfaringer fra brukere og pårørende.

Kommunen har etter vårt syn tiltak for å sikre god kvalitet i tjenestene, men ikke alle tiltak er like virksomme.

Kommunens tiltak for å øke andelen ansatte med høgskole/sykepleierkompetanse har ikke ført fram i alle enheter, og kommunen har ikke satt inn alternative tiltak. Konsekvensen av dette er at kompetansen er lavere enn ønskelig.

Kommunen har rutiner for å registrere avvik. Det er ulik kultur for å skrive avvik på enhetene. Vi mener at kommunen bør vurdere om avvik i stor nok grad brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.

Kommunen har gode rutiner for å innhente erfaringer fra brukere/pårørende, samt for å bruke erfaringene til å forbedre tjenestene.

Anbefalinger

Vi mener at kommunen bør:

- Utarbeide plan for pleie- og omsorgstjenestene
- Vurdere om pleie- og omsorgstjenestene er riktig dimensjonert
- Iverksette virksomme tiltak for å øke sykepleierandelen
- Vurderte mer systematisk arbeid med avvik
- Vurdere mer systematisk arbeid med etisk refleksjon i alle enheter

Bø 11. august 2017

Telemark kommunerevisjon IKS

1 Innledning

1.1 Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i sak 7/17 og prosjektplanen ble godkjent i sak 10/17.

Hjemmel for forvaltningsrevisjon er gitt i kommuneloven § 77 nr. 4, jamfør forskrift om kontrollutvalg kapittel 5 og forskrift om revisjon kapitel 3.

1.2 Bakgrunn

Kommunene har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til de som til enhver tid oppholder seg i kommunen. Nye krav til kommunene og endringer i befolkningen gjør at kommunene stadig må gjøre tilpasninger i tjenestene. Samhandlingsreformen fra 2012 gav kommunene større ansvar for innbyggernes helse- og rehabiliterings-tjenester, og som en følge av dette har kommunene måttet øke kompetansen på enkelte områder, samt til dels bygge opp nye tjenester. Det er også et statlig mål at eldre skal få bo i eget hjem så lenge som mulig. Dette regnes som samfunnsøkonomisk gunstig, samtidig som man antar at det er bedre for den enkelte å få bo i eget hjem i stedet for i institusjon.

Drangedal kommune har de siste 10-15 årene fått færre innbyggere som er 80 år og eldre. Denne aldersgruppa er de tyngste brukerne av pleie- og omsorgstjenester. Samtidig er antall innbyggere i aldersgruppa 67-79 år økende. Det er disse innbyggerne som vil ha behov for pleie- og omsorgstjenester i årene fremover.

1.3 Problemstillinger og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

- I hvilken grad er det samsvar mellom ressurser og behov i pleie- og omsorgstjenestene i Drangedal kommune? Herunder vurdering av
 - økonomi (sammenligne med andre kommuner- sammenligning basert på KOSTRA-tall)
 - organisering (institusjonsplasser/hjemmetjeneste)
 - kompetanse og antall årsverk

- I hvilken grad har kommunen tiltak for å sikre god kvalitet i tjenestene?

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven. Kriteriene er nærmere angitt under hver problemstilling.

1.4 Avgrensning

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler primært institusjons- og hjemmetjenester til innbyggerne som er 67 år og eldre. Vi har ikke sett på pleie- og omsorgstjenester retta mot yngre brukere. Vi har heller ikke sett på legetjenester.

1.5 Metode og kvalitetssikring

I denne forvaltningsrevisjonen har vi intervjuet kommunalsjef og enhetsledere med ansvar for pleie- og omsorgstjenester til innbyggere som er 67 år og eldre. Vi har snakket med tillitsvalgte for Fagforbundet og Sykepleierforbundet for å få innblikk i de ansattes arbeidssituasjon. Vi har gjennomgått relevant dokumentasjon.

Vi har videre brukt Kostra-data for å kartlegge og illustrere status på kommunens pleie- og omsorgstjenester.

Valg av metode og tiltak for kvalitetssikring er omtalt nærmere i vedlegg 2 til rapporten.

1.6 Høring

Rapporten er sendt på høring 6. juli 2017. I høringssvaret ble det påpekt feil data i tabell 3 Kompetanse. Tabellen er korrigert, og de nye dataene har ført endringer i tilhørende vurderinger og konklusjoner. Rådmannens høringsuttalelse ligger i vedlegg 1.

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

2 Ressurser og behov i pleie og omsorg

I hvilken grad er det samsvar mellom ressurser og behov i pleie- og omsorgstjenestene i Drangedal kommune?

2.1 Revisjonskriterier

Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (utdrag)

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestene omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov.

Kommunens ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester er nærmere regulert i § 3-2 *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*. Kommunen skal tilby flere tjenester enn det som er listet opp under, for eksempel skolehelsetjeneste og svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Vi har listet opp tjenester som er mest aktuelle for eldre.

- Kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet.
- Kommunen skal tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand.
- Kommunen skal tilby plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak.

Kravet om å planlegge innebærer at kommunen må vurdere behovet for tjenester, personell og kompetanse og legge planer for hvordan behov møtes, personell rekrutteres og kvalitet utvikles.

Kommunene skal ha en *rasjonell og effektiv* forvaltning til beste for innbyggerne, jf. kommuneloven § 1. Vi legger til grunn at dette kravet også omfatter kommunens pleie- og omsorgstjenester. Vi mener at dette innebærer at tjenestene må dimensjoneres etter innbyggernes behov. Det vil normalt ikke være *rasjonelt eller effektivt* om kommunen har vesentlig overkapasitet på tjenestene.

Dette gir følgende revisjonskriterium:

- Kommunen må tilby helse- og omsorgstjenester i det omfang som lovgivningen krever og som er dimensjonert i samsvar med behovene i befolkningen.

2.2 Planlegging, befolkningsutvikling og økonomi

Kommunen har en bevisst satsning på hjemmebasert omsorg. Ifølge kommunalsjef ble denne satsningen besluttet da kommunen på slutten av 90-tallet vedtok å bygge nytt sykehjem med halvparten så mange plasser som det det gamle. Denne beslutningen har vært førende for planleggingen av tjenestene siden.

Drangedal kommune har ikke pleie og omsorgsplan. Agenda Kaupang gjorde i 2006 en gjennomgang av driften av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Kommunen sier at de har tatt utgangspunkt i denne rapporten når de har planlagt tjenestene sine.

Samhandlingsreformen kom i 2012, og kommunalsjef sier at de krav og forventninger som ligger i reformen også har påvirket kommunens prioriteringer. Frisklivscentralen og rehabiliteringsteamet ble etablert som en følge av krav og forventninger i reformen. Kommunen utarbeidet også en kompetanseprofil som kartla sektorens behov for kompetanse, og der behov for økt sykepleierkompetanse ble særskilt stadfestet.

Tabell 1 Andel eldre 2016

Status 2016	Drangedal	Gruppe 2	Landet
Andel 67-79 år	13	13	10,8
Andel 80+	6	5,6	4,4

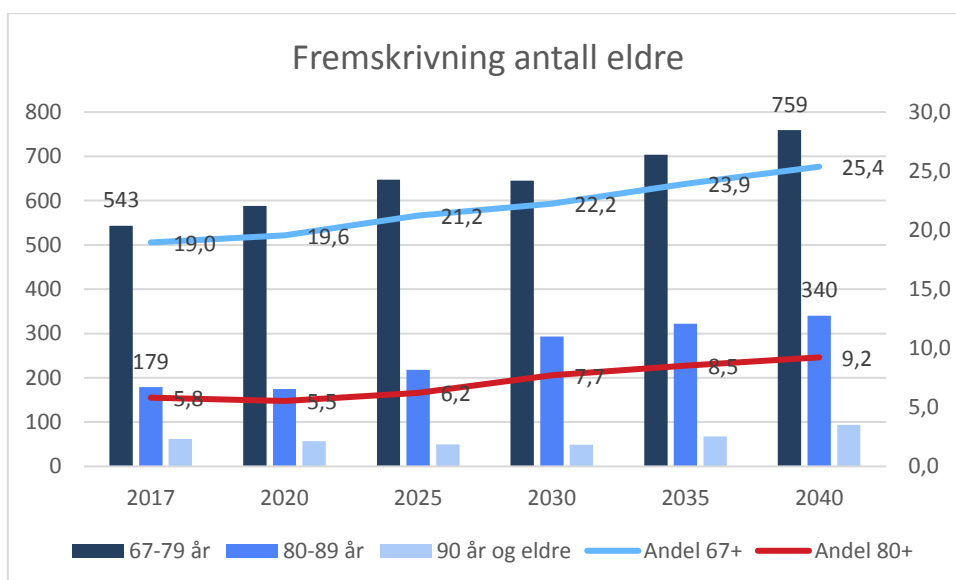
Andelen eldre i Drangedal er på samme nivå som i gruppe 2-kommunene, men over landsgjennomsnittet.

Tabell 2 Prioritering 2016

Prioritering 2016	Drangedal	Gruppe 2	Landet
Netto driftsutg plo i % av totale netto driftsutg	31,9	33,2	31,1
Institusjoner - andel av netto driftsutgifter til plo	30	45	44
Tjenester til hjemmeboende - andel av netto driftsutg plo	64	50	50

Drangedal bruker en mindre andel av ressursene sine på pleie og omsorg enn gruppe 2-kommunene, selv om andelen eldre er ganske lik. Drangedal prioriterer annerledes innad i tjenesten enn gruppe 2-kommunene. Institusjoner er prioritert lavere, og tjenester til hjemmeboende er prioritert høyere.

