



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 4-2019

## **HJEMMETJENESTEN**

LØRENSKOG KOMMUNE

APRIL 2019



# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
Formål og problemstillinger	5
Revisjonens oppsummering	5
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	i
Rådmannens uttalelse til rapporten	ii
Anbefalinger	iii
<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Avgrensning og problemstillinger	2
1.3 Kilder til revisjonskriterier	2
1.4 Oppbygging av rapporten	3
<b>2 Metode</b>	<b>4</b>
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	4
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	5
<b>3 Organisering</b>	<b>6</b>
3.1.1 Tillitsreform og omorganisering	6
3.1.2 Nåværende organisering	6
<b>4 Internkontroll</b>	<b>9</b>
4.1 Revisjonskriterier	9
4.1.1 Innledning	9
4.1.2 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering	10
4.1.3 Kompetanse og opplæring	10
4.1.4 Oversikt over områder med risiko for svikt	10
4.1.5 Avvikssystem og forbedringsarbeid	11
4.1.6 Brukerinvolvering	11
4.2 Funn	12
4.2.1 Virksomheten mål, oppgaver og organisering	12
4.2.2 Myndighet, ansvars- og oppgavefordeling	12
4.2.3 Kompetanse og opplæring	15
4.2.4 Oversikt over områder med risiko for svikt	21
4.2.5 Avvikssystem	22

4.2.6 Brukerinvolvering	25
4.3 Brukes informasjon og kunnskap om avvik og brukerundersøkelser til læring og forbedring?	27
4.4 Revisjonens vurdering	31
<b>5 Kvalitet i tjenesten</b>	<b>33</b>
5.1 Revisjonskriterier	33
5.2 Funn	34
5.2.1 Systemer og rutiner for å sikre kravene	34
5.2.2 Ivaretagelsen av grunnleggende behov	37
5.2.3 Fysiologiske behov	39
5.2.4 Grunnleggende menneskelige behov	42
5.2.5 Tilbud tilrettelagt for de med demens	43
5.3 Revisjonens vurdering	45
<b>6 Tiltak for kontinuitet</b>	<b>46</b>
6.1 Revisjonskriterier	46
6.2 Funn	46
6.3 Revisjonens vurdering	49
<b>KILDER</b>	<b>50</b>
<b>TABELLOVERSIKT</b>	<b>51</b>
<b>VEDLEGG 1 HØRINGSSVAR FRA RÅDMANN</b>	<b>52</b>

# SAMMENDRAG

## Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad kommunen sikrer god kvalitet i hjemmetjenesten.

Følgende problemstillinger blir besvart i undersøkelsen:

1. I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?
  - a. I hvilken grad tar kommunen hensyn til brukererfaring og sørger for brukerinvolvering.
2. Har Lørenskog kommune rutiner og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?
3. I hvilken grad har kommunen satt inn tiltak for å sikre at brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling?

## Revisjonens oppsummering

### Internkontroll

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Hjemmetjenestens mål og organisering må være beskrevet</li> <li>⇒ Myndighet, ansvar og oppgaver må være dokumentert og kjent</li> <li>⇒ Kommunen må sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, nødvendig opplæring og kompetanseutvikling. Det skal utarbeides kompetanseplaner</li> <li>⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer systematisk kartlegging og vurdering av risiko for svikt og mangler</li> <li>⇒ Kommunen må ha et avvikssystem som sikrer at avvik meldes, følges opp og brukes systematisk i forbedringsarbeid</li> <li>⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer at pasienter, brukere og pårørende involveres systematisk i forbedringsarbeidet</li> </ul>

En god internkontroll er viktig for å sikre forsvarlige tjenester, god kvalitet og et systematisk forbedringsarbeid. Kravene til internkontroll i helse- omsorgssektoren, herunder hjemmetjenesten, er nedfelt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten har flere elementer av en internkontroll på plass, men at det er mangler og forbedringspotensial på noen områder.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har en tydelig organisasjons- og lederstruktur, hvor det fremgår klart hvordan ansvar og oppgaver er fordelt og de ansatte opplever stort sett at de er kjent med så vel egne som andres oppgaver. Både ansatte og ledere peker imidlertid at det i større grad kan legges til rette for tverrfaglig samarbeid og bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.

Revisjonen mener at tilstrekkelig kompetanse er grunnleggende for kvalitet i tjenesten. Det er kommunens ansvar at hjemmetjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse, at det gis nødvendig opplæring og legges til rette for fagutvikling. De ansatte oppgir at de mottar tilstrekkelig opplæring for å kunne gjennomføre oppgavene på en god måte og at tjenesten har kartlagt kompetansen. Ledere i tjenesten mener imidlertid at det er en forskjell mellom avdelingene med hensyn til kompetanse og tid til kompetanseutvikling.

Kommunen skal i henhold til internkontrollforskriften ha oversikt over områder i hjemmetjenesten hvor det er fare for risiko for svikt eller mangler på etterlevelse av myndighetskrav. Dette forutsetter at kommunen har rutiner som sikrer slike gjennomganger systematisk. Undersøkelsen viser at det ikke fullt ut gjennomføres systematiske kartlegginger og vurderinger av områder for risiko.

En god internkontroll forutsetter også at hjemmetjenesten har et velfungerende system for å melde og håndtere avvik. Undersøkelsen viser at det er utarbeidet skriftlige rutiner for hvordan pasientavvik skal meldes og håndteres og at rutinene ligger tilgjengelig i fagsystemet Profil. Undersøkelsen viser videre at de ansatte vet hva, hvordan og hvor det skal meldes avvik. Flere ansatte oppgir imidlertid at de ikke opplever at det er en god kultur for melde avvik, at det ikke er en felles forståelse for hva som er et avvik og at kunnskap om avvik ikke fullt ut benyttes til læring og forbedring.

Brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap om mangler og forbedringsområder. Deres erfaringer og innspill bør derfor etter revisjonens vurdering systematisk etterspørres. Det har blitt gjennomført brukerundersøkelser ved tjenesten hvert andre år, i tillegg til andre arenaer og tiltak som legger til rette for innspill fra brukere og pårørende. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte mener at det er et forbedringspotensial når det gjelder å benytte tilbakemeldinger fra brukere og pårørende til læring og forbedring, da særlig fra pårørende.

**Kvalitet i tjenesten**

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Har Lørenskog kommune rutiner/prosedyrer og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?	⇒ Det er etablert rutiner og praksis som skal bidra til sikre kravene i kvalitetsforskriften ⇒ Medarbeidere i tjenesten skal oppleve at det er lagt til rette for å ivareta pasientenes grunnleggende behov.

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten langt på vei har etablert prosedyrer og rutiner for å sikre at kravene i kvalitetsforskriften oppfylles. Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har etablert rutiner og praksis som skal bidra til å sikre pasientenes grunnleggende behov, fra kartlegging av tjenestebehov til hjelpen gis hjemme hos bruker. Det er også etablert en god praksis for dokumentasjon og kommunikasjon rundt den enkelte bruker.

Både ledere og ansatte lederne i tjenesten oppgir i intervjuer og spørreundersøkelse at det alt i alt er lagt til rette for at grunnleggende behov er ivaretatt. Det er imidlertid enkelte behov som både ledere og ansatte i tjenesten mener kan forbedres. Dette omfatter pasientenes sosiale behov, pasientenes opplevelse av trygghet/forutsigbarhet og at det er tilrettelagt for at pasientene kan få hjelp og tid nok ved måltider. Dette er noe revisjonen mener at kommunen bør se nærmere på.

**Tiltak for kontinuitet**

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
I hvilken grad har kommunen satt inn tiltak for å sikre at brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling?	⇒ Det er satt inn tiltak som skal sikre at brukerne i hjemmetjenesten får faste personer som yter behandling og omsorg

Undersøkelsen viser at kommunen har satt inn tiltak som skal sikre at brukerne i hjemmetjenesten får faste personer som yter behandling og omsorg. Tiltakene er imidlertid i varierende grad implementert i de ulike avdelingene. Målinger som er gjennomført av kommunen selv viser at tiltakene som er iverksatt ikke har medført noen markant nedgang i antall personer hos den enkelte bruker.

Etter revisjonens vurdering er det viktig at kommunen følger opp arbeidet for å sikre at brukerne i størst mulig grad opplever kontinuitet i hjemmetjenesten.

**Revisjonens samlede vurdering og konklusjon**

Revisjonen mener at hjemmetjenesten i Lørenskog kommune har systemer og praksis som i all hovedsak ivaretar både krav til internkontroll og kvalitet i tjenesten. Det fremkommer imidlertid

forhold som både ledere og ansatte mener at kan forbedres. Revisjonen mener det er viktig at forbedringspunktene tas med i det videre arbeidet med å utvikle og forbedre tjenesten.

### **Rådmannens uttalelse til rapporten**

Rådmannen kommenterer at rapporten overordnet gir et gjenkjennbart bilde av hjemmetjenesten i Lørenskog. Rapporten viser også at tjenesten jobber systematisk med kontinuerlig forbedringsarbeid. Det pekes på at tjenesten som er revidert omfatter mange innbyggere og ansatte, og er en kompleks tjeneste å gjennomføre, lede og utvikle. Rådmannen bemerker at rapporten viser godt hvordan tjenesten selv er opptatt av muligheter for forbedring, hvordan tjenesten følger opp mål som settes for forbedring, evaluerer effekter og endrer praksis.

I tillegg til de generelle bemerkningene har rådmannen kommentarer knyttet til de enkelte anbefalingene, som er tatt inn i sin helhet som vedlegg i rapport.



## Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

1. Rådmannen bør følge opp at det etableres en god kultur og ensartet praksis for avviksregistrering.
2. Rådmannen bør vurdere om det i større grad kan legges til rette for tverrfaglig samarbeid og bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.
3. Rådmannen bør se nærmere på om det i tilstrekkelig grad er lagt til rette for at brukere av hjemmetjenesten får ivare tatt alle sine grunnleggende behov.
4. Rådmannen bør følge opp tiltakene som skal sikre at brukerne i størst mulig grad opplever kontinuitet i hjemmetjenesten.

Jessheim, 29. april 2019



Oddny Ruud Nordvik  
ass. revisjonssjef



Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Lørenskog kommune bestilte i møte 15.5.2018 (sak 16/18) en forvaltningsrevisjon som retter seg mot kvalitet i hjemmetjenesten. Bakgrunnen for bestillingen var økningen i antall eldre i kommunen. Kontrollutvalget var spesielt opptatt av tildeling av legemidler og det at brukere og pasienter får tjenestene utført av faste personer. Det ble i møtet beskrevet som et problem at kommunens turnus fører til at brukerne i stor grad behandles av ulike ansatte fra gang til gang. Det at hjemmetjenesten skal organiseres slik at brukerne i størst mulig grad får faste personer som yter behandling og omsorg er satt opp som et tiltak i kommunens helse- og omsorgsplan 2015-2026.

Med utgangspunkt i vedtatt prosjektplan i møte 30.8.2018 (sak 28/18) og revidert prosjektplan vedtatt i møte 16.10.2018 (sak 37/18) har revisjonen gjennomført forvaltningsrevisjonen.

I henhold til den vedtatte planen retter denne undersøkelsen mot overordnet internkontroll i hjemmetjenesten, kvalitet i tjenestene og hjemmetjenestens oppfølging av omsorgsplanens mål om bedre kontinuitet (flere faste personer) i tjenesteleveransene.

Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige og forsvarlige<sup>1</sup> helse- og omsorgstjenester. I dette ligger blant annet at kommunen skal legge til rette for et tilbud som er helhetlig, koordinert og verdig.

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift, Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Forskriften stiller krav om at kommunen gjennom sine prosedyrer skal sikre at brukere/pasienter får tilfredsstillende grunnleggende behov som selvstendighet, medbestemmelse, respekt, trygghet, nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, fysiologiske og sosiale behov, tilpassede aktiviteter, egenomsorg/pleie m.m. Prosedyrene skal også sikre at den enkelte får de tjenestene de trenger til rett tid, at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert og at brukere og ev. pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

For å sikre kravene som stilles til helse- og omsorgstjenester, herunder kravet til kvalitet, kontinuitet, helhetlige tjenester, samhandling osv., skal kommunen ha god internkontroll. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2, skal kommunene jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kravene er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i

---

<sup>1</sup> I helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-1, lovkommentar nr. 9 står det: «Nødvendighetsbegrepet og begrepet forsvarlighet forstås som rettslige standarder se Kjørstad 2007, s. 226-227; Prop. 91 L (2010-2011) s. 161. Det henvises til en målestokk for kommunens plikter, nærmere fordelt på tre hoveddimensjoner; kvalitet, omfang og tidspunkt. I tolkningen må det trekkes inn flere momenter i en helhetsvurdering, også momenter som ligger utenfor en vanlig tolkning av lovtekst, herunder faglige, politiske og etiske betraktninger»

helse og omsorgstjenesten (28. oktober 2016, nr. 1250). Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves.

### 1.2 Avgrensning og problemstillinger

Formålet med revisjonen er å undersøke i hvilken grad kommunen sikrer god kvalitet i hjemmetjenesten.

4. I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?
  - a. I hvilken grad tar kommunen hensyn til brukererfaring og sørger for brukerinvolvering.
5. Har Lørenskog kommune rutiner og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?
6. I hvilken grad har kommunen satt inn tiltak for å sikre at brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling?

Undersøkelsen avgrenses til å omfatte den delen av kommunen som gir tjenester innenfor tradisjonell hjemmesykepleie og hjemmehjelp/praktisk bistand. I tillegg er avdeling for kartlegging og mestring del av undersøkelsen.

Kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er omfattende og detaljerte. Revisjonen har avgrenset problemstilling én til å undersøke om ansvar og oppgaver er avklart og kjent, om virksomheten har nødvendig kompetanse og oversikt over kompetansebehov, om ledelsen har oversikt over hvor det er potensielt fare for svikt og mangler, om det finnes et systematisk system for å melde fra om avvik/mangler, et system for brukerinvolvering og om kunnskap om avvik og mangler benyttes i et systematisk forbedringsarbeid.

Problemstilling to er avgrenset til om kommunen har utarbeidet skriftlige prosedyrer/rutiner for å sikre kravene i kvalitetsforskriften og at rutinene er kjent og etterleves i praksis. I tillegg vil det undersøkes om ansatte opplever at det er lagt til rette for å kunne ivareta grunnleggende behov i tråd med kvalitetsforskriftens krav.

### 1.3 Kilder til revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normer og krav som kan stilles til kommunenes virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i og utledet fra autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)

- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
- Lørenskogs kommunes helse- og omsorgsplan 2015-2026

#### **1.4 Oppbygging av rapporten**

Rapporten er inndelt i seks kapitler. I kapittel to beskrives nærmere metode og datagrunnlag. I kapittel tre beskrives kort kommunens organisering av og oppgaver i hjemmetjenesten. De neste kapitlene er inndelt som følger:

- Kapittel fire besvarer problemstilling en om etterlevelse av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, herunder spørsmålet om brukerinvolvering
- Kapittel fem tar for seg problemstilling to om rutiner og praksis for å sikre kvalitet
- Kapittel seks tar for seg problemstilling tre om kommunen har satt inn tiltak for å sikre at brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling

I hvert av kapitlene redegjøres innledningsvis for revisjonskriteriene, deretter følger en gjennomgang av funnene og til slutt følger revisjonens vurdering. Revisjonens samlede vurdering og konklusjon, samt anbefalinger, er gjengitt i sammendraget først i rapporten.

## 2 METODE

### 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse og e-post korrespondanse.

#### **Dokumentanalyse**

Dokumentanalysen omfatter blant annet gjennomgang av kommunens dokumentasjon av internkontrollen, stillingsbeskrivelser, arbeidsbeskrivelser, ulike planer, prosedyrer, avtaler osv.

#### **Intervjuer**

Det er gjennomført intervju med virksomhetsleder i tjenesten og leder for fagutviklingsenheten i helse og omsorg. Det er også gjennomført intervjuer med lederne i hhv. avdelingene for hjemmesykepleie 1 og 2, leder for avdeling Kartlegging og mestring (KM) og leder for Rolvsrud bofellesskap. Intervjuene gav utfyllende informasjon om de undersøkte temaene. Det er også innhentet supplerende informasjon gjennom spørsmål på e-post. Det ble skrevet referat fra intervjuene og informantene har fått anledning til å korrigere og rette opp feil og misforståelser. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

#### **Spørreundersøkelse**

Videre ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant pleiere og andre medarbeidere i hhv. avdeling for hjemmesykepleie 1 og 2, Kartlegging og mestring, samt Rolvsrud bofellesskap og avdeling for hjemmehjelp. Hukommelseskoordinatorer har også deltatt i undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble distribuert med e-post via Questback. I forkant av undersøkelsen mottok respondentene et brev fra revisjonen hvor de ble orientert om hensikten med undersøkelsen, hvem som er oppdragsgiver og viktigheten av å delta.

Undersøkelsen ble sendt til 154 ansatte. Til sammen svarte 56 ansatte. Dette utgjør en svarprosent på 37 prosent. Dette er en lav svarprosent som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner på vegne av hele populasjonen, altså alle ansatte i hjemmetjenesten.

Spørreundersøkelsen besto av 17 spørsmål, med en kombinasjon av spørsmålsbatterier med lukkede svaralternativer og åpne spørsmål. I de åpne spørsmålene var det mulighet til å utdype, nyansere og supplere svarene for de som ønsket det. Spørsmålene er formulert som påstander hvor respondenten må ta stilling til hvor enig eller uenig han/hun er på en skala fra 1-6. Jo høyere eller lavere opp på skalaen jo mer enig eller uenig vil man være i det som det spørres om. Svar fra 1-3 forstås som alt i alt uenig, mens svar fra 4-6 forstås som alt i alt enig. En høy skår på 4 tolkes imidlertid som at det er et forbedringspotensial. Det er også et svaralternativ som skal fange opp de som av ulike grunner ikke kan svare på spørsmålet. I fremstillingen av resultatene er tallene rundet opp eller ned til nærmeste hele.

## 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under datainnsamling og databehandling. Gyldighet betegner dataenes relevans for å besvare problemstillingene som er valgt. Revisjonen mener at dataene som denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og gir et tilstrekkelig grunnlag for revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Revisjonen har intervjuet og stilt spørsmål på e-post til personer som må anses som nøkkelpersoner i virksomheten og som har førstehånds informasjon om det undersøkelsen omhandler. De som ble intervjuet har fått mulighet til å korrigere og rette opp eventuelle feil og misforståelser i referatet.

Deltagerne i spørreundersøkelsen er sykepleiere, hjelpepleiere, pleiemedarbeidere og andre som må antas å ha førstehånds kunnskap om temaene det er blitt stilt spørsmål om. Dersom det har vært vanskelig å besvare spørsmålene har det også vært mulig å svare «ingen formening». Revisjonen mener at spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen er relevante med tanke på å besvare problemstillingene og at spørreundersøkelsen sammen med intervjuer, spørsmål på e-post og dokumentasjon fra kommunen gir et godt bilde av de undersøkte forholdene. Kommunen fikk også anledning til å komme med innspill til utformingen av spørsmålene i undersøkelsen, noe som ytterligere styrker validiteten i undersøkelsen.

