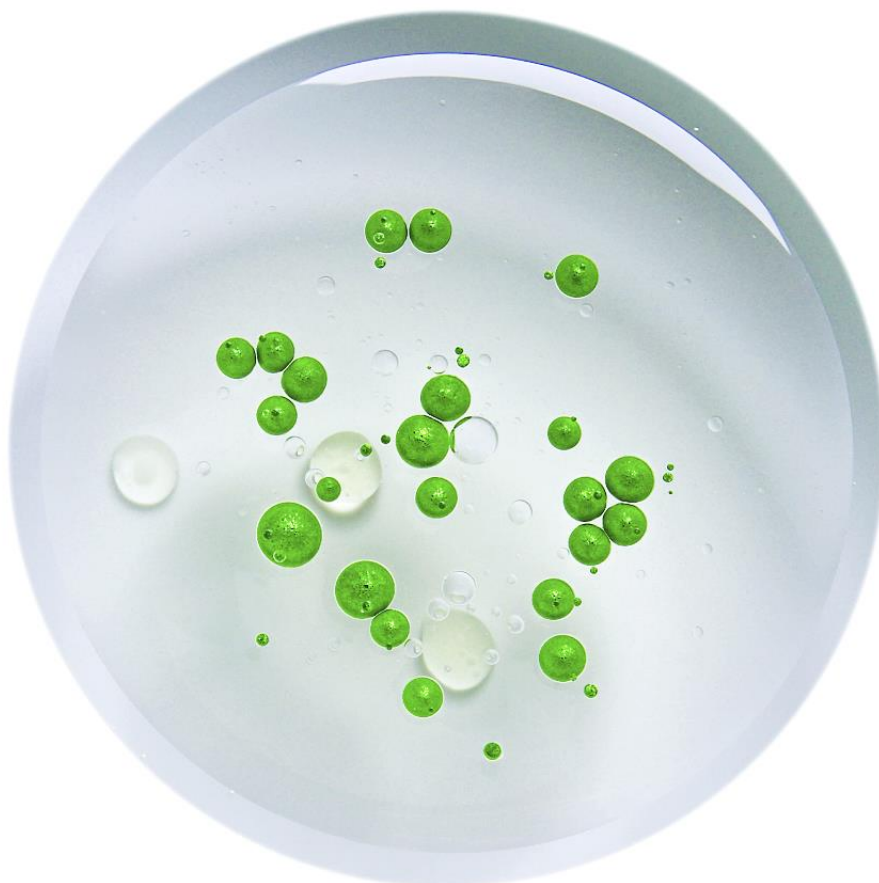




Forvaltningsrevisjon | Vaksdal kommune

Kvalitet innanfor helse og omsorg

August 2017

«Forvaltningsrevisjon av kvalitet
innanfor helse og omsorg»

August 2017

Rapporten er utarbeidd for Vaksdal
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen
tlf: 51 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Samandrag

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av kvalitet innanfor helse og omsorg i Vaksdal kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Vaksdal kommune i sak 33/2016, 13. oktober 2016.

Føremålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vore å undersøkje i kva grad brukarar og tilsette opplever at helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune har tilfredsstillande kvalitet. Vidare har det vore viktig å sjå nærare på i kva grad det er lagt til rette for at tilsette og brukarar og/eller pårørande kan bidra i utforming og utvikling av helse- og omsorgstenestene. Vi har også undersøkt i kva grad det blir gjort risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenestene, samt om det er etablert eit tilfredsstillande system for evaluering av internkontrollen.

I samband med forvaltningsrevisjonen har revisjonen gjennomgått relevant dokumentasjon frå kommunen. Det er gjennomført ei elektronisk spørjeundersøking blant dei tilsette i heime- og sjukeheimstenesta, samt ei papirbasert spørjeundersøking blant tenestemottakarar og næraste pårørande i heimetenesta og sjukeheimstenesta. Svarprosenten for dei tilsette er på 37 prosent, og revisjonen har mottatt 52 svar frå pårørande og 29 svar frå tenestemottakarar. Det er dermed relativt få personar som har svart på spørjeundersøkingane, og svara må difor tolkast med varsamheit. Revisjonen har også gjennomført intervju med leiarar og representantar for dei tilsette i helse- og omsorgstenesta.

Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert ein del system og rutinar som skal sikre brukarmedverknad på både individ- og systemnivå i helse- og omsorgstenestene. Undersøkinga viser også at det er etablert ein del system og rutinar som skal sikre dei tilsette medverknad både i kvalitetsarbeidet i tenestene og i saker som vedkjem arbeidsforholda. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, ser det ut til at kommunen har stor merksemd retta mot å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.

Samtidig meiner revisjonen at undersøkinga viser at dei etablerte systema og rutinane i praksis ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar brukarmedverknad verken på individ- eller systemnivå, eller at det i tilstrekkeleg grad er lagt til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene og kome med innspel til forbetring. Dei tilsette er heller ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjent med kommunen sine varslingsrutinar.

Undersøkinga viser samtidig at tenestemottakarar og pårørande alt i alt er ganske godt nøgde med helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune. I all hovudsak meiner dei at tenestemottakarane har vedtak om og får tildelt dei tenestene dei har behov for. Undersøkinga viser vidare at dei tilsette, i større grad enn tenestemottakarar og pårørande, peiker på utfordringar knytt til det å sikre at tenestemottakarar får dei tenestene dei har vedtak om og til rett tid. Undersøkinga viser også at både tilsette, tenestemottakarar og pårørande opplever at mange av dei grunnleggjande behova til mottakarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune blir godt ivareteke. Samtidig blir det – særleg frå tilsette i helse- og omsorgstenestene – peikt på utfordringar med å ivareta nokre av dei grunnleggjande behova hos tenestemottakarar. Revisjonen meiner dette indikerer at det er behov for å gjennomgå tilhøva nærare, og vurdere kva tiltak som kan setjast i verk for å få på plass system som i større grad sikrar at grunnleggjande behov blir ivareteke i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene.

Revisjonen vil, sett i lys av dei forhold som er nemnd over, presisere viktigheita av at det blir gjennomført risikovurderingar, og slik identifisert aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk. Det er også viktig at arbeidet med risikovurderingar blir gjort som ein kontinuerleg prosess, og blir systematisert og dokumentert i større grad enn i dag. Også oppfølging av slike risikovurderingar, i form av tiltak med definerte fristar og ansvarlege, bør systematiserast og dokumenterast i større grad. I samband

med kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstenesta er det også heilt sentralt å sikre at det er ein god kultur for å melde frå om uønskte hendingar, slik at kommunen både kan avdekke og førebygge avvik. Undersøkinga viser at det i delar av helse- og omsorgstenesta ikkje er praksis for å melde avvik når desse oppstår. Revisjonen meiner dette er eit tema det er behov for å rette betydeleg merksemd mot framover. I den samanheng vil revisjonen også peike på viktigheita av å sikre at medarbeidarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetningsarbeid, jf. Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrift om kvalitet og forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vaksdal kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Evaluerer og vidareutviklar sine system for å sikre brukarmedverknad på individnivå, og som del av ei slik evaluering hentar inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden.
2. Sikrar at tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar med tenestene systematisk bli innhenta og nytta i det kontinuerlege arbeidet med kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenestene.
3. Gjennomgår og evaluerer system og rutinar for å sikre tilsette sin medverknad, mellom anna for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel blir nytta i kvalitetsarbeidet.
4. Sikrar at tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskte hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet.
5. Gjennomfører ei kartlegging av medarbeidarane sin kompetanse i forbetningsarbeid, og vurderer kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.
6. Sikrar at det både gjennom medarbeidarsamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, og eventuelle behov for rettleiing og opplæring.
7. Sikrar at kommunen si varslingsrutine blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette.
8. Sikrar at det i større grad blir gjennomført systematiske og dokumenterte risikovurderingar, for å identifisere aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk.
9. Vurderer å etablere rutinar for gjennomføring av eigenkontrollar, til dømes innanfor område der kommunen vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.

Innhald

Samandrag	3
1. Innleiing	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Føremål og problemstillingar	7
1.3 Avgrensing	8
1.4 Metode	8
1.5 Revisjonskriterium	10
2. Om tenesteområdet	11
2.1 Overordna organisering	11
2.2 Sjukeheimstenesta	11
2.3 Heimetenesta	12
3. System for å sikre medverknad	13
3.1 Problemstilling	13
3.2 Revisjonskriterium	13
3.3 Brukar- og pårørandemedverknad på individnivå	14
3.4 Brukar- og pårørandemedverknad på systemnivå	16
3.5 System for å sikre medverknad frå tilsette	19
3.6 Tilrettelegging for varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen	22
4. Tenestetilbodet	25
4.1 Problemstilling	25
4.2 Revisjonskriterium	25
4.3 Opplevd samsvar mellom behov og tildelte tenester	26
4.4 Opplevd samsvar mellom tildelte tenester og leverte tenester	28
4.5 Opplevd brukar- og pårørandemedverknad i utforminga av tenestetilbodet	31
4.6 Ivaretaking av grunnleggjande behov	33
4.7 Tilsette si oppleving av om dei får tilstrekkeleg opplæring og oppfølging frå leiinga	41
4.8 Tilsette si oppleving av moglegheit til medverknad i kvalitetsarbeid	45
4.9 Tilsette si oppfatning av om avvikssystemet er velfungerande	47
5. Analyser av område med risiko for svikt eller manglar	50
5.1 Problemstilling	50
5.2 Revisjonskriterium	50
5.3 Datagrunnlag	51
5.4 Vurdering	53
6. Oppfølging av internkontrollen	54
6.1 Problemstilling	54

6.2	Revisjonskriterium	54
6.3	Datagrunnlag	55
6.4	Vurdering	56
7.	Konklusjon og tilrådingar	58
	Vedlegg 1: Høyringsuttale	60
	Vedlegg 2: Revisjonskriterium	61
	Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur	68

Figurar

FIGUR 1: ORGANISASJONSKART VAKSDAL KOMMUNE.	11
FIGUR 2: KJENNSKAP TIL VARSLINGSRETTE 23	23
FIGUR 3: FRAMGANGSMÅTE VED VARSLING OM KRIKKVERDIGE FORHOLD 23	23
FIGUR 4: OPPEVD SAMSVAR MELLOM BEHOV OG VEDTAK OM TENESTER, SAMLA. 27	27
FIGUR 5: OPPEVD SAMSVAR MELLOM BEHOV OG VEDTAK OM TENESTER, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA 27	27
FIGUR 6: TENESTELEVERING I SAMSVAR MED VEDTAK, TENESTEMOTTAKAR OG PÅRØRANDE..... 28	28
FIGUR 7: TENESTELEVERING I SAMSVAR MED VEDTAK, TILSETTE..... 29	29
FIGUR 8 TENESTER LEVERT TIL RETT TID, TILSETTE..... 30	30
FIGUR 9: MEDVERKNAD I UTFORMING AV TENESTETILBOD, TENESTEMOTTAKARAR, SAMLA. 31	31
FIGUR 10: MEDVERKNAD I UTFORMING AV TENESTETILBOD, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 32	32
FIGUR 11: MEDVERKNAD I UTFORMING AV TENESTETILBOD, PÅRØRANDE, SAMLA..... 33	33
FIGUR 12: GRUNNLEGGJANDE BEHOV 1, TILSETTE SAMLA. 34	34
FIGUR 13: GRUNNLEGGJANDE BEHOV 2, TILSETTE SAMLA. 35	35
FIGUR 14: GRUNNLEGGJANDE BEHOV 3, TILSETTE SAMLA 37	37
FIGUR 15: TILFREDSHEIT MED HELSE- OG OMSORGSTENESTA, SAMLA. 38	38
FIGUR 16: TILFREDSHEIT MED HELSE- OG OMSORGSTENESTA, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA..... 39	39
FIGUR 17: TILFREDSSTILLANDE HELSE- OG OMSORGSTILBOD, TILSETTE, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 39	39
FIGUR 18: OPPLÆRING AV TILSETTE, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 42	42
FIGUR 19: OPPFØLGING FRÅ LEINGA, TENESTEUTFØRING, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 43	43
FIGUR 20: OPPFØLGING FRÅ LEINGA, ARBEIDSOPPGÅVER, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 44	44
FIGUR 21: TILRETTELEGGING FOR AT TILSETTE KAN MELDE FRÅ OM SINE ERFARINGAR, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 45	45
FIGUR 22: TILRETTELEGGING FOR AT TILSETTE KAN GI INNSPEL TIL KORLEIS TENESTA KAN BLI BETRE, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA..... 46	46
FIGUR 23: AVVIKSSYSTEM, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA. 47	47
FIGUR 24: KOR OFTE TILSETTE MELDER AVVIK, HEIMETENESTA OG SJUKEHEIMSTENESTA. 48	48
FIGUR 25: OPPFØLGING AV AVVIK, SJUKEHEIMSTENESTA OG HEIMETENESTA..... 49	49

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av kvalitet innanfor helse og omsorg i Vaksdal kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Vaksdal kommune i sak 33/2016, 13. oktober 2016.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vore å undersøkje i kva grad brukarar og tilsette opplever at helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune har tilfredsstillande kvalitet. Vidare har det vore viktig å sjå nærare på i kva grad det er lagt til rette for at tilsette og brukarar og/eller pårørande kan bidra i utforming og utvikling av helse- og omsorgstenestene. Vi har også undersøkt i kva grad det blir gjort risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenestene, samt om det er etablert eit tilfredsstillande system for evaluering av internkontrollen.

Med bakgrunn i føremålet med prosjektet er det formulert følgjande problemstillingar:

1) I kva grad har kommunen etablert system og rutinar for å sikre brukarmedverking og tilsette si medverking i arbeidet med kontinuerlig betring av helse- og omsorgstenestene?

- a. I kva grad er det lagt til rette for at brukarar av tenestene, og pårørande, kan medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet?
- b. I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?
- c. I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
- d. I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?
- e. I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
- f. I kva grad er det lagt til rette for at tilsette kan varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (jf. arbeidstakar sin rett etter arbeidsmiljølova til å varsle), og i kva grad er tilsette kjent med varslingsretten og korleis ein skal gå fram for å varsle?

2) I kva grad meiner brukarar/pårørande og tilsette i helse- og omsorgstenestene at brukarar av tenestene får eit tilfredsstillande tilbod?

- a. I kva grad opplever brukarar/pårørande at brukarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune får tildelt dei tenestene dei har behov for?
- b. I kva grad opplever brukarar/pårørande og tilsette at helse- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt?
- c. I kva grad blir brukarane sine grunnleggande behov ivaretatt i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene?
- d. Opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?

- e. I kva grad opplever tilsette at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?
- f. I kva grad opplever brukarar og pårørande, og deira representantar, at dei får medverke i utforming av tenestetilbodet?
- g. I kva grad opplever tilsette at det er lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene?
- h. I kva grad opplever tilsette at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik i tenesteutøvinga?

3) I kva grad blir det gjennomført analyser for å skaffe oversikt over område der det er fare for svikt eller mangel på oppfylling av krav til tenestene?

- a. I kva grad blir det gjort analysar av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?
- b. I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutøving, personalmessige forhold, lokale mv.?
- c. I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?
- d. I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreduserande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskte risikoar?

4) I kva grad følgjer leiinga innanfor helse- og omsorgstenestene opp korleis internkontrollen fungerer i verksemdene?

- a. I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgjevinga?
- b. I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga?
- c. I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?

1.3 Avgrensing

Forvaltningsrevisjonen omfattar heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet november 2016 til juni 2017.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar er gjennomgått og brukt som revisjonskriterium. Vidare er informasjon om kommunen, kommunale retningslinjer og rutinar, samt dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk m.m. samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon er vurdert opp mot revisjonskriteria.

1.4.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med utvalde personar som har ansvar for og arbeider innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunen. Vi har intervjuar både leiarar og representantar for tilsette. Herunder rådmann, kommunalsjef, einingsleiarar og tillitsvalde og verneombod innanfor både heimetenesta og sjukeheimstenesta. Til saman har vi intervjuar elleve personar, og sju av desse personane er representantar for dei tilsette ved at dei er anten verneombod eller tillitsvald. Nokre av intervjuar er gjennomført som gruppeintervju (to eller tre personar saman). I desse tilfella har dei intervjuar blitt opplyst om at dei kan kontakte revisjonen dersom dei i etterkant ønskjer å formidle ytterlegare informasjon individuelt.

1.4.3 Spørjeundersøkingar

Spørjeundersøking til tilsette

Revisjonen har gjennomført ei elektronisk spørjeundersøking til alle fast tilsette innanfor heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune. Undersøkinga blei distribuert via e-post, og blei gjennomført anonymt. Revisjonen kan dermed ikkje kople svara til enkeltpersonar/e-postadresser. I spørjeundersøkinga var det særleg fokus på tilsette sine erfaringar når det gjeld bruken av innspel og erfaringar frå tilsette i utvikling av tenestene, samt tilsette sine oppfatningar om kvalitet og brukartilpassing i tenestene.

Spørjeundersøkinga blei til saman sendt til 133 tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta i Vaksdal kommune. 49 tilsette svarte på undersøkinga, noko som utgjer ein svarprosent på 37 prosent. Undersøkinga har med andre ord relativt høgt fråfall.¹ I tillegg er det ei overvekt av tilsette i sjukeheimstenesta som har svart på undersøkinga.² Spørjeundersøkinga blei sendt til respondentane 24. januar 2017. Fristen for å svare blei opphavleg sett til 7. februar, men blei utsett to gonger for å gi fleire høve til å svare, siste gong til 21. februar. Det blei også sendt ut påminningar på e-post fire gonger, for å oppmode fleire om å svare. I tillegg hadde revisjonen kontakt med leiinga innanfor helse og omsorg i kommunen, i forbindelse med at vi såg at det var få tilsette som svarte på undersøkinga. Frå leiinga blei det opplyst at tilsette var blitt oppmoda om å svare på undersøkinga, både på møte, under lunsj/rapport og via e-post.

Sidan svarprosenten er låg, må resultata tolkast med varsamheit. Det vil alltid kunne vere ein risiko for at fråfallet er systematisk, altså at dei som har vald å svare på undersøkinga systematisk svarer annleis enn dei som ikkje har svart ville ha gjort. I ei drøfting av fråfall i ein rapport frå Norsk samfunnsviteskapelig datatjeneste (NSD)³ blir det mellom anna vist til at det ved fråfall i ei spørjeundersøking kan vere risiko for at personar som er sterkt involvert i temaet for undersøkinga blir overrepresenterte.

Risikoen for at systematisk fråfall kan påverke resultata, er særleg stor når svarprosenten i undersøkinga er låg, slik som i dette tilfellet. Dette inneber at resultata i undersøkinga ikkje er eigna for statistisk generalisering. Basert på undersøkinga kan vi med andre ord ikkje seie noko om kva tilsette i sjukeheimstenesta og heimetenesta i Vaksdal kommune generelt meiner. Undersøkinga seier berre noko om erfaringane og meningane til dei som har vald å svare på ho. Sjølv om resultata ikkje er eigna for statistisk generalisering, gir dei viktig informasjon i samband med forvaltningsrevisjonen. Vidare vurderer vi det som viktig i seg sjølv at tilsette er gitt moglegheit til å uttrykke si mening om både medverking og kvalitet i tenestetilbodet.

Spørjeundersøking til tenestemottakarar og pårørande

For å få informasjon om tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar om moglegheit til medverking i utforming av og utøving av helse- og omsorgstenester, samt kvaliteten på tenestene, har vi også gjennomført ei papirbasert spørjeundersøking som blei distribuert til tenestemottakarar og næraste pårørande i heimetenesta og sjukeheimstenesta i kommunen.

Sidan revisjonen ikkje har tilgang til kontakthinformatjon til brukarar og pårørande, fekk vi bistand frå kommunen til distribusjon av spørjeundersøkingane. Undersøkinga til pårørande til tenestemottakarar i sjukeheimstenesta blei sendt til respondentane per post, saman med invitasjon til pårørandemøte frå kommunen. Tenestemottakarar i sjukeheimstenesta, som blei vurdert å kunne svare på denne typen undersøking, fekk utdelt spørjeskjemaet via tilsette i tenesta.

Også tenestemottakarar i heimetenesta (avgrensa til alle som hadde vedtak om heimesjukepleie på tidspunkt for utdeling av spørjeundersøkinga) fekk utdelt spørjeskjemaet via tilsette i tenesta i samband med at dei var heime hos tenestemottakaren. Av etiske omsyn var det viktig at tenestemottakarane sjølv kunne vere med og avgjere om deira næraste pårørande skulle bli invitert til å svare på spørjeundersøkinga til pårørande. Difor

¹ «Fråfall» er i Universitetet i Bergen sitt metodeleksikon definert som «Forskjellen mellom antall enheter som skulle ha vært med i en undersøkelse, og de som faktisk blir med.» <http://www.ub.uib.no/fag/sv-fag/fellesfag/metlex.htm#F>

² I spørjeundersøkinga har 19 tilsette svart at dei arbeider i eining for heimetenester, medan 31 tilsette har svart at dei arbeider i eining for sjukeheimstenester. Ein person har med andre ord opplyst at vedkomande arbeider i begge einingar.

³ Mortensen, Anne Katrine: *Undersøkelse om religion 2008*. Undersøking koordinert og tilrettelagt av Norsk samfunnsviteskapelig datatjeneste AS. Rapport nr. 126. Februar 2010. http://www.nsd.uib.no/om/rapport/nsd_rapport126.pdf.

var det tenestemottakarane i heimetenesta som fekk også dette spørjeskjemaet, med oppmoding om å formidle vidare til sin næraste pårørnde.

Alle spørjeskjema blei utdelt i lukka konvolutt, med eit vedlagt informasjonsskriv, samt med ferdigfrankert og adressert svarkonvolutt som kunne nyttast til å returnere utfylt spørjeskjema direkte til revisjonen.

I dialog med kommunen blei det avklart kor mange tenestemottakarar og næraste pårørnde innanfor både heimetenesta og sjukeheimstenesta som var aktuelle mottakarar av spørjeskjemaet. Oppsummert fekk kommunen tilsendt spørjeskjema for vidare distribusjon til⁴:

- Om lag ti tenestemottakarar i sjukeheimstenesta
- Om lag 50 næraste pårørnde til tenestemottakarar i sjukeheimstenesta
- Om lag 150 tenestemottakarar i heimetenesta
- Om lag 150 næraste pårørnde til tenestemottakarar i heimetenesta

Når det gjeld næraste pårørnde til tenestemottakarar i heimetenesta, er det usikkert kor mange som faktisk har motteke spørjeskjemaet, sidan det var opp til den einskilde tenestemottakar om vedkomande ønskte å vidareformidle spørjeskjemaet til sin næraste pårørnde.

Revisjonen fekk tilbakemelding frå kommunen om at dei aller fleste hadde fått utdelt/tilsendt spørjeskjemaet innan 1. februar 2017. Det gjenstod då nokre få tenestemottakarar/pårørnde i heimetenesta, som fekk spørjeskjemaet i byrjinga av februar.

Ferdig utfylte spørjeskjema som revisjonen fekk i retur blei fortløpande puncha i excel for tilrettelegging for analyse. I slutten av mars begynte revisjonen analysen av resultata, og det blei difor avgjort at eventuelle ytterlegare spørjeskjema motteke av revisjonen etter utløpet av mars ikkje kunne inkluderast i analysen.⁵

Det er totalt 81 spørjeskjema frå tenestemottakarar og pårørnde som er inkludert i analysane. Av desse 81 er det 52 svar frå pårørnde og 29 svar frå tenestemottakar. Blant respondentane i sjukeheimstenesta er det ei stor overvekt av pårørnde, medan det er om lag like mange tenestemottakarar og pårørnde blant respondentane i heimetenesta.

1.4.4 Verifiseringsprosessar

Referat frå intervju er sendt til intervjuobjekta for verifisering. Det er informasjon frå verifiserte intervjureferat som er nytta i rapporten. Utkast til rapport er sendt til rådmannen for verifisering og høyring. Rådmannen blei bede om å verifisere datagrunnlaget i rapporten, samt kome med ei uttale til revisjonen sine vurderingar og anbefalingar. Utdjupande opplysningar som blei gitt i samband med verifiseringa er tatt inn i rapporten, og rådmannen sin høyringsuttale er vedlagt rapporten.

1.5 Revisjonskriterium

Revisjonskriteria er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er uteia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå helse- og omsorgstenestelova, samt forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 i rapporten.

⁴ Revisjonen fekk opplyst at nøyaktig tal tenestemottakarar både i sjukeheimstenesta og heimetenesta varierer ein del, difor er det ikkje oppgitt nøyaktige tal.

⁵ Dette blei avgjort av omsyn til frist for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen, samt tidsrammene i prosjektet som innebar at analysane ikkje kunne gjerast om igjen dersom det skulle kome inn fleire utfylte spørjeskjema etter at analysane var gjennomført. Det blei i denne samanheng vurdert at det var gitt tilstrekkeleg med tid til å svare på spørjeskjemaet, sidan så godt som alle aktuelle respondentar hadde motteke spørjeskjemaet innan 1. februar. Det kom inn nokre få svar på spørjeundersøkinga etter at analysane blei gjort, som dermed ikkje blei inkludert i analysane.

2. Om tenesteområdet

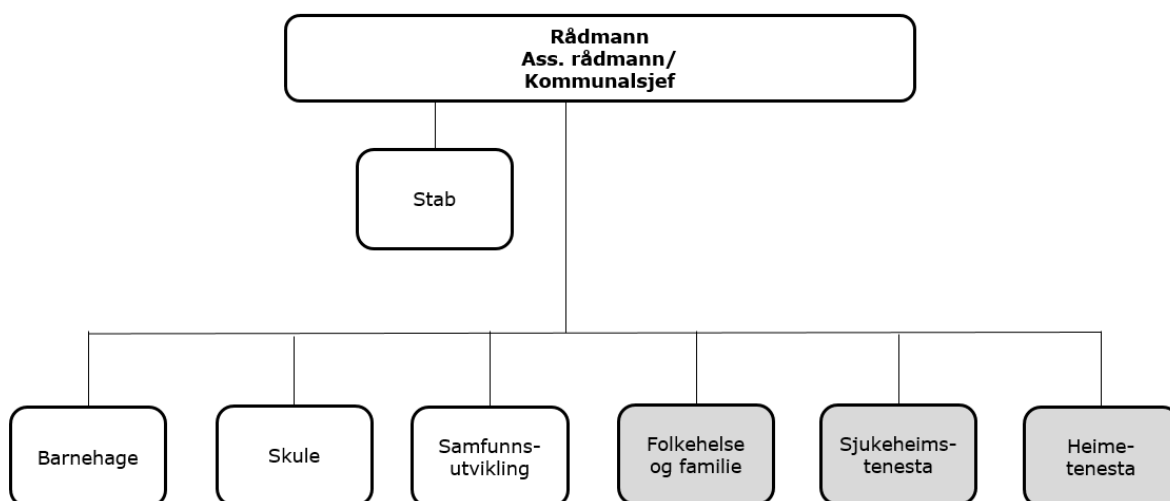
2.1 Overordna organisering

Vaksdal kommune er organisert som ein to-nivåmodell, med eit strategisk leiarnivå inklusiv stab, og eit operativt nivå. Strategisk nivå er rådmann, assisterende rådmann og to kommunalsjefar. Under dette kommunalsjef helse og omsorg.

Operativt nivå har seks resultateiningar samla under tre tenesteområde: helse og omsorg, oppvekst og samfunnsutvikling. Tenesteområdet helse og omsorg leverer tenester til kommunen sine innbyggjarar innanfor eit breidt spekter av tenester som spenner frå folkehelsearbeid til dagleg helse- og omsorgshjelp. Tenesteområdet omfattar tre einingar, som er organisert direkte under rådmannen. Desse er eining for folkehelse og familie, sjukeheimstenesta og heimetenesta. Desse er merka med grått i organisasjonskartet nedanfor.

Einingane er leia av einingsleiar, som rapporterer direkte til rådmannen. I faglege spørsmål rapporterer einingsleiarar til kommunalsjef som del av strategisk nivå.

Figur 1: Organisasjonskart Vaksdal kommune.



Denne forvaltningsrevisjonen har fokus på einingane sjukeheimstenesta og heimetenesta, og vil ikkje ta føre seg eining for folkehelse og familie.

2.2 Sjukeheimstenesta

Sjukeheimstenesta i Vaksdal er organisert i to einingar, Daletunet omsorgssenter og Vaksdal sjukeheim. Daletunet omsorgssenter tilbyr korttidsopphald for dei som har trong for overgangspleie etter sjukehusopphald, trening/opptrening, akutt pleie og tilsyn, vidareføring av medisinsk behandling, pleie ved livets slutt, avlastningsopphald eller å få kartlagt trongen for pleie- og omsorgstenester. Daletunet tilbyr også langtidsopphald for tenestemottakarar med vedtak om dette etter helse- og omsorgstenestelova, samt tilbod om dagplass for dei som har trong for det av sosiale eller helsemessige grunnar. Vaksdal sjukeheim har tilbod om langtidsopphald for tenestemottakarar med vedtak om dette.

Sjukeheimstenesta gjekk hausten 2016 gjennom ei omorganisering der talet sjukeheimsplassar i kommunen blei redusert. Reduksjonen i sjukeheimsplassar blir opplyst å vere ein del av eit større skifte i helse- og omsorgstenesta. Kommunen har tidlegare hatt mange sjukeheimsplassar, og det har vore ønske om ei dreining

mot meir heimetenester. Vaksdal kommune blir opplyst å ha gått frå å ha over 70 sjukeheims plassar i 2009 til eit budsjettert tal plassar på 48 i dag.

2.3 Heimetenesta

Heimetenesta i Vaksdal kommune tilbyr helsehjelp og bistand til heimebuande i alle aldersgrupper og med diagnosar innanfor somatikk, psykisk helse og rus. Heimetenesta er organisert med eit forvaltningskontor under einingsleiar som fattar vedtak om tildeling av tenester. Vidare er det to avdelingar under einingsleiar: Heimesjukepleie og praktisk bistand/opplæring, samt Elvevegen bufellesskap som har ei avlastingseining og ei bueining for funksjonshemma.

I 2012 blei det gjennomført ei omorganisering av heimetenesta i Vaksdal. På bakgrunn av at heimetenesta hadde små turnusgrupper med lite samarbeid på tvers, samt at tenesta var sårbar ved fråvær og endringar i brukarane sine behov, blei det bestemt at heimetenesta skulle organiserast i større einingar. Tenesta gjekk frå å vere organisert i fleire soner, til å få ei sentralisering av tenestene til Dale. Tenestene blei delt opp i tre driftsretta tenester; tenester for funksjonshemma (Elvevegen), heimesjukepleie og praktisk bistand. Heimesjukepleie og praktisk bistand har base på Dale.

3. System for å sikre medverknad

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad har kommunen etablert system og rutinar for å sikre brukarmedverknad og tilsette sin medverknad i arbeidet med kontinuerleg betring av helse- og omsorgstenestene?

Under dette:

- I kva grad er det lagt til rette for at brukarar av tenestene, og pårørande, kan medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?
- I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?
- I kva grad er det lagt til rette for at tilsette kan varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen (jf. arbeidstakar sin rett etter arbeidsmiljølova til å varsle), og i kva grad er tilsette kjent med varslingsretten og korleis ein skal gå fram for å varsle?

