

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet og arbeidsmiljø i hjemmebasert omsorg

Lebesby kommune



Rapport 2022

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Lebesby kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitetssystemet i hjemmebasert omsorg, samt gjennomført en spørreundersøkelse om arbeidsmiljøet. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Lebesby kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Lebesby kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Finnsnes/Tromsø, 7.4.2022

Margrete Mjølhus Kleiven
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor
Ansvarlig for kvalitetssikring

Truls Siri
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

KomRev NORD har gjennomført forvaltningsrevisjon av kvalitetssystemet i Lebesby kommune v/hjemmebasert omsorg. Hjemmebasert omsorg består av sone Kjøllefjord og Laksefjord og gir hjemmesykepleie, hjemmehjelp og praktisk bistand. Undersøkelsen retter seg mot rutinene og systemene som skal sikre tjenestekvaliteten til tjenestemottakerne. Problemstillingen er som følger:

Har Lebesby kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Revisors konklusjon er at Lebesby kommune har ikke i tilstrekkelig grad dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer. Konklusjonen baserer seg på følgende oppsummerte funn og vurderinger:

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfylder** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for hjemmebasert omsorg. Vurderingen er begrunnet i revisors funn som viser at Lebesby kommune har et kvalitets- og avvikssystem; *QM+*. Systemet er ikke helt ferdig utviklet med hjemmebasert omsorg sine rutiner og prosedyrer. I tillegg viser funnene at kommunen bruker *Ikks-forvaltning* i virksomhetsstyring og saksbehandling. Faglige rutiner og prosedyrer foreligger både i permer og digitalt, og kommunen startet i 2019 med pasientsikkerhetsprogrammet som er et nasjonalt handlingsprogram/kvalitetssikringsprogram. Styringssystemet fremstår etter revisors vurdering som fragmentert der det foreligger dokumenterte rutiner og prosedyrer, samtidig som det er noe som ikke er dokumentert og i større grad praksisbeskrevet. Revisors vurdering bygger også på funn og vurderinger som er gjort av de øvrige revisjonskriteriene fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som presenteres nedenfor.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **ikke fullt ut oppfylder revisjonskriteriet** om å planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingen baserer seg på følgende oppsummerte funn knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 6 bokstav a til g:

- Oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering fremgår i pleie- og omsorgsplanen. Det arbeides etter mål og visjoner i kommunens pleie- og omsorgsplan, og kommunen startet opp med *pasientsikkerhetsprogrammet* i 2019, et nasjonalt handlingsprogram/kvalitetsprogram for å sikre gode og trygge tjenester.
- Kommunen har dokumentert hvordan informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver gjøres i hjemmebasert omsorg der det tverrfaglige møte fremstår som sentralt.
- Hjemmebasert omsorg har tilgang til og oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Det er to årlige felles personalmøter i pleie og omsorg med workshop og opplæring
- Lebesby kommune har gjennomført ROS-analyser på et overordnet nivå, samt innenfor enkelte områder i helse- og omsorg, men det er få spesifikke risikoanalyser for arbeidet innenfor hjemmebasert omsorg.
- Kommunen har gjennomført kompetansekartlegging og vedtatt strategisk kompetanseplan for helse og omsorg.

- Revisor har blitt forelagt oversikt over avvik og uønskede hendelser. Imidlertid opplyses det at det har vært noe utfordringer med at ikke alle avvik har blitt e-postvarslet. Det registreres avvik både elektronisk og på papir.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **ikke fullt ut oppfyller revisjonskriteriet** om å gjennomføre virksomhetens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingene baserer seg på følgende oppsummerte funn som knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 7 bokstav a til e:

- Hjemmebasert omsorg har digital tilgang til sykepleiefaglige prosedyrer (VAR), og det brukes velferdsteknologi som mobilpleie i det daglige arbeidet. Prosedyrer for saksbehandling er i Ikks-forvaltning og er linket sammen med fag- og journalsystemet Gericca.
- Det foreligger rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer, og det gjennomføres personalmøter og fellesmøter på tvers av tjenestene. Medarbeidersamtaler skal gjennomføres årlig, men resultatene fra spørreundersøkelsen viser at flertallet ikke fikk tilbud om det i 2020.
- Fremtidig kompetansebehov er kartlagt og det gjennomføres kursing og kompetanseheving, samt det er vedtatt tiltak for å rekruttere sykepleiere til Lebesby kommune.
- Revisor får opplyst at det ikke på systemnivå brukes tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende i utformingen av tjenestetilbudet, men at det på individnivå gjennomføres kartleggingsbesøk hos tjenestemottakerne og pårørendesamtaler. Sykepleierne gjennomfører brukermøter.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **delvis oppfyller revisjonskriteriet** om å evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingene baserer seg på følgende oppsummerte funn som knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 8 bokstav a til f:

- For evaluering om tiltak, planer og mål er iverksatt/gjennomført/følges, opplyses det at det gjennomføres brukermøter en til to ganger, ved sykepleiermøter, samt at det er tema på personalmøter. I *rutiner for ansvarsvakt* fremgår det at vedkommende er ansvarlig for å motta rapport, følge opp og rapportere til neste vakt.
- Gjennomførte arbeidsoppgaver, besøk og vedtakstimer registreres via mobilpleie ved at de ansatte må kvittere for utførte besøk og oppdrag.
- Evaluering av tiltak opp mot krav i helse og omsorgslovgivning opplyses blir gjort ved legevisitt, brukermøter, sykepleiermøter og i de tverrfaglige møtene.
- Hjemmebasert omsorg gjør ikke noen systematisk innhenting av erfaringer.
- Ved avvik vurderer avdelingsleder alvorlighetsgraden og følger dette opp.
- Medisinavvik og andre avvik gjennomgås på sykepleiemøte, og det evalueres tiltak, og tas opp tilbakemelding fra de ansatte.
- Hjemmebasert omsorg har ikke noen fast rutine på årlig gjennomgang av styringssystemet.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **delvis oppfyller revisjonskriteriet** om å korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingene baserer seg på følgende oppsummerte funn som knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 9 bokstav a til c:

- Revisor får opplyst at avviksmeldingene ikke har vist uforsvarlige eller lovstridige forhold. Avviksmeldingene omhandler for det meste medikamenthåndtering. Oversikten over avvik som revisor har mottatt viser ikke hvordan avvikene lukkes, men de er lukket enten samme dag eller etter noen dager.
- Det drives forbedringsarbeid ved bruk av velferdsteknologi, pasientsikkerhetsprogrammet, samarbeid i pleie- og omsorg og tiltakene i kompetanseplanen.
- Det opplyses at det burde vært på plass rutine som sikrer regelmessig gjennomgang av styringssystemer for å sikre evalueringer av rutinebeskrivelser slik at myndighetskravene er oppfylt. De faglige rutinene opplyses er blitt revidert de siste to-tre årene i forbindelse med oppstart av pasientsikkerhetsprogrammet i 2019. Videre opplyses det at rutinebeskrivelser på observasjonspraksis er noe hjemmebasert omsorg ikke har i dag.

KomRev NORDs undersøkelser i hjemmebasert omsorg består også av kartlegging av hvordan de ansatte opplever arbeidsmiljøet. Vi gjennomførte her en elektronisk spørreundersøkelse ved bruk av SurveyXact. Undersøkelsen ble besvart av totalt 22 av 31 mulige respondenter. Oppsummering av hovedfunnene viser at:

- Litt over halvparten svarte at deres opplevde **arbeidsmengde** har vært *høy og svært høy*. Av disse har 23 % opplevd arbeidsmengden *ofte/alltid* som belastende.
- Det er noe ulik opplevelse av **bemanningssituasjonen**, der litt over halvparten uttrykker å oppleve bemanningssituasjonen som *verken god eller dårlig*.
- Det varierer hvorvidt de ansatte har opplevd at **koronapandemien** har påvirket arbeidsmiljøet. 32 % har opplevd det *i stor grad* eller *i svært stor grad*, mens 32 % har opplevd det *i liten grad* eller *i svært liten grad*.
- I underkant av halvparten opplevde **arbeidsmengden under koronapandemien** som *høy*, og blant disse opplevde 30 % *ofte* eller *alltid* arbeidsmengden som belastende.
- Flertallet på 70 % opplever det **psykososiale arbeidsmiljøet** som *godt/svært godt*.
- Flertallet på 75 % av respondentene opplever det **fysiske arbeidsmiljøet** som *godt eller svært godt*.
- En av fire svarte at de selv har opplevd å bli **urettferdig behandlet** på arbeidsplassen, mens 40 % svarte at de *noen ganger* har lagt merke til at andre har blitt urettferdig behandlet.
- I overkant av halvparten svarte at de *i stor grad* opplever at arbeidsgiveren påser at de som arbeidstakere **beskyttes mot trakassering, trusler, vold eller andre uheldige belastninger**, men resultatene viser at det er ulik opplevelse.
- Et stort flertall svarte at de ikke har fått tilbud om **medarbeidersamtale** i 2020, og det er kun en liten andel svarte at de har fått tilbud om og gjennomført medarbeidersamtale i 2020.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjon, anbefaler vi at Lebesby kommune bør sikre at hjemmebasert omsorg videreutvikler og dokumenterer styringssystemet slik at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Herunder bør kommunen:

- Gjøre vurderinger av risiko og fare for svikt eller mangel på myndighetskrav innenfor hjemmebasert omsorg og hvordan denne risikoen kan reduseres.
- Gjennomføre medarbeidersamtaler.
- Innhente tilbakemeldinger og erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende.

- Utarbeide prosedyrer og rutiner som kommunen vurderer er nødvendige innenfor hjemmebasert omsorg.
- Sikre årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet.

Sammendrag	3
1 Bakgrunn og bestilling	8
2 Problemstillinger og revisjonskriterier	8
2.1 Problemstillinger	8
2.2 Revisjonskriterier	8
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier	8
2.2.2 <i>Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1</i>	9
2.2.3 Problemstilling 2, spørreundersøkelse om arbeidsmiljø	11
3 Metode, datamateriale og avgrensning	12
3.1 Metode og datamateriale	12
3.1.1 Problemstilling 1	12
3.2 Gyldighet og pålitelighet	12
3.3 Spørreundersøkelse om arbeidsmiljø	13
3.4 Avgrensninger	15
4 Kvalitetssystem	16
4.1 Organiseringen av hjemmebasert omsorg	16
4.2 Revisors funn, kvalitetssystem	18
4.2.1 Innledende om kvalitetssystemet for hjemmebasert omsorg	18
4.3 Revisors vurderinger og konklusjon	36
5 Arbeidsmiljø	39
5.1 Arbeidsmengde og bemanningssituasjon	39
5.2 Psykososialt arbeidsmiljø	43
5.3 Fysisk arbeidsmiljø	46
5.4 Oppsummering	49
6 Uttalelse	50
7 Anbefalinger	51
8 Referanser	52

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

På Lebesby kommunes plan for forvaltningsrevisjon for inneværende periode er forvaltningsrevisjon innenfor kommunehelsetjenesten prioritert øverst. Plan for forvaltningsrevisjon ble vedtatt av kommunestyret 15.12.2020. Kontrollutvalget vedtok 9. mars 2021, i sak 5/21, å bestille forvaltningsrevisjon med fokus på kvalitet i hjemmebasert omsorg og arbeidsmiljøet i tjenesten. Kontrollutvalget vedtok 5. mai 2021, i sak 13/21, overordnet prosjektskisse for denne forvaltningsrevisjonen.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om Lebesby kommune har systemer som skal bidra til å sikre kvalitet i hjemmebaserte tjenester. Formålet er også å få kartlagt de ansattes opplevelser av arbeidsmiljøet.

Rammeområdet helse og omsorg i Lebesby kommune består av *helsetjenestene* (helsesykepleier, rus, psykiatrisk sykepleier, psykolog, fysioterapi, legetjenesten, NAV (sosial og barnevern)) og *pleie- og omsorgstjenestene*¹ (sykehjem, kjøkken, **hjemmebasert omsorg**, dagsenter og ulike botiltak for barn og voksne). Hjemmebasert omsorg består av sone Kjøllefjord og Laksefjord, og ledes av avdelingsleder og avdelingssykepleier.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. *Har Lebesby kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
2. *Hvordan opplever ansatte i hjemmebasert omsorg arbeidsmiljøet?*

Problemstilling 1 retter seg mot rutine og systemene som skal sikre tjenestekvaliteten til tjenestemottakerne. Denne problemstillingen er normativt formulert, og vi utleder revisjonskriterier for besvarelse av denne, jf. våre redegjørelser i neste kapittel. Tjenestene som Lebesby kommune gir til hjemmeboende omtales som «hjemmebasert omsorg», og vi har valgt å bruke dette gjennomgående i rapporten. Problemstilling 2 innebærer kartlegging av hvordan de ansatte opplever arbeidsmiljøet i tjenestene. Under denne problemstillingen gjør vi ikke vurderinger.

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området, og utledes med utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtatte

¹ I kapittel 4.1 presenteres organisasjonskartet for pleie og omsorg

problemstillinger. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, IS-1201, Sosial- og helsedirektoratet 2004

Problemstilling 2 er som nevnt deskriptiv og besvares gjennom en beskrivelse av fakta. For deskriptive problemstillinger er det ikke relevant å utlede revisjonskriterier. Denne delen av prosjektet er gjennomført som en kartlegging med påfølgende analyse og oppsummering av de innsamlede data fra en spørreundersøkelse gjennomført blant ansatte.

2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester, heretter helse- og omsorgstjenesteloven, gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunen. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av § 3-1. Etter denne skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter blant annet en plikt til å tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon. Det er derfor klart at loven gjelder for Lebesby kommune når de yter tjenester innenfor sykehjem og hjemmebasert omsorg. Kommunens ansvar innebærer en 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.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er gitt med hjemmel i flere lover, herunder blant annet helse- og omsorgstjenesteloven. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs. Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt som nevnt ovenfor i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, og dermed for Lebesby kommune ved hjemmebasert omsorg. Ifølge § 3 i forskriften skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med bestemmelsene i forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Det er rådmannen som har det overordnede ansvaret for virksomheten, og som derfor har det øverste ansvaret for internkontrollen i pleie- og omsorgstjenestene.

Internkontrollen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene innebærer altså en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. I det følgende gjengis de bestemmelsene i forskriften som nærmere regulerer innholdet i disse pliktene.

Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter fremgår av § 6 i forskriften. Etter denne bestemmelsen innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter følgende oppgaver:

- a) *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b) *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c) *ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- d) *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e) *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f) *ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
- g) *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens reguleres av § 7 i forskriften, og innebærer følgende oppgaver:

- a) *sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- b) *sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*
- c) *utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d) *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
- e) *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, tjenestemottakere og pårørende*

Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter reguleres av § 8 i forskriften, og innebærer følgende oppgaver:

- a) *kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
- b) *vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- c) *evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d) *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, tjenestemottakere og pårørendes erfaringer*
- e) *gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
- f) *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten*

Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) *rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold*
- b) *sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert 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*

På bakgrunn av ovenstående utleder vi som revisjonskriterier for problemstilling 1 at:

- **Lebesby kommune skal ha et dokumentert styringssystem for hjemmebasert omsorg**
- **Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**
- **Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal gjennomføre virksomhetens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**
- **Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**
- **Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring**

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapittel 4 hvor de brukes.

2.2.3 Problemstilling 2, spørreundersøkelse om arbeidsmiljø

For å besvare på problemstillingen om hvordan de ansatte opplever arbeidsmiljøet i hjemmebasert omsorg, utarbeidet vi en spørreundersøkelse med bakgrunn i bestemmelser i arbeidsmiljøloven samt kilder som *arbeidsmiljøportalen*² og tidligere gjennomførte arbeidsmiljøundersøkelser KomRev NORD har gjennomført. Våre arbeidsmiljøundersøkelser er bearbeidet og tilpasset for bruk innenfor ulike tjenesteområder. I tillegg kan revidert enhet komme med innspill og spørsmål hvis det skulle være behov for det og slik at undersøkelsen er tilpasset kommunens organisering og begreper som ansatte kjenner til. Det har vært tilfelle for den undersøkelsen vi har brukt i denne forvaltningsrevisjonen.

² Arbeidsmiljøportalen er et samarbeid mellom Arbeidstilsynet, NAV, Petroleumstilsynet (PTIL) og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Arbeidsmiljøportalen formidler informasjon om effektivt forebyggende arbeidsmiljøarbeid til bransjer, sektorer og virksomheter. Innholdet er rettet mot bransjene og består av kunnskapsbaserte verktøy og fakta som er tilpasset arbeidsmiljøutfordringene i de ulike bransjene.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon³.

Revisjonen v/prosjektleder gjennomførte oppstartsmøte med helse- og omsorgssjef og avdelingsleder for hjemmebasert omsorg via Teams 28.6.2021. I møtet informerte vi om gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. Referatet ble i etterkant sendt til deltakerne for verifisering med oppfølgingsspørsmål for tilleggsopplysninger. Helse- og omsorgssjefen har vært kommunens kontaktperson i forbindelse med gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjon.

3.1.1 Problemstilling 1

Revisor gjennomførte intervju i forbindelse med oppstartsmøte. Disse muntlige opplysningene – innhentet fra helse- og omsorgssjef og avdelingsleder for hjemmebasert omsorg – ble i etterkant av intervjuet verifisert av helse- og omsorgssjef og avdelingsleder. Revisor har også sendt oppfølgingsspørsmål på e-post som er blitt besvart.

Revisor har etterspurt og mottatt store mengder med skriftlig dokumentasjon, og vi har gjennomført dokumentanalyse av dette. Dokumentasjonen i denne forvaltningsrevisjonen er oversendt av helse- og omsorgssjefen. Den skriftlige dokumentasjonen består av:

- Rutiner og prosedyrer ved hjemmebasert omsorg
- Risiko- og sårbarhetsanalyser
- Pleie- og omsorgsplan 2017-2021
- RO-rapport, desember 2017
- Strategisk kompetanseplan 2021-2031
- Stillingsbeskrivelser
- Status «Leve hele Livet»

Dokumentanalyse er valgt for systematisk å gjennomgå tjenestens styringssystem, planverk og rutiner med sikte på å finne relevant informasjon om de forholdene som skal besvares under problemstilling 1.

