



Brukermedvirkning innen pleie og omsorg

Vega kommune

Forvaltningsrevisjon nr 1815 - 1/2011

Forord

KomRev Trøndelag IKS har i perioden september 2010 til mai 2011 gjennomført en forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgsenheten i Vega kommune. Prosjektet er bestilt av kontrollutvalget som del av Plan for forvaltningsrevisjon 2008-2011. Planen ble behandlet i kontrollutvalget den 28.9.2010 sak 4/2010.

Ved KomRev Trøndelag IKS har Odd Lutnæs vært prosjektleder og Kurt Fredriksen har vært prosjektmedarbeider. Vår kontaktperson i kommunen har vært Elin Støylen, leder institusjon.

Vi takker for et positivt samarbeid.

Steinkjer den 3.6.2011

Sissel Mikalsen
Oppdragsansvarlig revisor

Odd Lutnæs
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Om Vega kommune og pleie- og omsorgstjenesten.....	7
2 Problemstilling og revisjonskriterier	8
2.1 Problemstilling	8
2.2 Revisjonskriterier	8
3 Gjennomføring og metode	8
4 Søknad og utforming av tjenestetilbudet	9
4.1 Revisjonskriterier	9
4.2 Data	10
4.3 Vurdering	11
5 Utarbeidelse av tiltaksplan og individuell plan	12
5.1 Revisjonskriterier	12
5.2 Data	12
5.3 Vurdering	13
6 System for intern kontroll	14
6.1 Revisjonskriterier	14
6.2 Data	15
6.3 Vurdering	17
7 Samarbeid med råd og foreninger	19
7.1 Revisjonskriterier	19
7.2 Data	19
7.3 Vurdering	20
8 Konklusjon.....	21
8.1 Anbefalinger.....	21
9 Høring.....	22
Litteraturliste.....	23
Vedlegg 1: Høringssvar fra Vega kommune.....	25

Sammendrag

På oppdrag fra kontrollutvalget i Vega kommune har KomRev Trøndelag IKS gjennomført en forvaltningsrevisjon av tjenestenivået innen pleie og omsorg. Vi har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

I hvilken grad ivaretas brukervedvirkning i pleie- og omsorgssektoren i Vega kommune?

- Ved søknad og utforming av tjenestetilbudet?
- Ved utarbeidelse av tiltaksplan og individuell plan?
- Gjennom systemet for intern kontroll?
- Ved samarbeid med råd og foreninger?

Problemstillingene er besvart med informasjon gjennom intervju med ansatte og brukerrepresentanter, dokumentgjennomgang samt gjennomgang av et utvalg saker der det søkes om tjenesteyting. En oppsummering av våre konklusjoner og anbefalinger følger under.

Revisors hovedinntrykk er at Vega kommune i dag har svært mye inntakt i forhold til brukervedvirkning innenfor pleie- og omsorgssektoren. Gode rutiner og god praksis danner grunnlaget for utøvelsen av medbestemmelse. Det eksisterer likevel rom for utvikling og forbedringer av dette tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Under har vi sammenfattet forslag revisor mener bør vurderes for å styrke graden av brukervedvirkning i Vega kommune ytterligere. Tiltakene omfatter både forslag til tiltak som allerede er initiert av kommunen og nye forslag fra revisor.

Søknad og utforming av tjenestetilbudet

- Revisjonen mener kommunen har gode rutiner vedrørende tildeling av tjenester samt oppfølging av bruker, og da også ved første gangs involvering, og at dette er i tråd med kommunens serviceerklæringer samt Lov om sosiale tjenester § 8-4.
- Beboerne og pårørende blir gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål og hvilke rettigheter de har, noe som er i tråd med kommunens serviceerklæringer.
- Revisjonen ser det som positivt at det gis godt med informasjon til beboere og pårørende ved innflytning, noe den utarbeidede velkomstbrosjyren bidrar med. Slik informasjon bidrar til mulighetene for brukervedvirkning.
- Vi mener at kommunen i dag har en god praksis når de setter opp kontaktpersoner for brukere innen hjemmetjenesten der pårørende som bor utenfor kommunen ikke klarer å følge opp. Dette er en rutine/praksis som er positiv for å sikre brukervedvirkning.
- Ved mappegjennomgang ble det ikke gjort noen funn av vesentlig karakter, noe som underbygger vår oppfatning om at Vega kommune har rutiner som fungerer tilfredsstillende vedrørende behandling av søknader.

Utarbeidelse av tiltaksplan og individuell plan

- Alle gjennomgåtte dokumenter vedrørende tiltaksplaner inneholdt de elementer som de i følge rutinebeskrivelsen skal inneholde.
- Det er viktig at det eksisterer rutiner som sikrer at kommunen dokumenterer sitt tjenestetilbud gjennom å signere hver enkelt brukers vedtak.

Systemet for intern kontroll

Internkontroll satt i system

- Revisjonens gjennomgang av institusjonens internkontrollsystem viser at denne inneholder mange av de momenter som bør beskrives i et slikt system.
- Revisjonen anbefaler at kommunen utformer egne rutinebeskrivelser rettet mot deltakelse og medvirkning fra bruker eller pårørende i forbindelse med utarbeidelse av nye vedtak, og at oppfølging i forhold til regelverket på dette området også bør implementeres som en del av internkontrollsystemet. Dette gjelder både for institusjon og hjemmebasert omsorg.
- Revisjonen anbefaler at det tas en gjennomgang av dagens praksis for informasjonsveiledning og rutiner innenfor primær- og sekundærkontaktsystemet, og innarbeider dokumentet ”*Orientering om primærkontaktsystemet*” i en mer formell rutinebeskrivelse.
- Det bør være et mål å få dagens internkontrollsystem digitalt lagret på felles server slik at alle ansatte til en hver tid har tilgang til gjeldende prosedyrer og systembeskrivelser. Dette må da komme i tillegg til en permbasert versjon, da ikke alle ansatte har datatilgang.
- Det eksisterer et visst forbedringspotensial i forhold til Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting § 3, der det beskrives at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre brukermedvirkning.
- Vi mener at brukermedvirkning etter hvert er blitt et viktig tema innenfor pleie og omsorg, og at oppfølging i forhold til regelverket derfor også bør implementeres som en del av internkontrollsystemet.
- Revisjonen mener at pleie- og omsorgssektoren har systemer som bidrar til medvirkning fra brukere og pårørende og at dette fungerer tilfredsstillende. Vårt overordnede inntrykk er at tilbakemeldinger og erfaringer fra brukere og pårørende blir tatt hensyn og lyttet til.

Rapportering

- GERICA er å regne som et nytt system for Vega kommune, og revisor vil anbefale at kommunen opprettholder innsatsen for å ta i bruk de muligheter som ligger i systemet. Dette innebærer videreutvikling av rutiner og opplæring.

