
**KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2
MØRE OG ROMSDAL**

Forvaltningsrevisjonsrapport

Kvalitet i hjemmebaserte tjenester

i

Aukra kommune

13. mai 2013

Kommunerevisjonsdistrikt 2 Møre og Romsdal er interkommunalt selskap etter kommuneloven § 27. Eiere er kommunene Aukra, Eide, Fræna, Gjemnes, Molde, Nesset, Rauma, Sunndal og Vestnes. Selskapet utfører regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll for eierkommunene og har i dag fem revisorer. Selskapet har hovedkontor i Molde.

Innholdsliste

INNHOOLDSLISTE.....	3
1 INNLEDNING.....	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	4
1.3 AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN	4
1.4 METODE	5
1.5 HØRING	5
1.6 OPPBYGGING AV RAPPORTEN	5
2 OM PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE I AUKRA KOMMUNE.....	5
2.1 ADMINISTRATIV ORGANISERING I AUKRA KOMMUNE.....	5
2.2 OM TJENESTENE	6
2.3 ANTALL MOTTAKERE AV TJENESTER	7
3 KVALITET.....	9
3.1 OM KVALITET I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE	9
3.2 SAMHANDLINGSREFORMEN.....	11
4 ER KVALITETEN PÅ HJEMMETJENESTENE I PLEIE OG OMSORG I TRÅD MED KRAV OG MÅLSETTINGER PÅ OMRÅDET?	12
4.1 UNDERPROBLEMSTILLINGER	12
4.2 KOMPETANSE	12
4.2.1 <i>Hvilken kompetanse er tilgjengelig?</i>	12
4.3 VIKARBRUK OG DELTIDSTILLINGER.....	13
4.3.1 <i>Hva er omfanget av vikarbruken og deltidstillinger i tjenesten?</i>	13
4.3.2 <i>Vurdering og anbefaling</i>	14
4.4 DOKUMENTASJON OG KVALITETSSIKRING.....	15
4.4.1 <i>Har kommunen et system for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenesten?</i>	15
4.4.2 <i>Vurdering og anbefaling</i>	16
4.5 HVORDAN ER BRUKERMEDVIRKNINGEN?	17
4.5.1 <i>Brukermedvirkning på systemnivå</i>	17
4.5.2 <i>Brukermedvirkning på individnivå</i>	18
4.5.3 <i>Vurdering og anbefaling</i>	19
4.6 HVORDAN ER TJENESTENS KVALITATIVE INNHOLD FOR BRUKER?	19
4.6.1 <i>Tjenestetilbudet generelt</i>	20
4.6.2 <i>Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet</i>	22
4.6.3 <i>Medikamenthåndtering og ernæring</i>	23
4.7 VURDERING OG ANBEFALING	25
5 HVOR STORE RESSURSER BRUKER AUKRA KOMMUNE PÅ HJEMMETJENESTEN SAMMENLIGNET MED ANDRE KOMMUNER?.....	25
5.1 UNDERPROBLEMSTILLING	25
5.1.1 <i>Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner</i>	26
5.1.2 <i>Budsjettprosessen</i>	27
5.1.3 <i>Ressurser i forhold til behovet</i>	27
5.1.4 <i>Vurdering og anbefaling</i>	28
6 SAMLEDE VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	29
6.1 VURDERINGER.....	29
6.2 ANBEFALINGER	30
REFERANSER OG KILDER.....	31

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Kommunens revisor har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jf. kommuneloven § 78 nr. 2 og forskrift om revisjon kap. 3 §§ 6–8. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger, jf. kommuneloven § 77 nr. 4.

Aukra kommune har vedtatt overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–2015, jf. sak 50/12 i Kommunestyret og sak 7/12 i Kontrollutvalget. Kontrollutvalget har videre vedtatt å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om Kvalitet i hjemmebaserte tjenester i Aukra kommune og bestille dette fra Kommunerevisjonsdistrikt 2 Møre og Romsdal, jf. sak 22/12. I bestillingen fremgår det at fokus for prosjektet må være kvaliteten av tjenestene i forhold til lovverk, kommunens målsettinger og befolkningens behov.

1.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

På bakgrunn av bestillingen fra kontrollutvalget og en risikovurdering av forhold i kommunen, har revisjonen satt opp følgende problemstillinger og operasjonaliseringer for undersøkelsen:

1. Er kvaliteten på hjemmetjenesten i Aukra kommune i tråd med krav og målsettinger på området?
 - a. Hvilken kompetanse er tilgjengelig?
 - b. Hva er omfanget av vikarbruken i tjenesten og deltidsstillinger?
 - c. Har kommunen et system for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenesten?
 - d. Hvordan er brukervedvirkningen?
 - e. Hvordan er tjenestens kvalitative innhold for bruker?
2. Hvor store ressurser bruker Aukra kommune på hjemmetjenesten sammenlignet med andre kommuner?
 - a. Hvordan er behovet i forhold til ressurser?

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som funnene i undersøkelsen blir vurdert opp mot. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene særlig utledet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om helsepersonell, lov om sosiale tjenester, pasientrettighetsloven, forskrift om legemiddelhåndtering, forskrift for IPLOS registeret, kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften. Revisjonskriteriene vil bli utdypet i rapporten i tilknytning til hver problemstilling.

1.3 Avgrensning av undersøkelsen

Bemanningssituasjonen er et tilbakevendende tema i debatten om hjemmetjenesten. Det finnes ingen normtall for bemanning i hjemmetjenestene. Vi vurderer ikke om grunnbemanningen er tilstrekkelig.

Bofellesskap for funksjonshemmede er ikke tatt med i denne undersøkelsen.

1.4 Metode

Denne undersøkelsen er basert på Norges Kommunerevisorforbunds (NKRF) standard for forvaltningsrevisjon ”RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon”¹.

Undersøkelsen er hovedsakelig lagt opp som en kombinasjon av intervju og dokumentanalyse. Vi har hatt samtaler med kommunalsjefen for helse, omsorg og velferd, pleie- og omsorgssjefen, avdelingssykepleier for hjemmetjenesten og andre relevante personer. I tillegg har vi hatt samtaler med leder av Eldrerådet i kommunen, leder av pårørende gruppa ved Aukraheimen og noen pårørende til mottakere av hjemmetjenester.

Revisjonen har ikke gjennomført egne brukerundersøkelser, men legger til grunn de brukerundersøkelsene som Aukra kommune gjennomførte i 2008. I denne undersøkelsen ble også pårørende spurt.

Undersøkelsen omfatter også en gjennomgang av kommunens ressursbruk slik dette er rapportert i KOSTRA (Kommune – Stat – Rapportering).

1.5 Høring

Et utkast til rapport har vært forelagt rådmannen.

Et foreløpig utkast til rapport har vært forelagt Aura kommune og gjennomgått i høringsmøte 6. mai 2013. Aukra kommunen ved rådmannen har ingen merknader til endelig utkast sendt kommunen i etterkant av høringsmøtet.

1.6 Oppbygging av rapporten

Rapporten er bygd opp etter de to problemstillingene som undersøkelsen skal belyse, jf. punkt 1.2 I kapittel 2 og 3 beskrives pleie- og omsorgstjenestene i Aukra kommune, hvilke krav det er til tjenestene fra statlige myndigheter og litt om samhandlingsreformen. Kapittel 4 omhandler kvaliteten på hjemmetjenesten i forhold til krav og målsettinger på området. I kapittel 5 ser vi på hvor store ressurser Aukra kommune bruker på hjemmetjenesten sammenlignet med andre kommuner. Det gis en oppsummering av funnene og anbefalingene i kapittel 6. Til slutt er det en oversikt over referanser og kilder som er benyttet i arbeidet med denne undersøkelsen.

2 Om pleie og omsorgstjenestene i Aukra kommune

I dette avsnittet beskriver vi pleie- og omsorgstjenestene, og hvilke krav det er til tjenestene fra statlige myndigheter og særskilt omtale av samhandlingsreformen. Videre beskriver vi pleie- og omsorgstjenestene i Aukra kommune og hvordan tjenestene er organisert.

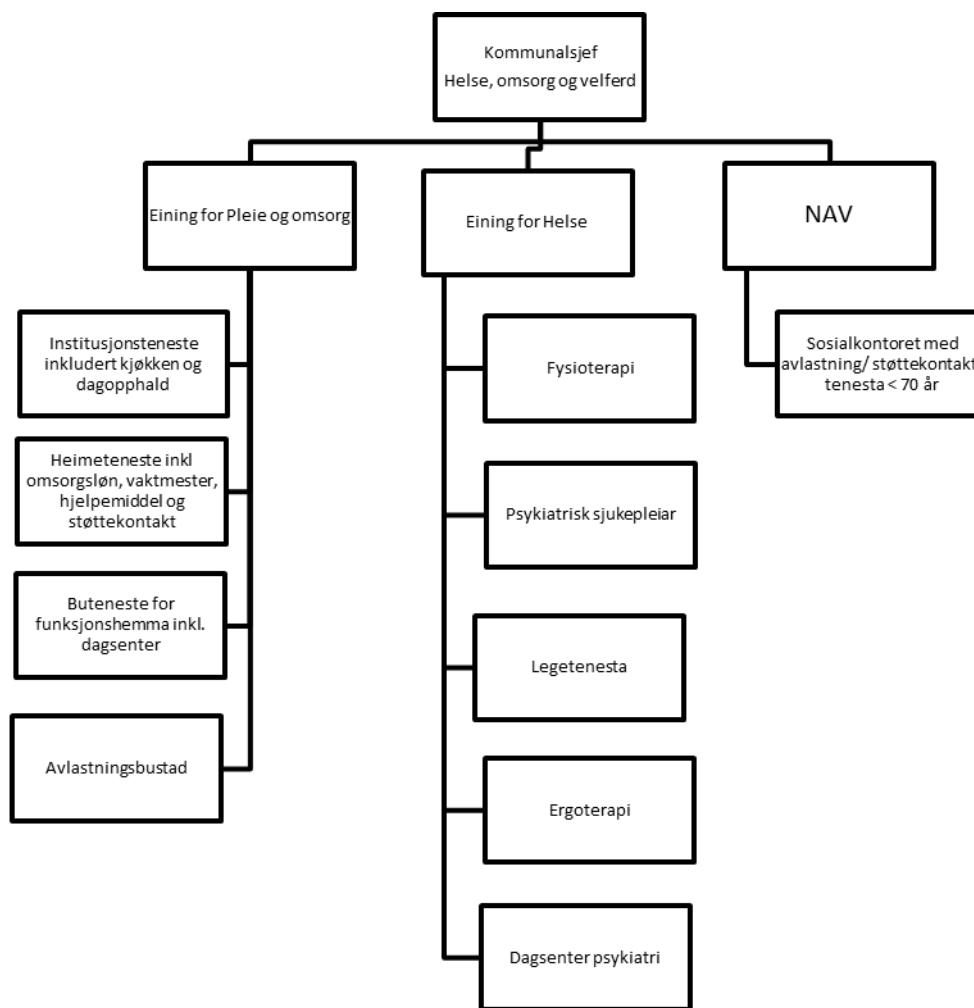
2.1 Administrativ organisering i Aukra kommune