Intervju er benyttet for å innhente ytterligere kunnskap og opplysninger om organiseringen av hjemmebasert omsorg, hvilke rutiner, prosedyrer og styringssystem som tjenesten har, hvilket overordnet planverk kommunen har vedtatt, samt for å supplere den skriftlige dokumentasjonen.

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Revisor vurderer at det datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapportens kapittel 4, oppfyller dette gyldighetskravet.

³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

Datamaterialet vi har innhentet er omfattende og etter vårt syn tilstrekkelig som grunnlag for å vurdere kommunen opp imot revisjonskriteriene, og for å svare på problemstillingen. Revisor har etterspurt og mottatt spesifikk dokumentasjon. De skriftlige og muntlige opplysningene er gitt av helse- og omsorgssjefen og avdelingsleder ved hjemmebasert omsorg som gjennom sine stillinger har inngående kjennskap til hjemmebasert omsorg og som er pålagt et ansvar for tjenestenes systemer og rutiner for å sikre tjenestekvalitet. På bakgrunn av ovenstående betrakter vi datamaterialet som relevant.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg vil vi ha vi fremlagt datamaterialet for kommunen. Revisor har innarbeidet korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen i rapporten. Revisor har på denne bakgrunn ingen grunn til å betvile påliteligheten i de muntlige og skriftlige opplysningene vi har fått tilgang til.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

3.3 Spørreundersøkelse om arbeidsmiljø

For å svare på hvordan de ansatte opplever arbeidsmiljøet ved hjemmebasert omsorg, har vi gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse ved bruk av SurveyXact. Vi stilte ulike spørsmål om blant annet arbeidsbelastning, arbeidsmiljø, avviksregistrering, samt bedt de ansatte ta stilling til ulike påstander om deres arbeidssituasjon. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 6.9.2021 til 12.10.2021, og ble sendt ut til totalt 31 mulige respondenter (fast ansatte og vikarer). Samlet svarprosent ble 71, hvorav 58 % gjennomførte hele spørreundersøkelsen, og de øvrige 13 % gjennomførte i all hovedsak⁴ hele undersøkelsen.

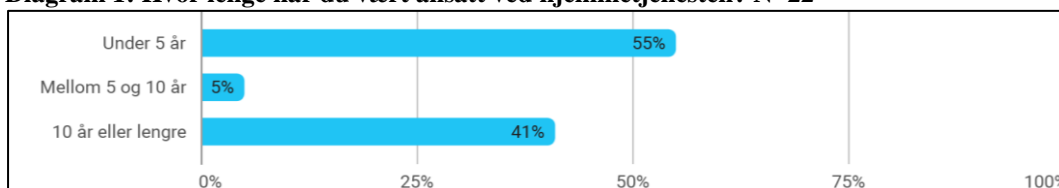
Vi anser svarprosenten høy nok til at vi kan vurdere resultatene som et langt på vei tilstrekkelig og relevant materiale for å kunne gi viktige indikasjoner på hvordan arbeidsmiljøet ved hjemmebasert omsorg oppleves blant de ansatte. Spørreundersøkelsen ble sendt til helse- og omsorgssjef og avdelingsleder for gjennomgang og eventuelle innspill før vi ferdigstilte den og sendte den ut, og vi har lagt til grunn at begrepsbruken i undersøkelsen treffer med begreper som ansatte i disse tjenestene relaterer seg til. I selve spørreundersøkelsen er imidlertid begrepet «hjemmetjenesten» brukt. Ettersom vi ikke har fått noen tilbakemeldinger på at vårt elektroniske spørreskjema var vanskelig å forstå for dem vi sendte det til, anser vi også sannsynligheten for vesentlige feil i spørreundersøkelsesresultatene som liten. Vi har ingen holdepunkter for å legge annet til grunn enn at de ansatte har svart ærlig og oppriktig på spørsmålene i spørreskjemaet. Vi presiserer imidlertid at resultatene fra spørreundersøkelsen ikke er representative for andre enn dem som har besvart undersøkelsen.

⁴ Det var noen av de siste spørsmålene som ikke ble besvart

Om respondentene

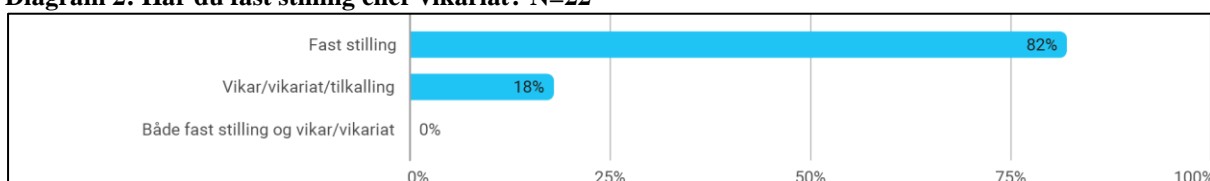
Blant de 22 ansatte som svarte på spørreundersøkelsen har 55 % av dem vært ansatt under fem år, mens 41 % har vært ansatt lengre enn ti år.

Diagram 1: Hvor lenge har du vært ansatt ved hjemmetjenesten? N=22



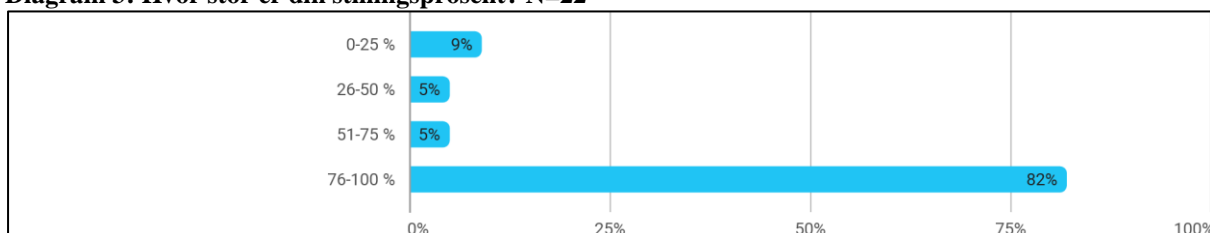
Den neste figuren viser at blant de som svarte på spørreundersøkelsen har 82 % fast stilling, mens de øvrige har vikariat eller jobber ved tilkalling.

Diagram 2: Har du fast stilling eller vikariat? N=22



En stor andel av de som svarte har stillingsprosent som er 76 % eller høyere, mens det er mindre andeler med lavere stillingsprosent.

Diagram 3: Hvor stor er din stillingsprosent? N=22



I spørreundersøkelsen vi gjennomførte blant de ansatte ved hjemmebasert omsorg, hadde mange av spørsmålene ulike svaralternativer. Vi har listet disse opp i tabell 1 nedenfor, og vi har gitt svaralternativene en verdi i tall fra 1 til 5. I tillegg var det noen spørsmål som hadde svaralternativene *aldri, noen ganger, ofte* og *alltid*.

Tabell 1. Svaralternativer (ordinalnivå) og deres betydning/fortolkning

Verdi (tall)	Betydning/fortolkning
1	I svært liten grad/svært lav/svært dårlig/svært uenig
2	I liten grad/lav/dårlig/nokså uenig
3	I middels grad/middels/verken god eller dårlig/verken enig eller uenig
4	I stor grad/høy/godt/nokså enig
5	I svært stor grad/svært høy/svært godt/svært enig

Summering av respondentenes svar på spørsmål med svaralternativer av typen i tabell 1 gir grunnlag for å regne ut gjennomsnittsskårer. I tabell 2 på neste side fremkommer revisors fortolkninger for gjennomsnittsverdier inndelt i fem ulike intervaller. Intervallene og fortolkningene som fremgår av tabell 2, er målestokken vi bruker for å analysere resultatene på

noen av spørsmålene vi presenterer. Vi presiserer at tolkningene som fremgår av tabell 2, av verdiintervaller for gjennomsnittskårer, er *våre* – og ikke respondentenes.

Tabell 2. Gjennomsnittsskårer: Verdintervaller og fortolkning

Verdiintervall, Gjennomsnittsverdier
1,00 – 1,50 = I svært liten grad/svært lav/svært dårlig/svært uenig
1,51 – 2,50 = I liten grad/lav/dårlig/nokså uenig
2,51 – 3,50 = I middels grad/middels/verken god eller dårlig/verken enig eller uenig
3,51 – 4,50 = I stor grad/høy/god/nokså enig
4,51 – 5,00 = I svært stor grad/svært høy/svært god/svært enig

I tillegg til spørsmålene med tilordnede svaralternativer, fikk respondentene også frittekstspørsmål i spørreundersøkelsen. Her var det ingen forhåndgitte svaralternativer og respondentene hadde anledning til fritt å besvare spørsmålet med egne ord.

I presentasjonen og drøftingen av resultatene fra spørreundersøkelsene bruker vi blant annet følgende begreper:

- *Respondentene*: Ansatte som har besvart undersøkelsen
- *Svarfordeling*: Hvordan respondentenes svar fordeler seg på de ulike svaralternativene på spørsmålene
- *N*: Det totale antallet personer som har svart på det enkelte spørsmålet i spørreundersøkelsen
- *Gjennomsnittsskår*: Gjennomsnittsverdien av respondentenes svar på de ulike svaralternativene når vi regner svaralternativene om til tallverdi

Vi oppgir svarfordelingen på spørsmålene i prosent og vi har avrundet til nærmeste hele tall.

3.4 Avgrensninger

Forvaltningsrevisjonen retter seg ifølge kontrollutvalgets bestilling seg mot «hjemmebasert omsorg» og hvilke systemer og rutiner tjenesten har. Vi har ikke undersøkt og vurdert hvorvidt kommunen faktisk gir tjenester i henhold til lovverk og gjeldende enkeltvedtak. Det er utenfor revisors mandat å undersøke og vurdere forsvarligheten i tjenestetilbudet til enkeltpersoner.

Resultatene fra spørreundersøkelsene er avgrenset til å omhandle arbeidsmiljø, og vi tar forbehold om at opplevelser kan være endret etter at spørreundersøkelsene ble gjennomført.

4 KVALITETSSYSTEM

Har Lebesby kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

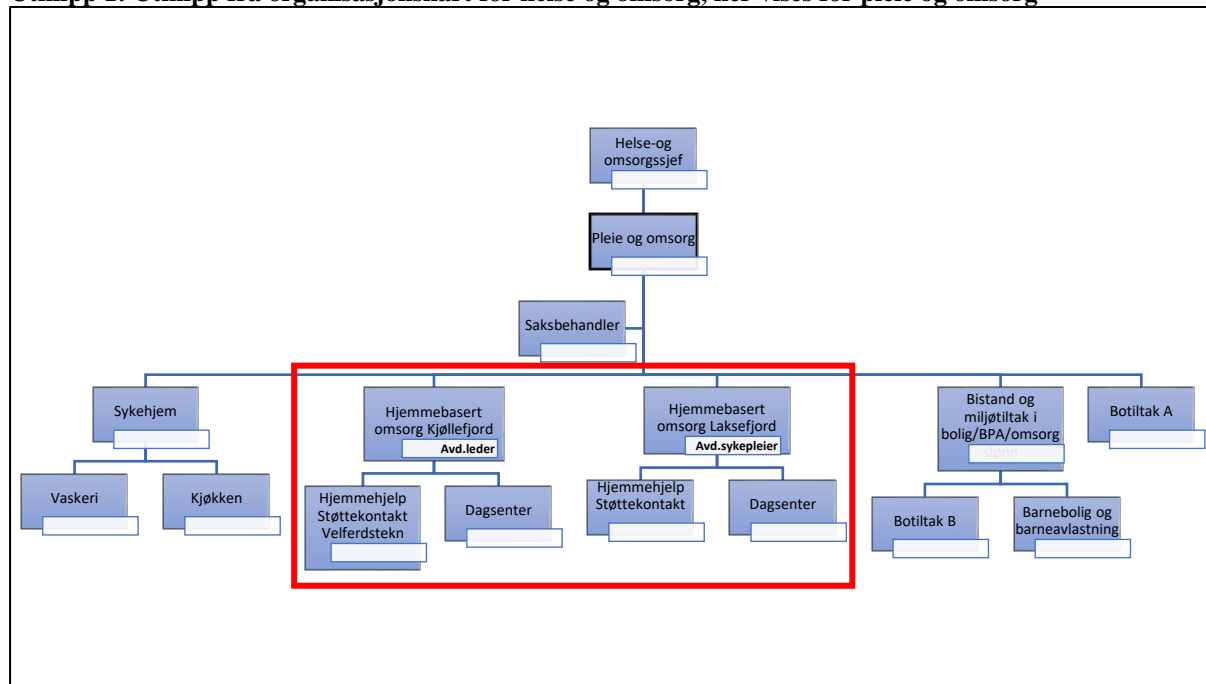
Revisjonskriterier

- Lebesby kommune skal ha et dokumentert styringssystem for hjemmebasert omsorg
- Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal gjennomføre virksomhetens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Hjemmebasert omsorg i Lebesby kommune skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

4.1 Organiseringen av hjemmebasert omsorg

Hjemmebasert omsorg er en del av kommunens pleie- og omsorgstjenester, som igjen er en del av helse- og omsorg. Nedenfor er utklipp av organisasjonskartet for pleie- og omsorg der hjemmebasert omsorg fremgår i den røde markeringen.

Utklipp 1: Utklipp fra organisasjonskart for helse og omsorg, her vises for pleie og omsorg



Hjemmebasert omsorg består av to soner, Kjøllefjord og Laksefjord, og yter tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp og praktisk bistand. Avdelingsleder har kontorsted ved sone

Kjøllefjord med fag-, personal- og økonomiansvar, mens avdelingssykepleier ved sone Laksefjord har 40 % av sin stilling administrativt med fag-, personal- og økonomiansvar.

Sone Laksefjord har 6,4 årsverk fordelt på syv faste ansatte og fire vikarer, sone Kjøllefjord har 13,15 årsverk fordelt på 14 faste ansatte og fem vikarer.

Sone Kjøllefjord har 73 personer som mottar pleie og omsorg/hjemmesykepleie med totalt 222,14 vedtakstimer, og i gjennomsnitt 90 besøk pr. døgn der mange besøk er tilsyn og medisint levering. Sone Laksefjord har 29 personer som har 137,29 vedtakstimer, og i gjennomsnitt 24 besøk pr. døgn.

Det er omsorgsboliger både på Lebesby og i Kjøllefjord, og basene for hjemmebasert omsorg er på omsorgsboligene på Lebesby, og på «Omsorgsbolig Fjæratunet» i Kjøllefjord. Omsorgsboligene er ikke heldøgns bemannet.

Avdelingsleder opplyser at de største utfordringene er å rekruttere slik at tjenestene har tilstrekkelig med personale. Det er spesielt utfordringer med å skaffe sykepleiere. Hun opplyser at de har klart å rekruttere helsefagarbeidere gjennom samarbeid med «Aldring og helse»⁵ og opplæringskontoret i Lakselv, og at de har rekruttert omtrent 30 helsefagarbeidere siden 2012.

⁵ Aldring og helse er et nasjonalt senter som jobber spesielt med aldersrelaterte tilstander og sykdommer. Vi har over 100 ansatte, som jobber i hele Norge. De driver kompetanseheving og faglig oppdatering av helse- og omsorgspersonell i nesten alle kommuner. <https://www.aldringoghelse.no/>

4.2 Revisors funn, kvalitetssystem

4.2.1 Innledende om kvalitetssystemet for hjemmebasert omsorg

Kommunen benytter *QM+*⁶ som kvalitets- og avvikssystem, og revisor har fått oversendt fra helse- og omsorgssjefen en rekke rutiner og prosedyrer som benyttes i tjenestetilbudet som gis til hjemmeboende og personer i kommunens omsorgsboliger. Revisor får opplyst fra helse- og omsorgssjefen at en del rutiner er lagret i *QM+*, men de ikke er i mål med arbeidet med å samle alle rutinene i dette systemet. Revisor har også mottatt de rutinene som skal innarbeides i *QM+*.

På hvert av vaktrommene til hjemmebasert omsorg ligger det perm med personalrelatert informasjon, administrative rutiner og skjemaer, samt perm med faglige rutiner.

I tillegg har kommunen abonnement på *forvaltning.ikks.no* som revisor oppfatter er en del av styringssystemet for hele helse og omsorg. *Ikks-forvaltning* er et dokumentbibliotek bestående av maler som helse- og omsorg bruker til virksomhetsstyring og kontroll med tjenesteytingen. Her finnes faglige prosedyrer tilknyttet kvalitetsforskriftens beskrivelser av grunnleggende behov, og en samling på 78 administrative prosedyrer/maler til bruk i forbindelse med saksbehandling, utarbeidelse av enkeltvedtak, kontrakter med tjenesteutøvere og Individuell Plan. Videre inneholder *Ikks-forvaltning* oversikt over lover og forskrifter, forarbeider, samt avgjørelser og uttalelser fra myndigheter som sivilombudsmannen, statsforvalter, helsedirektoratet m.fl. Dokumentsamlingen *Ikks-forvaltning* drives av Omsorgsjuss AS⁷ og oppdateres fortløpende. Det er avdelingsleder, sykepleiere og de som saksbehandler som har tilgang til denne dokumentsamlingen.

Ressursenter for omstilling i kommunene (RO) gjennomførte i 2017 en gjennomgang av dimensjonering og organisering av pleie- og omsorgstjenesten på oppdrag fra Lebesby kommune. Denne gjennomgangen endte i en RO-rapport datert desember 2017 og er blitt brukt i forbindelse med organisering og dimensjoneringen av dagens pleie- og omsorgstjeneste.