Den lave svarprosenten trekker ned dataenes pålitelighet og gyldighet. Respondentene er imidlertid fordelt på alle stillinger og avdelinger, som bidrar til å styrke validiteten noe. Det er på bakgrunn av dette vurdert dithen at 37 prosent svarprosent er tilstrekkelig for å inkluderes i datagrunnlaget, men at resultatene må leses med et visst forbehold.

Med tanke på gyldighet må det også tas høyde for at noen spørsmål som de ansatte har blitt bedt om å ta stilling til i større eller mindre grad berører de ansattes ansvarsområder direkte. De ansatte har imidlertid hatt mulighet til å oppgi «ingen formening», som styrker antagelsen om at de som har svart på påstandene har kunnskap om praksis på området.

## 3 ORGANISERING

### 3.1.1 Tillitsreform og omorganisering

Med bakgrunn i strategiene i helse- og omsorgsplanen 2015-2026, og etter modell fra Danmark og Oslo, jobber Lørenskog kommune med å gjennomføre det som omtales som tillitsreform, vedtatt i kommunestyret i desember 2016 (saksfremlegg, arkivsak 17/4747/1). I en orientering til kommunestyret beskrives en slik reform som å snu styring på hodet. «Fra en pyramide der ledelsen styrer nedover, til en opp- nedpyramide der ledelsen legger til rette for brukerne og førstelinjen får mer ansvar». Videre står det at erfaringene fra Danmark viser at man ikke kan vedta en tillitsreform og samtidig anta at den vil materialisere seg. En endring av grunnleggende struktur og kultur krever involvering av flere aktører over lengre tid (saksfremlegg, arkivsak 17/4747/1).

Helse- og omsorgsplanen i Lørenskog har gitt føringer om at tjenestene skal utvikles med utgangspunkt i ny kunnskap og nye metoder, slik at innbyggerne opplever trygghet og i større grad mestrer eget liv og helse. Dette skal gjøres ved å styre en del av sektorens ressurser fra kostnadskrevende tjenester til helsefremmende og forebyggende arbeid. Målet er at innbyggerne skal få tjenester tilpasset sitt behov og egne ressurser. Et av de viktigste prinsippene i planen er å sette innbyggeren i fokus.

Som ledd i denne endringsprosessen har tjenester i hjemmet gjennomgått en større omorganisering. Omorganiseringen ble gjort i tråd med strategiene i helse- og omsorgsplanen og intensjonene i tillitsreformen. Omorganiseringen er gjennomført for å kunne gi mer brukerorienterte tjenester og samtidig styrke samhandling internt i kommunen (Lørenskog kommune 2016). Det har også vært en egen satsning på demensomsorg.

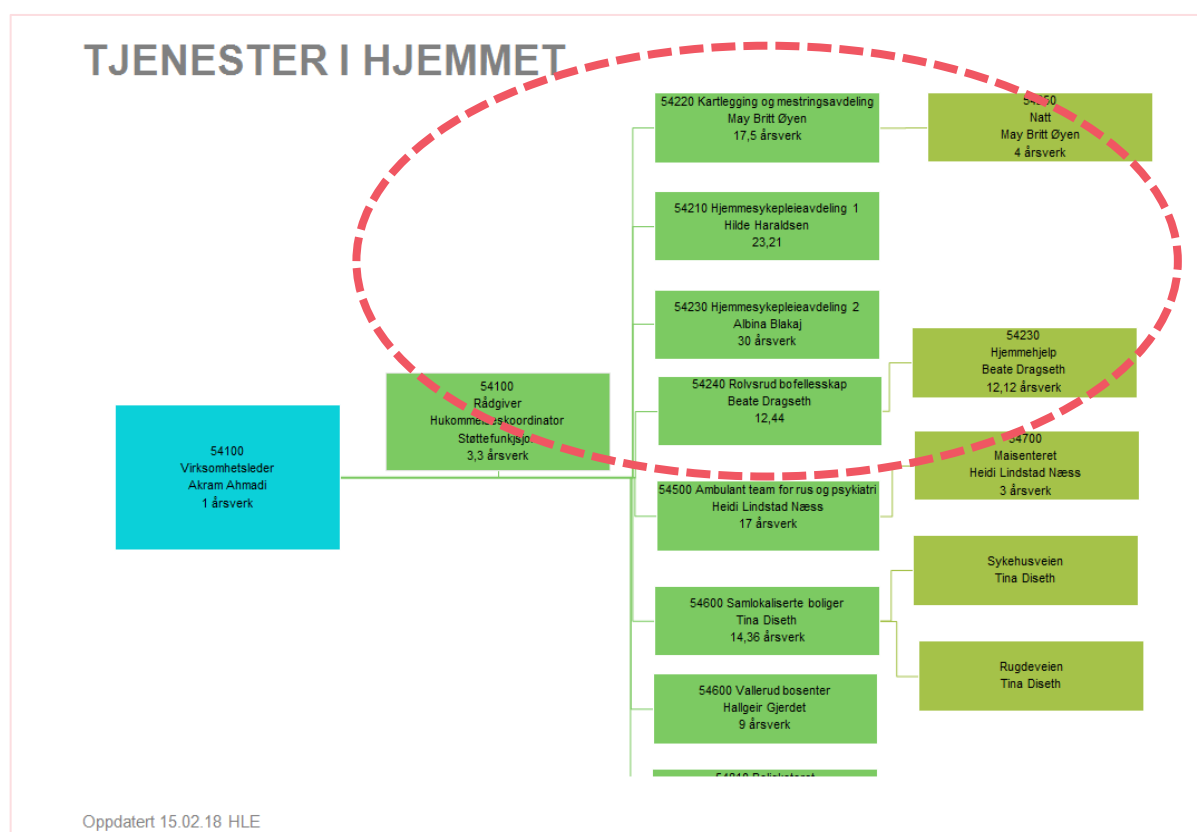
Målet med den nye organiseringen har vært å sikre:

- Samskapning og tverrfaglig samarbeid internt i kommunen
- Økt kontinuitet og kvalitet på tjenestene
- Ny vedtakspraksis
- Organisering etter brukers behov og ikke geografisk
- Hverdagsmestring/rehabilitering – før kompensierende tjenester
- Velferdsteknologi før kompensierende tjenester
- At brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling og omsorg

### 3.1.2 Nåværende organisering

Dagens organisering av virksomheten «Tjenester i hjemmet» fremgår av organisasjonskartet under:





Kilde: Lørenskog kommune

Virksomheten ledes av virksomhetsleder med stab bestående av rådgiver, hukommelseskoordinator og støttefunksjon. Virksomheten består videre av 8 avdelinger under ledelse av hver sin avdelingsleder, de som er ringet inn er de som er vært en del av denne undersøkelsen. Antall brukere hjemmetjenesten var per. 31.12.17 1384 (Årsrapport kvalitet 2017). Dette er en økning fra 1225 i 2016.

Undersøkelsen er avgrenset til å gjelde de tradisjonelle tjenestene til hjemmeboende, dvs. tilbud om hjemmesykepleie eller hjemmehjelp samt hverdagsrehabilitering som gis som en del av kartleggingen av brukers tjenestebehov. Dette omfatter Hjemmesykepleieavdeling 1 og 2, Rolvsrud bofellesskap og hjemmehjelp.

### Kartleggings- og mestringsavdeling

Avdeling kartlegging og mestring er tverrfaglig sammensatt og består av fysio- og ergoterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Avdelingens oppgave er tverrfaglig kartlegging og vurdering av nye og eksisterende tjenestemottakere, uavhengig av diagnose og med fokus på hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering og bruker/pårørendedialog. Dette skal sikre et godt beslutningsgrunnlag for vedtak som fattes av mottaks- og utredningskontoret (MU), organisert under samhandling og forvaltning.

Hverdagsrehabilitering som metode og faglig tilnærming tar utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller forbedre tidligere funksjonsnivå. Metoden tar utgangspunkt i det friske hos den enkelte og dets mestring av eget liv. Hverdagsrehabilitering inkluderer kombinasjon av trening, teknologiske løsninger, endringer av omgivelser og samarbeid med pårørende. Det vektlegges tidlig innsats for å begrense de følger sykdom får for helse og livskvalitet. Hverdagsrehabilitering skal være brukerstyrt der bruker selv skal identifisere hvilke hverdagsaktiviteter som er viktig å mestre. Tilpasning av velferdsteknologiske løsninger er også en viktig oppgave for avdelingen, som bruk av elektroniske medisindispensere. Avdelingen skal samhandle tett med de andre avdelingene internt i virksomheten samt mottaks- og utredningskontoret (MU) og fysioterapi- og ergoterapitjenesten. Avdelingen jobber tett med MU, forebyggende avdeling og øvrige avdelinger internt i virksomheten «Tjenester i hjemmet».

### **Hjemmesykepleie avdeling 1**

Denne avdelingens målgruppe er brukere med nedsatt hukommelse og kognitiv svikt. En kartlegging kommunen har gjennomført viser at det er rundt 500 innbyggere med demenssykdom i Lørenskog.

Kommunen har også et eget demensteam (3 personer) som følger opp personer med demens. Virksomhetsleder opplyser i intervju at hukommelsestemaet systematisk følger innbyggere i tidlig fase med diagnose demens.

### **Hjemmesykepleie avdeling 2**

Målgruppen er alle som trenger hjemmesykepleie og som ikke faller inn under avdeling 1.

### **Rolvsrud bofellesskap**

Rolvsrud bofellesskap er et tilbud på et nivå mellom å bo hjemme i privat bolig med tjenester fra hjemmetjenesten og sykehjem. Bofellesskapet består av 18 leiligheter og 2 felles kjøkken/stue og er fysisk tilrettelagt for personer med ulike former for redusert funksjonsevne, fysisk funksjonshemming, kronisk fysisk sykdom eller svekket psykisk helse. Beboerne på Rolvsrud får sykepleietjenester og hjemmehjelp fra ansatte på huset.

### **Hjemmehjelp**

Er organisert under Rolvsrud bofellesskap, 11 personer ansatt som hjemmehjelpere pluss en fast ansatt på Dovrebygget. Yter praktisk hjelp i henhold til vedtak. Har rundt 200 brukere, som tilsvarer rundt halvparten av samtlige brukere tilknyttet hjemmetjenesten.

## 4 INTERNKONTROLL

I dette kapittelet besvares undersøkelsens første problemstilling

*I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?*

- a. *I hvilken grad tar kommunen hensyn til brukererfaring og sørger for brukerinvolvering.*

### 4.1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normer og krav som kan stilles til kommunenes virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i og utledet fra autoritative kilder innenfor det reviderte området. I de neste to avsnittene følger revisjonens utledning av kriterier.

#### 4.1.1 Innledning

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1, tredje ledd.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 krever at kommunen skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det kreves systematisk styring og ledelse av den enkelte virksomhet hvorav kvalitetsforbedring er en sentral virksomhetsoppgave. Det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet og pasientsikkerhetsarbeidet inngår som en del av virksomhetens internkontrollsystem, jf. helsetilsynsloven § 3.

I henhold til helse og omsorgstjenesteloven § 3 skal kommunen etablere et internkontrollsystem og sørge for at virksomhet og tjenester både planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Kravene til styringssystemet er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten<sup>2</sup>.

Forskriften slår fast at det er virksomhetens overordnede ledelse, dvs. administrasjonssjefen, som har ansvaret for styringssystemet, dvs. hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges,

---

<sup>2</sup> Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 (28. oktober 2016, nr. 1250). Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten ble på samme tidspunkt opphevet.

gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i lov og forskrift (Helsedirektoratet 2017, s. 7). Oppgavene i styringssystemet vil likevel ofte være delegert (Ibid). Hvem som skal gjøre hva i styringen av virksomheten vil derfor variere etter hvilke områder virksomheten har ansvar for, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Kravene som stilles til kommunens styringssystem er omfattende. Revisjonens undersøkelse er avgrenset til å gjelde et utvalg krav som vi anser som grunnleggende forutsetninger i ethvert internkontrollsystem. Hvilke krav det gjelder fremgår av de neste avsnittene.

### **4.1.2 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering**

For å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte kreves det at ledelsen har god oversikt over og beskriver virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, jf. § 6 a i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Videre kreves at det må fremgå klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten (Helsedirektoratet 2017). Dette innebærer blant annet at det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Ikke bare skal medarbeiderne kjenne sine egne oppgaver, de skal også ha tilstrekkelig kunnskap om andres ansvar og oppgaver (Ibid).

Revisjonen legger til grunn at kravet om å beskrive tilsier at både mål, oppgaver, organisering og arbeidsfordeling må være skriftlig dokumentert.

### **4.1.3 Kompetanse og opplæring**

I henhold til forskriften, § 6 f og skal øverste leder sikre at det finnes en oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring. Øverste leder skal videre sikre at de som jobber i tjenesten har kunnskap om og ferdigheter til å utføre oppgavene sine (se og § 7b). Dette forutsetter at kompetansebehovet, herunder kompetanse i forbedringsarbeid kartlegges, at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle som jobber i virksomheten får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning (Helsedirektoratet 2017). I § 7b presiseres at det for å lykkes med endring og forbedring er nødvendig at medarbeiderne har kompetanse i forbedringsarbeid.

### **4.1.4 Oversikt over områder med risiko for svikt**

En grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll er at det gjennomføres risikovurderinger. Forskriften § 6 d stiller krav om at hjemmetjenesten har oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, samt områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Veilederen viser til at det ligger en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for svikt eller brudd på regelverk (Helsedirektoratet 2017). Det anbefales at risikovurderingen foregår som en kontinuerlig prosess og at den følger en kjent standard.

Målet med en slik systematisk gjennomgang er å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre, samt forebygge svikt og uønskede hendelser (Ibid., s. 16). Kartleggingen vil også kunne avdekke forbedringsområder.

Når risikoen er identifisert skal ledelsen planlegge hvordan risikoen kan minimeres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt, jf. § 6 e. I veiledningen til Helsedirektoratet, § 6 e, står det at områdene bør prioriteres og at det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden (Ibid., s. 20).

### **4.1.5 Avvikssystem og forbedringsarbeid**

Et velfungerende avvikssystem er grunnleggende i all internkontroll. Dette innebærer at kommunen må ha et system for å melde og håndtere avvik og mangler som oppstår. Ifølge § 6 g i forskriften skal ledelsen ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer med mer. Oversikten skal si noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

En forutsetning for å avdekke og forebygge avvik er at det finnes et system og en kultur for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser (Ibid.).

§ 6d og g handler om å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskede hendelser og forbedringsområder. Når avvik og uønskede hendelser er meldt må de jevnlig gjennomgås og brukes til læring og forbedring slik at lignende hendelser kan unngås i fremtiden, jf. § 8 e (Ibid.).

### **4.1.6 Brukerinvolvering**

Pasienter, brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap om avvik og mangler. Deres erfaringer og innspill bør derfor systematisk etterspørres. I henhold til internkontrollforskriften § 7 e, skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at brukerne involveres i forbedringsarbeid. Kravet innebærer at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Det finnes mange ulike metoder for brukerinvolvering. Difi viser på sine nettsider<sup>3</sup> til en rekke metoder, fra observasjon/atferdsstudier til brukerundersøkelser, gruppeintervjuer, systematisering av brukerenhendelser til innspill fra ulike brukerfora, brukerråd og interesseorganisasjoner.

Det vises i veilederen til internkontrollforskriften til at bestemmelsen må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetslovens regler om plikten til å informere om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skjer igjen, dersom pasienten eller brukeren er påført skade eller alvorlige komplikasjoner (Helsedirektoratet 2017).

---

<sup>3</sup><https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/klart-sprak-og-brukerinvolvering/brukerinvolvering/brukerinvolveringsmetoder>

På bakgrunn av overstående utledes følgende kriterier til problemstilling 1 i undersøkelsen:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad etterlever kommunen kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Hjemmetjenestens mål og organisering må være beskrevet</li> <li>⇒ Myndighet, ansvar og oppgaver må være dokumentert og kjent</li> <li>⇒ Kommunen må sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, nødvendig opplæring og kompetanseutvikling. Det skal utarbeides kompetanseplaner</li> <li>⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer systematisk kartlegging og vurdering av risiko for svikt og mangler</li> <li>⇒ Kommunen må ha et avvikssystem som sikrer at avvik meldes, følges opp og brukes systematisk i forbedringsarbeid</li> <li>⇒ Kommunen må ha rutiner som sikrer at pasienter, brukere og pårørende involveres systematisk i forbedringsarbeidet</li> </ul>

## 4.2 Funn

### 4.2.1 Virksomheten mål, oppgaver og organisering

Mål for hjemmetjenesten er beskrevet i flere planer, både i overordnede langsiktige planer som kommunens Helse- og omsorgsplan 2015-2026, utviklingsplan for Helse- og omsorgssektoren 2018, Styringsdokument Prosjekt - Omorganisering av hjemmetjenesten i Lørenskog kommune, plan for innføring av velferdsteknologi (del 1 og 2) og strategisk kompetanseplan 2018-2021. I tjenestens virksomhetsplan for 2018 vises det til at hovedtiltaket er å realisere målene i helse- og omsorgsplanen, blant annet å utvikle nye tjenester i hjemmet som skal dekke hele befolkningen, etablere en tverrfaglig tjeneste som kan realisere tillitsreformens prinsipper, innføre systematisk og kunnskapsbasert kartlegging og bruk av mestringstiltak og teknologi før kompenserende tjenester.

Virksomhetens organisering er beskrevet i et organisasjonskart (om selve organiseringen, jf. kapittel 3). Hjemmetjenestens tjenester og oppgaver er beskrevet i flere ulike dokumenter, blant annet i:

- «kart» over overordnede arbeidsoppgaver knyttet til tjenester i hjemmet.
- Retningslinjer for kartleggings- og mestringsenheten

### 4.2.2 Myndighet, ansvars- og oppgavefordeling

Tjenesten har følgende stillingstyper:

- Virksomhetsleder
- Avdelingsleder
- Sykepleier (med ulike roller/ulike typer)
- Hjelpepleier
- Helsefagarbeider
- Assistent
- Miljøarbeider
- Student
- Hjemmehjelp
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut

Det er utarbeidet stillingsbeskrivelser for hhv. sykepleier, helsefagarbeider/hjelpepleier samt assistent. Ansvar og oppgaver på forskjellige områder er også beskrevet i en rekke ulike rutiner. F.eks. er sykepleiers ansvar i forbindelse med førstegangsbesøk hos bruker beskrevet i en egen rutine.

I forbindelse med ny organisering ble det utarbeidet oversikter/matriser som viser oppgaver og roller i hver enkelt avdeling. Videre er det utarbeidet flytskjemaer og rolle-matriser som viser hhv. prosessen for kartlegging og utredning samt evaluering og endring og hva som skal gjøres og hvem som har ansvar når det gjelder hhv. nye brukere/henvendelser og evaluering /endring av eksisterende tjenester.