3.2 Revisjonskriterium

Medverknad frå brukarar/pårørande og tilsette

Det går fram av pasient- og brukarrettighetslova § 3-1 at pasient og brukar av helse- og omsorgstenesta har rett til medverknad ved tenesteutføring. Medverknaden skal tilpassast den enkelte si evne til å gi og motta informasjon. Det går vidare fram at tenestetilbodet skal «så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. (...) Dersom pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens næmeste pårørande rett til å medvirke sammen med pasienten.»

Av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene går også viktigheita av medverking i eiga sak fram. Av § 3 går det fram at kommunen skal ha system som søker å sikre at «brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørande/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.»

Helse og omsorgstenestelova omtalar i tillegg medverknad og samarbeid på systemnivå, gjennom § 3-10 som omhandlar pasientar og brukarar sin innverknad og samarbeid med frivillige organisasjonar:

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.

Det går fram av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene at helse- og omsorgstenesta har plikt til å «d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes», og «e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.» Det går i tillegg fram at helse- og omsorgstenesta er pliktig å gjere ei vurdering av verksemda basert på pasientar, brukarar og pårørende sine erfaringar (§ 8 bokstav d).

Av forskrifta § 7 bokstav d går det fram at den som har overordna ansvar for verksemda må «sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.»

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 4-2 har også ein kvar som yt helse- og omsorgstenester etter lova eit ansvar for å «sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

Tilsette sin rett til medverknad og informasjon

Arbeidstakar har ifølgje arbeidsmiljølova § 2-3 plikt til å medverke i verksemda sitt systematiske arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT). Vidare har arbeidsgjevar ifølgje arbeidsmiljølova § 3-1 plikt til å sørge for at det blir arbeidd systematisk med HMT i verksemda, og at dette blir gjort i samarbeid med arbeidstakarane og deira tillitsvalde. Dette omfattar til dømes fastsetting av mål, risikovurderingar og tilhøyrande vurderingar og tiltak for å redusere risiko, førebygging av sjukefråvær mv.

Av forskrift om organisering, leiing og medverknad § 2-1 går det fram at «Planlegging og vurdering av arbeidsmiljøet og gjennomføring av nødvendige og forebyggende tiltak skal skje i samarbeid med arbeidstakerne, verneombud og tillitsvalgte.»

Det går fram av arbeidsmiljølova § 8-1 at «[i] virksomhet som jevnlig sysselsetter minst 50 arbeidstakere skal arbeidsgiver informere om og drøfte spørsmål av betydning for arbeidstakernes arbeidsforhold med arbeidstakernes tillitsvalgte.»

Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen

Arbeidsmiljøloven §§ 2-4, 2-5 og 3-6 regulerer arbeidstakar sin rett til å varsle.

Føreseigna skal ifølgje arbeidstilsynet bidra til å styrke den reelle ytringsfriheten i eit tilsettingsforhold.

Arbeidsmiljøloven sine varslingsreglar omfattar tilfelle der arbeidstakar varslar om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som arbeidstakaren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet og som er eller kan vere i strid med:

- Lover og reglar.
- Verksemda sine retningslinjer.
- Alminnelig oppfatning av kva som er forsvarleg eller etisk akseptabelt.⁶

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

3.3 Brukar- og pårørandemedverknad på individnivå

3.3.1 Datagrunnlag

Rutinar for å sikre medverknad i utforming og endring av tenestetilbod i helse- og omsorgstenesta

Helse- og omsorgstenesta har eit styringsdokument som heiter «kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege».⁷ Av dette dokumentet går det fram at brukarmedverknad på individnivå som oftast handlar om trivielle avgjersler som blir gjort kvar dag, som til dømes kva pålegg tenestemottakaren vil ha på brødskena eller kva tid tenestemottakaren ønskjer å stå opp. Alle slike ønske blir journalført og implementert i den daglege pleia og omsorga. Det går fram av dokumentet at det skal gjennomførast oppfølgingssamtale med brukar (og eventuelt pårørende), og at ein på dette møtet skal journalføre kva type handsaming brukar ønskjer

⁶ <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257>

⁷ Vaksdal kommune – Kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege.

ved alvorleg sjukdom. I tillegg går det fram at matkort skal oppdaterast kontinuerleg etter brukar sitt ønskje, og at skildring i oppdragstekst i heimetenesta og innhald i omsorgsplan i sjukeheimstenesta skal oppdaterast og evaluerast etter innspel frå brukar.

Det går vidare fram av dokumentet at helse- og omsorgstenesta som del av arbeidet med å sikre reell brukarmedverknad, har definert tre fokusområde. Desse er:

- 1) Rett og tilstrekkeleg kompetanse blant personalet.
- 2) Medvit- og refleksjonsarbeid som til dømes KS sitt etikkprogram, etikk-adventskalender og debrifing i samband med ulukker og alvorlege hendingar.
- 3) Erfaring med tenestemottakar – at dei tilsette sikrar god kjennskap til den einskilde tenestemottakar, og god kunnskap kring tenestemottakar sine ønskjer og preferansar.

Det blir presisert i informasjon frå kommunen at det blir jobba med kompetanse og forståing for brukarmedverknad i personalgruppa. Som døme blir det vist til alt frå tema på avdelings- og personalmøte, internundervisning, satsing på helsepedagogisk kompetanse og tilnærming, samt nettverk for etikk med opplegg for etiske refleksjonar på avdelingane. Vidare blir det vist til at tenestene har ulike skjema, som til dømes skjema for inkomstsamtalar, for å sikre brukarmedverknad på individnivå.

Det blir også lagt vekt på at kommunen har starta ei satsing på kvardagsrehabilitering, og vist til at dette er ein metode som føresett sterk grad av brukarmedverknad eller –styring. Det blir opplyst at brukar sjølv bestemmer inntil fem mål han/ho vil jobbe for å nå, og at det blir laga ein rehabiliteringsplan med tiltak og ansvar for å nå måla. Brukar sjølv skal styre prosessen, og dette krev mykje eigeninnsats.

Medverknad på individnivå i sjukeheimstenesta

I intervju blir det vist til at sjukeheimstenesta gjennomfører inkomstsamtale både med tenestemottakar og pårørande (for langtidsbebuarar), og dette er ein arena for tenestemottakar og pårørande til å medverke til utforming av tenestetilbodet. Sjukeheimstenesta har ein mal for inkomstsamtale. Dette er eit skjema som skal fyllast ut saman med pasienten ved inkomst, og her skal mellom anna spesielle ønskjer frå pasient noterast ned i skjemaet. Det føreligg også sjekklister for nye pasientar, der det mellom anna skal kryssast av for at inkomstsamtale er gjennomført. Målsettinga med samtalen er å kartlegge kva forventningar tenestemottakaren har til opphaldet, og forberede vedkomande på korleis kvardagen blir framover. I etterkant av inkomstsamtalen blir det laga ein «pleieplan», som skal dokumentere tenestemottakaren sine ønskjer og behov. Desse planane blir oppdatert fortløpande ved behov, og det er faste intervall for når ein skal gå gjennom planane gjennom årskontrollen (ein gong i året). Det blir informert om at det ikkje er etablert ein fast samtale med pårørande i samband med årskontrollen, men at sjukeheimstenesta våren 2017 har utarbeidd ein rutine for å få ein fast pårørandesamtale ein gong i året. Planen er at dette skal vere ein fast arena der sjukeheimstenesta kallar inn til møte og gir pårørande moglegheit til å uttale seg. Denne rutinen gjeld for personar med langtidsplass.

Det blir også opplyst i intervju at tenestemottakarar i sjukeheimstenesta får ein primærkontaktperson og ein sekundærkontaktperson som skal vere tilgjengeleg for å ta i mot innspel frå tenestemottakar. Dette skal bidra til å leggje til rette for at tenestemottakarar og pårørande kan melde frå om ulike behov og ønskjer knytt til tenestetilbodet. Av dokument «kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege» går det fram at primærkontaktsystemet bidrar til å ivareta kjennskapen til tenestemottakaren sine ønskjer og behov. Ein primærkontakt har ansvar for «alt» utanom det daglege, det vil seie til dømes omsorgsplanar/pleieplanar, innkjøp av klede og kontakt med pårørande kring større tema.

Det blir vektlagt i intervju at sjukeheimstenesta jobbar med å ha kontinuerleg fokus på brukarmedverknad i personalet. Det blir informert om at kompetanseheving knytt til brukarmedverknad har vore eit fokusområde i sjukeheimstenesta, og det er gjennomført opplæring på dette temaet. Denne opplæringa inneber mellom anna at dei tilsette gjennom eit opplæringsprogram blir skolert i etisk refleksjon knytt til pasienthandsaming, og ein jobbar med korleis ein best kan leggje til rette for at pasienten sjølv kan bestemme når dei vil stå opp, leggje seg, spise osv. Slike ønskjer blir journalført og implementert i den daglege pleia og omsorga. Mykje av kvalitetsarbeidet i sjukeheimstenesta dreier seg for tida om brukarmedverknad, blir det opplyst.

Medverknad på individnivå i heimetenesta

I intervju blir det opplyst om at når heimetenesta får nye tenestemottakarar blir det gjennomført eit heimebesøk hos vedkomande. Desse besøka har som målsetting å avklare kva utfordringar tenestemottakaren har, men ein har også fokus på tenestemottakaren sine ressursar. Det blir utarbeidd

personlege prosedyrar for kvar tenestemottakar i heimetenesta. Desse fungerer som ei «oppskrift» (kan til dømes innehalde sårprosedyre eller liknande).

Det blir vist til at det er merksemd rundt viktigheita av å vise respekt for tenestemottakar, samt sikre at tenestemottakar får nytte dei ressursane vedkomande har, og får medverke når det gjeld eige tenestetilbod. Dette fokuset går også fram av presentasjonar frå fleire personalsamlingar og interne opplæringsaktivitetar dei seinare åra.

I intervju blir det opplyst at heimetenesta oppfordrar tenestemottakarar som ikkje er nøgd med tenestene dei får, om å sende inn klage. Dette gjeld både dersom tenestemottakarar meiner dei burde hatt andre tenester, eller dersom dei opplever at tildelte tenester ikkje blir utført på godt nok vis. Forvaltningskontoret kan bistå tenestemottakarar i å skrive klage. Det kan førekome at tenestetilbodet blir endra basert på klager, og det blir vist til eit nyleg døme på dette. Det blir samtidig informert om at heimetenesta sjeldan får formelle, skriftlege klager. Nokre meir uformelle «klager» blir til tider formidla direkte til tenesteytar eller per telefon til leiinga i tenesta. Desse dreier seg som oftast om korleis tenestene blir utført, og det blir opplyst at det er avdelingsleiar som følgjer opp slike klager. Det førekjem at det er behov for å rettleie personalet i samband med slike klager, eller gjere endringar i måten tenestene blir utført på.

Det blir opplyst i intervju at brukarmedverknad i heimetenesta kan vere utfordrande, sidan tenesta har så mange brukarar og det er ei teneste som er så individbasert. Det opplevast som utfordrande å få ut god informasjon til tenestemottakarane om endringar i systemet, om tenestemottakarane sine rettar (klagerett mv.) og liknande. Det blir sendt ut informasjonsbrev om brukar sine retter, men desse breva er prega av eit juridisk språk, og det kan vere vanskeleg for tenestemottakar å forstå. Heimetenesta arbeider med å skrive desse breva meir forståeleg, blir det opplyst.

3.3.2 Vurdering

Både i heimetenesta og sjukeheimstenesta er det etablert fleire system og rutinar som skal bidra til å sikre brukarmedverknad, og desse synast etter revisjonen si vurdering å vere godt eigna til å sikre at tenestemottakarar og eventuelt pårørande får moglegheit til å medverke ved utforming og endring av tenestetilbodet. Det er også positivt at kommunen er merksam på viktigheita av tilstrekkeleg kompetanse i dialogen med tenestemottakarar og pårørande, og at dette er sentralt for å ivareta tenestemottakar og pårørande sin rett til medverknad.

Samtidig vil revisjonen presisere viktigheita av at kommunen har kontinuerleg fokus på å evaluere og vidareutvikle sine system og rutinar for å sikre brukarmedverknad, og at det blir henta inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden. Det er viktig at slike tilbakemeldingar blir nytta aktivt i tenestene sitt arbeid med å vidareutvikle system og rutinar for brukarmedverknad. Sjå også avsnitt 4.5 i rapporten der tenestemottakarar og pårørande si oppleving av brukarmedverknad i tenestene blir presentert.

3.4 Brukar- og pårørandemedverknad på systemnivå⁸

3.4.1 Datagrunnlag

System for innhenting av erfaringar og innspel frå tenestemottakarar og pårørande i helse- og omsorgstenesta

Brukarmedverknad på systemnivå blir i Vaksdal kommune opplyst å vere ivareteke mellom anna gjennom følgjande råd:

- **Eldrerådet i Vaksdal kommune.** Eldrerådet er eit rådgjevande organ og har til oppgåve å ivareta eldre sine interesser i saker og planar som er til behandling. Eldrerådet blir vald av kommunestyret for valperioden.

⁸ I dette underkapitlet blir det svart på følgjande to underproblemstillingar: 1) *I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå brukarar og pårørande?* og 2) *I kva grad er det etablert system og rutinar for å nytte innspel frå brukarar og pårørande i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?*

- **Råd for menneske med nedsett funksjonsevne.** Dette rådet er eit rådgjevande organ for kommunen i saker som vedkjem funksjonshemma sine behov og interesser. Rådet blir vald av kommunestyret for valperioden, og blant medlemmane er også brukarrepresentant.
- **Ungdomsrådet.** Rådet er eit rådgjevande organ, og gir mellom anna uttale til prosjekt knytt til helse og omsorg. Ungdomsrådet utarbeider også, i samarbeid med helse- og omsorgsavdelinga, pilotprosjekt for fasilitering og utprøving av ny teknologi. Ungdomsrådet blir vald for valperioden, på same vis som andre kommunale råd og utval.

I tillegg blir **pårørandemøte** opplyst å vere ein sentral arena for merdverknad på systemnivå. Påørørandemøte inngår i årshjula til tenestene. Sjukeheimstenesta har institusjonsvise allmøte for påørørande ein gong i året. Om det er trong for det, blir det opplyst at det kan arrangerast to gonger i året. Påørørandemøte i sjukeheimstenesta blei fyste gong arrangert i 2015, og blir opplyst å ha fungert som ein god arena for informasjonsformidling og forventningsavklaring. Tenesta har informert om status for drifta, tal sjukeheims plassar, bemanningssituasjon, tilsyn frå Fylkesmannen og oppfølging av dette, kriterium for å få tildelt sjukeheims plass med meir. Det blir også gitt høve til å svare på dei påørørande sine spørsmål på systemnivå.

Heimetenesta hadde påørørandemøte for fyrste gong i november 2016. Då var næraste påørørande til samlege mottakarar av heimesjukepleie invitert. Slikt møte skal arrangerast årleg. I intervju blir det informert om at det gjennom møtet har kome innspel til endringar i tenesta frå dei påørørande. Eit døme på dette er at påørørande ønskjer at heimetenesta er tydelegare om tidspunkta når heimesjukepleiar kommer på besøk. I samband med påørørandemøtet har det blitt formidla informasjon om mellom anna regelverk, tenestetilbod og kva det inneber å vere nærmaste påørørande for ein mottakar av kommunale helse- og omsorgstenester.

I etterkant av påørørandemøtet har heimetenesta laga ei informasjonsbrosjyre om det daglege arbeidet i tenesta, og det blir vist til at denne skal fungere som ei forventningsavklaring ovanfor tenestemottakarane. Det blir diskutert om ein skal lage ei tilsvarande brosjyre til påørørande.

Sjukeheimstenesta har i løpet av første halvår 2017 etablert eit **brukarutval** der tre påørøranderepresentantar er valt inn. Brukarutvalet er samansett av representantar frå påørørande, tilsette og leiinga ved institusjonane og representant frå Eldrerådet i kommunen. I sak om val av representant frå Eldrerådet⁹ går det fram at utvalet skal vere eit rådgivande organ for leiinga på institusjonane, og ivareta brukarmedverknad og påverknad.

I saksopplysningane i saka i Eldrerådet blir det vist til at det, om mogleg, er ønskjeleg også med ein representant for bebuarane og frå Frivilligsentral/frivillig organisasjon eller nærmiljø som har tilknytning til institusjonane. I intervju blir det informert om at det i brukarutvalet er mogleg å ta opp alt frå daglegdagse problemstillingar, som tidspunkt for måltider og liknande, til større problemstillingar, som til dømes utviklingsarbeid. På utvalsmøta skal leiinga og tilsette i sjukeheimstenesta presentere kva område som er viktige for utviklinga i sjukeheimstenesta, og påørørande-/brukarrepresentantar får moglegheit til å kome med innspel. Første møte i brukarutvalet skulle haldast våren 2017. Det blir i intervju peika på at brukarutvalet i framtida vil vere ein openbar høyringsinstans dersom ein skal gjere store endringar i tenesta. Det blir informert om frå kommunen at heimetenesta ikkje har eit tilsvarande brukarutval, og at dette heller ikkje er vanleg praksis i kommunale heimetenester.

I tillegg til ovannemnde råd, møte og utval, blir brukarmedverknad på systemnivå ivareteke gjennom brukarrepresentantar som har deltatt i kvalitetsarbeid som t.d. AbleOn og Lev vel-prosjektet.¹⁰ I intervju blir det informert om at prosjektet «Lev vel i Vaksdal» er eit utviklingsprosjekt som omfattar ei rekke delprosjekt og utviklingsarbeid innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunen. Prosjektet «Lev vel i Vaksdal – meistring og deltaking heile livet» har to hovudsatsingsområde:

- 1) Utvikling av eit ressurscenter/»minibygd» for demens i Jamne-området ved Vaksdal sjukeheim med ulike buløysingar, tilrettelagt inne- og uteområde og base for kompetanse og tenester innan demensfeltet.
- 2) Oppretting av Helsehus på Daletunet med fokus på opptrening og rehabilitering og eigen brukarlab for teknologiske løysingar.

⁹ Vaksdal kommune, Eldrerådet: sak 4/2017.

¹⁰ Vaksdal kommune – «Lev vel i Vaksdal – Meisting og deltaking heile livet», rapport forprosjekt juni 2015 – juni 2016.

Det er gjennomført eit forprosjekt i samband med Lev vel-prosjektet. I følgje rapporten frå forprosjektet har det mellom anna vore ei målsetting å etablere dialog og medverknad frå enkeltpersonar, pårørande, frivillige, lag og organisasjonar. Denne tematikken har blitt jobba med i fleire arbeidsgrupper samansett av leiarar, tilsette, tillitsvalde og verneombod. Det er rådmannen si leiargruppe som har vore styringsgruppe for forprosjektet, medan kommunestyret er prosjekteigar og utval for levekår er referansegruppe. Rådmannen er prosjektansvarleg. Kommunestyret vedtok 29.02.2016 prosjektorganisering med styrings- og prosjektgruppe. Kommunestyret er representert i begge gruppene, og brukarrepresentantar og tilsette sine representantar er medlem av prosjektgruppa. Hovudprosjektperioden skal vare frå juni 2016 ut året 2018.¹¹

I intervju blir det informert om at kommunen ikkje har relevante brukarorganisasjonar, men at råda og møta som er nemnd over fungerer godt.

Det blir vidare informert om at helse- og omsorgstenesta har gjennomført spørjeundersøkingar der innbyggjarane i kommunen har blitt spurt om sine forventningar til tenesta. I tillegg har eit strategisk utval av eldre (valt ut med bistand frå Eldrerådet) fått moglegheit til å komme med innspel til kva tenesta bør jobbe med. Mellom anna kom det her fram at teknologiske løysingar i eldreomsorga er eit ønskje mange eldre har. I nær framtid er det planlagt gjennomføring av ei stor innbyggjarundersøking retta mot unge eldre, som ein del av eit forskingsprosjekt som kommunen tek del i. Denne undersøkinga skal danne grunnlag for utforminga av helse- og omsorgstenestene i tida framover.

I tillegg er kommunen i dialog med forskingsmiljø (Senter for omsorgsforskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste og Høgskolen i Bergen) om metode for å nytte innspel frå personar med demens og deira pårørande ved utforming av tenester innan demensfeltet i kommunen. I denne samanheng er kommunen også i dialog med Nasjonalforeningen for folkehelsen som er brukarorganisasjonen for personar med demens.

Det er ikkje etablert eit fast system for gjennomføring av brukar- og/eller pårørandeundersøkingar i helse- og omsorgstenesta. Det blir opplyst at kommunen ikkje har kapasitet til å gjennomføre store brukarundersøkingar innan alle einingar kvart år. Slike undersøkingar skal planleggast og gjennomførast, og skal i tillegg arbeidast vidare med, tolkast og lagast handlingsplan for. Dette er ressurskrevjande. Sidan det ikkje har vore rutine for denne typen undersøkingar, har kommunen no planlagt korleis dei kan innarbeide brukarundersøkingar meir jamleg i einingane utan at det blir for mange kvart år. I 2016 blei det gjennomført ei brukarundersøking innan rus- og psykiatritenestene, i tillegg til at det blei gjennomført i barneverntenesta. I 2017 skal det etter planen gjennomførast brukarundersøking i alle dei tre einingane i helse og omsorg. Dette går fram under målsettingar for 2017 i rådmannen sitt framlegg til budsjett 2017. Det blir samtidig presisert at sjølv om kommunen ønskjer å nytte brukarundersøkingar i større grad enn det som er gjort tidlegare, så er det ikkje store, nasjonale undersøkingar som vil bli nytta. Desse blir vurdert å ikkje gje så stor nytteverdi, mellom anna av di til dømes mange av tenestemottakarane på institusjon ikkje vil vere i stand til å svare på dei. Det blir vist til at det blir gjort kritiske vurderingar av kva type undersøkingar som kan nyttast i ulike avdelingar, for at dei skal gje størst mogleg nytteverdi. I sjukeheimstenesta har ein også jobba med å utarbeide skjema for attendemelding som skulle fyllast ut av alle som er på korttidsavdelinga, som grunnlag for å evaluere og eventuelt justere tilbodet.

3.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert system for å sikre at brukarar og pårørande sine erfaringar blir henta inn og nytta i utforminga og utviklinga av helse- og omsorgstenestene i kommunen. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, synast det å vere betydeleg fokus på å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.

Også i det kontinuerlege kvalitetsarbeidet er det etablert nokre system for innhenting av tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar. Samtidig meiner revisjonen at dette arbeidet med fordel kan systematiserast ytterlegare, slik at ein sikrar at kommunen jamleg får informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande opplever tenestene, brukarmedverknaden og dialogen med tenesteytarar mv. Det er viktig at slik informasjon ikkje berre blir henta inn i kvar enkelt sak, men også på systemnivå som del av kvalitetsarbeidet i tenesta. Pårørandemøtet er ein god arena for å formidle informasjon, drøfte aktuelle saker og få nokre innspel frå pårørande, men revisjonen meiner at denne undersøkinga (sjå kapittel 4) viser at det er behov for i enno

¹¹ Vaksdal kommune – Prosjekt «Lev vel i vaksdal – Meistring og deltaking heile livet». Rapport forprosjekt juni 2015- juni 2016.

større grad å hente inn systematiske tilbakemeldingar frå tenestemottakarar og pårørande, og bruke desse til refleksjon og vidareutvikling av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Revisjonen vurderer det i den samanheng som positivt at kommunen har planar om å gjennomføre brukarundersøkingar, og vil presisere viktigheita av at ein finn gode måtar å gjere dette på som gir størst mogleg nytteverdi både for kommunen og for tenestemottakarane sjølv.

3.5 System for å sikre medverknad frå tilsette¹²

3.5.1 Datagrunnlag

Innhenting av tilsette si tilbakemelding om arbeidssituasjonen og forhold på arbeidsplassen

Medarbeidersamtale blir gjennomført ein gong i året. Samtidig blir det i årsrapportering frå både heimetenesta og sjukeheimstenesta for 2016 rapportert om at medarbeidersamtalar berre delvis er gjennomført. Det blir i tillegg gjennomført medarbeidarundersøking jamleg; annakvart år blir det gjennomført ei medarbeidarundersøking i heile kommunen. Det blir opplyst at resultatata frå medarbeidarundersøkinga blir drøfta og tatt tak i, og det blir i fleire intervju med tilsettere representantar trekt fram at arbeidsmiljøet i helse- og omsorgstenesta er godt. Frå tilsette blir det kommentert at noverande system med elektronisk medarbeidarundersøking blir opplevd å sikre tilsette sin anonymitet på ein god måte. Det blir også kommentert at sjukefråværet har gått ned den seinare tida. Førre medarbeidarundersøking blei gjennomført i 2015, og våren 2017 blei det gjennomført ny medarbeidarundersøking i både heimetenesta og sjukeheimstenesta i kommunen.

Revisjonen har fått tilsendt resultat frå medarbeidarundersøking som blei gjennomført for heile kommuneorganisasjonen i Vaksdal i 2015, med spesifiserte resultat frå heimetenesta og sjukeheimstenesta.¹³ Svarprosenten for sjukeheimstenesta var på 61 prosent, medan svarprosenten for heimetenesta var på 79 prosent.

Det blir vist til at gjennomgåande resultat for kommunen var på 4,4 på ein skala frå 1-6. Vidare var gjennomsnittleg resultat for sjukeheimstenesta 4,6 og gjennomsnittleg resultat for heimetenesta 4,1. Resultatet for kommunen blir av rådmannen i Vaksdal skildra som over middels, samtidig som enkeltfaktorar kan ha lågare resultat. Dette blir opplyst å ha blitt tatt tak i lokalt, og det blir også vist til at resultatata samla sett blei vurderte som gode og var betre enn tidlegare år. Det går fram av resultatata frå heimetenesta si medarbeidarundersøking at tenesta har eit gjennomsnittleg resultat som på fleire parameter ligg noko under gjennomsnittet for Vaksdal kommune samla, og gjennomsnittet for Noreg.¹⁴ Dette gjeld til dømes tilfredsheit med samarbeid og trivsel med kollegaar, resultat for mobbing, diskriminering og varslings, samt når det gjeld kor tilfreds dei tilsette er med integrering på arbeidsplassen, arbeidsmiljø og tilrettelegging for varslings. Også i heilskapsvurderinga der dei tilsette er spurt om kor nøgd dei er med arbeidssituasjonen sin, er gjennomsnittet for heimetenesta under både Vaksdal kommune samla og gjennomsnittet i Noreg. Når det gjeld svara frå sjukeheimstenesta går det fram av undersøkinga at gjennomsnittet for tilfredsheit på tilsvarande parameter som nemnd over, ligg om lag på same nivå eller litt over gjennomsnittet i Vaksdal kommune samla og gjennomsnittet i Noreg.

Som ein del av oppfølginga av medarbeidarundersøkinga føreligg det ein framdriftsplan¹⁵ og ein handlingsplan¹⁶. Framdriftsplanen skildrar informasjon om undersøkinga, metode for arbeid med medarbeidarundersøkinga, arbeid med handlingsplan i etterkant av fullført undersøking, samt tidspunkt for dei ulike aktivitetane og kven som står ansvarleg for dei. Handlingsplanen skildrar utfordringar knytt til organisering, samarbeid, opplæring og leiing, og inneheld forslag til tiltak, kven som er ansvarlege for desse og når fristen for gjennomføring av tiltaka er. Heimetenesta har ein handlingsplan basert på resultatata i

¹² I dette delkapittelet vil følgjande to underproblemstillingar bli svart på: 1) *I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette, under dette erfaringar både knytt til tenestetilbodet og knytt til forhold på arbeidsplassen?* og 2) *I kva grad er det etablert eit system og rutinar for å nytte innspel frå tilsette i arbeidet for å betre kvaliteten i tenestene?*

¹³ Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat sjukeheimstenesten Vaksdal.

Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat heimebasert omsorg Vaksdal.

¹⁴ Samanlikninga med landet er med dei kommunane som har gjennomført tilsvarande undersøking. Det blir opplyst at dette var om lag 50 kommunar i 2015.

¹⁵ Vaksdal kommune – Framdriftsplan for arbeid med medarbeidarundersøkinga 2015, heimetenesta.

¹⁶ Vaksdal kommune – Handlingsplan etter medarbeidarundersøkinga 2015, praktisk bistand.

medarbeidarundersøkinga.¹⁷ Denne har tydeleggjort utfordringar i tenesta, moglege tiltak og kven som har ansvar for gjennomføring av desse. Leiarar og representantar for dei tilsette både i sjukeheimstenesta og heimetenesta gir i intervju uttrykk for at resultatane frå medarbeidarundersøkingar blir gjennomgått, diskutert og følgt opp. Dei tilsette blir involvert i å diskutere kva ein kan gjere for å betre eventuelle område der tenesta ikkje kjem godt ut i undersøkinga.

Helse- og omsorgstenesta har eit spørjeskjema til planlegging av årsturnus.¹⁸ Av skjemaet går det fram at kommunen, på bakgrunn av tilbakemeldingar frå tilsette i helsesektoren, ønskjer å opprette årsturnus for heimetenesta og sjukeheimstenesta med oppstart i desember 2016. Tilsette blei bedt om å fylle ut skjema for å vere med å planlegge eigen turnus.

Faste forum for involvering av tillitsvalde og verneombod

I helse- og omsorgstenesta si oversikt over faste møte i løpet av året går det fram at det mellom fire og seks gongar i året skal haldast lokale møte med verneombod og plasstillitsvalde på avdelingane. Sjukeheimstenesta og heimetenesta har kvar sine møte. Det går også fram av møteoversikta at rådmann/assisterande rådmann skal ha månadlege møte med einingsleiarar og avdelingsleiarar. Nokre gonger deltek tillitsvalde og/eller verneombod på desse møta. Heimetenesta i Vaksdal kommune har eit årshjul, der det mellom anna går fram at det fire gongar i året skal vere møte lokalt i Arbeidsmiljøutvalet (AMU). Sjukeheimstenesta har tilsvarande årshjul der mellom anna AMU-møte er fastsett. Også på overordna nivå i kommunen er det tilsvarande forum der hovudtillitsvalde og hovudverneombod tar del.

Det blir kommentert i intervju at prosessane og samhandlingsmøta med tillitsvalde og verneombod lokalt til tider kan vere litt uformelle, og ikkje tilstrekkeleg tydelege. Kommunen har ei målsetting om å ytterlegare formalisere og tydeleggjere desse prosessane. I den samheng blir det vist til ein omstillingsprosess i sjukeheimstenesta hausten 2016, der leiinga og tillitsvalde har hatt ulik oppfatning om graden av involvering og medverking. Saka er tatt vidare av eit forbund, og det er gjort ei vurdering frå KS si side. Partane har p.t ikkje tatt saka vidare til forhandling. I intervju blir det frå leiinga si side peikt på at saka viser at prosessane med fordel kan formaliserast ytterlegare slik at dei er tydelege for alle partar, samt er dokumenterbare.

I kvalitetsutviklingsarbeidet blir dei tillitsvalde generelt opplyst å vere tungt involvert, og det blir informert om at dei tillitsvalde i sjukeheimstenesta no er involvert i ei gruppe som skal sjå på løysingar knytt til Daletunet omsorgssenter som skal gjerast om til Helsehus, og Vaksdal sjukeheim som skal bli ressurscenter for personar med demens. Gjennom dette arbeidet får dei tilsette moglegheit til å bidra med innspel til nye måtar å organisere tenesta på.