Kvalitetskartlegging

- Vi mener at kommunen bruker sine undersøkelser rettet mot kvalitet på en formålstjenelig måte.

Samarbeid med råd og foreninger

Bruker- og pårørendeforening (BPF)

- Bruker- og pårørendeforeningen er etter revisors mening en god kanal for institusjon/hjemmetjeneste til både å ta i mot og formidle samarbeid. Vi anbefaler derfor at kommunen fortsetter den gode dialogen med møter og brukerforum gjennom BPF.
- Foreningen synes å ha en god dialog med kommunen gjennom deltakelse i driftsstyret. Det er positivt at BPF mener de blir hørt og at de har medbestemmelse i mange av sakene som blir drøftet.

Rådet for funksjonshemmede (RfF)

- Revisjonen mener det kan foreligge et grunnlag for at kommunen kan øke sin deltakelse rettet mot funksjonshemmede, og vi vil derfor oppfordre kommunen og RfF til å komme sammen for å finne løsninger som gjør at intensjonene i rådets mandat oppfylles på en bedre måte enn i dag.

Eldrerådet

- Revisjonen mener det er tilfredsstillende at Eldrerådet blir vist respekt i form av deltakelse på møter både fra politikere og administrasjonen. Vi mener dog at saksdokumenter til kommunens møter bør sendes ut i tilstrekkelig tid til Eldrerådet i saker der disse involveres.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Prosjektet ”Tjenesteyting innenfor pleie- og omsorg” ble bestilt av kontrollutvalget som en del av Plan for forvaltningsrevisjon, som kommunestyret behandlet den 18. desember 2008. Prosjektplanen ble vedtatt i kontrollutvalgets møte den 28.9.2010 (sak 04/10), og her ble prosjektet avgrenset til å omhandle brukervedvirkning i pleie- og omsorgssektoren.

Med brukervedvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet¹.

Brukere, pårørende og verger skal kunne medvirke reelt i planlegging, utforming eller endring av tjenestetilbudet, og ikke bare ”tas med på råd” slik det het i tidligere forskrift. Dette dreier seg om mulighet for reell innflytelse når det gjelder pleie- og omsorgstjenester for den enkelte bruker, og utforming av de samme tjenestene for grupper av brukere i for eksempel de hjemmebaserte tjenestene².

1.2 Om Vega kommune og pleie- og omsorgstjenesten

Vega kommune ligger sør på Helgeland-kysten. Kommunen består av ca. 6 000 øyer og hadde ved inngangen til 2010 1 288 innbyggere. Kommunesenteret er Gladstad hvor vi også finner rådhuset og Vega omsorgssenter. De fleste offentlige kontorer i Vega kommune har sitt tilholdssted på rådhuset. Næringslivet i kommunen baserer seg i utgangspunktet på fiske, jordbruk, turisme og servicenæringer.

Befolkningsframskrivingene viser at det ligger an til en forholdsvis liten nedgang fram mot 2030, der det er forventet at folketallet vil bli redusert til 1 118. Andelen 70 år og eldre vil kunne øke og utgjøre 24 prosent i 2030 mot 16 prosent i 2010. Denne forventete utviklingen indikerer at pleie- og omsorgssektoren i Vega kommune vil kunne oppleve økt pågang i årene som kommer.

Pleie- og omsorgssektoren i kommunen omfatter syke- og aldersheimen samt hjemmetjenesten. Hovedaktiviteter er avlastning, korttids- og langtidsopphold. Pleie- og omsorgstjenesten er samlet sett en stor arbeidsplass på Vega. Av årsmeldingen for 2010 går det fram at det ved syke- og aldersheim var 33,64 årsverk fordelt på 44 fast ansatte. Det tilsvarende for Hjemmetjenesten var 16,45 årsverk fordelt på 26 fast ansatte.

Vega omsorgssenter

Tidligere Vega syke- og aldershjem har gjennomgått en omfattende utbygging og renovering som ble avsluttet høsten 2005. Den gamle sykehjemsavdelingen er gjort om til enerom samt at det er bygd på en ny avdeling med 8 enerom. Aldersavdelingen har nå 7 plasser, mens 6 nye omsorgsleiligheter er kommet til. Vega Omsorgssenter inneholder legekontor, kontor for helsesøster, omsorgsboliger, en alders- og sykehjemsavdeling og kontor for hjemme-

¹ Stortingsmelding nr. 34 (1996–1997)

² Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Utgitt av Sosial – og helsedirektoratet.

tjenestene. I tillegg finnes en skjermet avdeling for personer med hukommelsessvikt (Nordstua).

Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten har kontorer i Vega omsorgssenter og innbefatter: Miljøtjeneste, folkehelsearbeid, rehabilitering og psykiatri.

2 Problemstilling og revisjonskriterier

2.1 Problemstilling

Vi har utarbeidet følgende hovedproblemstilling for forvaltningsrevisjonsprosjektet:

I hvilken grad ivaretas brukermedvirkning i pleie- og omsorgssektoren i Vega kommune?

- Ved søknad og utforming av tjenestetilbudet?
- Ved utarbeidelse av tiltaksplan og individuell plan?
- Gjennom systemet for intern kontroll?
- Ved samarbeid med råd og foreninger?

2.2 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er målestokken som benyttes for å vurdere i hvilken grad det foregår brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren i Vega kommune, og om dette er innenfor tilfredsstillende standard. Kriteriene blir da retningsgivende for hva som forventes av tilbudet til tjenestemottakerne og hvilket nivå som aksepteres som tilfredsstillende.

Revisjonskriteriene er forankret i autoritative kilder, det vil si kilder som kan fastslå hvordan tilstanden på området bør være. Kriteriene er hentet fra gjeldende lover og forskrifter, samt kommunale regler og retningslinjer. Kildene til revisjonskriterier følger under litteraturliste til slutt i rapporten. Revisjonskriteriene er operasjonalisert under hvert kapittel.

3 Gjennomføring og metode

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til Norges kommunerevisorforbunds (NKRF) Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001. Det innebærer at forvaltningsrevisjonen er utført systematisk og de konklusjoner og vurderinger som framkommer er trukket på pålitelige og gyldige data som gir et reelt bilde av situasjonen.

Problemstillingene i dette prosjektet er besvart på grunnlag av informasjon fra kommet gjennom analyse av dokumenter, intervju og samtaler med sentrale personer innenfor pleie- og omsorgssektoren i Vega kommune.

Vi har hatt oppstartsmøte samt gjennomført intervju med leder institusjon, leder i Eldrerådet, leder for Rådet for funksjonshemmede (RfF) og leder for Bruker- og pårørendeforening (BPF). Det er i tillegg gjennomført et gruppeintervju med tre ansatte som er utnevnte primær-

og sekundærkontakter. Referat fra intervjuer er verifisert av informantene i etterkant for å rette opp faktafeil og for å oppklare eventuelle misforståelser.