Revisor får opplyst at kommunen har jobbet systematisk etter mål og visjoner i kommunens pleie- og omsorgsplan (2017-2021) som er basert på «Morgendagens omsorg»⁸, «Demensplan 2025»⁹ samt forarbeidene til kvalitetsreformen «Leve hele livet»¹⁰. Lebesby kommune har utarbeidet en statusrapport på hvordan kommunen tenker å imøtekomme kvalitetsreformen for eldre over 65 år.

Kommunestyret vedtok 30.10.2018 kommuneplan for Lebesby kommune 2018–2035. I samfunnsdelen er det fire verdier som skal stå i fokus frem mot 2035, der verdiene i samfunnsdelen er i tråd med satsningsområdene i kvalitetsreformen «Leve hele livet».

- Levende Lebesby 2035 byr på livskvalitet og trivsel i aktive og attraktive bygder
- Inkluderende Lebesby 2035 har rom og omsorg for alle
- Mulighetsorienterte Lebesby 2035 tar utfordringene!

⁶ Qm+ er et fleksibelt styringsverktøy for private og offentlige virksomheter, og bygger på standarder som ISO 9001, 14001, 27001, 31001 (kvalitet, miljø, informasjonssikkerhet og risikostyring). <https://www.qmplus.no/>

⁷ Omsorgsjuss AS tilbyr en rekke kurs som samlet er ment å dekke kommunenes behov for opplæring i forvaltningsrett og helse- og omsorgsrett.

⁸ St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

⁹ Demensplan 2025 er den tredje nasjonale demensplanen og er regjeringens femårsplan (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.

¹⁰ St.meld 15 (2017-2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre

- Kompetent Lebesby 2035 fokuserer på livslang læring, kunnskapsvekst og kompetanseutvikling

Pasientsikkerhetsprogrammet som Lebesby kommune startet opp med i 2019, er et nasjonalt handlingsprogram/kvalitetsprogram for å sikre gode og trygge tjenester. Her finnes verktøy for forbedringsarbeid og informasjon for å kunne hente inspirasjon, samt det en leder trenger for å jobbe med endring og kvalitetsarbeid. Pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24-7 har som mål å få ned skader på pasienter, og det ligger ulike program som kan benyttes for å forebygge pasientskader.

4.2.2 Planlegge aktiviteter

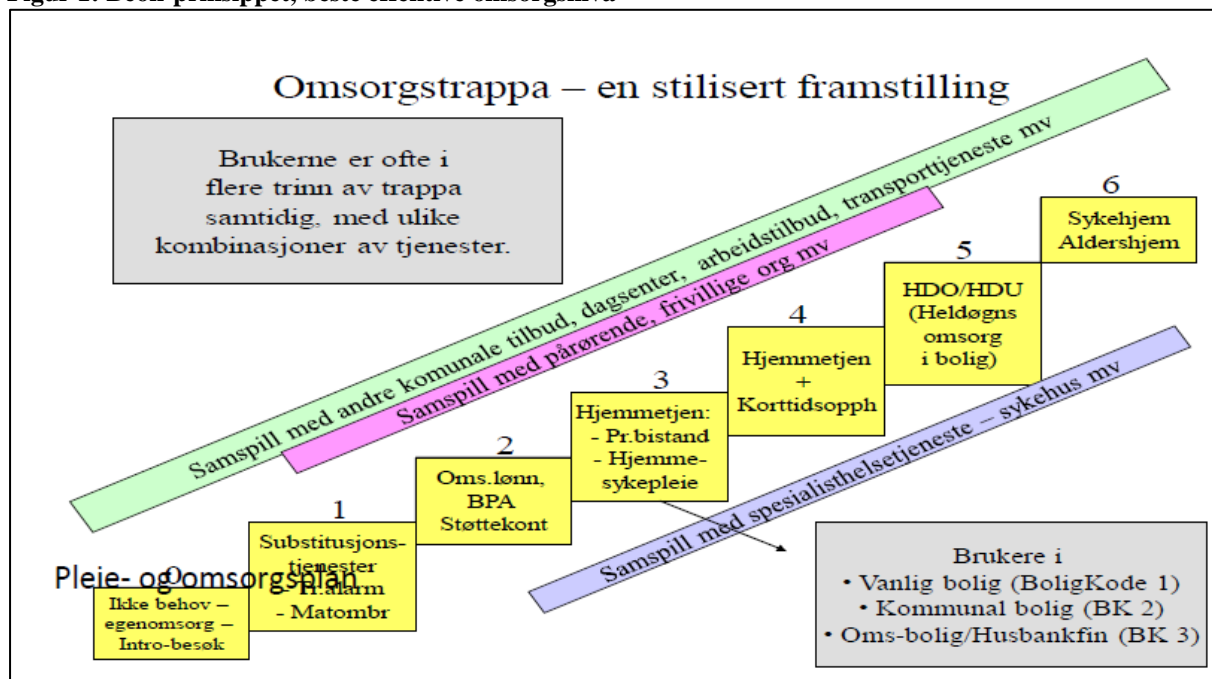
Mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

Lebesby kommune har utarbeidet en kommunedelplan for pleie og omsorg for 2017-2021, som var en rullering av foregående pleie- og omsorgsplan 2011-2020. Det fremgår følgende om mål i pleie- og omsorgsplanen:

Målet med pleie- og omsorgsplan 2017 – 2021 er at tjenestemottakere skal kunne bo hjemme, så lenge som det er forsvarlig ut fra deres psykiske og fysiske helse jf. omsorgstrappa/tiltakskjeden og BEON - prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

Beon-prinsippet er i pleie- og omsorgsplanen forklart ved figuren nedenfor.

Figur 1: Beon-prinsippet, beste effektive omsorgsnivå



Kilde: Pleie- og omsorgsplan 2017-2021, Lebesby kommune

I pleie- og omsorgsplanen fremgår det blant annet at kommunen legger til grunn åtte prinsipper i St.meld. 29 «Morgendagens omsorg» som styrende for arbeid og hvordan de skal planlegge å drive tjenestene:

- bygger på et helhetlig menneskesyn
- er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet

- er tilpasset brukernes individuelle behov
- viser respekt og omsorg for pårørende
- består av kompetente ledere og ansatte
- vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak
- er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- er lærende, innovativ og nyskapende

Hjemmebasert omsorg har siden 2015 arbeidet med prosjekt «velferdsteknologi i hjemmebasert omsorg» som i hovedsak innebærer at tjenesten har fokus på andre måter å jobbe på, samt å finne fleksible løsninger lokalt. I pleie- og omsorgsplanen er velferdsteknologi delt inn i fire hovedkategorier:

- *Trygghets- og sikkerhetsteknologi skaper trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse.*
- *Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen i denne gruppen, som nå utvides med varslings- og lokaliseringsteknologi og former for sensorer*
- *Kompensasjons- og velferdsteknologi bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt.*
- *Dette omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet enklere, som for eksempel styring av lys og varme.*

Teknologi for behandling og pleie bidrar til at mennesker gis mulighet til bedre å mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. er eksempler på slike tekniske hjelpemidler.

Teknologi for sosial kontakt bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel videokommunikasjonsteknologi. I hjemmebasert omsorg er det blant annet tatt i bruk RoomMate som er en løsning for å kunne tilby en trygg og sikker tilsynsløsning. Nedenfor er en beskrivelse av RoomMate og muligheter denne teknologien gir:

«Kommuner bruker RoomMate-løsningen til å passe på personer som har behov for tilsyn og varsler i risikosituasjoner. RoomMates sensor kan sende anonymiserte bilder av situasjonen i rommet, slik at helsepersonell kan kontrollere alarmer og gjennomføre tilsyn uten å forstyrre innbyggeren eller foreta unødig inngripen i privatlivets fred. RoomMate er en såkalt passiv varslingsensor som varsler om fall og andre mulige farlige hendelser uten at innbyggeren behøver bære utstyr på kroppen. RoomMate-sensoren kan tilkobles utstyr også for aktiv varslings utenfor synsområdet til sensoren eller som en ekstra sikkerhet.»¹¹

Hjemmebasert omsorgs oppgaver, aktiviteter og organisering er beskrevet i pleie- og omsorgsplanen. Her fremgår blant annet hvem som er leder på avdelingene (med stedfortreder) for hjemmebasert omsorg, hvilke tjenester som tilbys og fordeling av antall årsverk i ulike stillinger som sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider og assistenter. Tjenestetilbudets innhold og organisering fremgår også på kommunens nettsider.

Revisor har mottatt *serviceerklæring* for tjenestetilbudet som er fra 2010 som beskriver de ulike tjenestetilbudene innenfor pleie og omsorg og hva tjenestemottaker kan forvente. Serviceerklæringen sendes sammen med vedtak til tjenestemottaker. Helse- og omsorgssjefen opplyser at denne erklæringen skal revideres. I pleie- og omsorgsplanen beskrives serviceerklæringen som *«et grunnlagsdokument som kan være et nyttig verktøy for ansatte i*

¹¹ <https://www.roommate.no/roommate/>

tjenesten, og en presentasjon – forventningserklæring – ovenfor tjenestemottakeren. Serviceerklæringen vil videre være et redskap for politisk styring av en kommunal tjeneste, og et redskap for å gi politikerne kjennskap til kommunal produksjon».

Revisor har fått oversendt et dokument med navn *instruks for anvendelse av kvalitetsforskriften i kommunen*. I instruksen står det at kommunens helse- og omsorgstjeneste har plikt til å legge kvalitetsforskriften til grunn både i forbindelse med organisering og dimensjonering av tjenestetilbudet, ved vurdering av tjenestebehov, ved utmåling av tjenester (enkeltvedtak), og i forbindelse med den løpende tjenesteyting. Her fremgår det:

«Tjenestene skal så langt det er mulig være et uttrykk for tjenestemottakerens egne valg. Dette gjelder både tjenestetype og omfang. Kommunens helse- og omsorgstjeneste må sikre at eksemplene på hva som menes med "grunnleggende behov" blir utredet/kartlagt og ivarettatt. Kommunens tjenester skal sikre kontinuitet og forutsigbarhet, noe som forutsetter planlegging og godt samarbeid i de tilfellene der det er flere som yter tjenester til samme tjenestemottaker».

«Tjenesteyterne skal legge prosedyrene som er knyttet til kvalitetsforskriften til grunn for sitt arbeid. De som har behov for tjenester skal få utarbeidet individuelt utformede tiltaksplaner, som utdyper og konkretiserer vedtak om tjenester. Planene skal beskrive hva som skal skje, på hvilken måte, når, og med hvilket formål. Dette skal sikre at det gis et konkret, individuelt tilrettelagt tjenestetilbud som er behovsdekkende. Krav til dokumenterte, faglig forsvarlige tjenester, forutsetter at tjenestetilbudet er beskrevet i tiltaksplaner.»

Informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver

Det fremgår i pleie- og omsorgsplan for Lebesby kommune at hovedmålet er at kommunens innbyggere skal kunne bo hjemme så lenge som det er forsvarlig ut fra deres psykiske og fysiske helse. Ett av tiltakene i planen er at: *«alle over 65 år i Lebesby kommune skulle få tilbud om hjemmebesøk av hjemmebasert omsorg og fysioterapeut. Opplyse om husbankens støtteordninger for utbedring/ tilrettelegging og hjelpemidler som kan søkes på for å kunne bo lengst mulig hjemme.»* I kommunens vedtatte kvalitetsreform «Leve hele livet», er det redegjort for at tiltaket startet høsten 2017 ved at en kommunal sykepleier ble frikjøpt 20 % til å gjennomføre kartleggingen (sammen med fysioterapeut). Alle over 67 år fikk tilbud om tverrfaglig hjemmebesøk som innebar å få kartlagt egen bolig, råd om tilrettelegging for fremtiden, og råd om aktuelle hjelpemidler. Beboerne fikk også kartlagt behov for ulike kommunale tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, trygghetsalarm, snømåking og lignende. I løpet av perioden 2017-2019 besøkte det tverrfaglige teamet 72 boliger.

Revisor får opplyst at det i 2016/2017 ble opprettet tverrfaglig møte bestående av lege, fysioterapeut, avdelingsleder ved sykehjem og hjemmebasert, samt sykepleier fra sykehjem og hjemmebasert. Her drøftes pasienter/tjenestemottakere som er på tur inn til sykehjem, pasienter som må prioriteres, pasienter på tur hjem og skal ha tjenester fra hjemmesykepleie og fysioterapeut. I de tverrfaglige møtene utarbeides planer og behandling/oppfølging kvalitetssikres. Helse- og omsorgssjefen opplyser at det etter disse møter gjerne er en oppdatering i personalgruppa og i forbindelse med personalmøter på oppgaver som må utføres.

I pleie- og omsorgsplanen fremgår det at tildeling av tjenester skjer i inntaksteam bestående av lege, fysioterapeut, avdelingsledere, sykepleiere, saksbehandler, helse- og omsorgssjef, samt etter faglige vurderinger av den enkelte leder og saksbehandler på bakgrunn av sykepleierkartlegginger. Videre fremgår det at det blir jobbet etter lavterskelmodell som

innebærer at i enkelte saker igangsettes tiltak før den formelle saksbehandling er gjort. Dette gjøres i hovedsak i forbindelse med utskrivning av pasient fra sykehus eller annen institusjon, og når det foreligger åpenbart et hjelpebehov og plikt etter lov å yte helsehjelp i hjemmet.

Oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veileder og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

Revisor oppfatter på bakgrunn av opplysninger fra helse- og omsorgssjef og avdelingsleder samt den oversendte dokumentasjonen, at hjemmebasert omsorg har elektronisk tilgang til lovverk, retningslinjer og veiledere til bruk i tjenestene, men at de også har en rekke rutiner som ligger i permer ved hvert tjenestested. Revisor får opplyst at det legges opp til to årlige felles personalmøter i pleie og omsorg med workshop og opplæring.

Som nevnt abonnerer kommunen på dokumentamsling i Ikks-forvaltning til saksbehandling som til enhver tid har oppdatert regelverk.

Oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel og minimering av risiko i fremtiden

Lebesby kommune har gjennomført ROS-analyser på et overordnet nivå, samt innenfor enkelte områder i helse- og omsorg.

Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) er det sentrale overordnede dokument i kommunens beredskapsarbeid. Her har kommunen kartlagt hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, hvor sannsynlig det er at hendelsene vil inntreffe, og hvilke konsekvenser hendelsene kan tenkes å få. Analysen er basert på tre hovedtyper hendelser: *naturhendelser*, *store ulykker* og *tilsiktete hendelser*. Selv om denne ROS-analysen ikke direkte gjelder helse- og omsorgssektoren og hjemmebasert omsorg spesielt, er det enkelte av hendelsene med påfølgende tiltak som er aktuelle for hjemmebasert omsorgs utøvelse av tjenestetilbud, som for eksempel strømbrudd, bortfall av telefoni/internett, kjøretøy fast på fjellet, ras/skred, brann. Tabellen under er fra kommunens ROS-analyse og viser fordeling av hendelser basert på sannsynlighet og konsekvens.

Tabell 3: ROS-analyse, Lebesby kommune 2019-2022

Sannsynlighet	Konsekvens				
	Ubetydelig (1)	En viss fare (2)	Farlig (3)	Kritisk (4)	Katastrofalt (5)
Svært høy (5)		- Stengt vei	- Løse gjenstander - Lengre strømbrudd - Bortfall av telefoni, internett - Bortfall av nødnett - Kjøretøy fast på fjellet i uvær	- Ras/skred - Utmarkstrafikkulykke - Brann - Forurensning i sjø - Svikt i vanntilførsel - Manglende melding til nødetater	- Veitrafikkulykke - Fjerntliggende hendelse med flere involverte - Skipsulykke - Skipsbrann større fartøy
Høy (4)				- Forurensning på land	
Middels (3)					
Lav (2)					- Luftfartsulykke - PLIVO
Svært lav (1)					

Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse for velferdsteknologi i Lebesby kommune, viser at risikobildet for Lebesby kommune knyttet til helse og omsorg i stor grad er knyttet til geografiske særtrekk der tjenestemottakere bor langt unna tjenesteutøver.

I ROS-analysen er det vurdert forventet/sannsynlige risikohendelser og laget en handlingsplan for hvordan håndtere avvikene som kan oppstå i forbindelse med bruk av velferdsteknologi. Analysen er basert på ulike hendelser, delt opp i følgende kategorier:

Bruker/pårørende

- Tjenestemottakere motsetter seg å bruke teknologien/teknologien blir implementert for sent og mestrer ikke å bruke teknologien
- Opplever ikke økt trygghet, sikkerhet og mestring
- Pårørende opplever ikke avlastning eller økt trygghet
- Pårørende ser ikke nytteverdien av teknologien
- Langt til ressurser som kan hjelpe/ spredt bosetning, tjenestemottakere bor langt unna tjenesteyter
- Vanskelig med rekruttering av frivillige/nabohjelp til tjenestemottakere som bor langt unna tjenesteyter

Personal

- Personalet takler ikke å bruke teknologien
- Mangelfull respons/dokumentasjon av velferdsteknologi fra personalet
- Mangelfull kompetanse Kap 4A/9 ¹²(hvordan skrive vedtak)
- Personalet følger ikke rutiner
- Feil konfigurasjon av utstyr

Infrastruktur/leverandør

- Leverandør klarer ikke å levere riktig tilpasset produkt som tjenestemottakeren/tjenesten har behov for
- Feil på produkt
- Mangelfull infrastruktur hos tjenestemottakeren
- Kommunen kjøper teknologi som fungerer dårlig om noen år.
- Strømbrydd
- Utfall av fiber
- Mobiltelefon
- Utfall av fiber- og mobiltelefoni
- Utfall av GPS
- Leverandørens datasenter faller ut
- Kommunens datasenter faller ut
- Kommunens infrastruktur faller ut i Lebesby

Service og support

- Leverandøren tar ikke henvendelser alvorlig
- Support på Engelsk på kveldstid og helger
- Support er avhengig av kjernepersoner
- Svikt i varsling fra personale

¹² Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. (§ 4A-9.Forvaltningslovens anvendelse)

- Svikt i varsling fra leverandøren
- Blir ikke opprettet saker hos leverandøren
- Supporthenvendelser "ikke inkludert i avtalen"
- Mangelfull/sårbar kompetanse internt

Revisor har videre mottatt *risiko og sårbarhetsanalyse og plan for Helse- og omsorgsektoren som følge forventede konsekvenser av COVID-19 viruset*, utarbeidet 23.3.2020. Her fremgår det at helsepersonell i hjemmebasert omsorg er spesielt eksponert for smitte, da deres arbeidsplasser er i hjemmene til tjenestemottakere og pasienter. Nedenfor er risikomatrixene som viser at personellfravær vil kunne være kritisk.