System for å hente inn og nytte tilsette sine erfaringar for å betre tenestene

Både heimetenesta og sjukeheimstenesta har ulike faste møte der det blir lagt til rette for at tilsette kan formidle og drøfte sine erfaringar med tenestene, og kome med forslag til utvikling og forbetring. Nokre av dei faste møta og arenaane for medverknad er omtalt i avsnitta over, under dette medarbeidarsamtale, medarbeidarundersøking og faste samarbeidsmøte med tilsette sine representantar.

Vidare går det fram at heimetenesta i løpet av året gjennomfører personalmøte, nattpatruljemøte, sjukepleiarmøte og medisinnrommøte, i tillegg til vekentlege tysdagsmøte. I intervju blir det opplyst at dei vekentlege tysdagsmøta er ein god arena for dei tilsette for å ta opp ting som ikkje fungerer og kome med forslag til endring i arbeidsrutinar. På tysdagsmøtet har dei tilsette moglegheit til å diskutere enkeltbrukarar og generelle utfordringar i arbeidskvardagen. Det blir informert om at tysdagsmøte blei oppretta fordi dei tilsette sakna ein møtearena for å drøfte slike problemstillingar etter at overlegg/munnleg rapport blei avvikla. Det blir også opplyst i intervju at det i heimetenesta blir arrangert møte for dei som jobbar helg og har samanfallande helgeturnus. Målsettinga med møtet er å avklare forventningar til korleis helgeturnusen skal føregå på best mogleg måte.

I tillegg går det fram av agenda og presentasjonar frå ulike personalsamlingar det siste halvanna året at det ved fleire høve har blitt arbeidd med rutineutvikling, drøfting av endringsbehov mv. i personalgruppa. Av presentasjon frå ei halvdagssamling for alle tilsette i heimesjukepleia våren 2016, går det til dømes fram at ein del av agendaen var at tilsette skulle arbeide i grupper for å lage sjekklistar for sentrale arbeidsoppgåver

¹⁷ Vaksdal kommune – *Handlingsplan i heimesjukepleien 2015*.

¹⁸ Vaksdal kommune – skjema til planlegging av eigen turnus 2016.

i heimesjukepleia, mellom anna sjekklistar for stell, dusj, dokumentasjon og natrutinar. Vidare går det fram av ein fredagsmail frå avdelingsleiar i heimetenesta til alle tilsette at det er planlagt eit arbeidsmøte der dei skal gå gjennom seinvaktslistene. Dei skulle då gå gjennom pasient for pasient og bruke nokre minutt på kvar av dei. Det blir vidare vist til at listene har vore evaluert tidlegare, men at dette var fyste plenumsgjennomgangen. Eit føremål blei opplyst å vere å få eit breiare bilete og fleire synspunkt.

I intervju blir det informert om at det for dei tilsette i sjukeheimstenesta er tilrettelagt for medverknad gjennom dei daglegdagse innspela som kommer fortløpande på arbeidsplassen, knytt til daglege rutinar eller liknande. Innspela blir som regel tatt opp i personalgruppa, og blir handtert av avdelingsleiar. Dette skjer som regel munnleg og går ikkje inn under ein fast struktur. Det blir likevel opplyst at slike innspel blir tatt omsyn til, og at justeringar i rutinar blir gjort fortløpande basert på denne typen tilbakemeldingar. Det blir også peika på i intervju at planlagt innføring av tavlemøte på korttidsavdelinga i sjukeheimstenesta, vil bidra til å styrke medverknaden frå dei tilsette. Her vil mål og sentral informasjon om status for kvar enkelt tenestemottakar vere oppført på ei tavle, og i felles tverrfaglege møte på avdelinga vil det vere gjennomgang av informasjonen på tavla samt drøfting av behov for eventuelle tiltak og endringar. Det blir vidare opplyst at det i sjukeheimstenesta er lagt til rette for at dei tilsette kan kome med innspel til betring av tenestene gjennom personalmøte. Det blir kommentert både frå leiarar og representantar for dei tilsette at det er ein god kultur for at dei tilsette kommer med tilbakemeldingar om endringar i rutinar eller korleis ein kan betre arbeidskvardagen og tenesteleveringa. Representantar for tilsette opplever at slike innspel blir følgt opp, og at det har blitt gjort justeringar i rutinar basert på innspel frå dei tilsette.

Også gjennom avviksmeldingar kan tilsette melde frå om forhold som i enkeltsaker eller systematisk ikkje er i samsvar med retningslinjer, rutinar eller regelverk, eller hendingar som har fått eller kunne fått alvorlege konsekvensar. Det blir informert om i intervju at melding av avvik er eit viktig tema både i heimetenesta og sjukeheimstenesta, og leiinga er opptatt av at dei tilsette melder avvik. Det blir opplyst at melding av avvik blir tatt opp på personalmøte både i heimetenesta og i sjukeheimstenesta, og det blir vektlagt at avviksmeldingar er rygggrad i eininga sitt kvalitetsarbeid. Det blir jobba med å tydeleggjere overfor dei tilsette kva som utgjer eit avvik, og dei tilsette blir oppmoda om å melde avvik. Likevel går det fram av intervju at heimetenesta har lukkast betre enn sjukeheimstenesta i å skape ein god kultur for å melde avvik. Sjukeheimstenesta er flinke på å melde medisnavvik, men det blir ikkje i like stor grad meldt avvik knytt til tenesteutføring, medan det i heimetenesta blir opplyst å vere ein god praksis for dette. Det er uklart kvifor ein ikkje har lukkast like godt med dette i sjukeheimstenesta, og det blir trekt fram at dei to tenestene jobbar med dette på same måte, og har ei identisk rutineskildring for avviksmelding.

I intervju går det fram at meldte avvik blir systematisert og presentert på personalmøte. Dersom ein oppdagar systematiske avvik blir det satt inn tiltak for å rette opp desse. Eit døme frå sjukeheimstenesta er at det ein periode blei ført mykje avvik på at brukarane ikkje fekk tilfredsstillande stell (manglande tannpuss etc.), og dette blei knytt til for låg bemanning. Det blei, basert på desse avvika, sett inn ein ekstraressurs i ein periode som blei tatt ut igjen når situasjonen hadde normalisert seg. Vidare blir det vist til at heimetenesta ein periode hadde mykje medisinske avvik, særleg i travle periodar. Dette førte til ein gjennomgang av medisinhandteringa i tenesta, og det blei prøvd ut fleire tiltak før det blei avgjort at innføring av multidose var den beste løysinga på problemet. Generelt blir det presisert at meldte avvik blir systematisk gjennomgått for å sjå etter mønster, slik at ein kan vurdere om det dreier seg om enkelttilfelle eller meir systematiske avvik som kan skuldast at retningslinjer eller rutinar ikkje er gode nok.

3.5.2 Vurdering

Helse- og omsorgstenesta har etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar og innspel frå dei tilsette knytt til forhold på arbeidsplassen. Dette blir gjort gjennom både medarbeidarundersøking og oppfølging av denne, samt gjennom medarbeidersamtale. Systemet synast godt etablert, og rutinar for oppfølging av medarbeidarundersøking er etter revisjonen si vurdering eigna til å sikre både at tilsette blir involvert, og at utfordringar blir handtert og følgt opp med tiltak. Det er imidlertid ikkje tilfredsstillande at alle medarbeidersamtalar ikkje blir gjennomført i samsvar med etablerte retningslinjer, og det er viktig at kommunen sett inn tiltak for å sikre at det blir gjennomført jamlege medarbeidersamtalar.

Når det gjeld faste samhandlingsmøte med tillitsvalde og verneombod, meiner revisjonen det er viktig at ein sikrar at føremålet er tydeleg avklart, og at møta fungerer etter føremålet. Det kan vere nyttig å gjere jamlege forventningsavklaringar, og det er viktig å sikre at roller, ansvar og andre forhold er tilstrekkeleg avklart og formalisert til at det i minst mogleg grad er grunnlag for ulike oppfatningar om kva som skal gjerast eller er gjort og av kven.

Det går fram at tilsette på ulikt vis er involvert også i kvalitetsutviklingsarbeidet i tenestene, og at det både er etablert faste og systematiske arenaer for å innhente tilsette sine erfaringar og nytte desse i kvalitetutviklingsarbeidet, samt at det blir rapportert om låg terskel for meir uformelt å drøfte erfaringar og eventuelle endringsbehov i kvardagen. Når det gjeld dei fortløpande innspela og tilbakemeldingane, meiner revisjonen at det med fordel kan leggjast meir systematisk til rette for at tilsette kan kome med innspel til endring og forbedring i tenestene. Det å ha ein arena for å kome med innspel der og då kan i nokre tilfelle vere ein viktig føresetnad for at erfaringane og innspela blir vidareformidla. Avvikssystemet vil ivareta ein del av dei fortløpande erfaringane og innspela, men det vil ikkje alltid vere slik at innspel og endringsforslag treng vere knytt til eit avvik. Ei forslagskasse kan til dømes vere ein måte å ivareta dette behovet på, men kommunen bør vurdere korleis det er mest føremålstenleg å systematisk leggje til rette for fortløpande innspel til kvalitetsarbeidet. Revisjonen meiner vidare at det er positivt at det blir vektlagt at avviksmeldingar er ein sentral del av kvalitetsarbeidet, og at meldte avvik blir systematisk analysert og følgt opp. Samtidig er det viktig at det blir arbeidd vidare med kulturen for å melde avvik, særleg i sjukeheimstenesta, for å sikre at alle typar avvik blir meldt og følgt opp.

Sjå også avsnitt 4.9 i rapporten der avvikssystem og avvikshandsaming er ytterlegare omtalt, og avsnitt 4.8 der tilsette si oppleving av moglegheit til medverking i kvalitetsarbeidet er omtalt.

3.6 Tilrettelegging for varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen

3.6.1 Datagrunnlag

Vaksdal kommune har ein varslingsrutine.¹⁹ Dokumentet inneheld skildring av føremålet med rutinen, tilsette sin rett og plikt til å varsle, kva som utgjer grunnlag for varsling, kva som utgjer forsvarleg varsling og informasjon om sakshandsamingsrutinar ved intern varsling. Det blir i intervju opplyst at denne rutinen blei oppdatert for nokre år sidan, og at det i samband med oppdateringa blei informert breidt ut i organisasjonen om rutinen. Det blir også informert om at alle tilsette i kommunen har tilgang til varslingsrutinen via intranettet Skyttelen, men samtidig blir det kommentert at det nok ikkje er alle tilsette som er like bevisste på dette.

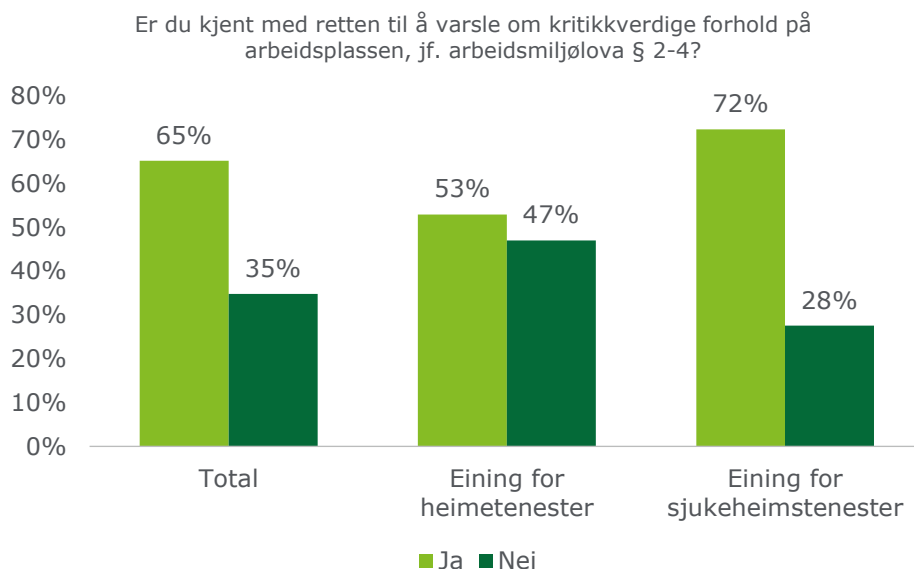
Konstituert rådmann informerer i intervju om at ho har månadlege møte med hovudtillitsvalde, og at har blitt diskutert på desse møta om varslingsrutinen er gjort godt nok kjent. Når kommunen får på plass eit nytt elektronisk kvalitetssystem rundt sommaren 2017, vil alle rutinar bli samla på ein plass, og ein vil også jobbe med å gjere varslingsrutinen meir kjent og synleg.

Frå sjukeheimstenesta blir det opplyst at einingsleiar informerer om varslingsretten på enkelte personalmøte når avvikshandtering er tema. Det blir likevel peika på at det nok ikkje er tilstrekkeleg bevisstheit rundt varslingsretten. Også i heimetenesta blir det informert om at varslingsrutinen ikkje er veldig godt kjent blant dei tilsette, sidan det ikkje har vore nokon varslingsssakar dei siste åra. Det blir samstundes påpeika at dei tilsette blir oppfordra til å gå tenestevei dersom dei ønskjer å melde frå om kritikkverdig forhold på arbeidsplassen. Det blir også peika på at helse- og omsorgstenesta har tillitsvalde og sterke fagforeiningar som ivaretek dei tilsette sine interesser, og at det er eit godt samarbeid mellom leiarane og dei tillitsvalde gjennom faste møte. Det blir likevel stilt spørsmål ved om dei tilsette har fått tilstrekkeleg informasjon om varslarar sin rett til vern mot gjengjelding.

Som det går fram av Figur 2 under, er eit fleirtal av dei tilsette som har svart på spørjeundersøkinga kjent med retten til å varsle om kritikkverdige forhold. Samtidig er kjennskapen til denne retten mindre i heimetenesta (53 % har svart «ja») enn i sjukeheimstenesta (72 % har svart «ja»).

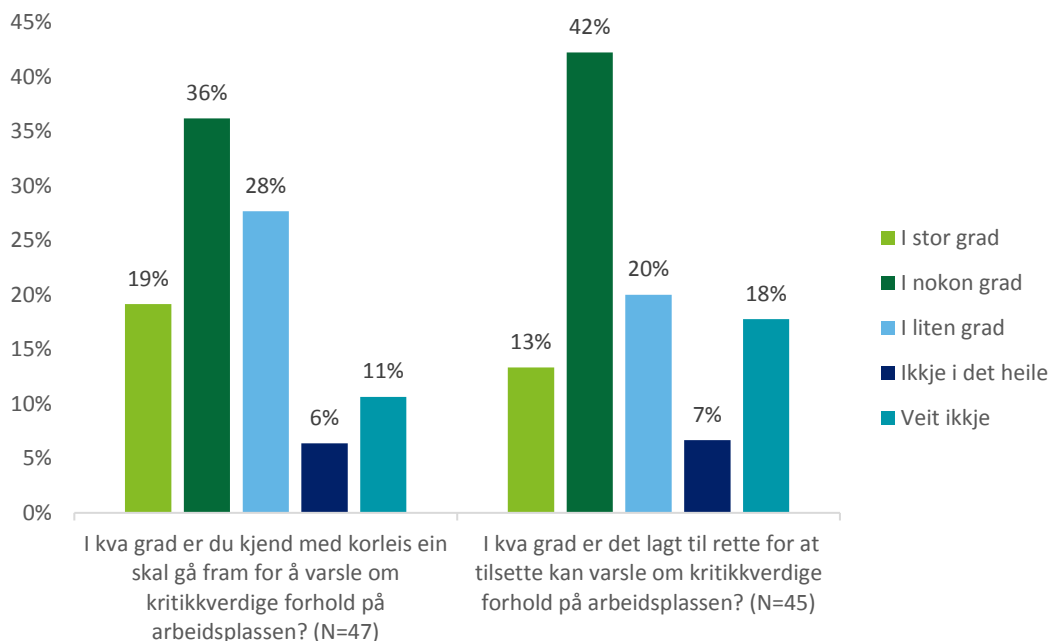
¹⁹ Vaksdal kommune – Varslingsrutine for Vaksdal kommune.

Figur 2: Kjennskap til varslingsretten²⁰



Vidare er dei tilsette spurt i kva grad dei er kjent med framgangsmåten for å varsle om kritikkverdige forhold, og i kva grad dei opplever at det er lagt til rette for å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Som det går fram av Figur 3 under, har til saman 55 prosent svart enten «i stor grad» eller «i nokon grad» på begge dei to spørsmåla. Prosentdelen som har svart «i stor grad» er noko høgare på førstnemnde spørsmål. 28 prosent har svart at dei «i liten grad» er kjent med framgangsmåten for varsling, medan 20 % har svart at dei «i liten grad» opplever at det er lagt til rette for varsling.

Figur 3: Framgangsmåte ved varsling om kritikkverdige forhold



Ved nærare analyse av svara går det fram at tilsette i sjukeheimstenesta i større grad er kjent med korleis dei skal gå fram for å varsle om kritikkverdige forhold enn tilsette i heimetenesta, ved at ein større prosentdel i sjukeheimstenesta svarer «i stor grad» på dette spørsmålet. Når det gjeld spørsmålet om i kva grad det er

²⁰ Totalt er det 46 personar som har svart på dette spørsmålet, av desse

lagt til rette for varsling, er det ein større prosentdel av dei tilsette i heimetenesta som har svart «i liten grad» (29 prosent) enn i sjukeheimstenesta (14 prosent).²¹

Det blir i intervju stadfesta frå representantar for dei tilsette at retten til varsling, og framgangsmåte for varsling av kritikkverdige forhold er kjent blant dei tilsette i sjukeheimstenesta, men det har ikkje vore varslingssakar i tenesta på mange år. Frå tilsette i heimetenesta blir det opplyst at dei ikkje kjenner til kommunen si varslingsrutine, og at varsling ikkje har vore tatt opp som eit tema på arbeidsplassen.

3.6.2 Vurdering

Vaksdal kommune har etablert varslingsrutinar som etter revisjonen si vurdering tydeleggjer både tilsette sin varslingsrett og varslingsplikt, og som gir tydelege føringar både om framgangsmåte og kva rettar ein har som varslar. Samtidig går det fram av undersøkinga at tilsette i ulik grad er kjent både med varslingsretten og med korleis ein kan gå fram for å varsle. Det blir også i ulik grad gitt uttrykk for at tilsette opplever at det er lagt til rette for varsling på arbeidsplassen.

For å sikre at tilsette sin rett og plikt til å varsle blir ivareteke, er det viktig at varslingsrutinen blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette, sidan det gjennom denne rutinen både blir informert om kva ei varsling er, retten og plikta til å varsle, og korleis ein kan gå fram. Det er også viktig at leiinga legg til rette for å varsle, slik at tilsette er trygg på at deira rettar vil bli ivareteke i samband med ei varslings sak. Ei tydeleggjering av varslingsrutinen i samband med at nytt kvalitetssystem blir tatt i bruk, slik det blir vist til i undersøkinga, synast etter revisjonen si vurdering føremålstenleg.

²¹ Det er betydeleg fleire respondentar frå sjukeheimstenesta enn frå heimetenesta som har svart på spørsmåla. 28 respondentar frå sjukeheimstenesta og 17 frå heimetenesta har svart på spørsmål om i kva grad det er lagt til rette for varsling, medan 29 respondentar frå sjukeheimstenesta og 18 frå heimetenesta har svart på spørsmål om i kva grad dei er kjent med framgangsmåten for å varsle. Dette inneber at kvar respondent i heimetenesta påverkar den prosentvise fordelinga meir enn kvar respondent i sjukeheimstenesta.

4. Tenestetilbodet

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad meiner brukarar/pårørande og tilsette i helse- og omsorgstenestene at brukarar av tenestene får eit tilfredsstillande tilbod?

Under dette:

- I kva grad opplever brukarar/pårørande at brukarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune får tildelt dei tenestene dei har behov for?
- I kva grad opplever brukarar/pårørande og tilsette at helse- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt?
- I kva grad blir brukarane sine grunnleggande behov ivaretatt i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene?
- Opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?
- I kva grad opplever dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?
- I kva grad opplever brukarar og pårørande, og deira representantar, at dei får medverke i utforming av tenestetilbodet?
- I kva grad opplever tilsette at det er lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene?
- I kva grad opplever tilsette at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik i tenesteutføringa?

4.2 Revisjonskriterium

4.2.1 Kommunen sitt ansvar for pleie- og omsorgstenester

Det kommunale ansvaret for pleie- og omsorgstenester er nedfelt i helse- og omsorgstenestelova § 3-1.²² Kommunen skal ifølgje lova sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester. Det er i dette prosjektet fokus på dei helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2 nummer 6 bokstav a-d. Dette er dei tenestene som ofte blir ytt til den eldre befolkninga i kommunen:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester
(...)

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
- d. avlastningstiltak.

²²Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30-

Ifølgje kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene § 3 skal kommunen etablere eit system av prosedyrar som søkjer å sikre mellom anna at den enkelte brukar får dei tenester vedkomande har behov for til rett tid, og at brukarar av pleie- og omsorgstenester, samt eventuelt pårørande/verge/hjelpeverge, får medverke ved utforming eller endring av tenestetilbodet. Vidare går det fram at den enkelte brukar skal gis medbestemming i samband med den daglege utføringa av tenestene.

4.2.2 Ivaretaking av grunnleggjande behov

Det går fram av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene at kommunen, for å sikre eit heilskapleg, samordna og fleksibelt tenestetilbod som sikrar dei tenester som brukaren har behov for, skal utarbeide skriftlege prosedyrar som søkjer å sikre tilfredsstilling av brukarane sine grunnleggjande behov. I følgje forskrifta omfattar slike grunnleggjande behov m.a.:

- 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.

4.2.3 Kompetanse og opplæring

I § 4-1 i helse- og omsorgstenestelova er krav til forsvarlegheit i kommunen si tenesteutøving presisert. Her går det mellom anna fram at kommunen er pliktig å tilrettelegge for at personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 bokstav c) og for at tilstrekkeleg fagkompetanse er sikra i tenestene (§ 4-1 bokstav d). Det går fram av § 8-1 i helse- og omsorgstenestelova at «[e]nhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.»

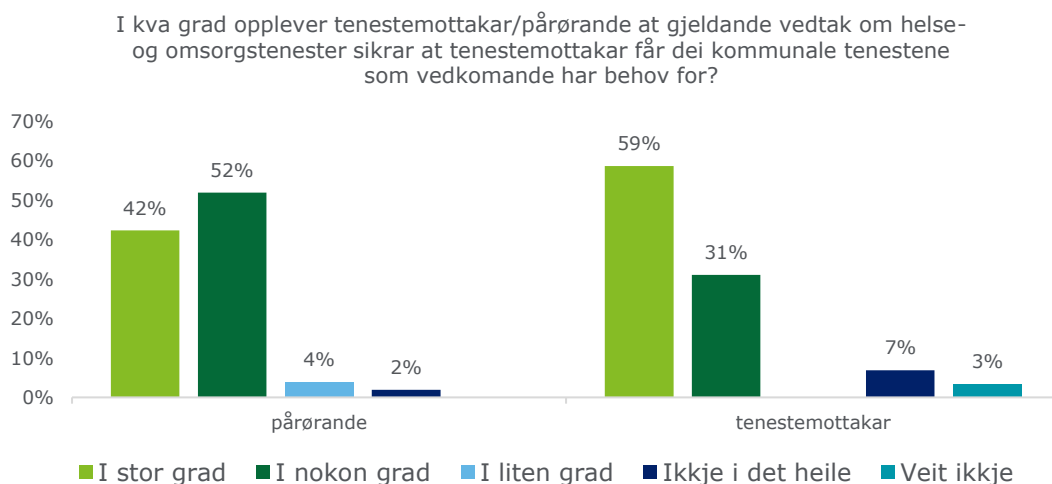
Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

4.3 Opplevd samsvar mellom behov og tildelte tenester

4.3.1 Datagrunnlag

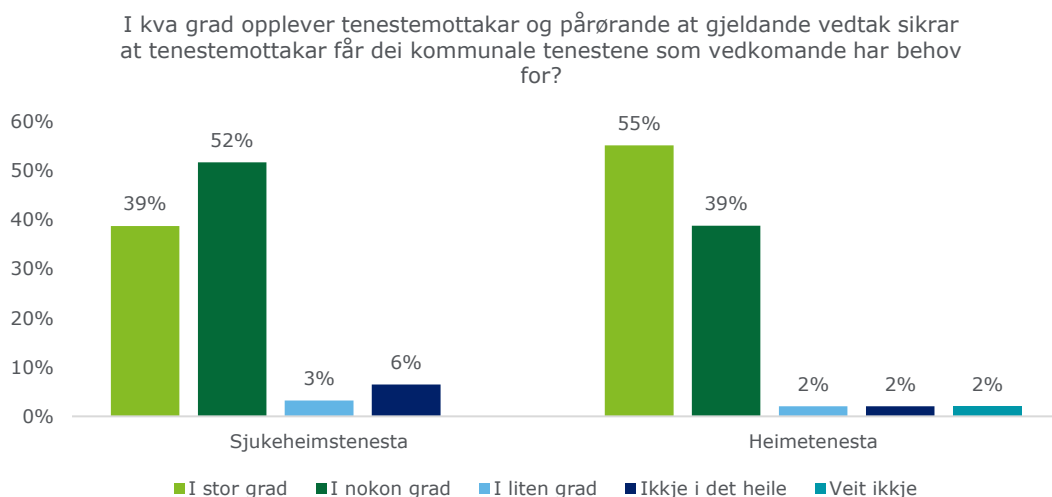
Det går fram av spørjeundersøkinga som er gjennomført at tenestemottakarane i større grad enn pårørande opplever at gjeldande vedtak om helse- og omsorgstenester sikrar at dei får dei kommunale tenestene dei har behov for. Av dei pårørande har 42 prosent svart «i stor grad» på dette spørsmålet, medan 59 prosent av tenestemottakarane har svart det same. 52 prosent av dei pårørande opplever at tenestemottakar «i nokon grad» får dei tenestene det er behov for, medan 31 prosent av tenestemottakarane har svart det same. Av tenestemottakarane har 7 prosent svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet. Dette utgjer 2 personar. Sjå figuren nedanfor.

Figur 4: Opplevd samsvar mellom behov og vedtak om tenester, samla²³.



Ser ein på skilnaden mellom tenestemottakarar og pårørnde si oppfatning av graden av samsvar mellom tenestebehov og innhald i vedtak om tenester, i høvesvis sjukeheimstenesta og heimetenesta, går det fram at det er større tilfredsheit i heimetenesta enn i sjukeheimstenesta. Når det gjeld mottakarar av heimetenester og deira pårørnde har 55 prosent svart at dei «i stor grad» opplever at gjeldande vedtak sikrar at tenestemottakarar får dei kommunale tenestene som vedkomande har behov for, medan 39 prosent opplever dette «i nokon grad». Av tenestemottakarar og deira pårørnde i sjukeheimstenesta opplever 39 prosent «i stor grad» at gjeldande vedtak sikrar at vedkommande sine behov blir dekkja, medan 52 prosent opplever dette «i nokon grad». Av tenestemottakarar og pårørnde i sjukeheimstenesta opplever vidare seks prosent at gjeldande vedtak «ikkje i det heile» sikrar at tenestemottakar får dei kommunale tenestene som vedkomande har behov for. Det er viktig å merke seg at det berre er to personar som utgjør desse seks prosentane. Sjå figuren nedanfor.

Figur 5: Opplevd samsvar mellom behov og vedtak om tenester, sjukeheimstenesta og heimetenesta²⁴



I intervju blir det kommentert at dei fleste tilbakemeldingane om opplevde manglar i tenestene frå brukarar/pårørnde gjeld tenesteomfanget, og at enkelte meiner dei har rett på sjukeheims plass, men ikkje får det. Det blir peikt på at sjukeheimstenesta ønskjer å vere lydhør i slike tilfelle, men understreker at det ikkje er mogleg å gje eit tilbod til alle som ønskjer det. Kven som blir tildelt plass er basert på faste kriterium som er vedtatt av kommunestyret. Vidare blir det peikt på at kommunen har erfart at det er ein tendens til at pårørnde er noko mindre nøgde med tenestene enn tenestemottakaren sjølv.

²³ N=81 (total). For gruppa «pårørnde» er N=52. For gruppa «tenestemottakar» er N=29.

²⁴ N=80 (total). For gruppa «sjukeheimstenesta» er N=31. For gruppa «heimetenesta» er N=49.

4.3.2 Vurdering

Blant tenestemottakarane og pårørande som har svart på spørjeundersøkinga, blir det i relativt stor grad opplevd at det er samsvar mellom behov for kommunale helse- og omsorgstenester, og det tilbodet tenestemottakaren er tildelt gjennom vedtak.

Det er likevel også nokre unntak, og det er viktig at kommunen har kontinuerleg fokus både på informasjon om rett til å søkje om tenester, og rett til å klage på tildelte tenester, og at slik informasjon er lett tilgjengeleg for tenestemottakarar og deira pårørande. Vidare er det viktig at kommunen sikrar at det er tilstrekkelege system som legg til rette for at både tenestemottakarar og pårørande kan gje tilbakemeldingar og innspel til helse- og omsorgstenesta i kommunen. Slike tilbakemeldingar er ein viktig del av grunnlaget for kvalitetsarbeidet i tenestene, både på system- og individnivå.

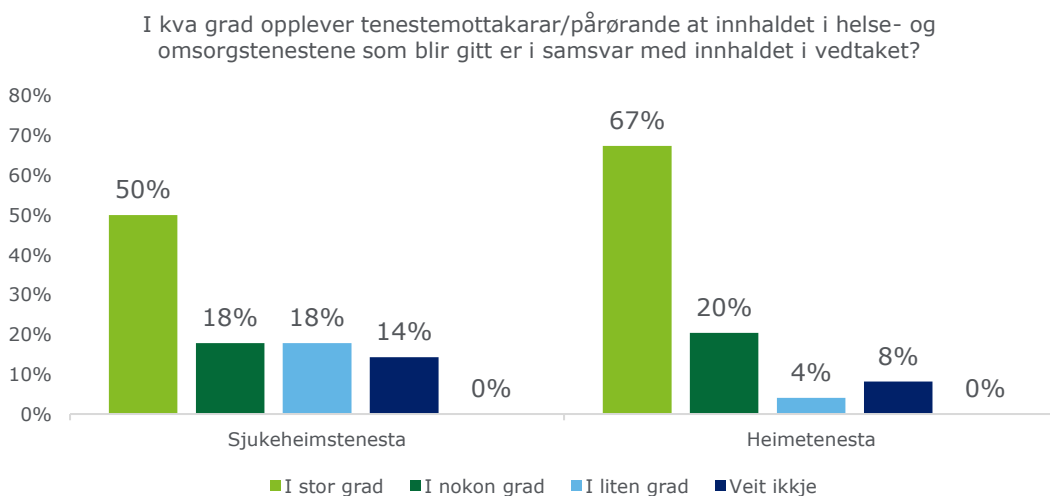
4.4 Opplevd samsvar mellom tildelte tenester og leverte tenester

4.4.1 Datagrunnlag

Tenestemottakarar og næraste pårørande

Som det går fram av Figur 6 nedanfor har dei fleste av respondentane (tenestemottakarar og næraste pårørande) svart at dei «i stor grad» opplever at tenestene blir gitt i samsvar med vedtak når det gjeld innhaldet i tenestene. Dette gjeld både for sjukeheimstenesta og heimetenesta, med høvesvis 50 prosent og 67 prosent.²⁵ Som det går fram av figuren nedanfor, er det ein større del av tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta, samanlikna med sjukeheimstenesta, som opplever at helse- og omsorgstenesta klarer å levere den tenesta som er tildelt. Høvesvis fire prosent av tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta og 18 prosent i sjukeheimstenesta har svart «i liten grad» på dette spørsmålet, noko som utgjer høvesvis to og fem personar.²⁶

Figur 6: Tenestelevering i samsvar med vedtak, tenestemottakar og pårørande.²⁷



Tenestemottakarar og pårørande som har svart at dei opplever at det «i nokon grad», «i liten grad» eller «ikkje i det heile» er samsvar mellom tenesta som er tildelt og leverte tenester kunne utdjupe svara sine i eit kommentarfelt i spørjeundersøkinga. Av kommentarane som er gitt går det fram at fleire opplever at det er for knappe personalressursar og at dei tilsette har for lita tid til den einskilde pasient. Fleire peiker på avvik

²⁵ Innanfor kvar teneste skiljer vi ikkje mellom om det er pårørande eller tenestemottakar som har svart. Dette er grunna omsyn til anonymitet.