Vi har foretatt en mappegjennomgang av protokoller vedrørende tiltaksplaner og individuelle planer. Formålet her var å se etter at planene inneholdt de elementer av tjenesteyting slike skal inneholde. Gjennomgangen her var basert på stikkprøvekontroll.

Vi har også gjennomgått vedtak i inntaksnemnda for perioden 2010-2011. Dette for å få verifisert opplysninger og praksis fremkommet i samtaler og intervju.

4 Søknad og utforming av tjenestetilbudet

I hvilken grad ivaretas brukemedvirkning ved søknad og utforming av tjenestetilbudet?

4.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er valgt:

- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren, jf. § 8-4. (*Lov om sosiale tjenester § 4A-3*)
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener. (*Lov om sosiale tjenester § 8-4*)
- Hjelpen tilpasses den enkelte ut fra en sammensatt faglig vurdering. Tjenesteinnholdet utarbeides sammen med den enkelte beboer ved kartleggingssamtale og IPLOS registrering. (*Serviceerklæring for Vega syke og aldersheim*)
- Innbyggere i Vega kommune med særlig hjelpebehov skal kunne bo i eget hjem så lenge de ønsker det og det er faglig forsvarlig. Tjenesten bygger på samarbeid mellom bruker, pårørende og tjenesteyter, og skal kunne gi brukeren trygghet og forutsigbarhet i hverdagen. (*Serviceerklæring for Hjemmetjenesten i Vega kommune*)
- *Orientering om primærkontaktsystemet*³
 - Primærkontakten skal:
 - Sørge for at brukeren er informert om sine rettigheter, rutiner og regler
 - Holde kontakt med pårørende
 - Sekundærkontakten skal:
 - Samarbeide med primærkontakten vedrørende oppfølging og omsorgen for brukeren
 - Assisterende primærkontakt
 - Rapportere endringer i brukeren sin situasjon

³ Utdrag fra Orientering om primærkontaktsystemet

4.2 Data

Vedtak om tildeling av tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren fattes av Inntaksnemnda ved Vega syke- og aldersheim. Inntaksnemnda består fast av institusjonsleder, leder for hjemmetjenesten og tilsynslege. I tillegg deltar avdelingssykepleier for den berørte avdeling når det foreligger søknader fra deres brukere. Inntaksnemnda har møte hver måned. Inntaksnemnda forestår også alle vedtak om endring av tilbud hos tjenestemottaker i institusjon. Når det gjelder endring av tjenestetilbudet i hjemmebasert omsorg kan dette foregå gjennom administrativ leder for hjemmetjenesten.

Ifølge leder institusjon blir det først gjennomført en samtale med brukeren og pårørende hjemme eller ved institusjonen før søknad utformes. Hjemmebesøket starter relasjonen til bruker, og målet er å avdekke behov. I denne samtalen flettes det inn spørsmål som bl.a. skal ivareta de opplysningene som skal til for å lage en IPLOS⁴ - kartlegging.

Etter oppstartsmøtet med søker av tjenesteyting skrives det et notat som tas med i møte i Inntaksnemnda. Vanligvis blir det da innvilget en korttidsplass (1/2 mnd, 1 mnd) der vurderinger skal ende opp i en forlengelse av korttidsplass, en permanent plass eller utskriving.

Det påfølgende korttidsoppholdet brukes til blant annet å få gjennomført en grundigere kartlegging av brukeren. Dette innbefatter også at det gjennomføres samtaler mellom lege og pasient, og avdelingsleder og pasient. Samtalene med lege og den medisinske siden står sentralt i vurderingene om pasienten sendes hjem eller får et tilbud. Det er ikke begrensninger i antall samtaler.

Revisor har fått seg forelagt en papirbasert perm med alle vedtak i Inntaksnemnda 4 år tilbake i tid (2007-2011). Alle vedtak i 2011 fram til den 3.2. og et utvalg av vedtakene i 2010 ble kontrollert mot søknader, kontakt og midlertidige meldinger om vedtak. Det ble ikke gjort noen funn av vesentlig betydning ved vår gjennomgang. Grunnen til at vedtakene ikke ligger i Gericas⁵ er at man til nå ikke har fått til gode nok utskrifter fra systemet. Det arbeides med å få til en løsning på å få gode nok utskrifter fra systemet.

Det hender institusjonen får inn brukere som ikke har nære pårørende. Leder institusjon opplyste om at det her utøves bevissthet og at de er svært oppmerksom på dette i organisasjonen. Målet er lik behandling for alle pasientgrupper, med eller uten pårørende.

Alle beboere/tjenestemottakere skal få oppnevnt en primærkontakt. Primær- og sekundærkontaktene skal være "pasientenes advokat", likeså avdelingssykepleier. Når det gjelder hjemmesykepleien, så stiller dette seg litt annerledes. Her er de ansatte gjest i tjenestemottakers hjem og de fleste brukerne kan selv bringe fram sine ønsker. Leder institusjon opplyste at "Refleksjonsgruppa", som er et forum for de ansatte, ofte benyttes til å diskutere dilemmaer og etiske utfordringer som pleiere således møter i arbeidshverdagen.

Hjemmetjenesten sørger for å opprette kontaktperson i de tilfeller bruker ikke kan ivareta seg selv. Jo lengre de bor hjemme, desto mer utfordrende blir dette. Spesielt gjelder dette brukerens økonomiske disposisjoner. Det forklares at de ansatte selv kanskje ikke er flinke

⁴ Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) er betegnelsen på et nasjonalt helseregister over blant annet funksjonsevne og pleiebehov.

⁵ Gericas er et omfattende elektronisk pasientjournalssystem til bruk i kommunal pleie- og omsorg.

nok å opplyse pårørende om hva som er deres ansvar ovenfor brukere. Serviceerklæringen skal bidra til å avklare forventninger til hva tjenestene skal omfatte.

Det blir poengtert at brukermedvirkning nok er et spørsmål om bruker- og *pårørende* medvirkning, da det f.eks. er noen som har sjuke boende hjemme hos seg selv.

Når det gjelder brukermedvirkning på et overordnet nivå, vektlegges det i følge leder institusjon et samarbeid med Bruker- og pårørendeforeningen. I disse møtene diskuteres bl.a. hvordan brukerne blir møtt, hva de ønsker, etikk og kontaktform med pårørende.

I terminalfasen vektlegger kommunen å legge til rette for brukere og pårørende, enten ved institusjonen eller i hjemmet. Dette er ofte en krevende jobb da det er et faktum at de ansatte i stor grad kjenner de involverte gjennom at ”alle kjenner alle”, men det kan også innebære en trygghet for alle parter.