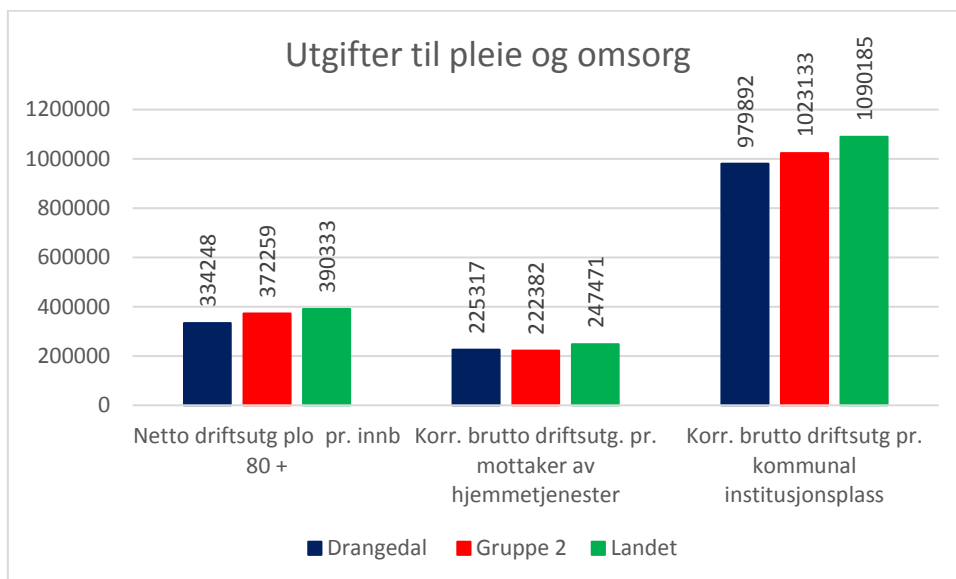
Agenda Kaupang konkluderte i 2006 med at kommunen antakelig ikke vil få noe økt behov for tjenester innen pleie og omsorg de neste 10-15 årene. Dette var fordi at kommunen ville få færre eldre de neste 15 årene.



Figur 1 Befolkningsutvikling 2017-2040

Figuren viser at per 31.12.2016 var det 250 personer i Drangedal som var 80 år og eldre. Prognosen sier at andelen eldre i Drangedal vil synke litt frem mot 2020, og deretter øke. I 2040 vil en fjerdedel av innbyggerne være over 67 år. Nærmere én av ti vil være over 80 år.

Figuren viser at Drangedal har lavere utgifter til pleie- og omsorg enn sammenligningskommunene, sett opp mot innbyggere i aldersgruppa 80 +.



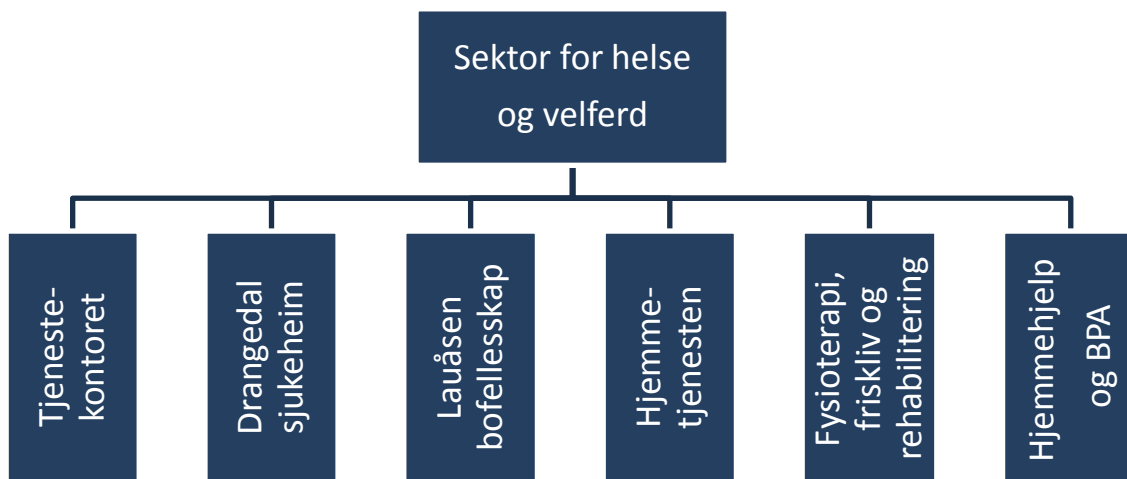
Figur 2 Utgifter til pleie og omsorg 2016

Driftsutgiftene per mottaker av hjemmetjenester i Drangedal ligger under landsgjennomsnittet, men litt høyere enn gjennomsnittet i gruppe 2-kommunene. Utgiftene per institusjonsplass er lavere i Drangedal enn i sammenligningskommunene.

Kommunalsjef mener pleie- og omsorgstjenestene generelt har knappe ressurser og at hjemmetjenestene ikke er tilført nok ressurser. Sektoren har hatt overforbruk i mange år, og overforbruket er i stor grad utløst av press på hjemmetjenesten. Kommunalsjef sier de prøver å gjøre det beste innenfor de rammene de har. Kommunen er liten og det gjør det enkelt å holde oversikt over behov og brukere. Kommunalsjef mener at det til en viss grad veier opp for lave ressurser.

2.3 Organisering

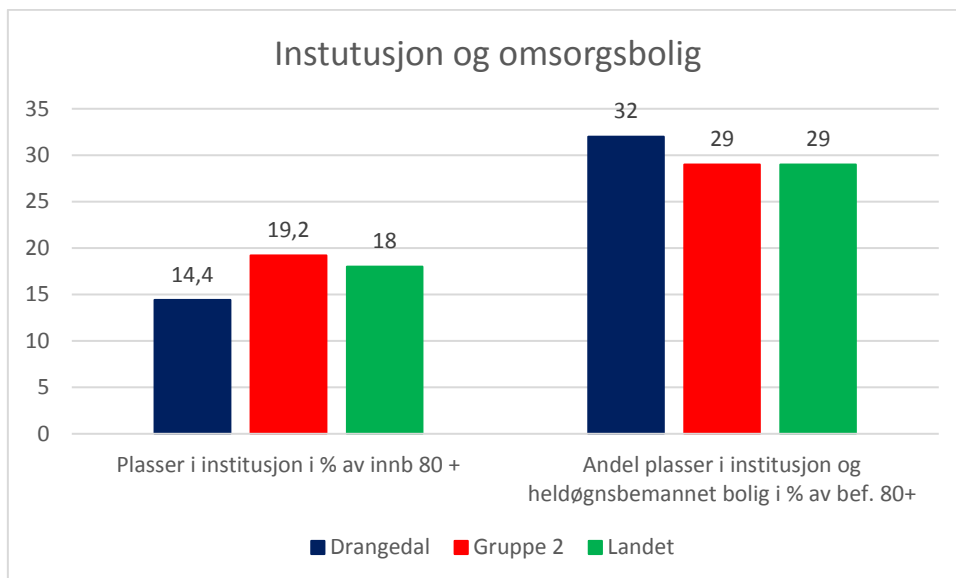
Sektor for helse og velferd har flere enheter enn det som er vist i organisasjonskartet under. Vi har tatt de enhetene som yter pleie- og omsorgstjenester til eldre. Sektoren ledes av kommunalsjef og hver av enhetene har sin enhetsleder.



Tjenestekontoret ble opprettet i etter gjennomgangen til Agenda Kaupang i 2007/8, og tildeler alle helse- og omsorgstjenester i kommunen.

2.3.1 Institusjonsplasser og omsorgsboliger

Det er tre enheter i kommunen som har ansvar for institusjonsplasser og omsorgsboliger, Drangedal sjukeheim, Lauvåsen bofellesskap og hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten har ansvaret for Neslandstun og Gudbrandsvei omsorgsboliger. Lauvåsen bofellesskap er et tilbud til demente som består av en institusjonsdel (skjerma enhet) og et bofellesskap.



Figur 3 Institusjonsplasser og omsorgsboliger 2016

Figuren over viser hvor mange institusjonsplasser (sykehjem) og heldøgnsbemannede omsorgsboliger Drangedal har i forhold til innbyggere som er 80 år og eldre. Drangedal har færre institusjonsplasser i forhold til denne aldersgruppa enn sammenligningskommunene. Dersom vi ser på både institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, har Drangedal i sum flere plasser enn sammenligningskommunene.