Tabell 4: ROS-analyse Covid-19, Sone Kjøllefjord

Vedlegg 3 - Risikomatrixe – Sone Kjøllefjord ved pandemi					
som gir et bilde av hvilken grad av risiko de forskjellige uønskede hendelser representerer.					
Grønn farge = akseptabel risiko					
Gul farge = "på grensen" risiko					
Rød farge = uakseptabel risiko					
Sone Kjøllefjord ved pandemi					
Sannsynlighet	Konsekvens				
	Ubetydelig	En viss fare	Farlig	Kritisk	Katastrofalt
Svært sannsynlig		Ingen helsefagarbeider på natt	*mindre enn 2 assistenter på dag og 1 på aftenvakt.	1 eller fravær av spl. i hjemmesykepleien *mindre enn 2 helsefagarbeidere dag/aftenvakt	
Meget sannsynlig					
Middels sannsynlig				Storre andel ufaglært enn faglært personell	
Mindre sannsynlig					
Svært lite sannsynlig					

Tabell 5: ROS-analyse Covid-19, Sone Laksefjord

Skjema 3 - Risikomatrix - Sone Laksefjord ved pandemi
som gir et bilde av hvilken grad av risiko de forskjellige uønskede hendelser representerer.

Grønn farge = akseptabel risiko
Gul farge = "på grensen" risiko
Rød farge = uakseptabel risiko

Sone Laksefjord ved pandemi

Sannsynlighet	Konsekvens				
	Ubetydelig	En viss fare	Farlig	Kritisk	Katastrofalt
Svært sannsynlig		Fravær av kokk/kjøkkendrift		Fravær av vernepleier /mellomleder Fravær assistent eller helsefagarbeider på natt Mindre enn 1 helsefagarbeider tilgjengelig pr. dag Større andel ufaglært enn faglært personell	
Meget sannsynlig					
Mindre sannsynlig					
Mindre sannsynlig					
Svært lite sannsynlig					

Som det fremgår ovenfor, har Lebesby kommune gjort ROS-analyser innenfor flere områder. Imidlertid kan ikke revisor finne at det er gjort særskilte ROS-analyser som gjelder hjemmebasert omsorgs oppgaver med å gi hjelp i private hjem, nærmere bestemt hva som kan være risiko og sårbarhet forbundet med dette arbeide.

Oversikt over de ansattes kompetanse

RO-rapporten fra desember 2017 viste blant annet mangler på lederkompetanse og at var behov for tydeliggjøring av hvilke krav og forventninger man har til å være leder i Lebesby kommune, og hvilke kriterier som skal ligge til grunn for god ledelse. Det kan også nevnes at RO-rapporten viste til utfordringer knyttet til *kompetansestrategi og kompetansemobilisering*, samt *hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring*.

For å nå målene i kommunedelplanen for helse og omsorg, var det nødvendig å iverksette et større arbeid med utarbeidelse av ny strategisk kompetanseplan. Den strategiske kompetanseplanen¹³ er en del av kommunens planverk og gir føringer for hvilken kompetanse som trengs for å nå målene, samt gi retning for kompetanseoppbygging i virksomhetene i helse og omsorg. Det står i kompetanseplanen at den skal være et verktøy for rekruttering, for å

¹³ Vedtatt i kommunestyre 15.6.2021, sak 39/21

beholde kvalifisert personell, og bidra til mer strategisk styring av kompetansen på helse - og omsorgsområdet.

Strategisk kompetanseplan skal:

- Gi informasjon om kompetansebeholdning og forventet behov for kompetanse
- Være et hjelpemiddel for riktig prioritering både administrativt og politisk
- Sikre ansatte med god og rett kompetanse knyttet til tjenesteproduksjon
- Sikre helhetlig planlegging og bruk av kompetanse som en del av kvalitetssikring i helse – og omsorgstjenestene

Det ble foretatt kompetansekartlegging for hele helse og omsorg i Lebesby kommune der de fast ansatte er tatt med i analysen. Diagrammet nedenfor er hentet fra kompetanseplanen og viser oversikt over utdanningsnivå fordelt på ufaglært 26 %, videregående 36 % og høyskole/universitet 31 %.

Diagram 4: Oversikt utdanningsnivå. (Antall ansatte 93)



Kilde: Strategisk kompetanseplan for helse og omsorg 2021-2031

I forbindelse med utarbeidelse av kompetanseplanen framkom det behov for kompetanse innenfor følgende temaer:

- **Hverdagsmestring**, et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt.
- **Kunnskapsbasert praksis og kvalitet**, for å nyttiggjøre seg lokal kompetanse og sikre at utøvelse av jobben gjøres ut fra kunnskapsbasert kompetanse
- **Innovasjon og velferdsteknologi**; sikre godt kvalifisert personale som behersker moderne velferdsteknologi
- **Ledelse og kompetanseheving**; sikre god ledelse ved å øke lederkompetanse blant ledere

Kompetanseplanen gir føringer for hvordan Lebesby kommune skal sikre helhetlig planlegging og bruk av kompetanse som en del av kvalitetssikringen i helse- og omsorgstjenestene. Det fremgår i planen at den skal evalueres administrativt første gang etter 1 år, deretter rulleres

annet hvert år. Helse- og omsorgssjefen opplyser at kompetanseplanen skal evalueres høsten 2022.

Nedenfor har revisor gjengitt tiltaksplanen slik den fremgår i kompetanseplanen.

Tabell 6: Tiltak i kompetanseplanen

Hovedmål	Strategier	Tiltak	Relevante indikatorer
Øke andelen høyskoleutdannede i helse og omsorg	Her kan det legges inn om evt fordeling yrkesfag/høyskoleutdannede i de tjenester hvor det er behov	Tilrettelegge for at ansatte kan ta sykepleie- og vernepleierutdanning Samarbeide med utdanningsinstitusjoner Opprette rekrutteringsstillinger for studenter	Antall omgjorte stillinger Andel fagarbeidere og høyskoleutdannede i de ulike virksomhetene
Heve kompetansen i helse og omsorgstjenesten - jobbe kunnskapsbasert	Mål om å ha en fagutvikler som sikrer at vi jobber kunnskapsbasert Bruke de læringsarenaene som er i kommunen Delta i KS – og andre relevante nettverk Ha personell i etter – og videreutdanning til enhver tid – det er en verdi i seg selv	Legge til rette for at ansatte får brukt og utviklet sin kompetanse Arbeide systematisk med opplæring og utvikling og stimulere ansatte til kompetanseheving som kommunen trenger Hospitering på tvers av avdelinger og virksomheter, men også innen Helse Finnmark Egne fagteam på innsatsområder Motivere ansatte og legge til rette for muligheten til å ta videre- og etterutdanning innen prioriterte kompetanseområder Stille krav til at ansatte i etter – og videreutdanning bidrar med faglig kompetanse på sin arbeidsplass Søke statlige tilskudd til kompetansehevende tiltak	Plan for internundervisning og fagdager som er åpne på tvers av virksomheter. Antall ansatte i etter og videreutdanning

Styrke ledelsen i helse og omsorgstjenesten	Heve den formelle lederkompetansen Ved nyrekruttering av ledere bør de inneha etter- eller videreutdanning innen ledelse	Motivere og legge til rette for lederutdanning Interne lederutviklingsprogram Veilederprogram – kollegaveiledning Rekruttere ledere med lederutdanning og ledererfaring Bruke etisk refleksjon som en naturlig del av ledelse. - Gjøre medarbeiderne tryggere i jobben - Stimulere til kreativitet og til å se nye løsninger - Gir faglig styrke og bedre skjønn	
Være en attraktiv arbeidsplass med godt omdømme	Arbeide med å skape en heltidskultur Forutsigbarhet og fleksibilitet Sykefraværsoppfølging Skape sterkt fagmiljø og arenaer for tverrfaglig samarbeid	Helse og omsorg i Lebesby kommune skal ha som hovedregel ikke å opprette stillinger som er mindre enn 50 %	Medarbeiderundersøkelser
Videreutvikle og styrke bruk av Velferdsteknologi og digital kompetanse	Heve den formelle kompetansen i alle tjenester	Handlingsplan velferdsteknologi Rekruttere og beholde medarbeidere med digital kompetanse innen velferdsteknologi	

I Økonomiplan 2022-2026 står det om rammeområde *helse og omsorg*: «De senere år har det blitt krevende å rekruttere helsepersonell og særlig sykepleierkompetanse. I den forbindelse er det vedtatt tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere i Lebesby kommune, som gjelder fra 01.01.21. Tiltaket har et intervall på 6 år, og vil evalueres før perioden er over.»

Administrasjonsutvalget vedtok 1.6.2021 følgende tiltak for å rekruttere sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer, samt for å beholde sykepleiere i Lebesby kommune:

1. Nytilsatte sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer i Lebesby kommune direkte plasseres med årslønn tilsvarende 10 års ansiennitet. De lønnes med enhver tid gjeldende tariff tilsvarende 10 års ansiennitet frem til de oppnår reell 16 års ansiennitet. Deretter lønnes de og følger opprykkene etter reell tariff og ansiennitet.
2. Det utbetales et stabilitetstillegg hvert tredje år for sykepleiere i fast stilling som inngår i turnusarbeid. 80 % - 100 % fast stilling gir tillegg på 100 000 kr. Faste stillinger under 80 % gis beløp forholdsvis lik stillingsprosent. vilkår:

Stabilitetstillegget er engangsutbetaling.

Stabilitetstillegget er ikke pensjonsgivende.

Stabilitetstillegget inngår i feriepengegrunnlaget.

Sykepleieren må ha jobbet sammenhengende i fast stilling i 3 år. Dersom oppsigelse kommer før 3 år er gått, faller opptjeningen i ordningen bort. Permisjoner gir ikke opptjening i ordningen. Unntak: svangerskapspermisjoner eller lønnede utdanningspermisjoner (godkjent av arbeidsgiver).

Listen er ikke uttømmende. Ensidig fortolkning av arbeidsgiver.

Opptjening av stabilitetstillegg starter 1.1.21. For nytilsatte gjelder det fra tilsetningsdato (etter 1.1.21).

Oversikt over avvik og andre uønskede hendelser

Revisor er blitt forelagt rutiner for avviksregistrering. Avvik registreres i QM+ der det ved avviksregistrering kommer e-post til avdelingsleder. Avdelingsleder opplyser at det har vært noe utfordringer med at ikke alle avvik har blitt e-postvarslet. Videre skal avdelingsleder vurdere avviket og hvordan det skal følges opp.

Revisor har mottatt oversikt over avvik de siste to årene (november 2019 – juli 2021) fra avdelingsleder. De er hentet ut fra avviksregistreringen i QM+. Som det fremgår er det mest avvik i forbindelse med legemiddelhåndtering, etterfulgt av manglende pleie, der begge avvikstypene er vurdert med høy alvorlighetsgrad. Ut fra oversikten revisor fikk tilsendt, fremgår det at alle avvik er lukket.

Tabell 7: Oversikt over avvik i hjemmebasert omsorg siste to år

Alvorlighetsgrad	Type avvik		
	Legemiddel	Manglende pleie	Pleie (bruk av heis)
Høy	8	3	1
Middels	3		
Lav	1		

I tillegg får revisor opplyst at det har kommet inn tolv avvik via papirskjema som gjelder medikamenter som ikke er gitt i rett tid og/eller ikke gitt.

4.2.3 Gjennomføre virksomhetens aktiviteter

Plikten til å gjennomføre virksomhetens oppgaver er ifølge forskriften å gjøre planer, mål, oppgaver kjent i virksomheten og å sikre nødvendig kunnskap for medarbeiderne. Det fremgår av revisors redegjørelse ovenfor at kommunen har utarbeidet overordnede mål, definert oppgaver og systematisk arbeid med innhenting av informasjon eller for å gjøre risikovurderinger.

Revisor har mottatt ulike sykepleierfaglige rutiner fra hjemmebasert omsorg. Rutinene omhandler situasjoner som stell, pasientbehandling, rutiner tilknyttet demensutredning, ulike sjekklister og kartleggingsskjemaer. I *Ikks-forvaltning* inngår også enkelte prosedyrer som gjelder selve saksbehandlingen.

Prosedyrene i VAR omhandler utførelse av praktiske oppgaver som skal bidra til fysisk velvære, god hygiene, trygg behandling og diagnostikk. Det fremgår blant annet i beskrivelsene om VAR's vitenskapelige og faglige perspektiv at: «*Rammeverket i VAR speiler en tenking om sykepleie som ivaretagelse av grunnleggende behov*». VAR inneholder ulike prosedyrer innenfor en rekke områder; *aktivitet/hvile, eliminasjon, ernæring, hud og vev, kunnskap/utvikling, respirasjon, sirkulasjon, smerte/sansetilstand, stell av døde, førstehjelp, og hygiene.*» Under hvert fagområde er det en rekke undermapper med prosedyrer.¹⁴

Prosedyrene er presentert med illustrasjoner og videoer, og underbygget med kunnskapsoppsummeringer. Som redegjort ovenfor har de ansatte i hjemmebasert omsorg tilgang til VAR via sine tjenestemobitelefoner og kan lett søke opp aktuelle prosedyrer.

Det fremgår av kvalitetsforskriften at for å løse de omfattende oppgaver skal det utarbeides skriftlige nedfelte prosedyrer som skal bidra til å sikre at tjenestemottakere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Revisor har mottatt følgende prosedyrer og rutiner som skal sikre at tjenestemottakere av hjemmebasert omsorg får tilfredsstilt grunnleggende behov:

- *Prosedyre for å sikre at tjenestemottaker får ivaretatt personlig hygiene*
- *Prosedyre for å sikre at tjenestemottaker opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet*
- *Prosedyre for å sikre en verdig død*
- *Prosedyre for å sikre hjelp til av- og påkledning*
- *Prosedyre for å sikre hjelp til måltider*
- *Prosedyre for å sikre ivaretagelse av egenomsorg*
- *Prosedyre for å sikre mulighet for sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *Prosedyre for å sikre normal livs- og døgnrytme*
- *Prosedyre for å sikre nødvendig tannbehandling*
- *Prosedyre for å sikre ro og skjermet privatliv*
- *Prosedyre for å sikre selvstendighet og styring av eget liv*
- *Prosedyre for å sikre tilstrekkelig ernæring*
- *Prosedyre for å sikre varierte og tilpassede aktiviteter*

Bruk av velferdsteknologi benyttes i hjemmebasert omsorg. Velferdsteknologien har i større grad blitt benyttet til tjenestemottakere med kognitiv svikt som har behov for støtte for å håndtere dagligdagse aktiviteter, samtidig ivareta forsvarlighet, trygghet og sikkerhet for tjenestemottakere og pårørende. Det benyttes mobiltelefoner i tjenesten, kalt mobilpleie, og inneholder ulike apper der de ansatte har alt de trenger på mobiltelefonen. Her har de tilgang til Geric¹⁵ som fagsystem og elektronisk pasientjournal. Rutiner for sykepleieprosedyrer er i VAR¹⁶, som er linket inn i Geric. De kan søkes opp av alle ansatte, eller via nettstedet.

¹⁴ <https://www.varhealthcare.no/>

¹⁵ Geric er en elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren, levert av TietoEVERY. Systemet inneholder alle sentrale funksjoner for saksbehandling, oppfølging av pasienter og administrativ oversikt for virksomhetene i en kommune. <https://www.documaster.com/integrasjon-gerica>

¹⁶ VAR Healthcare er en database med nærmere 400 oppdaterte prosedyrer og nyttige funksjoner for bruk i praksis.

Avdelingsleder opplyser at det er gitt informasjon hvordan man logger på i felles messengergruppe. Avdelingsleder beskriver bruken av mobilpleie med følgende eksempel:

Når man kommer på jobb, tar man sin telefon og velger sin arbeidsrute man har fått tildelt. Her ligger alle brukerne på den arbeidsruten. Alle brukerne har en tiltaksplan og her står det hva de trenger hjelp til, og hvis man er usikker kan man se på prosedyren som er lagt til tiltaket. Hvis det ikke er lagt til noen prosedyre kan man søke den opp fra VAR. Kontaktinfo til pårørende ligger også inne i brukerkortet. Når man kommer til brukerne klikker man på «ta besøk», og når man går ut klikker man avslutt. Da kommer det opp medgått tid. Avdelingsleder kan se når de som er ute er ferdig med et besøk. På den måten kan man også se hvis tiltaket ikke er gjort. Via mobiltelefonen har de ansatte også tilgang til medisinaliste, tidligere journalnotat, ADL-fungering¹⁷, IPLOS-vurderingen¹⁸. Hvis man er ny og ukjent, kan man gå inn å stille pasienten i og med ADL og IPLOS skal være oppdatert og tiltaksplan skal være oppdatert.

Gjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer kjent hos de ansatte

Det foreligger rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer som er en sjekklister med en rekke rutiner og punkter som skal signeres er utført av den nyansatte/vikaren og dem som gir opplæring. Eksempler på rutiner og punkter som skal gjennomgås er; *trygghetsalarm, nøkkelsystem, låserutiner, lokaler, turnus/vaktliste, hygiene, daglige rutiner, medisiner, Gerica, HMS, vold/trusler, avvik og rutiner ved dødsfall i hjemmet*. I tillegg er det en opplæringsapp som inneholder moduler som nyansatte og vikarer skal gjennomgå.