²⁶ Talet personar som har svart på undersøkinga er noko høgare i gruppa for heimetenesta enn i gruppa for sjukeheimstenesta, og dette medfører at kvar respondent i sjukeheimstenesta utgjer ein større prosentdel enn i heimetenesta når ein ser på tenestene åtskilt. Det er også verd å merke seg at vedtak om heimetenester i stor grad spesifiserer dei tenester som det blir fatta vedtak om, medan vedtak om sjukeheimplass er mindre spesifikt når det gjeld omtale av innhald i tenestetilbodet. Forventningane til kva eit vedtak om langtids plass på sjukeheim inneber, kan difor variere.

²⁷ N=77 (total). For gruppa «institusjon» er N=28. For gruppa «heimetenesta» er N=49.

når det gjeld levering av tenesta. Dette gjeld både medisintil levering (til dømes at vedkomande skal ha hjelp til å ta medisin fire gonger dagleg, men opplev at det til tider berre blir gitt to gonger) og praktisk bistand (til dømes at vedkomande har vedtak om tenester ein gong i veka, medan praksis blir opplyst å vere besøk kvar fjortande dag). Enkelte peiker også på at tenestemottakarane ikkje har eit godt nok tilbod med omsyn til aktivitet, og at lita tid hos personalet fører til at tenestemottakarane blir passive.

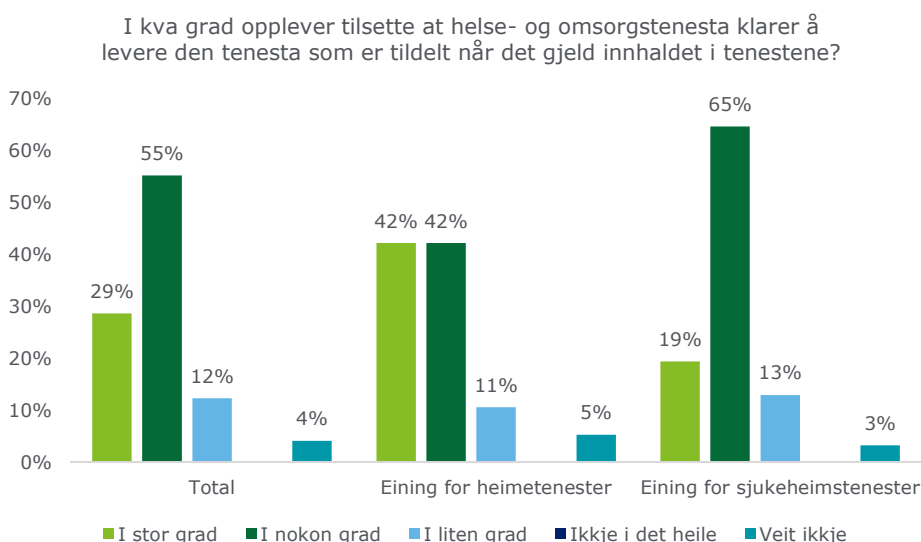
I spørjeundersøkinga har tenestemottakarar og pårørande også svart på i kva grad dei opplever at tenestene blir gitt i samsvar med vedtak når det gjeld kva *tid* tenestene blir levert. På dette spørsmålet har fleirtalet av tenestemottakarar (18 av 29) og fleirtalet av pårørande (29 av 47) svart at dei opplever at tenestene «i stor grad» er gitt i samsvar med vedtak når det gjeld tidspunkt for levering av tenestene.²⁸ Eit klart fleirtal (69 prosent) av tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta har svart «i stor grad» på dette spørsmålet. Også i sjukeheimstenesta har den største prosentdelen (48 prosent) av tenestemottakarar og pårørande (samla) svart at dei opplever at tenestene «i stor grad» blir levert til rett tid, men her er det også ein stor prosentdel (22 prosent) som har svart «veit ikkje».

Tenestemottakarar og pårørande som har svart at dei opplever at det «i nokon grad», «i liten grad» eller «ikkje i det heile» er samsvar mellom vedtak og kva tid tenesta blir gitt kunne utdjupe svara sine i eit kommentarfelt. Av kommentarane går det fram at tenestene ikkje alltid blir levert til avtalt tid eller at dei blir gitt for seint, dette gjeld mellom anna medisintil levering. Det er også nokre kommentarar knytt til at ein ikkje veit kva som står i vedtaket når det gjeld tidspunkt for levering av tenestene. Fleire peiker også på at tidspunkta for måltidsservering ikkje er optimale. Mellom anna blir det peikt på at det er for tidleg middag, for korte mellomrom mellom frukost og middag, for tidleg kvelds og for langt mellomrom mellom kvelds og frukost.

Tilsette

Det går fram av spørjeundersøkinga at fleirtalet av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta som har svart på spørjeundersøkinga, meiner at eininga der dei arbeider «i nokon grad» klarer å levere den tenesta som er tildelt tenestemottakaren (55 prosent), medan 29 prosent av dei tilsette opplever at dei klarer dette «i stor grad». Tolv prosent av dei tilsette har svart at dei klarer dette «i liten grad», medan fire prosent har svart «veit ikkje». Sjå Figur 7 nedanfor.

Figur 7: Tenestelevering i samsvar med vedtak, tilsette.²⁹



Dersom vi skil mellom dei to tenesteeiningane går det fram av resultatane frå spørjeundersøkinga at ein høgare prosentdel av dei tilsette i heimetenesta opplever at dei klarer «i stor grad» å levere den tenesta som er tildelt (42 prosent) samanlikna med sjukeheimstenesta (19 prosent). Sjå figuren over for detaljert informasjon om svarfordelinga. Det er også 42 prosent av dei tilsette i heimetenesta som opplever at dei «i nokon grad» klarer å levere den tenesta som er tildelt, medan 65 prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta har svart det same.

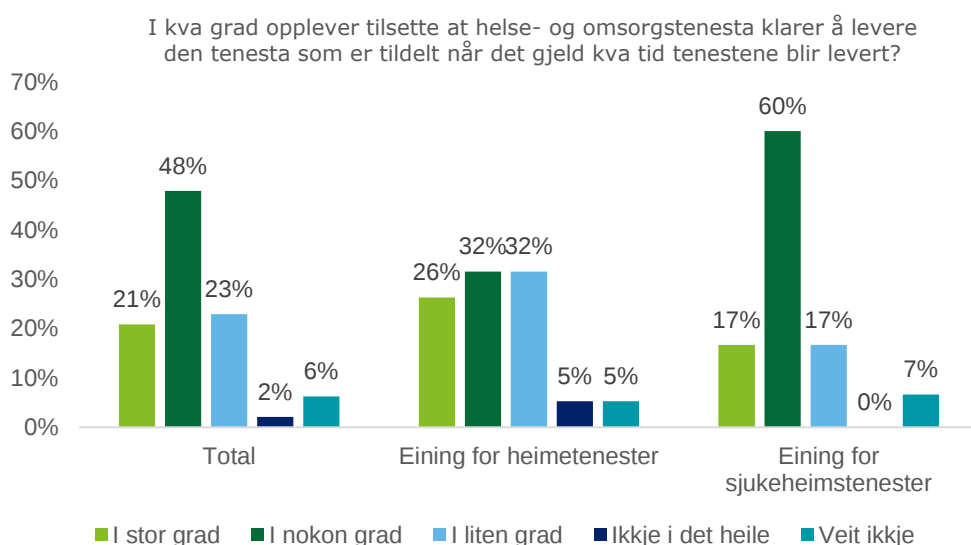
²⁸Svar frå pårørande: N=47. 29 har svart «i stor grad». Svar frå tenestemottakarar: N=29. 18 har svart «i stor grad».

²⁹ N=49 (total). For eining for heimetenester er N=19. For eining for sjukeheimstenester er N=31.

Elleve prosent av dei tilsette i heimetenesta har svart at dei «i liten grad» klarer å levere tildelt teneste, medan tretten prosent har svart det same i sjukeheimstenesta. Dette utgjør høvesvis to og fire personar.

I spørjeundersøkinga blei dei tilsette også spurt i kva grad eininga der vedkomande arbeider klarer å levere den tenesta som er tildelt den einskilde tenestemottakar, når det gjeld *kva tid* tenesta blir levert. Som det går fram av Figur 8 nedanfor, meiner tilsette som har svart på undersøkinga at det er enno større utfordringar knytt til å levere tenester til rett tid, enn å levere dei tenestene som det innhaldsmessig er fatta vedtak om (sjå Figur 7 over). Til saman meiner 48 % at ein «i nokon grad» klarer å levere tenestene til rett tid, medan 23 % av dei tilsette meiner at ein «i liten grad» klarer dette. Når ein skil mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta, går det fram at ein større prosentdel i heimetenesta meiner at tenestene «i stor grad» blir levert til rett tid, men det er også ein større prosentdel i heimetenesta som meiner at tenestene «i liten grad» blir levert til rett tid, i forhold til sjukeheimstenesta. Sjå figuren nedanfor.

Figur 8 Tenester levert til rett tid, tilsette.³⁰



I eit kommentarfelt i spørjeundersøkinga kunne dei tilsette utdjupe årsaka(ne) til at eininga der dei arbeider ikkje klarer å levere den tenesta som er tildelt den einskilde tenestemottakar. Av kommentarane går det fram at fleire opplever at det er for lite tid til den einskilde tenestemottakar og at det er for låg bemanning. Fleire har også peikt på at det er lange avstandar mellom tenestemottakar og base, og at det går mykje tid i køyring fram og tilbake. Ein del har trekt fram at tenestemottakarane i dag er meir pleietrengande, og at det er behov for meir faglært personell. Det går også fram at nokre opplever at tilleggsoppgåver som kjøkkenoppgåver og matserving tar av tida ein kunne brukt på tenestemottakarane. Av kommentarfeltet går det vidare fram at tenestene ikkje alltid blir levert til riktig tid. Fleire peiker på at det er for mange tenestemottakarar som skal ha levert tenester på same tidspunkt.

4.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det er dei tilsette i helse- og omsorgstenesta som i størst grad opplever at det er utfordringar knytt til det å sikre at tenestemottakarar får dei tenestene dei har vedtak om. Særleg gjeld dette tilsette i sjukeheimstenesta, men også her er det få som gir uttrykk for at det er *liten grad* av samsvar mellom tildelte tenester og leverte tenester. Særleg i heimetenesta blir det likevel peikt på utfordringar med å levere tenestene *til rett tid*. Samtidig vil revisjonen igjen presisere at det er få respondentar, og at svara i spørjeundersøkinga difor må tolkast med varsamheit.

Tenestemottakarar og pårørande som har svart på spørjeundersøkinga meiner i hovudsak at det er godt samsvar mellom tildelte tenester og dei tenester som blir gitt i praksis, og særleg gjeld dette i heimetenesta. Eit klart fleirtal opplever også at tenestene blir levert til rett tid. Samtidig er det også her enkelte som peiker på utfordringar.

³⁰ N=49 (total). For eining for heimetenester er N=19. For eining for sjukeheimstenester er N=30.

I enkelte tilfelle kan det vere ulike oppfatningar av kva det eigentleg er fatta vedtak om, som ligg til grunn for at enkelte meiner at tenesta ikkje er i samsvar med vedtaket. Særleg kan dette vere tilfelle i sjukeheimstenesta, der det ikkje alltid er spesifisert kva konkrete tenester ein langtids plass på sjukeheim omfattar. I andre tilfelle kan det vere reelle utfordringar, til dømes knytt til kapasitet, som medfører at det ikkje er tilstrekkeleg tid til å følgje opp den enkelte tenestemottakar og dei tenestene vedkomande skal ha. Uansett meiner revisjonen det er viktig at kommunen sikrar at det systematisk blir henta inn tilbakemeldingar om slike forhold, frå både tenestemottakarar, pårørande der det er aktuelt, og tilsette i tenestene. Igjen vil revisjonen presisere viktigeita av at slike tilbakemeldingar er blant den informasjonen som blir lagt til grunn i det kontinuerlege kvalitetsarbeidet i tenestene. Vedtak om tenester skildrar kva tenestemottakar har rett på, og dersom tenestene ikkje blir gitt i samsvar med vedtaket vil dette vere brot på tenestemottakaren sin rett til helse- og omsorgstenester, og det er viktig at slike tilfelle alltid blir meldt som avvik og følgt systematisk opp. Det kan, basert på det som kjem fram i undersøkinga, også vere føremålstenleg å gjennomføre ei systematisk risikovurdering der ein kartlegg risikoar knytt til det å ikkje klare å levere dei tenestene det er fatta vedtak om, og å levere tenestene til rett tid. Sjå kapittel 5 i rapporten for ytterlegare drøfting av risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenestene.

4.5 Opplevd brukar- og pårørandemedverknad i utforminga av tenestetilbodet

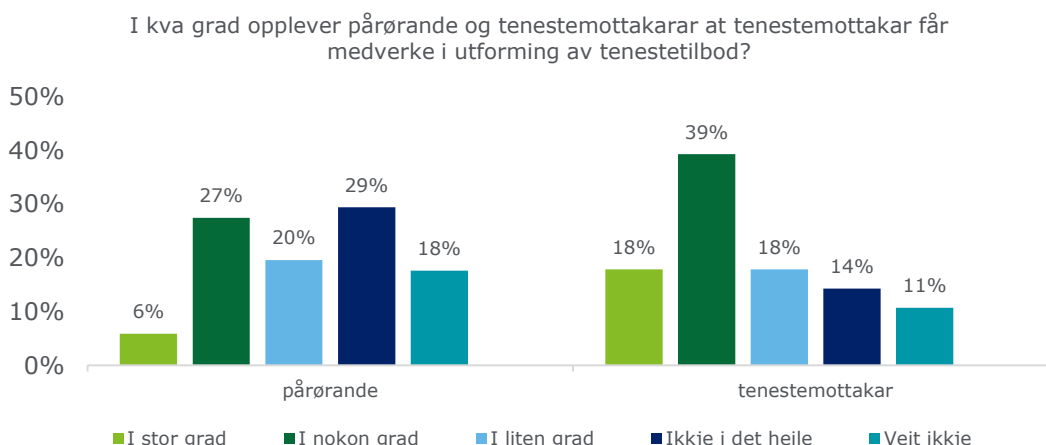
4.5.1 Datagrunnlag

Tenestemottakar sin medverknad

Det går fram av spørjeundersøkinga at pårørande i varierende grad opplever at tenestemottakar får medverke i utforming av tenestetilbodet. Den største prosentdelen på 29 prosent har svart at dei «ikkje i det heile» opplever at tenestemottakar får medverke, medan 27 prosent opplever at tenestemottakar «i nokon grad» får medverke. I tal utgjør dette høvesvis 15 og 14 personar. Det er 20 prosent av dei pårørande som har svart at dei «i liten grad» opplever at tenestemottakarane får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan seks prosent opplever at tenestemottakarane «i stor grad» får medverke.

Når det gjeld svara frå tenestemottakarane, går det fram at den største prosentdelen av denne gruppa (39 prosent) opplever at dei «i nokon grad» får medverke i utforminga av tenestetilbodet, medan 18 prosent har svart at dei «i stor grad» eller «i liten grad» får medverke. Det er 14 prosent av tenestemottakarane som har svart at dei «ikkje i det heile» får medverke i utforminga av eige tenestetilbod. I tal utgjør dette fire personar.³¹ Sjå figuren nedanfor.

Figur 9: Medverknad i utforming av tenestetilbod, tenestemottakarar, samla.³²



Dersom vi ser på svara frå tenestemottakarar og pårørande for heimetenesta og sjukeheimstenesta åtskilt³³, går det fram at den største prosentdelen av tenestemottakarar og pårørande i sjukeheimstenesta (43 prosent)

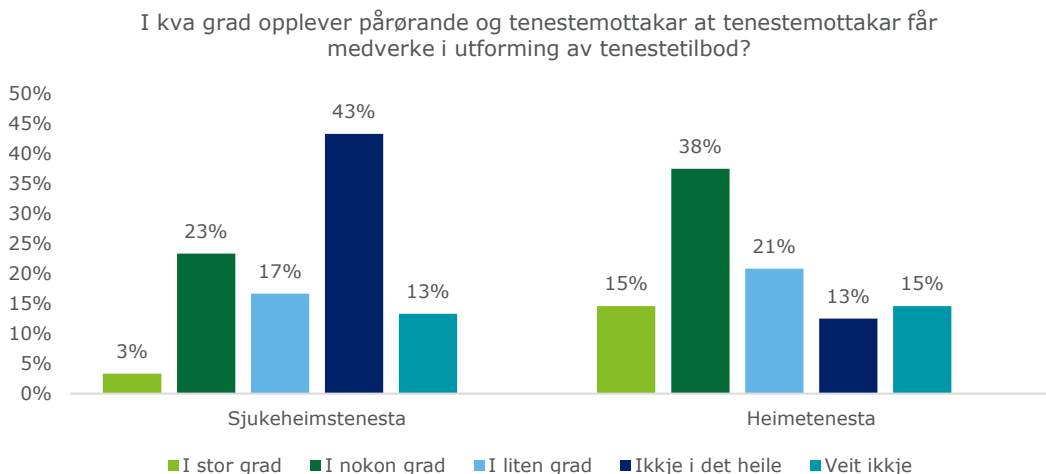
³¹ Her er det verdt å merke seg at talet tenestemottakarar som har svart på undersøkinga er lågare enn talet pårørande som har svart. For tenestemottakarar er N=28, medan den for pårørande er N=51.

³² N=79 (total). I gruppa «pårørande» er N=51. I gruppa «tenestemottakar» er N=28.

³³ Av omsyn til anonymitet omtalar vi pårørande og tenestemottakarar som ei samla gruppe når vi skiljer mellom sjukeheimstenesta og heimetenesta. Dette for å unngå at ei respondentgruppe blir så lita at det kan vere utfordrande å sikre at anonymiteten blir ivareteke.

«ikkje i det heile» opplever at tenestemottakar får medverke i utforming av tenestetilbodet. I tal utgjør dette 13 personar. Det er 23 prosent som har svart at dei opplever dette «i nokon grad». Vidare er det 17 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande i sjukeheimstenesta som opplever at tenestemottakar «i liten grad» får medverke, medan tre prosent opplever dette «i stor grad». Når det gjeld tenestemottakarar og pårørande i heimetenesta opplever den største prosentdelen på 38 prosent at tenestemottakar «i nokon grad» får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan 21 prosent opplever dette «i liten grad». I tal utgjør dette 10 personar. Det er 15 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande i heimetenesta som meiner at tenestemottakar «i stor grad» får medverke, medan 13 prosent (6 personar) opplever at dei «ikkje i det heile» får medverke. Sjå figuren nedanfor.

Figur 10: Medverknad i utforming av tenestetilbod, sjukeheimstenesta og heimetenesta.³⁴



Pårørande sin medverknad

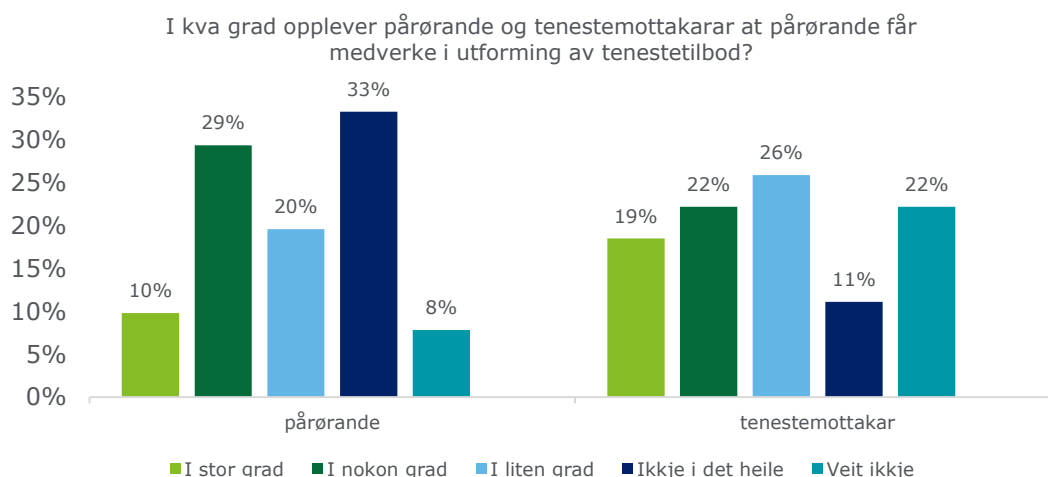
Når det gjeld i kva grad pårørande får medverke i utforming av tenestetilbodet, går det fram at den største delen (33 prosent) av dei pårørande opplever at dei «ikkje i det heile» får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan 29 prosent opplever at dei «i nokon grad» får medverke. I tal utgjør dette høvesvis 17 og 15 personar. Det er 20 prosent av dei pårørande som har svart at dei «i liten grad» får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan ti prosent svarer at dei «i stor grad» får medverke.³⁵

Den største delen av tenestemottakarane (26 prosent) har svart at dei «i liten grad» opplever at pårørande får medverke i utforming av tenestetilbodet, medan 22 prosent opplever at pårørande får medverke «i nokon grad». Det er 19 prosent av tenestemottakarane som har svart at pårørande «i stor grad» får medverke, medan elleve prosent har svart at pårørande «ikkje i det heile» får medverke. I tal utgjør dette 3 personar. Sjå figuren nedanfor.

³⁴ N=78 (total). For gruppa «institusjon» er N=30. For gruppa «tenester i heimen» er N=48.

³⁵ Det er viktig å presisere at det ikkje er alltid pårørande har rett til å medverke i utforming av tenestetilbodet. Dette er avhengig av i kva grad tenestemottakaren sjølv har samtykkekompetanse og kan ivareta medverknaden sjølv.

Figur 11: Medverknad i utforming av tenestetilbod, pårørande, samla.³⁶



Svara i spørjeundersøkinga viser at tenestemottakarar og pårørande innanfor både heimetenesta og sjukeheimstenesta opplever at pårørande i liten grad har moglegheit til å medverke i utforminga av tenestetilbodet, men moglegheita til å medverke blir opplevd som enno mindre i sjukeheimstenesta enn i heimetenesta. I sjukeheimstenesta svarer 37 prosent av respondentane (pårørande og tenestemottakarar samla) at pårørande «ikkje i det heile» får medverke i utforminga av tenestetilbodet.³⁷ I heimetenesta svarer den største prosentdelen (28 prosent) at pårørande «i liten grad» får medverke.³⁸

4.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at tenestemottakarar og pårørande i liten grad opplever at dei sjølv har moglegheit til å medverke i utforming av tenestetilbodet. Samtidig er det viktig å merke seg at det er tenestemottakarane sjølv som er mest positive til eigen medverknad. Også her er det likevel relativt få som svarer at dei «i stor grad» får moglegheit til å medverke i utforminga av tenestetilbodet.

Revisjonen vil presisere at talet respondentar er lågt, og at svara difor må tolkast med varsamheit. Likevel meiner revisjonen at svara indikerer at dialogen med tenestemottakarar og pårørande ikkje er god nok, og at den faktiske medverkinga som tenestemottakarar, og i nokre tilfelle pårørande, har rett på etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene § 3, ikkje i tilstrekkeleg grad er ivareteke. Som det går fram av avsnitt 3.3 i rapporten, har Vaksdal kommune etablert ein del system og rutinar for å sikre at retten til medverknad blir ivareteke, men basert på svara frå tenestemottakarar og pårørande meiner revisjonen det er behov for at kommunen gjennomgår sine system og rutinar for medverknad, og vurderer om det er behov for å endre praksisen. Det kan også vere behov for – i dialogen med tenestemottakarar og pårørande – å vere tydelegare på kva medverknad inneber, og på kva vis tenestemottakarar (og eventuelt pårørande) kan medverke i utforming og endring av tenestene.

4.6 Ivaretaking av grunnleggjande behov

4.6.1 Datagrunnlag

I spørjeundersøkingane har både tilsette, tenestemottakarar og pårørande svart på i kva grad dei opplever at mottakarane av tenestene får ivaretatt sine grunnleggjande behov. Respondentane blei bede om å svare på i kva grad dei opplever at tenestemottakarar får ivaretatt grunnleggjande behov knytt til mellom anna eige privatliv, personleg hygiene og medisinske behov, samt sosialt samvær og aktivitetar. Nedanfor er svara frå spørjeundersøkingane samla tematisk etter ulike «kategoriar» av grunnleggjande behov.

³⁶ N=78 (total). I gruppa «pårørande» er N=51. I gruppa «tenestemottakar» er N=27.

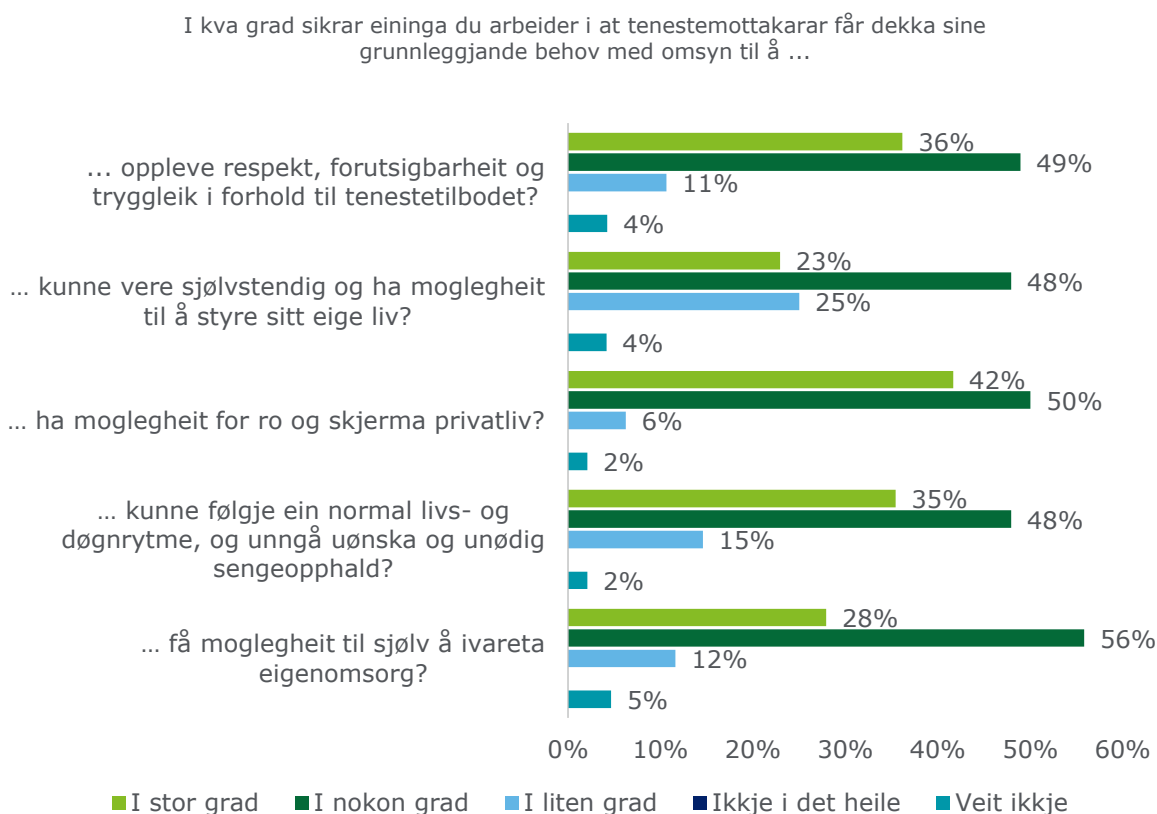
³⁷ N=30. Svarfordelinga er: 10 prosent svarer «i stor grad», 33 prosent svarer «i nokon grad», 13 prosent svarer «i liten grad», 37 prosent svarer «ikkje i det heile», 7 prosent svarer «veit ikkje».

³⁸ N=48. Svarfordelinga er: 15 prosent svarer «i stor grad», 23 prosent svarer «i nokon grad», 28 prosent svarer «i liten grad», 19 prosent svarer «ikkje i det heile», 15 prosent svarer «veit ikkje».

Grunnleggjande behov: Sjølvstende, respekt, føreseielegheit og privatliv

Fleirtalet av dei tilsette har svart at dei «i stor grad» eller «i nokon grad» opplever at tenestemottakarar får dekkja grunnleggjande behov med omsyn til å oppleve respekt og føreseielegheit, å vere sjølvstendig, å ha eit privatliv, å følgje normal døgnrytme og å få moglegheit til å ivareta eigenomsorg. Samstundes er det verdt å merke seg at 25 prosent av dei tilsette har svart at dei «i liten grad» opplever at tenestemottakarar har tilstrekkeleg moglegheit til å vere sjølvstendig, og ha moglegheit til å styre sitt eget liv. Det er særleg tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Figur 12: Grunnleggjande behov 1, tilsette samla.³⁹



I spørjeundersøkinga til **tenestemottakarar og pårørande** blei det også stilt spørsmål om i kva grad dei opplever at Vaksdal kommune sikrar at tenestemottakaren får tilfredsstilt ulike grunnleggjande behov gjennom tenestene som blir gitt.

Fleirtalet av tenestemottakarar og pårørande samla (58 prosent, eller 44 av 76 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til å oppleve respekt, føreseielegheit og tryggleik i forhold til tenestetilbodet. 33 prosent har svart «i nokon grad» og ni prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Den største delen av tenestemottakarane og dei pårørande (49 prosent, eller 40 av 81 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til det å kunne vere sjølvstendig og ha moglegheit til å styre sitt eige liv. 30 prosent har svart i «i nokon grad» og sju prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Når det gjeld spørsmålet knytt til det å ha moglegheit for ro og skjema privatliv har 54 prosent av tenestemottakarar og pårørande (43 av 79 respondentar) svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakaren får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov knytt til dette. 18 prosent har svart «i nokon grad» og 24 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

Det er 35 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande (27 av 78 respondentar) som har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til det å kunne følgje ein normal livs- og døgnrytme, og unngå uønska og unødige sengeopphald, medan det er høvesvis 31

³⁹ N varierer på dei ulike underspørsmåla. Lågast N=43, høgast N=48.