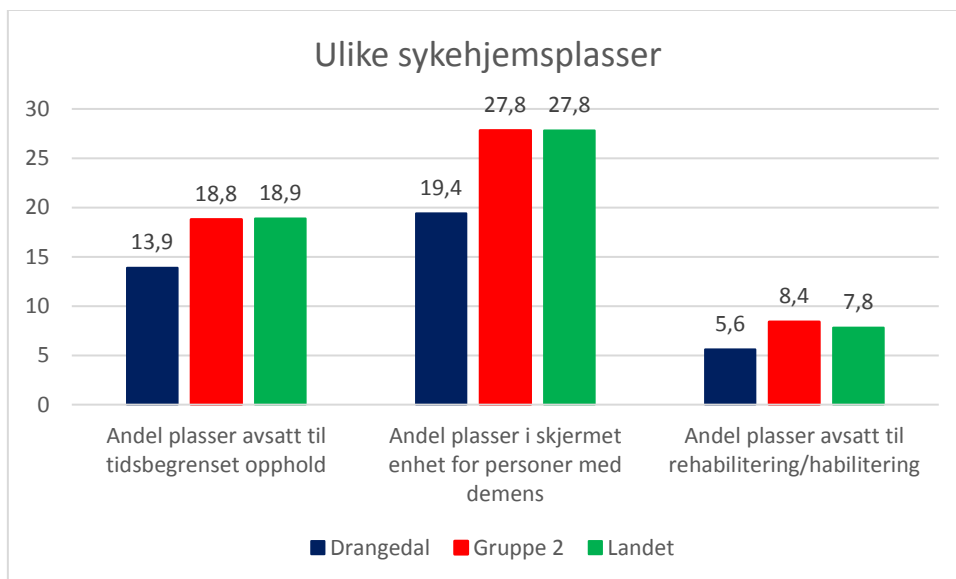
Drangedal sjukeheim ble bygget i 2003 og har 32 rom, alle enerom med eget bad. Sjukeheimen skal i utgangspunktet holde 4 plasser ubesatt, dvs. at 28 rom skal brukes, men enhetsleder kan bruke mer enn 28 rom dersom det er behov for det. Da vi snakket med enhetsleder for sjukeheimen i slutten av april, mente hun at de hadde kapasitet til å ta imot alle som hadde behov for sykehjemsplass. Kommunen har i perioder leid ut plasser til Bø og Bamble.

Lauvåsen bokollektiv har 7 plasser i den skjerma enheten, og i utgangspunktet 7 plasser i bokollektivet, dvs. i alt 14 plasser. Men antall plasser i bokollektivet ble redusert til 4 plasser fra 1. september 2016. Det betyr at kommunen nå har 11 plasser til denne pasientgruppa. Enhetsleder for Lauvåsen mener at det i perioder kan være behov for alle 14 plassene. Da vi snakket med enhetsleder i begynnelsen av mai, mente hun at det behovet ikke var større enn de kunne dekke. Enhetsleder mener pasienter med behov får innvilget plass, men enkelte har måttet vente litt på ledig plass. I slike tilfeller må kommunen sette inn andre tilbud eller ev. avlastning på sjukeheimen frem til det blir ledig plass i bofelleskapet. Lauvåsen har ikke samme fleksibilitet som sjukeheimen, og kan ikke bruke de stengte plassene.

Bokollektivet har også et dagsenter for hjemmeboende demente tre dager i uka. Dagsenteret har fire plasser.

Målgruppa for Neslandstun og Gudbrandsvei omsorgsboliger er eldre som er for syke til å bo hjemme, men ikke syke nok for sykehjemmet. Neslandstunet har hvilende nattevakt, mens Gudbrandsvei omsorgsboliger er heldøgnbemannet. Det er 14 boliger både på Neslandstun og i Gudbrandsvei, i alt 28 boliger. Enhetsleder for hjemmetjenesten mener at det noen ganger er press på omsorgsboligene, og andre ganger ikke. Enhetsleder mener at tjenestekontoret er flinke til å prioritere mellom hvem som trenger omsorgsbolig, og hvem som kan klare seg hjemme med litt mer hjelp. Da vi snakket med enhetsleder var det tre ledige boliger. Det er en tendens at beboerne ikke ønsker å flytte til sjukeheimen etter hvert som de blir skrøpeligere, og at de får lov til å ende sine dager i omsorgsboligen.

Enhetsleder for tildelingskontoret sier at folk søker om omsorgsbolig før de trenger det, og ber om å få stå på venteliste.

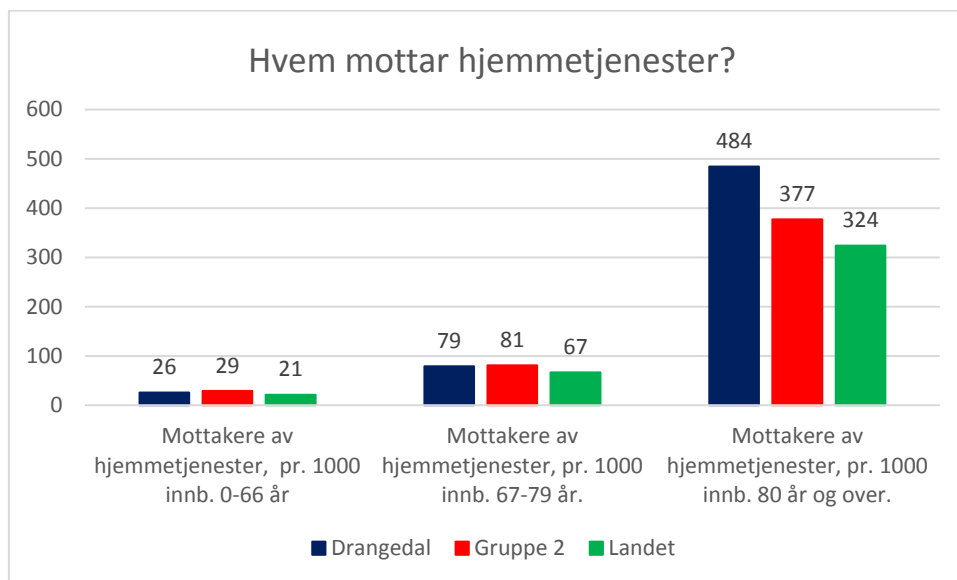


Figur 4 Ulike sykehjemsplasser 2016

Figuren over viser at Drangedal har avsatt færre plasser til tidsbegrenset opphold, og har avsatt færre plasser i skjermet enhet og færre plasser til habilitering/rehabilitering enn sammenligningskommunene. Fire rom på sjukeheimen er avsatt til ulike former for korttidsopphold. Man kan få korttidsopphold til rehabilitering, utredning og avlastning. Kommunen er fleksibel i hvordan de bruker plassene. Det innebærer at kommunen har mer enn fire rom til korttidsopphold dersom det er behov for det.

2.3.2 Tjenester til hjemmeboende

To enheter tilbyr tjenester til hjemmeboende.² Hjemmetjenesten og enhet for hjemmehjelp og praktisk bistand. Hjemmetjenesten tilbyr bl.a. hjelp til personlig hygiene, medikamenthåndtering og medisinsk oppfølging. Hjemmehjelp/praktisk bistand tilbyr hjelp med husarbeid og klesvask.

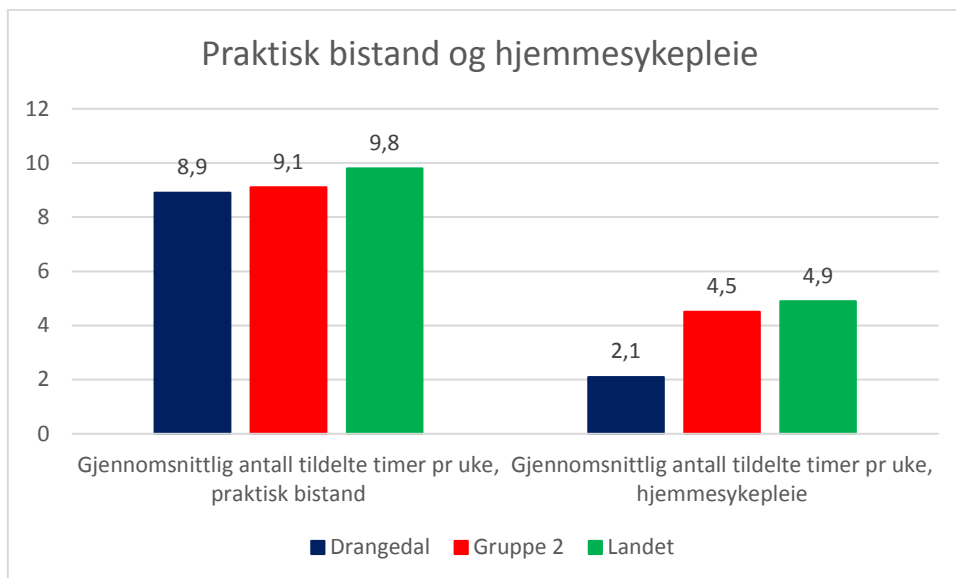


Figur 5 Hjemmetjeneste og praktisk bistand

Figuren viser at Drangedal har flere mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 0-66 år og 67-79 år enn landsgjennomsnittet, men litt færre mottakere enn gruppe 2-kommunene. Drangedal har flere mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppa 80 + enn sammenligningskommunene.

Figuren under viser hvor mange timer praktisk bistand og hjemmesykepleie kommunen i gjennomsnitt tildeler. Figuren viser tildelte timer til alle aldersgrupper, ikke bare tildeling til eldre.

² Eldre som bor i omsorgsbolig mottar hjemmetjenester. Beboere i omsorgsboligene og tjenester til beboerne i omsorgsboligene inngår i figur 5 og 6.



Figur 6 Gjennomsnittlig tildelte timer 2016

Figuren viser at Drangedal tildeler færre timer i praktisk bistand og hjemmesykepleie enn sammenligningskommunene. Særlig er gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie lavere. Når det gjelder hjemmehjelp, har kommunen praksis på å tildele 1,5 time hver 14. dag, ev. 1 time hver 14. dag i små boliger.