Aukra kommune styres administrativt etter en tonivåmodell, med rådmann og tre kommunalsjefer som øverste administrativ ledelse. Pleie og omsorg (PLO) er organisert under kommunalsjefen for helse, omsorg og velferd. Tjenesten er organisert med pleie- og omsorgssjef, assisterende pleie- og omsorgssjef og seks avdelingsledere. Avdelingsledere og avdelingssykepleiere rapporterer til pleie- og omsorgssjef.

De fleste helse- og omsorgstjenestene er organisert under Enhet for Helse, omsorg og velferd.

¹ Tilgjengelig på [Norges Kommunerevisorforbunds hjemmeside](#).

Organisering av helse og omsorgstjenestene i Aukra kommune



2.2 Om tjenestene

Enheten pleie og omsorg omfatter flere avdelinger². Aukraheimen har 48 sykehjems plasser, og av disse er 4 plasser opprettet for å ta hånd om ferdigbehandlede pasienter fra sykehus. I tillegg er det tilbud om dagopphold for 10-15 personer som 35 hjemmeboende benytter seg av hver uke. Hjemmetjenesten yter tjenester til ca. 115 brukere, og har ansvar for hjemmesykepleie, praktisk bistand, trygghetsalarmer, brukerstyrt personlig assistent, støttekontakt for personer over 70 år, omsorgslønn og hjelpemiddel. Kjøkkenet lager mat til beboerne ved Aukraheimen, og til hjemmeboende som får middagen levert. Bergtun bofellesskap for funksjonshemmede har 9 beboere. I tillegg har Aukra Dagsenter tilbud for funksjonshemmede og dagsenter for psykiatri. Det er vedtatt å opprette 4 plasser på egen avdeling for demente på sykehjemmet, men per i dag er det ikke igangsatt. Fra før har de 6 plasser i bofellesskapet.

Til sammen hadde pleie- og omsorgstjenesten 90 stillinger fordelt på ca. 140 ansatte i 2012.

² Kilde: Årsmelding 2012.

På kommunens hjemmesider ligger det en oversikt over de tjenestene som Pleie- og omsorgstjenesten har ansvar for. Der er det også lagt ut skjema for søknad om pleie- og omsorgstjenester. Hjemmetjenesten gir tilbud/gjør vedtak om hjemmesykepleie, hjemmehjelp, omsorgslønn, støttekontakt og BPA (brukerstyrt personlig assistent). For opphold på institusjon har kommunen et inntaksteam som gjør vedtak. Kommunen vurderer å sentralisere alle vedtak slik at det blir noen få som gjør vedtak.

De som mottar hjemmetjenester kan få avlastningsplass på dagtid eller døgnavlastning ved institusjon. Tilbud om avlastningsplasser blir gitt etter søknad og ut fra behov.

2.3 Antall mottakere av tjenester

Nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren

IPLOS er et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. IPLOS er systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Det er et datasett hvor opplysninger om personens situasjon og behov knyttes til resultat av søknad; tid mellom beslutning om tjeneste og tjenestestart, hvilke tjenester de mottar, omfanget av tjenestene og bevegelser mellom kommunale tjenester og ikke-kommunale døgntilbud. IPLOS skal erstatte eksisterende pleie- og omsorgsstatistikk og bli en obligatorisk del av KOSTRA.

Vi har innhentet statistikk over antall mottakere av hjemmetjenester i Aukra kommune

Tabell 2.1 viser utviklingen i gjennomsnittlig antall brukere og antall årsverk fra 2010 til 2012. Antall brukere har vært stabilt i disse årene. Det fremgår av tabellen at hvert årsverk betjener i gjennomsnitt ca. 6 brukere.

Tabell 2.1 Antall tjenestemottakere per årsverk i hjemmetjenestene

	2010	2011	2012
Antall tjenestemottakere	115	115	115
Gjennomsnittlige antall årsverk	18	18	18,9
Antall brukere per årsverk	6,4	6,4	6,1

Kilde: Aukra kommune

Tabell 2.2 viser at Aukra kommune, i perioden 2009 – 2012, hadde færre yngre mottakere av hjemmetjenester enn kommunegruppe 16, Møre og Romsdal og landet.

Tabell 2.2 Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år

ÅR	Aukra	Kommunegr. 16	Møre og Romsdal	Landet
2009	15	25	18	18
2010	13	-	18	-
2011	14	23	18	20
2012	14	24	20	19

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern (2012 er ureviderte tall per 15.03.2013)

Tabell 2.3 viser at antall tjenestemottakere av hjemmetjenester i alderen 67-79 år er lavere enn kommunegruppe 16³, men ca. på nivå med gjennomsnitt for landet og fylket i 2012. Det har vært en nedgang fra tidligere år i forhold til antall innbyggere i aldersgruppen.

Tabell 2.3 Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 67-79 år

	Aukra	Kommunegr.16	Møre og Romsdal	Landet
2009	90	133	81	83
2010	99	-	-	79
2011	97	82	77	80
2012	76	86	78	74

Kilde: KOSTRA, nivå 2 (2012 er ureviderte tall per 15.03.2013)

Tabell 2.4 viser at antall tjenestemottakere av hjemmetjenester i alderen 80 år og over er på nivå med kommunegruppe 16 og fylket i 2012, men noe over landsgjennomsnittet. Det har også her vært en nedgang fra tidligere år i forhold til antall innbyggere i aldersgruppen.

Tabell 2.4 Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og eldre

	Aukra	Kommunegr.16	Møre og Romsdal	Landet
2009	403	353	346	346
2010	360	-	-	343
2011	373	339	343	352
2012	350	350	348	338

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern (2012 er ureviderte tall per 15.03.2013)

Institusjonsplasser

Tabell 2.5 og 2.6 viser at andel plasser i institusjon for de over 80 år og andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon, er lavere enn kommunegruppe 16, men høyere enn gjennomsnitt for Møre og Romsdal og landet. Det var en liten økning fra 2011 til 2012.

Aukra kommune har ikke omsorgsboliger med heldøgns-bemanning for de over 80 år. Tar en med disse, ligger Aukra kommune på nivå med Møre og Romsdal når det gjelder heldøgns-bemanna tilbud for de over 80 år.

Når det gjelder andel beboere i bolig med heldøgns bemanning, er dette lavere enn for kommunegruppe 16, Møre og Romsdal og landet.

³ Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelse. Folkemengde, hvor det skilles mellom små (færre enn 5000), mellomstore (5000 til 19999) og store (20000 eller flere). Bundne kostnader per innbygger, som er et mål på kommunens kostnader for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Frie disponible inntekter per innbygger, som er et mål på hvor mye inntekter kommunene har til disposisjon etter at de bundne kostnadene er dekket inn, og gir en antydning av kommunenes økonomiske handlefrihet.

Tabell 2.5 Dekningsgrader 2011

	Aukra	Kommunegr. 16	Møre og Romsdal	Landet
Plasser i institusjon i prosent av innb. 80 år og over	24,9	30,7	19,2	18,6
And. Innb. 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	-	2,6	4,7	3,7
Andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon	7,0	8,7	6,7	
Andel beboere m/heldøgns bemanning	31,0	35,0	50,0	48,8

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern

Tabell 2.6 Dekningsgrader 2012

	Aukra	Kommunegr. 16	Møre og Romsdal	Landet
Plasser i institusjon i prosent av innb. 80 år og over	26,2	31,3	20,1	18,7
And. Innb. 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	-	2,2	5,3	3,7
Andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon	8,2	8,6	6,6	5,8
Andel beboere i bolig m/heldøgns bemanning	27,3	29,3	55,8	48,9

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern, ureviderte tall per 15.03.2013

Oppsummert

Statistikken for 2012 viser at mottakere av hjemmetjenester i Aukra kommune omtrent er på nivå med kommunegruppe 16, fylket og landet. Når det gjelder institusjonsplasser (over 67 år), ligger Aukra kommune på nivå med kommunegruppe 16, men over gjennomsnitt for fylket og landet. Aukra kommune har ingen under 67 år som har institusjonsplass. Aukra kommune har ikke boliger med heldøgns bemanning for de over 80 år. Tjenester knyttet til mennesker med utviklingshemming er med i statistikken for hjemmeboende.

I kommentarene til budsjettet for 2013 skriver rådmannen at Aukra kommune har mange sykehjemsplasser, men at det ikke finnes omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Alternativet til sykehjem i dag er å bo hjemme. Kommunen ser det som en utfordring i 2013.