Revisor får videre opplyst at det er en opplæringsperm for sykepleiere på medisinerrommet med ulike sjekklister og beskrivelser for hjemmebasert omsorg.

Nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere

Revisor er forelagt kartlegging av fremtidig kompetansebehov for virksomheten og dokumentasjon som viser at kommunen fører oversikt over de ansattes kompetanse. Som redegjort for ovenfor har kommunen vedtatt ny kompetanseplan for helse og omsorg.

Revisor får opplyst at hjemmebasert omsorg også har oversikt over annen type kompetanse som for eksempel at det er ansatte som er med i sivilforsvaret, Røde Kors og Heimevernet. Alle ansatte har hatt gjennomgang av HLR¹⁹ med ambulanspersonell. Alle har et nøkkelknippe med tiltakskort vedrørende Covid-19, isolasjon, karantene, HLR, ABCDE – primær- og sekundærundersøkelsen²⁰.

¹⁷ Aktiviteter i dagliglivet

¹⁸ IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) brukes for å gjøre en funksjonsvurdering av brukerne, om deres aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner, om personens ressurser og funksjon på registreringstidspunktet og grad av behov for bistand og helsehjelp. <https://statbank.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/iplos>

¹⁹ Hjerte- og lungeredning

²⁰ Primærundersøkelsen er en undersøkelsesrekkefølge, en tiltaksrekkefølge og en rapporteringsrekkefølge. A – Airways – luftveier, B – Breathing – respirasjon, C – Circulation – sirkulasjon, D – Disability – bevissthet, nevrologi, E – Expose / environment – oversikt og omgivelser

Revisor får opplyst at det er samarbeid mellom alle avdelinger om å gjennomføre demensomsorgens²¹ ABC. Dette kom i gang da de første ansatte startet sin opplæring, med ABC til fagbrev i helsefag i regi av «Aldring og helse». Demensomsorgens ABC er obligatorisk og dermed et tilbud for alle ansatte. Demensomsorg er en viktig kunnskap å ha for alle som arbeider i pleie og omsorg, og kommunen har hatt grupper med ansatte på tvers av avdelinger i flere år. Neste utdanningsgruppe startet høsten 2021. Det er laget samme opplæring i velferdsteknologiens²² ABC og lindringens²³ ABC.

Helse- og omsorgssjefen opplyser at det legges opp til to årlige felles personalmøter der de også har hatt opplæring som tema. De har gjennomført to felles workshop i hverdagsmestring og velferdsteknologi for ansatte i pleie og omsorg. Det har også vært gjennomført noen få kurs/forelesninger lokalt med eksterne forelesere som har vært for alle ansatte. Hun forteller videre at de også bruker sende en til to ansatte fra sykehjem og hjemmebasert omsorg på eksterne kurs for å sikre kompetanse på begge steder, og at de som har vært på kurs kan samarbeide. Dette gjelder i følgende temaer:

- Paliasjon (nettverksmøte for lindrende pleie) «Leve hele livet» oppstartsmøte og web-samlinger
- Systemansvarlig Geric (epj.system)
- Hukommelsestream konferanse (koordinerende enhet deltar)
- Opplæring i kartlegging av demente (en fra sykehjem og en fra hjemmebasert omsorg)

Helse- og omsorgssjefen opplyser videre at det har vært en plan om at alle nyansatte skal få opplæring på sykehjem og hjemmesykepleien for å få en fleksibel tjeneste og tilgang til vikarer, men det har ikke blitt gjort fordi de har hatt for lav grunnbemanning i lengre perioder. Der er fire ansatte som brukes på begge avdelingene (en sykepleier og tre helsefagarbeidere). Videre er det er fagsamarbeid mellom sykepleiere på sykehjem og hjemmesykepleie. Det samarbeides også mellom nattevaktene dersom det oppstår behov for hjelp på sykehjemmet eller ute.

Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen

Som redegjort ovenfor opplyses det at de fleste avvik som meldes gjelder avvik på medikamenthåndtering.

Revisor er blitt forelagt oversikter over både faglige og administrative rutiner hvor noe finnes elektronisk og noe i permer. De faglige rutinene gjelder pleieprosedyrer, ulike kartleggings- og utredningsskjemaer. De administrative rutinene gjelder personalrutiner som vaktbytte, medarbeidersamtale, arbeidsreglement, personalpolitiske retningslinjer, avvikssystem og rutiner for å melde avvik samt rutiner for opplæring og sjekkliste for nyansatte og vikarer.

²¹ Demensomsorgens ABC er samlet i to permer (digitalt). Permene gir nødvendig og oppdatert kunnskap om demens og miljøbehandling til alle yrkesgrupper som jobber med personer med demens. <https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/demensomsorg/>

²² Helsedirektoratet ved Nasjonalt velferdsteknologiprogram finansierer opplæringspakken. Kursopplegget er i omfattende bruk i kommunene som en basisopplæring om velferdsteknologi, tjenesteinnovasjon og hvordan man skal jobbe med velferdsteknologi i en helhetlig tjenestemodell. Målgruppen er ansatte og ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester, organisert med fellestemaer og noen utdypende temaer for ledere. Kursbevis etter fullført opplæring utstedes av den som arrangerer kurset lokalt.

²³ Av innhold kan nevnes lindrende behandling, pleie og omsorg, symptomlindring og temaet kreft.

De ansatte har som tidligere nevnt, via sine tjenestemobiler, tilgang til VAR som inneholder praktiske sykepleieprosedyrer.

Avdelingsleder og sykepleiere har som nevnt tilgang til dokumentsamlingen *forvaltning.ikks.no* som drives av *www.omsorgsjuss.no*²⁴. Her ligger oppdaterte vedtaksmaler og lovverk som benyttes i forbindelse med saksbehandling og disse hentes inn i journalsystemet Gericca.

Medvirkning

Revisor får opplyst at medarbeidersamtaler skal være årlig, og skal etter retningslinjene være ferdig før 1. mai. Det benyttes sjekkliste der de ansatte signerer at de har hatt medarbeidersamtale, denne sendes til personal. I spørreundersøkelsen oppgir et stort flertall at de ikke har fått tilbud om medarbeidersamtale i 2020.

Etter gjennomgangen av pleie og omsorg i samarbeid med ressurscenter for omsorgstjenester i 2017-2018, resulterte i at fellesmøter og personale jobber på tvers av tjenestene. Det skal være to felles personalmøter i året, men dette er ikke gjennomført i perioden med Covid-19.

I pleie- og omsorgsplanens handlingsprogram og tiltak, er det flere av tiltakene som legger opp til faglig samarbeid og utveksling av kunnskap og erfaringer:

- *Utvikle samarbeid på tvers av avdelingene/sektorene å samordne ressurser. Dette kan f.eks gjøres gjennom ulike team. Lindrende behandling, demens, rus/psykiatri, miljøarbeid, helsetjenester mm*
- *Effektivisere det daglige arbeide (rutinene), hver avdeling har rutiner for å evaluere det daglige arbeidet for å sikre en effektiv ressursbruk. Det skal etableres en felles ressursfordeling /samarbeid mellom sykepleierne i pleie- og omsorgsavdelingene. Felles rullering for de ansatte som ønsker dette, for så å gå gradvis mot en felles ressursfordeling av personalet.*
- *Hospiteringsordning innad i kommunen.*

I kompetanseplanen fremgår det at det stilles krav til at ansatte i etter – og videreutdanning bidrar med faglig kompetanse på sin arbeidsplass.

Erfaringer fra tjenestemottaker og pårørende

Revisor får opplyst at det ikke på systemnivå brukes tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende i utformingen av tjenestetilbudet. Det opplyses imidlertid at sykepleiere gjennomfører kartleggingsbesøk hos tjenestemottaker der de opplysninger og ønsker tas hensyn til når man videre skal utforme tjenestetilbud. Pårørende er noen ganger med på kartleggingsbesøkene eller så har sykepleierne pårørendesamtaler for å kunne få ett helhetlig bilde. Tilbakemeldingene blir ansett som viktige for å kunne yte gode individuelle tjenester. De blir vurdert opp mot nåværende eller det nye tjenestetilbudet pasienten skal få.

²⁴ Omsorgsjuss AS tilbyr kurs om helse- og omsorgsjuss og forvaltningsrett rettet spesielt mot kommunene.

Det gjennomføres brukermøter en til to ganger i uken av sykepleierne, samt sykepleiermøter som er ca. hver 14. dag.

Revisor får opplyst at hjemmebasert omsorg har prøvd med primærkontaktsystem, men erfaringene er at det er vanskelig å få til. Tjenesten fordeler arbeidsoppgavene med at sykepleierne ringer pårørende halvårlig, eller oftere ved behov og når det er avtalt med de pårørende. Det avklares med pårørende når det vedtas tiltak om kontakthyppheten.

4.2.4 Evaluere virksomhetens aktiviteter

Kontroll av virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål

Når det gjelder evalueringer om tiltak, planer og mål er iverksatt/gjennomført/følges, får revisor opplyst at det gjennomføres brukermøter en til to ganger i uken av sykepleierne, samt ved sykepleiermøter som er ca. hver 14. dag. I tillegg er dette tema på personalmøter.

Ansvarsvakt skal ifølge rutine for ansvarsvakt:

- *Ta imot muntlig/skriftlig rapport fra forrige vakt*
- *Påse at avtale og beskjeder følges opp*
- *Er det oppgave som ikke blir utført, må ansvarsvakt påse at det videreføres til neste dag og at det skrives i Gericia hvis det er brukerrelatert.*
- *Gi muntlig/skriftlig rapport til neste vakt.*

Gjennomføring av oppgaver

Hjemmebasert omsorg registrerer gjennomførte arbeidsoppgaver via mobilpleie og journalføringer i Gericia. Videre registrer de ansatte gjennomførte besøk og vedtakstimer ved at de må kvittere for utførte besøk og oppdrag. Når det gjelder betalingstjenester²⁵, får revisor opplyst at blir det levert inn lister signert av tjenestemottaker.

Evaluere tiltak opp mot krav i helse og omsorgslovgivning

Når det gjelder å evaluere tiltak opp mot krav i helse og omsorgslovgivning, opplyser helse- og omsorgssjefen at dette blant annet gjøres ved legevisitt, brukermøter, sykepleiermøter og i de tverrfaglige møtene. I forbindelse med inntaksmøte gjøres det innledningsvis vurdering av tiltak på bakgrunn av kartlegging.

Vurdere virksomheten på bakgrunn av tjenestemottaker og pårørendes erfaringer

Revisor får opplyst at hjemmebasert omsorg ikke har noen systematisk innhenting av erfaringer, men ved tilbakemeldinger fra pasient og pårørende prøver de å tilpasse etter ønske der det er mulighet og er innenfor lovverk og rutiner.

²⁵ Praktisk bistand som kommer inn under denne betalingsordningen er tjenester som for eksempel rengjøring, klesvask, hjelp til innkjøp og lignende daglige gjøremål. Det kan ikke kreves egenbetaling for hjemmesykepleie, eller for praktisk bistand og opplæring til personlig stell og egenomsorg. Dersom teknologiske hjelpemidler utover trykksalmer innvilges som et servicetilbud og ikke en helsetjeneste, må søker betale dette selv etter selvkost (Betalingsregulativ innenfor helse- og omsorg).

Gjennomgå avvik og uønskede hendelser

Avdelingsleder vurderer alvorlighetsgraden av avvik, og er den som skal følge dette opp. På sykepleiemøte hver 14. dag eller en gang i uka, er det gjennomgang av medisinalavvik og andre avvik. Her gjennomgås og evalueres tiltak, og det tas opp tilbakemelding fra de ansatte.

Årlig gjennomgang av styringssystemet

Revisor får opplyst at hjemmebasert omsorg ikke har noen fast rutine på årlig gjennomgang av styringssystemet.

4.2.5 Korrigere virksomhetens aktiviteter

Rette opp uforsvarlige forhold

Helse- og omsorgssjefen opplyser at avviksmeldingene ikke har vist uforsvarlige eller lovstridige forhold. Avviksmeldingene omhandler for det meste medikamenthåndtering. Ut over dette går avviksmeldinger på tjenestebil, uenigheter i personalgruppa og bemanning. Avdelingsleder vurderer avviket og hvordan det skal følges opp. Oversikten over avvik som revisor har mottatt viser ikke hvordan avvikene lukkes, men de er lukket enten samme dag eller etter noen dager. Som redegjort for ovenfor blir avvik som gjelder medikamenthåndtering tatt opp på sykepleiemøtene.

Korrigerende tiltak

Revisor får opplyst at avdelingsleder gjennomgår rutiner med sykepleierne både på egenkontroll og system, samt at dette tas opp på personalmøter. Videre opplyser helse- og omsorgssjefen at pasientsikkerhetsprogrammet vil bidra til at tjenesten endrer og forbedrer praksis. Det er utarbeidet flere opplæringsverktøy med forebygging av pasientskade.

- **Tidlig oppdagelse og rask respons på forverring av somatisk tilstand.** Helse- og omsorgssjefen opplyser at de har laget en begynnelse på dette, men skal jobbe dette inn i pleie og omsorg. Hjemmebasert omsorg har laget tiltakskort i forbindelse med covid-19 pandemien der det var oppsett på hva en skulle observere og hvordan rapportere til lege/ambulanses/AMK. Alle ansatte fikk disse laminerte kortene på ett nøkkelknippe slik at de har det tilgjengelig i sitt arbeide. Det er gjennomført piloter i noen kommuner, og oppstart til høsten i Finnmark der de har meldt seg på, noe som kjøres via utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Sør-Varanger.
- **Legemidler.** Her har helse og omsorg tatt i bruk samstemming²⁶ av legemidler og legemiddelgjennomgang. Dette har alltid vært en del av jobben, men nå er det satt i system og gjennomføres som rutine.
- **Ernæring.** Prosedyre og rutine for ernæringskartlegging er hentet her, og brukes i tjenestenes arbeid.

²⁶ Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» og må følge pasienten i hele behandlingsskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk. Manglende legemiddelsamstemming er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, for å ivareta effekt og sikkerhet. Legemiddelgjennomgang skal baseres på en samstemt liste over legemidler. <https://www.itryggehender24-7.no/reducer-pasientskader/legemiddelrelaterte-skader/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>

Revidering av rutiner og prosedyrer

De faglige rutinene revisor har mottatt er ikke datert og det fremgår ikke når de eventuelt er revidert. Revisor får opplyst at de fleste rutiner er eldre og blitt revidert de siste to-tre årene i forbindelse med oppstart av pasientsikkerhetsprogrammet i 2019.

Revisor får opplyst at det arbeides med rutinebeskrivelser på observasjonspraksis, noe hjemmebasert omsorg ikke har i dag. Videre opplyser helse- og omsorgssjef at de burde hatt på plass rutine som sikrer regelmessig gjennomgang av styringssystemer for å sikre evalueringer av rutinebeskrivelser slik at myndighetskravene er oppfylt.

4.3 Revisors vurderinger og konklusjon

Revisors vurdering er at Lebesby kommune **til dels oppfylder** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for hjemmebasert omsorg. Vurderingen er begrunnet i revisors funn som viser at Lebesby kommune har et kvalitets- og avvikssystem; *QM+*. Systemet er ikke helt ferdig utviklet med hjemmebasert omsorg sine rutiner og prosedyrer. I tillegg viser funnene at kommunen bruker *Ikks-forvaltning* i virksomhetsstyring og saksbehandling. Faglige rutiner og prosedyrer foreligger både i permer og digitalt, og kommunen startet i 2019 med pasientsikkerhetsprogrammet som er et nasjonalt handlingsprogram/kvalitetssikringsprogram. Styringssystemet fremstår etter revisors vurdering som fragmentert der det foreligger dokumenterte rutiner og prosedyrer, samtidig som det er noe som ikke er dokumentert og i større grad praksisbeskrevet. Revisors vurdering bygger også på funn og vurderinger som er gjort av de øvrige revisjonskriteriene fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som presenteres nedenfor.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **ikke fullt ut oppfylder revisjonskriteriet** om å planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingen baserer seg på følgende oppsummerte funn knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 6 bokstav a til g:

- Oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering fremgår i pleie- og omsorgsplanen. Det arbeides etter mål og visjoner i kommunens pleie- og omsorgsplan, og kommunen startet opp med *pasientsikkerhetsprogrammet* i 2019, et nasjonalt handlingsprogram/kvalitetsprogram for å sikre gode og trygge tjenester.
- Kommunen har dokumentert hvordan informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver gjøres i hjemmebasert omsorg der det tverrfaglige møte fremstår som sentralt.
- Hjemmebasert omsorg har tilgang til og oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Det er to årlige felles personalmøter i pleie og omsorg med workshop og opplæring
- Lebesby kommune har gjennomført ROS-analyser på et overordnet nivå, samt innenfor enkelte områder i helse- og omsorg, men det er få spesifikke risikoanalyser for arbeidet innenfor hjemmebasert omsorg.
- Kommunen har gjennomført kompetansekartlegging og vedtatt strategisk kompetanseplan for helse og omsorg.
- Revisor har blitt forelagt oversikt over avvik og uønskede hendelser. Imidlertid opplyses det at det har vært noe utfordringer med at ikke alle avvik har blitt e-postvarslet. Det registreres avvik både elektronisk og på papir.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **ikke fullt ut oppfylder revisjonskriteriet** om å gjennomføre virksomhetens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingene baserer seg på følgende oppsummerte funn som knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 7 bokstav a til e:

- Hjemmebasert omsorg har digital tilgang til sykepleiefaglige prosedyrer (VAR), og det brukes velferdsteknologi som mobilpleie i det daglige arbeidet. Prosedyrer for saksbehandling er i Ikks-forvaltning og er linket sammen med fag- og journalsystemet Gerica.
- Det foreligger rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer, og det gjennomføres personalmøter og fellesmøter på tvers av tjenestene. Medarbeidersamtaler skal gjennomføres årlig, men resultatene fra spørreundersøkelsen viser at flertallet ikke fikk tilbud om det i 2020.
- Fremtidig kompetansebehov er kartlagt og det gjennomføres kursing og kompetanseheving, samt det er vedtatt tiltak for å rekruttere sykepleiere til Lebesby kommune.
- Revisor får opplyst at det ikke på systemnivå brukes tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende i utformingen av tjenestetilbudet, men at det på individnivå gjennomføres kartleggingsbesøk hos tjenestemottakerne og pårørendesamtaler. Sykepleierne gjennomfører brukermøter.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **delvis oppfylder revisjonskriteriet** om å evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingene baserer seg på følgende oppsummerte funn som knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 8 bokstav a til f:

- For evaluering om tiltak, planer og mål er iverksatt/gjennomført/følges, opplyses det at det gjennomføres brukermøter en til to ganger, ved sykepleiermøter, samt at det er tema på personalmøter. I *rutiner for ansvarsvakt* fremgår det at vedkommende er ansvarlig for å motta rapport, følge opp og rapportere til neste vakt.
- Gjennomførte arbeidsoppgaver, besøk og vedtakstimer registreres via mobilpleie ved at de ansatte må kvittere for utførte besøk og oppdrag.
- Evaluering av tiltak opp mot krav i helse og omsorgslovgivning opplyses blir gjort ved legevisitt, brukermøter, sykepleiermøter og i de tverrfaglige møtene.
- Hjemmebasert omsorg gjør ikke noen systematisk innhenting av erfaringer.
- Ved avvik vurderer avdelingsleder alvorlighetsgraden og følger dette opp.
- Medisinavvik og andre avvik gjennomgås på sykepleiemøte, og det evalueres tiltak, og tas opp tilbakemelding fra de ansatte.
- Hjemmebasert omsorg har ikke noen fast rutine på årlig gjennomgang av styringssystemet.