Kommunalsjef sier at kommunen har praksis for å tildele litt hjemmetjeneste til mange, dvs. «å smøre tjenestene tynt utover». Kommunen har spredt bosetting med mange eldre som bor alene, og kommunalsjef mener at det kan virke forebyggende om kommunen kommer tidlig inn.

2.3.3 Fysioterapi, rehabilitering og friskliv

Enheten har ulike tilbud og tjenester som brukes av innbyggere både over og under 67 år. Vi fokuserer på tilbud som er rettet mot og brukes av personer over 67 år.

Rehabiliteringsteamet

Rehabiliteringsteamet er tverrfaglig, og består av psykiatrisk sykepleier, vernepleier og fysioterapeut. Teamet har pasienter i alle aldre, men flest over 67 år. Teamet jobber både med psykisk og fysisk rehabilitering, og samarbeider med tjenestekontoret og hjemmetjenesten. Rehabiliteringstjenesten jobber direkte mot brukerne, men gir også instruksjoner til hjemmetjenesten om hvordan de skal følge opp pasientene.

Hjemmetjenesten og rehabiliteringsteamet har møte hver uke der de tar opp felles pasienter og pasienter som kommer hjem fra sykehus/sykehjem. Enhetsleder for hjemmetjenesten sier at samarbeidet med rehabiliteringsteamet har ført til at pasientene ikke trenger hjemmesykepleien så lenge, og at pasientene blir flinkere til å klare seg selv.

Enhetsleder for hjemmetjenesten opplever at ressursene til rehabilitering er tilstrekkelige for hennes pasientgruppe.

Rehabiliteringsteamet er foreløpig et prosjekt som er delvis finansiert med tilskuddsmidler. Enhetsleder ønsker at rehabiliteringsteamet skal bli en fast ordning.

Frisklivsentralen

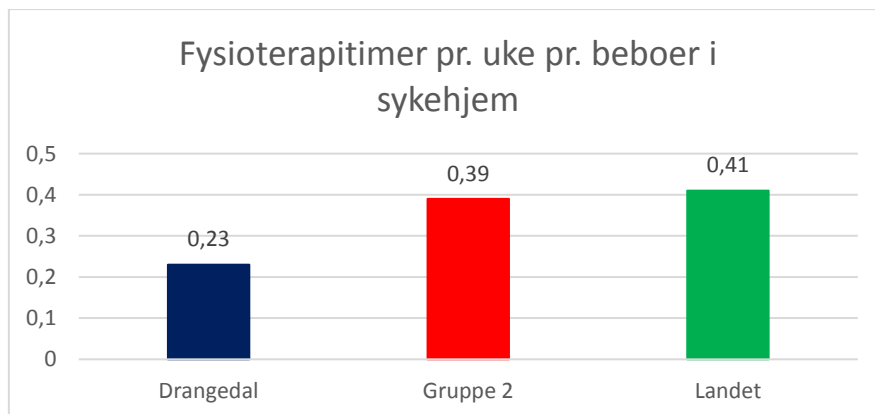
Frisklivsentralen har ulike gruppetilbud som er tilpasset ulike diagnoser og behov. Tilbudene har brukere i alle aldersklasser. Eksempler på gruppetilbud/kurs:

- Hofte- og knegruppe
- Lungegruppe
- Hjerterehabiliteringsgruppe
- Balansegruppe
- Kostholdskurs
- Kurs i mestring av depresjon
- Kurs i mestring av belastning
- Ulike treningstilbud/grupper

Fysioterapi

Drangedal har privatpraktiserende fysioterapeuter i to avtalehemler. Enheten har ansatt fysioterapeuter i 1,2 stillinger. De privatpraktiserende fysioterapeutene og enheten har fordelt pasientene mellom seg. Enheten tar alle pasienter som trenger hjemmebesøk, og de privatpraktiserende tar alle andre pasienter. I noen tilfeller følger enheten opp pasienter som de har hatt på en rehabiliteringsgruppe tidligere, men ellers er det de privatpraktiserende som har alle de ordinære pasientene.

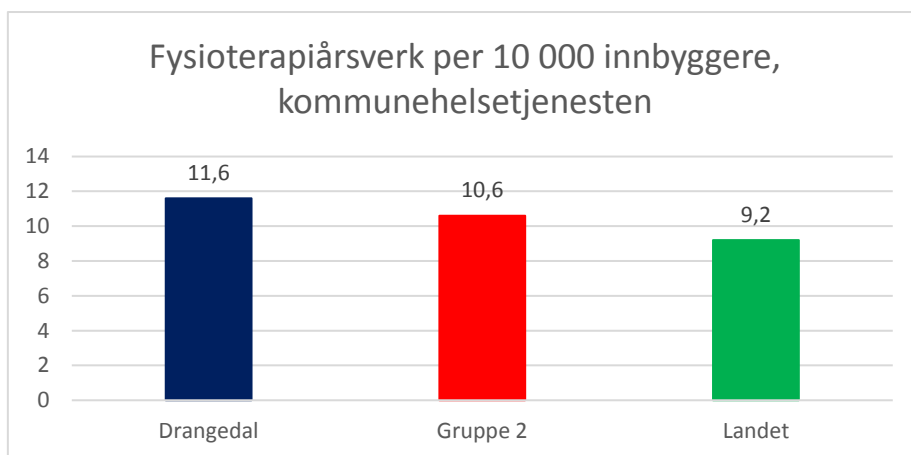
Kommunen ligger lavt på fysioterapi på sjukeheimen. Det er de dårligste som kommer på sjukeheimen, og de er ifølge enhetsleder ofte for dårlige for fysioterapi. Enhetsleder sier at fysioterapi blir tildelt etter behov, også på sjukeheimen.



Figur 7 Fysioterapi i sykehjem 2016

Enheten har hatt treningsgrupper både på sjukeheimen og i omsorgsboligene, men erfarte at det var få som brukte tilbudet.

Enheten har merket effekten av samhandlingsreformen. De privatpraktiserende fysioterapeutene har lange ventelister. Tidligere kunne enheten avlaste de privatpraktiserende fysioterapeutene ved å behandle ordinære fysioterapipasienter. Det kan de ikke nå lenger. Enhetsleder mener at det krever mye ressurser å jobbe forebyggende og ivareta de som kommer tidlig hjem fra sykehuset, og at det til tider er press på ressursene. Antall stillingshjemler til privatpraktiserende fysioterapeuter ble økt med en halv hjemmel i 2012.

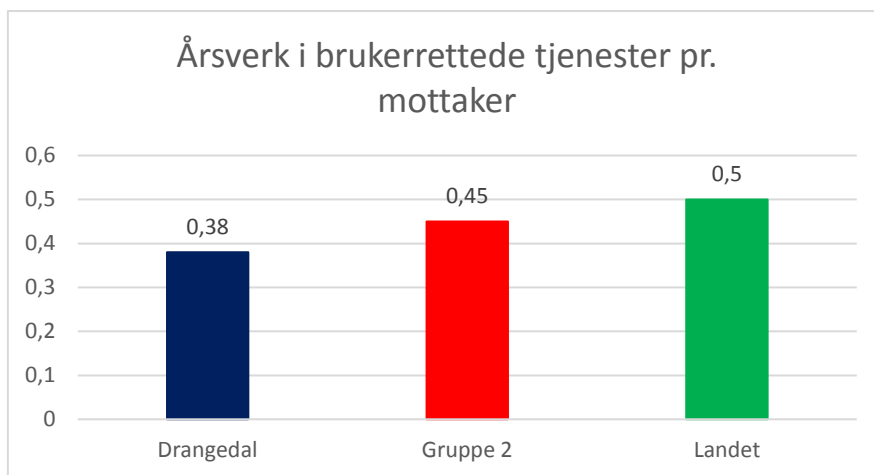


Figur 8 Samlet fysioterapidekning i kommunen 2016

Drangedal har bedre fysioterapidekning enn sammenligningskommunene.

2.4 Bemanning og kompetanse

Figuren under viser pleiefaktor i pleie- og omsorgstjenestene, dvs. antall årsverk i forhold antall pasienter og brukere. Pleiefaktoren vil variere fra enhet til enhet. Sykehjemmet vil vanligvis ha behov for flere ansatte enn hjemmetjenesten, og vil derfor ha høyere pleiefaktor.