Avdelingsledere og virksomhetsleder opplyser i intervju at de har lederavtaler med nærmeste leder/ledergruppen. Revisjonen har mottatt lederavtalen til virksomhetsleder som et eksempel. Det fremgår av dokumentet at formålet med lederavtalen er å avklare og definere ansvar, definere resultatkrav og gjensidige forventninger. Avtalen skal også bidra til god dialog om oppnådde resultater og grunnlag for videre utvikling og forbedring.

Virksomhetsleder forteller i intervju at hun opplever ansvar og oppgaver som avklart. Hennes stilling er ny og hun selv har vært med å forme den. Uklarheter vedrørende ansvar og oppgaver avklares fortløpende med kommunaldirektør. Virksomhetsleder opplever også at lederansvaret for internkontroll er tydelig. Avdelingsledere, for utenom avdeling 2, oppgir også at de opplever ansvar og oppgaver som avklart. Avdelingsleder for avdeling 2 ble ansatt i stillingen høst 2018. Hun opplever at ansvaret er avklart oppover til sine ledere, men i mindre grad nedover til sine ansatte. Opplevelsen av klarhet kan igjen føre til at hun tar på seg for mye ansvar, også utover hva som er hennes ansvarsområder. Hun har fått støtte fra leder at oppgaver skal delegeres, men opplever allikevel dette som vanskelig å gjennomføre, og etterlyser mer skriftlighet rundt ansvar og oppgaver.

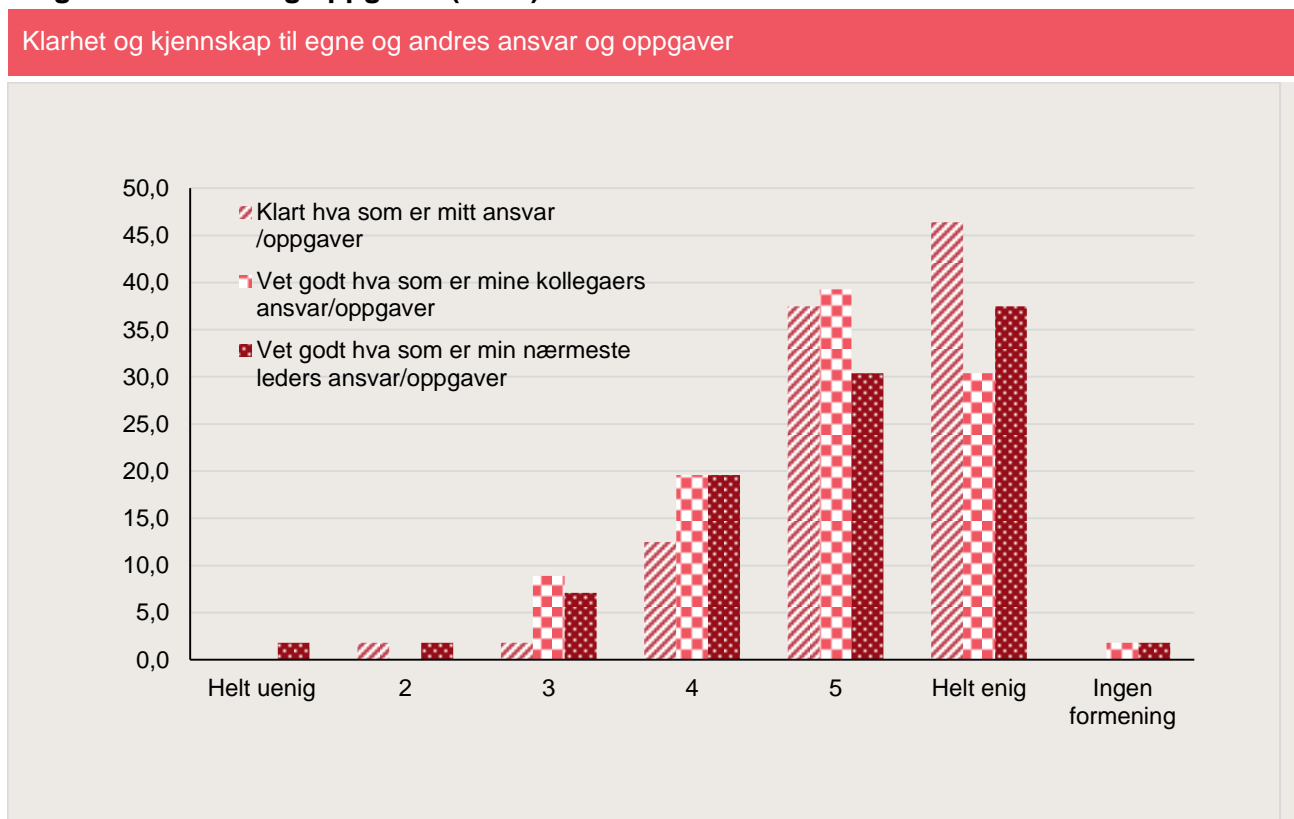
I spørreundersøkelsen som er gjennomført blant de ansatte er det stilt tre spørsmål om ansvar og oppgaver og om hhv.

- Det oppleves som klart hva som er eget ansvar og oppgaver
- Man vet godt hva som er kollegaers ansvar og oppgaver

- Man vet godt hva som er nærmeste leders ansvar og oppgaver
- Ansvar, roller og oppgaver mellom de ulike avdelingene i tjenesten er avklart
- Tjenesten har et godt tverrfaglig samarbeid

Resultatene vises i diagrammene under.

**Diagram 1 Ansvar og oppgaver (N=56)**



Kilde: RRI 2019

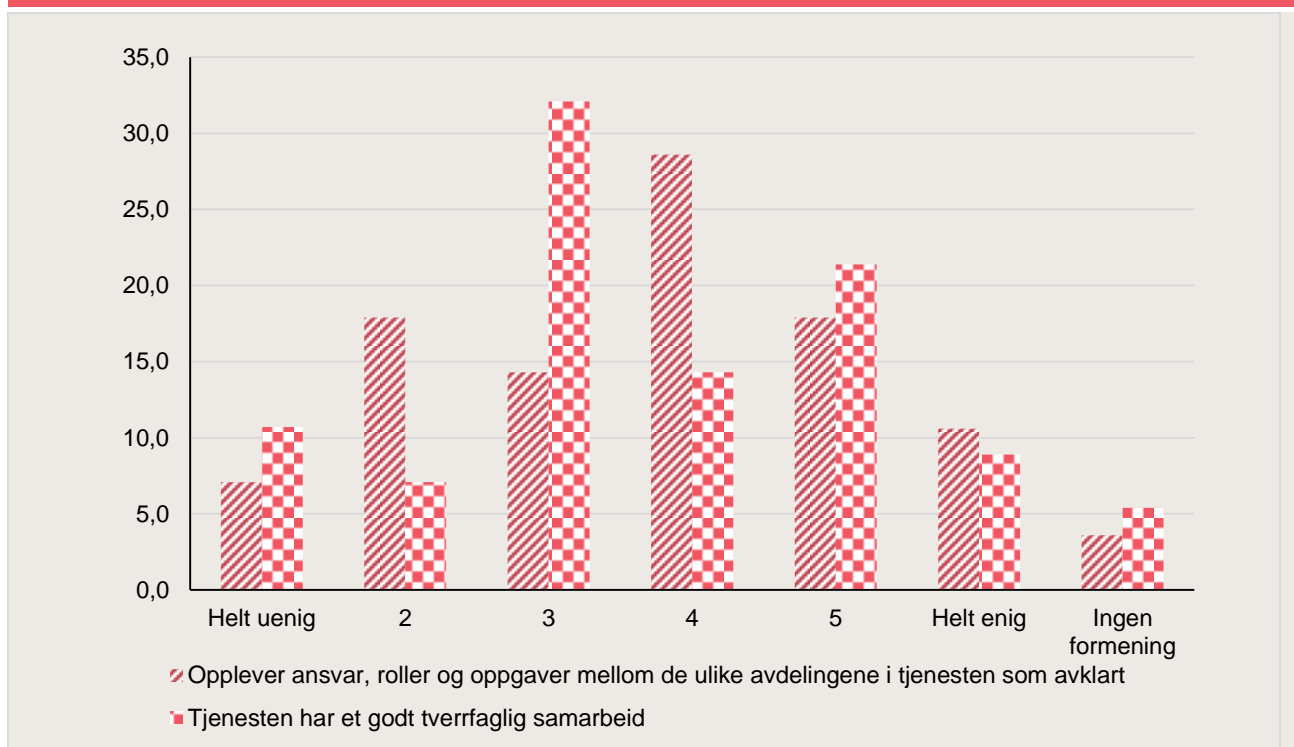
Svarene viser at de aller fleste har klart for seg hva som er egne så vel som andres ansvar og oppgaver.

Når det gjelder hvorvidt det er en opplevelse av at det er avklarte roller og ansvar mellom de ulike avdelingene er noe mer variasjon i svarene, som vist i diagrammet under.



**Diagram 2 Samarbeid mellom avdelingene (N= 56)**

Avklarte roller og tverrfaglighet mellom avdelingene



Kilde: RRI 2019

For disse to spørsmålene er det en betydelig andel av respondentene som oppgir å være uenig, med gjennomsnittskår på henholdsvis 3,67 og 3,58. På spørsmålet om ansvar, oppgaver og roller oppleves som avklart er det 39 prosent som oppgir å være uenig (verdiene 1-3). Tusenvis av respondentene som har oppgitt verdi 4 så tilsvarer dette 68 prosent av de spurte. På spørsmålet om tjenesten har et godt tverrfaglig samarbeid er det 50 prosent som oppgir å være uenig (verdi 1-3).

Et par av respondentene har benyttet muligheten til å utdype svarene, og disse viser til manglende avklaring av hvor pasientene hører hjemme og manglende innsikt i hva de ulike avdelingene gjør.

**4.2.3 Kompetanse og opplæring**

Kommunen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Revisjonen har spurt både virksomhetsleder, avdelingslederne og de ansatte i tjenesten om de mener at de har tilstrekkelig kompetanse i tjenesten.

Virksomhetsleder opplyser i intervju at de ikke har den kompetansen som trengs i avdeling 2. Hun opplyser at det er flere ufaglærte i avdeling 2 enn i avdeling 1, særlig gjelder dette helg. De har nylig ansatt flere sykepleiere, men mangler fremdeles noen. Løsningen blir da å bruke studenter (helsefag). Generelt var det også vanskelig å skaffe vikarer i forbindelse med avviklingen av sommerferien 2018. I sommer måtte derfor sykepleieroppgavene prioriteres slik at de komplekse, dårlige pasientene fikk hjelp av sykepleier og de stabile ble nedprioritert. Konsekvensene for

pasientene i slike situasjoner blir at de treffer mange ulike, hovedansvaret blir fort uklart og pasientene blir irritert. Kontinuiteten svekkes i form av at de ikke har riktig kompetanse.

Virksomhetsleder forteller at rekruttering generelt er en utfordring. Det er et nasjonalt problem, og handler både om lønn og tjenestens status.

Avdelingsleder for avdeling 1 forteller i intervju at de har jobbet mye med kompetanseutvikling og at det i stor grad har blitt lagt til rette for dette. Alle i avdeling 1 har for eksempel grunnkurs i demens, kapittel 4A, vold/trusler og kurs i demensomsorgens ABC. Dette har vært høyt prioritert forteller lederen for avdelingen. Avdeling 2 har på sin side vært nødt til å prioritere den daglige driften. Her er det stort behov for kompetanseutvikling sier avdelingsleder.

Avdelingslederne forteller at kompetansen i liten grad benyttes på tvers av avdelingene. Det er liten grad lagt til rette for samarbeid og i dag er dette personavhengig. Det er enighet blant avdelingslederne om at man her har et forbedringspotensial. «Det bør bli en selvfølge og forhøre seg i avdeling 1 om bistand når det er mangel på kompetanse på vakt i avdeling 2», sier en av lederne.

Kommunen har utarbeidet strategisk kompetanseplan 2018-2021 for hele helse- og omsorgssektoren. Planen redegjør for betydningen av kompetanse, kompetansestrategier og tiltak, evalueringsplan og oppfølging av kompetansetiltak. Planen legger tre satsningsområder til grunn for å sikre at kompetansen hos ansatte i helse- og omsorgssektoren utvikles og anvendes innen prioriterte område, hhv. felles grunnleggende forståelse i tjenestene, ledelse og strukturer som sikrer systematisk arbeid innen prioriterte områder. Dette omhandler blant annet felles grunnkurs, gjennomføring av tverrfaglige abc-programmer og e-læring, opplæringsplaner og fagmøter i virksomhetene. Kommunen har etablert en egen fagutviklingsenhet som skal være et overordnet, strategisk og koordinerende ledd for kompetanse- og kvalitetsutviklingen i hele og omsorg. Det er også etablert ressursgrupper som skal bidra til faglig utvikling, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det fremgår av planen at tiltak og resultater vil evalueres i 2019 og strategier vil evalueres i 2021.

I tillegg får revisjonen opplyst at det er lages årlige opplæringsplaner. Disse opplæringsplanene baserer seg på 8 strategiske kompetanseområder; etikk, velferdsteknologi, dokumentasjon, hverdagsmestring, lindrende behandling, pasientsikkerhet og ernæring. Alle kompetanseområdene har en ressursgruppe knyttet til seg bestående av fagfolk fra virksomhetene og kompetanseressurs fra enhet for fag og innovasjon. Det blir oppgitt at ressursgruppene jobber med hvordan virksomheten skal få en systematisk heving av kompetansen i praksis, sett over tid og opp ot flere læringsmål og metoder. Den årlige opplæringsplanen lages etter innspill fra avdelingene og ressursgruppene om hva som er behovet, og avdelingene lager sine planer for aktiviteter kommende etter at opplæringsplanen er klar.

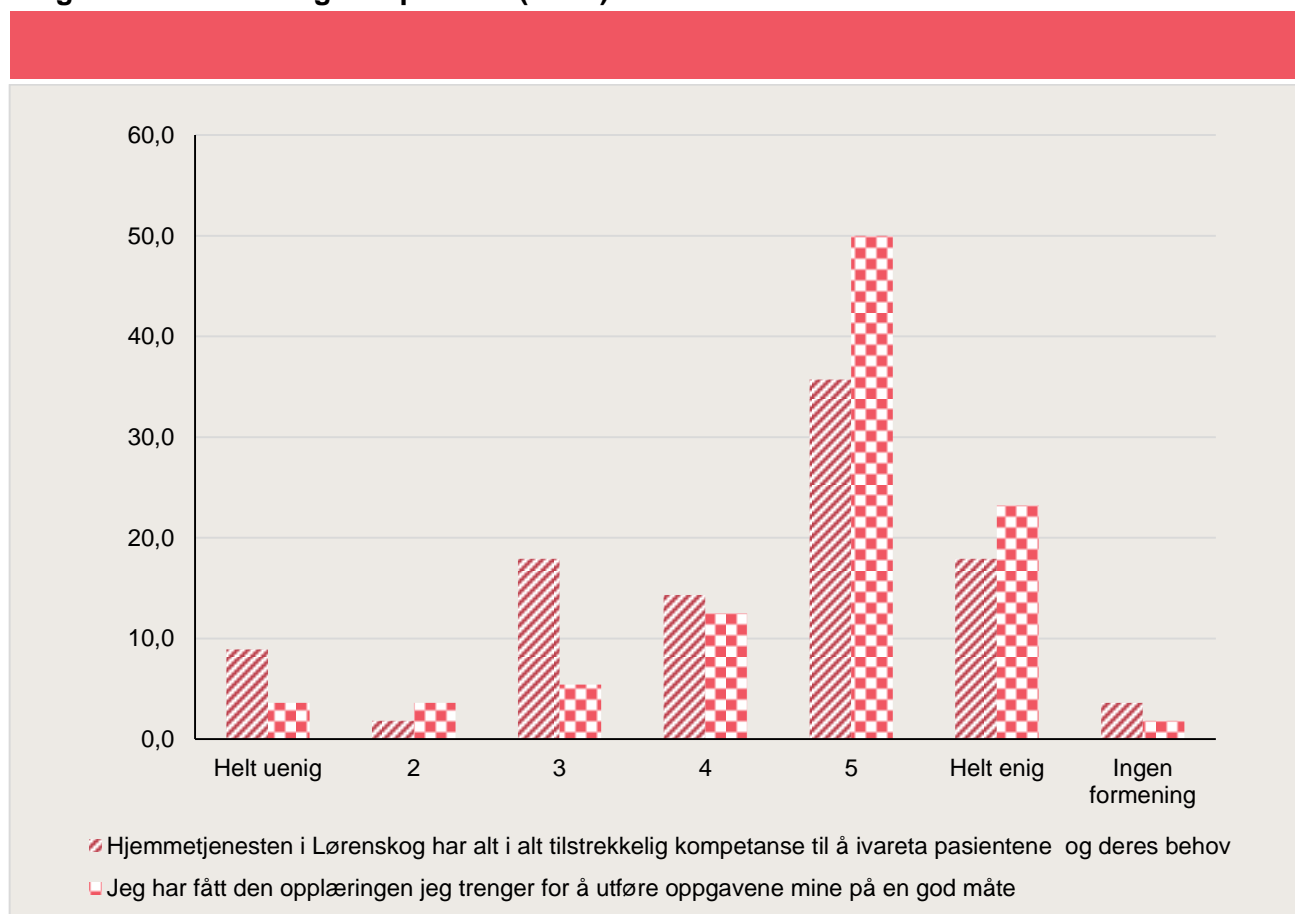
Revisjonen har mottatt opplæringsplaner for alle avdelingene for 2018. Opplæringstiltakene spenner fra kurs i ernæring, hverdagsmestring, motiverende samtale/intervju, pasientsikkerhet,

legemiddelhåndtering, legemiddelgjennomgang, demens grunnkurs, demensomsorgens ABC, innføring i lovverk som pasient- og brukerrettighetsloven, kurs/veiledning i dokumentasjon om helsehjelp, ernæring, forflytning, palliasjon m.m. Det har også i tråd med planen vært gjennomført ulike fag- og temadager, blant annet i innføring i tjenesteutvikling og pårørendearbeid. Det fremgår av planen at en fagdag om forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er under utarbeiding.

Forskrift om internkontroll stiller krav om at det finnes en oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. I forbindelse med utarbeidelsen av den første strategiske kompetanseplanen, i 2015, ble det jobbet mye med å kartlegge kompetansen i tjenesten. Det ble også gjort en kartlegging i forbindelse med omorganiseringen i 2018. Virksomhetsleder opplyser at hjemmesykepleieavdeling 2 også foretok en kartlegging av kompetanse og kompetansebehov i avdelingen høsten 2018.

Revisjonen har spurt medarbeiderne i tjenesten om de mener tjenesten *alt i alt* har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov.