3 Kvalitet

3.1 Om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Det har vært mye oppmerksomhet om kvalitet i offentlige tjenester, og det har vært brukt mye kompetanse og ressurser til å finne presise kvalitetsindikatorer. Norsk standard definerer kvalitet som i «hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»⁴. Det sentrale poenget i denne definisjonen er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. For pasienten eller brukerens opplevelse av kvalitet er det ikke bare hvilken tjeneste som leveres som har betydning, men også hvilke krav og

⁴ NS_EN ISO 9000:2005

forventninger de har til tjenesten. Definisjonen til Norsk standard er generell og kan benyttes for alle sektorer i samfunnet. Hva dette betyr for helse- og omsorgstjenesten er nærmere beskrevet i veileder fra Sosial- og helsedirektoratet i 2005⁵. Det er formulert seks dimensjoner ved kvalitet som sier at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (PLO)

Innen PLO gjelder en egen kvalitetsforskrift⁶. Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel. Formålet med forskriften er, slik det fremkommer i rundskriv U-7/2003 fra Helse- og omsorgsdepartementet, å tydeliggjøre for kommuner og brukere hvilke krav som bør stilles når det gjelder innhold i tjenestene. Videre vises det i rundskrivet til at kvalitetsforskriften ikke gir brukerne rett til bestemte tjenester, men at den pålegger kommunene å utarbeide prosedyrer som tar sikte på at brukerne får dekket sine grunnleggende behov på en god måte. Med dette som utgangspunkt er det krevende å gjøre forskriftenes krav målbare.

Forskriften stiller krav om at kommunene skal dokumentere hva de gjør for å sikre gode tjenester, men det vil være opp til den enkelte kommune å finne fram til hensiktsmessige og gode organisatoriske løsninger for dette tilpasset de lokale forutsetninger. Forskriften pålegger kommunene å etablere et system av prosedyrer, men regulerer ikke på hvilken måte, eller hvordan prosedyrene nærmere skal utformes.

I IS 1201, Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, defineres kvalitet som helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.

I følge denne definisjonen er kvalitet å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten, i form av lov og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende. Tjenestemottakeren skal oppleve at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov jf. de seks dimensjonene ved kvalitet ovenfor. Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Det fremgår av helse og omsorgstjenesteloven, § 4-1, at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

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

⁵ Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

⁶ Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

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

Videre fremgår det av § 4-2 at enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen startet offisielt 1. januar 2012 med to helt nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Mange av effektene, også virkemidlene, vil komme gradvis de neste årene. Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest mulig der de bor. Et av hovedmålene med samhandlingsreformen er at kommunene skal styrke satsingen innen forebygging og rehabilitering.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har krav på individuell plan. En individuell plan utarbeides for å sikre kvaliteten i tilbudet til pasientene. Det er et nasjonalt mål at bruken av individuell plan skal øke, dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene⁷.

Fra 2012 er kommunene ansvarlig for å finansiere pasientbehandlingen i sykehusene. Kommunenes medfinansiering gjelder somatisk behandling. Kommunene har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Dersom kommunen ikke kan ta i mot disse pasientene og gi de et tilbud i kommunehelsetjenesten, må kommunen betale 4000 kroner per døgn pasientene ligger på sykehuset etter at kommunen har fått melding om at pasienten er utskrivningsklar. Fra 2016 er kommunene lovpålagt å bygge opp et tilbud om døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp. Dette gjelder pasienter som har behov for rask behandling, men som det ikke er nødvendig å legge inn på sykehus.

Kommunen har fått en større rolle som følge av samhandlingsreformen. Kommunen har ansvar for primærhelsetjenesten, herunder legevakt og avtaler med fastlegene. Kommunal medfinansiering innebærer at sykehusbehandlingen har økonomiske konsekvenser for kommunen, og ansvaret for utskrivningsklare pasienter gir kommunen ansvar for pasienter som er ferdig behandlet av spesialisthelsetjenesten.

Flere utviklingstrekk fører til at kommunene står overfor store utfordringer, både økonomisk og personellmessig, framover.⁸ Disse er demografiske endringer som fører til en økning i antall eldre, og en økning i befolkningen som lever med kroniske sykdommer. Det er bedre behandlingsmetoder som fører til at flere overlever, men som i mange år vil være avhengig av å få bistand fra helse- og omsorgstjenestene. Det er også en utvikling med stadig flere kompliserte og sammensatte diagnoser som følge av økt alder, som vil kreve større kompetanse for å håndteres. Samhandlingsreformen oppfattes som å forsterke utviklingen med at kommunene må ta i mot et økende antall brukere som krever store personellressurser. Det er en fortsatt økning i antall yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene. For

⁷ Rapport IS – 2026 Status for samhandlingsreformen, Helsedirektoratet.

⁸ Fafo-rapport 2012:62 Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom yngre og eldre brukere.

kommunene fremover kan det se ut at antallet yngre brukere med psykiske lidelser og rusmisbrukere øker. (Fafo-rapport)

4 Er kvaliteten på hjemmetjenestene i pleie og omsorg i tråd med krav og målsettinger på området?

4.1 Underproblemstillinger

- Hvilken kompetanse er tilgjengelig?
- Hva er omfanget av vikarbruken og deltidsstillinger i tjenesten?
- Har kommunen et system for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenesten?
- Hvordan er brukermedvirkningen?
- Hvordan er tjenestens kvalitative innhold for bruker?

Revisjonskriterier

Kildene vi her går ut fra er, i tillegg til kommunens Omsorgsplan 2020, kvalitetsforskriften og gjeldende lovverk for tjenesten. I kvalitetsforskriften står det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at brukerne får de tjenestene de har behov for til rett tid⁹.

4.2 Kompetanse

4.2.1 Hvilken kompetanse er tilgjengelig?

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. (§ 4.1 Forsvarlighet) Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning (§ 8.2 Videre- og etterutdanning).

Som tabellen nedenfor viser er andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning i Aukra kommune på nivå med kommunegruppen, men litt under fylket og landet.

Tabell 4.1 Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning*

	Aukra	Kommunegr.16	Møre og Romsdal	Landet
2009	70	71	74	72
2010	71	71	75	72
2011	67	71	74	73
2012	71	72	75	74

Kilde: KOSTRA, nivå 2. (2012 er ureviderte tall per 26.03.2013)

* Helse- og sosialfaglige utdanninger defineres gjennom Sosial- og helsedirektoratets register for helse- og sosialpersonell. I tillegg er enkelte andre fagutdanninger inkludert fordi de er relevante ut fra tjenestemottakernes behov f.eks. pedagog.

Samhandlingsreformen er en utfordring for kommunene. Nye tiltak krever medarbeidere med høy kompetanse på de ulike fagfeltene innen pleie- og omsorgssektoren. Kommunen har mange medarbeidere med høyere utdanning innen fagfeltene helse og omsorg, men

⁹ Kvalitetsforskriften § 3.

kommunen står overfor store utfordringer i arbeidet med å rekruttere nok personell med rett kompetanse i tida framover.

Det står i budsjett 2012 og økonomiplan 2012 – 2014 at kommunen arbeider med en kompetanseplan som vil være et nyttig verktøy for å få kvalifiserte medarbeidere. Kommunen er med i prosjektet «Strategisk kompetanseplanlegging» i regi av KS for å få faglig støtte i dette arbeidet, og for å dra nytte av samarbeidet med de andre kommunene i nettverket. Første utgave vil bli ferdigstilt våren 2013, jf. årsmeldingen 2012.

Kommunen ser utfordringer med å sikre tilstrekkelig kompetanse innenfor dagens drift av de ulike tjenestene. Dette har de tatt tak i og arbeider målrettet for at flere avdelinger kan se sammen på utfordringene, og slik at en kan ansette fagfolk som kan være fleksible og arbeide på ulike arenaer. Det vurderes også om en kan slå sammen avdelinger og drifte de på en mer effektiv måte uten at dette skal gå ut over kvaliteten på tjenestene. Det vil bli lagt fram en egen sak om dette i løpet av 2013, med fokus på mål, stillingsstruktur og tilpasset kompetanse.

Kommunen er i gang med en utredning om de skal ha en egen enhet med kompetanse (lovtolking m.m.) knyttet til tildeling av tjenester (tildelingskontor/forvaltningskontor). Formålet er å få et systematisk og kvalitativt godt tilbud til brukere av ulike tjenester innen helse- og omsorg. Det er ikke snakk om flere medarbeidere, men en flytting av oppgaver og eventuelt medarbeidere. Flere enheter har dokumentert og lagt fram oversikt over tjenester som kan være aktuelle å samle i et slikt kontor. Det har kommet fram under kartleggingen at det spesielt er innenfor Pleie og omsorg at det er nødvendig å samle en del oppgaver for å bedre kvaliteten på utformingen av søknadsskjema og vedtak. Innstillingen fra rådmannen vil bli politisk behandlet i 2013.

Avdelingssykepleierne får i dag for liten tid til fagutvikling. Ny organisering av vikarinneleie kan blant annet bidra til å forbedre dette, jf. avsnitt 4.3.1.

I følge pleie og omsorgsleder er personalet kvalifisert når alle er på jobb. Det er godt kvalifiserte sykepleiere og fagarbeidere, men en del vikarer er uten kompetanse. I hjemmetjenesten har ansatte blitt fagarbeidere og skal kunne være fleksible i forhold til å arbeide både med hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Det fungerer ikke alltid i praksis.

Ny avdelingssykepleier for hjemmetjenesten er ansatt fra 1. november 2012. Den første tiden har vært brukt til en gjennomgang av hele tjenesten og samtaler med alle ansatte om kompetanse etc. Kartleggingen viser at det er mye erfaringskompetanse blant de ansatte, og det har også vært lagt til rette for kompetanseutvikling. Det er mye deltidsarbeid som kan slå uheldig ut både for arbeidstaker og den som skal motta hjelpen hjemme, ved at det blir mange personer å forholde seg til. Det er på gang et arbeid for å få større samsvar mellom stilling og jobbinnhold.

4.3 Vikarbruk og deltidsstillinger

4.3.1 Hva er omfanget av vikarbruken og deltidsstillinger i tjenesten?

I budsjettet for 2012 går det fram at pleie- og omsorgssjefen ønsket at det var bedre tilgang på fagutdannede vikarer. Sykefraværet har i perioder vært stort, og det har vært økt bruk av ufaglærte. For å sikre en god vikartjeneste har kommunen opprettet en vikarpool ved å tilsette

sykepleiere i tre hele stillinger. Vikarene skal settes inn i ledige vikarvakter på alle avdelingene i pleie og omsorg. Avdelingslederne får frigjort tid, og bruken av overtid kan reduseres.