Figur 9 Pleiefaktor 2016

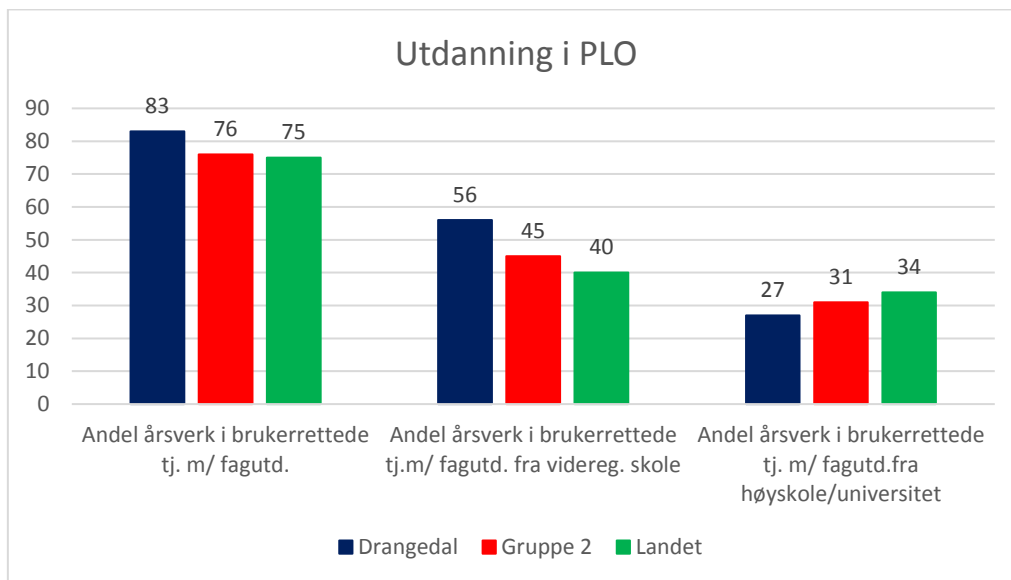
Drangedal har lavere pleiefaktor, dvs. færre ansatte i forhold til antall pasienter og brukere enn sammenligningskommunene. Kommunalsjef sier at tjenestene har knapp bemanning. De tillitsvalgte gir også uttrykk for at de ansatte i perioder har mye å gjøre og at det er særlig i hjemmetjenesten som bemanningen er sårbar. Tillitsvalgt for Fagforbundet mener at arbeidsgiver er flink til å sette inn ekstrabemanning hvis det er behov for det, men at grunnbemanningen burde økes i alle enheter.

Enhetsleder for sjukeheimen mener at sjukeheimen i utgangspunktet har tilstrekkelig bemanning, men i perioder med store utfordringer kan bemanningen være sårbar.

Enhetsleder for Lauvåsen mener bemanningen er knapp noen ganger. Når de har hatt pasienter med spesielle behov, har de måttet leie inn ekstra. Det er mye uro i pasientgruppen, og særlig bokollektivet er sårbart. Det er det bare én person på vakt på kveldene og de dagene det ikke er dagsenter. Den skjerma avdelingen er bedre bemannet.

Enhetsleder for hjemmetjenesten sier at det er travelt i perioder, og da burde de hatt flere ansatte. Særlig er det behov for flere sykepleiere. På grunn av samhandlingsreformen kommer pasientene tidligere hjem fra sykehus, og det fører til at det er større behov for sykepleierkompetanse.

Enhetsleder for hjemmehjelpene og praktisk bistand sier hun ofte ikke har nok ansatte til å utføre de tjenestene alle skal ha, og at hun må leie inn ekstrahjelp nesten hele tiden. Det er satt av midler i budsjettet til å leie inn ekstrahjelp.



Figur 10 Utdanning i PLO 2016

Figuren viser at Drangedal samlet sett har en høyere andel ansatte med fagutdanning enn sammenligningskommunene, men andelen ansatte med utdanning fra høyskole/universitet er lavere.

Tillitsvalgt for Sykepleierforbundet mener at sykepleierandelen i kommunen er for lav, og at hjemmetjenesten er særlig sårbar. Ved fravær blir sykepleier sjelden erstattet med sykepleier. Sykepleierforbundet mener at det burde være to sykepleiere på vakt til enhver tid. Det gjelder både i hjemmetjenestene og i sjukeheimen.

2.5 Revisors vurdering

Vi mener at kommunen ikke oppfyller kravet om å planlegge tjenestene. Kommunen bør ha et helhetlig og oppdatert plandokument om innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester og hva kommunen vil gjøre for å dekke behovene.

Kommunen har valgt en tjenesteprofil med satsning på hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsplasser. Dette samsvarer med statlige mål om at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig.

Satsningen på hjemmebaserte tjenester gjenspeiles i utgiftene. Kostra-sammenligningen viser at kommunen bruker en større andel utgifter på hjemmebaserte tjenester enn landsgjennomsnittet, og tilsvarende mindre på institusjon. Samlet sett bruker Drangedal mindre per mottaker (aldersgruppa 80 +) av pleie- og omsorgstjenester enn sammenligningskommunene, noe som kan ha sammenheng med satsningen på hjemmebaserte tjenester.

Kommunen har forholdsvis færre sykehjemsplasser enn sammenligningskommunene, men kapasiteten på sykehjemsplasser synes likevel å være tilstrekkelig. Dette kan ha sammenheng med at kommunen har relativt god dekning av omsorgsboliger. Faktisk synes det som kommunen til tider har hatt overkapasitet på sykehjemsplasser. Men ved å stenge rom og leie ut plasser, har kommunen tilpasset seg endret behov i befolkningen.

Andelen innbyggere i aldersgruppa 67-79 år er økende. Dette innebærer at kommunen bør prioritere tjenester som denne gruppa trenger. Dersom denne befolkningsgruppa skal bo hjemme så lenge som mulig etter hvert som de blir eldre, er det viktig at kommunen har tiltak for å forebygge og rehabilitere sykdom og skader. Frisklivscentralen og rehabiliteringsteamet er eksempler på slike tiltak. Vi mener dette er viktige tiltak som på lengre sikt kan føre til at behovet for sykehjemsplasser blir mindre.

Kommunens satsning på hjemmebaserte tjenester vises i at kommunen har flere mottakere av hjemmetjenester enn sammenligningskommunene, særlig i aldersgruppa 80 +. Men Drangedal tildeler i gjennomsnitt færre timer hjemmetjeneste per mottaker enn sammenligningskommunene, og i intervjuene fremkommer hjemmetjenesten som den enheten der det er mest press på ressursene. Det reiser spørsmålet om kommunen har styrket hjemmetjenestene i tilstrekkelig grad, om hjemmeboende faktisk får nok hjelp, og om kommunen er rustet til å møte et forventet økt behov for slike tjenester etterhvert som andelen eldre øker.

Kommunen har færre årsverk i forhold til antall brukere/pasienter enn sammenligningskommunene. Dette kan ha sammenheng med organiseringen av tjenestene, men det kan også være at Drangedal har lav bemanning i pleie- og omsorgstjenestene generelt. Kommunen bør vurdere hva som er forsvarlig nivå på bemanning.

Kommunen har lavere andel ansatte med utdanning fra høyskole/universitet enn sammenligningskommunene. I praksis betyr det at Drangedal har lavere

sykepleierandel enn sammenligningskommunene. Kommunens arbeid med kompetanseheving og å øke sykepleierandelen er nærmere omtalt under punkt 3.2.

3 Tiltak for kvalitet

3.1 Om kvalitet i helse- og omsorgslovgivningen

Kvalitetsbegrepet er ikke definert i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette er grunnlagt med at det er vanskelig å entydig definere begrepet kvalitet med få ord og at forståelsen av hva som ligger i kvalitetsbegrepet endrer seg over tid. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 sier at helse- og omsorgstjenester som ytes etter loven skal være *forsvarlige*. Bestemmelsen pålegger kommunen å tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient 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

I følge Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kan kvalitet være en dimensjon av forsvarlighetskravet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 krever at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Det følger av forskriften §§ 3, 4 og 5 at kommunen må etablere et styringssystem for hvordan virksomhetens aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Hvordan pliktene etterleves skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærmere regulert i forskriften §§ 6 til 9.

Uavhengig av kommunenes størrelse, vil kravet til styringssystem være omfattende. I det videre vil vi legge vekt på elementer som vi mener er sentrale i et slikt styringssystem. Dette er:

- medarbeideres kompetanse

- registrering og håndtering av avvik
- erfaringer fra brukere og pårørende

3.2 Medarbeideres kompetanse

3.2.1 Revisjonskriterier

Helse- og omsorgstjenesteloven er profesjonsnøytral, dvs. den har ikke bestemmelser om hvilke personellgrupper som skal ansettes eller som skal yte tjenester. Bakgrunnen for dette er at lovgiver mener at kommunen selv skal bygge opp en tjeneste basert på lokale behov, og at dette tilsier at kommunen selv fortløpende må avgjøre hva slags personell de vil ha behov for. Loven pålegger kommunene i § 4-1 å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene og at den enkelte pasient skal gis et verdig tjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 pålegger kommunen å sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, får påkrevd videre- og etterutdanning. Det framgår av lovforarbeidene (Prop. 91 L) at denne utdanningen skal sikre at ansatte kan holde sine kvalifikasjoner ved like. Tradisjonelt sikter etterutdanning mot ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å vedlikeholde kompetanse, og å bedre mestringen i den stilling som innehas. Videreutdanning kjennetegnes ved at den tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn det grunnutdanningen gir.

Vi legger til grunn at kravet om å gi et verdig tjenestetilbud innebærer at kommunen bør ha tiltak som sikrer at de ansatte kan gi et slikt tjenestetilbud og ta riktige etiske valg i utførelsen av sitt arbeide.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 bokstav f sier at plikten til å *planlegge* virksomhetens oppgaver innebærer å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Etter § 7 bokstav b i samme forskrift innebærer plikten til å *gjennomføre* virksomhetens aktiviteter å sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfelt, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Forskriften § 8 sier at plikten til å *evaluere* innebærer at kommunen bl.a. må

- 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.

Kommunen har plikt til å *korrigere*, og om dette sier § 9:

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c. forbedre nødvendige prosedyrer, 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.

Dette gir følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må sørge for systematisk kartlegging av ansattes kompetanse
- Kommunen må vurdere om ansatte har nødvendig kompetanse, og vurdere om kompetansen er egnet til å forbedre kvaliteten i tjenestene. Kommunen må iverksette tiltak dersom dette ikke er tilfellet.