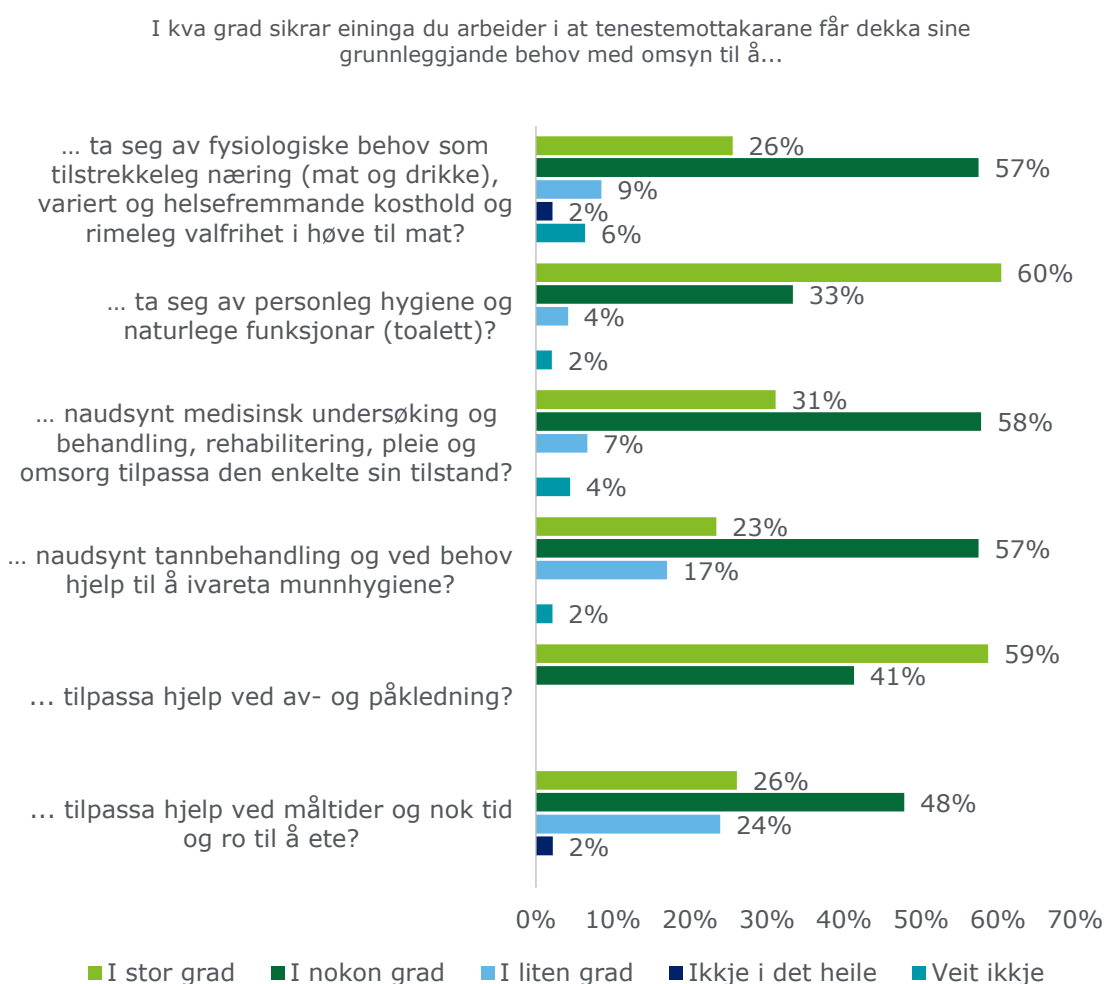
prosent og åtte prosent som har svart «i nokon grad» og «i liten grad». 26 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

43 prosent av tenestemottakarar og pårørande (34 av 79 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov når det gjeld moglegheit til sjølv å ivareta eigenomsorg. 23 prosent har svart «i nokon grad» og 8 prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet. Det er vidare 20 prosent som har svart «ikkje aktuelt».

Grunnleggjande behov: Fysiologiske behov

Som det går fram av figuren under, har fleirtalet (57 prosent) av dei tilsette svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakarar får dekkja sine grunnleggjande behov med omsyn til å ta seg av fysiologiske behov som tilstrekkeleg næring, variert og helsefremmande kosthold og rimeleg valfrihet i høve til mat. Vidare har eit fleirtal av dei tilsette (59 prosent) svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakarar får dekkja grunnleggjande behov med omsyn til pleie og omsorg tilpassa den enkelte sin tilstand. Det er 48 prosent som har svart at tenestemottakarane «i nokon grad» får tilpassa hjelp ved måltider og nok tid og ro til å ete. Det er 60 prosent av dei tilsette som meiner at tenestemottakarane «i stor grad» får dekkja grunnleggjande behov knytt til personleg hygiene og naturlege funksjonar, og det er 59 prosent som meiner tenestemottakarane «i stor grad» får tilpassa hjelp ved av- og påkledning.

Figur 13: Grunnleggjande behov 2, tilsette samla.⁴⁰



Når det gjeld spørsmålet om hjelp til naudsynt tannbehandling og ivaretaking av munnhygiene, er det ein større prosentdel av tilsette i heimetenesta enn tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad». Det same er tilfelle for spørsmålet om tilpassa hjelp ved måltider.

⁴⁰ N varierer på dei ulike underspørsmåla. Lågast N=45, høgast N=48.

39 prosent av tenestemottakarar og pårørande samla (30 av 76 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggande behov med omsyn til fysiologiske behov som tilstrekkeleg næring (mat og drikke), variert og helsefremmande kosthold og rimeleg valfridom i høve til mat. 25 prosent har svart «i nokon grad» og høvesvis elleve prosent og åtte prosent har svart «i liten grad» eller «ikkje i det heile» på dette spørsmålet. Det er vidare 16 prosent som har svart «ikkje aktuelt».

Når det gjeld spørsmålet knytt til det å få hjelp til å ivareta personleg hygiene og naturlege funksjonar (toalett) har 39 prosent av tenestemottakarar og pårørande (30 av 76 respondentar) svart at dette «i stor grad» blir ivareteke, medan 30 prosent har svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakaren sine grunnleggande behov knytt til dette blir ivareteke. 24 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

På spørsmålet knytt til det å få naudsynt medisinsk undersøking og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpassa den enkelte sin tilstand har 40 prosent av tenestemottakarar og pårørande (32 av 80 respondentar) svart at dei «i nokon grad» opplever at tenestemottakaren får tilfredsstilt sine grunnleggande behov. Vidare er det 23 prosent som har svart «i stor grad», 13 prosent som har svart «i liten grad» og seks prosent som har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet.

Når det gjeld spørsmålet om naudsynt tannbehandling og ved behov hjelp til å ivareta munnhygiene er det høvesvis 23 og 20 prosent av tenestemottakarar og pårørande (tilsvarande 18 og 16 av 79 respondentar) som har svart at dei «i stor grad» og «i nokon grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggande behov knytt til dette. Vidare er det ni prosent som har svart «i liten grad», ti prosent som har svart «ikkje i det heile» og 30 prosent som har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

32 prosent av tenestemottakarar og pårørande (25 av 77 respondentar) har svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov med omsyn til tilpassa hjelp ved av- og påkledning. Vidare er det 25 prosent som har svart «i nokon grad» og 38 prosent som har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

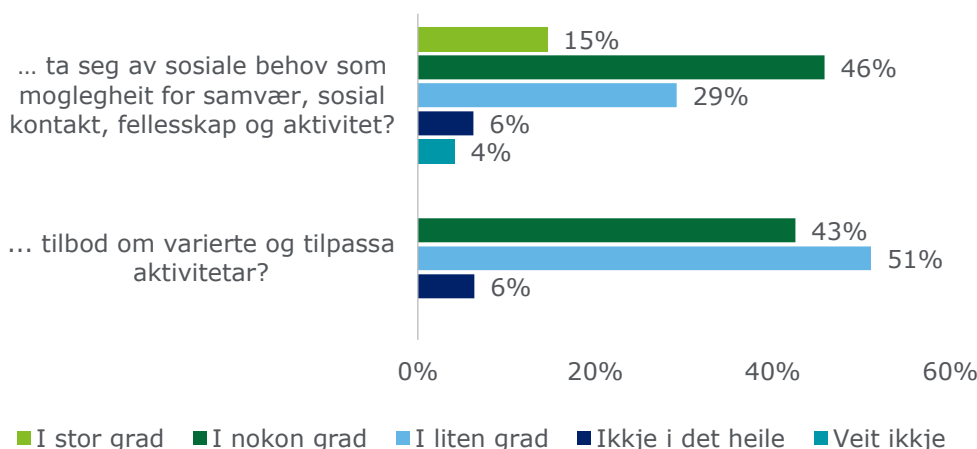
36 prosent av tenestemottakarar og pårørande (28 av 78 respondentar) har vidare svart at dei «i stor grad» opplever at tenestemottakar får tilfredsstilt sine grunnleggande behov med omsyn til tilpassa hjelp ved måltider og nok tid og ro til å ete. Det er 35 prosent som har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet. I tillegg har seks prosent svart «i liten grad» og fire prosent har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet.

Grunnleggjande behov: Sosiale behov og aktivitetar

Når det gjeld tenestemottakarane sine grunnleggjande behov med omsyn til sosial stimulering, går det fram av spørjeundersøkinga at den største delen av dei tilsette (46 prosent) har svart at dei «i nokon grad» meiner tenestemottakarane får dekkja grunnleggjande behov med omsyn til moglegheit til sosial kontakt. Det er 29 prosent av dei tilsette som meiner at tenestemottakarane «i liten grad» får dekkja dette grunnleggjande behovet. På dette spørsmålet er det ein større prosentdel tilsette i heimetenesta enn i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad». Vidare går det fram at fleirtalet av dei tilsette (51 prosent) opplever at tenestemottakarane «i liten grad» får eit tilstrekkeleg tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Ingen av dei tilsette har svart «i stor grad» på dette spørsmålet. Det er også til saman 6 prosent av dei tilsette som har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet, og alle desse respondentane er tilsett i heimetenesta. Sjå figuren nedanfor for svarfordeling på desse to spørsmåla.

Figur 14: Grunnleggjande behov 3, tilsette samla⁴¹

I kva grad sikrar eininga du arbeider i at tenestemottakarane får dekkja sine grunnleggjande behov med omsyn til å ...



I spørjeundersøkinga til tenestemottakarar og pårørande blei det også stilt spørsmål om grunnleggjande behov knytt til sosiale behov og aktivitetar. 26 prosent av tenestemottakarar og pårørande (20 av 76 respondentar) har svart at tenestemottakarar «i nokon grad» får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov knytt til sosiale behov som moglegheit for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Det er 26 prosent som har svart at dei meiner dette er tilfelle «i liten grad». 22 prosent (17 respondentar) har svart at dei meiner dette grunnleggjande behovet «i stor grad» blir ivareteke.

Vidare har 21 prosent (16 av 78 respondentar) svart at tenestemottakarar «i nokon grad» får tilfredsstilt sine grunnleggjande behov når det gjeld tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Det er også 21 prosent som har svart «i liten grad» på dette spørsmålet. 18 prosent har svart «ikkje i det heile» og 29 prosent har svart «ikkje aktuelt» på dette spørsmålet.

Grunnleggjande behov: Tilbod om tilrettelegging for personar med demens

Når det gjeld tilbod om tilrettelegging for personar med demens svarar fleirtalet av dei tilsette (51 prosent) at dei «i nokon grad» meiner tenestemottakarane får dekkja dette grunnleggjande behovet, medan 32 prosent meiner at tenestemottakarane «i liten grad» får dekkja dette grunnleggjande behovet.⁴² Det er ein større prosentdel av dei tilsette i heimetenesta enn dei tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad» på dette spørsmålet.

Også pårørande fekk spørsmål om i kva grad dei opplever at dei kommunale helse- og omsorgstenestene sikrar at tenestemottakarar sine grunnleggjande behov blir ivareteke med omsyn til tilbod om tilrettelegging for personar med demens og andre som sjølv har vanskar med å formulere sine behov. 55 prosent av dei pårørande (28 av 51 respondentar) svarte at dette ikkje var aktuelt. Vidare var det 12 prosent (seks respondentar) som svarte «i nokon grad», 12 prosent svarte «i liten grad», og 12 prosent svarte «veit ikkje».⁴³

Samla tilfredsheit med helse- og omsorgstilbodet

Som det går fram av Figur 15 under, er den største prosentdelen av pårørande og tenestemottakarar som har svart på undersøkinga «ganske nøgd» med helse- og omsorgstenestene som blir gitt av Vaksdal kommune (44 prosent). Det er 31 prosent som er «svært nøgd», medan 20 prosent er «verken nøgd eller misnøgd». Totalt er det fire prosent som er «ganske misnøgd» med Vaksdal kommune sine helse- og omsorgstenester, medan ein prosent er «svært misnøgd» (dette utgjør éin person). Dersom ein skil svara frå pårørande og tenestemottakarar ser ein at tenestemottakarane er meir nøgd enn dei pårørande (45 prosent av

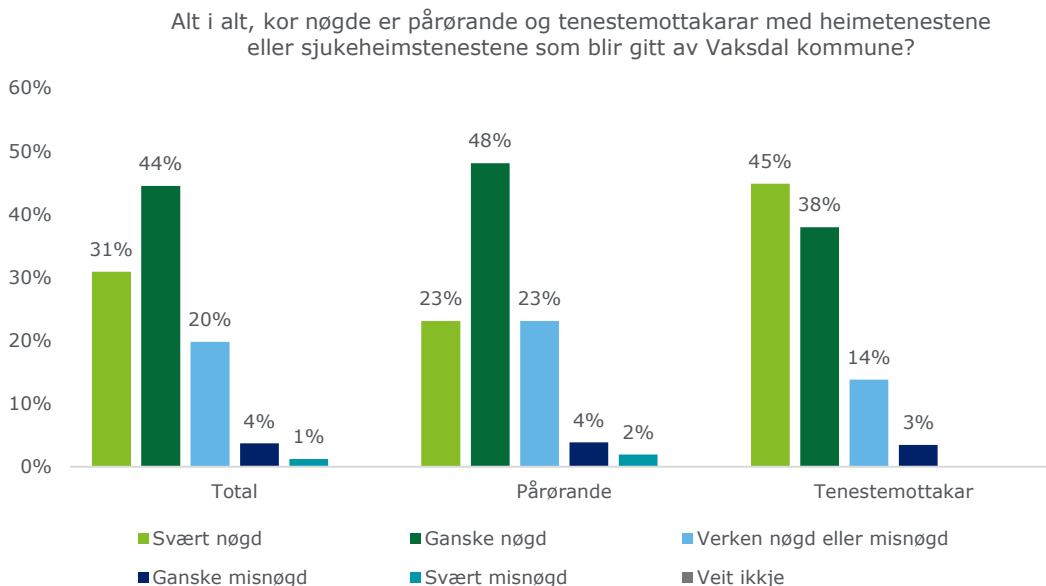
⁴¹ N på dei to spørsmåla er høvesvis 48 og 47.

⁴² Spørsmålet var: *I kva grad sikrar eininga du arbeider i at pasientane/brukarane får dekkja sine grunnleggjande behov med omsyn til å få tilbod om tilrettelegging for personar med demens og andre som sjølv har vanskeleg for å formulere sine behov?* N = 47. Svarfordelinga var som følgjer (nominelle tal): I stor grad: 4; i nokon grad: 24; i liten grad: 15; ikkje i det heile: 1; veit ikkje: 3.

⁴³ I tillegg svarte seks prosent (tre personar) «ikkje i det heile» og fire prosent (to personar) svarte «i stor grad».

tenestemottakarane er «svært nøgd» med tenestene, medan 23 prosent av dei pårørande er «svært nøgd»). Det er 23 prosent av dei pårørande og 14 prosent av tenestemottakarane som er «verken nøgd eller misnøgd». Dette utgjør høvesvis 12 og 4 personar. Fire prosent av pårørande og tre prosent av tenestemottakarar er «ganske misnøgd» med tenestene gitt av kommunen.⁴⁴ To prosent av dei pårørande (tilsvarande éin respondent) har svart at dei er «svært misnøgd» med helse- og omsorgstenestene i Vaksdal, medan ingen av tenestemottakarane har svart dette.

Figur 15: Tilfredsheit med helse- og omsorgstenesta, samla.⁴⁵



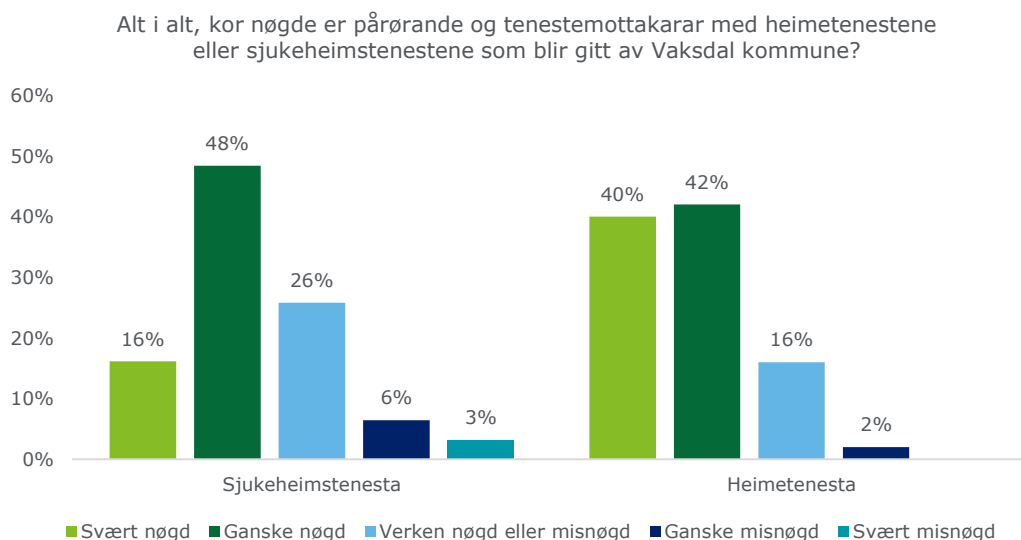
Tenestemottakarar og pårørande har gjennom fritekstfelt i spørjeundersøkinga fått høve til å gi utfyllande kommentarar til spørsmåla og tema for spørjeundersøkinga. Fleire av kommentarane omhandlar tidspunkta for måltidsservering og kvaliteten på maten. Det blir eksempelvis vist til at det ikkje i stor nok grad blir tatt grep for å forhindre underernæring. Det blir vist til at alle måltid er plassert inn på for få timar, noko som medfører at tenestemottakarane ikkje er svoltne og at maten ikkje blir eten. Ein del av kommentarane omhandlar at tenestemottakarane ikkje får tilstrekkeleg tilbod om trening og fysioterapi. Det blir peika på at tenestemottakarane i for liten grad blir aktiviserte. I nokre frå kommentarfelt blir det trekt fram at tenesta som blir gitt er personavhengig. Det er også nokre få som peikar på at det er ønskjeleg med meir dialog med pårørande.

Dersom ein skil mellom sjukeheimstenesta og heimetenesta viser svara frå spørjeundersøkinga at pårørande og tenestemottakarar i heimetenesta er meir nøgde enn pårørande og tenestemottakarar i sjukeheimstenesta (40 prosent av tenestemottakarar og pårørande er «svært nøgd» med heimetenesta, medan 16 prosent er «svært nøgd» med sjukeheimstenesta). Svarfordelinga går fram av Figur 16 under, og viser vidare at 48 prosent er «ganske nøgd» med sjukeheimstenesta medan 42 prosent har gitt same svar for heimetenesta. Det er 26 prosent av tenestemottakarane og dei pårørande som er «verken nøgd eller misnøgd» med sjukeheimstenesta og 16 prosent har svart det same for heimetenesta. Dette utgjør åtte personar i begge grupper. Seks prosent har svart at dei er «ganske misnøgd» (dette utgjør to personar) og tre prosent har svart at dei er «svært misnøgd» med sjukeheimstenesta. To prosent har svart at dei er «ganske misnøgd med heimetenesta. Sjå figuren nedanfor.

⁴⁴ Dette utgjør høvesvis to og éin respondent.

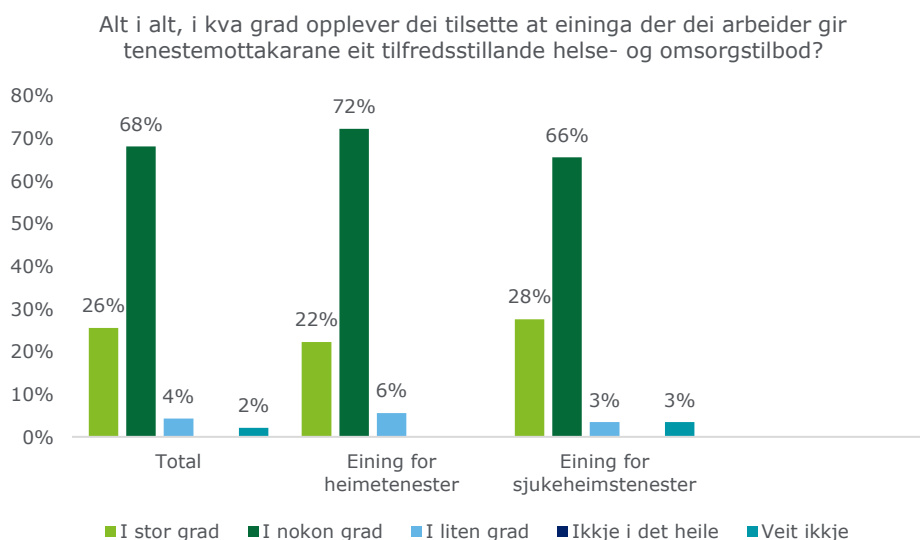
⁴⁵ N=81 (total). For gruppa «pårørande» er N=52. For gruppa «tenestemottakar» er N=29.

Figur 16: Tilfredsheit med helse- og omsorgstenesta, sjukeheimstenesta og heimetenesta⁴⁶



Det går fram at eit fleirtal på 68 prosent av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta alt i alt opplever at eininga der dei er tilsett «i nokon grad» gir tenestemottakarane eit tilfredsstillande helse- og omsorgstilbod (høvesvis 72 prosent i heimetenesta og 66 prosent i sjukeheimstenesta har svart dette). Sjå figuren nedanfor.

Figur 17: Tilfredsstillande helse- og omsorgstilbod, tilsette, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁴⁷



I intervju blir det frå representantar for leinga innanfor helse- og omsorgstenesta vist til at tenestetilbodet i kommunen i det store og det heile er tilfredsstillande, men at det kan dukke opp enkeltsaker der det ikkje er tilfredsstillande. Dette kan ha med kompetanse og ressursar å gjere. Det blir også kommentert at det alltid blir gjort forsøk på å leggje til rette for den enkelte tenestemottakar i så stor grad som mogleg.

I enkelte intervju blir det også kommentert at det i periodar med særleg stort arbeidspress, og mykje bruk av vikarar, kan vere krevjande å sikre tilstrekkeleg kvalitet i alle delar av tenestetilbodet. Det blir vidare kommentert at det over ein periode på nokre månadar frå hausten 2016 har vore overbelegg og ein særleg krevjande periode for dei tilsette i sjukeheimstenesta. Tilsettereprerentantar kommenterer i intervju at sjukeheimstenesta, etter ulike endringar som er gjennomført over tid, har klart å oppretthalde eit godt tilbod når det gjeld pleie og ernæring, men ikkje når det gjeld omsorg. Det blir vist til at dei sjukaste pasientane blir prioritert, og at det er ein tendens til at trening og sosial stimulering av pasientane blir nedprioritert. Det blir

⁴⁶ Fordelt på institusjon og tenester i heimen. N=81 (total). For gruppa «institusjon» er N=31. For gruppa «tenester i heimen» er N=50.

⁴⁷ N=47 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

samtidig peikt på at det over tid har vore betydeleg fokus på ernæring, og at dette er noko Vaksdal kommune er veldig gode på. Representantar for dei tilsette peiker også på at det er rom for å tilpasse seg den enkelte tenestemottakar sine ønske og behov, til dømes når det gjeld tidspunkt ein ønskjer å leggje seg, og tidspunkt ein ønskjer å ete middag. Samtidig kjem det fram at det frå siste del av 2016 var ei auke i talet avvik i sjukeheimstenesta, og det blir gitt uttrykk for at dette skuldast at det var ein periode der personalet hadde det veldig travelt. Det blir opplyst at avvika mellom anna dreide seg om mangelfullt stell, til dømes manglande hjelp til tannpuss. Samtidig peiker representantar for dei tilsette på at dei er kjent med at slike tilfelle ofte ikkje blir registrerte som avvik av dei tilsette.

Representantar for dei tilsette kommenterer også at heimetenestene er mykje meir avgrensa i dag samanlikna med tidlegare, og at omfanget av tenester er redusert. Det blir vist til at ein del tilsette har vore vant til å ha god tid hos kvar tenestemottakar, og til å utføre oppgåver som ikkje er knytt direkte til helsetenester eller pleiebehova til tenestemottakaren. Det blir vidare kommentert at det kan vere vanskeleg for enkelte tilsette å tilpasse seg denne omstillinga i heimetenesta, og det kan vere enkelte som opplever at dei burde gjort mykje meir enn det dei har tid til hos den enkelte tenestemottakar. Det blir peikt på at også tenestemottakarar som har hatt tenester over lang tid nok kan oppleve at dei burde fått fleire eller andre tenester enn det dei får, fordi dei har vore vand med at heimetenesta har hatt god tid til å bistå også med ting som per i dag ikkje kjem inn under heimetenesta sine oppgåver.

4.6.2 Vurdering

Undersøkinga viser at både tilsette, tenestemottakarar og pårørande opplever at mange av dei grunnleggjande behova til mottakarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune blir godt ivareteke. Samtidig er det viktig å merke seg at det er til dels store ulikheter mellom ulike grunnleggjande behov som dei ulike respondentgruppene er bedt om å ta stilling til i spørjeundersøkingane. Gjennomgåande er det særleg dei grunnleggjande behova som dreier seg om sosiale behov og aktivitetar som synast utfordrande. Naudsynt tannbehandling og hjelp til tannhygiene blir også av ein del respondentar i alle respondentgrupper utpeikt som eit grunnleggjande behov som ikkje blir tilstrekkeleg ivareteke.

I tillegg er det ein del forskjellar mellom i kva grad dei ulike respondentgruppene opplever at grunnleggjande behov blir ivareteke. Ein stor prosentdel av dei tilsette peiker på utfordringar med omsyn til det å sikre at tenestemottakaren får vere sjølvstendig og ha moglegheit til å styre eige liv. Tenestemottakarar og pårørande ser imidlertid ikkje særskilte utfordringar med ivaretaking av dette grunnleggjande behovet. Også når det gjeld tilpassa hjelp i samband med måltider, meiner tilsette i større grad enn tenestemottakarar og pårørande at dette er utfordrande. Vidare er det særleg dei tilsette som peiker på utfordringar knytt til å sikre eit tilbod om tilrettelegging for personar med demens og andre som sjølv har vanskar med å formulere sine behov. Undersøkinga viser også at det i fleire tilfelle er dei tilsette i heimetenesta som i størst grad peikar på utfordringar knytt til ivaretaking av enkelte grunnleggjande behov. Om dette skuldast reelle manglar ved tenestetilbodet, eller ulike oppfatningar om kva tenestene bør omfatte, er det vanskeleg å konkludere med basert på dei undersøkingar som er gjort. Det er samtidig verd å merke seg at tenestemottakarar og pårørande stort sett er godt fornøyde med heimetenesta.

Basert på svara frå dei tilsette som har svart på spørjeundersøkinga, meiner ein til tider stor prosentdel av dei tilsette at helse- og omsorgstenesta ikkje klarer å tilfredsstille alle dei grunnleggjande behova til tenestemottakarane. Som nemnd tidlegare er svarprosenten i undersøkinga låg, og svara må difor tolkast med varsamheit. Likevel meiner revisjonen at prosentdelen av dei tilsette som har påpeikt manglar knytt til ivaretaking av grunnleggjande behov, til tider er så stor at dette indikerer at systema som skal bidra til å sikre at grunnleggjande behov blir ivareteke (jf. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene) ikkje er tilstrekkelege. Revisjonen vil presisere viktigheita av å sikre at alle forhold som tilsette opplever som manglar i tenestetilbodet blir meldt som avvik, og at det blir sett i verk tiltak for å rette opp i eventuelle systematiske manglar ved helse- og omsorgstenestene i kommunen. Som nemnd i avsnitt 3.5.2 er det difor særskilt viktig at kommunen arbeider vidare med kulturen for å melde avvik i helse- og omsorgstenesta, og då særleg i sjukeheimstenesta. Dette er viktig for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel kjem tydeleg fram, og blir nytta i kvalitetsarbeidet. Vidare er det viktig å sikre at det er etablert gode system for at tilsette melder frå om auka og/eller endra behov for tenester hos tenestemottakarane, slik at tenestene til ei kvar tid er så godt tilpassa behova som mogleg.

Når det gjeld den samla tilfredsheita med helse- og omsorgstenestene, er denne relativt høg, basert på svara i spørjeundersøkinga. Igjen kjem det imidlertid tydeleg fram at tenestemottakarane sjølv er meir tilfredse enn dei pårørande som har svart på undersøkinga. Vidare er respondentane i heimetenesta meir nøgd med

tenestene enn respondentane i sjukeheimstenesta. I den samanheng vil revisjonen også peike på at det blant respondentane i sjukeheimstenesta er ei stor overvekt av pårørnde, medan talet pårørnde og tenestemottakarar i heimetenesta som har svart på undersøkinga, er ganske likt. Revisjonen vil også peike på viktigheita av at det er etablert system for jamlege pårørndemøte i både heimetenesta og sjukeheimstenesta, og at det nyleg er etablert eit brukarutval med representantar for dei pårørnde i sjukeheimstenesta. Basert på det som kjem fram i denne undersøkinga, synast dette å vere eit viktig og riktig grep frå kommunen si side, for å sikre at pårørnde får høve til å medverke, og at det blir etablert føremålstenlege forum for involvering av pårørnde i sjukeheimstenesta på systemnivå.

4.7 Tilsette si oppleving av om dei får tilstrekkeleg opplæring og oppfølging frå leiinga⁴⁸

4.7.1 Datagrunnlag

System og rutinar for opplæring og sikring av tilstrekkeleg kompetanse

Einingane i helse- og omsorgstenesta har lokale kompetanseplanar, og kommunen har ei rekkje satsingar på kompetanse, mellom anna desentralisert sjukepleiarutdanning og fagopplæring, retta mot tilsette i helse- og omsorgstenesta. Kommunen har dokumentert desse satsingsområda gjennom kompetanseplan for 2016-2019.⁴⁹ Her blir det skildra kva tiltak helse- og omsorgstenesta har planlagt i perioden 2016-2019 for å sikre god rekruttering og vidareutdanning innanfor tenestområdet. I intervju blir det opplyst at denne kompetanseplanen blir revidert årleg. Kompetanseplanen omfattar ei rekkje ulike tiltak, men omtalar ikkje eksplisitt kompetanse i forbetningsarbeid. Det blir også informert om at kommunen arbeider strategisk med fokuset på vidareutdanning gjennom kartleggingar av kva behov som ligg i kommunen. Folkehelseprofilen blir analysert og nytta i denne samanheng. Fram til no har kommunen jobba med vidareutdanning på tema som demens, diabetes og teknologi, i tillegg til at fleire tilsette har tatt palliativ vidareutdanning. Helse- og omsorgstenesta har også system for internundervisning der m.a. lovverk, sentrale og lokale føringar/styringsdokument og prosedyrar/kvalitetsarbeid er tema. I det daglege nyttar Helse- og omsorgstenesta mellom anna «praktisk prosedyre for sjukepleiartenesta – PPS»⁵⁰ for å sikre at tilsette har tilgang til prosedyrar og skildringar av framgangsmåte i ulike oppgåver.