I følge tilbakemeldinger revisjonen har fått fungerer ordningen bra. I årsmelding for 2012 rapporteres det om at vikarene har vært brukt etter hensikten, og det har vært rift om dem i avdelingene. (Overtidsbruken i 2012 ble ikke redusert sammenlignet med 2011. Dette forklares med at det periodevis var overbelegg i institusjonen, omsorg for ressurskrevende «samhandlingspasienter» og vikarmangel siden vikarpool ikke kom i gang før i august.)

Det har vært en økning i sykefraværet i hjemmetjenesten de tre siste årene. Fra 7,2 % i 2010, 11,2 % i 2011 og 13 % i 2012. Sykefraværet samlet for Helse, omsorg og velferd var i 2012 på 9,2 %. For kommunen totalt var sykefraværet på 7,2 %. For kommunen er det en utfordring å få ned sykefraværet.

Pleie og omsorg jobber aktivt med å redusere fraværet. Det er utarbeidet konkrete prosedyrer for oppfølging, og det blir meldt tilbake om tiltak til leder og personalsjef. Revisjonen får opplyst at pleie og omsorg har et godt samarbeid med NAV, selv om det i perioder har vært noen utskiftninger av ansatte der. Det er mye å følge opp i forbindelse med sykemeldte arbeidstakere, men det er et viktig arbeid med tilrettelegging for å få de sykemeldte ansatte tilbake i jobb.

Det går med mye tid til å leie inn vikarer. Det er ansatt en vikarkoordinator/turnussekreter, med oppstart 1. mai, som skal avlaste avdelingspsykepleiere som så kan jobbe mer med fagutvikling og oppfølging av personalet. I perioder har det vært leid inn personer fra vikarbyrå for å kunne yte nødvendig helsehjelp i hjemmet.

Hjemmetjenesten har lavere bemanning på kveld og helg enn på hverdager. På bakgrunn av det har de fleste den stillingsbrøken de ønsker. Det er mange som arbeider deltid etter eget ønske. Av ansatte sykepleiere er det 2 i 100 % stilling, 6 arbeider deltid fra 90 % til 40 % stilling. Hjelpepleier/helsefagarbeider 1 har 100 % stilling og 8 har deltidsstillinger fra 80 % til 15 %. Hjemmehjelp har deltidsansatte assistenter hvor 6 personer har fra 90 % stilling til 35 % stilling.

4.3.2 Vurdering og anbefaling

Vurdering

Aukra kommunen har utfordringer knyttet til tilstrekkelig kompetanse. Dette jobbes det aktivt med. Kommunen arbeider med kompetanseplan, organiseringen, stillingsstruktur og tilrettelegging for fagutvikling. Kompetanseplanen legges fram før sommeren.

Det er positivt at kommunen prioriterer å sikre en god vikartjeneste jf. opprettelse av en vikarpool med kvalifisert personell. Videre er det positivt at kommunen tar tak i utfordringer knyttet til deltid.

Anbefaling

Aukra kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å sikre tilstrekkelig kompetanse.

4.4 Dokumentasjon og kvalitetssikring

4.4.1 Har kommunen et system for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenesten?

Vi vil under dette punktet gjøre rede for hjemmetjenestens prosedyrer og rutiner

Internkontroll

Styrings- og kvalitetssystem er viktig for å sikre at kommunen yter gode pleie- og omsorgstjenester. Kommunen er pålagt å føre kontroll med at lovpålagte krav følges, dette må sikres gjennom systematiske tiltak.

Per i dag har ikke kommunen et samlet system for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenestene. Det som finnes av prosedyrer etc. for pleie- og omsorgstjenesten, ligger på fellesområdet i kommunens datasystem, og dette skal inn i kvalitetssystemet senere. De fleste av prosedyrene er ikke oppdatert. Et av kvalitetsmålene for pleie og omsorg i 2013 er at de skal revidere eller utarbeide tjenestebeskrivelser for alle tjenester. Det mangler oppdaterte serviceerklæringer for hjemmetjenesten. Målet er at dette skal være ferdig før sommeren.

Helsetilsynet i Møre og Romsdal gjennomførte tilsyn med legemiddelhåndtering i institusjon og hjemmetjeneste i Aukra kommune i 2011. Tilsynet ble gjennomført ved at kommunen vurderte egne rutiner for legemiddelhåndtering opp mot kravene i legemiddelforskriften. Helsetilsynet konkluderte med at Aukra kommune ikke har avvik fra forskriften.

Kommunen har prosedyrer for oppfølging av beboer sin ernæringsstatus i institusjon og hjemmetjeneste (oktober 2012).

I 2009 vedtok kommunestyret Omsorgsplan 2020. Planen skal revideres, men det er usikkert om den blir ferdig for politisk behandling i 2013.

Arbeidslister og daglig rapport

Hver medarbeider har en arbeidsliste som viser en oversikt over brukerne vedkommende skal besøke den aktuelle vekten. Denne beskriver oppdragets art for hver enkelt bruker, og om det skal legges til rette for forhold som legebesøk, tur til dagsenteret, reise eller lignende. Ved rapporten i vaktskiftet formidles også beskjeder om spesielle andre forhold som det må legges til rette for. Sekretæren fører manuell arbeidsliste i tillegg til den elektroniske.

Kvalitet- og avvikssystem

Aukra kommune har ikke hatt et helhetlig elektronisk kvalitetsstyringssystem som skal ivareta kravet om internkontroll samt de kvalitetskrav som lover, forskrifter og egne standarder stiller. For å utvikle et helhetlig og langsiktig kvalitetssystem ble det i 2012 satt i gang en prosess for å innføre et digitalt system for internkontroll. Kommunen har nå gått til anskaffelse av Kvalitetslosen som kommunens kvalitetsstyringssystem. Dette systemet består av fire moduler; balansert målstyring (BMS), kvalitetsdokumentasjon, avvikshåndtering og forbedringstiltak og risikostyring. Planen er at de skal starte opp med ROS-analyse og avvikshåndtering. Ledergruppen i kommunen har hatt en opplæringsdag.

Hjemmetjenesten bruker to former for avviksrapportering; systemavvik og brukeravvik. Eksempel på systemavvik kan være at gjeldende rutiner eller prosedyrer ikke blir fulgt, eller at datasystemet svikter. Eksempel på brukeravvik kan være at man har glemt å gi medisin, eller gitt feil medisin, episoder med vold mot ansatte, eller fall.

Systemavvik skal rapporteres i eget system, mens brukeravvik skal rapporteres i Cosdoc. Cosdoc er et lukket pasientadministrativt system som omfatter saksbehandling. Alle brukere er registrert i systemet. Alle ansatte unntatt assistentene innenfor pleie og omsorg har tilgang til systemet, men med ulik gradering. Sykepleiere har tilgang både til sykehjem og hjemmetjeneste, mens fagarbeidere har tilgang til der de jobber, enten hjemmetjeneste eller sykehjemmet. Sekretæren mottar alle søknader, skanner og legger inn i systemet Cosdoc. Det er inntaksmøte annen hver uke. Når vedtaket er gjort, legges det inn av pleie- og omsorgssjefen for sykehjemmet, mens avdelingsleder for hjemmetjenesten legger inn for hjemmetjenesten. Den som skriver daglig rapporter, kvitterer for utførte oppgaver, noterer observasjoner, avvik m.m. Sykepleier eller fagarbeider legger dette inn i systemet, mens assistenter overleverer notater til den som har tilgang. En del prosedyrebeskrivelser og skjemaer er lagt inn i datasystemet. Det arbeides for å få dette fullstendig.

Det mangler vedtak i mange saker, men brukerne får likevel tjenestene de har krav på eller har søkt om. Det arbeides med ajourføring av vedtak. Målet er at alt skal være på plass i løpet av mai/juni 2013.

Alle avvik rapporteres til Pleie- og omsorgssjefen som så skal avgjøre hvilke tiltak som skal iverksettes, hvem som skal iverksette dem og hvilke frister som skal gjelde. Når tiltakene er iverksatt, blir dette rapportert og avviket kan lukkes. I følge pleie- og omsorgssjefen prøver de å følge opp ved faste møter, men det kunne vært fulgt opp enda bedre med tanke på å gripe fatt i problemene så tidlig som mulig. Det er ledermøte hver tirsdag, og det kunne være en nyttig arena for å ta opp avvik. Kommunen er opptatt av at alle ansatte må få opplæring i avvikssystemet. Det er viktig at det etableres en holdning blant de ansatte til å melde avvik, og at det er klart for alle i hvilke tilfeller avvik skal meldes.

Som nevnt ovenfor kreves det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Per i dag mangler kommunen oppdaterte prosedyrer på flere områder i kvalitetssystemet. Prosedyrer for inntaksnemnda var sist revidert i august 2003. Kommunen har oppdaterte prosedyrer for ernæring og medikamenthåndtering.

4.4.2 Vurdering og anbefaling

Vurdering

Gjennomgangen viser at kommunen ikke har oppdatert alle skriftlige prosedyrer som skal sikre at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov. Revisjonen oppfatter det som om det er stor vilje fra kommunens side for å få en bedre internkontroll, men at det fortsatt er mye som ikke er på plass. I årsmeldingene for de tre siste årene (2010-2012) vises det til at flere planer og utarbeiding eller oppdatering av prosedyrer /planer ikke er gjennomført. Vi anbefaler at kommunen prioriterer arbeidet med å få dette på plass så snart som mulig.

Det er positivt at kommunen skal ta i bruk Kvalitetslosen og at det signaliseres at de skal starte opp med ROS-analyse og avvikshåndtering innen kort tid. Revisjonen mener at ledelsen må sikre en enhetlig forståelse av hva som skal rapporteres. Avviksrapportering skal bidra til å hindre nye avvik og bidra til forbedring og er et viktig verktøy i forbedringsarbeidet.

Selv om det ikke er skriftlige rutiner på alle områder, kan brukerne likevel få tjenester av god kvalitet. Det er blant annet mye kunnskap som ikke er nedskrevet. I dag blir det stilt mye større krav til dokumentasjon. Kommunen har derfor også prioritert dette nå.