4.3 Vurdering

For å kunne sikre brukermedvirkning der alle ansatte og alle avdelinger er med og bidrar må kommunen ha rutiner. Disse rutineene må da spenne over det meste av hva pleie- og omsorgssektoren befatter seg med, og være fundert på gjeldende lover og kommunalt regelverk. Rutiner er med på å sikre at god praksis for brukermedvirkning også blir fulgt opp i perioder med bemanningsmessige svingninger.

Rutiner må i tillegg være forankret gjennom et system som er brukervennlig og hvor de ansatte med letthet kan finne frem og gjøre seg kjent. At enhetene har gode rutiner og kontroll på egen virksomhet skal sikre forsvarlig kvalitet og forebygge svikt i tjenestene.

I Vega kommune gjennomføres det samtale med bruker og pårørende før søknad utformes og disse opplysninger brukes også til å lage en kartlegging i IPLOS. Videre er det samtaler mellom pasient og lege under korttidsopphold som har en sentral plass i vurderingen om bruker får et tilbud om plass eller ikke. Ved tilbud om plass utarbeides tiltaksplaner som skal beskrive brukerens behov og målsetting i institusjon. Revisjonen mener kommunen har gode rutiner for brukermedvirkning vedrørende tildeling av tjenester samt oppfølging av bruker, og da også ved første gangs involvering, og at dette er i tråd med kommunens *serviceerklæringer samt Lov om sosiale tjenester § 8-4*.

Kommunens serviceerklæring blir sendt ut sammen med vedtaket om tildeling av tjenester. I denne framgår formålet med tjenesten, samt en beskrivelse av de tjenestene som kan gis ved sykehjemmene. Det blir også gjennomført møter med beboer og pårørende rett etter innflytting hvor det gis relevant informasjon. Beboerne og pårørende kan dermed sies å ha blitt gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål og hvilke rettigheter de har, noe som er i tråd med nevnte serviceerklæring.

Revisjonen ser det som positivt at det gis godt med informasjon til beboere og pårørende ved innflytting, noe den utarbeidede velkomstbrosjyren også bidrar med. Slik informasjon bidrar til mulighetene for brukermedvirkning.

Vi mener videre at kommunen i dag har en god praksis når de setter opp kontaktpersoner for brukere innen hjemmetjenesten der pårørende som bor utenfor kommunen ikke klarer å følge opp. Dette er en rutine/praksis som er positiv for å sikre brukermedvirkning.

Kommunen legger stor vekt på tilrettelegging og brukermedvirkning for pårørende i terminalfasen. Dette er en del av den verdighet som tilegnes brukere og pårørende i kommunen.

Vår mappegjennomgang inkluderte en kontroll av vedtak i Inntaksnemnda. Vedtakene ble kontrollert mot søknader, kontakt og midlertidige meldinger om vedtak. Her ble det ikke gjort noen funn av vesentlig karakter, noe som da synes å underbygge vår oppfatning om at Vega kommune har rutiner som fungerer tilfredsstillende vedrørende behandling av søknader.

5 Utarbeidelse av tiltaksplan og individuell plan

I hvilken grad ivaretas brukermedvirkning ved utarbeidelse av tiltaksplan og individuell plan?

5.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er valgt:

- Hjelpen tilpasses den enkelte ut fra en sammensatt faglig vurdering. Tjenesteinnholdet utarbeides sammen med den enkelte beboer ved kartleggingssamtale og IPLOS registrering. (*Serviceerklæring for Vega syke og aldersheim*)
- Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8-4. Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. (§ 4-3a. *Lov om sosiale tjenester*)
- Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det. (*Forskrift om individuell plan § 4. Tjenestemottakers rettigheter*)
- Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. (*Forskrift om individuell plan § 7. Innholdet i individuell plan*)

5.2 Data

Tiltaksplan

Ved innvilget opphold, også ved korttidsplass (utredning), skal det utarbeides en tiltaksplan (omsorgsplan) for tjenestemottakeren. Planen skal vise en utredning for mulig opptrening eller målsetting for hjemkomst. Når bruker eksempelvis skal hjem fra sykehus settes det på forhånd opp i planen en beskrivelse om hvordan dette skal gjennomføres. Planen skal videre inneholde individuelle tilpasninger med hensyn til blant annet ernæring, behov for ro og hvile,

døgnrytme, sosiale behov, personlig hygiene, munnhygiene, på- og avkledning og medisinerer. Målsettingen er en optimal omsorg. Tiltaksplanene evalueres i møter.

Alle mapper og tiltaksplaner er registrert i datasystemet Geric. Det er i tillegg også en del ”løse” permer i avdelingene for registrering av kontakt med pårørende. Dette er en del av permsystemet som eksisterte før Geric ble innført og som ikke er implementert elektronisk ennå. Når det gjelder vår kontroll av tiltaksplaner ble disse sjekket på hva tilbudet gjelder, hvor tilbudet gis og om ADL⁶-historie (funksjonsvurdering) kommer frem. Vår gjennomgang av institusjonens tiltaksplaner viser at Vega kommune utarbeider planer for alle beboerne på sykehjemmene.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. For at tjenestetilbudet skal bli godt for den enkelte, er det avgjørende at det er tjenestemottakerens egne behov som legges til grunn når individuell plan utformes og følges opp i praksis. Planen skal sikre at den enkeltes behov for tjenester skal styre utformingen og iverksettingen.

Individuell plan er ifølge leder institusjon lite brukt for beboere på institusjon i Vega kommune. Det er i dag ca.10 brukere med individuell plan. Antall brukere med individuell plan varierer over tid, men det er i Vega kommune alltid snakk om kun få tilfeller. Individuell plan benyttes i de tilfellene hvor det er sammensatte behov der flere yrkesgrupper må koordinere sine tjenester. Individuelle planer revideres, alt etter behov hvorpå ansvarsmøter er en arena for dette.

Vi har i vår mappegjennomgang sett på 3 eksempler av individuelle planer og én evaluering, samt tilhørende journaler:

- I alle tilfeller går navn fram
- Navn på pårørende går fram i 3 av 4 tilfeller
- Beskrivelse av tjenestenivå mangler i et tilfelle
- I et tilfelle gis det ikke opplysninger om samordning og framdrift
- Deltakere i planarbeidet går fram i alle tilfeller
- Tiltaksoversikt går fram alle 4 tilfeller
- I 3 tilfeller er ikke planen undertegnet
- I et tilfelle går det ikke fram hvem som er pårørende
- I et annet tilfelle går det fram hvem som er pårørende indirekte (i vedlegg)

5.3 Vurdering

Alle gjennomgåtte dokumenter vedrørende tiltaksplaner inneholdt de elementer som de i følge rutinebeskrivelsen skal inneholde.