**Diagram 3 Tilstrekkelig kompetanse (N=56)**



Kilde: RRI 2019

Tallene viser at det er litt varierende i hvilken grad de ansatte mener at hjemmetjenesten alt i alt har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov. Selv om hoveddelen oppgir at de er enig, hvor 67 prosent har svart verdiene 4-6, er det likevel 28 prosent (1-3 på skalaen) som sier seg mer uenig enn enig i at tjenesten har den kompetansen som trengs. De ansatte mener i all hovedsak at de har fått den opplæringen de trenger for å utføre oppgavene på en god måte.

### Opplæring

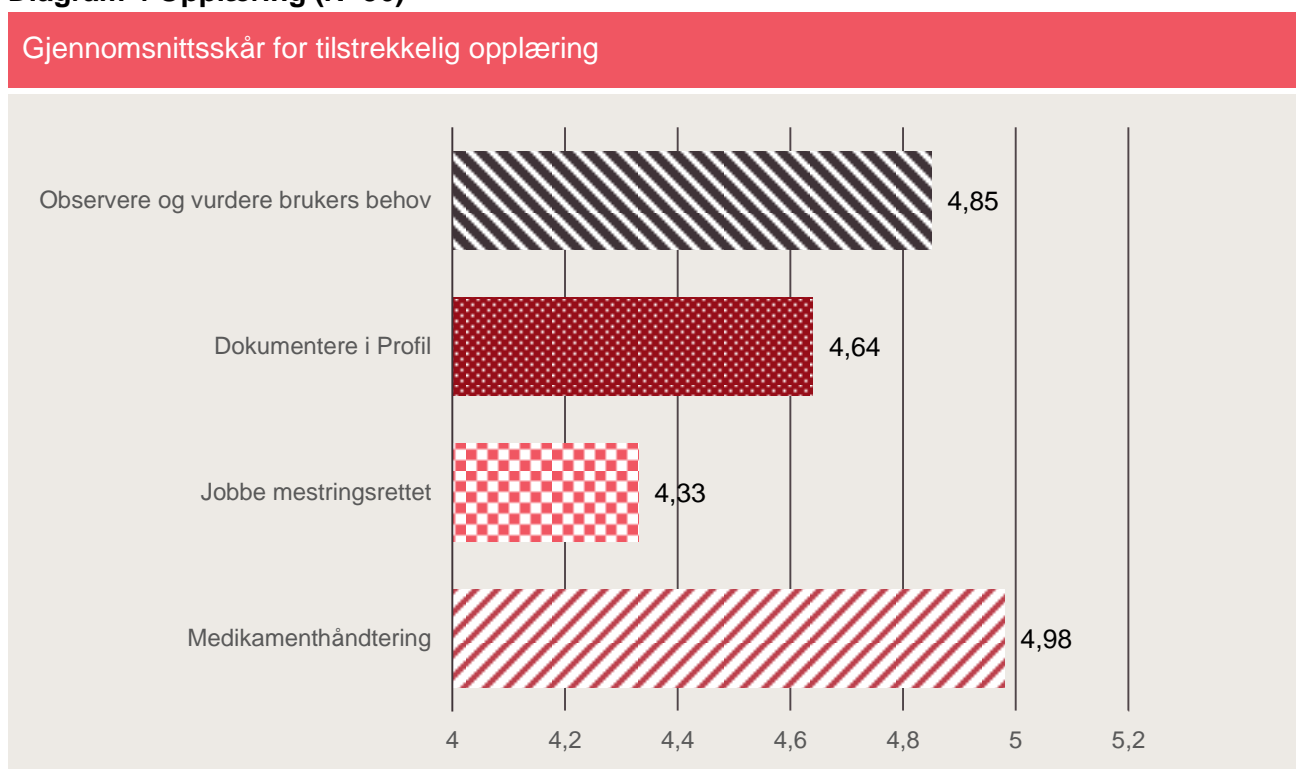
I intervju med avdelingslederne i tjenesten ble det påpekt at det ikke finnes et tydelig opplæringsprogram for ledere og at dette har vært savnet.

I spørreundersøkelsen har revisjonen spurt de ansatte om de opplever at de får tilstrekkelig opplæring generelt. I tillegg har vi spurt om de ansatte mener at de har fått tilstrekkelig opplæring i

- medikamenthåndtering
- dokumentasjon
- mestringsarbeid

Medikamenthåndtering er tatt med spesielt da dette er et område hvor det er vesentlig å unngå svikt, i tillegg opplyses det om at dette er et typisk avvik. Revisjonen får opplyst at det også meldes mye avvik på dokumentasjon. I intervjuene gis det også uttrykk for at det mangler kompetanse i praktisk mestringsrettet arbeid.

### Diagram 4 Opplæring (N=56)



Kilde: RRI 2019

Som vist i diagram 3 svarer de ansatte at de alt i alt har fått den opplæringen de trenger for å utføre oppgavene på en god måte. Når vi ser nærmere på om de mener at de har fått tilstrekkelig opplæring i ulike oppgaver, er det imidlertid noe mervariasjon. Alle gjennomsnittsskårene er imidlertid over 4, som må vurderes som relativt høye skår. Det som skårer høyest er opplæring i medikamenthåndtering, hvor hele 89 prosent oppgir å være enig (verdi 4-6).

På spørsmål om tilstrekkelig opplæring i å dokumentere i Profil det noe mer variasjon i svarene, selv om hovedvekten på 80 prosent oppgir å være enig i mer eller mindre grad. Det er imidlertid rundt 20 prosent som oppgir ikke å være enig. 25 prosent oppgir også verdi 4, som kan gi uttrykk for et forbedringspotensiale.

### **Dokumentasjon**

Virksomhetsleder opplyser at en gjennomgang i juni 2018 viste at 310 av til sammen 24 000 oppdrag manglet dokumentasjon. En lignende gjennomgang i september viste 189 tilfeller med manglende dokumentasjon og 131 i desember 2018. Dette tilsvarer at arbeidet dokumenteres i 99,5 prosent av alle oppdrag. Det blir informert om i faktahøring fra kommunen at dette er noe som virksomheten har jobbet med over tid og fortsatt følger opp.

Virksomhetsleder opplyser i intervju at det varierer mellom avdelinger og personer hvor «flinke» ansatte er til å dokumentere. Selv om forståelsen for alvoret er til stede, kan det hende man ikke vet hvordan, eller ikke er motivert sier hun.

Revisjonen har i spørreundersøkelsen spurt en rekke spørsmål vedrørende dokumentasjon. Påstandene de ansatte ble bedt om å ta stilling til var:

- Jeg er godt kjent med hvilke tjenester brukeren skal ha
- Jeg vet godt hva jeg skal gjøre hjemme hos bruker
- Jeg setter meg godt inn i tiltaksplanen til brukerne jeg er hjemme hos
- Det er gode rutiner for å sikre overføring av informasjon (rapport) om brukerne
- Jeg får alltid beskjed om det er noe spesielt å huske på hjemme hos bruker
- Jeg vet hva jeg skal dokumentere i pasientjournal
- Jeg er «flink» til å dokumentere det jeg skal
- Imatis er et nyttig verktøy

Diagrammet under viser gjennomsnittsskåren for de ulike påstandene.

**Diagram 5 Gjennomsnittsskår dokumentasjon, informasjon og kjennskap til brukerne (N=56)**

Kilde: RRI 2019

Diagrammet viser at det stort sett oppleves at det er etablert en praksis for flyt av kommunikasjon og dokumentasjon.

På spørsmål vedrørende dokumentasjonskrav er tendensen i spørreundersøkelsen at dette er en oppgave som er godt kjent for de ansatte. Mellom 80 og 90 prosent av respondentene er enig i påstandene om at de vet hva de skal dokumentere i pasientjournal, at de er flinke til å dokumentere det som skal og at Imatis er et godt verktøy for å dokumentere. Funksjonene med Imatis er beskrevet i kapittel 5, side 37.

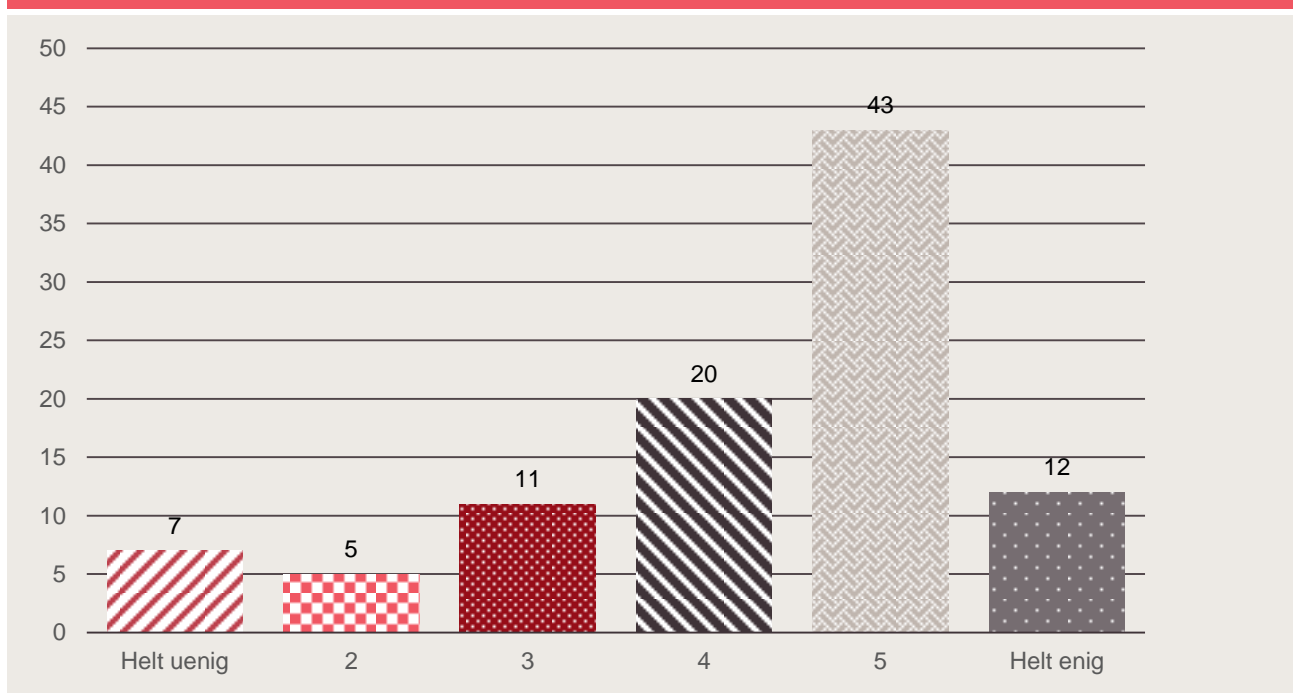
Avdelingslederne sier i intervju at det hender at nettet faller ut, og at man da ikke har tilgang til Profil. Opplevelsen er likevel at dette har blitt bedre nå etter at de ansatte har fått tilgang til Profil via mobil (og ikke nettbrett som ble benyttet tidligere). Forklaringen på manglende dokumentering er ofte at system eller telefon er nede og at man da må jobbe «over» for å få dokumentasjonen på plass.

### Kompetanseutvikling

Ledelsen har ansvar for å tilrettelegge for kompetanseutvikling hos den enkelte ansatt (strategisk kompetanseplan s. 8). Neste figur viser i hvilken grad medarbeiderne mener det er lagt til rette for faglig utvikling og økt kompetanse i tjenesten.

**Diagram 6 Faglig utvikling og økt kompetanse (N=56)**

Det er lagt til rette for faglig utvikling og økt kompetanse



Kilde RRI 2019

De ansatte oppgir i spørreundersøkelsen at det er lagt til rette for faglig utvikling og økt kompetanse. Det er imidlertid 23 prosent som oppgir verdiene 1-3.

I de åpne svarene pekes det på av enkelte ansatte at det ikke oppleves at det er en strukturert og målrettet kompetanseutvikling og ikke en systematisk kartlegging av de ansattes kompetanse. Det vises også til at det ikke blir satt av tilstrekkelig tid til kompetanseutvikling. Det kan være nok kompetanse i kommunen, men at denne utnyttes bedre.

#### 4.2.4 Oversikt over områder med risiko for svikt

Kommunen skal 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. Dette innebærer å ha rutiner for systematiske gjennomganger og vurdering av virksomhetens tjenester og resultater.

Virksomhetsleder forteller at hun som leder har oversikt over hvor det kan være risiko for svikt på overordnet nivå. Hun trekker fram at dette bygger på erfaring, forståelse for hva som er nødvendig og oversikt over avvik med mer. Hun trekker videre fram at virksomheten har en rekke tiltak, nedfelt i rutiner, for å redusere risiko for svikt, og peker på noen eksempler slik som rutiner for medikamenthåndtering, rutiner hvis fagsystemet svikter (nedetid på systemet), rutiner hvis pasienten ikke er hjemme når hjemmesykepleien kommer. På den annen side, peker hun på, gjøres ingen overordnede risikovurderinger på en systematisk og dokumentert måte, og hun legger til at

det ikke er utarbeidet rutiner eller retningslinjer for gjennomføring av overordnede risikovurderinger for hele tjenesten:

Virksomhetsleder opplyser at det i kommunens internkontrollsystem Compilo er lagt til rette for å gjøre risikovurderinger i forbindelse med gjennomgang og oppfølging av avvik. Hun opplever dette som en god rutine, og legger til rutinen ikke følges systematisk da mulighetene i Compilo ikke fullt ut er i bruk.

Dokumentet «Felles – ROS-analyser i Compilo – rutine» beskriver hvem og hvordan det skal gjennomføres Risiko og Sårbarhets-analyser (ROS-analyse) i Lørenskog kommune. Rutinen er godkjent av systemadministrator på sentralt nivå i kommunen i november 2016 og den er senere endret i april 2018. Ansvar for å gjennomføre ROS-analyser ligger imidlertid til leder for den enkelte «virksomhet/enhet» i kommunen, og det er leder som også skal prioritere tiltak som foreslås i analyser før analysene signeres.

Arbeidsgiverseksjonen under organisasjonsavdelingen i kommunen har et overordnet ansvar for rutiner og opplæring i gjennomføring av ROS-analyser. Revisjonen får opplyst at det fra sentralt hold gjennomføres kursing av ansatte på kontinuerlig basis. Videre opplyses at kommunens måltall for 2017 og 2018 er at hver virksomhet skal ha gjennomført tre ROS-analyser<sup>4</sup>, og det er krav om rapportering på dette måltallet til rådmannens ledergruppe. Videre opplyses at det gjøres mye godt arbeid på dette området for tiden. Selv om verktøyet brukes systematisk av noen, varierer imidlertid gjennomføringen av ROS-analyser mellom virksomhetene påpekes til slutt.

I forbindelse med det pågående utviklingsarbeidet for hjemmesykepleiens avdelinger og hjemmehjelpstjenesten er det gjennomført ROS-analyser både for fase 1 og fase 2 i dette arbeidet.

### **4.2.5 Avvikssystem**

En forutsetning for å avdekke og forebygge avvik er at det finnes et velfungerende avvikssystem og en kultur for at medarbeidere melder avvik og uønskede hendelser.

Kommunen har flere typer avviksregistrering. Avvik om helsehjelp, HMS avvik og avvik på utstyr og bygning. I tillegg registreres systemavvik, som er avvik som ikke kan knyttes til enkelte pasienter som f.eks. legemiddelavvik hvor rutinene systematisk ikke følges og brudd på helseinformasjonssikkerhet. Leder for fagutviklingsenheten opplyser i intervju at kommunen nå tester ut hvordan man kan slippe dobbeltregistrering, slik at alle avvik skal kunne meldes i Compilo.

Kommunens rutine for å melde og håndtere avvik på tjenester er beskrevet i egen rutine i Compilo. Ansvar for å utarbeide og revidere rutinene ligger til fagutviklingsenheten i kommunaldirektørens stab.

---

<sup>4</sup> Måltallet gjelder for 2017 og 2018 samlet. For eksempel en analyse i 2017 betyr at man må gjøre to analyser i 2018 (arbeidsgiverseksjonen, e-post 18.12.2018)



Rutinen beskriver hvorfor det er viktig å jobbe med avvik, virkeområde for rutinen og hvem som har ansvar. Rutinene beskriver videre hvordan man skal skrive avvik og hvordan avvik skal behandles på ulike nivåer i kommunen. Avvik til Ahus følger en egen rutine. Det er også definert hva som skal forstås som et avvik. De fremgår av rutinene at:

- Avvik skal skrives i fagsystemet Profil
- Type avvik, årsak og alvorlighetsgrad beskrives
- Avdelingsleder leser innkomne avvik ukentlig, tar ut avviksrapporter og vurderer hva som skal diskuteres i månedlige avdelingsmøte og bli enige om tiltak
- Gjentakende og alvorlige avvik diskuteres
- Avdelingsleder behandler og lukker avvik som kan lukkes i egen avdeling
- Avvik som leder ønsker skal behandles av virksomhetsleder meldes videre, tiltak diskuteres i avdelingssykepleiemøte
- Virksomhetsleder melder alvorlige og gjentakende avvik til kommunaldirektør samt kvalitetsutvalg. Etter at avvik er tatt opp skrives det forslag til forbedring
- Avvik som karakteriseres som alvorlig skal alltid behandles videre i kvalitetsutvalget
- Tjenestene legger frem statistikk over avvik i kvalitetsutvalget, redegjør for gjentakende og alvorlige avvik. Klagesaker legges frem og redegjøres for. Aktuelle saker tas med tilbake til virksomheter og aktuelle avdelinger.

Intervjuer med virksomhetsleder og avdelingsledere bekrefter at det tas ut avviksrapporter jevnlig og at avvik tas opp med den enkelte ansatte og diskuteres på avdelingsmøter. Avdelingslederne følger nøye med på avvik og utvikling, hvor det også inngår som eget punkt i lederavtalene om leders ansvar for kvalitetsarbeidet i virksomheten. Avdelingslederne forteller følgende i intervju:

Rapporter tas ut i Profil, og avvik svares ut og tas opp i etterkant. For eksempel hvis en bruker ikke har fått medisin lukkes avviket gjennom å skrive T.O., rutinen gjennomgås med den ansatte eller i møte i avdelingen. Det avholdes også kvalitetsmøter. Avvik tas også direkte med den enkelte i tilfeller der noen ansatte går igjen.

Det opplyses i intervju at det skrives tiltaksplaner om hva de skal gjøre for å lukke avvik. Revisjonen har mottatt tiltaksplanen for meldte avvik i 2017. Planen tar for seg type avvik, beskriver mulige årsaker, tiltak som skal settes inn, opplæring og når tiltaket skal evalueres.

Leder fagutviklingsenheten opplyser i intervju at de henter ut avviksrapporter for hele helse og omsorg som legges frem og diskuteres i kvalitetsutvalget. Revisjonen får opplyst at virksomheten også har en gjennomgang av avvik hvert år, i forbindelse med den årlige Kvalitetsrapporten. Videre blir det informert om at det fra 2019 vil bli rapportert tertialvis på kvalitet, hvor ressursgruppene er involvert i å utarbeide hvilke kvalitetsindikatorer det rapporteres på.