Anbefaling

Aukra kommune bør arbeide videre med kvalitetssystemet og få på plass ulike prosedyrer.

4.5 Hvordan er brukermedvirkningen?

4.5.1 Brukermedvirkning på systemnivå

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-10 omhandler pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner:

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Eldrerådet i Aukra kommune har fem medlemmer både fra øya og fastlandet. Etter det revisjonen har fått opplyst, er det et godt fungerende råd som kommer med viktige innspill til saker som vedrører kommunens eldre. Eldrerådet behandlet sak om kvalitet i heimebaserte tjenester i møte 23.04.13 og gav slik uttale:

«Eldrerådet er godt fornøgd med heimetenesten i Aukra kommune. Dei har spørsmål om korleis dei som ikkje oppsøker hjelp sjølv blir fanga opp? Eldrerådet saknar også ei form for oppfølging etter endt behandling. Eldrerådet meiner også det bør være fast heimehjelp i Julsundet og spør om det kan være mulig å starte eit samarbeid med Fræna eller Molde kommune om dette? Dei ser at det kan være eit problem på natt om ikkje det er sjukepleiarar som kan stille opp på kort varsel.»

Rådet for funksjonshemma har fem medlemmer med representanter for Revmatikerforbundet, Handikapforbundet, Hjerte- og lungesyke og to politisk valgte. Sekretariatet er lagt til NAV Aukra. I følge tilbakemeldinger revisjonen har fått fra kommunen er ikke dette rådet like aktivt som Eldrerådet.

Pårørendegruppe

På sykehjemmet har de en aktiv pårørendegruppe, men det er ikke opprettet egen gruppe for pårørende til de som mottar hjemmetjenester.

Brukerundersøkelse

Aukra kommune gjennomførte en brukerundersøkelse innenfor pleie- og omsorgstjenesten i 2008. I undersøkelsen stilles brukerne spørsmål om de er fornøyd med hjelpen de får fra hjemmetjenesten. Vi viser til tabellen nedenfor. Hovedvekten av svarene ligger over landsgjennomsnittet. På en skala fra 1 - 4 var gjennomsnittlig brukertilfredshet på 3,5, mens snittet for landet var på 3,3. På spørsmålet om trygghet og respektfull behandling scorer Aukra høyest med 3,7. Aukra kommune scorer lavest på brukermedvirkning (3,1).

Brukere – 2008	(Skala 1-4) Det er innført nye spørsmål i enkelte av dimensjonene, det fører til at ikke alle dimensjoner er direkte sammenlignbare over flere år.				
Kartlagte kommuner:	Snitt land	Kommuner	Høyeste	Laveste	Aukra
Resultat for brukeren	3,4	65	3,7	2,7	3,5
Brukermedvirkning	3,1	65	3,5	2,5	3,1
Trygghet og respektfull behandling	3,5	65	3,8	2,5	3,7
Tilgjengelighet	3,2	65	3,7	2,6	3,5
Informasjon	3,2	65	3,7	2,2	3,3
Generelt	3,5	65	3,9	2,4	3,6
Gjennomsnitt	3,3	65	3,7	2,5	3,5

Bedrekommune.no (1 Svært misfornøyd – 4 Svært fornøyd)

Spørsmål til brukerne:

- I variabelen **resultat for brukeren** spørres det om tjenesten har god nok kvalitet, gir brukerne en bedre hverdag, slik at de kan bo hjemme, gir brukerne den hjelpen de har behov for, har omsorg for brukerne og hører på viss de har noe å klage på.
- I variabelen **brukermedvirkning** spørres det om når brukerne skal motta hjelp, hvilken hjelp de skal ha og om hjelpen er utarbeidet i samarbeid med brukerne.
- I variabelen **trygghet og respektfull behandling** spørres det om bruker blir behandlet med høflighet og respekt, overholdelse av taushetsplikt, punktlighet og beskjed ved forsinkelse.
- I variabelen **informasjon** spørres det om informasjon om hva tjenesten kan tilby, hva personalet skal gjøre og hvor klart og tydelig personalet snakker.
- I variabelen **tilgjengelighet** spørres det om antall timer, mulighet for hjelp utover det som er avtalt, og kontakt med tjenesten over telefon.

Brukerundersøkelsen er ikke blitt fulgt opp spesielt for hjemmetjenesten.

4.5.2 Brukermedvirkning på individnivå

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 kreves det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming, eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Pasient og brukerombudet i Møre og Romsdal skriver i årsmeldingen 2012 at de har mottatt noen klagesaker, hva angår dårlig samarbeidsklima mellom pårørende og helsepersonell. Hovedtyngden i disse sakene retter seg mot kommunale helsetjenester, hvor brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester, enten i hjemmet eller ved en institusjon. Dette skaper ofte et avhengighetsforhold. Det kan være høy terskel for pårørende å klage, de frykter for at relasjoner skal ødelegges, at situasjonen skal forverre seg, og redsel for at det utøves sanksjoner overfor deres nære. Pasient og brukerombudet mener kommunene i sterkere grad må vektlegge pasientens og brukernes lovfestede rett til medvirkning ved utforming og gjennomføring av tjenestene.

Brukerne får i stor grad de tjenestene de søker på. Det er et inntrykk at kommunen strekker seg langt i å gi brukerne det de ber om. Slik sett er brukerne med på å påvirke det tjenestetilbudet de får. Gjennom økt vektlegging av kartlegginger tar kommunen sikte på å få mer brukertilpasset tilbud. Dette skal skje i dialog med brukerne eller pårørende. Kommunen ønsker å legge mer vekt på å sikre «hjelp til sjølhjelp», forebygging og hindre passivitet slik at brukerne kan klare seg lengst mulig hjemme. Kommunen vil også beskrive hva brukerne kan forvente av tjenester. Det blir fra kommunens side pekt på at brukerne stort sett er fornøyd, men at de i framtiden kan oppleve at de får et dårligere tilbud siden kommunen vil bli tydeligere på hva brukerne kan forvente.

4.5.3 Vurdering og anbefaling

Vurdering

Aukra kommune har i liten grad etablert systemer for innhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter. Det er gjennomført brukerundersøkelser, men opplegg for oppfølging av undersøkelsen er mangelfull. Det er verdt å merke seg at brukermedvirkning er den faktoren som skårer lavest i brukerundersøkelsen. Kommunen har en aktiv pårørendegruppe for sykehjemmet, men ikke tilsvarende for hjemmetjenesten. Ved økt bruk av dagbehandling og rehabilitering kan det være tjenlig å se institusjonstilbud, hjemmetjeneste og dagtilbud i større grad i sammenheng. Kommunen bør kanskje vurdere hvilken organisering av brukermedvirkning som er mest tjenlig sett i lys av dette. Eldrerådet og rådet for funksjonshemma er sentrale råd i kommunen som kanskje kan benyttes i større grad.

Brukerne får i stor grad de tjenestene de ønsker. Slik sett er brukerne med på å påvirke det tjenestetilbudet de får. Kommunen ønsker å legge økt vekt på mestring. Dette er i tråd med overordna mål om å sikre hverdagsrehabilitering og utnytte de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen. Rehabilitering og habilitering skal være en naturlig og sentral del av omsorg og pleie (Meld. St.29 (2012/2013)). Dette bør la seg kombinere med økt fokus på brukermedvirkning jf. blant annet pasient og brukerombudet som mener at kommunene i sterkere grad må vektlegge pasientens og brukernes lovfestede rett til medvirkning ved utforming og gjennomføring av tjenestene.

Anbefaling

Aukra kommune bør skissere nærmere opplegg for brukermedvirkning både på systemnivå og individnivå.

4.6 Hvordan er tjenestens kvalitative innhold for bruker?

[Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene](#) omhandler oppgaver og innhold i tjenesten, jf. avsnitt 4.5.2.

For å løse de oppgavene skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes blant annet:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold

- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Vi har her valgt å omtale tjenestetilbudet generelt inklusiv ulike planer og se spesielt på individuell plan/koordinator/koordinerende enhet, medikamenthåndtering og ernæring.

4.6.1 Tjenestetilbudet generelt

Vi viser til avsnitt 2.2. når det gjelder tjenestetilbudet. Kommunen mangler et samlet system med prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid jf. avsnitt 4.4.1. Kommunen har noe tjenestebeskrivelse, men mangler for hjemmehjelp. Kommunen skal gå gjennom dette og holder på med tjenesteanalyse. Kommunen vil beskrive hva brukerne kan forvente.

Det rapporteres i årsmeldingen for 2011 for Aukra kommune at gjennom **samhandlingsreformen** har kommunen fått ansvar for rehabiliteringstjenestene til ferdigbehandlede pasienter fra sykehuset, og at enheten derfor har store utfordringer i 2012. Kompetansen og kvaliteten på området må styrkes. Tilgangen på kvalifisert personale er en stor utfordring. Årsmeldingen for 2012 viser til at ett år med ny reform har satt sitt preg på oppgavene innenfor helse og omsorg. Et av målene i samhandlingsreformen er at brukerne i den enkelte kommune skal få minst like gode tjenester innenfor helse og omsorg som de får i resten av landet. Dette har gitt utfordringer økonomisk innenfor Pleie- og omsorg spesielt.

Det skal gis tverrfaglig tilbud. (ergoterapeut/fysioterapeut etc.). Det skal legges vekt på rehabilitering. (Dette skjer også allerede i sykehjemmet.)

Kommunen peker blant annet på at det er flere som trenger **avansert pleie og omsorg**. Det er ønskelig at det blir sett på konsekvensene av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig psykiatri og problemstillinger knyttet til tvang og samtykkekompetanse. Det er for lang ventetid i spesialisthelsetjenesten, og kommunen mangler kompetanse for å hjelpe enkelte pasienter i kommunen. Kommunen har mulighet for skjerming på sjukeheimen.

Når det gjelder somatikk, har kommunen også tidligere gjennomført ulike prosedyrer (intravenøst, smertepumpe, palliativ behandling). Dette ble gjennomført før reformen. Innen somatikk er utfordringene særlig knyttet til økonomien. Ekstra midler som følge av samhandlingsreformen, har så langt gått med til medfinansiering av spesialisthelsetjeneste. Kommunen må se på hva som kan gjøres i forhold til dette. Det er en utfordring i dag at pasientene blir tidligere skrevet ut av sykehuset.