3.2.2 Tiltak for å sikre kompetente medarbeidere

Drangedal kommune vedtok i 2013³ kompetanseprofil for helse- og omsorgstjenestene sine. Kompetanseprofilen kartlegger hvilken kompetanse kommunen hadde i 2013 og setter mål for hvilken kompetanse den ønsker å ha i 2020. Kommunen ønsker mer kompetanse i rehabilitering, demensomsorg og ergoterapi, og vil øke andelen ansatte med høgskoleutdanning. Innenfor hele helse- og velferdssektoren skal 13,8 årsverk omgjøres til stillinger som krever høgskoleutdanning innen 2020. Strategien for å oppnå dette er å kvalifisere egne ansatte, og å omgjøre stillinger etter hvert som de blir ledige. Kommunen ønsker også å omgjøre 3,4 assistentårsverk til stillinger med fagutdanning.

Drangedal kommune utarbeidet i 2017 en kompetanseutviklingsplan med formål om å øke kompetansen hos de ansatte og gjennom dette bidra til å gi bedre tjenester, saksbehandling og forvaltning til befolkningen. Kurs, opplæring, studieturer, etter- og videreutdanning og lignende skal forankres i kompetanseplanen og baseres på kommunens behov for videreutdanning og behov for kompetanse. Planen er behandlet i AMU og er en plan for hvordan sentrale kompetansemidler skal brukes.

³ Administrasjonsutvalget sak 4/13

Kommunen har også et kompetansekartleggingsverktøy (Dossier) som HR-avdelingen bruker for å ha oversikt over kompetansen til de ansatte.

Tabell 3 Kompetanse 2017

Enhet	Mål	2017*	2013
Tjenestekontor	100 % høgskole	100 % høgskole	100 % høgskole
Fysioterapi, rehab., friskliv	100 % høgskole	100 % høgskole	100 % høgskole
Sjukeheimen	50 % sykepleier 50 % fagarbeider	36 % sykepleier 64 % fagarbeider	30 % sykepleier 70 % fagarbeider
Lauåsen bofellesskap/ skjerma enhet	30 % høgskole 70 % fagarbeider	27 % høgskole 73 % fagarbeider	17 % høgskole 83 % fagarbeider
Hjemmetjenesten	40 % sykepleier 60 % fagarbeider	28 % sykepleier 72 % fagarbeider	24 % sykepleier 76 % fagarbeider
Praktisk bistand	30 % fagarbeider 70 % assistent	100 % assistent	100 % assistent

*) Pr. juli 2017

Enhetenes arbeid med kompetanseheving

Enhetsleder for fysioterapitjenesten sier at vurdering av behov for kompetanse gjøres i samråd med de ansatte. Enhetsleder mener at alle ansatte bør få et kurs i året selv om midlene er begrenset. Enheten har utarbeidet kompetanseplan for året som fremgår av virksomhetsplanen.

Enhetsleder for Lauvåsen er fornøyd med den kompetansen som de ansatte på enheten har, men på sikt ønsker hun å ha flere høgskoleutdanna. En fagarbeiderstilling ble omgjort til stilling med høgskoleutdanning i 2016. Da ble det ansatt en vernepleier. Ti ansatte er i gang med utdanning i å bruke musikk i miljøarbeidet på enheten, og ifølge enhetsleder er dette årets kompetanseheving.

Enhetsleder på sjukeheimen sier at for å øke sykepleierandelen blir annenhver ledig helsefagarbeiderstilling omgjort til sykepleierstilling. Enhetsleder mener at sykepleierandelen nå er på et akseptabelt nivå. Virksomhetsplanen til Drangedal sjukeheim inneholder oversikt over de ansattes kompetanse (kompetanseprofil), og kompetanseplan for året. Kompetanseplanen for 2017 inneholder kurs i systematisk refleksjon for alle ansatte. Enhetsleder ønsker at ansatte hadde tatt videreutdanning i rehabilitering, hun mener at sjukeheimen trenger mer slik kompetanse. Ingen har foreløpig vært villige til å ta denne videreutdanningen.

Virksomhetsplanen til hjemmetjenesten inneholder også oversikt over de ansattes kompetanse (kompetanseprofil), og kompetanseplan for året. Enhetsleder mener at helsefagarbeiderne på enheten har god kompetanse og at de får delta på kurs hvis de

ønsker. Enhetsleder ønsker at ansatte på enheten hadde mer kompetanse om kols og diabetes. Hun oppfordrer ansatte til deltagelse på kurs som hun mener er hensiktsmessige, men de ansatte må selv ønske denne kompetansen. Enheten har et ubesatt vikariat som sykepleier, som har vært lyst ut én gang. Enheten har ikke fått lov til å lyse ut stillingen for annen gang. Kommunalsjef sier at dette skyldes nedbemanningsprosess knyttet til enslige mindreårige flyktninger. Etter overordnet kompetanseplan skal stillinger ved ledighet omgjøres til sykepleierstillinger. Enhetsleder ser ikke at noen helsefagarbeiderstillinger blir ledige med det første, og dermed vil det ta tid å få opp sykepleierandelen på denne måten. Kommunalsjef mener at flere år med omstilling og nedbemanning er en av årsakene til at tiltakene for å øke kompetansen ikke har vært virksomme i hjemmetjenesten. Dersom hjemmetjenesten skal styrkes, må det gå på bekostning av andre enheter i sektoren, og kommunalsjef mener at det ikke er forsvarlig

Virksomhetsplanen til hjemmehjelp/BPA inneholder ikke kompetanseprofil eller kompetanseplan. Ifølge enhetsleder trenger hjemmehjelpene ikke formell kompetanse, og er ufaglærte. Det har vært et ønske om at hjemmehjelpene skulle være helsefagarbeidere for å være bedre i stand til å oppdage endrede behov hos brukerne. Kommunalsjef mener at det fortsatt er ønskelig med fagarbeidere i denne enheten, selv om det kanskje ikke er realistisk. Kommunen har erfart at fagarbeidere som jobber som hjemmehjelp, søker seg bort etter kort tid.

Etisk refleksjon/holdningsarbeid

Enhetsleder for sjukeheimen har gjennomført studium i systematisk etisk refleksjon. Hun hadde internopplæring i systematisk refleksjon for de ansatte på enheten i 2016 med case fra deres hverdag. Tilsvarende runde med opplæring står på planen for 2017.

Ingen av de andre enhetene som omfattes av denne forvaltningsrevisjonen har tilsvarende opplæringstiltak i systematisk etisk refleksjon. Enhetslederne i disse enhetene sier at etisk refleksjon er en del av det daglige, og at etiske temaer og vanskelige situasjoner blir diskutert på møter.

3.2.3 Revisors vurdering

Kommunen har oversikt over hvilken kompetanse de ansatte på enhetene har. Kommunen er ikke stor, og det ikke vanskelig for enhetsledere og kommunalsjef å ha oversikt.

Kommunen har konkludert i sin kompetanseprofil at kommunen trenger flere ansatte med høgskoleutdanning, og har vedtatt tiltak for å oppnå dette. Det fremkommer av

tabell 3 at flere av enhetene har styrket sin andel ansatte med høgskoleutdanning. Lauvåsen er det enheten som er nærmest kompetansemålet. Andelen sykepleiere har økt noe i hjemmetjenesten og i sjukeheimen, men andelen ligger fortsatt relativt langt under målet. Fagkompetansen innenfor enhet for praktisk bistand er uendret fra 2013. Kommunen bør vurdere om strategien for å øke kompetansen er tilstrekkelig virksom.

Vi mener at kommunen bør ha fokus på etikk og etisk refleksjon for å utvikle kvaliteten på tjenestene og sikre at brukernes behov blir godt ivaretatt. Kun én av enhetene har etisk refleksjon som en del av sin kompetanseplan. Vi mener at kommunen bør vurdere mer systematiske opplæringstiltak om dette temaet.

3.3 Avvik

3.3.1 Revisjonskriterier

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 sier at plikten til å *planlegge* innebærer bl.a. å ha oversikt over **avvik, herunder uønskede hendelser og klager**, samt brukererfaringer og annet som kan si noe om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Forskriften § 7 sier at plikten til å *gjennomføre* innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, 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.

Forskriften § 8 sier at plikten til å *evaluere* innebærer at å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Plikten til å *korrigere* følger av § 9, som er gjengitt i punkt 3.2.1.