Leder fagutviklingsenheten forteller at det meldes stadig flere avvik, men at det nok likevel er store mørketall. Hun forteller også at det meldes avvik på ting som ikke er avvik og at dette trolig skyldes at arbeidet med avvikssystemet ikke har vært strukturert nok. Hun mener de på overordnet nivå har en kultur for å melde avvik, men at kulturen kan mangle lenger ned i organisasjonen. «Man tenker

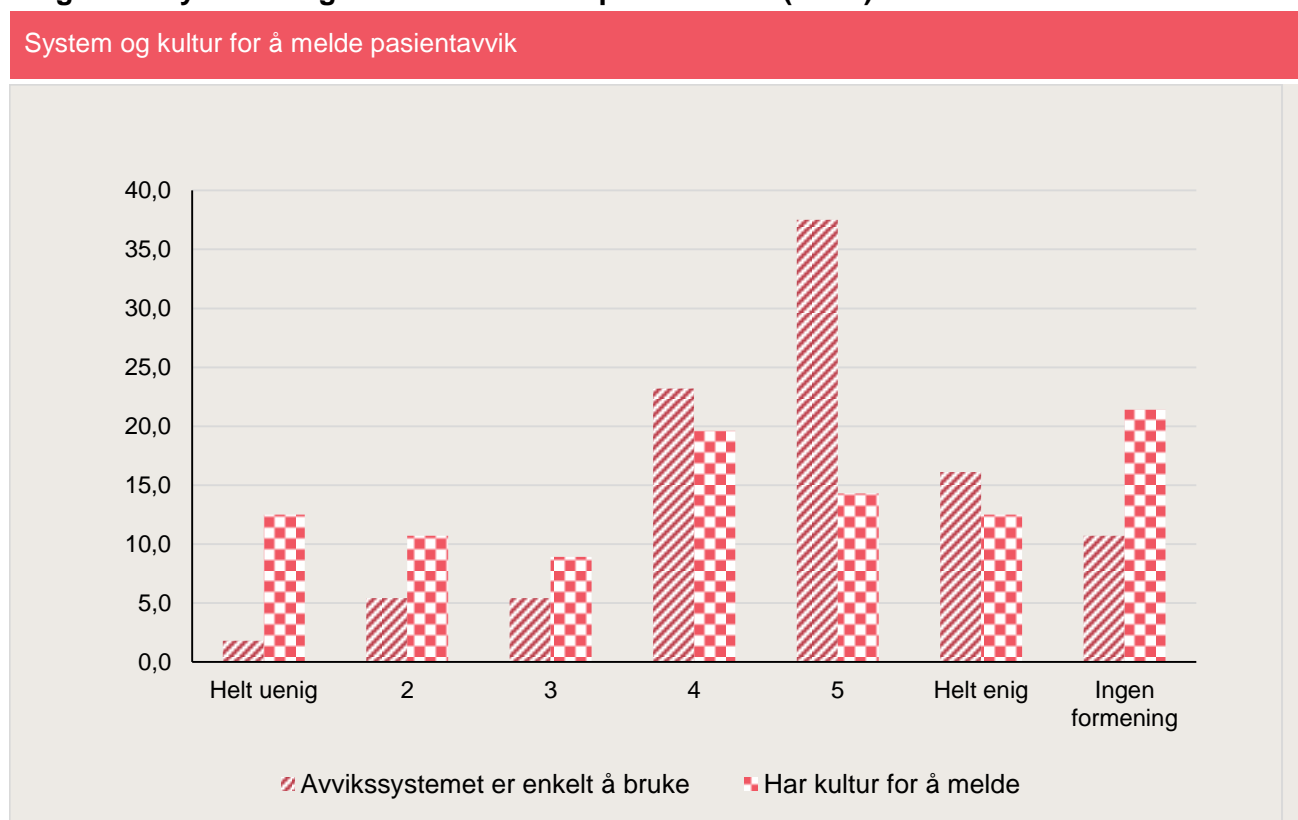
kanskje at det ikke er noen vits», sier hun. Dette kan ha sammenheng med at det ikke alltid kommuniseres til den som melder avvik at det er satt inn tiltak, at det ikke alltid diskuteres på avdelingsmøte, ev. at avviket lukkes for tidlig.

Revisjonen får opplyst i intervjuer at det meldes flest avvik på legemidler. Det kan være medisin som er gitt for seint, at bruker ikke har fått medisin, eller fått feil medisin. Derne st kommer avvik på manglende dokumentasjon og fall. Avdelingslederne forteller at det er vanskelig å peke på årsaker til at medisinavvik er en gjenganger.

Generelt tror leder i tjenesten at avvik skyldes tidspress og stress: «Det er mange på lista, de må jobbe fortere og glemmer». De forteller avvik på medisiner imidlertid har bedret seg etter at man tok multidoser i bruk og bruker tar medisin selv i større utstrekning.

I spørreundersøkelsen til medarbeiderne i hjemmetjenesten ble det stilt flere spørsmål om avvikssystem og kultur for å melde avvik. Resultatene fremgår av de neste figurene.

### Diagram 7 Systemer og kultur for å melde pasientavvik (N=56)



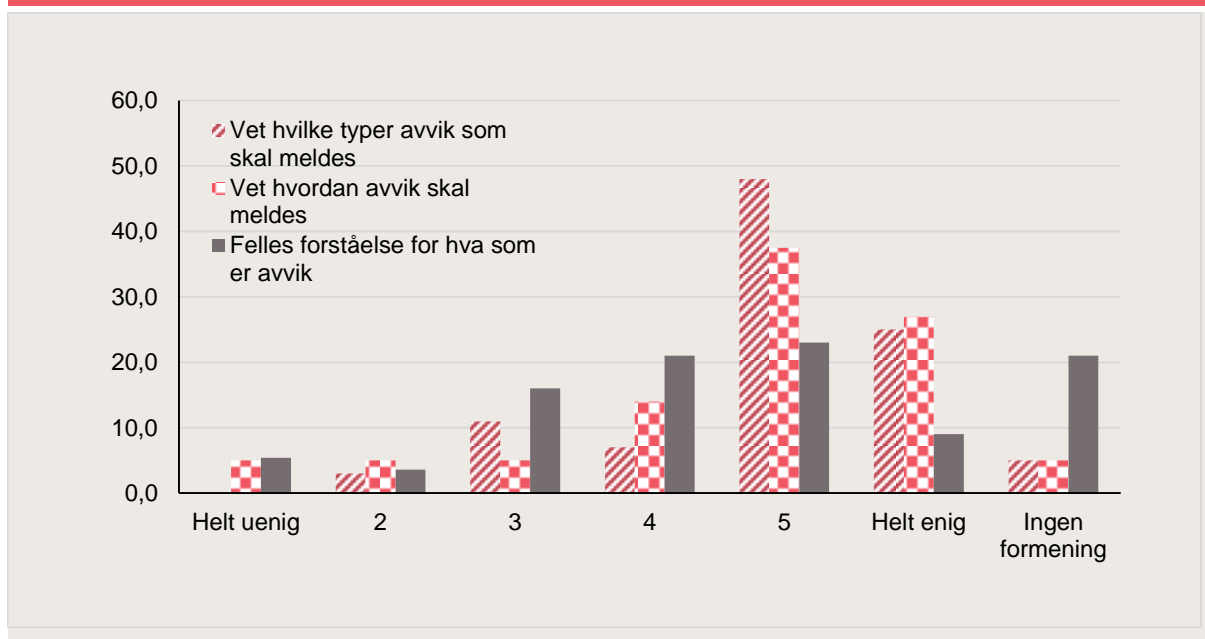
Kilde: RRI 2019

Tallene viser at 84 prosent (4-6) sier seg enige i at avvikssystemet er enkelt å bruke. Hvorvidt det er etablert en kultur for å melde avvik svarer over 30 prosent at de er uenig i dette. Det er også verd å peke på at henholdsvis 10 og 21 prosent ikke har noen formening om disse spørsmålene.

For å melde avvik må man også vite hva som skal meldes som et avvik og hvordan. Figuren nedenfor viser i hvilken grad medarbeiderne i tjenesten vet hvilke avvik som skal meldes og hvordan det skal meldes.

**Diagram 8 Kjennskap til hvilke avvik som skal meldes og hvordan (N=56)**

Jeg vet hvilke typer avvik/mangler jeg skal melde fra om/Jeg vet godt hvordan avvik/mangler skal meldes/Felles forståelse for hva som avvik



Kilde: RRI 2019

De fleste sier seg enige i at de vet hvilke typer avvik/mangler de skal melde fra om og at de vet hvordan de melder avvik. Hvorvidt det er en felles forståelse av hva som er et avvik er det mer spredte tilbakemeldinger. 21 prosent oppgir at de er uenig og 21 prosent har ingen formening om det er en felles forståelse av hva som er et avvik ved sin avdeling.

#### 4.2.6 Brukerinvolvering

Brukere/pasienters og pårørendes erfaringer og innspill skal etterspørres systematisk. Ofte gjøres dette gjennom brukerundersøkelser.

Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten ble gjennomført i 2014<sup>5</sup> med en svarprosent på 54 prosent. Neste undersøkelse ble gjennomført i 2016<sup>6</sup> med en svarprosent på 67. Resultatene oppsummeres i saksframlegget til Helse og omsorgsutvalget med *Brukerundersøkelse – hjemmetjenesten* som vedlegg.

<sup>5</sup> Rapportert til Eldrerådet, Helse- og omsorgsutvalget og Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne i 2015.

<sup>6</sup> Rapportert som over 28.2.2017 og 2.3.2018 (Helse- og omsorgsutvalget).

I tillegg er det gjennomført to interne brukerundersøkelser for å måle brukertilfredshet og mulighet til medvirkning i forbindelse med det pågående utviklingsarbeidet. Oppsummering av resultatene fra disse undersøkelsene i februar (svarprosent 47,3) og mai 2018 (svarprosent 26,5) er oversendt til revisjonen sammen med et kort informasjonsskriv (skjema Mini brukerundersøkelse).

Virksomhetsleder opplyser at brukerundersøkelser gjennomføres annethvert år. Ved sist gjennomførte brukerundersøkelse i 2016 ble undersøkelsen sendt til et utvalg av brukerne. Når ny undersøkelse skal gjennomføres på nyåret endres opplegget noe. Alle brukerne skal få undersøkelsen og et opplegg for slike undersøkelser utarbeidet av KS vil bli benyttet (bedrekommune.no).

Virksomhetsleder peker på at kommunen, i tillegg til å gjennomføre brukerundersøkelser, involverer brukerne på flere områder:

- Dialogarenaer gjennomføres to ganger årlig, med politikere
- Brukermedvirkning på individuelt plan om utforming og oppfølging av tilbudet til den enkelte.

Virksomhetene i helse og omsorg har en egen rutine<sup>7</sup> om dialogarenaer. Formålet med rutinen er å sørge for like rammer for gjennomføring av dialogmøter med politikerne i helse- og omsorgsutvalget, samt å involvere brukere, pårørende og politikere i utviklingen av tjenestene. Virksomhetsleder er ansvarlig for dialogmøtene, og det utarbeides årlig møteplan for dialogmøtene. Resultatene rapporteres til kvalitetsutvalget og inngår i «Årsrapport kvalitet» (HOS – Dialogarenaer - Rutine). Revisjonen har også mottatt referat fra dialogmøtene i 2018, gjennomført 7.5.2018 og 17.10.2018. På hvert av disse møtene deltok rundt 30 brukere og pårørende av tjenesten.

Det er utarbeidet en rutine som heter «Oppstart av tjeneste» hvor det fremkommer hvordan innbyggeren skal involveres og hvordan brukers vurdering av situasjonen skal belyses i sammenfatning etter kartlegging. Skjemaene for kartlegging inkluderer «Hva er viktig for deg»-samtalen. Dette er basert på at bruker selv skal definere hva den enkelte ønsker skal endres, og egen vurdering av ressurser og hindringer. Det opplyses videre om at det er rutiner for dialogarena og tidlig oppfølging etter demensdiagnose. Dette ble opprettet med utgangspunkt i innbyggernes egne opplevelser av behov. I halvparten av de nevnte ressursgruppene er brukere inkludert i arbeidet og brukere blir bedt med på workshops som blir arrangert på temaet tjenesteutvikling.

---

<sup>7</sup> Rutinen er sist endret 8.12.2017, og neste revisjonen er satt til 8.12.2018.

### 4.3 Brukes informasjon og kunnskap om avvik og brukerundersøkelser til læring og forbedring?

Informasjon og kunnskap om avvik, mangler, forbedringsområder, herunder informasjon og tilbakemeldinger fra brukere og pårørende er et viktig grunnlag for forbedringsarbeid i henhold til forskrift om internkontroll.

I intervjuene revisjonen har gjort pekes det på at informasjon fra både avviksrapporter og brukerundersøkelser benyttes i arbeidet med å forbedre tjenestene. Et eksempel på konkrete forbedringer er innføring av medisindispensere på bakgrunn av gjentagende avvik på dette området. Det jobbes også med å forbedre opplæringsrutiner for nyansatte og oppfriskningskurs.

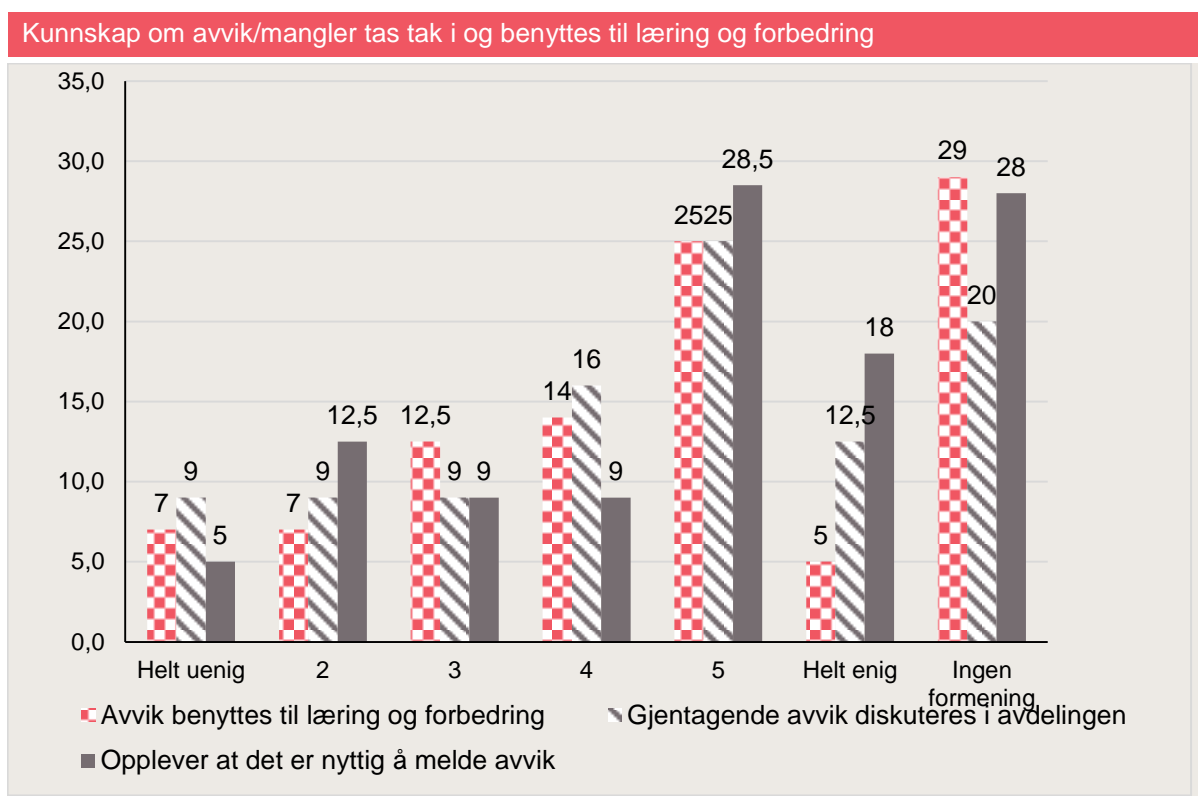
Virksomhetsleder peker på at flere av de endringene som nå gjøres i hvordan tjenestene arbeider blant annet kommer på bakgrunn av innspill fra brukerne. I tillegg trekker virksomhetsleder fram at hendelser som de får kunnskap om blir tatt tak i fortløpende.

Enhetsleder opplyser at enhet for fag og innovasjon, som jobber særlig med utvikling og innovasjon av tjenestene, som har ansvar for å ta tak i avvik i forbedringsarbeid. Et tiltak som nevnes er bruk av medisindispensere, arbeid med rundt 20 opplæringsrutiner som jevnlig revideres og gjennomføring av oppfriskningskurs. Enhetens hovedfokus er i liten grad enkeltavvik, men særlig knyttet til forbedringsarbeid på tvers i sektor helse og omsorg. Enhetsleder trekker fram at avvik ikke fanger alt og at ressursgruppene derfor er nyttige da arbeidet i disse gruppene bidrar til å fange opp mer. Det er bruker-/innbyggerrepresentanter med i fire av åtte ressursgrupper.

Rådgiver i hverdagsmestring er involvert når det gjennomføres brukerundersøkelser hvert andre år, samtidig er det slik at arbeidsgiverseksjonen har ansvar for de malene som benyttes. Enhetsleder peker på at nytteverdien av undersøkelsene gjerne skjer når resultatene presenteres og diskuteres i dialogmøtene etter forutgående presentasjon og gjennomgang i avdelingsledermøtene.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om medarbeiderne i tjenesten opplever at avvik og mangler tas tak i og brukes i forbedringsarbeid.

#### **Diagram 9 Avvik og forbedringsarbeid (N=56)**



Kilde: RRI 2019

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er ulike formeninger blant de ansatte i hvilken grad avvik brukes og behandles i avdelingene. Det er rundt 30 prosent som svarer at de er uenig på alle påstandene om avvikshåndtering. Det må imidlertid også påpekes at det er mellom 20 og 30 prosent av de som har svart som oppgir at de ikke har en formening om de ulike påstandene. Av de som har svart er det altså rundt hver tredje som uttrykker en grad av uenighet og rundt hver tredje som ikke har en formening om dette.