Det utarbeides få individuelle planer for mottakere av pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Vår mappegjennomgang som berørte eksisterende individuelle planer og pasientjournaler viser ingen vesentlige avvik. Det er her likevel viktig at det eksisterer rutiner som sikrer at kommunen dokumenterer sitt tjenestetilbud gjennom å signere hver enkelt brukers vedtak.

⁶ ADL - Activity of Daily Living (Aktiviteter i dagliglivet). Brukes innenfor helsesektoren for å angi grad av funksjonstap vedrørende eks. personlig stell.

6 System for intern kontroll

I hvilken grad ivaretas brukermedvirkning gjennom systemet for intern kontroll?

6.1 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er valgt:

Internkontroll satt i system

- Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten. (*Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) § 2-1. Kommunens ansvar for sosialtjenesten*)
- Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:
-brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene. (*Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting § 3*)
- Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. (*Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. Innholdet i internkontrollen*)
- Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:
e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
(*Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. Innholdet i internkontrollen*)
- Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktivitet, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. (*Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5. Dokumentasjon av internkontrollen*)

Rapportering

- Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. (*Lov om helsepersonell m.v. § 39. Plikt til å føre journal*)
- Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er

nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. (*Lov om helsepersonell m.v. § 40. Krav til journalens innhold m.m*)

IPLOS

Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) er betegnelsen på et nasjonalt helseregister over blant annet funksjonsevne og pleiebehov. Dette skal danne grunnlag for statistikk for pleie- og omsorgssektoren på nasjonalt nivå⁷. Registeret er hjemlet i helseregisterloven og egen forskrift av 17.2.2006. IPLOS er obligatorisk i alle kommuner.

6.2 Data

Internkontroll satt i system

Pleie og omsorg har et manuelt permbasert internkontrollsystem. Denne er sammensatt av 3 deler: HMS, Mat og Helse, Styringsdel, Avvik og anmerkninger samt Resultater. Det er institusjonsleder som godkjenner systemet og holder dette à jour.

Institusjonsleder er klar på at de ansatte innenfor pleie- og omsorg er godt kjent med kvalitetssystemet. Dette forklares med at de har hatt et slikt system i 10 år.

Møte for avviksbehandling foregår normalt en gang i måneden. Om det dukker opp noe ekstraordinært tas dette møtet oftere. Hele organisasjonen er tilsluttet systemet for avvikshåndtering.

Leder for institusjon forklarte at kjennskapen til internkontrollen i organisasjonen er god fordi det er svært liten turnover blant de ansatte. Det hevdes at det er en generell sårbarhet ved turnover, men at den per i dag er liten. De ansatte mener dette skyldes rutine som er med på å sikre at noen ikke er "uerstattelige", selv om det vil merkes godt om noen slutter. De ansatte forteller videre at dokumentasjon og arbeidsbeskrivelser finnes og er god nok til å fungere som veiledning for en som er "ny" i jobben.

Kommunen har utformet en beskrivelse av hvordan primær- sekundærkontaktsystemet skal fungere i dokumentet "*Orientering om primærkontaktsystemet*". Det kommer likevel frem i intervju med de ansatte at det i dag kanskje ikke går ut god nok informasjon til tjenestemottaker og deres pårørende om hvem som er deres primær- og sekundærkontakt. Det blir slått fast at det er veldig stor forskjell på hvilken grad av kontakt det er med pårørende, noe som da igjen får konsekvenser for primær- og sekundærkontaktfunksjonen. Likevel blir det lagt særlig vekt på å følge opp de som ikke har noen rundt seg. Der det er "tunge" brukere er det forøvrig mer kontakt med pårørende.

Internkontrollpermene inneholder systembeskrivelser for avviksbehandling, prosedyrer for tjenesteyting, arbeidsbeskrivelser samt kontrollrutiner. Det kommer også frem av internkontrollsystemet at det har vært arrangert en rekke møter og sammenkomster med bruker- og pårørendeforeningen. Brukermedvirkning er ikke nevnt som et eget kapittel i internkontrollen, men inngår derimot som egne punkter i kommunens serviceerklæringer både for pleie- og omsorgstjenesten og hjemmetjenesten.

⁷ Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no/iplos/> tatt ut den 12.4.2010

Rapportering

Leder institusjon mener at informasjonen fra/til og mellom primær- og sekundærkontakter⁸ fungerer bra. Primærkontakten står for møter mellom pårørende og omsorgenheten. Disse avholdes ved behov. Når det gjelder møter som dreier seg om tjenesteinnholdet, er lederen selv på møter mellom pårørende/bruker og primærkontakt. Er temaet av mer praktisk art, blir leder orientert om møtets innhold og resultat av dette i etterkant.

Leder deltar på en del på briefinger som foregår hver morgen samt rapporteringer for avdelingene om ettermiddagen. I tillegg holdes leder informert som følge av at vedkommende er systemansvarlig for *Gerica*.

Det avholdes også fagmøter for sykepleiere og ledere utenom arbeidstid 3-4 ganger i året. Avdelingsmøter er satt opp 1 gang pr. mnd, mens ledermøter foregår 2 ganger per måned da med hovedtema som tjenestetilbud, økonomi og opplæring.

Primærkontakten har førstehåndsinformasjon om brukeren. Kun faste ansatte har adgang til *Gerica* der det kun er sykepleiere og hjelpepleiere som har tillatelse til å skrive, noe som av de ansatte oppfattes som en fordel. Dette fører til at pleiere i perioder ville oppleve og måtte skrive rapporter for vikarer og da om hva disse har opplevd/erfart på sin vakt. Dette oppleves som noe tidkrevende. De fleste er likevel komfortabel med bruken av *Gerica*, selv om ikke alt er på plass ennå.

De ansatte er samstemte på at det er en svakhet at ikke alle ansatte kan gjøre registreringer i IPLOS/ADL skjemaet på brukere. Dette ansvaret er lagt til sykepleier i samarbeid med annet pleiepersonell. De ansatte mener likevel at rapporteringsrutinene fungerer bra og gir en god dokumentasjon som også når frem mellom avdelinger, men at dette kunne ha fungert enda bedre om de hadde hatt noe bedre tid til å gjøre disse oppgavene. Det fremheves videre i intervjuet at system for overflyttingsrapporter også fungerer bra.

De ansatte mener at rapporteringen innenfor primær- og sekundærkontaktfunksjonen i hjemmesykepleien ikke fungerer helt optimalt. Dette forklares med at gruppen med ansatte er for liten. Når de ansatte således går turnus vil det derfor være perioder der primærkontakt ikke er på jobb slik at beskjed/informasjon da vil gå via andre ansatte utenom primær- og sekundærkontakter. Men det presiseres at beskjeder likevel kommer fram via rapporteringssystemet.