Disse bestemmelsene innebærer at kommunen må ha tiltak for å avdekke overtredelse/brudd på

- helse- og omsorgslovgivningen
- kravene til faglig forsvarlighet
- kravene om systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Dette gir følgende revisjonskriterier:

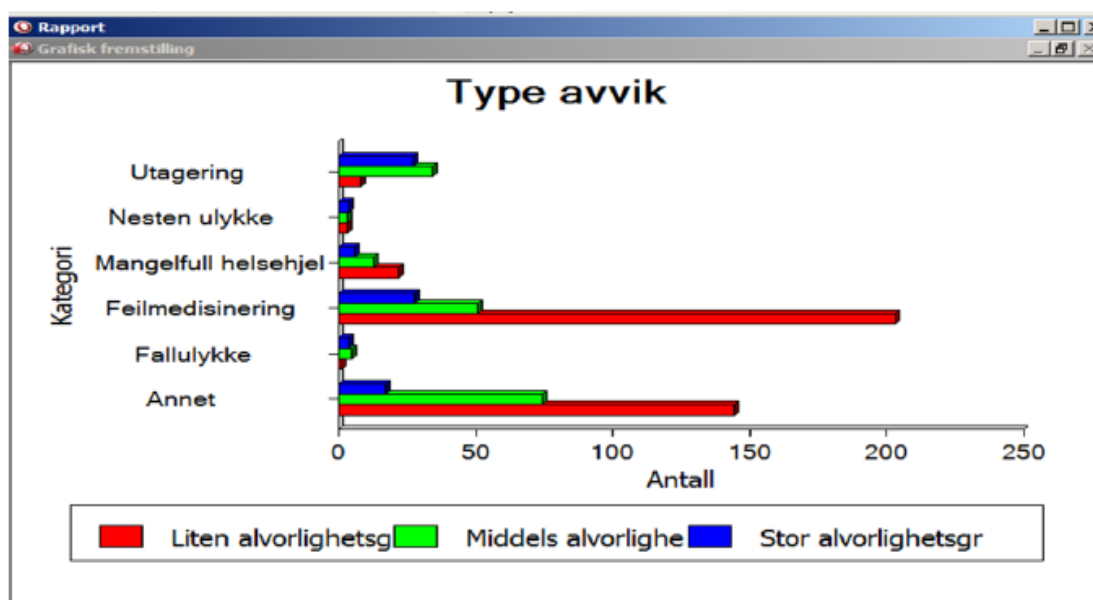
- Kommunen må ha rutiner og tiltak som for avdekke brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser.

- Avvikene må gjennomgås systematisk og brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.

3.3.2 Avvik – rutiner og praksis

Da Agenda Kaupang hadde sin gjennomgang i 2006 påpekte de at kommunen i liten grad skrev avvik, og ikke brukte det da nyanskaffede kvalitetssystemet QM Plus til å melde avvik. Agenda Kaupang foreslo som et forbedringspunkt at kommunen skulle legge større vekt på kvalitetskontroll og at avvik ble rapportert hver måned til rådmannen og til politikerne i hver tertialrapport.

Kommunen har rapportert på avvik samlet i årsmeldingene. I alt ble det rapportert inn 647 tjenesteavvik i 2016, mot 613 tjenesteavvik i 2015.



Figur 11 Rapporterte tjenesteavvik 2016 (fra kommunens årsmelding 2016)

Kommunen har ikke skriftlige rutiner for å melde og rette avvik. Ifølge kommunalsjefen er enhetene delegert ansvar for å behandle avvik. HMS-avvik behandles månedlig i AMU. Avdelingslederne skal løse tjenesteavvikene etter hvert som de oppstår, eller rapportere oppover i linja dersom dette ikke er mulig. Det er ikke noen rapportering av tjenesteavvik til kommunalsjef, eller til politisk nivå bortsett fra i årsmeldingen.

Kommunalsjefen sier at sektoren har jobbet mye med å få en god avvikskultur, men det er ulik praksis for å skrive avvik på enhetene. Det er også ulik forståelse av hva det skal skrives avvik på. Kommunalsjefen tror at det blir skrevet avvik dersom det er noe viktig. Det gjelder både HMS-avvik og tjenesteavvik.

Enhetslederne forteller at det blir skrevet avvik på enhetene, og at avvikene blir tatt opp på avdelingsmøter, personalmøter og i faggrupper. HMS-avvik blir skrevet i QM Plus og tjenesteavvik blir skrevet i Profil, begge er systemer som kommunen bruker i sine tjenester.

De fleste tjenesteavvikene som blir skrevet gjelder feilmedisinering. Ifølge kommunalsjefen er dette den handlingen som de ansatte gjør oftest, og det er bare en liten andel ganger at noe går feil. Kommunen innførte multidose for noen år siden som et tiltak for å få ned avvikene. Det førte ikke til færre avvik, men de har fått andre typer avvik som kommunalsjef mener er mindre alvorlige.

3.3.3 Revisor vurdering

Kommunen har ikke skriftlige rutiner om avvik, men synes likevel å ha praktisk fungerende rutiner for å skrive avvik. Tjenesteavvik blir stort sett fulgt opp internt på enhetene. Kommunen har erfart at det er ulik kultur for å skrive avvik. Vi mener at det kan bety at det også er ulik kultur for hvordan avvik følges opp på enhetene. Kommunen bør vurdere om skriftlige rutiner kan i større grad kan sikre ens registrering av avvik.

Formålet med å skrive avvik er ikke bare å avdekke uønskede hendelser og brudd på helse- og omsorgslovgivningen, men også at de skal brukes systematisk til å forbedre tjenestene. Dersom avvikene løses fortløpende uten ytterligere analyser, vil potensialet for forbedring ikke bli realisert. Vi mener at kommunen bør vurdere om avvik i stor nok grad brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.

3.4 Erfaringer fra brukere og pårørende

3.4.1 Revisjonskriterier

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd fastslår at kommunen må etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer.

Det fremgår av lovforarbeidene (Prop. 91 L) at det vil være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synpunkter.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 bokstav g sier at plikten til å *planlegge* innebærer å ha oversikt over klager og brukererfaringer. Videre sier § 7 bokstav e at

plikten til å *gjennomføre* innebærer å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Kommunen skal *evaluere* virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer, jf. § 8 bokstav d.

Plikten til å *korrigere* følger av forskriften § 9 som er gjengitt i pkt. 3.2.1.

Dette gir følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må ha et system for å innhente erfaringer fra brukere, pasienter og pårørende.
- Erfaringer fra brukere, pasienter og pårørende må brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.

3.4.2 Brukerundersøkelser

Kommunen gjennomfører brukerundersøkelser i pleie- og omsorgstjenestene. Brukerundersøkelsene har tidligere blitt gjennomført hvert år, men kommunen vil nå gå over til å gjennomføre undersøkelsene annethvert år. Resultatene fra brukerundersøkelsene blir gjengitt i enhetenes virksomhetsplaner og i årsmeldinga.

Brukere og i noen tilfeller pårørende deltar i brukerundersøkelsen. I enhetene med få brukere blir alle spurt. I enheter med mange brukere så som i hjemmetjenesten og i praktisk bistand, blir et utvalg av brukerne spurt, men utvalget som blir spurt rulleres fra gang til gang. Kommunen bruker spørreskjema utarbeidet av KS i sine brukerundersøkelser.

Enhetslederne for sjukeheimen, Lauvåsen, hjemmetjenesten og praktisk bistand forteller at de gjennomfører brukerundersøkelser, og at de sort sett får veldig gode tilbakemeldinger på brukerundersøkelsene.

Enhet for fysioterapi, rehabilitering og friskliv gjennomfører ikke brukerundersøkelser slik som de andre enhetene. Enheten har ikke fast plan for å gjennomføre brukerundersøkelser. Enhetsleder sier de gjennomfører brukerundersøkelse når de trenger å se hvordan jobben deres fungerer. I 2014 gjennomførte de brukerundersøkelser i friskliv og blant pårørende og brukere av rehabiliteringsteamet. De har planer om nye brukerundersøkelser nå i 2017. I brukerundersøkelsene fra 2014 fikk enheten gode tilbakemeldinger, særlig i friskliv. Brukerne av rehabiliteringsteamet var veldig fornøyde, men de pårørende var ikke så fornøyde. Enhetsleder mener at det var fordi de pårørende ikke hadde fått samme informasjon som brukerne. Enhetsleder sier at enheten skal bli flinkere til å informere og involvere de pårørende.

Kommunalsjefen sier at enhetene basert på resultatene fra brukerundersøkelsene, plukker ut ett eller to innsatsområder som de jobber med. Enhetene velger områder der de har fått noe dårligere score eller der hvor det har kommet mange kommentarer fra brukerne. Et eksempel er brukerundersøkelsen til sjukeheimen, der kom det ønske om mer aktivitet for beboerne og om flere muligheter til å komme ut. Som en følge av dette ble turstier rundt sjukeheimen asfaltert for bedre tilgangen for rullestoler og rullatorer. Det ble ansatt trivselsassistenter om sommeren som leser for pasientene, og tar dem med ut på tur. Ordningen med trivselsassistenter har blitt utvidet til omsorgsboligene. Enhetsleder på sjukeheimen forteller at hun har kjøpt sykkelrossje for å lettere ta pasientene ut på tur.

Enhetslederne forteller at det generelt er lite klager fra brukere og pårørende.

3.4.3 Revisors vurdering

Ved å gjennomfører jevnlig brukerundersøkelser mener vi at kommunen har gode tiltak for å innhente erfaringer fra brukere og pårørende. Vi mener også at kommunen bruker resultatene fra undersøkelsene til å forbedre tjenestene.

4 Konklusjoner og anbefalinger

4.1 Konklusjoner

I hvilken grad er det samsvar mellom ressurser og behov i pleie- og omsorgstjenestene i Drangedal kommune?

Kommunen oppfyller ikke kravet om å planlegge tjenestene. Vi mener at kommunen bør ha et helhetlige og oppdatert plandokument om innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester og om hva kommunen vil gjøre for å dekke behovene.

Kommunen har god kapasitet på sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det synes som det er samsvar mellom behovet for og tilbudet av sykehjemsplasser/omsorgsboliger.

Pleie- og omsorgstjenestene fremstår generelt som sårbare både når det gjelder bemanning og kompetanse. Hjemmetjenestene fremstår som mest presset når det gjelder ressurser. Vi stiller spørsmål ved om kommunen har styrket disse tjenestene i tilstrekkelig grad, og om kommunen er rustet til å møte et forventet økt behov for slike tjenester etter hvert som andelen eldre øker.