Det er utarbeidd eigne opplæringsrutinar for vikarar og nyttilsette både i sjukeheimstenesta og heimetenesta. Rutinane inneber mellom anna opplæringsvakter der ein erfaren tilsett har ansvar for å følgje opp og lære opp den nyttilsette. For å sikre at alle relevante tema blir gjennomgått i samband med opplæringa, er det utarbeidd opplæringsplanar. Opplæringsplanen listar opp tema og aktivitetar som skal gjennomgåast som del av opplæringa, og dei tilsette skal fylle inn datoen for kva tid aktiviteten er gjennomgått og at vedkommande føler seg trygg på emnet for opplæring. I tillegg skal personen som er ansvarleg for opplæringa signere på at opplæring er gitt. Både heimetenesta og sjukeheimstenesta har opplæringspermar med rutinar som skal gjennomgåast saman med den nyttilsette.

I intervju blir det kommentert at det kan variere noko frå person til person kor grundig opplæringa som blir gitt til nyttilsette og vikarar er. Det blir også trekt fram at det kan opplevast som ei belastning for dei faste tilsette når det er mange nye tilsette og/eller vikarar samtidig, og at ansvar for opplæring av nyttilsette er tidkrevjande i ein travel kvardag. I samband med ferieavvikling er det mange vikarar som skal ha opplæring på same tid, og frå sommaren 2016 har difor heimetenesta hatt eit eige undervisningsopplegg for sommarvikarar.

I tilsyn gjennomført av Fylkesmannen i Hordaland i 2016⁵¹ blei det påpeikt to avvik frå krav i regelverket, og eit av desse dreier seg spesifikt om mangelfull opplæring: «Vaksdal kommune har ikkje sørgd for at tilsette

⁴⁸ I dette delkapitlet vil følgjande to underproblemstillingar bli svart på: 1) *Opplæver dei tilsette at dei har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har?* og 2) *I kva grad opplæver dei tilsette at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver?*

⁴⁹ Vaksdal kommune, *Helse og omsorg, kompetanseplan 2016-2019*.

⁵⁰ Praktisk prosedyrer i sjukepleiartenesta – PPS, Vaksdal kommune. PPS er eit digitalt støtteverktøy for helsesektoren med kunnskapsbaserte prosedyrar og tilhøyrande kunnskapsstoff til bruk i praktisk utøving, kvalitetssikring og dokumentasjon, samt kompetanseutvikling. PPS fungerer som eit oppslagsverk i journalsystemet Profil. Her kan dei tilsette hente fram prosedyrar og kunnskapsmaterieil.

⁵¹ Fylkesmannen i Hordaland – *Rapport frå tilsyn med tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A, Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim 2016*, 21.november 2016. Tema for tilsynet var tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A. Tilsynet undersøkte om Vaksdal sjukeheim har styring og fører kontroll med at helsehjelp til pasientar som motset seg somatisk helsehjelp, blir gitt i samsvar med krav i helselovgjevinga.

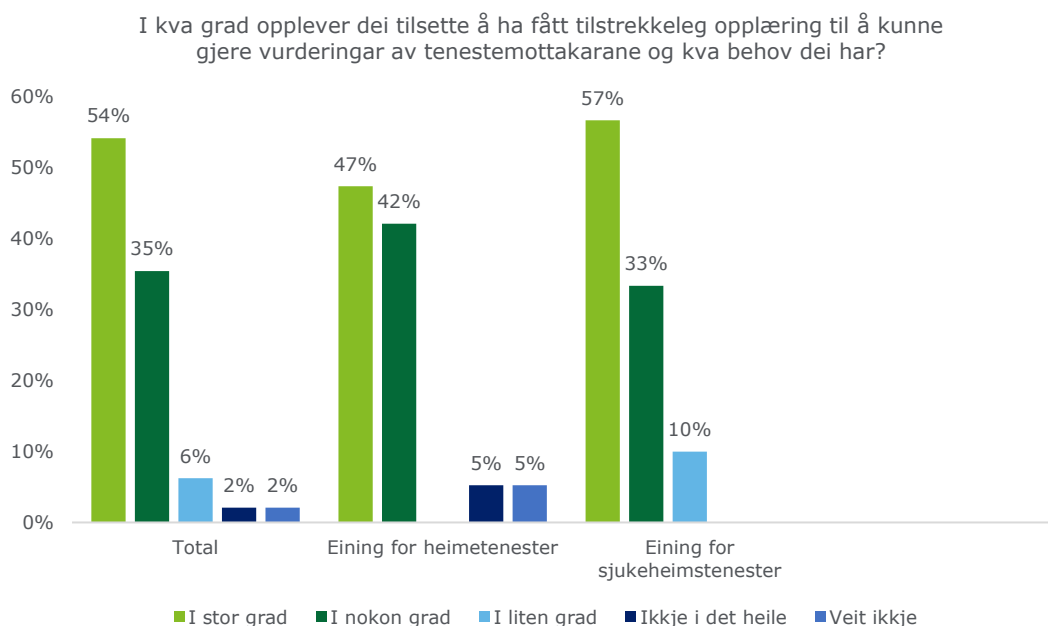
ved Vaksdal sjukeheim avdeling 2, har fått tilpassa og tilstrekkeleg opplæring om samtykke til helsehjelp, og om vilkår for å gi somatisk helsehjelp med tvang.»⁵² I brev av 3. april 2017 frå Vaksdal kommune til Fylkesmannen i Hordaland, er det opplyst om kva tiltak som er sett i verk for å lukke avvika. Det føreligg også presentasjon frå internundervisning retta mot tilsette ved Vaksdal sjukeheim som omhandlar helsehjelp med tvang og samtykkekompetanse. Denne er datert 9.11.2016, nokre dagar før tilsynet blei gjennomført. I brev av 18. april 2017 frå Fylkesmannen i Hordaland til Vaksdal kommune blir det opplyst om at tiltaka blir tatt til orientering, og at Fylkesmannen ber om at tiltaka blir evaluerte. Vidare ber Fylkesmannen om å få tilbakemelding om evaluering av tiltaka innan 1. oktober 2017.

Tilsette si tilfredsheit med opplæringa for å kunne vurdere tenestemottakar sine behov

Det går fram av spørjeundersøkinga at fleirtalet (54 prosent) av dei tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta som har svart på undersøkinga, opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av tenestemottakar sine behov. 35 prosent av dei tilsette har svart at dei «i nokon grad» opplever at dei får tilstrekkeleg opplæring, medan seks prosent opplever dette «i liten grad». Det er to prosent⁵³ av dei tilsette som har svart «ikkje i det heile» eller «veit ikkje» på dette spørsmålet. Sjå Figur 18 nedanfor.

Ser ein nærmare på skilnaden mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta går det fram at det er fleire i sjukeheimstenesta som opplever at dei «i stor grad» har fått tilstrekkeleg opplæring (57 prosent), samanlikna med heimetenesta (47 prosent). Det er 33 prosent i sjukeheimstenesta og 42 prosent i heimetenesta som opplever at dei «i nokon grad» har fått tilstrekkeleg opplæring, medan ti prosent (3 personar) i sjukeheimstenesta har svart «i liten grad» og fem prosent i heimetenesta (1 person) har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet. Sjå figuren nedanfor.

Figur 18: Opplæring av tilsette, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁵⁴



Tilsetterepräsentantar kommenterer i intervju at stor bruk av vikarar og ufaglært personell i periodar kan påvirke kvaliteten i tenestene. Det blir kommentert at dei elementære arbeidsoppgåvene blir dekkja, men at uerfarne og ufaglærte tilsette ofte ikkje i tilstrekkeleg grad klarer å gjere naudsynte observasjonar og vurderingar for å kunne sette inn føremålstenlege førebyggjande tiltak. Det blir vidare peikt på at ein opplever at dette har vore ei aktuell problemstilling i sjukeheimstenesta frå hausten 2016.

System og rutinar for fordeling av arbeidsoppgåver

Representantar for dei tilsette peiker på at det i periodar har vore stort arbeidspress i sjukeheimstenesta, og at dette har blitt handtert ved å auke bemanninga i periodar. Det blir kommentert frå enkelte at ein opplever

⁵² Det andre avviket dreide seg om mangelfulle journalar: «Pasientjournalane i avdeling 2 ved Vaksdal sjukeheim inneheld ikkje relevante og naudsynte opplysningar om tilstanden til pasientane og helsehjelpa som blir gitt.»

⁵³ Tilsvarende ein respondent.

⁵⁴ N=48 (total). For eining for heimetenester er N=19. For eining for sjukeheimstenester er N=30

at det nyttar å melde frå, og å melde om avvik som skuldast at ein har det for travelt på jobb. Andre gir derimot uttrykk for at ein situasjon med for låg fast bemanning og mykje innleige av vikarar har vart over for lang tid, og at situasjonen blir opplevd som kaotisk og frustrerende.

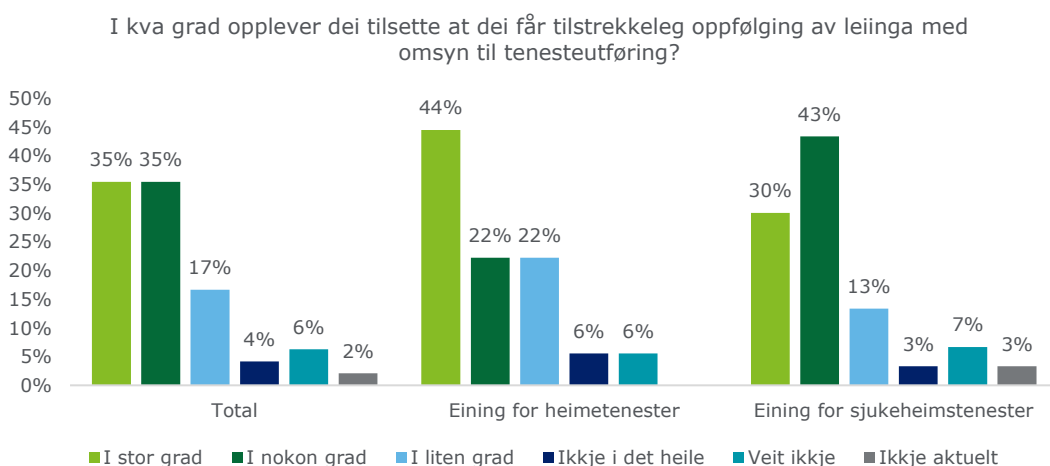
I intervju går det fram at arbeidsmengda også i heimetenesta til tider kan vere utfordrande, og at tilsette i periodar må jobbe ein del overtid. Einingsleiar held oversikt over talet vedtakstimar per månad, og gjer vurderingar av bemanninga på bakgrunn av dette. Det blir opplyst at det blir leigd inn ekstra personell ved behov. Det blir vist til at omorganiseringa av heimetenesta i 2012, frå fleire soner til éi sone, har bidrege til å sikre meir effektiv og rett ressursbruk. Heimetenesta har to sjukepleiarar som har som del av si stilling å vere koordinatorar. Koordinatorane i heimetenesta har som oppgåve å sette saman arbeidslistene, og koordinere og vurdere endringar i behova til brukarane. Ved behov for endringar i vedtaket skal koordinator sende e-post til forvaltningskontoret, som då endrar vedtaket eller gir tilbakemelding til den som er ansvarlig for å gjere ei vurdering av om vedtaket skal endrast.

Tilsette si tilfredsheit med oppfølging frå leiinga

Det går fram av spørjeundersøkinga at fleirtalet av dei tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta som har svart på undersøkinga, «i stor grad» eller «i nokon grad» opplever at dei får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføringa. 17 prosent av dei tilsette opplever dette «i liten grad», medan fire prosent⁵⁵ har svart «ikkje i det heile». Sjå Figur 19 nedanfor.

Ser vi på skilnaden mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta går det fram at den største prosentdelen i heimetenesta (44 prosent) opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg oppfølging, medan 22 prosent har svart at dei «i nokon grad» eller «i liten grad» opplever dette. I nominelle tal utgjer dette 4 personar i kvar gruppe. Seks prosent av dei tilsette i heimetenesta som har svart på spørjeundersøkinga opplever at dei «ikkje i det heile» får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til tenesteutføring.⁵⁶ Den største prosentdelen i sjukeheimstenesta (43 prosent) opplever at dei «i nokon grad» får tilstrekkeleg oppfølging frå leiinga. 30 prosent av dei tilsette opplever «i stor grad» at dei får tilstrekkeleg oppfølging, medan 13 prosent har svart at dei opplever dette «i liten grad».⁵⁷ Det er tre prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta som har svart at dei «ikkje i det heile» opplever at dei får tilstrekkeleg oppfølging frå leiinga med omsyn til tenesteutføring.⁵⁸ Sjå figuren nedanfor.

Figur 19: Oppfølging frå leiinga, tenesteutføring, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁵⁹



Når det gjeld leiinga si oppfølging av tilsette med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver, går det fram av spørjeundersøkinga at størstedelen (42 %) av dei tilsette i heimetenesta og sjukeheimstenesta opplever at dei «i nokon grad» får tilstrekkeleg oppfølging. 31 prosent av dei tilsette opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver, medan 17 prosent har svart at dei opplever dette «i liten grad».

⁵⁵ Dette tilsvarar to personar.

⁵⁶ I tal utgjer dette ein person.

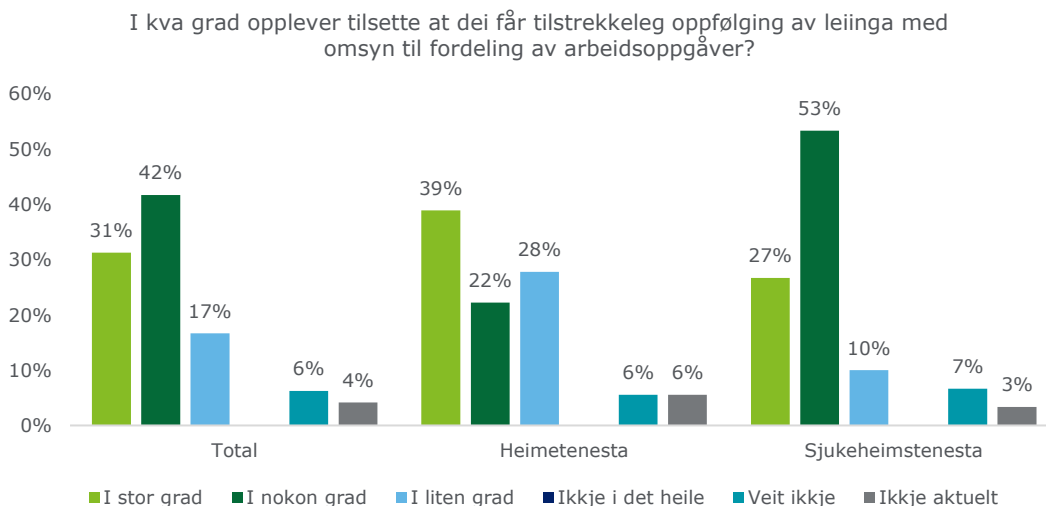
⁵⁷ I nominelle tal utgjer dette fire personar.

⁵⁸ Dette utgjer ein person.

⁵⁹ N=48 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=30.

Ser ein berre på heimetenesta sine svar på dette spørsmålet, går det fram at størstedelen av dei tilsette i heimetenesta (39 prosent) opplever at dei «i stor grad» får tilstrekkeleg oppfølging av leiinga med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver. Vidare er det høvesvis 22 prosent og 28 prosent som opplever at dei «i nokon grad» eller «i liten grad» får tilstrekkeleg oppfølging. I tal utgjør dette fire og fem personar. Det går fram av svara frå dei tilsette i sjukeheimstenesta at fleirtalet (53 prosent) opplever at dei «i nokon grad» får tilstrekkeleg oppfølging frå leiinga med omsyn til fordeling av arbeidsoppgåver, medan 27 prosent opplever at dei får dette «i stor grad». Ti prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta opplever at dei «i liten grad» får tilstrekkeleg oppfølging.⁶⁰ Sjå figuren nedanfor.

Figur 20: Oppfølging frå leiinga, arbeidsoppgåver, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁶¹



I intervju gir tilsettere representantar i heimetenesta uttrykk for at dei tilsette generelt blir tilstrekkeleg følgt opp av leiarar i tenesta. Det blir gitt god informasjon om ulike forhold, mellom anna ved at det blir sendt ut ein fredagsmail som dei tilsette er pålagt å lese. Det blir likevel peika på at det kan vere enkeltpersonar i tenesta som opplever at arbeidskvardagen ikkje i tilstrekkeleg grad er tilrettelagt. Frå representantar for dei tilsette blir det peika på at leiinga prøver å legge til rette for dei tilsette som treng ekstra tilrettelegging, men at dette ikkje alltid fungerer i praksis. Det blir også kommentert at enkelte tilsette kan ha for store forventningar og krav til kor mykje det skal leggjast til rette for dei, med tanke på at ein må sikre at arbeidsoppgåvene samla sett blir utført, og at andre tilsette ikkje i for stor grad får auka belastning.

I intervju blir det vidare vist til at dersom det er enkelttilsette som gir uttrykk for at dei ikkje føler seg trygge på utføringa av ei arbeidsoppgåve, får vedkomande anten opplæring og rettleiing, eller så kan det i enkelte tilfelle bli vurdert som mest føremålstenleg at nokon andre overtek oppgåva.

4.7.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det er etablert system og rutinar for å sikre at tilsette har naudsynt kompetanse for å utføre jobben. Dei fleste av dei tilsette som har svart på spørjeundersøkinga, meiner også at dei sjølv har fått tilstrekkeleg opplæring til å kunne gjere vurderingar av brukarane og kva behov dei har. Sjølv om dei fleste opplever å ha fått tilstrekkeleg opplæring, er det også nokre unntak. Revisjonen vil difor presisere viktigheita av at det både i heimetenesta og sjukeheimstenesta er kontinuerleg fokus på å vurdere opplæringsbehov og sikre tilstrekkeleg kompetanse, og at det er fokus på å sikre at tilsette både er medveten viktigheita av å gjere observasjonar og melde frå om moglege endringar i tenestemottakarane sine behov, og har tilstrekkeleg kompetanse til å gjere slike vurderingar. I rettleiar til forskrift om kvalitet og forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta er det også peikt på viktigheita av å sikre at medarbeidarar har kompetanse i forbetningsarbeid, og at også forbetningskunnskap er eit kompetanseområde som bør inngå i kompetansekartleggingar og -planar. Revisjonen meiner difor at Vaksdal kommune bør gjere ei kartlegging av i kva grad medarbeidarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetningsarbeid, og kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.

⁶⁰ I tal utgjør dette tre personar.

⁶¹ N=48 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=30.

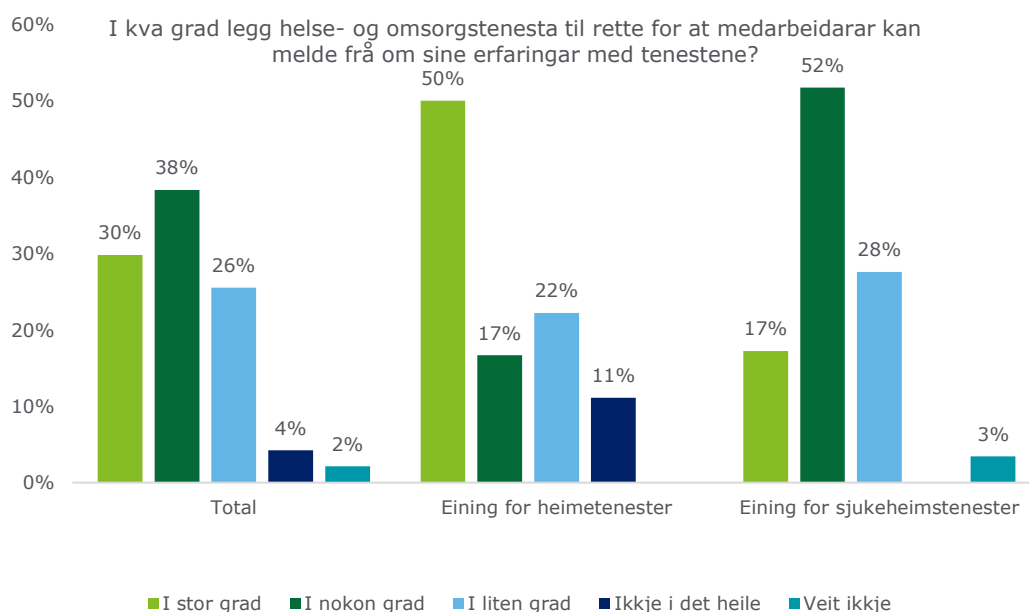
Når det gjeld leiinga si oppfølging av tilsette med omsyn til tenesteutføring og fordeling av arbeidsoppgåver, er det noko større variasjon med omsyn til i kva grad tilsette opplever denne som tilstrekkeleg. Det er etter revisjonen si vurdering viktig at kommunen sikrar at det gjennom både medarbeidersamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, i kva grad det er behov for rettleiing eller opplæring, samt at arbeidsbelastning og fordeling av arbeidsoppgåver står på agendaen. Samtidig vil revisjonen igjen presisere at det er relativt få tilsette som har svart på spørjeundersøkinga, og at svara difor ikkje er eigna til å seie noko generelt om oppfatningane til alle dei tilsette i helse- og omsorgstenesta. Svara gir likevel indikasjonar på at det er tema og område som det kan vere viktig å gi ytterlegare merksemd, for å sikre ein god arbeidssituasjon for dei tilsette, og gode tenester til tenestemottakarane.

4.8 Tilsette si oppleving av moglegheit til medverknad i kvalitetsarbeid

4.8.1 Datagrunnlag

Det går fram av spørjeundersøkinga at 30 prosent av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta opplever at det «i stor grad» blir lagt til rette for at dei kan melde frå om sine erfaringar med tenestene. Størstedelen av dei tilsette (38 prosent) opplever at dette «i nokon grad» er tilfelle, medan 26 prosent har svart «i liten grad» på dette spørsmålet. Fire prosent av dei tilsette har svart «ikkje i det heile».⁶² Svarfordelinga går fram av figuren nedanfor.

Figur 21: Tilrettelegging for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁶³



Dersom ein ser på skilnaden mellom heimetenesta og sjukeheimstenesta, går det fram at fleirtalet (50 prosent) i heimetenesta opplever at dei «i stor grad» kan melde frå om sine erfaringar, medan 22 prosent har svart at det «i liten grad» er lagt til rette for dette. I tal utgjer dei som har svart «i liten grad» fire personar. Når det gjeld sjukeheimstenesta så har fleirtalet (52 prosent) av respondentane svart at dei «i nokon grad» opplever at det er tilrettelagt for å dele sine erfaringar med tenestene, medan 28 prosent opplever at det «i liten grad» er lagt til rette for dette. I tal utgjer dette høvesvis 15 og 8 personar. Det er 17 prosent av respondentane i sjukeheimstenesta som har svart at det «i stor grad» er lagt til rette for å melde frå om erfaringar med tenesta. Sjå Figur 21 over.

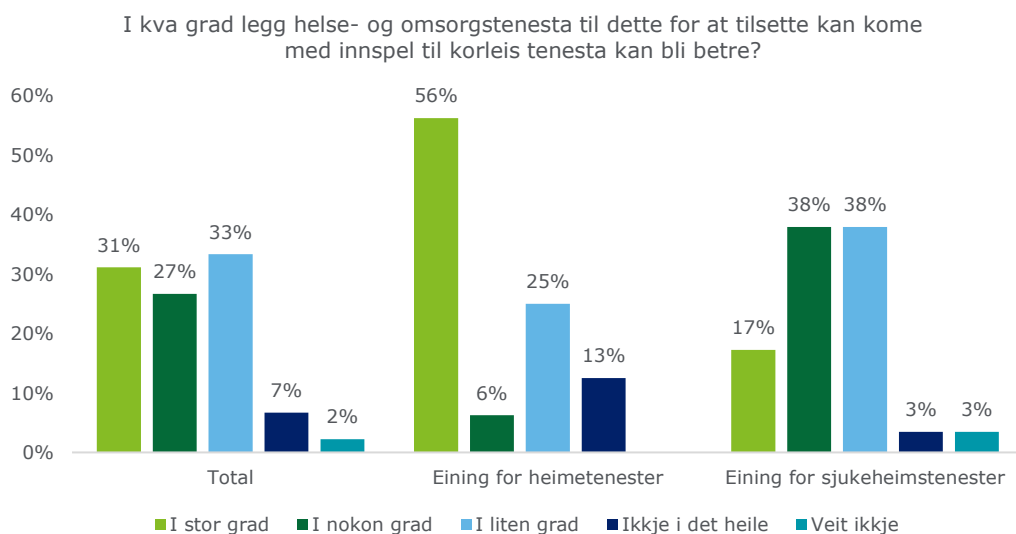
31 prosent av dei tilsette som har svart på undersøkinga opplever at det «i stor grad» er lagt til rette for at dei kan kome med innspel til korleis tenestene kan bli betre, medan 27 prosent opplever at det er lagt til rette for dette «i nokon grad». Størstedelen (33 prosent) av dei tilsette har svart at dei «i liten grad» opplever at

⁶² Dette tilsvarer to personar.

⁶³ N=47 (total). For eining for heimetenester er N=18. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

det er lagt til rette for at medarbeidarane kan kome med innspel til korleis tenesta kan bli betre. Det er også sju prosent som har svart «ikkje i det heile» på dette spørsmålet.⁶⁴ Sjå figuren nedanfor.

Figur 22: Tilrettelegging for at tilsette kan gi innspel til korleis tenesta kan bli betre, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁶⁵



Om vi ser på skilnaden i svara frå heimetenesta og sjukeheimstenesta går det fram at fleirtalet (56 prosent) i heimetenesta meiner at det «i stor grad» er lagt til rette for å komme med innspel til betring av tenesta, medan 25 prosent av dei som har svart på undersøkinga i heimetenesta meiner det «i liten grad» er lagt til rette for dette.⁶⁶ 13 prosent av respondentane i heimetenesta, som tilsvare to personar, har svart at det «ikkje i det heile» er lagt til rette for å kome med innspel til korleis tenesta kan bli betre. Når det gjeld sjukeheimstenesta går det fram av svara frå spørjeundersøkinga at 17 prosent i sjukeheimstenesta har svart at det «i stor grad» er lagt til rette for å kome med innspel til betring av tenestene. 38 prosent av dei tilsette har svart at dei opplever at dette «i nokon grad» er tilfelle, og ein like stor prosentdel har svart «i liten grad». I tal utgjør dette 11 personar i kvar gruppe. Sjå Figur 22 over.

4.8.2 Vurdering

Det varierer i kva grad tilsette opplever at det er lagt til rette for at dei kan gi tilbakemelding om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til betring av tenestene. Basert på svara i spørjeundersøkinga meiner tilsette i heimetenesta i større grad enn tilsette i sjukeheimstenesta at det er lagt til rette for tilsette si medverking i kvalitetsarbeidet. Også her vil revisjonen presisere at svara i spørjeundersøkinga må tolkast med varsamheit, grunna lågt tal respondentar.

Som del av arbeidet med kvalitetsforbetring skal den ansvarlege for verksemda sørgje for at verksemda sine medarbeidarar medverker slik at samla kunnskap og erfaring blir utnytta. I rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er det presisert at det er avgjerande at medarbeidarane blir aktivt involvert, og at det ofte er dei tilsette som har dei beste forslaga til tiltak som kan føre til betring av verksemda. Vidare er det i rettleiaren påpeikt at det er viktig at det blir lagt til rette for, og oppmuntra om at medarbeidarar skal gje tilbakemeldingar om svikt og moglege forbetringsområde. Basert på svara frå dei tilsette i spørjeundersøkinga, er det ein god del tilsette i helse- og omsorgstenesta i Vaksdal kommune som ikkje opplever at det er lagt til rette for denne typen medverknad, og revisjonen vil difor presisere viktigheita av at kommunen gjennomgår sine rutinar for å involvere tilsette i forbetringsarbeidet i tenestene, og vurderer kva tiltak som kan setjast i verk for å leggje ytterlegare til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene, og kome med innspel til forbetring. Som omtala også i avsnitt 3.5 i rapporten, er det etablert ulike system og rutinar for å sikre medverknad frå tilsette, men det bør gjennomførast evalueringar av korleis

⁶⁴ Dette tilsvare 3 personar.

⁶⁵ N=45 (total). For eining for heimetenester er N=16. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

⁶⁶ I tal utgjør dette fire personar.

desse fungerer, og basert på slike evalueringar vurderast behov for eventuelle justeringar og ytterlegare rutinar for medverknad.

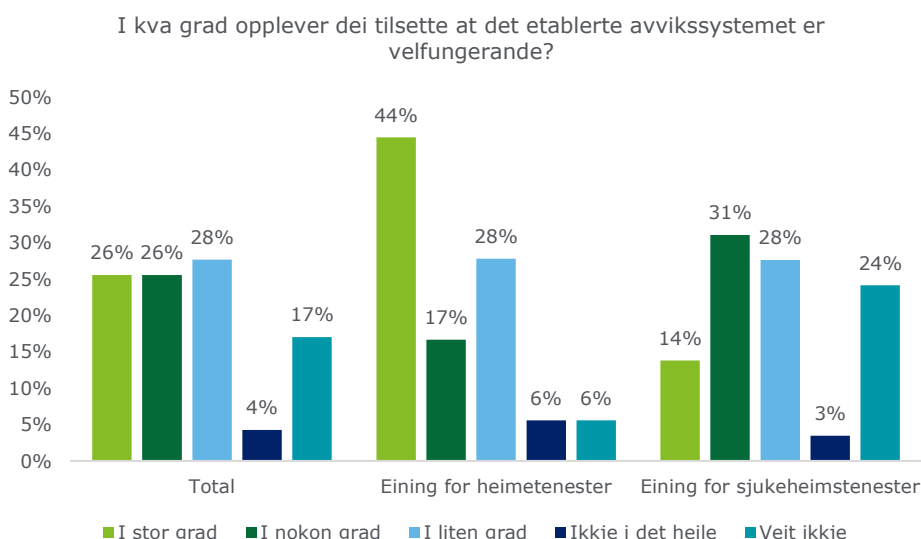
4.9 Tilsette si oppfatning av om avvikssystemet er velfungerande

4.9.1 Datagrunnlag

Det går fram av spørjeundersøkinga at 26 prosent av dei tilsette har svart at dei «i stor grad» eller «i nokon grad» opplever at det er etablert eit velfungerande avvikssystem. Størstedelen av dei tilsette (28 prosent) opplever imidlertid at det etablerte avvikssystemet «i liten grad» er velfungerande.⁶⁷ Det er også ein relativt stor prosentdel som har svart at dei ikkje veit om avvikssystemet er velfungerande. Sjå Figur 23 nedanfor.