Kvalitetskartlegging

Det gjennomføres kvalitetskartlegging som spørreundersøkelse blant brukere og pårørende av pleie- og omsorgstjenester (institusjon og hjemmebasert omsorg) i kommunen ca. hvert 4. år. Den siste undersøkelsen ble gjennomført i 2006, og den neste vil bli gjennomført i løpet av 2011.

I følge leder institusjon førte kvalitetskartleggingen til at det i ettertid ble iverksatt hyppigere møtevirksomhet mot bruker- og pårørendeforeningen. Et annet resultat av undersøkelsen var at normerte legetimer rettet mot institusjonsbrukere ble økt fra 6,5 timer i uken til 12,5 timer.

⁸ Kontaktledd mellom bruker/pårørende og institusjon.

6.3 Vurdering

Internkontroll satt i system

Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll. Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring. Internkontroll skal videre bidra til faglig forsvarlige pleie- og omsorgstjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige følger. En godt fungerende internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem som utover lovgivers krav og forventninger, kan omhandle hvordan virksomheten skal tilfredsstillende andre selv pålagte krav til kvalitet.

Revisjonens gjennomgang av pleie- og omsorgssektorens internkontrollsystem viser at denne inneholder mange av de momenter som bør beskrives i et slikt system.

Overordnet kontakt mellom institusjon og bruker/pårørende skal helst foregå gjennom primær- og sekundærkontakter. Det er viktig at informasjon om dette kommer frem til alle berørte parter. Revisjonen anbefaler derfor at det tas en gjennomgang av dagens praksis for informasjonsveiledning og rutiner innenfor primær- og sekundærkontaktsystemet, og innarbeider dokumentet ”*Orientering om primærkontaktsystemet*” i en mer formell rutinebeskrivelse.

Det kommer ikke frem under våre intervjuer at kommunen har utformet egne rutinebeskrivelser rettet mot deltakelse og medvirkning fra bruker eller pårørende i forbindelse med utarbeidelse av nye vedtak. Dette gjelder både institusjon og hjemmebasert omsorg. Her ser revisor at det eksisterer et visst forbedringspotensial i forhold til *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting § 3*, der det kommer frem at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre brukermedvirkning.

Institusjonen har et manuelt permbasert internkontrollsystem noe som gir både fordeler og begrensninger. Fordelen er at systemet kan være tilgjengelig for alle, også de som ikke har datatilgang. Begrensningen er nok av mer sammensatt karakter der det ofte kan være behov for raskt å kunne ta frem systemet uten å måtte hente dette fysisk, samt at det kan være behov for å skrive ut veiledninger og maler fra distanse. En internkontroll digitalt lagret ville også være tilgjengelig for de som ikke jobber i nærheten av den manuelle versjonen. Det bør her være et mål å få internkontrollen digitalt lagret på felles server slik at alle ansatte til en hver tid har tilgang til gjeldende prosedyrer og systembeskrivelser. Dette må da komme i tillegg til en permbasert versjon, da ikke alle ansatte har datatilgang.

Vi mener at brukermedvirkning etter hvert er blitt et viktig tema innenfor pleie og omsorg, og at oppfølging i forhold til regelverket på dette området derfor også bør implementeres som en del av internkontrollsystemet.

Revisjonen mener at pleie- og omsorgssektoren har systemer som bidrar til medvirkning fra brukere og pårørende og at dette fungerer tilfredsstillende. Det daglige arbeidet med utveksling av informasjon og erfaringer er en viktig arena og vårt overordnede inntrykk er her at tilbakemeldinger og erfaringer fra brukere og pårørende blir tatt hensyn og lyttet til.

Rapportering

For at pasienter og brukere skal sikres rett behandling og tjenesteyting etter avtalt målestokk er det viktig at rapportering og journalføring foregår etter forhåndsdefinerte rutinebeskrivelser. Dette er særdeles viktig innenfor pleie- og omsorgssektoren der dette ofte

berører mennesker som ikke selv er i stand til å formidle hvilke krav og ytelser som til en hver tid er gjeldende for den enkelte.

Det er også viktig at informasjon av betydningsfull karakter utveksles mellom pårørende og helsepersonell uten unødig tidsmessig opphold. Her stilles det i særdeleshet store krav til at den informasjonen/kunnskapen om hver enkelt bruker og de nedtegnelser som gjøres i denne forbindelse er riktige.

Rapporteringen mellom primær- sekundærkontakt og videre herfra til overordnede og andre ansatte ser i hovedsak ut til å fungere. Det er likevel noe problematisk for denne gruppen å holde seg oppdatert i perioder med turnus og friperioder uten at dette nødvendigvis er av noen avvikende karakter.

Det elektroniske pasientjournalssystemet Gericia har begrenset brukertilgang der kun faste ansatte har rettigheter. Gericia er å regne som et nytt system for Vega kommune, og revisor vil anbefale at kommunen opprettholder innsatsen for å ta i bruk de muligheter som ligger i systemet. Dette innbefatter videreutvikling av rutiner og opplæring.

Pleie og omsorg bruker nasjonalt helseregister IPLOS. Her er det også begrenset tilgang for ansatte, og det er i dag kun sykepleiere som har adgang til å endre opplysninger hvor hjelpepleiere da har lesetilgang. Sykepleierne har en hånd om mye av det som foregår i institusjonen. Dette medfører at det ofte kan bli begrenset med tid for denne yrkesgruppen til å foreta den nødvendige rapporteringen i IPLOS. Det foreligger da en risiko for at viktig informasjon ikke blir rapportert som ønskelig, noe som kan forringe verdien av IPLOS som et viktig register for brukerregistreringer.

Kvalitetskartlegging

Resultatene fra kvalitetskartleggingen i 2006 har etter det revisjonen erfarer vært brukt til å forbedre kommunikasjonen mot pårørende samt at antall legetimer fordelt på brukere institusjon er merkbart øket. Vi mener at dette viser at kommunen bruker sine undersøkelser rettet mot kvalitet på en formålstjenelig måte (jfr. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4.e).

7 Samarbeid med råd og foreninger

I hvilken grad ivaretas brukermedvirkning gjennom samarbeid med råd og foreninger?

7.1 Revisjonskriterier

Kommunalt råd for funksjonshemmede i Vega – Mandat og regelverk⁹:

- rådgivende organ for Vega kommune, statlige etater på kommunalt nivå
- rådet representerer funksjonshemmede og deres interesser i kommunen
- rådet har i utvalgte saker rett til å innlede samarbeid med kommunens virksomhetsområder for å sikre de funksjonshemmedes interesser

Bruker- og pårørendeforening (BPF)

Foreningen er ikke forankret i det kommunale systemet gjennom kommunestyrevedtak og er derfor ikke tillagt kriterier i denne rapporten.

Eldrerådet

Rådet er ikke forankret i det kommunale systemet gjennom kommunestyrevedtak og er derfor ikke tillagt kriterier i denne rapporten.