Øyeblikkelig-hjelp i kommunen krever et stort apparat. Kommunen får dekt midler tilsvarende kostnader ved å drifte ½ institusjonsplass.

Den store utfordringen framover også for hjemmetjenesten er samhandlingsreformen.

Ny folkehelselov markerer et skille. Folkehelse skal ha fokus i alle sektorene. Kommunen må diskutere hva sykehjemmet skal brukes til, og hva brukerne kan greie eller hvilke assistanse som trengs for at de skal greie seg selv.

Kommunen får tilskudd til ressurskrevende tjenester for de som er under 67 år. Det er en utfordring med de eldre, spesielt demens og utagering. Fire rom er satt av på sykehjemmet som akuttrom. Hjemmesykepleien skal ha ansvar for disse.

Kommunen har en omsorgsplan som skal rulleres. Kommunen ønsker å vektlegge faglig kvalitet og en kulturendring innen pleie og omsorg. Dette skjer i regi av ulike prosjekt og kompetanseutvikling, blant annet fallforebyggende prosjekt.

Når det gjelder ressursfordelingen og arbeidsfordelingen mellom hjemmetjenester og andre tjenester innenfor helse og omsorg, kommer det fram at Aukra kommune har en «omsorgstrapp» som mangler trinn. Kommunen har institusjon, frittliggende omsorgsboliger og hjemmetjeneste. I dag er det mange som får institusjonsplass, men noen kunne greid seg med heldøgns omsorg i et bofellesskap, med hjelp fra hjemmetjenesten. Aukra kommune planlegger ombygging/utbygging av institusjonen der de vil lage en mer tilrettelagt og differensiert omsorgstrapp. De ønsker at den enkelte kan få bo lengst mulig i eget hjem, men for å få det til må det gjøres noe med omsorgstrappen i tråd med Omsorgsplan 2020 for Aukra kommune¹⁰.

Det er ikke tilfredsstillende lokaler for dagopphold. Organisering av tjenestene for ulike former for dagopphold i kommunal regi er et prosjekt som er under utredning, og som skal være ferdig medio 2013.

Mange hjemmeboende eldre er avhengig av at nære pårørende gir omsorg og praktisk hjelp for å kunne bo i sitt eget hjem så lenge som mulig. En del av disse omsorgsgiverne er selv eldre mennesker. Belastningen på pårørende kan være så stor at **avlastningstiltak** er nødvendig for å holde ut over tid og for å kunne ivareta omsorgsoppgavene på en forsvarlig måte. Kommunen gir tilbud om avlastning. De eldre får stort sett plass når de ønsker det, men i enkelte tilfelle må de vente litt. Når det gjelder barn og unge, har kommunen i perioder ikke greid å innfri vedtak om avlastning. Kommunen har i perioder kjøpt avlastningstjenester fra nabokommunene, Molde og Fræna.

Det er ikke institusjonsplasser eller dagtilbud **fastlandet/Julsundet**. Kommunen legger til rette for at de på fastlandet også skal kunne benytte seg av dagtilbudene. Eldrerådet peker på at tilbudet på natt ikke er tilfredsstillende.

Eldrerådet peker videre på utfordringen med de som ikke selv søker hjelp, og oppfølging etter behandling.

¹⁰ Vedtatt i kommunestyret 17. desember 2009.

Kommunen er også i gang med å utarbeide en **demensplan**. Planens formål er å videreutvikle demensomsorgen og heve kvaliteten på de kommunale tjenestene rettet mot personer med demens og deres pårørende. Det er krav om at alle kommuner skal ha en slik plan fra 2015.

I følge rapport fra helsetilsynet, 5/2011, manglet mange kommuner en innarbeidet praksis for hvordan hjemmetjenesten skulle fange opp og ivareta personer med demenssykdom. Demenssykdom er en kompleks sykdom som gir utslag på mange ulike måter og som endrer seg over tid. Det forutsetter god kompetanse hos de som skal hjelpe. Mangelfull kompetanse kan bidra til at tjenestene som ytes har for dårlig faglig kvalitet. Dette går utover den enkelte buker ved at de ikke får dekket sine nødvendige behov. Nødvendig og relevant informasjon om brukerne var i mange kommuner mangelfullt dokumentert. Opplysningene var dermed lite tilgjengelige for ansatte som hadde bruk for dem i sitt daglige arbeid. Når mange tjenesteytere er involvert, må tjenestene sikres ved at nødvendig opplysninger er godt dokumentert.

Det fremgår av kommentarene til budsjett 2013 og økonomiplan 2013 -2016 at kvaliteten på tjenesten ikke er tilfredsstillende når det gjelder urolige demente. Aukraheimen har for få skjermingsplasser. Avlastningsboligen har trange lokaler og for få plasser til å imøtekomme tjenestene som er vedtatt i enkeltvedtak. Dette vil ordne seg når midlertidig avlastningsbolig er på plass i juni 2013.

Det er aktuelt å bruke **standardiserte verktøy** – IPLOS – blant annet når det gjelder demensvurderinger.

Legetjenesten er svært viktig for kvaliteten på tilbudet. Det blir pekt på behov for økt samarbeid blant annet når det gjelder fordeling av plasser/vurdering av tjenestetilbud.

Det skjer mye **frivillig arbeid**, matombringning etc. Kommunen har arbeidet med å etablere lokaler for frivillighetssentralen. Lokalene ble åpnet 26. april i år. Kommunen har mange lag og organisasjoner som kan være en god ressurs for innbyggerne med tanke på å støtte opp om det frivillige arbeidet.

I **kommunens plandokumenter** er det på flere områder fokusert på folkehelseperspektivet. Prinsippet i folkehelseloven «helse i alt vi gjør» går igjen i ulike satsingsområder i kommunen. Kommunen har prioritert å ha fagpersoner i helse og omsorg, oppvekst, kultur og utdanning som arbeider for å gi innbyggerne gode helseforebyggende tilbud.

4.6.2 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har krav på individuell plan og koordinator. En individuell plan skal utarbeides for å sikre kvaliteten i tilbudet til pasientene. Kommunen har etablert en ordning med koordinerende enhet med overordnet ansvar for individuell plan, opplæring og veiledning av koordinator. Ordningen skal legges inn under pleie- og omsorg.

Helse og omsorgstjenesteloven:

§ 7-1. Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Departementet

kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

§ 7-2. *Koordinator*: For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

§ 7-3. *Koordinerende enhet*: Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Aukra kommune bruker SAMPRO. Visma Samhandling SamPro er et nettbasert samarbeids- og koordineringsverktøy for Individuell Plan (IP) og Individuell Opplæringsplan (IOP).

Løsningen tilbyr et elektronisk møttested på tvers av fag og nivå:

- Enklere samarbeid på tvers av etater og nivåer
- Bedre oversikt og ressursutnyttelse i kommunen
- Brukere og pårørende settes i sentrum og blir mer delaktig i sitt eget behandlingsopplegg
- Sensitive personopplysninger håndteres på en trygg og forskriftsmessig måte

Formålet med å utarbeide en individuell plan er å bidra til at tjenestemottakere får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal inneholde en oversikt over de tiltak og tjenester vedkommende trenger for å leve et så aktivt liv som mulig. Dette kan inkludere helsetjenester, sosialtjenester, trygdeytelser, utdanning, attføring og arbeid. En IP skal inneholde en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester, samt de tiltak og virkemidler som kan være aktuelle for tjenestemottaker.

Det kommer fram at flere kunne hatt nytte av individuell plan i Aukra kommune. Det er brukerne som må søke om å få en individuell plan. I Aukra kommune er det kommune-fysioterapeuten som har funksjonen som koordinerende enhet, og har ansvar for blant annet individuell plan (på systemnivå). Kommunen ønsker å se nærmere på denne funksjonen. Dette er også en generell problemstilling som tatt opp i nettverket i regi av Romsdal Regionråd, angående samhandlingsreformen. Kommunalsjefen er med i dette nettverket. Kommunen understreker at brukers krav til koordinator er en sterkere rett enn retten til individuell plan, og at kommunen kunne vært bedre her. I dag er dette i følge kommunen, ikke planmessig nok. (På sykehjemmet er det kontaktsykepleier eller primærkontakt.)

Hjemmetjenesten opplyser at per i dag er det ingen brukere av hjemmetjenesten som er registrert i journalsystemet som har individuell plan. Brukere med langvarige og sammensatte behov har krav på dette etter søknad. Det er heller ikke noen som har koordinator.

4.6.3 Medikamenthåndtering og ernæring

Medikamenthåndtering jf. forskrift om legemiddelhåndtering.

Mange hjemmeboende eldre er av ulike grunner ikke selv i stand til å ta legemidlene slik som foreskrevet og trenger derfor bistand av hjemmesykepleieren til dette. Kommunens ansvar for legemiddelhåndtering går i korthet ut på å sikre at «rett pasient får rett legemiddel i rett dose til rett tid og på rett måte». Sentralt her er klar og tydelig ansvars plassering og oppgavefordeling, personell med tilstrekkelig faglig kompetanse, og tilgjengelig, oppdatert og korrekt informasjon om legemidlene og pasientene.

Leder for virksomheten er administrativt og faglig ansvarlig for at legemiddelhåndteringen foregår på en forsvarlig måte og i henhold til lover og forskrifter. Det må være utpekt en faglig rådgiver dersom virksomhetslederen ikke har legemiddelkompetanse¹¹. Prosedyrer og rutiner må være i samsvar med gjeldende lovkrav. Kommunen må ha et system for avvikshåndtering, og dette må være i bruk slik at feil og nesten-feil som gjelder legemiddelhåndteringen, blir meldt og lagt til grunn for forbedringsarbeid. Hjemmesykepleien vil ofte ha behov for samarbeid med de aktuelle brukernes fastleger utover utveksling av oppdaterte legemiddellister. Kommunen har ansvar for å tilrettelegge dette samarbeidet.