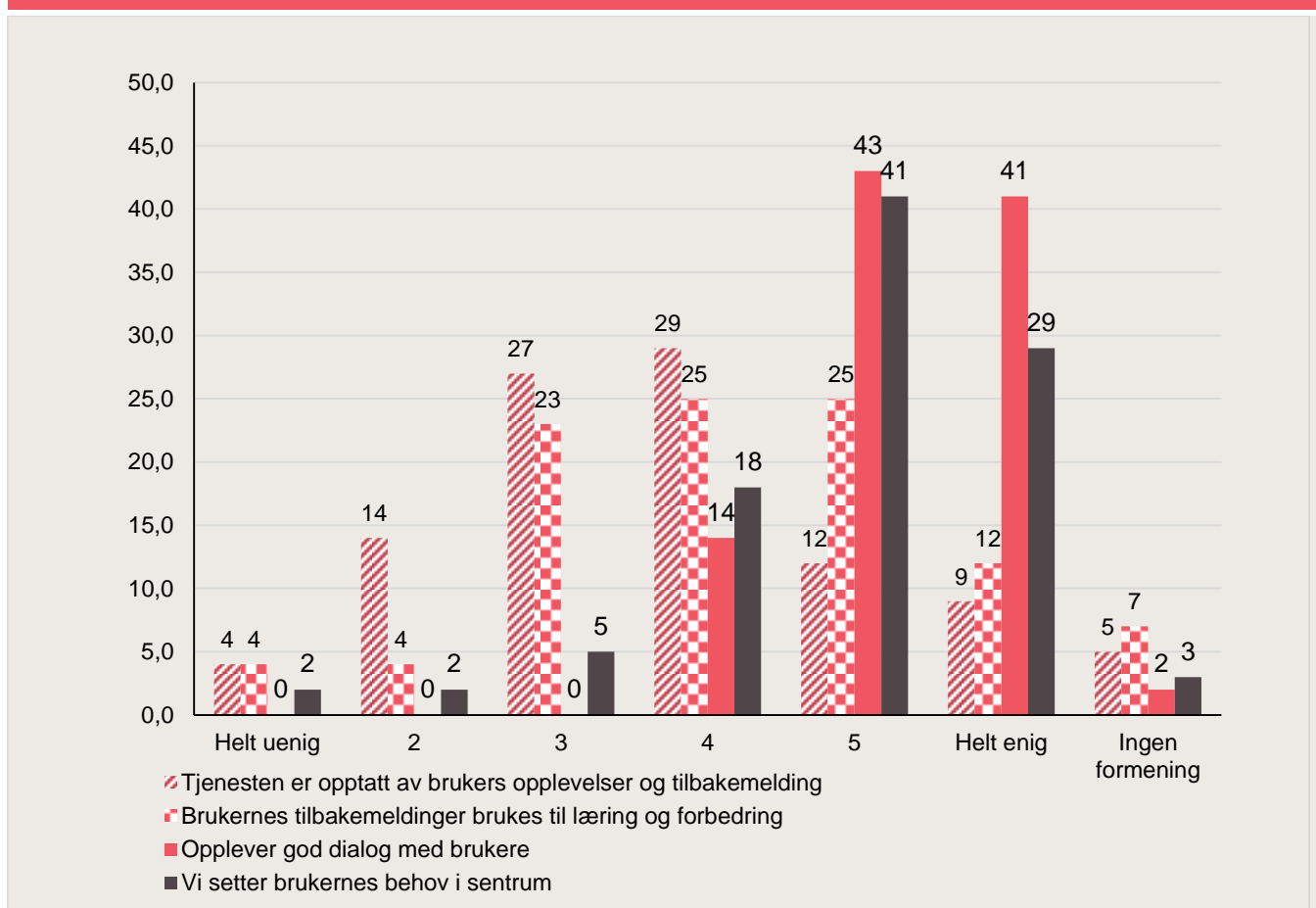
De ansatte har også tatt stilling til en rekke påstander om hvordan tjenesten ivaretar bruker og pårørendeinvolvering. Om brukerinvolvering fikk de ansatte følgende påstander:

- Jeg opplever at tjenesten er opptatt av å undersøke hvordan brukerne opplever tjenestene, og hva de mener bør forbedres
- Brukernes tilbakemeldinger
- Jeg opplever å ha en god dialog med brukerne
- Hos oss setter vi brukernes behov i sentrum

Tilsvarende påstander ble stilt om hvordan tjenesten ivaretar tilbakemeldinger fra pårørende. Resultatene er fremstilt fordelt på bruker og pårørende.

**Diagram 10 Brukernes tilbakemeldinger benyttes til læring og forbedring (N=56)**

Tilbakemeldinger fra brukere benyttes til læring og forbedring

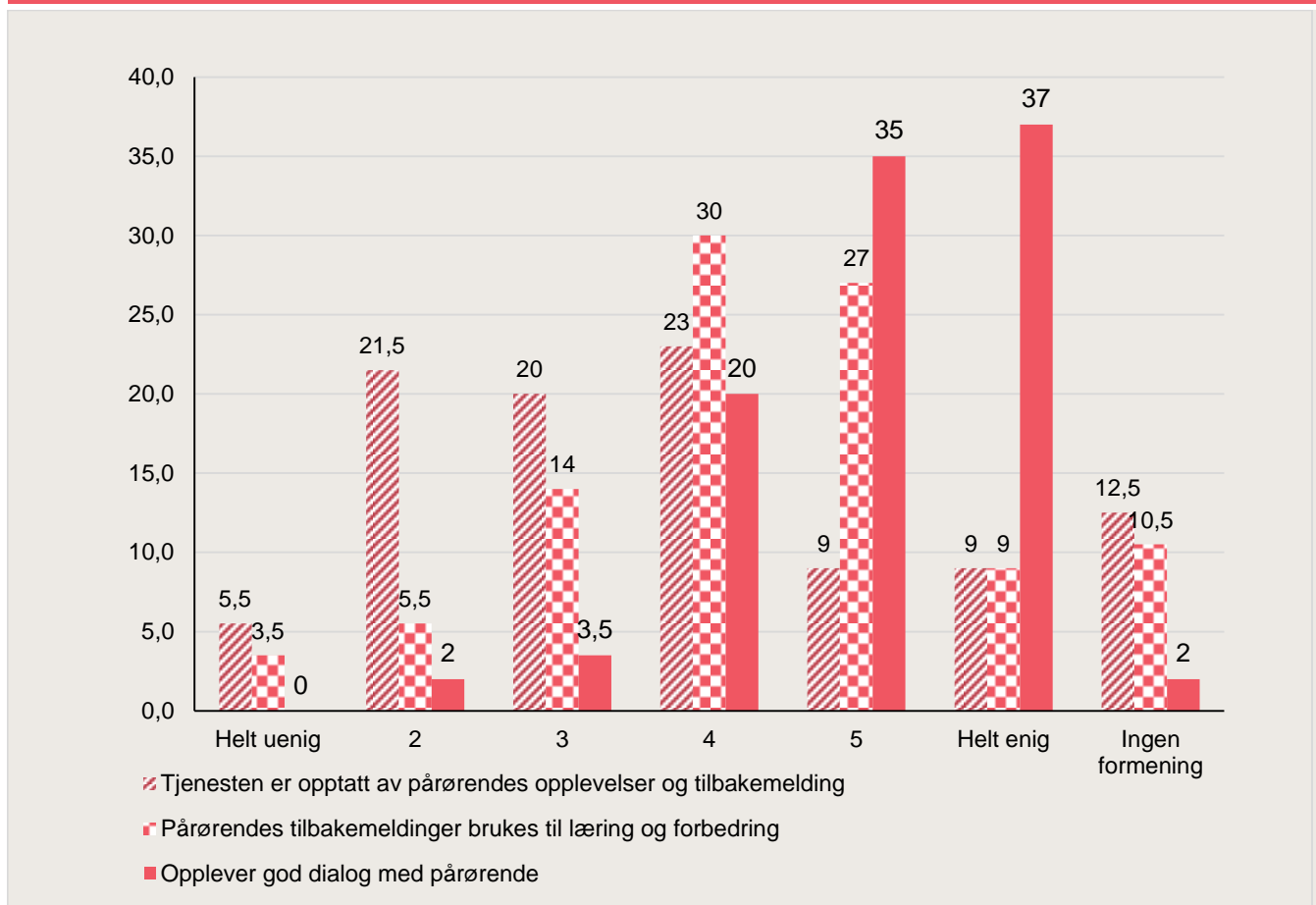


Kilde: RRI 2019

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte opplever en god dialog med brukerne og at de opplever at de setter brukernes behov i sentrum, hvor henholdsvis 98 og 88 prosent oppgir verdien 4-6. Det er imidlertid mer uenighet i hvorvidt tjenesten er opptatt av brukernes tilbakemelding og hvorvidt disse brukes til læring og forbedring. Her oppgir henholdsvis 45 prosent og 31 prosent å være uenige i påstandene.

**Diagram 11 Tilbakemeldinger fra pårørende (N=56)**

## Tilbakemeldinger fra pårørende benyttes til læring og forbedring



Kilde: RRI 2019

Når det gjelder hvorvidt pårørendes tilbakemeldinger blir mottatt og håndtert er tendensen noe av den samme som ved brukernes tilbakemeldinger, som vist i diagram 9. De ansatte opplever å ha en god dialog med de pårørende, men opplever i mindre grad at tjenesten er opptatt av tilbakemeldingene pårørende har og at disse brukes til læring og forbedring. Ved disse spørsmålene er det imidlertid også en større andel, 10-12 prosent, som oppgir at de ikke har noen formening til påstandene.

Kommunaldirektør Helse, omsorg og mestring understreker i faktahøringen at svarene kan ha sammenheng med at de ansatte ikke er informert om hvordan tjenesten jobber med involvering på andre nivåer i virksomheten og hvordan tjenesten systematisk jobber med tilbakemeldinger fra brukere og pårørende.



#### 4.4 Revisjonens vurdering

En god internkontroll er viktig for å sikre forsvarlige tjenester, god kvalitet og et systematisk forbedringsarbeid. Kravene til internkontroll i helse- omsorgssektoren, herunder hjemmetjenesten, er nedfelt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten har flere elementer av en internkontroll på plass, men at det er mangler og forbedringspotensial på noen områder.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har en tydelig organisasjons- og lederstruktur, hvor det fremgår klart hvordan ansvar og oppgaver er fordelt og de ansatte opplever stort sett at de er kjent med så vel egne som andres oppgaver. Både ansatte og ledere peker imidlertid at det i større grad kan legges til rette for tverrfaglig samarbeid og bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.

Revisjonen mener at tilstrekkelig kompetanse er grunnleggende for kvalitet i tjenesten. Det er kommunens ansvar at hjemmetjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse, at det gis nødvendig opplæring og legges til rette for fagutvikling. De ansatte oppgir at de mottar tilstrekkelig opplæring for å kunne gjennomføre oppgavene på en god måte og at tjenesten har kartlagt kompetansen. Ledere i tjenesten mener imidlertid at det er en forskjell mellom avdelingene med hensyn til kompetanse og tid til kompetanseutvikling.

Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har en tydelig organisasjons- og lederstruktur, hvor det fremgår klart hvordan ansvar og oppgaver er fordelt og de ansatte opplever stort sett at de er kjent med så vel egne som andres oppgaver innad i avdelingen. Både ansatte og ledere peker imidlertid på at det ikke fullt ut er avklart ansvar og oppgaver mellom avdelingene, samt at det ikke i tilstrekkelig grad er tilrettelagt for tverrfaglig samarbeid. Dette gjelder også bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.

Kommunen skal i henhold til internkontrollforskriften ha oversikt over områder i hjemmetjenesten hvor det er fare for risiko for svikt eller mange på etterlevelse av myndighetskrav. Dette forutsetter at kommunen har rutiner som sikrer slike gjennomganger systematisk. Undersøkelsen viser at det ikke fullt ut gjennomføres systematiske kartlegginger og vurderinger av områder for risiko.

En god internkontroll forutsetter også at hjemmetjenesten har et velfungerende system for å melde og håndtere avvik. Undersøkelsen viser at det er utarbeidet skriftlige rutiner for hvordan pasientavvik skal meldes og håndteres og at rutinene ligger tilgjengelig i fagsystemet Profil. Undersøkelsen viser at de ansatte vet hva, hvordan og hvor det skal meldes avvik. Flere ansatte oppgir imidlertid at de ikke opplever at det er en god kultur for melde avvik, at det ikke er en felles forståelse for hva som er et avvik og at kunnskap om avvik ikke fullt ut benyttes til læring og forbedring. Et godt og velfungerende system for avviksmelding- og håndtering er etter revisjonens vurdering viktig for den enkelte bruker og for utvikling av tjenesten.

Brukere og pårørende er viktige kilder til informasjon og kunnskap om mangler og forbedringsområder. Deres erfaringer og innspill bør derfor etter revisjonens vurdering systematisk

etterspørres. Det har blitt gjennomført brukerundersøkelser ved tjenesten hvert andre år, i tillegg til andre arenaer som legger til rette for innspill fra brukere og pårørende. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte mener at det er et forbedringspotensial når det gjelder å benytte tilbakemeldinger fra brukere og pårørende til læring og forbedring, da særlig fra pårørende.

## 5 KVALITET I TJENESTEN

I dette kapitlet besvares problemstilling 2 i undersøkelsen:

*Har Lørenskog kommune rutiner/prosedyrer og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?*

I tillegg til å undersøke om kommunen har rutiner og prosedyrer som sikrer kravene som stilles til kvalitet, undersøkes om rutinene er godt kjent og om de etterleves. Til slutt undersøkes om medarbeiderne i tjenesten opplever at det er lagt godt til rette for å kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov slik de fremkommer av kvalitetsforskriften.

### 5.1 Revisjonskriterier

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).

Forskriften skal bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter (tidligere) kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Forskriften gir ikke brukerne rett på bestemte tjenester, men kommunene pålegges å utarbeide *skriftlige* prosedyrer om skal søke å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Forskriften lister opp en rekke behov som anses som grunnleggende som selvstendighet, respekt, trygghet, fysiologiske og sosiale behov, variert og helsefremmende kosthold, hjelp til måltider, tilpassede aktiviteter, egenomsorg/pleie m.m. Prosedyrene skal også sikre at den enkelte får de tjenestene de trenger til rett tid, at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert og at brukere og ev. pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

Flere av kravene i kvalitetsforskriften er også nedfelt i Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Verdighetsgarantien skal bidra til å sikre den enkelte en verdig, trygg og meningsfull alderdom. For å oppnå dette skal tjenestetilbudet blant annet legge til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold, normal døgnrytme, muligheten til å kunne fungere normalt, ha samtaler om eksistensielle spørsmål og få forsvarlig oppfølging av lege.

Revisjonskriteriene er først og fremst knyttet til om kommunen har etablert prosedyrer som skal bidra til å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. I veilederen til kvalitetsforskriften (Helsedirektoratet 2004) vises det til at det ikke er et krav at det skal være én prosedyre for hvert av punktene i kvalitetsforskriften. Én prosedyre kan dekke flere punkter, men til sammen skal prosedyrene ivareta alle punktene. Revisjonen legger også til grunn at de ansatte i tjenesten er kjent med rutinene, at de er implementert og at de opplever at det er lagt til rette for etterlevelse av kravene som stilles til kvalitet.

Følgende kriterier legges til grunn for undersøkelsen av kvalitet:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Har Lørenskog kommune rutiner/prosedyrer og praksis som bidrar til å sikre kravene i kvalitetsforskriften?	⇒ Det er etablert rutiner og praksis som skal bidra til sikre kravene i kvalitetsforskriften ⇒ Medarbeidere i tjenesten skal oppleve at det er lagt til rette for å ivareta pasientenes grunnleggende behov.

## 5.2 Funn

I det følgende vil det bli gjennomgått i hvilken grad hjemmetjenesten i Lørenskog sikrer ivaretagelsen av kravene i kvalitetsforskriften. Kommunen og tjenesten kan bidra til en god etterlevelse av kravene i kvalitetsforskriften gjennom både nedfelte rutiner og god praksis og metodikk.

Først vil det redegjøres for det overordnede systemet og den metodikken tjenesten bruker i det daglige virke. Dette inkluderer en gjennomgang av hvordan tjenesten skaffer seg informasjon om den enkelte bruker gjennom kartlegging og videre oppfølging av den enkelte bruker. Deretter vil det ses nærmere i hvilken grad de leder og ansatte opplever at de oppfyller de ulike kravene i kvalitetsforskriften med hensyn til å ivareta grunnleggende behov.

### 5.2.1 Systemer og rutiner for å sikre kravene

En gjennomgang av dokumentasjon viser at det er utarbeidet en rekke rutiner og prosedyrer som skal bidra til å sikre at kravene i kvalitetsforskriften blir etterlevd. Disse rutineene svarer ut enkelte krav i forskrift helt konkret, som for eksempel innen ernæring og medisinhåndtering. Andre prosedyrer er etter hva revisjonen forstår implementert i tjenestens saksbehandling og metodikk. For eksempel vil krav om brukers medvirkning bli ivaretatt gjennom tjenestens rutiner for kartlegging og oppfølging.

Av skriftlige rutiner har revisjonen fått overlevert rutiner på følgende krav:

- Ernæring
- Normal døgn og livsrytme
- Verdig livsavslutning
- Rehabilitering/ pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Tannbehandling/munnhygiene
- Oppfølging av brukere med demens

### **Kartlegging**

Gjennom kartlegging av nye brukere skal brukers behov for bistand til å ivareta grunnleggende behov (med mer) kartlegges. Ernæringsrisiko og fallrisiko kartlegges særskilt. Dette ansvaret ligger nå til avdeling Kartlegging og mestring.

Det er utarbeidet skriftlig rutine for oppstart av tjenester og kartlegging av ny bruker. Rutinen er revidert 11.7.2018. Det er utarbeidet et eget skjema til bruk i kartlegging og etter hvert revurdering av tjenestene bruker får. I henhold til skjema skal mange av behovene som kommunen er pliktig å ivareta gjennom kvalitetsforskriften kartlegges og vurderes underveis i oppfølgingen av bruker. Dette gjelder blant annet behov knyttet til personlig hygiene, ernæring, munnstell, fysisk funksjon/trening, aktivitet/deltagelse, nettverk m.m. Bistands- og assistansebehov skal registreres i Iplos og Profil.

Kartleggingen skal videre ta utgangspunkt i hva som er viktig for brukeren, dvs. skal sikre medvirkning. Her er det utarbeidet et eget skjema; «Hva er viktig for deg skjema» hvor aktiviteter og mål som er viktige for bruker nedtegnes og vurderes langs en skala fra 1 til 10.

Etter vurdering og mestringsrettet arbeid i avdeling Kartlegging og mestring (KM), fattes vedtak dersom bruker trenger sykepleietjenester og ytterligere ergo/ fysiotjenester (forebyggende avdeling). Basert på kartlegging av brukers behov og påfølgende vedtak, utarbeides det en tiltaksplan som skal ligge til grunn for oppfølgingen av den enkelte. I tiltaksplanen skal det fremkomme hvilket problem/behov for bistand pasienten har, pasientens ressurser i forhold til dette, mål og tiltak. Planen skal oppdateres jevnlig og danne grunnlag for den helsehjelpen pasienten mottar.

For å sikre at brukerne får de tjenestene som er vedtatt og at tiltaksplanen følges, brukes arbeidslister som verktøy for oppfølgingen i det daglige. Arbeidslistene sier noe om hva som skal gjøres og hvem som skal gjøre hva.

Det skal altså være en rød tråd fra kartlegging av brukers behov til vedtak og oppfølging gjennom tiltaksplan og arbeidslister. Den røde tråden skal sikre at brukers behov kartlegges, vurderes, ivaretas og evalueres.