Om vi skil mellom svara frå heimetenesta og sjukeheimstenesta, ser vi av figuren nedanfor at det er ganske store forskjellar. Størstedelen (44 prosent) av dei tilsette i heimetenesta som har svart på undersøkinga opplever at det «i stor grad» er etablert eit velfungerande avvikssystem. Det er 28 prosent av dei tilsette i heimetenesta som har svart at avvikssystemet «i liten grad» er velfungerande, medan 17 prosent har svart at det er velfungerande «i nokon grad». I tal utgjør dette høvesvis fem og tre personar. Éin person, tilsvarende seks prosent av respondentane i heimetenesta, har svart at avvikssystemet «ikkje i det heile» er velfungerande. Når det gjeld sjukeheimstenesta går det fram av spørjeundersøkinga at 14 prosent av dei tilsette i sjukeheimstenesta har svart at avvikssystemet «i stor grad» er velfungerande. Vidare meiner den største prosentdelen av dei tilsette (31 prosent) at avvikssystemet «i nokon grad» er velfungerande, medan 28 prosent opplever at det «i liten grad» er velfungerande.⁶⁸ Sjå figuren nedanfor for detaljert svarfordeling.

Figur 23: Avvikssystem, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁶⁹



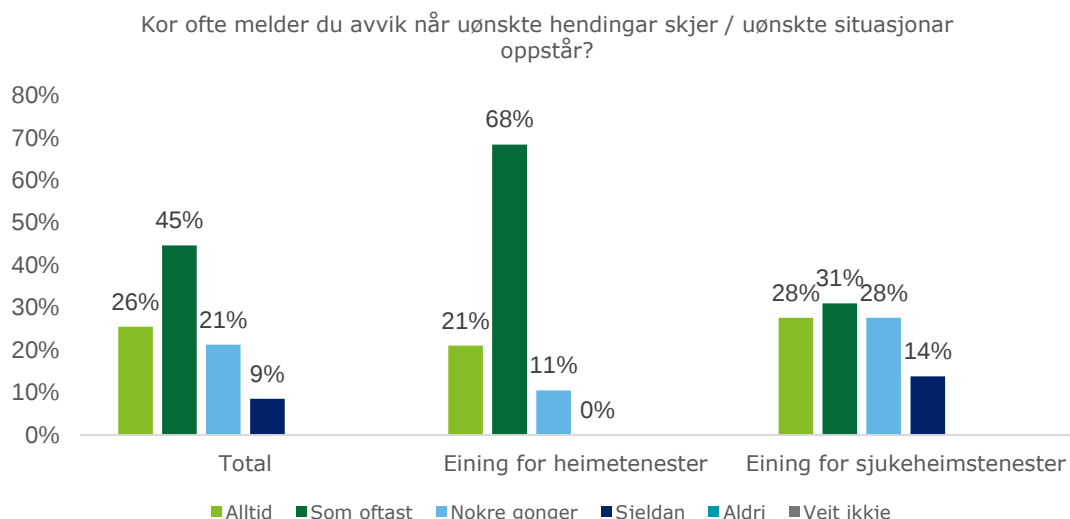
I spørjeundersøkinga blei dei tilsette også spurt om kor ofte dei melder avvik når uønskete situasjonar oppstår. Av Figur 24 nedanfor går det fram at den største prosentdelen har svart at dei «som oftast» melder avvik i slike situasjonar (totalt 45 %). Vidare går det fram at prosentdelen som har svart «nokre gonger» eller «sjeldan» er betydeleg større i sjukeheimstenesta enn i heimetenesta. Det er ingen, verken i heimetenesta eller i sjukeheimstenesta, som har svart «aldri» på spørsmålet.

⁶⁷ I tal utgjør dette 13 personar.

⁶⁸ I tal utgjør dei som har svart «i liten grad» 8 personar.

⁶⁹ N=47 (total). For eining for heimetenester er N=18, For eining for sjukeheimstenester er N=29.

Figur 24: Kor ofte tilsette melder avvik, heimetenesta og sjukeheimstenesta.⁷⁰



Dei som har svart at dei ikkje alltid melder avvik når uønskete situasjonar oppstår blei bedt om å gi informasjon om årsakar til dette i eit fritekstfelt. Fleire har gitt tilbakemelding om at dette har med for lita tid eller tidspress å gjere. Andre årsakar som blir oppgitt av enkelte er knytt til at ein ikkje ønskjer å klage på kollegaer, at ein er usikre på kva som skal meldast og at ein opplever at avvik ikkje blir følgt opp av leiinga. Enkelte peiker også på at ein burde hatt eit digitalt avvikssystem.

I intervju blir det opplyst at avviksrutinane er dei same i sjukeheimstenesta og i heimetenesta, og at det er utarbeidd skjema som skal nyttast til å registrere ulike typar avvik. Vidare blir det opplyst at i det nye kvalitetssystemet som er under implementering i kommunen vil det bli lagt til rette for elektronisk registrering av avvik. Avvik skal då kunne meldast inn via ein app.

I intervju både med representantar for leiinga og dei tilsette blir det vist til at det er ei underrapportering av avvik i sjukeheimstenesta. Frå tilsettere representantar blir det peikt på at tilsette i sjukeheimstilsette ikkje er flinke nok til å melde avvik, sjølv om dei har fått opplæring i dette. Det blir kommentert at tilsette i ein del tilfelle kan vere usikre på kva som utgjer eit avvik, og at dei er flinke til å skrive medisinske avvik, men at andre avvik er meir utfordrande. Representantar for dei tilsette opplyser også at avviksmeldingar ofte er tema i avdelingsmøte, men at det ikkje i tilstrekkeleg grad blir tydeleggjort kva som blir gjort med dei avvika som blir meldt inn. Det blir også kommentert at den som registrer avviket ikkje får tilbakemelding om kva som er gjort vidare med saka.

Det går vidare fram av intervju at problematikken rundt avviksrapportering blir tatt opp på nesten kvart personalmøte i sjukeheimstenesta. Her har det mellom anna blitt presisert kor viktig avviksmeldingane er i kvalitetsarbeidet, og det har blitt sett fokus på kva som utgjer eit avvik. Likevel har ikkje sjukeheimstenesta klart å få etablert ein tilsvarande avviskultur som i heimetenesta, blir det opplyst. Det går fram av intervju at ein i heimetenesta har klart å skape ein god kultur for å melde avvik, og at dette blir gjort systematisk. Det blir informert om at forståinga av kva som utgjer eit avvik blant dei tilsette i heimetenesta ofte blir diskutert, og dei tilsette har ei klar forståing av dette. Det blir likevel peika på at vikarar til tider ikkje er like flinke til å melde avvik som dei faste tilsette. Avviksstatistikken blir diskutert i personalmøte, og blir informert om i fredagsmail.

Det går vidare fram av spørjeundersøkinga at 22 prosent av dei tilsette meiner at meldte avvik «i stor grad» blir følgt opp og handtert på ein god måte. Den største prosentdelen av dei tilsette i helse- og omsorgstenesta (48 prosent) opplever imidlertid at meldte avvik «i nokon grad» blir handtert på ein god måte, og høvesvis 17 prosent og sju prosent meiner at oppfølginga «i liten grad» eller «ikkje i det heile» er god.⁷¹ Sjå Figur 25 nedanfor.

Av Figur 25 går det vidare fram at tilsette i heimetenesta er meir positive til oppfølginga og handteringa av meldte avvik enn tilsette i sjukeheimstenesta. I heimetenesta har 29 prosent svart at dei «i stor grad»

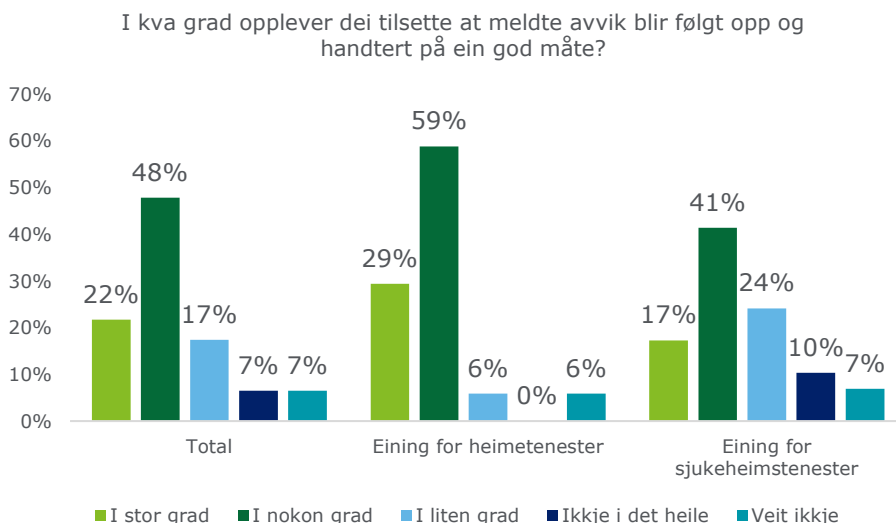
⁷⁰ N=48 (total). For eining for heimetenester er N=19, For eining for sjukeheimstenester er N=29.

⁷¹ Dette tilsvarar høvesvis åtte og tre respondentar.

opplever at oppfølginga og handteringa av avvik er god, medan fleirtalet (59 prosent) har svart at avviksoppfølginga «i nokon grad» er god.

I sjukeheimstenesta meiner også størstedelen av dei tilsette (41 prosent) at avviksoppfølginga «i nokon grad» er god, men det er ein større prosentdel av dei tilsette (24 prosent) samanlikna med heimetenesta som meiner at avviksoppfølginga «i liten grad» er god. I tal utgjør dei tilsette i sjukeheimstenesta som har svart «i liten grad» sju personar. Sjå figuren nedanfor.

Figur 25: Oppfølging av avvik, sjukeheimstenesta og heimetenesta.⁷²



I intervju blir det opplyst at avdelingsleiar har ansvar for å gi den som melder avvik tilbakemelding om handsaminga av avviket. Dette fungerer ikkje optimalt i dag, blir det kommentert, men det er forventningar om at det vil bli betre når det digitale verktøyet kjem på plass i samband med nytt kvalitetssystem. I eit digitalt system vil det vere ein systematikk i at den som melder avvik får tilbakemelding om handsaminga av avviket.

4.9.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det varierer i kva grad tilsette innanfor helse og omsorg opplever at det etablerte avvikssystemet er føremålstenleg og velfungerande med tanke på å melde frå om og handtere avvik. Til tross for at avvikssystemet er det same i heimetenesta og i sjukeheimstenesta, opplever tilsette i heimetenesta i betydeleg større grad enn tilsette i sjukeheimstenesta at avvikssystemet er velfungerande. Dette blir også reflektert gjennom at det i større grad blir meldt avvik i heimetenesta enn i sjukeheimstenesta.

Av rettleiar til forskrift om leining og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går det fram at «[e]n godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik.»⁷³ Avviksmeldingar er med andre ord ein sentral del av kvalitetssystemet, og revisjonen vil difor presisere viktigheita av at Vaksdal kommune sett i verk tiltak for å sikre at alle tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskete hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp. Oppfølginga av avvik, og informasjon om korleis registrerte avvik blir følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet, er viktig for å etablere ei felles forståing for viktigheita av å melde frå om uønskete hendingar, og revisjonen meiner difor det er viktig å sikre at tilsette i tilstrekkeleg grad blir involvert i og informert om desse prosessane.

⁷² N=46 (total). For eining for heimetenester er N=17. For eining for sjukeheimstenester er N=29.

⁷³ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017. Side 23.

5. Analyser av område med risiko for svikt eller manglar

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad blir det gjennomført analyser for å skaffe oversikt over område der det er fare for svikt eller mangel på oppfylging av krav til tenestene?

Under dette:

- I kva grad blir det gjort analyser av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?
- I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutøving, personalmessige forhold, lokale mv.?
- I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?
- I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreducerande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskte risikoar?

5.2 Revisjonskriterium

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går kravet om styringssystem i kommunale helse- og omsorgstenester fram. I § 4 er styringssystem for helse- og omsorgstenester definert som den del av verksemda si styring som omfattar korleis verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivinga.

Det går fram av forskrifta § 6 bokstav d at kommunen mellom anna pliktar å

(...) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangler på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.

I rettleiar frå Helsedirektoratet⁷⁴ går det fram at risikovurderingar bør gjennomførast som ein kontinuerleg prosess, og det blir anbefalt at den følgjer ein kjent standard. Ifølgje rettleiaren kan pasientar, brukarar, pårørande og medarbeidarar kunne bidra med verdfull kjennskap til risikoar, og deira erfaringar og innspel bør systematisk etterspørast og nyttast. Blant relevante interne dokument i samband med risikovurderingar listar rettleiaren mellom anna opp resultat frå avvikssystemet, rutinar for risiko- og sårbarheitsanalyse, rutinar for risikogjennomgangar til dømes i personalmøte, målingar av pasientskade, analyse av hendingar, tilbakemeldingar frå pasientar, brukarar og pårørande, mv. Tilsynsrapportar er blant dei dokumenta som blir nemnt som døme på relevant ekstern informasjon.

I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det, under skildring av analyser av risiko- og sårbarheit også presisert at «systematisk oversikt over risikoområder og områder med fare for mangelfull etterlevelse eller behov for forbedringer, forutsetter systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater.»⁷⁵

Vidare skal kommunen ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 6 bokstav e «planlegge hvordan risiko (...) kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og

⁷⁴ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

⁷⁵ Ibid, side 17.

eksternt.»⁷⁶ I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det peikt på at føreseigna i praksis inneber at det må føretakast ein gjennomgang av verksemda sine tenester og resultat «for å finne frem til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.» Ulike område bør prioriterast, og ein plan for minimering av risiko bør innehalde mål, tiltak, ansvarsfordeling og tidsplan. Også oppfølging av risiko bør vere ein kontinuerleg prosess i verksemda, ifølgje rettleiaren.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

5.3 Datagrunnlag⁷⁷

Det føreligg ei heilskapleg ROS-analyse for Vaksdal kommune, datert 19.2.2015.⁷⁸ Analysearket viser oversikt over 70 uønskete hendingar. Desse omfattar i stor grad overordna forhold som er relevante for heile kommunen, til dømes samanbrot i IKT, brann,ulukker, korrupsjon, innbrot på rådhuset, ras og ekstremver, men også hendingar som meir spesifikt vedkjem helse- og omsorgstenesta, som feil behandling/medisinering, kommunikasjonssvikt vedrørande brukarar, og pasient/brukar som blir borte frå institusjon. Kvar hending er detaljert omtalt i ROS-analysen, med skildring av kva hendinga kan omfatte, ulike moglege årsaker til hendinga, identifiserte eksisterande tiltak, vurdering av sårbarheit, konsekvensvurdering, samt forslag til førebyggjande og avhjelpande tiltak. Ansvarleg eller frist for gjennomføring av tiltak går ikkje fram.

I tillegg har kommunen ein plan for helsemessig og sosial beredskap, som er utarbeidd av kommuneoverlegen, og sist blei oppdatert i 2013.⁷⁹ Føremålet med denne er å «sikre tilstrekkeleg beredskap for å verne folks liv og helse og å sikre nødvendig helsehjelp og sosiale tenester ved kriser, katastrofar og krig.»⁸⁰

I tillegg føreligg det enkelte døme på ROS-analyse, SWOT-analyse eller liknande vurderingar for spesifikke situasjonar eller arbeidsoppgåver. Det blir opplyst at slike analyser og vurderingar til dømes kan omhandle avviking av sommarferie, tal nattevakter på jobb, risiko knytt til mangelfull opplæring eller spesielle hendingar som ras og stengde vegar. Det blir samtidig presisert at slike vurderingar ikkje alltid blir gjort skriftleg, og difor ikkje alltid kan dokumenterast. Det føreligg mellom anna dokumentasjon på «Beredskap i høve ekstremveret Tor», «SWOT analyse tenesteproduksjon/flyt mellom korttidsavdelinga og folkehelse og familie v/ergoterapi»⁸¹ og «prosedyre nattpatrulje»⁸².

Heimetenesta har ein årsplan for kartlegging og risikovurdering for 2015.⁸³ Her blir det vist til at det i slutten av 2014 blei gjennomført ein overordna ROS-analyse som omfatta alle delar av kommunen. Det blir vist til at det tidleg i 2015 kom ein rapport med tiltak, og at det ut ifrå denne skal utførast ROS-analysar på dei ulike avdelingane. Årsplanen viser oversikt over tiltak for heimetenesta månad for månad, dato for gjennomføring av tiltak og kven som er ansvarleg for tiltaket. I mars 2015 står til dømes følgjande tiltak: «ROS-analyse i Heimetenesta og vurdering av evt. nye rutiner og tiltak.» Følgjande tidspunkt er sett opp: «Første møte 11.03: leiarar, tillitsvalgt og verneombod. Ferdig seinast 01.06.15.» Einingsleiar er definert som ansvarleg. Andre tiltak er å gjennomføre medarbeidarundersøking, gjennomføre vernerunde, samt lage handlingsplanar knytt til desse. Status for gjennomføring går ikkje fram for nokre av aktivitetane i årsplanen. Av anna dokumentasjon går det likevel fram at det føreligg resultat og handlingsplanar knytt til dømes til medarbeidarundersøking, men det føreligg ikkje dokumentasjon på at det er gjennomført ei heilskapleg ROS-analyse for heimetenesta, med tilhøyrande handlingsplan. Det føreligg etter det revisjonen er kjent med ikkje tilsvarande plan for risikovurderingar for påfølgjande år, eller for sjukeheimstenesta.

⁷⁶ Ibid, side 20.

⁷⁷ I dette delkapitlet vil alle underproblemstillingar bli svart på samla: 1) *I kva grad blir det gjort analyser av risiko og sårbarheit innanfor tenestene?*, 2) *I kva grad omfattar eventuelle risikoanalyser alle sider ved verksemda, under dette både knytt til tenesteutøving, personalmessige forhold, lokale mv.?*, 3) *I kva grad blir avviksmeldingar nytta i samband med risikovurderingar?* og 4) *I kva grad er det etablert system for iverksetting av risikoreduserande tiltak i tilfelle der det blir vurdert å vere uønskete risikoar?*

⁷⁸ Vaksdal kommune: *Analyseark heilskapleg ROS-analyse Vaksdal kommune 19.02.2015*.

⁷⁹ Vaksdal kommune: *Plan for helsemessig og sosial beredskap*. 2004. Sist revidert i august 2013.

⁸⁰ Ibid, side 2.

⁸¹ Ikkje datert. Det framgår heller ikkje kven som har tatt del i utarbeidinga av analysen eller kva informasjon som er lagt til grunn. Styrker og svakheiter går fram, men det går ikkje fram tiltak, ansvarleg eller tidsplan.

⁸² Rutine som skildrar sentrale mål, nokre utfordringar og tiltak. Ikkje utarbeidd som systematisk risikoanalyse. Går ikkje fram kva tid den er utarbeidd, av kven, eller kva kjelder som er lagt til grunn.

⁸³ Vaksdal kommune: *Årsplan for kartlegginger og risikovurderingar i heimesjukepleien 2015*.

Det blir opplyst i intervju at kommunen over nokre år har arbeidd med å gjere risikovurderingar meir strukturerte, og finne eit føremålstenleg verktøy som kan nyttast i denne samanheng. Det er gitt opplæring i korleis ein skal vurdere risiko og eit enkelt verktøy er i bruk. Eit digitalt verktøy for risikovurderingar vil vere ein del av kvalitetssystemet som snart skal innførast i kommunen. Det blir vidare opplyst om at det blir gjort ei rekkje ulike risikovurderingar innanfor helse- og omsorgstenesta, men at ein god del av desse ikkje er skriftleggjorte. Alle slike risikovurderingar vil bli omfatta av nye system og rutinar som følgjer av nytt kvalitetssystem.

I intervju blir det særleg peikt på at ein har arbeidd med risikovurderingar knytt til forhold som ras og ekstremver. Det blir også vist til at AMU for ei tid tilbake initierte ein prosess i heimetenesta som bedriftshelsetenesta har hatt ansvar for. Bakgrunnen var høgt sjukefråvær over tid, og det har blitt arrangert ein del samlingar og kartleggingar, iverksett tiltak og deretter ny kartlegging. Det føreligg etter det revisjonen er kjent med ikkje ferdig rapport etter denne prosessen.

I sjukeheimstenesta blir det peikt på at det også blir gjort risikovurderingar knytt til utføring av daglege arbeidsoppgåver. Til dømes risiko for fall hos tenestemottakar. Slike risikovurderingar blir gjort for kvar einskild pasient, og det blir for kvar pasient vurdert om det er behov for å endre rutinar, pleieplan mv. Det blir også opplyst i intervju at det jamleg blir vurdert risiko opp mot bruk av vikarar, inkludert innleige frå bemanningsbyrå. Det blir kommentert at det er ein viss risiko knytt til kompetanse, manglande erfaring, språkvanskar og liknande ved bruk av vikarar. Denne risikoen blir redusert gjennom avtaler og krav til leverandørar. Samtidig blir det presisert i intervju at risikoen ved å *ikkje* hente inn vikarar er større enn risikoen som følgjer av bruk av vikarar.

I samband med rådmannen sin årskontroll skal einingsleiar gjennom å fylle ut eit internkontrollskjema rapportere på ei rekkje forhold som ikkje inngår i øvrig rapportering gjennom året. Revisjonen har motteke utfylte skjema med rapportering for 2016 for høvesvis heimetenesta og sjukeheimstenesta. I skjemaet blir det rapportert på ei rekkje spørsmål/moment knytt til følgjande tema: verdigrunnlag, etikk, styring, tenesteyting, saksbehandling/myndighetsutøving, personalforvaltning, økonomiforvaltning og IKT. Det skal rapporterast status for ei rekkje undertema, og i tillegg er det eigne kollarer der ein for kvart undertema kan opplyse om det er gjort risikovurdering som omfattar temaet, kva risikoar som er avdekkja, tiltak som skal setjast i verk og frist for tiltak. For sjukeheimstenesta er det i rapportering for 2016 ikkje opplyst om risikovurderingar eller avdekte risikoar innanfor nokre tema. For heimetenesta er det opplyst om at det er gjennomført enkelte vurderingar av risiko knytt til organisering (styring), beredskap, internkontroll (sikre regeletterleving), dokumentasjon og lønsdata. Under risiko knytt til organisering, er det opplyst at det har blitt gjort analyser av enkelte avvik. Vidare går det fram at tiltak i form av å endre organiseringa slik at ein får høgare leiartettleik, vil bli sett i verk i løpet av 2017. Knytt til brukarmedverknad går det også fram at tenesta i løpet av 2017/18 skal kome i gang med gjennomføring av systematiske brukarundersøkingar, og under eit punkt om internkontroll blir det peikt på utfordringar med at rutinar ikkje blir systematisk oppdaterte. Her blir det peikt på innføring av nytt system i løpet av 2017, og at avviksrapporteringar skal nyttast som grunnlag for endringar i rutinar.

Det blir opplyst i intervju at avviksmeldingar generelt blir analyserte for å vurdere om dei er systematiske, og om det er behov for endring av system og rutinar. Dei fungerer slik som ein sentral del av grunnlaget for risikovurderingar i helse- og omsorgstenesta. Det blir også peikt på at det er eit generelt ønskje om at det blir meldt fleire avvik, sidan ein per i dag opplever at det er ei underrapportering av avvik, særleg i sjukeheimstenesta. Avvik blir opplyst å vere eit hyppig tema både i personalmøte i einingane, og i rådmannen sine møte med einingsleiarar og avdelingsleiarar. Avviksrapportar som går på arbeidssituasjonen blir sendt til AMU.

I intervju blir det vist til at det er sett i verk enkelte tiltak basert på rapporterte avvik. Her føreligg det imidlertid ikkje dokumenterte risikovurderingar med tilhøyrande tiltak og gjennomføringsplan. Det kjem i intervju og spørjeundersøking fram ulike oppfatningar om i kva grad avvik blir følgt opp med konkrete endringar. Enkelte tilsette gir uttrykk for at det nyttar å melde avvik, og at ein kan sjå konkrete endringar i bemanning og rutinar som følgje av meldte avvik, medan andre opplever at det ikkje nyttar å melde avvik fordi ein opplever at avvik ikkje blir følgt opp. I avsnitt 3.5.1 og 4.9.1 i rapporten er rutinar og praksis for melding og oppfølging av avvik ytterlegare skildra.

5.4 Vurdering

Det føreligg dokumentasjon på at det i 2014/2015 blei gjennomført ei heilskapleg ROS-analyse i Vaksdal kommune, som også omfatta ei rekkje forhold som er relevante for helse- og omsorgstenesta. Det er vidare dokumentert at det er gjort enkelte vurderingar av risikoar både knytt til tenesteutøving og tilsette sin arbeidssituasjon. Også lokalt i einingane blir det opplyst om og lagt fram dokumentasjon på enkelte risikovurderingar. Blant dei nyare, dokumenterte risikovurderingane som føreligg, er det i stor grad fokus på hendingar som ligg utanfor kommunen sin kontroll, som ras, ekstremver med påfølgjande straumbrot mv., kva risiko slike hendingar medfører, og korleis ein i størst mogleg grad kan redusere denne risikoen.

Sjølv om det føreligg både ei omfattande ROS-analyse og ein del andre risikoanalysar, er det revisjonen si vurdering at kommunen i større grad bør systematisere arbeidet med risikovurderingar. Dette for å sikre at det blir gjort systematiske gjennomgangar av verksemda sine tenester og resultat, og slik identifisert aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk. Det er også viktig at risikovurderingar blir gjort som ein kontinuerleg prosess, og blir ein sentral og naturleg del av kvalitetsarbeidet. Leiinga må sikre at tilbakemeldingar frå både tenestemottakarar, pårørande og medarbeidarar blir nytta som grunnlag for risikovurderingar, og revisjonen meiner det vidare arbeidet med å etablere rutinar for brukarundersøkingar er viktig i denne samanheng. Revisjonen vil også presisere viktigheita av å arbeide vidare for å etablere ein god avvikskultur i alle delar av helse- og omsorgstenesta.

Det er etter revisjonen si vurdering viktig at risikovurderingar med tilhøyrande risikoreduserande tiltak, ansvarlig og frist for gjennomføring blir skriftleggjort. Auka grad av skriftleggjering vil sikre at prosessane blir tydelegare og vil også gje betre grunnlag for å følgje med på i kva grad risikoreduserande tiltak blir sett i verk i samsvar med planen.

Det er positivt at fleire viser til at det gjennom nytt kvalitetssystem vil bli lagt betre til rette for systematiske og dokumenterte risikovurderingar. Det er etter revisjonen si vurdering viktig at helse- og omsorgstenesta tar aktivt i bruk dei verktøy for risikovurderingar som er tilgjengelege gjennom kvalitetssystemet, og at einingane ved behov får støtte i gjennomføringa av risikovurderingar. Vidare meiner revisjonen det er viktig at kommunen etter noko tid evaluerer arbeidet med risikovurderingar, og vurderer om dette fungerer på føremålstenleg vis og i samsvar med krav og anbefalingar i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta med tilhøyrande rettleiingsmateriell.

6. Oppfølging av internkontrollen

6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad følgjer leiinga innanfor helse- og omsorgstenestene opp korleis internkontrollen fungerer i verksemdene?

Under dette:

- I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgevinga?
- I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga?
- I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?

6.2 Revisjonskriterium

Av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 7 bokstav c går det mellom anna fram at verksemda plikter å

(...) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksar og rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgevingen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systemsiak arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I rettleiar frå Helsedirektoratet er det peikt på at det i stor grad er opp til verksemda sjølv å vurdere kva faglege og administrative rutinar som er naudsynte. Det er vidare vist til viktigheita av å kople vurderingar av kva rutinar og prosedyrar som er naudsynte opp mot systema for å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskte hendingar og forbetningsområde.

Gjennom forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er verksemda også pålagt å evaluere sine aktivitetar: «Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.»⁸⁴ I rettleiar til forskrifta frå Helsedirektoratet går det fram at denne plikta til dømes kan omfatte at den ansvarlege for verksemda må etterspørre status, følgje med på målingar og resultat og sikre at fristar blir etterlevd. Målingar, rapportering, praksisbesøk og systematiske gjennomgangar blir nemnd som døme på verkemiddel som kan nyttast, og oversikter og meldingar om avvik, klager, sjekklister for intern gjennomgang, rutinar for regelmessig gjennomgang, ulike prosedyrar og instruksar blir vist til som relevante dokument.

Vidare er leiinga for verksemda ifølgje forskrifta ansvarleg for å vurdere effektar av gjennomførte aktivitetar, og at iverksette tiltak blir evaluert. Sistenemnde krav inneber mellom anna ei vurdering av om rutinar er i samsvar med regelverket, og om dei er kjent, forstått og blir følgt i praksis. Det kan til dømes gjennomførast målingar, eigenkontrollar, stikkprøvegjennomgangar, samt at medarbeidarar løpande kan bli spurt korleis tiltak fungerer.⁸⁵ Ved behov må det setjast i gang tiltak til forbetring.

Ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8 bokstav f har leiinga også ansvar for det som gjerne blir kalla for «leiinga sin gjennomgang»:

⁸⁴ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, § 8 bokstav a.

⁸⁵ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Ifølgje rettleiaren frå Helsedirektoratet inneber ein slik gjennomgang gjerne å framskaffe og samanfatte informasjon og resultat for verksemda, gjennomføre eit møte der leiinga går gjennom nemnde informasjon og vurderer behov for endringar, samt sikrar at naudsynte endringar blir implementert. Eit føremål med leiinga sin gjennomgang er å undersøke om ønska mål og resultat blir oppnådd, om regelverket blir etterlevd og om styringssystemet fungerer som føresett.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

6.3 Datagrunnlag⁸⁶

6.3.1 Utarbeiding, evaluering og justering av prosedyrar

Revisjonen har fått tilsendt innholdslista til Vaksdal kommune sitt dokument som viser oversikt over rutinar for helse- og omsorgstenesta.⁸⁷ I intervju går det fram at rutinar og prosedyrar for tenesta ikkje er samla på ein plass eller i eitt system. Det blir peikt på at eit viktig system, der ei rekkje sjukepleieprosedyrar er tilgjengelege, er det digitale PPS-systemet som kommunen abonnerer på. Desse prosedyrane har tilsette i helse- og omsorgstenesta tilgang til ved at dei er integrerte i journalsystemet, men kommunen har ikkje ansvar for vedlikehald av prosedyrane. Prosedyrane blir sentralt oppdaterte t.d. ved endringar i lovverk.

I tillegg er det utarbeidd ei rekkje rutinar, prosedyrar og malar som blir nytta i helse- og omsorgstenesta. Døme på dette er serviceerklæringar, rutinar for sakshandsaming, kriterium og rutinar for tildeling av tenester, samt vedtaksmalar. I tillegg finst det rutinar for tenesteutøvinga på dei ulike arbeidsstadane, pleieplanar for einskilde tenestemottakarar mv. I intervju med tilsette i tenesta blir det informert om at helse- og omsorgstenesta har gode system og rutinar og at desse blir aktivt nytta og følgt. Det blir kommentert at særleg pasientretta rutinar blir aktivt nytta. Samstundes blir det peika på at vikarar utan fagutdanning ikkje alltid er like merksame på viktigheita av å følgje rutinar.