Høsten 2011 gjennomførte Helsetilsynet i Møre og Romsdal tilsyn med legemiddelhåndtering i kommunale hjemmetjenester og sykehjem i Aukra kommune, jf. avsnitt 4.4.1. Tilsynet ble gjennomført ved at kommunen vurderte egne rutiner for legemiddelhåndtering i institusjon og hjemmetjeneste opp mot kravene i legemiddelhåndteringsforskriften av 1. mai 2008. Kommunen skulle lage en plan for retting dersom det viste seg at ikke kravene var oppfylte. Aukra kommune oversendte sine svar hvor det går frem at kommunen ikke har avvik fra legemiddelforskriften. I svarbrevet fra Helsetilsynet, datert 3.01.012, står det at «Helsetilsynet kan heller ikke se at det er gitt opplysninger som skulle tilsi at virksomheten ikke blir drevet i tråd med regelverket. Tilsynet blir med dette avsluttet»

I Aukra kommune er det pleie- og omsorgssjefen som har ansvaret for og kontrollen med legemiddelhåndteringen. Virksomheten har skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering som er oppdatert etter ny forskrift. De har system for avvikshåndtering og meldte avvik i tilknytning til legemiddelhåndtering gjøres kjent for virksomhetsleder. Pleie- og omsorgssjefen har satt ned en gruppe som analyserer avvik og identifiserer mulige forbedringstiltak. Prosedyrene for arbeidet med analysering av avvik er innarbeidet i kvalitetssystemet i februar 2012. Det blir vurdert at det enkelte helsepersonell har tilstrekkelige formelle og reelle kvalifikasjoner til å gjøre i stand legemidler før vedkommende får tildelt dette i oppgave. Virksomheten har rutiner som sikrer at personell som har i oppgave å dele ut legemidler, gjør det i henhold til forskriftene. Kontroll av prosedyrene for legemiddelhåndtering utføres jevnlig og minst en gang i året. Det blir pekt på utfordringer knyttet til at kommunen og sykehuset/legene har ulike system.

Ernæring

Statens helsetilsyn har fått utviklet et nettbasert egenkontrollverktøy som kommunene kan benytte for å kvalitetssikre arbeidet med å kartlegge og forebygge underernæring hos eldre som mottar helse- og omsorgstjenester. Underernæring blant eldre som mottar slike tjenester, er en kjent utfordring og et område med betydelig rom for forbedring. Helsetilsynet har avdekket at kommuner ikke alltid yter forsvarlige tjenester på dette området. Dette er et område hvor kommunene må jobbe systematisk for å sikre at pasienter får forsvarlige og gode tjenester. Det er utarbeidet «Nasjonale og faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring». Aukra kommune jobber aktivt med ernæring og veier for eksempel pasientene. Kommunen har prosedyrer for oppfølging av beboeren sin ernæringsstatus i institusjon og hjemmetjeneste.

¹¹ Medisinsk eller farmasifaglige kvalifikasjoner, jf. § 3

4.7 Vurdering og anbefaling

Vurdering

Aukra kommune gir et godt tilbud til brukerne på den måten at brukerne i stor grad får det de søker om. Aukra kommune gir allerede på noen områder tilbud som det er forventet at alle kommuner skal gi som følge av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig innenfor somatikk. Aukra kommune gir tilbud innenfor palliativ behandling og legger til rette for at den som ønsker det skal få dø i hjemmet. Kommunen har på gang mye utviklingsarbeid blant annet når det gjelder tjenestebeskrivelse og tilpasninger til samhandlingsreformen med økt vekt på blant annet rehabilitering. Kommunen påpeker at det er mye å ta tak i og at samhandlingsreformen gir spesielle utfordringer blant annet når det gjelder tilstrekkelig kompetanse innenfor psykisk helsevern. Vårt inntrykk er at kommunen har stort fokus på disse utfordringene og prioriterer utviklingsarbeid.

Prosedyrer og arbeid med legemiddelhåndtering og ernæring har vært prioritert, og kvaliteten framstår her som god.

Brukere med langvarige og sammensatte behov har krav på individuell plan (etter søknad) og koordinator. Det er ingen som har individuell plan eller koordinator i hjemmetjenesten i Aukra kommune.

Vi viser til at Eldrerådet er godt fornøyd med hjemmetjenesten i Aukra kommune. Aukra kommune bør svare på spørsmåla Eldrerådet har tatt opp jf. avsnitt 4.6.1.

Det har kommet innspill knyttet til tilbudet i Julsundet. Dette gjelder blant annet beredskapsordningen på natt. Aukra kommune bør sikre et likeverdig døgntilbud/beredskap for hjemmetjenesten i hele kommunen.

Anbefaling

- Aukra kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å utvikle tjenestene.
- Aukra kommune bør sikre at personer som har behov for det, får individuell plan og koordinator.
- Aukra kommune bør sikre et likeverdig døgntilbud/beredskap for hjemmetjenesten i hele kommunen, og her eventuelt vurdere om samarbeid med Molde eller Fræna kan være aktuelt for fastlandet.

5 Hvor store ressurser bruker Aukra kommune på hjemmetjenesten sammenlignet med andre kommuner?

5.1 Underproblemstilling

- Hvordan er behovet i forhold til ressurser?

Revisjonskriterier

I dette kapitlet sammenligner vi først bruk av ressurser til hjemmetjenester i Aukra kommune med ressursbruken i andre kommuner. Vi ser på budsjettprosessen og søknadsprosessen. Revisjonskriteriet er hentet fra kvalitetsforskriften. Her anvender vi kriteriet til å vurdere om kommunen har et system for å tildele ressurser til enhetene og til å vurdere hvordan brukerne får tildelt tjenester.

5.1.1 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner

For å få et bilde av Aukra kommunes utgifter til hjemmetjenestene, har vi sammenlignet hva kommunene i kommunegruppe 16, fylket og landet bruker på den enkelte tjenestemottaker i hjemmetjenesten i 2009, 2010 og 2012. I tillegg ser vi på hva som brukes per innbygger i pleie- og omsorgstjenesten samlet og i sykehjem/institusjon. Kommunene vil kunne variere noe når det gjelder vektleggingen av hjemmetjenester og institusjonstjenester.

Tabell 5.1 viser at Aukra kommune i hele perioden har hatt høyere netto driftsutgifter per innbygger til pleie- og omsorgstjenester enn fylket og landet, men noe lavere enn gjennomsnittet for kommunegruppen de tilhører. Kommunen har hatt en økning i utgiftene fra 2009 – 2012 på ca. 30 % nominelt, noe som er nesten dobbelt så mye som for gjennomsnittet i Møre og Romsdal.

Tabell 5.1 Netto driftsutgifter per innbygger i kroner i pleie- og omsorgstjenesten

	Aukra	Kommunegr.16	Møre og Romsdal	Landet
2009	15 700	18 944	14 502	12 912
2010	17 428	19 202	15 011	13 456
2011	18 174	19 972	15 514	13 985
2012	20 412	21 765	16 979	14 895

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern (2012 er ureviderte tall per 15.03.2013)

Tabell 5.2 viser at Aukra kommune i 2009 hadde 155 586 kroner i brutto driftsutgifter per bruker av hjemmetjenester, mens tilsvarende tall for 2012 var på kr 223 674. Sammenlignet med kommunegruppen og landet bruker Aukra kommune mer på hjemmetjenester i 2011 og 2012, men ligger bare litt over gjennomsnittet for Møre og Romsdal.

Tabell 5.2 Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester

	Aukra	Kommunegr.16	Møre og Romsdal	Landet
2009	155 586	285 975	188 114	175 266
2010	172 359	-	-	185 193
2011	197 550	169 278	203 918	195 940
2012	223 674	174 966	222 280	210 908

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern (2012 er ureviderte tall per 15.03.2013)

Tabell 5.3 viser at Aukra kommune i 2011 brukte mindre enn både kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet per institusjonsplass. I 2012 brukte Aukra kommune også mindre enn Møre og Romsdal og landet.

Tabell 5.3 Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass

ÅR	Aukra	Kommunegr. 16	Møre og Romsdal	Landet
2009	727 043	850 179	763 093	832 383
2010	814 217	-	-	856 623
2011	793 583	962 152	877 868	901 704
2012	845 596	-	901 852	971 102

Kilde: KOSTRA, nivå 2 Konsern (2012 er ureviderte tall per 15.03.2013)

Aukra kommune bruker totalt mer ressurser til pleie- og omsorgstjenester pr innbygger enn Møre og Romsdal og landet, men mindre enn kommunegruppe 16. Når det gjelder ressurser til hjemmetjenester, bruker Aukra kommune omtrent det samme som gjennomsnittet for Møre og Romsdal, men mer enn landet og særlig kommunegruppe 16. For institusjonsplassene brukes det mindre pr. plass.

5.1.2 Budsjettprosessen

En rapport fra Agenda Kaupang, datert 05. september 2012, som er en analyse av kommunens ressursbruk sammenlignet med andre kommuner basert på KOSTRA-tall, er grunnlaget for kommunestyrets vedtak om innsparinger. Kommunestyret har blant annet på bakgrunn av dette drøftet behovet for kursjustering. Det går fram av budsjettet for 2013 og økonomiplan 2014 – 2016 at kommunen samlet skal redusere driftsbudsjettet med 26,5 millioner kroner. Kommunestyret ber om rapportering i mai og september 2013 med forslag om tiltak og vurdering av konsekvenser for enhetene. Pleie og omsorg skal redusere budsjettet med 6.5 millioner kroner. Det er i gang prosesser i enhetene for å finne områder hvor en kan spare inn på utgiftene.

Pleie og omsorg har arbeidet med denne bestillingen, og avdelingsleder og tillitsvalgte har kommet med forslag til innsparinger og gjort rede for hvilke konsekvenser det vil få for driften. På noen områder kan reduksjonen gjøres uten alt for store konsekvenser, men på andre områder får det større utfordringer. Samhandlingsreformen har ført til at både hjemmetjenesten og institusjonen har fått mer utfordrende oppgaver i forhold til at pasientene kommer tidligere ut fra sykehuset. Det kreves blant annet at det er tilgjengelige rom til en hver tid på Aukraheimen, og at det i mange tilfeller skal være en plan for rehabilitering og ulike former for omsorgstjenester.