Revisors vurdering er at hjemmebasert omsorg **delvis oppfylder revisjonskriteriet** om å korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Vurderingene baserer seg på følgende oppsummerte funn som knyttet til de oppgaver beskrevet i forskriften § 9 bokstav a til c:

- Revisor får opplyst at avviksmeldingene ikke har vist uforsvarlige eller lovstridige forhold. Avviksmeldingene omhandler for det meste medikamenthåndtering.

Oversikten over avvik som revisor har mottatt viser ikke hvordan avvikene lukkes, men de er lukket enten samme dag eller etter noen dager.

- Det drives forbedringsarbeid ved bruk av velferdsteknologi, pasientsikkerhetsprogrammet, samarbeid i pleie- og omsorg og tiltakene i kompetanseplanen.
- Det opplyses at det burde vært på plass rutine som sikrer regelmessig gjennomgang av styringssystemer for å sikre evalueringer av rutinebeskrivelser slik at myndighetskravene er oppfylt. De faglige rutinene opplyses er blitt revidert de siste to-tre årene i forbindelse med oppstart av pasientsikkerhetsprogrammet i 2019. Videre opplyses det at rutinebeskrivelser på observasjonspraksis er noe hjemmebasert omsorg ikke har i dag.

Revisors konklusjon er at Lebesby kommune har ikke i tilstrekkelig grad dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmebasert omsorg er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

5 ARBEIDSMILJØ

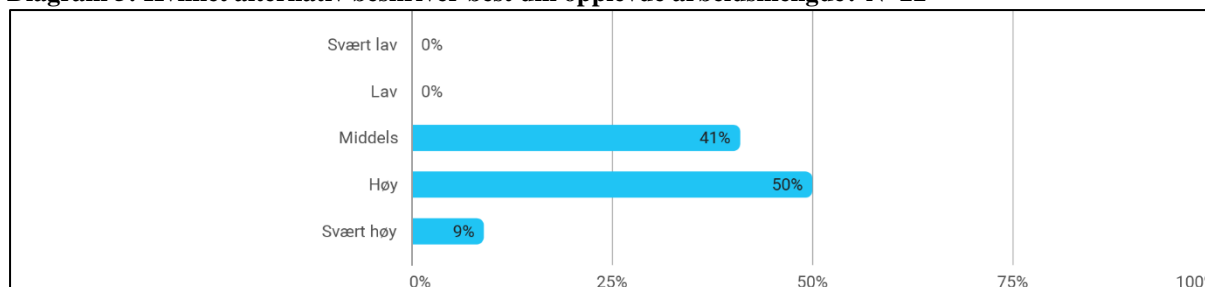
Hvordan opplever ansatte i hjemmebasert omsorg arbeidsmiljøet?

I dette kapitlet presenterer vi resultatene fra spørreundersøkelsen om opplevelse av arbeidsmiljøet blant de ansatte i hjemmebasert omsorg. Her kommer vi innom temaer som arbeidsmengde, bemanningssituasjon, arbeidsbelastning, psykososialt- og fysisk arbeidsmiljø og avviksregistrering. Vi oppsummerer hovedfunnene i kapittel 5.4.

5.1 Arbeidsmengde og bemanningssituasjon

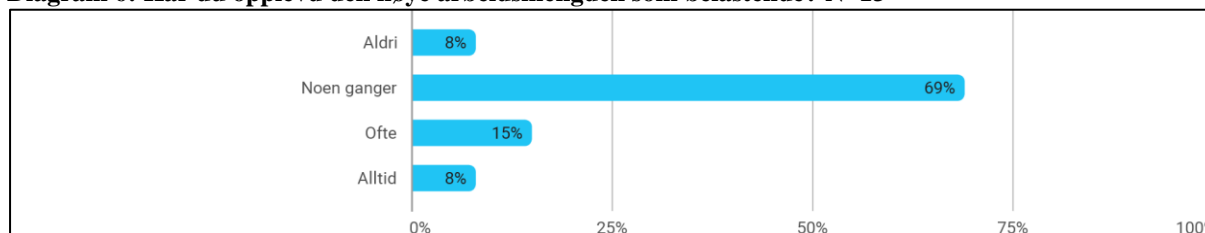
Hvordan respondentene har opplevd arbeidsmengden ved hjemmebasert omsorg, fremgår av diagram 5. Vi ser at 50 % svarte at deres opplevde arbeidsmengde har vært *høy*, og ni prosent av respondentene har opplevd *svært høy* arbeidsmengde.

Diagram 5: Hvilket alternativ beskriver best din opplevde arbeidsmengde? N=22



De som ga uttrykk for å ha opplevd *høy*/*svært høy* arbeidsmengde, fikk oppfølgingsspørsmål om hvorvidt de opplevde det som belastende. Vi ser at det store flertallet *noen ganger* har opplevd arbeidsmengden som belastende. Det er kun en liten andel som har svart *aldri*, mens 23 % har svart *ofte* eller *alltid*.

Diagram 6: Har du opplevd den høye arbeidsmengden som belastende? N=13



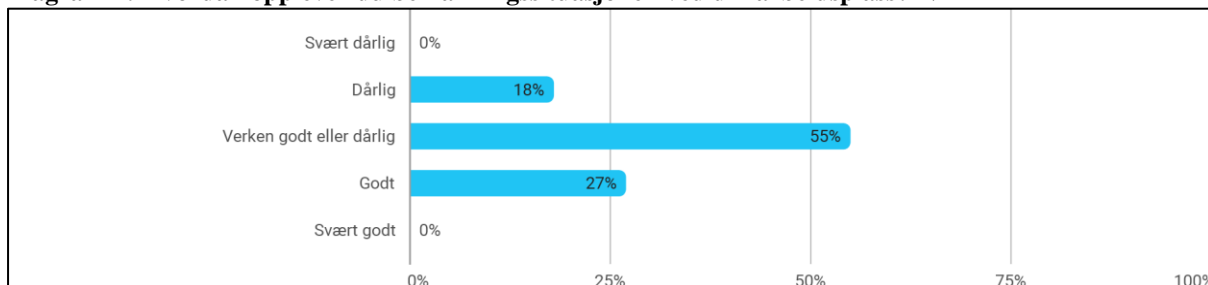
At flertallet av de som har opplevelse av høy eller svært høy arbeidsmengde, har opplevd arbeidsmengden *noen ganger* som belastende og en liten andel *aldri*, indikerer at de ansatte takler den høye arbeidsmengden uten at den oppleves som belastende.

At et mindretall *ofte* eller *alltid* opplever arbeidsmengden som belastende, kan ha sammenheng med at enkelte ansatte må gå ekstravakter i perioder der det er mangel på personale og vanskelig å få vikarer.

Hvordan bemanningssituasjonen oppleves kan ha betydning for både opplevelse av arbeidsmengde og arbeidsbelastning. På spørsmål om hvordan respondentene opplever bemanningssituasjonen ved hjemmebasert omsorg, ser vi av diagram 7 at svarfordelingen varierer fra *dårlig* til *godt*. Resultatene viser altså noe ulik opplevelse av

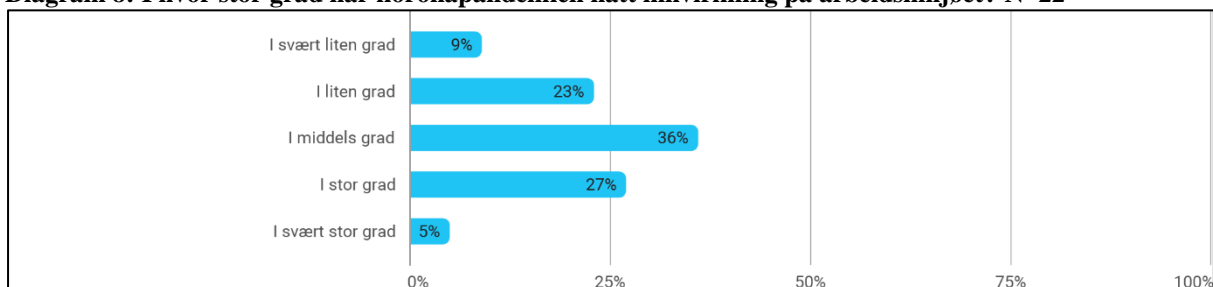
bemanningssituasjonen, men der litt over halvparten uttrykker å oppleve bemanningssituasjonen som *verken god eller dårlig*. Flere av respondentene har i fritekstkommentarer til vårt spørsmål om bemanningssituasjonen trukket frem at det generelt er mangel på vikarer.

Diagram 7: Hvordan opplever du bemanningssituasjonen ved din arbeidsplass? N=22



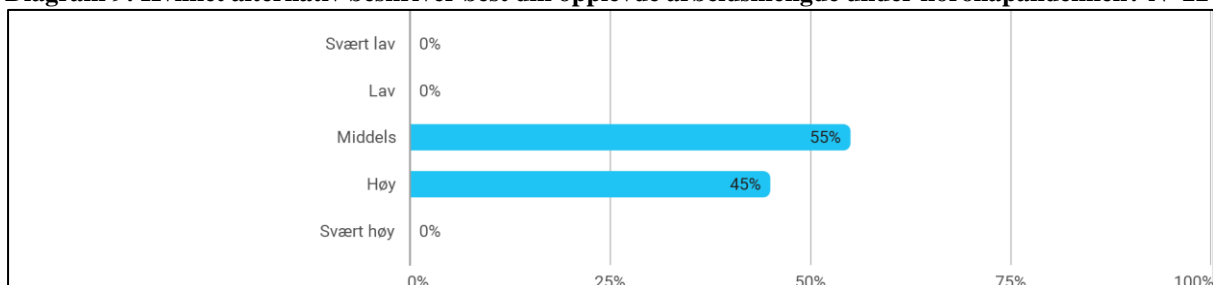
På spørsmål om i hvor stor grad koronapandemien har hatt påvirkning på arbeidsmiljøet, ser vi en spredt svarfordeling. Samlet er det 32 % som har svart *i stor grad* eller *i svært stor grad*. Videre er totalt 32 % som har svart *i liten grad* eller *i svært liten grad*. Flertallet på 36 % har *i middels grad* opplevd at koronapandemien har påvirket arbeidsmiljøet. Respondentene fikk mulighet å utdype på hvilken måte pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, der det ble spesielt trukket fram stress og liten mulighet til å være sosial.

Diagram 8: I hvor stor grad har koronapandemien hatt innvirkning på arbeidsmiljøet? N=22



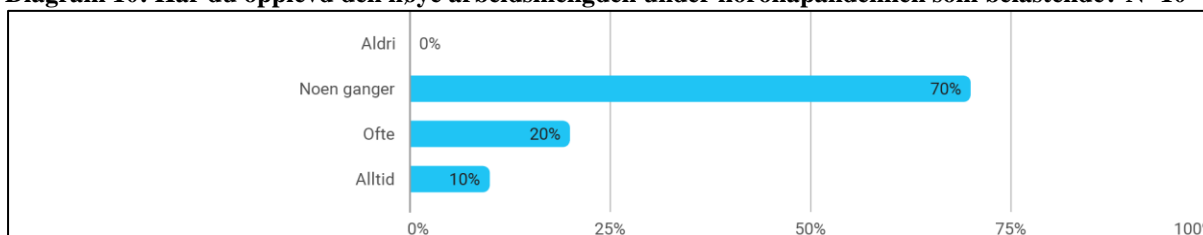
Når det gjelder opplevelse av arbeidsmengden under koronapandemien, svarer i underkant av halvparten av respondentene *høy*, mens flertallet har opplevd *middels* arbeidsmengde under pandemien.

Diagram 9: Hvilket alternativ beskriver best din opplevde arbeidsmengde under koronapandemien? N=22



Av de som har opplevd *høy* arbeidsmengde under pandemien, har flertallet på 70 % *noen ganger* opplevd arbeidsmengden som belastende, og de øvrige 30 % har *ofte* eller *alltid* opplevd arbeidsmengden som belastende.

Diagram 10: Har du opplevd den høye arbeidsmengden under koronapandemien som belastende? N=10



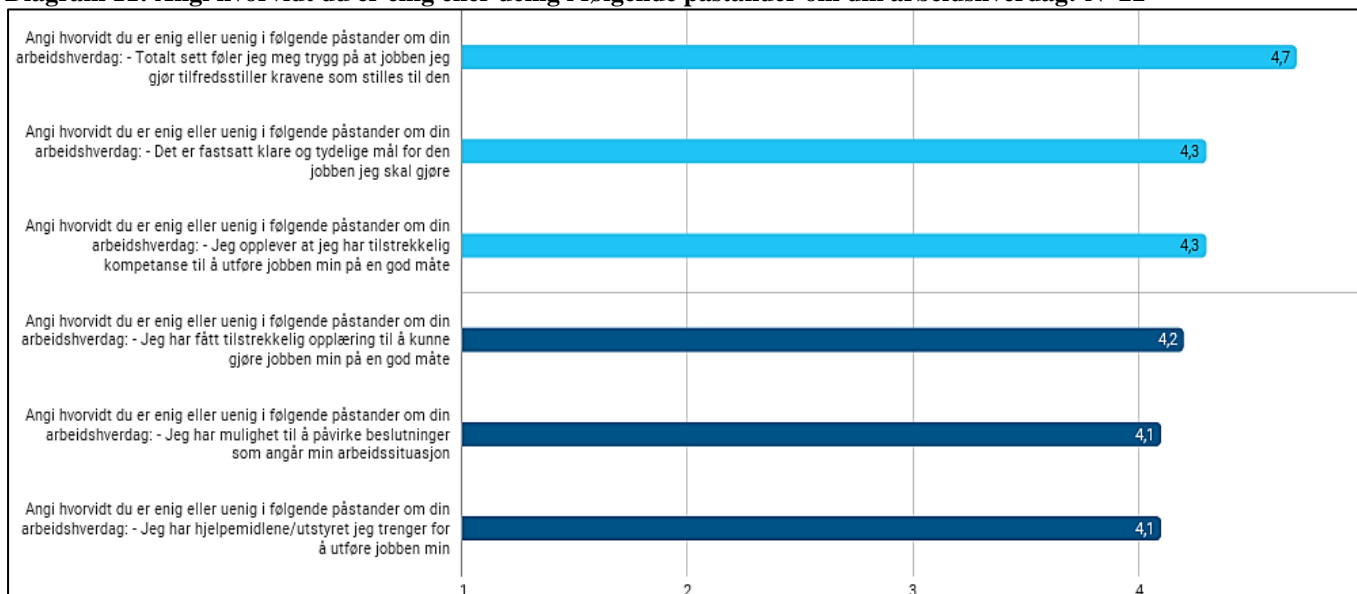
Respondentenes svar på påstander om arbeidshverdagen og arbeidsplassen

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene om å angi hvorvidt de er enige eller uenige i følgende påstander om sin arbeidshverdag:

- *Det er fastsatt klare og tydelige mål for den jobben jeg skal gjøre*
- *Jeg har fått tilstrekkelig opplæring til å kunne gjøre jobben min på en god måte*
- *Jeg har mulighet til å påvirke beslutninger som angår min arbeidssituasjon*
- *Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre jobben min på en god måte*
- *Totalt sett føler jeg meg trygg på at jobben jeg gjør tilfredsstillende kravene som stilles til den*

Svaralternativene som respondentene kunne velge mellom var; *svært uenig*, *nokså uenig*, *verken enig eller uenig*, *nokså enig* og *svært enig*. Diagram 11 viser gjennomsnittskåren på spørsmål om hvorvidt respondentene er enige eller uenige i de ulike påstandene om deres arbeidshverdag. Som det fremgår av diagrammet, fikk påstanden «*totalt sett føler jeg meg trygg på at jobben jeg gjør tilfredsstillende kravene som stilles til den*» høyest gjennomsnittskår (≈ *svært enig*). Videre ser vi respondentene gjennomsnittlig synes å være *nokså enig* i de øvrige påstander om sin arbeidshverdag.