### **Oppfølging og informasjon om brukere**

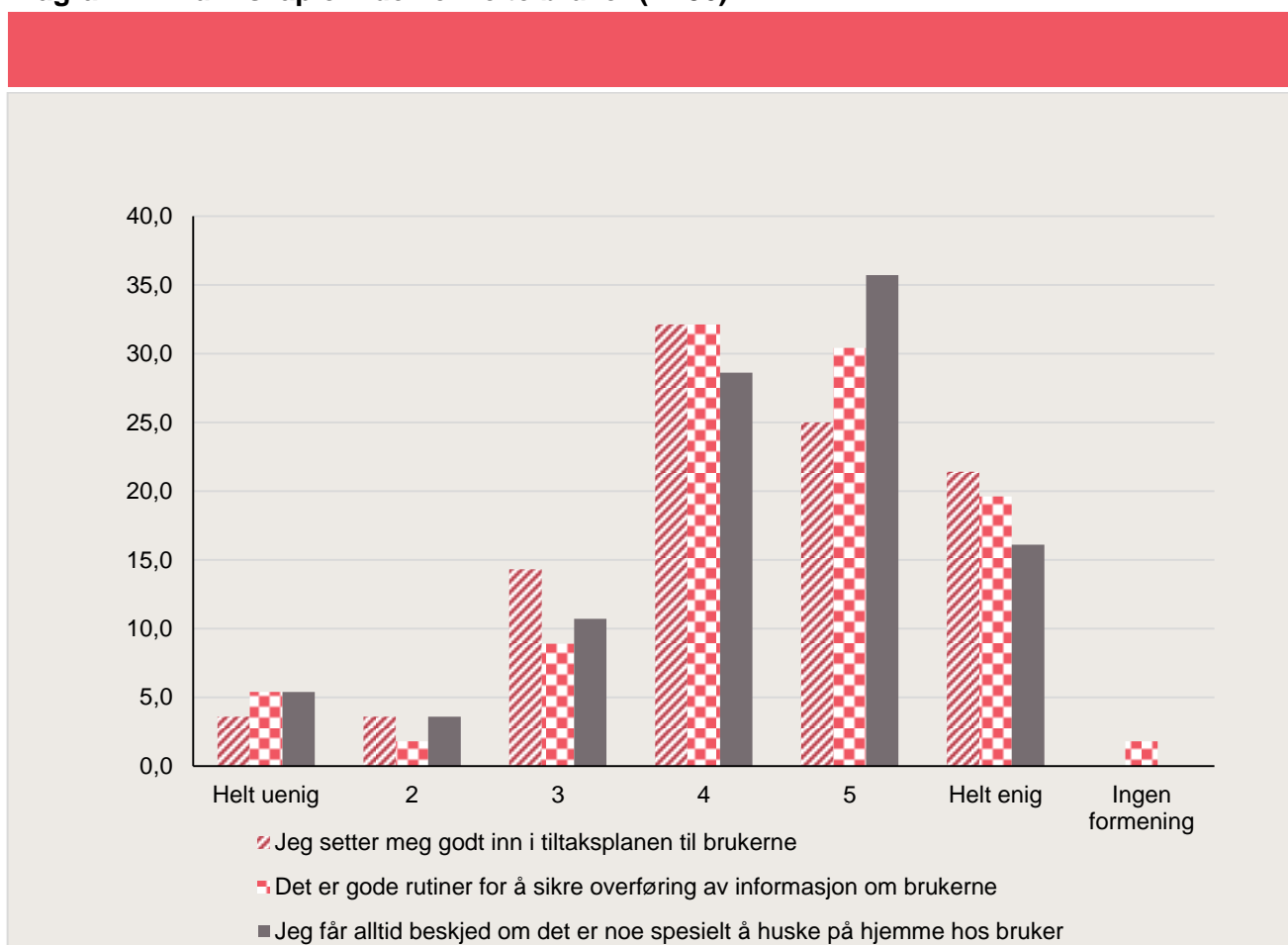
Alle brukere skal ha primærkontakter som har et hovedansvar for å følge opp bruker. Primærkontaktens ansvar er å være nærmeste kontaktperson for bruker, pårørende og fastlege, bli kjent med bruker/pårørende og være et bindeledd mellom bruker og tjenesten. Revisjonen får opplyst at alle i hjemmesykepleieavdeling 1 har primærkontakt, men at det mangler for om lag halvparten i avdeling 2. Temaet primærkontakter blir ytterligere kommentert i kapittel 6.

All helsehjelp skal dokumenteres i fagsystemet Profil. Her registreres alle nye brukere og saksbehandling knyttet til den enkelte og løpende saksbehandling utføres her (jf. opplæring dokumentasjon helsehjelp). Formålet med dokumentasjon er at det viser hva som er utført av kartlegging, observasjoner, vurderinger, tiltak og evalueringer. Dokumentasjon skal videre bidra til effektiv informasjonsflyt om den enkelte pasient for å sikre god kvalitet i helsehjelpen.

Overføring av informasjon mellom vaktskifter og fra dag til dag, fordeling av oppgaver osv. foregår i rapportmøter, hhv. et morgenmøte, et møte midt på dagen og et om ettermiddagen. Det er utarbeidet en egen rutine for hvordan rapportering skal foregå og hva som skal gjøres, blant annet skal arbeidslister og tiltaksplaner oppdateres. Helsepersonellet skal holde seg oppdatert om helsehjelpen som vedkommende skal gi og sette seg inn i tiltaksplaner, rapporter osv. før man går til bruker. Som vist i diagram 11 side 19 opplever de ansatte at det er etablert en god praksis for informasjon om oppgaver og tiltak rundt den enkelte bruker.

På spørsmål som dreier seg om kjennskap og informasjon knyttet til den enkelte bruker er det noe mer variasjon i svarene, som vist i figuren under. 98 prosent av respondentene oppgir at de vet hva de skal gjøre hjemme hos bruker, hvor 87 prosent oppgir verdi 5 og 6. Men på spørsmålene om de alltid får beskjed om det er noe å huske på, rutiner for å sikre overføring og informasjon og om de setter seg godt inn i brukers tiltaksplan er det høyere andel som oppgir å være uenig.

**Diagram 12 Kunnskap om den enkelte bruker (N=56)**



Kilde: RRI 2019

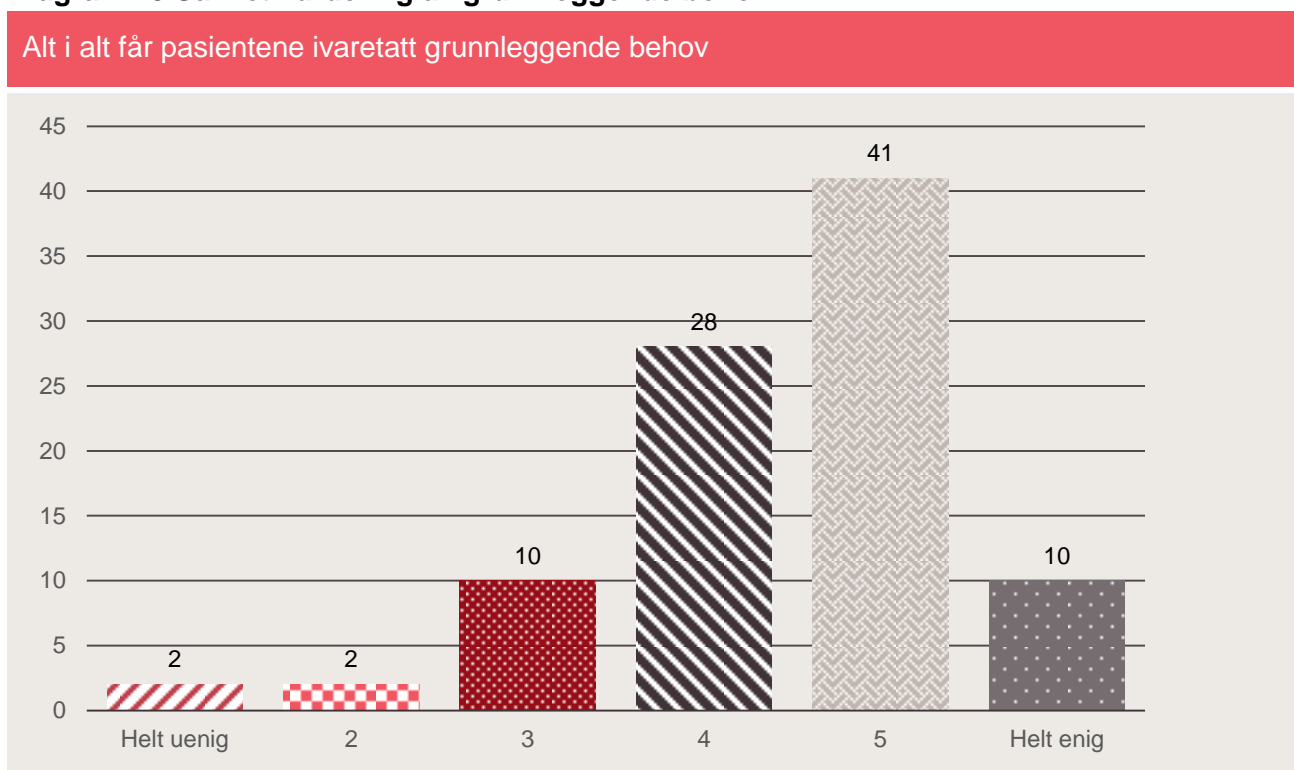
Selv om de aller fleste også her oppgir å være enig i påstandene er det mellom 11-21 prosent som oppgir å være uenig. Det er også en relativ høy andel som oppgir verdien 4 for alle av spørsmålene.

Alle avdelingene har tatt i bruk/skal ta i bruk Imatis, en elektronisk tavle som skal lette kommunikasjon og informasjonsdeling internt i den enkelte avdeling og på tvers<sup>8</sup>. Verktøyet gir rask oversikt og tilgang til informasjon om brukerne (f.eks. hvem som er primærkontakt, beskjeder). Imatis er ikke et journalsystem, men erstatter skriftlige og muntlige beskjeder.

Ved revurdering av tjenester foretas ny kartlegging. Skriftlige rutiner foreligger. I tillegg til det overordnede systemet som skal sikre kvalitet og pasientsikkerhet er det utarbeidet rutiner på mange av kvalitetsforskriftens områder. Alle er imidlertid ikke lagt inn i kvalitetssystemet/internkontrollsystemet Compilo.

### 5.2.2 Ivaretagelsen av grunnleggende behov

**Diagram 13 Samlet vurdering av grunnleggende behov**



Kilde: RRI 2018

Som vi ser, er det i overveiende grad enighet om at det er lagt godt til rette for at pasientenes grunnleggende behov ivaretas, 79 prosent er enig i at det er lagt godt til rette.

Likevel, 14 prosent av de spurte er litt uenige (1-3) og 28 prosent sier seg ikke fullt ut enig (4) i at det er lagt til rette for at grunnleggende behov ivaretas. Dette kan tolkes dithen at selv om det meste

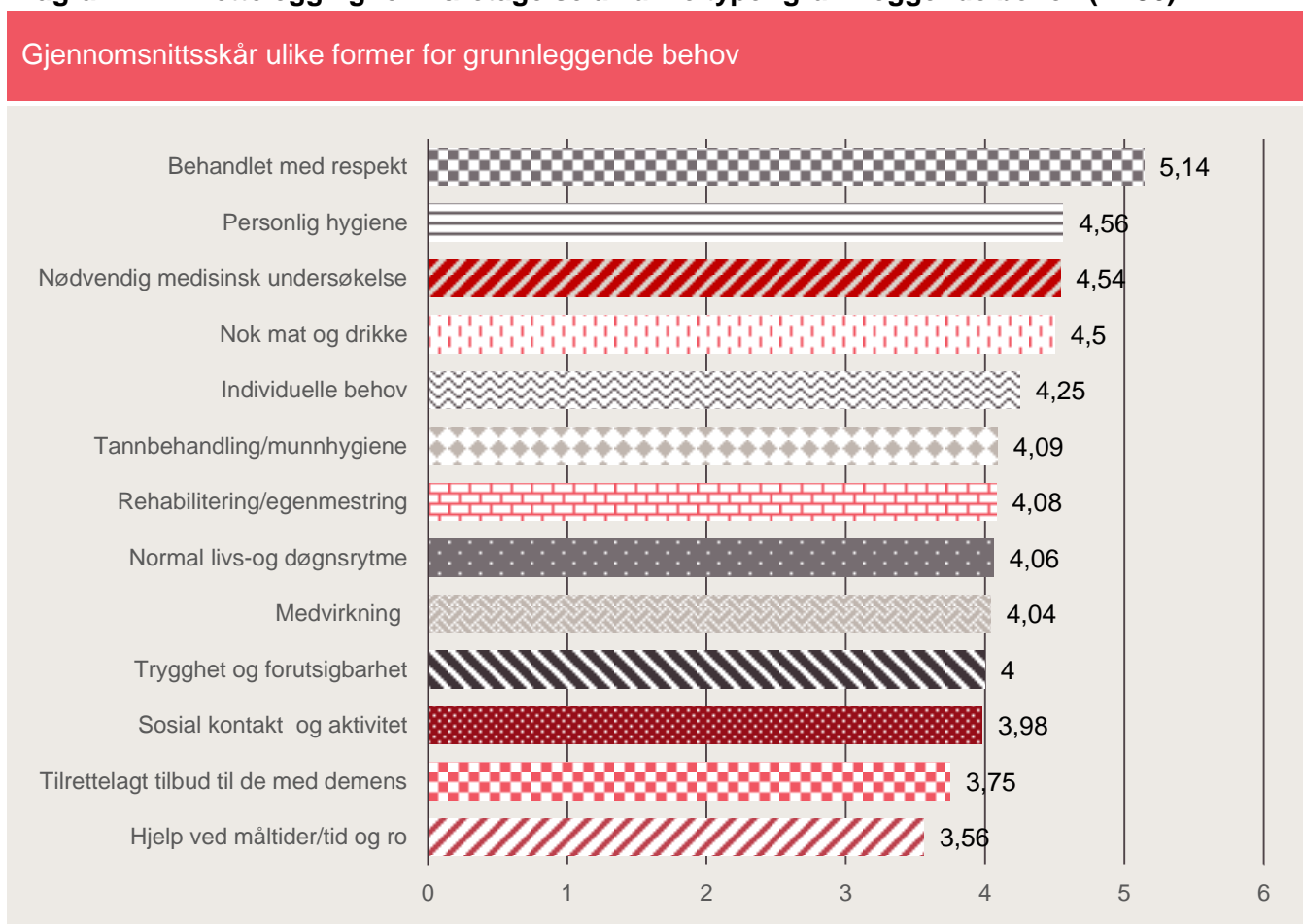
<sup>8</sup> Adgangskontroll gjennom brukernavn/passord, RFID-brikke eller adgangskort. Tavlen låses etter et vist antall minutter.

er positivt, er det også noe som kan bli bedre. Akkurat hva de ansatte mener kan bli bedre skal vi se nærmere på i det følgende.

Revisjonen har spurt medarbeiderne i tjenesten om hvor enige de er i at det er lagt godt til rette for at pasienter og brukerne av kommunens tjenester får ivaretatt følgende grunnleggende behov.

Figuren under viser gjennomsnittsskår (jo nærmere 6 jo bedre) for hvor godt man mener det legges til rette for ivaretagelse av overfor nevnte grunnleggende behov, rangert fra høyest til lavest gjennomsnittsskår. Resultatene for hvert enkelt vil bli kommentert gjennom kapittelet.

**Diagram 14 Tilrettelegging for ivaretagelse av ulike typer grunnleggende behov (N=56)**



Kilde: RRI 2019



Som diagrammet over viser har de ansatte tatt stilling til en rekke behov som bør oppfylles som bruker av hjemmebaserte tjenester, også utover de som beskrevet i kvalitetsforskriften. Vi skal se nærmere på hva ansatte og ledere mener om hvordan tjenesten oppfyller kravene. De blir gått igjennom delt etter behov som kan kategoriseres som grunnleggende fysiologiske behov som:

- ernæring
- medisinsk oppfølging
- munnhygiene
- personlig hygiene
- normal døgn- og livsrytme
- rehabilitering og egenmestring

Den andre delen ser nærmere på de behovene som er knyttet til en god livskvalitet, menneskelige behov, i form av å

- bli behandlet med respekt
- ha trygghet og forutsigbarhet
- ha medvirkning i eget liv
- sosial kontakt og aktivitet
- få tilrettelagt for individuelle behov

Til slutt vil også det gås igjennom hvordan tjenesten har tilrettelagt et tilbud for brukere med demens.

### **5.2.3 Fysiologiske behov**

#### **Ernæring**

Rutinen som er utarbeidet skal bidra til god risikovurdering av underernæring, overvekt og feilernæring hos brukerne av kommunale tjenester i kommunen. Den skal i tillegg bidra til videre kartlegging og oppfølging av den enkeltes ernærings situasjon. Det er utarbeidet et eget skjema til kartleggingen, «ernæringsjournalen». Det er også nedsatt en egen ressursgruppe for ernæring. Avdelingslederne bekrefter i intervju at alle nye brukere kartlegges, risiko-vurderes og følges opp i forhold til ernæring der det er behov for det.

Når det gjelder hjelp til å spise kan det dreie seg om vedtak på med-spising eller hjelp til matning. I slike tilfeller settes av tid ut fra kartlagt behov. En av avdelingslederne peker på at de nok kan bli bedre på å sikre brukermedvirkning når det gjelder dette temaet. Virksomhetsleder opplyser at det er utarbeidet en skriftlig rutine for «Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise».

Kommunen har nedsatt en egen ressursgruppe for ernæring. Ressursgruppen skal bidra til å sikre at ivaretagelse av nasjonale og kommunale retningslinjer og krav til ernæringsarbeidet i helse og omsorg, herunder hjemmetjenesten. Gruppen har også ansvar for å utarbeide felles rutiner for praksis (hele helse og omsorg).

De ansatte fikk to påstander knyttet til ernæring, hvorvidt brukerne får ivaretatt behov knyttet til mat og drikke og hvorvidt brukerne får hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. De aller fleste er enige i at brukerne får ivaretatt behov knyttet til ernæring, med kun 13 prosent på verdiene 1-3. Hvorvidt det gis nok hjelp, tid og ro ved måltider oppgir imidlertid hele 41 prosent en grad av uenighet til denne påstanden (1-3).

### **Nødvendig medisinsk undersøkelse/behandling og tannhygiene**

Ansatte hjelper til med å bestille time hos fastlege, og frivilligsentralen kan kjøre. Det hender de også kjører noen selv. De ansatte oppgir også i spørreundersøkelsen å være enig i at brukere får nødvendig medisinsk oppfølging.

Avdelingslederne forteller i intervju at dette er det ofte vanskelig å følge opp god tann- og munnhygiene. Dette fordi brukere ofte sier at de gjør dette selv, uten at det kanskje gjøres/gjøres godt nok. Daglig tannstell inngår i morgen- og kveldsstell, men ikke spesifisert i vedtak.