I hvilken grad har kommunen tiltak for å sikre god kvalitet i tjenestene?

Vi har under denne problemstillingen vurdert kommunens tiltak for sikre medarbeidernes kompetanse, registrering og håndtering av avvik og tiltak for å innhente og bruke erfaringer fra brukere og pårørende. Kommunen har etter vårt syn tiltak for å sikre god kvalitet i tjenestene, men ikke alle tiltak er like virksomme.

Kommunens tiltak for å øke andelen ansatte med høgskole/sykepleierkompetanse har ikke ført fram i alle enheter, og kommunen har ikke satt inn alternative tiltak. Konsekvensen av dette er at kompetansen er lavere enn ønskelig.

Kommunen har rutiner for å registrere avvik. Det er ulik kultur for å skrive avvik på enhetene. Vi mener at kommunen bør vurdere om avvik i stor nok grad brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.

Kommunen har gode rutiner for å innhente erfaringer fra brukere/pårørende, samt for å bruke erfaringene til å forbedre tjenestene.

4.2 Anbefalinger

Vi mener at kommunen bør:

- Utarbeide plan for pleie- og omsorgstjenestene
- Vurdere om pleie- og omsorgstjenestene er riktig dimensjonert
- Iverksette virksomme tiltak for å øke sykepleierandelen
- Vurderte mer systematisk arbeid med avvik
- Vurdere mer systematisk arbeid med etisk refleksjon i alle enheter

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter:

- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Forskrift 15. juni 2004 nr. 905 om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Offentlige dokument:

- Prp. 91L (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Tabelloversikt

Tabell 1 Andel eldre 2016.....	4
Tabell 2 Prioritering 2016	5
Tabell 3 Kompetanse 2017	21

Figuroversikt

Figur 1 Befolkningsutvikling 2017-2040	5
Figur 2 Utgifter til pleie og omsorg 2016.....	6
Figur 3 Institusjonsplasser og omsorgsboliger 2016	8
Figur 4 Ulike sykehjemsplasser 2016.....	9
Figur 5 Hjemmetjeneste og praktisk bistand	10
Figur 6 Gjennomsnittlig tildelte timer 2016	11
Figur 7 Fysioterapi i sykehjem 2016	13
Figur 8 Samlet fysioterapidekning i kommunen 2016.....	13
Figur 9 Pleiefaktor 2016	14
Figur 10 Utdanning i PLO 2016	15
Figur 11 Rapporterte tjenesteavvik 2016 (fra kommunens årsmelding 2016)	24

Vedlegg

Vedlegg 1: Høringsuttalelse fra administrasjonssjefen/rådmann

Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse



Drangedal kommune
Rådmann

Telemark kommunerevisjon IKS
Postboks 2805
3702 SKIEN

Anne Hagen Stridsklev

Deres ref.

Vår ref.
17/00762-3

Dato
25.07.2017

Forvaltningsrapport om pleie og omsorg - høring.

Det vises til utkast til Forvaltningsrapport om pleie og omsorg i Drangedal kommune, datert 6. juli 2017.

Kommunen bes om en skriftlig tilbakemelding på deres fremstilling av rapporten innen 1. august 2017.

Vi er i hovedsak enig innhold og fremstilling i rapporten om pleie og omsorg i Drangedal kommune.

Imidlertid vil vi kort kommentere og foreslå endring i følgende utsagn i rapporten:

“Om det er samsvar mellom ressurser til og behov for pleie- og omsorgstjenester?

Vi stiller spørsmål ved om kommunen har styrket disse tjenestene i tilstrekkelig grad, og om hjemmeboende faktisk får gode nok tjenester.”

Ordet “gode nok tjenester” er et relativt begrep dersom ikke det spesifiseres nærmere, og vil kunne oppfattes som et negativt omdømme på hele tjenesteleveransen til våre hjemmeboende brukere. Vi ser naturligvis selv behov og verdien i å tilstrebe best mulig kompetanse i arbeidet, men det vil etter vår mening være feil uten videre å koble dette til en nyansert beskrivelse av kvalitet på tjenesten.

Vi ønsker derfor at aktuell tekst i rapporten blir omskrevet til:

“Vi stiller spørsmål ved om kommunen har styrket disse tjenestene i tilstrekkelig grad, og mener at det bør skje en styrking av sykepleiebemanning og kompetanse for å heve omfang og kvalitet på tjenestene til hjemmeboende brukere i kommunen”.

For øvrig har vi følgende korrigerings av fakta i rapporten:

- s. 20. Korrigerings av tabell ; Kommunalsjef har foretatt en ny beregning pr. juli 2017. Den har tatt likt utgangspunkt som tabellen i saken om kompetanseprofil fra 2013. Det vil si at leder, nattevakter, renhold, merkantilt personell og personlige assistenter ikke er medregnet.

Enhet	Mål	2017	2013
Tjenestekontor	100 % høgskole	100 % høgskole	100 % høgskole
Fysioterapi, friskliv, rehabilitering	100 % høgskole	100 % høgskole	100 % høgskole

Postadresse

Drangedal kommune
Gudbrandsveien 7
3750 Drangedal

Besøksadresse

Gudbrandsveien 7
3750 DRANGEDAL
www.drangedal.kommune.no

Telefon: +47 35 99 70 00

Epost: postmottak@drangedal.kommune.no

Bankgiro: 2635 07 00284

Org.nr.: 933 277 461

Sjukeheimen	50 % sykepleier 50 % fagarbeider	36 % sykepleier 64 % fagarbeider	30 % sykepleier 70 % fagarbeider
Lauvåsen skjermet enhet/kollektiv for demente	30 % høgskole 70 % fagarbeider	27 % høgskole 73 % fagarbeider	17 % høgskole 83 % fagarbeider
Hjemmetjenesten	40 % sykepleier 60 % fagarbeider	28 % sykepleier 72 % fagarbeider	24 % sykepleier 76 % fagarbeider
Praktisk bistand	30 % fagarbeider 70 % assistent	100 % assistent	100 % assistent

- S. 21, 4. linje fra toppen; "Enheten har ikke fått lov til å lyse ut stillingen for annen gang av ressursårsaker". Kommunalsjef vil bemerke at dette ikke har vært av ressursårsaker, men grunnet pågående nedbemanningsprosess knyttet til EMF (enslige mindreårige flyktninger).
- S. 32; under strekpunktene som viser hvilke enheter som har vært til intervju mangler:
 - Lauvåsen skjermet enhet og bokollektiv for demente

Med hilsen

Jørn Christian Schjødt Knudsen
Rådmann
+47 35 99 70 02

Brevet er godkjent elektronisk.

Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Den praktiske gjennomføringen

Forvaltningsrevisjonsprosjektet startet opp ved oppstartbrev til Drangedal kommune dato 21. mars 2017, med påfølgende oppstartsmøte 18. april samme år.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi intervjuet enhetsledere med ansvar for pleie- og omsorgstjenester til innbyggere som er over 67 år. Dette er følgende enheter

- Drangedal Sjukeheim
- Tjenestekontoret
- Heimetjenesten
- Lauvåsen bokollektiv og skjerma enhet
- Fysioterapi, rehabilitering og friskliv
- Heimehjelp og praktisk bistand

Vi har også intervjuet kommunalsjef for helse og velferd. I tillegg har vi intervjuet tillitsvalgte for Fagforbundet og Sykepleierforbundet for å innblikk i de ansattes arbeidsforhold.

Det er skrevet referat fra alle intervjuene som er verifisert av intervjuobjektene.

Vi har kartlagt og gjennomgått relevante planleggingsdokumenter. De mest sentrale dokumentene er:

- enhetenes virksomhetsplaner,
- rapport om pleie- og omsorgstjenestene utarbeidet i Agenda Kaupang i 2006, og
- kompetanseprofil for helse og velferd 2013-2020.

Vi har brukt Kostra-data for 2016 for å kartlegge og illustrere status og nivå på pleie og omsorgstjenestene i Drangedal. Vi har sammenlignet Drangedal med landsgjennomsnittet (Oslo holdt utenfor) og med gjennomsnittet i Kostragruppe 2. Kostragruppe 2 består av kommuner som har like økonomiske rammebetingelser og folketall som Drangedal, og som Statistisk sentralbyrå (SSB) derfor mener er sammenlignbare.

Pålitelighet og relevans

Forvaltningsrevisjonsprosjekter skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. Pålitelighet handler om at

innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig, og at en skal kunne få samme resultat dersom undersøkelsen gjøres på nytt. Vi mener at den informasjonen som blir presentert i rapporten er pålitelig fordi den baserer seg på verifiserte intervju, eller på data som er utarbeidet av SSB. Videre fungerer høringen også som en kvalitetssikring som luker ut ev. feil eller misforståelser.

Relevans handler om at en undersøker de forholdene som problemstillingene skal avklare. Vi mener at de forhold som vi har undersøkt er relevante i forhold til problemstillingene for prosjektet.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres og rapporteres i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området, jf. forskrift om revisjon § 7. Denne rapporten er utarbeidet med grunnlag i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon⁴.

RSK 001 krever at forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres. Kvalitetssikring skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Telemark kommunerevisjon IKS har utarbeidet et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll – *ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester*. Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

⁴ Gjeldende RSK 001 er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre med virkning fra 1 februar 2011, og er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder som er fastsatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).