Diagram 11: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: N=22

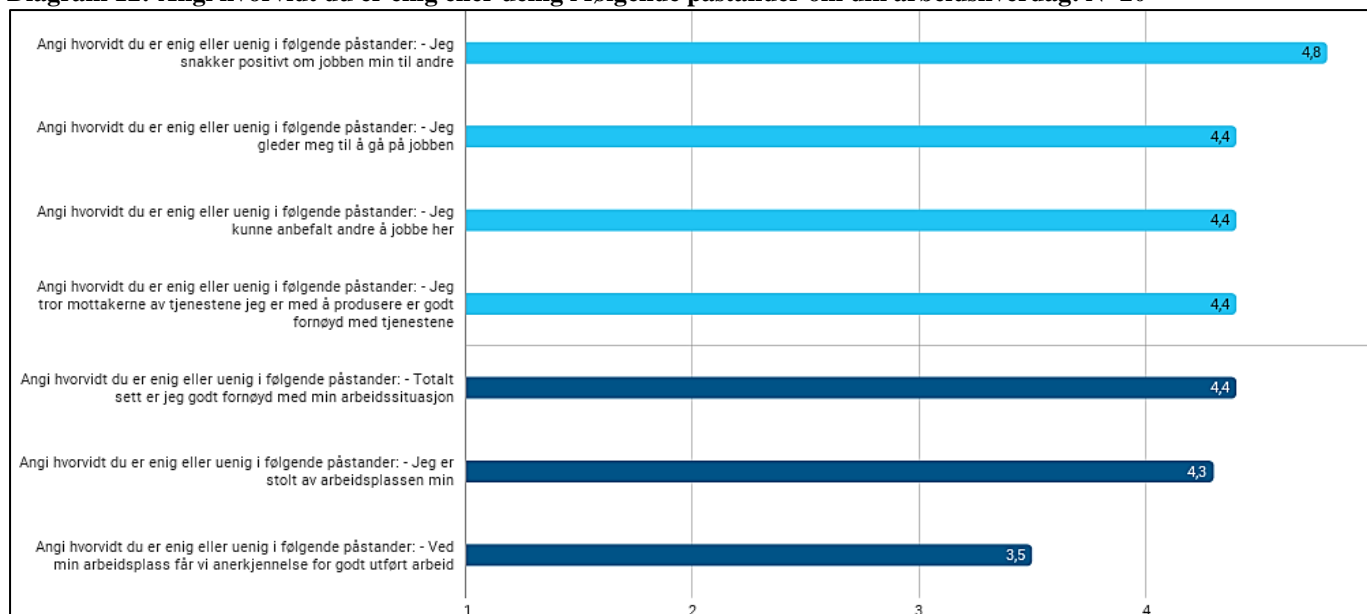


I spørreundersøkelsen ba vi videre respondentene om å angi hvorvidt de er enige eller uenige i følgende påstander om sin arbeidshverdag:

- *Jeg gleder meg til å gå på jobben*
- *Jeg er stolt av arbeidsplassen min*
- *Jeg snakker positivt om jobben min til andre*
- *Jeg kunne anbefalt andre å jobbe her*
- *Ved min arbeidsplass får vi anerkjennelse for godt utført arbeid*
- *Jeg tror mottakerne av tjenestene jeg er med å produsere er godt fornøyd med tjenestene*
- *Totalt sett er jeg godt fornøyd med min arbeidssituasjon*

Diagram 12 viser gjennomsnittskåren påstandene ovenfor om deres arbeidshverdag. Som det fremgår av diagrammet, fikk påstanden «*jeg snakker positivt om jobben min til andre*» høyest gjennomsnittskår (\approx svært enig). Lavest gjennomsnitt skår (\approx verken enig eller uenig) fikk påstanden «*ved min arbeidsplass får vi anerkjennelse for godt utført arbeid*», mens respondentene gjennomsnittlig synes å være *nokså enig* i de øvrige påstander om sin arbeidshverdag.

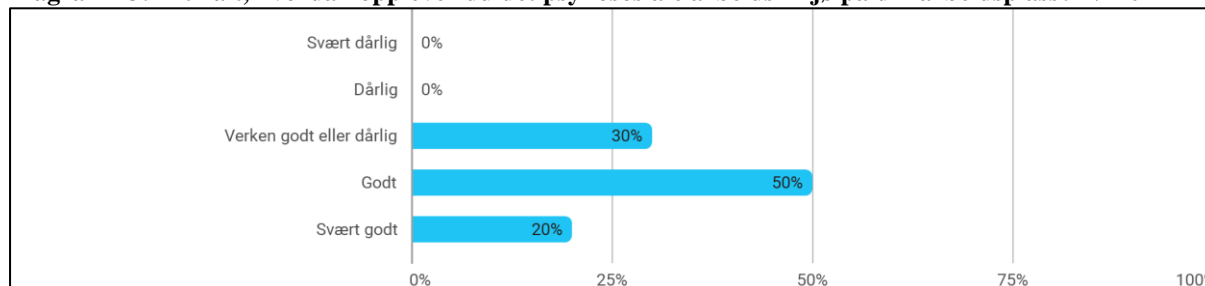
Diagram 12: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag. N=20



5.2 Psykososialt arbeidsmiljø

I spørreundersøkelsen hadde vi spørsmål om hvordan ansatte opplever det psykososiale²⁷ arbeidsmiljøet ved arbeidsplassen. Som vi kan se av diagrammet under, opplever det store flertallet av de som besvarte undersøkelsen og dette spørsmålet det psykososiale arbeidsmiljøet som *godt* eller *svært godt*.

Diagram 13: Alt i alt, hvordan opplever du det psykososiale arbeidsmiljø på din arbeidsplass? N=20

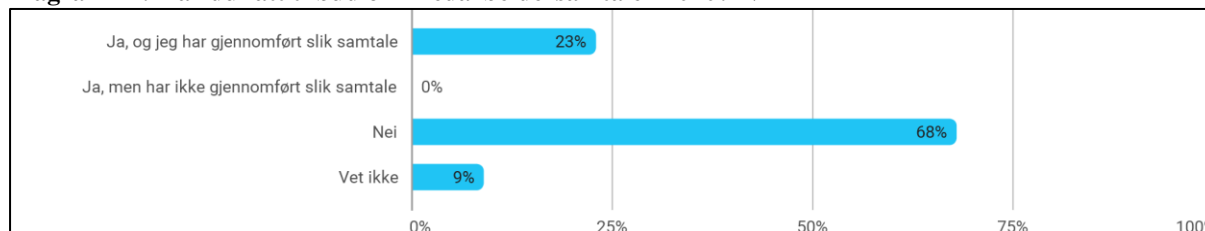


Mange av respondentene svarte med kommentarer på hva som kan gjøre det psykososiale arbeidsmiljøet bedre. Oppsummert viser kommentarene at respondentene mener at det er behov for mer tydelig og tilstedeværende ledelse, sosiale sammenkomster og mer samarbeid mellom kollegaer.

Medvirkning fra de ansatte

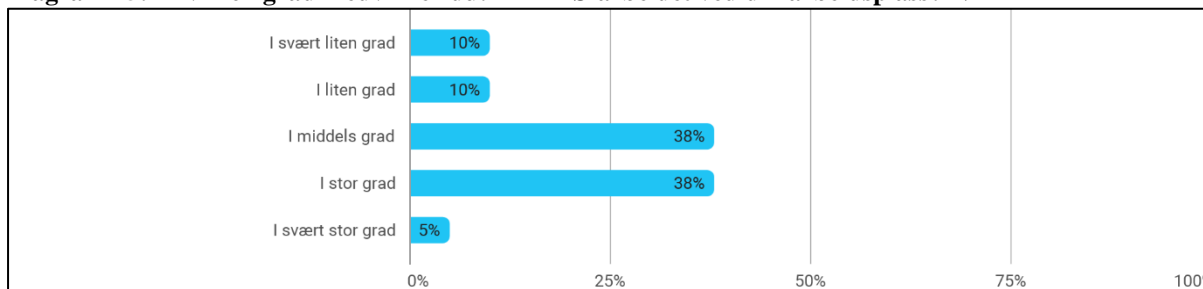
Som det fremgår av diagrammet nedenfor, oppgir et stort flertall at de ikke har fått tilbud om medarbeidersamtale i 2020. Det er kun en liten andel av respondentene som oppgir at de har fått tilbud om og gjennomført medarbeidersamtale i 2020.

Diagram 14: Har du fått tilbud om medarbeidersamtale i 2020? N=22

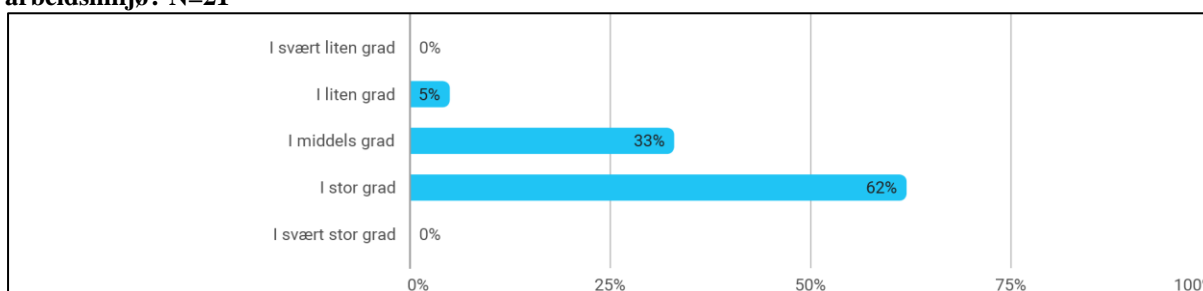


Respondentene ble videre spurt om i hvilken grad de medvirker i HMS-arbeidet og i gjennomføringen av å skape godt og sikkert arbeidsmiljø. Som vi ser av diagram 15 på neste side, er det spredning i svarene som viser at de ansatte i varierende grad synes de medvirker i HMS-arbeidet, men det store flertallet har svart at de *i middels* eller *i stor grad* medvirker i HMS-arbeidet. Resultatene indikerer at dette er et område med potensiale for forbedring.

²⁷ Psykososialt arbeidsmiljø dreier seg om psykologiske og sosiale forhold ved arbeidet, altså faktorer knyttet til blant annet mellommenneskelige relasjoner og trivsel.

Diagram 15: I hvilken grad medvirker du: - I HMS-arbeidet ved din arbeidsplass? N=21

Det er mer entydige svar på spørsmålet om i hvilken grad de ansatte medvirker i gjennomføringen av tiltak for å skape godt og trygt arbeidsmiljø. Her svarte hele 62 % at de medvirker *i stor grad*, mens en av tre svarte *i middels grad*.

Diagram 16: I hvilken grad medvirker du: - I gjennomføringen av tiltak for å skape godt og sikkert arbeidsmiljø? N=21

Respondentene ble spurt om på hvilken måte de medvirker, og kommentarer som ble gitt var blant annet: *personalmøter, veiledning, følge rutiner, rapportere om avvik, bruk av hjelpemidler, rapportere om mangler.*

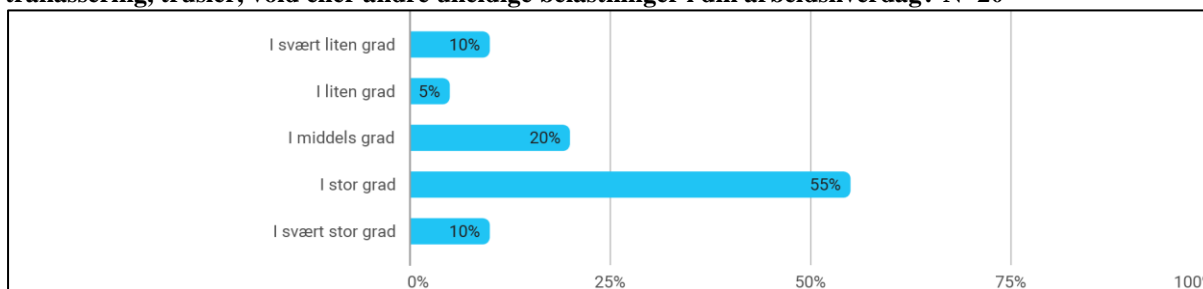
Trusler, vold og andre belastninger

Vi stilte respondentene spørsmål om hvorvidt de opplever at arbeidsgiver påser at de som arbeidstaker beskyttes mot trakassering, trusler, vold eller andre uheldige belastninger i arbeidshverdagen. Til spørsmålet hadde vi med følgende presisering i vårt spørreskjema:

Arbeidstilsynet har følgende forklaring på nett: Vold og trusler er alle fysiske og verbale angrep på en arbeidstaker som innebærer en trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære. Arbeidstilsynets definisjon omfatter alle typer vold og trusler som kan knyttes til jobben, enten det skjer på eller utenfor arbeidsplassen og arbeidstiden, skriftlig eller muntlig, ansikt-til-ansikt eller via sosiale medier. Ulike typer vold og trusler kan være fysisk vold, psykisk vold, seksuell vold og latent vold. Latent vold handler om redselen for at en potensiell vold- eller trusselsituasjon kan oppstå. Vi ber deg her tenke på både ansatte, ledelse og tjenestemottakere.

Spredningen i svarene som vi ser av diagram 17 på neste side, viser at det er ulik opplevelse blant respondentene i hvor stor grad arbeidsgiver påser at de beskyttes mot trakassering, trusler, vold eller andre uheldige belastninger i arbeidshverdagen. Selv om vi ser spredning i svarene, har i overkant av halvparten svart at de *i stor grad* opplever at arbeidsgiveren påser at de som arbeidstakere beskyttes mot trakassering, trusler, vold eller andre uheldige belastninger.

Diagram 17: I hvor stor grad opplever du at din arbeidsgiver påser at du som arbeidstaker beskyttes mot trakassering, trusler, vold eller andre uheldige belastninger i din arbeidshverdag? N=20



De to neste diagrammene viser resultatene fra spørsmål om respondentene har lagt merke til om noen andre har blitt urettferdig behandlet i løpet av de to siste årene, eller de selv. Som det fremgår av diagrammene, svarte 40 % at de ikke har lagt merke til at andre har blitt urettferdig behandlet, mens 40 % svarte at de *noen* ganger har lagt merke til om noen har blitt urettferdig behandlet på sin arbeidsplass i løpet av de to siste årene. Videre svarte en av fire av de har opplevd å bli urettferdig behandlet på arbeidsplassen.

Diagram 18: Har du lagt merke til om noen har blitt urettferdig behandlet på din arbeidsplass i løpet av de to siste årene? N=20

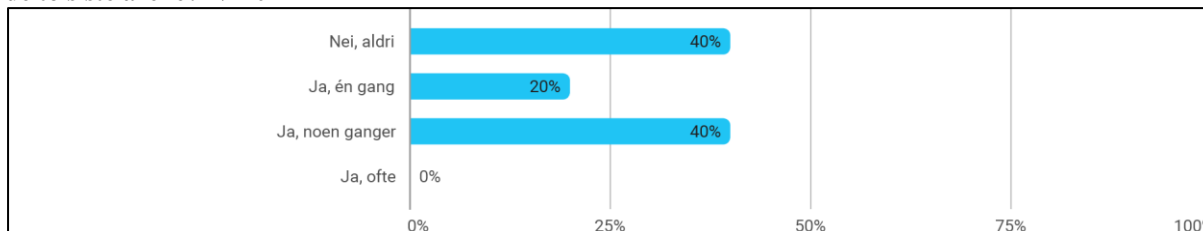
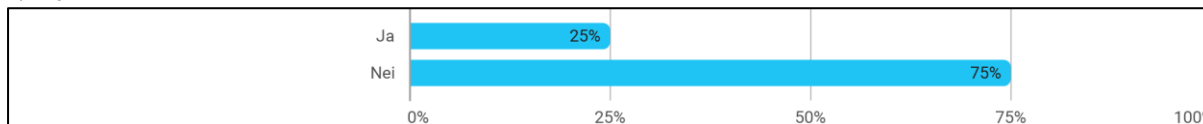


Diagram 19: Har du opplevd å bli urettferdig behandlet på din arbeidsplass i løpet av de to siste årene? N=20

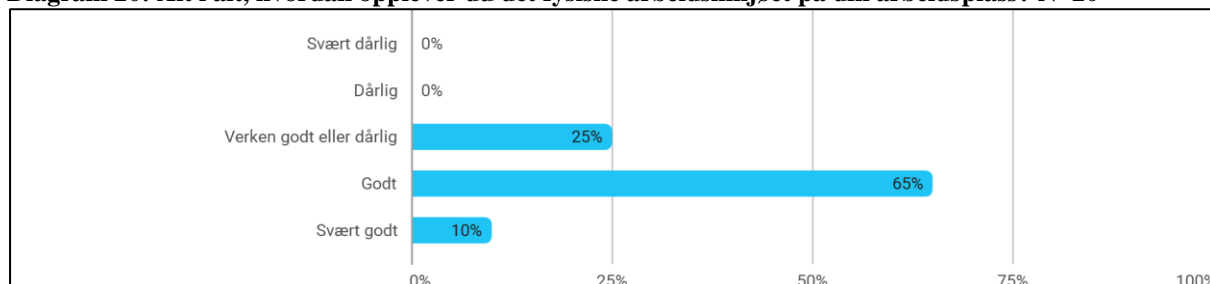


Helse- og omsorgssjefen opplyser at hun og avdelingsleder i Kjøllefjord har drøftet disse resultatene og at de sammen med avdelingssykepleier vil følge dette opp ved begge sonene.

5.3 Fysisk arbeidsmiljø

Vi stilte respondentene spørsmål om hvordan de opplever det fysiske arbeidsmiljøet ved sin arbeidsplass. Her forklarte vi innledningsvis før spørsmålet at med fysisk arbeidsmiljø menes lokaler, utstyr, hjelpemidler, pauserom, inneklima osv. ved arbeidstakers arbeidsplass, base/oppmøtested eller ute hos tjenestemottaker. Spredningen i svarene vi ser av diagrammet under, indikerer at det store flertallet av respondentene opplever det fysiske arbeidsmiljøet som *godt* eller *svært godt*.