7.2 Data

Bruker- og pårørendeforening (BPF)

Det blir opplyst fra leder institusjon at brukermedvirkning på overordnet nivå blir gjennomført i samarbeid med Bruker- og pårørendeforeningen.

Foreningen for brukere og pårørende ble startet opp for om lag 10 år siden der dagens leder for institusjon var en av initiativtakerne. Foreningen legger vekt på å få til et godt samarbeid med pleie- og omsorgsenhetene, kommuneadministrasjonen og politikere. Pr. i dag har foreningen 15 medlemmer og de har to medlemsmøter i året. Det oppleves som tungt å få med seg medlemmer. Det er de pårørende som i hovedsak stiller opp mens kun 2 brukere er medlemmer. Dette mener leder BPF henger sammen med at brukerne er slitne og ikke har særlig god helse lenger.

Foreningen har fått trykt opp en brosjyre "*Hvordan har du det som pårørende på Vega?*"

Brosjyren var klar sommeren 2010, og leder forteller at denne er blitt godt mottatt fordi den oppleves som nyttig. Leder opplever at behovet for informasjon blant pårørende er stort.

Leder mener videre at foreninga blir hørt i kommunens driftstyre, og at det samlet sett fungerer bra med henhold til medbestemmelse. Foreninga jobber med flere saker i kommunen rettet mot eldre brukere. Eksempel på saker de arbeider med nå er fortsatt støtte til TERMIK (Terminal omsorg i kommunene). De har også vært opptatt av å få tilbake en aktivtør i hel stilling (nå er denne i ½ stilling).

⁹ Utdrag fra Rådet For Funksjonshemmede mandat og vedtak i KST, 10.4.2008

Sommeren 2010 ble det arrangert et åpent møte på Vega omsorgssenter. Dette som en temadag i regi av Vega bruker- og pårørende forening. Møtet karakteriseres som meget vellykket som brukermedvirkning.

Rådet for Funksjonshemmede (RfF)

RfF ble opprettet etter siste kommunevalg. Leder for RfF forteller at rådet består av tre uavhengige kandidater uten politisk forankring samt varaordfører. Sistnevnte ble oppnevnt to år etter at rådet ble opprettet. Leder mener at det er en styrke å ha med varaordfører for å sikre informasjon frem til formannskapet. Deltakelse fra varaordfører ble bestemt ut fra erfaringer rådet hadde med tilsvarende råd i Brønnøy kommune.

Leder er imidlertid noe skeptisk til manglende opplæring for å ivareta vervet fra kommunen. I praksis opplever de å være saksforberedere for eget råd. Leder for RfF mener også at de blir lyttet for lite til. Viljen til å utforme og legge til rette for funksjonshemmede opplever leder av RfF i mindre grad å være til tilstede, og mener at systemene for å ivareta funksjonshemmedes rettigheter er mangelfulle.

Leder presiserer videre at de er opptatt av å gjøre ting de har påtatt seg på en skikkelig måte. Leder er klar på at rådet får lagt frem sine meninger, men er samtidig usikker på om de blir hørt. Leder er likevel kritisk til at mye av det de har påpekt av feil og mangler har blitt liggende på formannskapet sitt kontor. Kun to tilfeller er utbedret i forhold til rådets påpekninger. Dette er skilt for handikapparkering og armlener på toalett.

Eldrerådet

Dagens leder av Eldrerådet ble valgt da denne hadde bakgrunn som leder for Pensjonistforeningen. Eldrerådet har ca. 6 møter i året der de tar opp aktuelle tema som kommunen har jobbet med. Det opplyses at de ofte får saker i etterkant. Rådet strever litt med arbeidsformen, men mener de har funnet en måte å jobbe på som fungerer.

Leder forteller at rådet har god kontakt med både leder institusjon og ordfører. Disse kommer i møter når Eldrerådet ønsket det. Leder er likevel litt usikker på Eldrerådets gjennomslagskraft, men det vises til arbeidet med tilbringertjenesten som de nå nesten har fått på plass i samarbeid med Frivillighetssentralen. Rådet har også jobbet med spørsmål rundt TERMIK, utspillene rundt valg av traumesykehus for Helgeland og Vega tannklinik.

Leder for Eldrerådet er klar på at det leveres god tjenesteyting i Vega. Det vises her til arbeidet med "Kvalitetsforskrifta", der Eldrerådet hadde blitt utfordret fra sentralt hold om å kartlegge situasjonen i egen kommune. Her tok rådet kontakt med leder institusjon og fikk en gjennomgang av spørsmålene som ble stilt. Det kom her frem at i Vega kommune er det aller meste på plass, noe som også ble bekreftet fra sentralt hold.

7.3 Vurdering

Bruker- og pårørende forening (BPF)

Bruker- og pårørende forening er etter revisors mening en god kanal for institusjon/hjemmetjeneste til både å ta i mot og formidle samarbeid. Vi anbefaler derfor at kommunen fortsetter den gode dialogen med møter og brukerforum gjennom BPF.

Foreningen synes å ha en god dialog med kommunen gjennom deltakelse i driftsstyret. Det er positivt at BPF mener de blir hørt og at de har medbestemmelse i mange av sakene som blir drøftet.

Rådet for funksjonshemmede (RfF)

Slik revisor ser det kan det foreligge et grunnlag for at kommunen kan øke sin deltakelse rettet mot funksjonshemmede, og vil derfor oppfordre kommunen og RfF til å komme sammen for å finne løsninger som gjør at intensjonene i rådets mandat oppfylles på en bedre måte enn i dag

Eldrerådet

Revisjonen mener det er tilfredsstillende at Eldrerådet blir vist respekt i form av deltakelse på møter både fra politikere og administrasjonen. Vi mener dog at saksdokumenter til kommunens møter bør sendes ut i tilstrekkelig tid til Eldrerådet i saker der disse involveres.

8 Konklusjon

Revisors hovedinntrykk er at Vega kommune i dag har svært mye inntakt i forhold til brukermedvirkning innenfor pleie- og omsorgssektoren. Gode rutiner og god praksis danner grunnlaget for utøvelsen av medbestemmelse. Det eksisterer likevel rom for utvikling og forbedringer av dette tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren.

I rapporten vises det til arbeid som allerede er igangsatt i kommunen for å legge forholdene enda bedre til rette for brukermedvirkning. Dette er arbeid som bør følges opp. Anbefalingene under går på områder hvor det ikke er igangsatt arbeid i kommunen.