Antall brukere i hjemmetjenestene endrer seg kontinuerlig på grunn av sykehusinnleggelser, avlastningsopphold, dødsfall eller at nye kommer til. Brukernes behov for tjenester spenner fra korte tilsynsbesøk til omfattende pleieoppgaver med besøk mange ganger i døgnet. Variasjon i brukerantallet og i brukernes behov medfører at det er vanskelig å budsjettere nøyaktig.

I budsjettet for 2012 lå det inne nye tiltak for å øke kvaliteten på tjenestene med blant annet opprettelse av en vikarpool. Aukra kommune har opprettet vikarpool og opprettet tre hele stillinger for sykepleiere.

Det samlede budsjettet til hjemmetjenesten er avhengig av brukernes bistandsnivå, en beregnet timepris og direkte brukertid. Bistandsnivå fastsettes gjennom en faglig vurdering av brukernes evne til å bo hjemme. Timepris er avhengig av fagkompetansen i hjemmetjenesten samlet.

5.1.3 Ressurser i forhold til behovet

Revisjonen har spurt hjemmetjenesten om hvordan de vurderer ressursene de har til rådighet i 2013 i forhold til behovet. Det fremgår av svaret fra hjemmetjenesten at i 2012 ble det endringer på grunn av samhandlingsreformen. Det viser seg at pasientene i hjemmetjenesten er dårligere når de kommer hjem fra opphold på sykehuset. Det er derfor nødvendig med mer avansert behandling ute i hjemmene enn før, noe som krever mer sykepleiefaglig kompetanse enn tidligere. Når det gjelder forebyggende arbeid i tråd med nasjonale føringer, er det behov for tiltak og samhandling på tvers av avdelinger og enheter for å sikre best mulig hverdagshabilitering for å oppnå målet om å kunne bo lengst mulig i eget hjem. I forhold til

demensplan, demens team og alderspsykiatriske problemstillinger er det ikke gjort noe systematisk arbeid på dette området. Her er det per i dag ikke ressurser tilgjengelig for å oppfylle kravene. For å få dette til må eksisterende ressurser organiseres på en annen måte, eller man må få inn mer ressurser. Hjemmetjenesten har prioritert palliasjon og mulighet til å dø i eget hjem. I følge avdelingsleder har personalet i Aukra et godt renommé på dette området. I perioder kan slikt arbeid utløse behov for midler utenom budsjettet, basert på enkeltvedtak.

Det fremgår av tilbakemeldingen at samlet sett vil utfordringene i hjemmetjenesten i framtiden kreve større ressurser.

På spørsmål om hvordan ressursfordelingen og arbeidsfordelingen mellom hjemmetjenester og andre tjenester innenfor helse og omsorg er, mener de at Aukra kommune har en «omsorgstrapp» som mangler trinn, jf. punkt 4.6.1.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har ulikt omfang og kompleksitet, som til sammen utgjør kommunens sin omsorgstrapp. Det står i planen at en del trinn i omsorgstrappa er relativt «spinkle», da vi mangler tjenester i de midterste trinnene; for eksempel heldøgns omsorg for eldre utenfor sjukeheimen og bedre tilrettelagt dagtilbud for hjemmeboende demente. Forebyggende arbeid bør også ha større fokus i alt omsorgsarbeid.

Hvordan får brukerne tildelt tjenester

De fleste forespørselene om hjemmetjenester kommer fra hjemmene. Det er den enkelte bruker eller pårørende som må søke om tjenester fra kommunen. Kommunen foretar hjemmebesøk for kartlegging av behov. For alle nye brukere fattes det vedtak om tjenester. Vedtaket gjelder til behovet for hjelp endres og nytt vedtak må fattes. Hjemmetjenesten er forpliktet til å gi forsvarlig bistand, men det kan av og til oppstå uenighet om tjenesteomfanget. Kommunen ønsker i slike situasjoner å vektlegge god dialog med bruker og pårørende. Her kan man avklare forventninger til hvilken type tjenester hjemmetjenesten kan tilby. Vi får opplyst at enkelte pårørende ønsker mer omfattende tjenester for brukeren, mens brukeren selv er fornøyd. Det kan være behov for å kartlegge hva den enkelte kan gjøre selv. I følge hjemmetjenesten er det ikke om å gjøre at det blir gitt for omfattende hjelp i starten med tanke på «hjelp til selvhjelp».

Hjemmetjenesten i Aukra kommune har ikke ventelister. Alle som søker om hjelp får et tilbud.

5.1.4 Vurdering og anbefaling

Vurdering

Hvordan man vurderer Aukras ressursbruk avhenger blant annet av hvem man sammenligner kommunen med. Når det gjelder hjemmetjenesten, bruker Aukra kommune omtrent det samme per mottaker som gjennomsnittet for Møre og Romsdal, men noe mer enn gjennomsnittet for landet. Når det gjelder antall brukere i forhold til folketallet, ligger Aukra kommune omtrent på nivå med fylket og landet.

De store utfordringer blant annet knyttet til samhandlingsreformen, gjør det vanskelig å vurdere dagens ressursbruk i forhold til behovet. Prioritering av ressurser er også et politisk spørsmål.

Det er positivt at det er en gjennomgang av tjenestene der konsekvenser av evt. innsparinger framgår. Det er viktig at en slik vurdering av ressursbruken også sees i forhold til framtidige behov. Vi viser her blant annet til ulike plandokument som kommunen arbeider med.

Aukra kommune har enda et stykke arbeid å gjøre for å få på plass det som omsorgsplanen legger opp til.

Det er positivt at kommunen vil vektlegge kartlegging med fokus på «hjelp til selvhjelp». Dette kan gi mer effektiv ressursbruk og helsegevinst. Dette bør skje i tett dialog med bruker/pårørende. Det må kontinuerlig tilstrebnes at bruker får den tjenesten de har behov for, og at brukerne medvirker ved utforming og endringer i tjenestetilbudet. Jf. avsnitt 4.5.2.

Anbefaling

Aukra kommune bør vurdere ressursbruken også i et langsiktig perspektiv.

6 Samlede vurderinger og anbefalinger

6.1 Vurderinger

I denne revisjonen har vi undersøkt om kvaliteten på hjemmetjenesten i Aukra kommune er i tråd med krav og målsettinger på området og hvor store ressurser kommunen bruker på hjemmetjenesten.

Aukra kommunen har utfordringer knyttet til tilstrekkelig kompetanse. Dette jobbes det aktivt med.

Gjennomgangen viser at kommunen ikke har oppdatert alle skriftlige prosedyrer. Revisjonen oppfatter det som om det er stor vilje fra kommunens side for å få en bedre internkontroll. Det er positivt at kommunen skal få på plass et samlet kvalitetssystem.

Aukra kommune har i liten grad etablert systemer for innhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter. Eldrerådet og rådet for funksjonshemmede er sentrale råd i kommunen som kanskje kan benyttes i større grad. Kommunen bør vektlegge pasientens og brukernes lovfestede rett til medvirkning ved utforming og gjennomføring av tjenestene.

Aukra kommune gir et godt tilbud til brukerne på den måten at brukerne i stor grad får det de søker om. Kommunen har på gang mye utviklingsarbeid. Kommunen påpeker at det er mye å ta tak i og at samhandlingsreformen gir spesielle utfordringer. Vårt inntrykk er at kommunen prioriterer nødvendig utviklingsarbeid.

Brukere med langvarige og sammensatte behov har krav på individuell plan (etter søknad) og koordinator. Det er ingen som har individuell plan eller koordinator i hjemmetjenesten i Aukra kommune.

Det kan være behov for å vurdere beredskapsordningen for brukere i Julsundet på natt.

Hvordan man vurderer Aukras ressursbruk avhenger blant annet av hvem man sammenligner kommunen med. De store utfordringer blant annet knyttet til samhandlingsreformen, gjør det vanskelig å vurdere dagens ressursbruk.

Det er positivt at kommunen vil vektlegge kartlegging med vekt på «hjelp til selvhjelp». Dette kan gi mer effektiv ressursbruk og helsegevinst. Dette bør skje i tett dialog med bruker/pårørende.

6.2 Anbefalinger

Aukra kommune bør:

- fortsatt prioritere arbeidet med å sikre tilstrekkelig kompetanse
- arbeide videre med kvalitetssystemet og få på plass ulike prosedyrer
- skissere nærmere opplegg for brukermedvirkning både på systemnivå og individnivå
- fortsatt prioritere arbeidet med å utvikle tjenestene
- sikre at personer som har behov for det, får individuell plan og koordinator
- sikre et likeverdig døgntilbud/beredskap for hjemmetjenesten i hele kommunen, og her eventuelt vurdere om samarbeid med Molde eller Fræna kan være aktuelt for fastlandet
- vurdere ressursbruken også i et langsiktig perspektiv.

Grete Gjendem
forvaltningsrevisor

Anny Sønnerland
forvaltningsrevisor

Referanser og kilder

Lover og tilhørende forskrifter

Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (lov om sosiale tjenester i NAV)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven)

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten o forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

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

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskrift i sosial-helsetjenesten)

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember nr. 81 om sosiale tjenester m.v (forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene)

Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (forskrift om lovbest. Sykepleietjeneste)

Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering)

Forskrift 12. november 2010 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering)

Retningslinjer – veileder

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet, 2009. IS-1580.

IS-1201 – Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven

Annet

NS-EN ISO 9000:2005

Statistikk fra Statistisk Sentralbyrå, KOSTRA

Sosial- og helsedirektoratet 2005, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

IPLOS: Individbasert Pleie og OmsorgsStatistikk

Fafo-rapport 2012:62 Hvordan fordele omsorg? utfordringer med å prioritere mellom yngre og eldre brukere.

Aukra kommune - Årsmeldinger og regnskap 2009 – 2012

Dokument 3:7 (2012-2013) Riksrevisjonens undersøkning av kommunane si styring og kontroll med tenester med nasjonale mål.