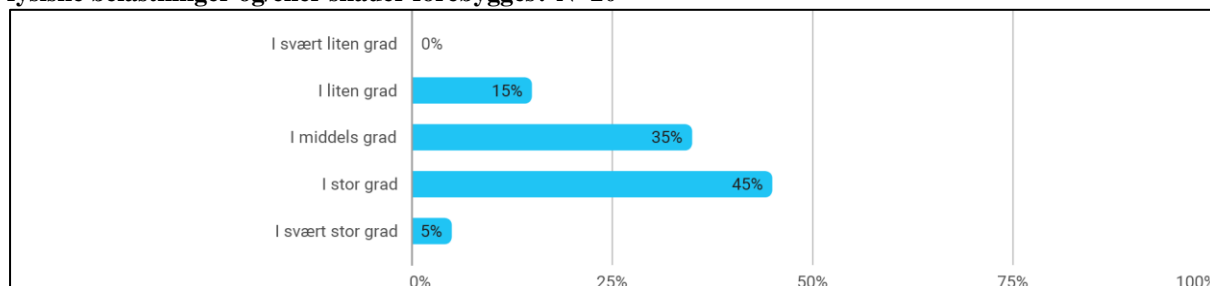
Diagram 20: Alt i alt, hvordan opplever du det fysiske arbeidsmiljøet på din arbeidsplass? N=20



På spørsmål om hva som kan gjøre det fysiske arbeidsmiljøet bedre, er det gjennomgående at flere kommenterer de fysiske arbeidsforholdene ute hos tjenestemottakerne. Det kan være at det er trange rom eller at det er behov for hjelpemidler.

Vi ser av det neste diagrammet at halvparten av respondentene *i stor* og *i svært stor grad* opplever at arbeidsplassen er utformet fysisk på en slik måte at uheldige fysiske belastninger og/eller skader forebygges. At den andre halvparten av respondentene svarer *i liten* og *i svært liten grad*, indikerer at det er rom for forbedring på dette område.

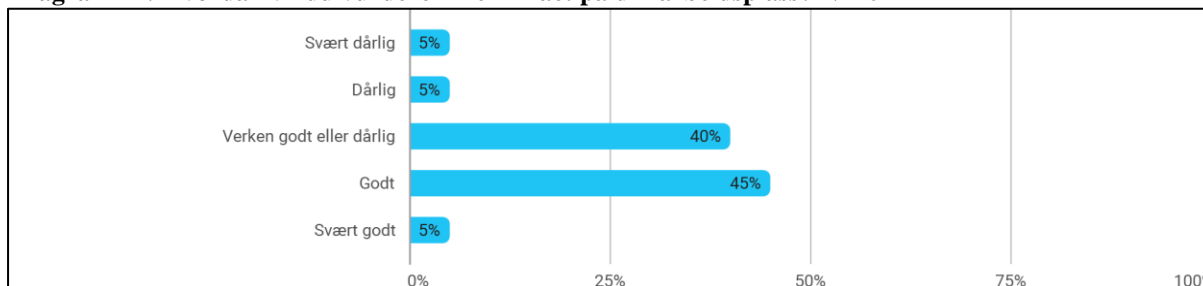
Diagram 21: I hvor stor grad opplever du at din arbeidsplass er utformet fysisk på en slik måte at uheldige fysiske belastninger og/eller skader forebygges? N=20



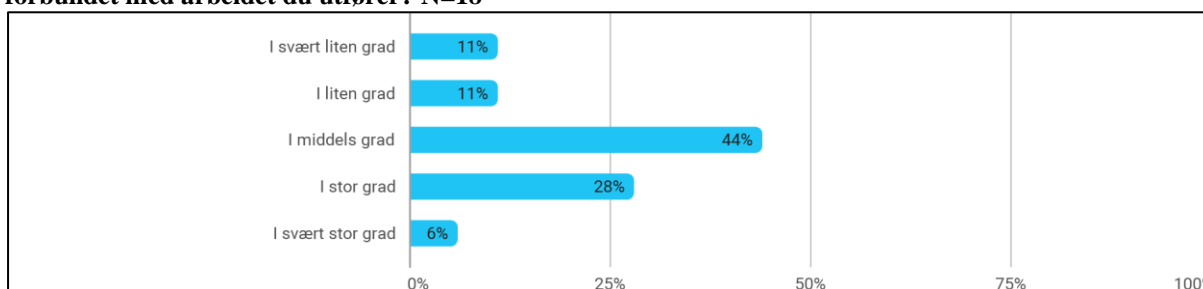
Inneklima er sammensatt av flere målbare fysiske, kjemiske og biologiske faktorer. Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert «inneklima» til å omfatte:

- Termisk miljø (varme, kulde, trekk og luftfuktighet)
- Atmosfærisk miljø (forurensning, luftkvalitet og friskluftmengde)
- Akustisk miljø (støy, oppfattelse av tale og lyd)
- Aktinisk miljø (belysning, stråling og elektriske- og magnetiske felt)

Vi ba respondentene ta utgangspunkt i både sitt oppmøtested og ute hos tjenestemottaker i vurderinger av inneklima. Vi ser av diagrammet på neste side at det er delte meninger om inneklimaet, men at flertallet synes å vurdere inneklimaet som *godt*.

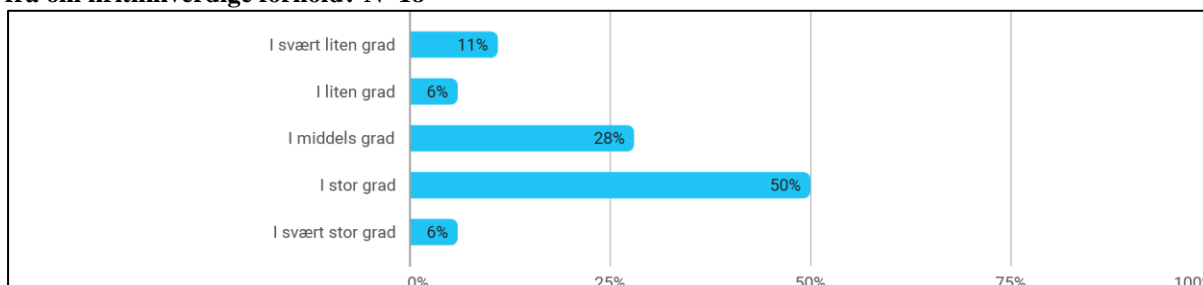
Diagram 22: Hvordan vil du vurdere inneklimate på din arbeidsplass? N=20

Vi ser av svarfordelingen i diagrammet nedenfor at det er ulike opplevelser blant respondentene i hvor stor grad arbeidsgiver har gjort de kjent med ulykkes- og helsefarer forbundet med arbeidet de utfører. Flertallet på i underkant av halvparten av respondentene har svart *i middels grad*, og 22 % har svart med de to laveste svaralternativene, noe som indikerer forbedringspotensial på området.

Diagram 23: I hvor stor grad opplever du at arbeidsgiver har gjort deg kjent med ulykkes- og helsefarer forbundet med arbeidet du utfører? N=18

Varsling, registrering av skader og avvik

Diagram 24 viser spredning i svarfordelingen på spørsmålet om i hvor stor grad respondentene opplever at det er lagt til rette for å melde fra om kritikkverdige forhold²⁸ ved arbeidsplassen. Halvparten av respondentene opplever at det *i stor grad* er lagt til rette for å melde fra om kritikkverdige forhold. Imidlertid ser vi av diagrammet at det en andel av respondentene som opplever at det i mindre grad er slik, noe som indikerer rom for forbedring på dette området.

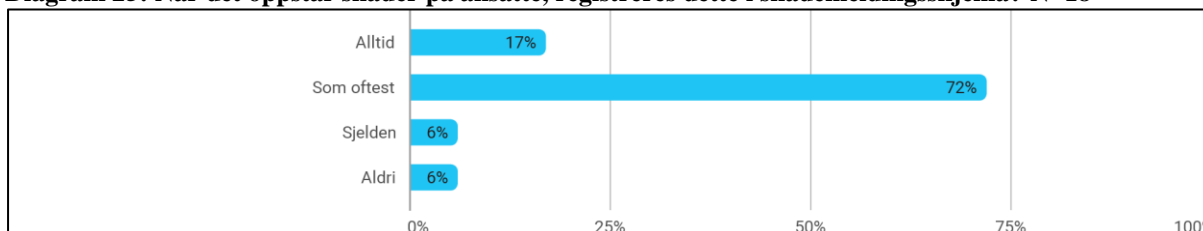
Diagram 24: I hvor stor grad opplever du at det ved din arbeidsplass er lagt til rette for at du kan melde fra om kritikkverdige forhold? N=18

²⁸ Hjelpetekst til spørsmålet: Med kritikkverdige forhold mener vi følgende: "Forhold som arbeidstakeren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet og som er eller kan være i strid med":

- Lover og regler
- Virksomhetens retningslinjer
- Alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk akseptabelt

Det fremgår av diagram 25 at flertallet av respondentene svarte at de *alltid* og *som oftest* registrerer skader i skademeldingsskjema. Det er kun en liten andel av respondentene som har svart *sjelden* eller *aldri*. Resultatene indikerer imidlertid at det er et område som bør forbedres i og med at arbeidsgiver skal sørge for registrering av alle personskader som oppstår under utførelse av arbeid, slik det fremgår av arbeidsmiljøloven § 5-1 første ledd.

Diagram 25: Når det oppstår skader på ansatte, registreres dette i skademeldingsskjema? N=18

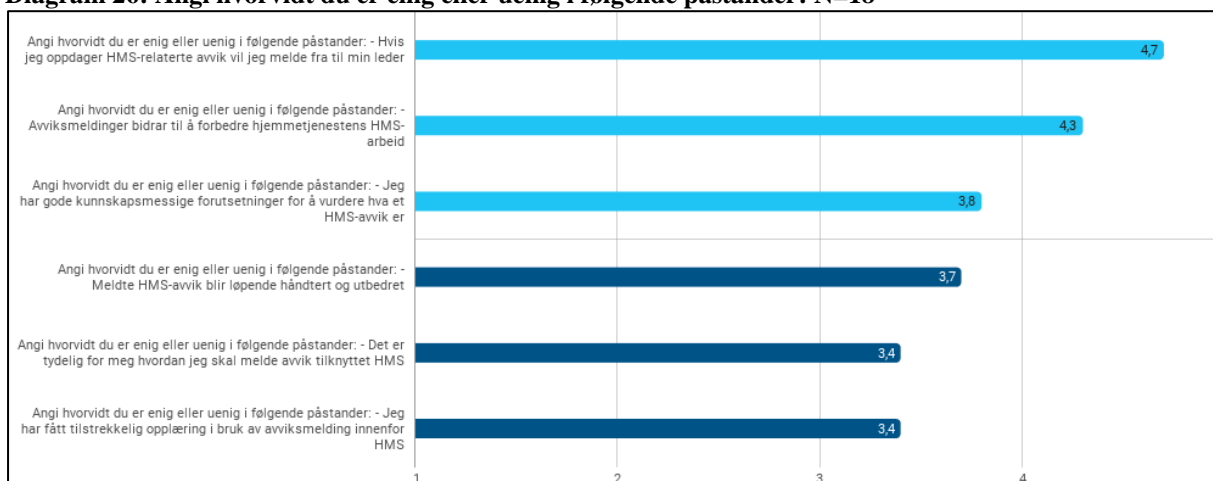


Respondentene ble bedt om å ta stilling til hvor enig eller uenig de var i ulike påstander om avvik og avvikssystemet:

- *Jeg har gode kunnskapsmessige forutsetninger for å vurdere hva et HMS-avvik er*
- *Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av avviksmelding innenfor HMS*
- *Det er tydelig for meg hvordan jeg skal melde avvik tilknyttet HMS*
- *Hvis jeg oppdager HMS-relaterte avvik vil jeg melde fra til min leder*
- *Meldte HMS-avvik blir løpende håndtert og utbedret*
- *Avviksmeldinger bidrar til å forbedre hjemmebasert omsorg HMS-arbeid*

Gjennomsnittsskårene viser at respondentene er *nokså enige* i flere av påstandene ovenfor. Som det fremgår av diagram 26 på neste side, fikk påstanden «*hvis jeg oppdager HMS-relaterte avvik vil jeg melde fra til min leder*» høyest gjennomsnittsskår (\approx *svært enig*). Respondentene er *verken enig eller uenig* i påstandene «*det er tydelig for meg hvordan jeg skal melde avvik tilknyttet HMS*» og «*jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av avviksmelding innenfor HMS*», noe som indikerer at det kan være en viss usikkerhet hos enkelte om hvordan melde HMS-avvik på grunn av manglende opplæring.

Diagram 26: Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: N=18



5.4 Oppsummering

Resultatene viser hvordan arbeidsmiljøet ved hjemmebasert omsorg oppleves blant de 22 av de 31 ansatte som svarte på spørreundersøkelsen. Nedenfor er en oppsummering av hovedfunnene:

- Litt over halvparten svarte at deres opplevde **arbeidsmengde** har vært *høy* og *svært høy*. Av disse har 23 % opplevd arbeidsmengden *ofte/alltid* som belastende.
- Det er noe ulik opplevelse av **bemanningssituasjonen**, der litt over halvparten uttrykker å oppleve bemanningssituasjonen som *verken god eller dårlig*.
- Det varierer hvorvidt de ansatte har opplevd at **koronapandemien** har påvirket arbeidsmiljøet. 32 % har opplevd det *i stor grad* eller *i svært stor grad*, mens 32 % har opplevd det *i liten grad* eller *i svært liten grad*
- I underkant av halvparten opplevde **arbeidsmengden under koronapandemien** som *høy*, og blant disse opplevde 30 % *ofte* eller *alltid* arbeidsmengden som belastende
- Flertallet på 70 % opplever det **psykososiale arbeidsmiljøet** som *godt/svært godt*
- Flertallet på 75 % av respondentene opplever det **fysiske arbeidsmiljøet** som *godt eller svært godt*.
- En av fire svarte at de selv har opplevd å bli **urettferdig behandlet** på arbeidsplassen, mens 40 % svarte at de *noen ganger* har lagt merke til at andre har blitt urettferdig behandlet.
- I overkant av halvparten har svart at de *i stor grad* opplever at arbeidsgiveren påser at de som arbeidstakere **beskyttes mot trakassering, trusler, vold eller andre uheldige belastninger**, men resultatene viser at det er ulik opplevelse
- Et stort flertall svarte at de ikke har fått tilbud om **medarbeidersamtale** i 2020, og det er kun en liten andel svarte at de har fått tilbud om og gjennomført medarbeidersamtale i 2020

6 UTTALELSE

Revisor sendte rapportutkast til rådmann for uttalelse 28.3.22. Vi mottok uttalelsen 6.4.22 og denne gjengis i sin helhet i det følgende.

Rådmannen har ingen kommentarer til rapporten ut over at jeg her vil ta inn det samme som jeg kommenterte i årsberetningen når det gjelder internkontroll generelt:

«Vi har ikke et samlet system for internkontroll, men vi har mange elementer med i kommunens styringssystem. På overordnet nivå har vi planer og budsjett og et system for rapportering. Vi har på plass delegeringer, reglementer og en rekke felles maler og skjemaer. Vi har på noen områder avviksrapporteringer, men heller ikke i et enhetlig system for dette.

Det krever endel arbeid for å få etablert et enhetlig og velfungerende internkontrollsystem. KS anbefaler i sin veileder at det settes av ressurser/ressursperson som kan holde tråden i arbeidet, og fasiliteter de andre. God internkontroll er å etablere, etterleve, etterspørre og vedlikeholde det som er etablert. Vi har på disse områdene som nevnt en vei å gå og rådmannen har hatt dette som tema i ledergruppen, og vil be om/omprioritere ressurser til å få etablert et velfungerende og enhetlig system for dette.»

Med hilsen

*Harald Larssen
Rådmann
Lebesby kommune*

7 ANBEFALINGER

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjon gir vi følgende anbefalinger:

Lebesby kommune bør sikre at hjemmebasert omsorg videreutvikler og dokumenterer styringssystemet slik at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Herunder bør kommunen:

- Gjøre vurderinger av risiko og fare for svikt eller mangel på myndighetskrav innenfor hjemmebasert omsorg og hvordan denne risikoen kan reduseres.
- Gjennomføre medarbeidersamtaler.
- Innhente tilbakemeldinger og erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende.
- Utarbeide prosedyrer og rutiner som kommunen vurderer er nødvendige innenfor hjemmebasert omsorg.
- Sikre årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet.

8 REFERANSER

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp

St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

St.meld 15 (2017-2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, IS-1201, Sosial- og helsedirektoratet 2004

Lebesby kommune:

- Betalingsregulativ innenfor helse- og omsorg, vedtatt i Kommunestyret 11.04.19, PS 21/19
- Rutiner og prosedyrer ved hjemmebasert omsorg
- ROS-analyser
- Pleie- og omsorgsplan 2017-2021
- RO-rapport, desember 2017
- Strategisk kompetanseplan 2021-2031
- Stillingsbeskrivelser
- Status «Leve hele Livet»
- <https://www.lebesby.kommune.no/>
- [forvaltning.ikks.no](https://www.forvaltning.ikks.no) – dokumentasamling, maler og prosedyrer

<https://www.survey-xact.no/> - Spørreundersøkelsen

<https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/demensomsorg/>

<https://statbank.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/iplos>

<https://www.aldringoghelse.no/>

<https://www.documaster.com/integrasjon-gerica>

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>

<https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/legemiddelrelaterte-skader/legemiddelsamstemming-og-legemiddelgjennomgang>

<https://www.qmplus.no/>

<https://www.roommate.no/roommate/>

<https://www.varhealthcare.no/>

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Sjøvegan, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Lebesby kommune:

Oppfølging av politiske vedtak,

2018