8.1 Anbefalinger

- Revisjonen anbefaler at det tas en gjennomgang av dagens praksis for informasjonsveiledning og rutiner innenfor primær- og sekundærkontaktsystemet, og innarbeider dokumentet ”*Orientering om primærkontaktsystemet*” i en mer formell rutinebeskrivelse.
- Revisjonen anbefaler at kommunen utformer egne rutinebeskrivelser rettet mot deltakelse og medvirkning fra bruker eller pårørende i forbindelse med utarbeidelse av nye vedtak, og at oppfølging i forhold til regelverket på dette området også bør implementeres som en del av internkontrollsystemet. Dette gjelder både for institusjon og hjemmebasert omsorg.
- Kommunen bør ha som målsetting å få dagens permbaserte internkontroll innenfor pleie- og omsorg digitalt lagret og tilgjengelig på felles server.
- Revisor vil anbefale at kommunen opprettholder innsatsen for å ta i bruk de muligheter som ligger i systemet Gerica. Dette innbefatter videreutvikling av rutiner og opplæring.
- Kommunen bør øke sin deltakelse rettet mot funksjonshemmede, og vi vil derfor oppfordre til og sammen med RfF finne løsninger som gjør at intensjonene i rådets mandat oppfylles på en bedre måte enn i dag.

- Samarbeid med Bruker- og pårørendeforening og Eldrerådet er per i dag ikke forankret i det kommunale system gjennom retningslinjer eller mandat. Kommunen bør vurdere å legge til rette for et fremtidig samarbeid med disse i mer formell form.

9 Høring

Rapporten ble sendt til rådmannen i Vega kommune den 9.5.2011, og høringssvaret datert den 3.6.2011 er gjengitt i vedlegg 1 til rapporten. Høringssvaret har ikke ført til endringer i rapportens innhold.

Litteraturliste

Dokumenter fra Vega kommune

- Avtale om drift av sykehjemmene i Nordland. Avtale mellom Nordland fylkeskommune og Vega kommune
- Brosjyre. Informasjon til deg som trenger helse, pleie og omsorgstjenester. Vega kommune
- Delegasjonsreglement for Vega kommune. Vedtatt 12. juni 2008, K-sak 41/08
- Individuell plan. Mal
- Informasjon om hjemmehjelpsordningen i Vega kommune
- Kvalitetskartlegging – målt kvalitet, brukerundersøkelser og tjenesteprofil. Hjemmebasert omsorg. Vega. Kommunenettnettverk april 2006
- Kvalitetskartlegging – målt kvalitet, brukerundersøkelser og tjenesteprofil. Institusjonsbasert omsorg. Vega. Kommunenettnettverk april 2006
- Kvalitetssystem. Del 3 Internkontroll helse. Administrative rutiner. Prosedyre for enkeltvedtak. Utarbeidet i 1999, revidert juni 2010.
- Kvalitetssystem. Del 3 Internkontroll helse. Administrative rutiner. Prosedyre for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Utarbeidet i 1978, revidert 2001.
- Kvalitetssystem. Del 4. Avvik og anmerkninger. Prosedyre for avvikshandling. Utarbeidet i 1998, revidert juni 2005
- Kvalitetssystem. Del 4. Avvik og anmerkninger. Prosedyre ved avvik. Utarbeidet 23.10.2003
- Kvalitetssystem. Del 4. Avvik og anmerkninger. Prosedyre ved anmerkninger. Utarbeidet 23.10.2003
- Normering av legetjenester Vega syke- og aldersheim
- Oppdragsavtale mellom Vega kommune og mottaker av omsorgsgodtgjøring
- Organisasjonskart. Vega kommune
- Organisasjonskart. Vega syke- og aldersheim
- Orientering om primærkontaktsystemet
- Orientering til brukerne av institusjonsomsorg i Vega kommune
- Oversikt politisk og administrativ organisering, datert 20.5.2008
- Serviceerklæring. Vega alders- og sykeheim.
- Serviceerklæring. Hjemmetjenesten i Vega kommune
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om sykehjemsplass – Langtidsplass*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om sykehjemsplass – Korttidsplass*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om avlastningsplass*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om aldershjemsplass - Langtidsplass*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om aldershjemsplass - Korttidsplass*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om avlastning i hjemmet*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om hjemmehjelp*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen

- Skjema for *melding om vedtak. Søknad om hjemmesykepleie*. Vega kommune, pleie- og omsorgsseksjonen
- *Velkommen til Nordstua*. Informasjonsskriv
- Tjenester ved Vega syke- og alderheim, beskrivelse fra Vega kommune oppdatert den 2.8.2010.
- Vega omsorgssenter. Beskrivelse fra Vega kommune oppdatert den 2.8.2010
- Årsmelding 2009. Vega syke og aldersheim
- Årsmelding 2009: Hjemmetjenesten. Vega kommune

Lover

- Lov av 19.11.1982 om helsetjenesten i kommunen (kommunehelsetjenesteloven)
- Lov av 13.12.1991 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
- Lov av 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Forskrifter

- FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.
- FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- FOR 2010-11-12 nr 1426: Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Veiledere

- 11/2004 Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.
- Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan

Vedlegg 1: Høringssvar fra Vega kommune



Vega kommune
Rådmannen

Kom.Rev Trøndelag IKS
Postboks 453
8901 BRØNNØYSUND

Unntatt off.: OfI § 13, jfr Fvl § 13, 1. ledd

Att. Odd Lutnæs

Vår ref:
2010/3037-4

Arkivkode
216

Saksbehandler
Brit Skjevling, direkte tlf: 75 03 58 12

Dato
03.06.2011

Rapport til høring

Det vises til høringsutkast av forvaltningsrevisjonsrapport av 09.05.2011.

Rådmannen gir følgende høringsuttalelse til rapporten:

Rådmannen har merket seg konklusjonen som bl.a. sier at *"Vega kommune i dag har svært mye inntakt i forhold til brukermedvirkning innenfor pleie- og omsorgssektoren."* Gjennomgangen har således vist at det er god kvalitet på utøvelse av disse oppgavene. Rapporten belyser på en god og oversiktlig måte utnyttelsen av ressurser og rutiner innen området pleie og omsorg og brukermedvirkning.

Revisjonen gir i punkt 8.1 anbefalinger som kan legge forholdene enda bedre til rette for brukermedvirkning. Rådmannen vil følge opp disse anbefalingene som på sikt vil bidra til kvalitetsforbedringer. Rådmannen vurderer denne rapporten som et nyttig utgangspunkt for det videre arbeid.

For øvrig vises til kommentarer i brev av 24.05.2011 fra leder ved Vega syke- og aldersheim og hjemmetjenesten Elin Støylen.

Med hilsen

Brit Skjevling
Rådmann

Postadresse:
Rådhuset
8980 VEGA
E-post:
postkasse@vega.kommune.no

Besøksadresse:
Rådhuset
Internett:
www.vega.kommune.no

Telefon: 75 03 58 00
Telefaks: 75 03 51 01

Bankkto.: 4535.10.00086
Org.nr.: 941 017 975