Ulike rutinar og prosedyrar blir oppdaterte i varierende grad. Det blir peikt på at rutinar kan bli endra med bakgrunn i avviksmeldingar. Vidare kan fortløpande drøftingar og vurderingar av kva som er føremålstenleg liggje til grunn for enkelte endringar i rutinar og prosedyrar. Nokre prosedyrar blir gjennomgått fast ein gong i året, mellom anna gjeld dette pleieplanar som det blir opplyst at ein minst går gjennom ein gong i året i samband med årskontrollen. Legemiddelrevisjonen blir også gjennomført årleg, og kan medføre endringar.

Samtidig blir det i intervju peikt på at det i travle periodar kan førekome at enkelte prosedyrar ikkje blir oppdaterte med endringar og/eller justeringar så ofte som dei burde. Kven som har ansvar for å oppdatere slike prosedyrar blir opplyst å avhenge av kva prosedyre det gjelder; dersom det er «overordna tema» er det gjerne avdelingsleiar sitt ansvar, medan det kan vere ein sjukepleiar som er ansvarleg dersom det dreier seg om sjukepleiarfaglege prosedyrar. Også i internkontrollrapporteringa for 2016 frå heimetenesta går det fram at ikkje alle rutinar blir systematisk oppdaterte, og at ein ventar på nytt verktøy som skal lette dette arbeidet.

Ein del rutinar revisjonen har mottatt kopi av, inneheld ikkje informasjon om kva tid rutinen sist blei oppdatert, kva tid den skal oppdaterast igjen eller kven som er ansvarleg for dette. Andre rutinar (t.d. hygieneperm for heimetenesta), inneheld slik informasjon, men er etter det som går fram av rutinen ikkje revidert i samsvar med planen dei siste åra. Rutinar for god handhygiene i heimetenesta blei, ifølgje det som går fram av rutinen, sist oppdatert i 2009. Neste revisjon skulle vere i 2011. Det same gjeld også for dei andre rutinane i «hygienepermen».

Det blir trekt fram at betringspotensialet i helse- og omsorgstenesta i Vaksdal mellom anna ligg i arbeidet med kvalitetssystem. Kommunen har lenge jobba med å få på plass eit heilskapleg kvalitetssystem for heile kommunen. Dette er kjøpt inn, og skulle implementerast i løpet av vår- om sommarmånadane 2017. Det blir

⁸⁶ I dette delkapitlet vil alle underproblemstillingar bli svart på samla: 1) *I kva grad har kommunen etablert eit system for å utvikle, kontrollere, evaluere og justere prosedyrane som skal sikre etterleving av helse- og omsorgslovgjevinga?*, 2) *I kva grad blir måloppnåing, regeletterleving og krav til kvalitet følgt opp av leiinga?* og 3) *I kva grad er det system for å gjennomføre eigenkontrollar av tenestene?*

⁸⁷ Vaksdal kommune – Rutiner for helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune

peikt på at dette vil bidra til å skape ei meir heilskapleg teneste, der alle rutinar og prosedyrar føreligg i eit og same system. Det er laga ei oversikt over alle eksisterande rutinar, og denne skal brukast som ei sjekkliste for å sikre at alle eksisterande rutinar blir lagt inn i det nye kvalitetssystemet. I det nye kvalitetssystemet skal all naudsynt informasjon og rutinar vere digitale og samla på ein plass. Oppdaterte lovverk og forskrifter vil også vere tilgjengelege her, og system for melding og oppfølging av avvik vil forenklast gjennom at ein melder avvik via ein app, og at meldinga går direkte til næraste leiar.

6.3.2 Eigenkontrollar

Det er ikkje etablert system eller retningslinjer for gjennomføring av systematiske eigenkontrollar i helse- og omsorgstenesta, for å undersøkje om etablerte rutinar fungerer etter føremålet, og om dei er kjent, forstått og blir følgd.

I intervju blir det likevel vist til døme på at eigenkontrollar i praksis kan bli gjennomført. Mellom anna har einingsleiar i sjukeheimstenesta gjort stikkprøvekontrollar for å undersøke om opplæringsplanen blir nytta ved opplæring av nyttilsette. Denne typen kontroll blei gjennomført på einingsleiar sitt initiativ, og er ikkje del av ein systematikk der ein nyttar eigenkontrollar for å evaluere om rutinar fungerer etter føremålet.

6.3.3 Oppfølging av internkontrollen

Det er einingsleiarane som resultatansvarlege som har det daglege ansvaret for internkontrollen i si eining. Det blir opplyst at internkontroll er tema i eit årleg leiarmøte mellom einingsleiarar og rådmannen si leiargruppe, og at det då mellom anna er fokus på risikobiletet og system og rutinar. Dette er rådmannen sin årlege internkontrollgjennomgang, som kjem i tillegg til den faste og løpande rapporteringa og oppfølginga gjennom året.

Det blir opplyst at det i samband med rådmannen sin årlege internkontrollgjennomgang blir gjort ein systematisk gjennomgang og vurdering basert på verksemdsmål, risiko og resultat. System og kontrollar blir etterspurt, og rapporteringa gjennom året blir sett i samanheng. Det blir utarbeidd ei liste for bruk i denne gjennomgangen, der einingsleiarane skal rapportere om internkontroll ved årsslutt i si eining (sjå avsnitt 5.3 der internkontrollskjemaet er nærare presentert). Det blir opplyst at internkontrollskjemaet kan endre seg noko frå år til år. Kollonnene i skjemaet som dreier seg om risikovurderingar, avdekte risikoar og tiltak er i liten grad fylt ut. Særleg gjeld dette sjukeheimstenesta, der det ikkje er vist til nokre gjennomførte risikovurderingar. Det føreligg ikkje dokumentasjon på korleis utfylte internkontrollskjema frå einingane blir vurdert og følgd opp.

Nøkkeltal for tenestene, til dømes IPLOS og KOSTRA, utgjer også ein del av grunnlaget i rådmannen sin årlege gjennomgang. Det blir opplyst at det er fokus på å kartlegge endringar og «avvik frå normalen» i gjennomgangen av nøkkeltal. Einingsleiar og stab/støtte bidrar i denne gjennomgangen. Rådmannen si leiargruppe vurderer gjennomgangen og eventuelle tiltak. Tilbakemelding og oppfølging av einingsleiarar blir vidare opplyst å stå på agendaen i dei første møta etter den årlege internkontrollgjennomgangen. I tillegg blir det opplyst at kommunalsjef fortløpande gjennom året følgjer opp om einingane når sine målsettingar som er fastsett i årshjula.

6.4 Vurdering

Leiinga i kommunen og i helse- og omsorgstenestene synast etter revisjonen si vurdering å ha fokus på viktigheita av internkontroll. Det kjem også fram at ein ventar at implementering av nytt kvalitetssystem vil bidra til å styrke internkontrollen innanfor helse og omsorg. Per i dag er rutinar og prosedyrar spreidd på fleire ulike system, som i varierende grad blir kontrollert, evaluert og justert. Revisjonen meiner det er viktig å sikre faste gjennomgangar av alle rutinar og prosedyrar, og at det går fram kva tid rutinar og prosedyrar sist blei oppdatert, og kva tid dei skal oppdaterast igjen. Dette er mellom anna viktig for å sikre at alle prosedyrar og rutinar blir oppdaterte i samsvar med eventuelle endringar i regelverk eller organisering, og at man er sikker på at alle forholder seg til sist oppdaterte rutine/prosedyre.

Vidare vil revisjonen igjen peike på viktigheita av å arbeide vidare med å etablere ein god avvikskultur i helse- og omsorgstenesta. Avviksmeldingar er ein viktig del av grunnlaget for å vurdere kva rutinar og prosedyrar det er behov for, samt for å vurdere behov for endringar. For å sikre at rutinar og prosedyrar fungerer etter føremålet, og blir nytta i praksis, meiner revisjonen også at eigenkontrollar innanfor utvalde område kan vere eit effektivt verktøy. Revisjonen meiner Vaksdal kommune bør vurdere å etablere rutinar for gjennomføring

av eigenkontrollar innanfor område der ein til dømes vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.

Rådmannen sin årlege internkontrollgjennomgang synast etter revisjonen si vurdering å vere ei føremålstenleg ordning for å gjennomføre leiinga sin gjennomgang. Bruk av eit internkontrollskjema som del av rapporteringa frå einingsleiarane synast også føremålstenleg, sjølv om det er revisjonen si vurdering at desse skjemaa med fordel kunne vore meir utfyllande fylt ut for å synleggjere både styrkar og manglar i internkontrollen i tenestene. Revisjonen stiller spørsmål ved at det i liten grad er opplyst om gjennomførte risikovurderingar. På same vis som med andre delar av internkontrollsystemet, meiner revisjonen det er viktig at kommunen jamleg evaluerer arbeidet med leiinga sin gjennomgang, og vurderer om denne fungerer på føremålstenleg vis og i samsvar med krav og anbefalingar i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta med tilhøyrande rettleiingsmateriell. Også i denne delen av internkontrollarbeidet er det viktig å sikre fokus på utvikling og forbetring.

7. Konklusjon og tilrådingar

Undersøkinga viser at Vaksdal kommune har etablert ein del system og rutinar som skal sikre brukarmedverknad på både individ- og systemnivå i helse- og omsorgstenestene. Undersøkinga viser også at det er etablert ein del system og rutinar som skal sikre dei tilsette medverknad både i kvalitetsarbeidet i tenestene og i saker som vedkjem arbeidsforholda. Særleg i samband med utviklingsprosjekt og utvikling av det som skal vere framtidens helse- og omsorgstenester i kommunen, ser det ut til at kommunen har stor merksemd retta mot å sikre brukarrepresentasjon og å hente inn informasjon om ønskje og behov frå dei som tenestene skal vere retta mot.

Samtidig meiner revisjonen at undersøkinga viser at dei etablerte systema og rutinane i praksis ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar brukarmedverknad verken på individ- eller systemnivå, eller at det i tilstrekkeleg grad er lagt til rette for at tilsette kan melde frå om sine erfaringar med tenestene og kome med innspel til forbetring. Dei tilsette er heller ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjent med kommunen sine varslingsrutinar.

Undersøkinga viser samtidig at tenestemottakarar og pårørande alt i alt er ganske godt nøgde med helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune. I all hovudsak meiner dei at tenestemottakarane har vedtak om og får tildelt dei tenestene dei har behov for. Undersøkinga viser vidare at dei tilsette, i større grad enn tenestemottakarar og pårørande, peiker på utfordringar knytt til det å sikre at tenestemottakarar får dei tenestene dei har vedtak om og til rett tid. Undersøkinga viser også at både tilsette, tenestemottakarar og pårørande opplever at mange av dei grunnleggjande behova til mottakarar av helse- og omsorgstenester i Vaksdal kommune blir godt ivareteke. Samtidig blir det – særleg frå tilsette i helse- og omsorgstenestene – peikt på utfordringar med å ivareta nokre av dei grunnleggjande behova hos tenestemottakarar. Revisjonen meiner dette indikerer at det er behov for å gjennomgå tilhøva nærare, og vurdere kva tiltak som kan setjast i verk for å få på plass system som i større grad sikrar at grunnleggjande behov blir ivareteke i samsvar med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene.

Revisjonen vil, sett i lys av dei forhold som er nemnd over, presisere viktigheita av at det blir gjennomført risikovurderingar, og slik identifisert aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk. Det er også viktig at arbeidet med risikovurderingar blir gjort som ein kontinuerleg prosess, og blir systematisert og dokumentert i større grad enn i dag. Også oppfølging av slike risikovurderingar, i form av tiltak med definerte fristar og ansvarlege, bør systematiserast og dokumenterast i større grad. I samband med kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstenesta er det også heilt sentralt å sikre at det er ein god kultur for å melde frå om uønskete hendingar, slik at kommunen både kan avdekke og førebygge avvik. Undersøkinga viser at det i delar av helse- og omsorgstenesta ikkje er praksis for å melde avvik når desse oppstår. Revisjonen meiner dette er eit tema det er behov for å rette betydeleg merksemd mot framover. I den samanheng vil revisjonen også peike på viktigheita av å sikre at medarbeidarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetningsarbeid, jf. Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrift om kvalitet og forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vaksdal kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Evaluerer og vidareutviklar sine system for å sikre brukarmedverknad på individnivå, og som del av ei slik evaluering hentar inn systematisk informasjon om korleis tenestemottakarar og pårørande sjølv opplever brukarmedverknaden.
2. Sikrar at tenestemottakarar og pårørande sine erfaringar med tenestene systematisk bli innhenta og nytta i det kontinuerlege arbeidet med kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstenestene.
3. Gjennomgår og evaluerer system og rutinar for å sikre tilsette sin medverknad, mellom anna for å sikre at tilsette sine erfaringar og innspel blir nytta i kvalitetsarbeidet.

4. Sikrar at tilsette har forståing for viktigheita av å melde frå om uønskte hendingar, og at avvik blir systematisk meldt frå om og følgt opp og nytta i kvalitetsarbeidet.
5. Gjennomfører ei kartlegging av medarbeidarane sin kompetanse i forbetningsarbeid, og vurderer kva tiltak som eventuelt bør setjast i verk for å auke denne kompetansen.
6. Sikrar at det både gjennom medarbeidarsamtalar og meir fortløpande dialog mellom tilsette og deira leiarar er fokus på meistring av arbeidsoppgåver, og eventuelle behov for rettleiing og opplæring.
7. Sikrar at kommunen si varslingsrutine blir gjort tilstrekkeleg kjent blant dei tilsette.
8. Sikrar at det i større grad blir gjennomført systematiske og dokumenterte risikovurderingar, for å identifisere aktivitetar eller prosessar der det er fare for svikt eller brot på regelverk.
9. Vurderer å etablere rutinar for gjennomføring av eigenkontrollar, til dømes innanfor område der kommunen vurderer at det er risiko for manglande etterleving av rutinar og prosedyrar.

Vedlegg 1: Høyringsuttale

Revisjonen mottok 16. august 2017 følgjande høyringsuttale per e-post frå konstituert rådmann Åse Elin Myking i Vaksdal kommune:

Rådmann har fått utkast til forvaltningsrevisjonen om *kvalitet innfor helse og omsorg* til uttale. Denne revisjonen har hatt eit omfattande tema og mandat og eit stort datagrunnlag som utgangspunkt. Sjølv med fleire hundre dokument levert som grunnlag for arbeidet kunne meir vore tilføyd for å utfylle temaet kvalitet. Undersøkinga hadde dessverre låg svarprosent og er slik revisjonen peikar på vanskelegare å legge for stor vekt på. Etter rådmann sin vurdering har Deloitte gjort eit grundig og godt arbeid innfor dei rammene som var gitt.

Kvalitet baserer seg på både subjektive og objektive vurderingar og kan vera vanskeleg å måle. Mange undersøkingar innan feltet viser til dømes at tilsette i større grad enn, eller i motsetning til, brukarar og pårørande opplever lågare kvalitet. Dette kan relaterast til forventningar og dilemma som omsorgspersonell opplever og samsvarer soleis med tilbakemeldingane revisjonen har fått i undersøkinga. Dette gir grunnlag for nærare undersøkingar og vurderingar av tiltak slik revisjonen gjer framlegg om.

Konklusjon og tilrådingar i rapporten sansvarer godt med dei vurderingane me har gjort oss etter interne og tidlegare eksterne analyser av tenstene. Satsingane i kommundelplan og *Lev Vel i Vaksdal* prosjektet bygger også på større grad av medverknad og deltaking.

Arbeidet med kvalitetssystemet pågår og vil systematisere og gje oss verktøy for rutineskildringar, risikovurderingar, avvikshåndtering med vidare. Behovet for ny og endra kompetanse er aukande innfor fagområde og kompetanseutvikling er ei hovudsatsing framover. Helse og omsorg er nyleg organisert og tilpassa for å gjennomføre satsingane og utviklingsarbeidet som det vert peika på i forvaltningsrevisjonen.

Vedlegg 2: Revisjonskriterium

Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Det kommunale ansvaret for pleie- og omsorgstenester er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) § 3-1. Kommunen skal ifølgje lova sørgje for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester. I dette prosjektet er det fokus på dei helse- og omsorgstenestene som er omfatta av § 3-2 nr. 6, bokstav a-d. Dette er tenester som ofte blir ytt til den eldre befolkninga i kommunen:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstenester
(...)

6. Andre helse- og omsorgstenester, herunder:

- a. helsetjenester i hjemmet,
- b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
- c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
- d. avlastningstiltak.

Kvalitet i helse- og omsorgstenestene

Føremålet med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene er at den skal medverke til å sikre at «personer som mottar pleie- og omsorgstenester etter kommunehelsetjenesteloven (...) får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel». ⁸⁸

I § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene ⁸⁹ er oppgåver og innhald i tenestene skildra:

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 omsorgstenester, 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.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- 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

⁸⁸ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene for tjenesteyting mv. § 1.

⁸⁹ Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. FOR 2003-06-27 nr. 792.

- 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.

Det går fram av forarbeida til helse- og omsorgstjenestelova (Prop.91 L (2010-2011))⁹⁰ at

Medvirkning innebærer at pasienten får anledning til å gi uttrykk for sitt syn, og at synet tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenester. (...) I pasientrettighetsloven er regler om pasientens rett til medvirkning gitt i § 3-1. Etter bestemmelsens første ledd har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det er opp til pasienten å avgjøre i hvilken grad vedkommende ønsker å benytte medvirkningsretten. Graden av medvirkning må tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger. Det er presisert at dersom pasienten ønsker at andre skal være til stede når helsehjelp gis, skal dette imøtekommes så langt som mulig, jf. bestemmelsens tredje ledd. For de tilfeller pasienten ikke har samtykkekompetanse, er det i andre ledd bestemt at pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten.

Vidare er tenestemottakar sin rett til medverknad knytt til eiga enkeltvedtak omtalt:

Forvaltningsloven gjelder for tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, jf. loven § 8-1. Den enkelte tenestemottagers rett til å medvirke vil således også følge av forvaltningslovens regler om saksforberedelse av enkeltvedtak hvor partene gis rett til å øve innflytelse på vedtaket, se særlig forvaltningsloven §§ 16 og 17. Den enkelte brukers rett til medvirkning er også omtalt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som gjelder når det ytes tjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Etter forskriften § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre blant annet at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenester.

Kompetanse og opplæring

I § 4-1 i helse- og omsorgstjenestelova er krav til forsvarlegheit i kommunen si tenesteutøving presisert. Her går det mellom anna fram at kommunen er pliktig å tilrettelegge for at personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 bokstav c) og for at tilstrekkeleg fagkompetanse er sikra i tenestene (§ 4-1 bokstav d). Det går fram av § 8-1 i helse- og omsorgstjenestelova at «[e]nhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.»

I forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjenesta § 6 bokstav f er verksemda sitt ansvar for å ha oversikt over medarbeidarane sin kompetanse og behov for opplæring presisert. Kravet er utdjupa i rettleiar frå Helsedirektoratet.⁹¹ I rettleiaren går det fram at det er øvste leiar sitt ansvar å sørgje for system som sikrar at medarbeidarane har kunnskap og feridgheiter til å utføre sine oppgåver:

Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse, og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.⁹²

Det blir vidare presisert at ein avgjerande faktor for å lykkast med å forbetre helse- og omsorgstjenestene er at både leiarar og medarbeidarar har kompetanse i forbetringsarbeid:

Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.⁹³

Under praktiske døme i rettleiaren blir det vist til korleis ein kan arbeide med kunnskap om forbetring.

⁹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse. Og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven), 2011-04-08.

⁹¹ Helsedirektoratet: veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

⁹² Ibid, side 22.

⁹³ Ibid, side 22.

Styringssystem, internkontroll og risikovurderingar

Ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 4-2 har ein kvar som yt helse- og omsorgstenester etter lova eit ansvar for å «sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går kravet om styringssystem i kommunale helse- og omsorgstenester fram. I § 4 er styringssystem for helse- og omsorgstenester definert som den del av verksemda si styring som omfattar korleis verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivinga.

Det går fram av forskrifta § 6 bokstav d at kommunen mellom anna pliktar å

(...) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangler på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.

I rettleiar frå Helsedirektoratet⁹⁴ går det fram at risikovurderingar bør gjennomførast som ein kontinuerleg prosess, og det blir anbefalt at den følgjer ein kjent standard. Ifølgje rettleiaren kan pasientar, brukarar, pårørande og medarbeidarar kunne bidra med verdfull kjennskap til risikoar, og deira erfaringar og innspel bør systematisk etterspørrast og nyttast. Blant relevante interne dokument i samband med risikovurderingar listar rettleiaren mellom anna opp resultat frå avvikssystemet, rutinar for risiko- og sårbarheitsanalyse, rutinar for risikogjennomgangar til dømes i personalmøte, målingar av pasientskade, analyse av hendingar, tilbakemeldingar frå pasientar, brukarar og pårørande, mv. Tilsynsrapportar er blant dei dokumenta som blir nemnt som døme på relevant ekstern informasjon.

I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det, under skildring av analyser av risiko- og sårbarheit også presisert at «systematisk oversikt over risikoområder og områder med fare for mangelfull etterlevelse eller behov for forbedringer, forutsetter systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater.»⁹⁵

Vidare skal kommunen ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 6 bokstav e «planlegge hvordan risiko (...) kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.»⁹⁶ I rettleiaren frå Helsedirektoratet blir det peikt på at føreseigna i praksis inneber at det må føretakast ein gjennomgang av verksemda sine tenester og resultat «for å finne frem til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk.» Ulike område bør prioriterast, og ein plan for minimering av risiko bør innehalde mål, tiltak, ansvarsfordeling og tidsplan. Også oppfølging av risiko bør vere ein kontinuerleg prosess i verksemda, ifølgje rettleiaren.

Krav til oversikt over mellom anna avvik og uønskete hendingar i verksemda går fram av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 6 bokstav g. Av rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta går det fram at «[e]n godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik.»⁹⁷

Av forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 7 bokstav c går det mellom anna fram at verksemda plikter å

(...) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer og rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systemsiakt arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I rettleiar frå Helsedirektoratet er det peikt på at det i stor grad er opp til verksemda sjølv å vurdere kva faglege og administrative rutinar som er naudsynte. Det er vidare vist til viktigheita av å kople vurderingar av

⁹⁴ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

⁹⁵ Ibid, side 17.

⁹⁶ Ibid, side 20.

⁹⁷ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017. Side 23.

kva rutinar og prosedyrar som er naudsynte opp mot systema for å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskete hendingar og forbettringsområde.

Gjennom forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er verksemda også pålagt å evaluere sine aktivitetar: «Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.»⁹⁸ I rettleiar til forskrifta frå Helsedirektoratet går det fram at denne plikta til dømes kan omfatte at den ansvarlege for verksemda må etterspørre status, følgje med på målingar og resultat og sikre at fristar blir etterlevd. Målingar, rapportering, praksisbesøk og systematiske gjennomgangar blir nemnd som døme på verkemiddel som kan nyttast, og oversikter og meldingar om avvik, klager, sjekkliste for intern gjennomgang, rutinar for regelmessig gjennomgang, ulike prosedyrar og instruksar blir vist til som relevante dokument.

Vidare er leiinga for verksemda ifølgje forskrifta ansvarleg for å vurdere effektar av gjennomførte aktivitetar, og at iverksette tiltak blir evaluert. Sistenemnde krav inneber mellom anna ei vurdering av om rutinar er i samsvar med regelverket, og om dei er kjent, forstått og blir følgt i praksis. Det kan til dømes gjennomførast målingar, eigenkontrollar, stikkprøvegjennomgangar, samt at medarbeidarar løpande kan bli spurt korleis tiltak fungerer.⁹⁹ Ved behov må det setjast i gang tiltak til forbetring.

Ifølgje forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8 bokstav f har leiinga også ansvar for det som gjerne blir kalla for «leiinga sin gjennomgang»:

Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Ifølgje rettleiaren frå Helsedirektoratet inneber ein slik gjennomgang gjerne å framskaffe og samanfatte informasjon og resultat for verksemda, gjennomføre eit møte der leiinga går gjennom nemnde informasjon og vurderer behov for endringar, samt sikrar at naudsynte endringar blir implementert. Eit føremål med leiinga sin gjennomgang er å undersøke om ønska mål og resultat blir oppnådd, om regelverket blir etterlevd og om styringssystemet fungerer som føresett.

Pliktene knytt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda sin aktivitet går fram av §§ 6, 7, 8 og 9, som er her fullstendig gjengjeve:

§ 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

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

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

⁹⁸ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, § 8 bokstav a.

⁹⁹ Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.

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

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

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

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
 - b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Medverknad

Tenestemottakarar og pårørnde

Det går fram av pasient- og brukerrettighetslova § 3-1 at

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr.6 3-6 og 3-8. (...)

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

Av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene går også viktigheta av medverking i eiga sak fram. Av § 3 går det fram at kommunen skal ha system 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.»

Helse og omsorgstjenestelova omtalar i tillegg medverknad og samarbeid på systemnivå, gjennom § 3-10 som omhandlar pasientar og brukarar sin innverknad og samarbeid med frivillige organisasjonar:

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 brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Det går fram av forskrift om leiling og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstjenestene at helse- og omsorgstjenesta har plikt til å «d. sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes», og «e. sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.» Det går i tillegg fram at helse- og omsorgstjenesta er pliktig å gjere ei vurdering av verksemda basert på pasientar, brukarar og pårørende sine erfaringar (§ 8 bokstav d).

Tilsette sin rett til medverknad og informasjon

Arbeidstakar har ifølgje arbeidsmiljølova § 2-3 plikt til å medverke i verksemda sitt systematiske arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMT). Vidare har arbeidsgjevar ifølgje arbeidsmiljølova § 3-1 plikt til å sørge for at det blir arbeidd systematisk med HMT i verksemda, og at dette blir gjort i samarbeid med arbeidstakarane og deira tillitsvalde. Dette omfattar til dømes fastsetting av mål, risikovurderingar og tilhøyrande vurderingar og tiltak for å redusere risiko, førebygging av sjukefråvær mv.

Av forskrift om organisering, leiling og medverknad § 2-1 går det fram at «Planlegging og vurdering av arbeidsmiljøet og gjennomføring av nødvendige og forebyggende tiltak skal skje i samarbeid med arbeidstakerne, verneombud og tillitsvalgte.»

Det går fram av arbeidsmiljølova § 8-1 at «[i] virksomhet som jevnlig sysselsetter minst 50 arbeidstakere skal arbeidsgiver informere om og drøfte spørsmål av betydning for arbeidstakernes arbeidsforhold med arbeidstakernes tillitsvalgte.» Det går vidare fram av arbeidsmiljølova § 8-2 at gjennomføringa av denne plikta til informasjon og drøfting omfattar:

- a) informasjon om den aktuelle og forventede utvikling av virksomhetens aktiviteter og økonomiske situasjon,
- b) informasjon om og drøfting av den aktuelle og forventede bemaningssituasjon i virksomheten, inkludert eventuelle innskrenkninger og de tiltak arbeidsgiver vurderer i den forbindelse,
- c) informasjon om og drøfting av beslutninger som kan føre til vesentlig endring i arbeidsorganiseringen eller ansættelsesforhold.

Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen

Arbeidsmiljøloven §§ 2-4, 2-5 og 3-6 regulerer arbeidstaker sin rett til å varsle om kritikkverdige forhold i verksemda. Føresegna skal ifølgje arbeidstilsynet bidra til å styrke den reelle ytringsfridomen i eit tilsettingsforhold.

I følgje arbeidsmiljølova § 2-4, andre ledd skal

Arbeidstakers fremgangsmåte ved varslingen [...] være forsvarlig. Arbeidstaker har uansett rett til å varsle i samsvar med varslingsplikt eller virksomhetens rutiner for varslings. Det samme gjelder varslings til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter. Arbeidsgiver har bevisbyrden for at varslings har skjedd i strid med denne bestemmelsen.

Det går vidare fram av arbeidsmiljølova § 2-5 at gjengjelding mot arbeidstakar som varslar i samsvar med § 2-4, samt gjengjelding mot arbeidstakar som gir til kjenne at retten til å varsle etter § 2-4 vil bli brukt, til dømes ved å framskaffe opplysningar, er forbudt. Det får vidare fram av § 2-5, tredje ledd at ein arbeidstakar som har blitt utsatt for gjengjelding i strid med første og andre ledd, kan krevje oppreisning utan omsyn til arbeidsgjevar si skuld.

Det går vidare fram av arbeidsmiljølova § 3-6 at

Arbeidsgiver skal, i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, utarbeide rutiner for intern varslings eller sette i verk andre tiltak som legger forholdene til rette for intern varslings

om kritikkverdige forhold i virksomheten i samsvar med § 2-4, dersom forholdene i virksomheten tilsier det.

Arbeidsmiljøloven sine varslingsregler omfatter tilfelle der arbeidstakar varslar om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som arbeidstakaren blir kjent med gjennom arbeidsforholdet og som er eller kan vere i strid med:

- Lover og reglar.
- Verksemda sine retningslinjer.
- Alminnelig oppfatning av kva som er forsvarleg eller etisk akseptabelt.¹⁰⁰

¹⁰⁰ <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257>

Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

Lover og forskrifter

- Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63.
- Arbeids- og sosialdepartementet, Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv., FOR-2003-06-27-792.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250.
- Arbeids- og sosialdepartementet, Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, FOR-2011-12-06-1355.

Dokumentasjon frå Vaksdal kommune

- Vaksdal kommune – Kvalitetsutvikling og brukarmedverknad i det daglege.
- Vaksdal kommune – Sak frå Eldrerådet: sak 4/2017.
- Vaksdal kommune – «Lev vel i Vaksdal – Meisting og deltaking heile livet», rapport forprosjekt juni 2015 – juni 2016.
- Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat sjukeheimstenesten Vaksdal.
- Vaksdal kommune – Medarbeidarundersøkinga 2015, Resultat heimebasert omsorg Vaksdal.
- Vaksdal kommune – Framdriftsplan for arbeid med medarbeidarundersøkinga 2015, heimetenesta.
- Vaksdal kommune – Handlingsplan etter medarbeidarundersøkinga 2015, praktisk bistand.
- Vaksdal kommune – Handlingsplan i heimesjukepleien 2015.
- Vaksdal kommune – Skjema til planlegging av eigen turnus 2016.
- Vaksdal kommune – Varslingsrutine for Vaksdal kommune.
- Vaksdal kommune - Helse og omsorg, kompetanseplan 2016-2019.
- Vaksdal kommune - Praktisk prosedyrer i sjukepleiartenesta – PPS.
- Vaksdal kommune - Analyseark heilskapleg ROS-analyse Vaksdal kommune 19.02.2015.
- Vaksdal kommune - Plan for helsemessig og sosial beredskap. 2004. Sist revidert i august 2013.
- Vaksdal kommune - Årsplan for kartlegginger og risikovurderinger i heimesjukepleien 2015.
- Vaksdal kommune – Rutiner for helse- og omsorgstenestene i Vaksdal kommune.

Andre dokument og litteratur:

- Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 91 L (2010-2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Helsedirektoratet: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017.
- Fylkesmannen i Hordaland – *Rapport frå tilsyn med tvungen helsehjelp etter lov om pasient- og brukarrettar kapittel 4A, Vaksdal kommune, Vaksdal sjukeheim 2016*, 21.november 2016.
- Mortensen, Anne Katrine: Undersøkelse om religion 2008. Undersøking koordinert og tilrettelagt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Rapport nr. 126. Februar 2010.
http://www.nsd.uib.no/om/rapport/nsd_rapport126.pdf.

Nettstader:

- www.vaksdal.kommune.no
- www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=92257
- www.fylkesmannen.no/Hordaland/

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

© 2017 Deloitte AS