Revisjonen får også opplyst at bruker etter 3 måneder med tjenester minst 1 gang per uke har rett til gratis tannbehandling. Dette er en rettighet de ansatte kjenner til og de hjelper til med å søke ved behov. Fylkeskommunal tannpleier har i møter opplyst at det mangler tannbehandling hos mange.

Det er 26 prosent av de ansatte som oppgir en grad av uenighet i påstanden om at brukere får nødvendig tannbehandling/ ivaretatt munnhygiene, og 16 prosent som ikke har en formening om denne påstanden.

### **Normal livs- og døgnrytme**

Dette handler blant annet om at man skal kunne få legge seg og stå opp innenfor det som anses som normal døgnrytme.

Avdelingslederne forteller at det ikke er mulig å imøtekomme alle når det gjelder ønsket døgnrytme. Det er slik at alle gjerne vil legge seg likt og alle vil stå opp omtrent samtidig, gjerne mellom 08:00 09:30. Dette medfører at noen må legge seg tidlig. Brukers ønske om leggetidspunkt imøtekommes imidlertid så langt som mulig, og det oppleves lite uro og få klager når det gjelder dette sier avdelingslederne. Yngre brukere prioriteres av nattevaktene og de ansatte legger på denne måten premisene for brukerne. Mange får stell på kvelden, og legger seg selv når det passer dem selv. Noen ganger kommer de ansatte tilbake senere på kvelden; ansatte strekker seg langt opplyses det.

Virksomhetsleder opplyser at det er utarbeidet en skriftlig rutine for «tilpasset hjelp til av- og påkledning».

Selv om de aller fleste som har svart på undersøkelsen er enige i at påstanden om at brukere får følge en normal livs- og døgnrytme, er det 27 prosent som oppgir verdiene 1-3.

### **Rehabilitering/pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand**

Rehabilitering skal bidra til at pasient og bruker kan trene opp og vedlikeholde ferdigheter og evne til mestring. Målet er å kunne leve et mest mulig selvstendig liv ut fra egne forutsetninger og ønsker.

Revisjonen får opplyst at tjenesten har kommet et stykke på vei når det gjelder å jobbe i tråd med fokus på egenmestring, i tråd med kommunens satsning på området. Gjennom opprettelsen av en avdeling for kartlegging og mestring er det lagt opp til å kunne vurdere pasientene grundigere og dermed også kunne sette inn mer målrettede tiltak og ressursene settes inn der behovet er størst. I denne sammenheng er også velferdsteknologi og for eksempel medisindispensere viktig.

Virksomhetsleder sier i intervju at tankegangen/metodikken om å se hele mennesket med fokus på mestring er implementert hos avdelingslederne, men at metodikken ikke i tilstrekkelig grad er implementert i praksis. Hun forklarer dette med at endring tar tid og at det tar tid å endre folks holdninger til måten å jobbe på/tenke på. Hun peker også på at kanskje ledelsen ikke vært flinke nok til å informere om endringsprosessene som er i gang.

Også avdelingslederne forteller at det fortsatt er «mye å hente» når det gjelder å jobbe mestringsrettet.

Det pekes på at det er en utfordring med tid. Ofte går det raskere å gjøre ting selv enn å la bruker gjøre det han/hun selv kan gjøre. Fremfor å gjøre oppgaver som bruker selv kan gjøre, skal de «jobbe med henda på ryggen». Det kan være å få bruker med på kjøkkenet for å lage mat eller at bruker går i dusjen selv og bare får hjelp til det som de skal ha hjelp til. Dette oppleves på plass i avdeling 1. Tid er ingen stressfaktor for de ansatte her sier avdelingsleder. Det er likevel en utfordring å få dette til i helgen da de er færre på jobb til å utføre alle oppgavene hos brukerne. Avdeling 2 har større utfordringer når det gjelder tid, da de også har utfordringer med bemanning, kompetanse osv.

Det er også et poeng at brukerne må justere forventningene i forhold til dette da de kanskje får færre besøk og at de selv må gjøre det de selv mestrer å gjøre. I den forbindelse er det viktig med tydelige vedtak slik at det er en felles oppfatning av hva brukerne skal få hjelp til og hva de skal kunne mestre selv. Avdelingsleder på Rolvsrud peker på viktigheten av at Mottak og utredning (MU), som kartlegger behov for hjemmehjelp, også blir med på denne nye måten å tenke på. Det tredje er kompetanse. Virksomhetsleder opplyser i intervju at observasjons- og mestringskompetanse per i dag ikke er helt på plass, særlig gjelder dette avdeling 2. Alle besøk hos pasienten skal være et vurderingsbesøk, der behov og antall besøk vurderes fra gang til gang.

Revisjonen får opplyst at kommunen har en egen ressursgruppe som jobber med hverdagsmestring. Disse skal bidra til økt kompetanse på egenmestring og involveres i avdelingenes arbeid med å jobbe med fokus på mestring. Kommunen har også en egen rådgiver i hverdagsmestring. Rådgiveren skal arbeide med å støtte, tilrettelegge og bidra til å gjennomføre kompetansehevede tiltak i samarbeid med de ansatte (mandat rådgiver). Rådgiveren er ansatt i Enhet for fag og innovasjon.

På spørsmålet om brukeren får tilrettelagt for individuelle behov svarer de fleste ansatte at de er enige i denne påstanden. 20 prosent oppgir imidlertid verdiene 1-3. De ansatte fikk også spørsmål om å besvare hva som skal til for at de i større grad skal kunne jobbe mer mestringsrettet. Et gjennomgående svar er tid. Det vises til at det er mange pasienter per ansatt og at nok tid per bruker er grunnleggende for å kunne jobbe enda mer mestringsrettet. En del peker også på økt kompetanse og tilstrekkelig opplæring av alle ansatte.

### **5.2.4 Grunnleggende menneskelige behov**

#### **Medvirkning**

Virksomhetsleder opplyser at det er en del av kartleggingen å undersøke hva bruker ønsker og trenger slik at tjenesten dimensjoneres riktig. Bruker skal også medvirke i oppfølgingen av tjenestene. Medvirkning sikres i avdeling 1 gjennom «Hva er viktig for deg»-samtalen og «Min historie». Avdeling 1 forteller også at de er tidlig opplæringsfase av de ansatte i å gjennomføre oppfølgingssamtaler. Avdeling 2 opplyser at de jobber systematisk med å implementere «Hva er viktig for deg»-samtalen.

Virksomhetsleder opplyser imidlertid at pasientmedvirkningen ikke er så god som den burde være. De ansatte gir en gjennomsnittskår på rundt 4. Det er 23 prosent av de som ble spurt som oppgir verdiene 1-3.

#### **Opplevelse av forutsigbarhet og trygghet**

Trygghet og forutsigbarhet handler blant annet om at pleierne skal komme i henhold til avtale. Avtalene er faste eller tidspunkt avtales fra gang til gang. Dette varierer litt mellom avdelingene. Hjemmesykepleien angir gjerne et tidsintervall på 1 time. Rutinen er at den som kommer for sent, skal ringe. Dette skjer ikke alltid, og ved akutte hendelser hos en pasient går dette alltid foran en telefonbeskjed til neste bruker. Revisjonen får opplyst at det kommer mange klager på at sykepleier kommer for sent.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om de er enig i påstanden om at brukerne får ivaretatt behov for trygghet og forutsigbarhet. Selv om de fleste oppgir å være enig (68 prosent), er det allikevel 28 prosent som oppgir verdiene 1-3. Hver tredje av de som svarte på undersøkelsen er altså mer eller mindre uenig i at dette kravet er godt nok ivaretatt.

#### **Respekt**

Avdelingslederne peker i intervju på at det snakkes mye om verdier som respekt i avdelingsmøter og på postmøter. «Det er viktig at man minner seg selv på at man er inne i private hjem og ikke dunderer inn, men ringer på, har fokus på hvor man er og ikke skremmer bruker». Det pekes imidlertid på at man kanskje ikke har et godt nok system for å sikre at man opptrer på en måte som sikrer respekt. Kommunen har en egen side om etikk på intranett, men det pekes på at alle nok ikke er kjent med denne. Ved avdeling 2 oppleves dette spesielt utfordrende. Lederen i avdelingen opplyser i intervju at hun nå har innført etisk refleksjon som fast tema på avdelingsmøtene (respekt, verdier, hvordan behandle hverandre). Hun savner imidlertid føringer/påminnelser om dette fra overordnet nivå slik at det ikke i så stor grad blir opp til den enkelte. Det pekes på at det ikke er noen tydelig opplæringsplan for, eller systematisk opplæring av nye ledere, og dermed også

vanskelig for en ny leder å orientere seg og skaffe seg den informasjonen som er tilgjengelig på kommunens ulike sider. Det foregår kollegaveiledning, men det blir ikke det samme.

Avdelingslederne forteller også at det av og til kommer tilbakemeldinger fra brukere om manglende respekt fra ansatte. Dette skrives det avvik på som tas videre. Bruker er for øvrig kjent med at det står i vedtaket at man kan melde avvik, og brukere som ringer oppfordres eventuelt til å skrive klage.

Så godt som alle ansatte er enige i at brukere blir behandlet med respekt, hvor kun 4 prosent oppgir å være uenig.

### **Sosiale behov og aktiviteter**

For å dekke sosiale behov oppmuntres brukere til å søke dagsenter eller via Frivilligsentralen. Det er brukere som har vedtak på 1-5 dager i uken på dagsenter. Kommunen har også et kveldstilbud med vedtak på mandager og et tilbud uten vedtak onsdager der pårørende også kan delta. Ellers arrangeres flere aktiviteter på Rolvsrud for de som kan komme seg dit (musikk, spill etc.). Beboere på Rolvsrud trilles ned når bruker ønsker det. Det er også brukere som ikke ønsker noe av dette.

Det er behov for flere dagsenter, jf. målet om at alle skal bo hjemme lengst mulig.

Det er veldig mange av de ansatte som oppgir en grad av uenighet på påstanden om brukere får ivaretatt mulighet for sosial kontakt/ aktiviteter, rundt 21 prosent. De aller fleste som har svart har imidlertid oppgitt verdien 4, hele 43 prosent. Dette antyder at det er et lite rom for forbedring på området.

### **Verdig livsavslutning**

Helse og omsorg har utarbeidet en skriftlig rutine som skal følges ved livets siste dager, hhv. en for sykehjem og en for hjemmetjenesten. Rutinen "Livets siste dager" iverksettes etter tverrfaglig vurdering med lege og sykepleier. Rutinene inneholder en plan for lindring i livets slutfase, herunder rutiner for dokumentasjon og legemidler. Det foreligger også et informasjonsskriv som skal gjennomgås med pårørende.

#### **5.2.5 Tilbud tilrettelagt for de med demens**

Det er utarbeidet en rutine for kartlegging og oppfølging av brukere med demens. For å sikre kvalitet og ivaretagelse av individuelle behov for denne brukergruppen er det tatt i bruk et verktøy (skjema med bestemte spørsmål) som kalles «min historie». Gjennom kartlegging av pasientens historie skal man sikre god kommunikasjon mellom pasient/pårørende og tjeneste og man skal lettere kunne tilby aktiviteter som stemmer overens med brukers behov og ønsker. Sentralt i kartleggingen er at brukere og pårørende er viktige premissgivere for utforming av tjenestene. Kartlegging og mestring bruker inntil 14 dager sammen med bruker før vedtak fattes. Kartlegging gjøres samtidig med at brukeren får den hjelpen som trengs.

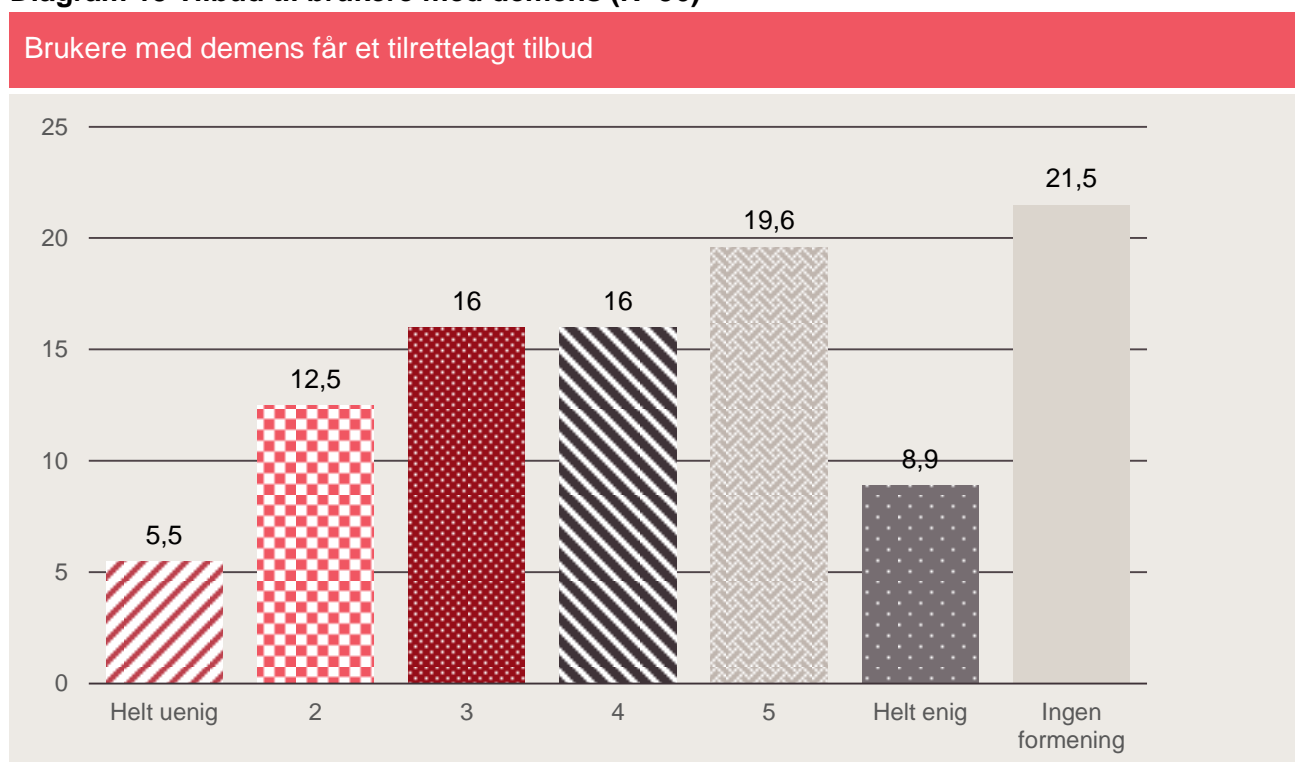
Hjemmetjenesten i Lørenskog er organisert med en egen avdeling for demens, personer med nedsatt hukommelse og kognitiv svikt. I tillegg er det etablert et demensteam med tre ansatte. Kommunen har gjennomført et pilotprosjekt med midler fra Helsedirektoratet for å opprette

systematisk oppfølging etter demensdiagnosen. Oppfølgingen innebærer systematisk risikokartlegging av bl.a. ernæring, fallrisiko, funksjonsnivå og boforhold og utføres kvartalsvis etter avtale med fastlege og familien av en dedikert ansvarlig i hjemmetjenesten (saksfremlegg 023/18. 08.05.18).

Det er utarbeidet en skriftlig rutine for oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Rutinen omfatter hele forløpet fra diagnose uten tjenester til oppfølging av hukommelseskoordinator med kompenserende tjenester fra hjemmetjenesten og med kort- og langtidsopphold i sykehjem. Rutinene spesifiserer hva som skal følges opp, hvor ofte og hvem som har ansvar, hhv. hukommelsesteamet, oppfølgingsansvarlige og primærkontakt. Det er utarbeidet et eget kartleggings skjema for demens, herunder skjema for hva som er viktig for bruker og hjelp til vurdering av samtykkekompetanse. Det er også utarbeidet et skjema for kartlegging av brukers historie, «Min historie». Dette er et tiltak for å kunne gi en så god tjenesten som mulig tilpasset den enkeltes behov.

På påstanden om brukere med demens får et tilrettelagt tilbud var det en høy spredning på svarene, som vist i diagrammet under.

**Diagram 15 Tilbud til brukere med demens (N=56)**



De ansatte synes å ha delte oppfatninger om brukere med demens får et tilrettelagt tilbud. Dette bør imidlertid sees i sammenheng med at en stor andel, 21 prosent, oppga «ingen formening». Dette vil påvirke antallet som ligger i prosentberegningen på de ulike svaralternativene.

### 5.3 Revisjonens vurdering

Revisjonens vurdering er at hjemmetjenesten langt på vei har etablert prosedyrer/rutiner for å sikre at kravene i kvalitetsforskriften oppfylles. Undersøkelsen viser at hjemmetjenesten har etablert rutiner og praksis som skal bidra til å sikre pasientenes grunnleggende behov, fra kartlegging av tjenestebehov til hjelpen gis hjemme hos bruker. Det er også etablert en god praksis for dokumentasjon og kommunikasjon rundt den enkelte bruker.

Både ledere og ansatte lederne i tjenesten oppgir i intervjuer og spørreundersøkelse at det alt i alt er lagt til rette for at grunnleggende behov er ivaretatt. Det er imidlertid enkelte behov som både ledere og ansatte i tjenesten mener kan forbedres. Dette omfatter pasientenes sosiale behov, pasientenes opplevelse av trygghet/forutsigbarhet og at det er tilrettelagt for at pasientene kan få hjelp og tid nok ved måltider. Dette er noe revisjonen mener at kommunen bør se nærmere på.

## 6 TILTAK FOR KONTINUITET

I dette kapitlet besvares problemstilling 3 i undersøkelsen:

*I hvilken grad har kommunen satt inn tiltak for å sikre at brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling?*

Problemstilling tre avgrenses til å undersøke i hvilken grad kommunen har fulgt opp tiltaket i omsorgsplanen om at tjenesten skal organiseres slik at brukerne i størst mulig grad får faste personer som yter behandling og omsorg. Spørsmålet vil besvares blant annet ved å undersøke kommunens registreringer av hjemmebesøk i fagsystemet Profil, ev. annen dokumentasjon og gjennom intervjuer av nøkkelpersoner.

### 6.1 Revisjonskriterier

Det at hjemmetjenesten skal organiseres slik at brukerne i størst mulig grad får faste personer som yter behandling og omsorg er satt opp som et tiltak i kommunens helse- og omsorgsplan 2015-2026. Tiltaket skal gjennomføres «de første årene», og er satt opp under overskriften *tildeling av tjenester – pasientflyt*. Tiltaket står oppført med «start» i 2015 (helse- og omsorgsplanen, vedlegg 3, tiltak nr. 30).

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
I hvilken grad har kommunen satt inn tiltak for å sikre at brukere i størst mulig grad får faste personer som yter behandling?	⇒ Det er satt inn tiltak som skal sikre at brukerne i hjemmetjenesten får faste personer som yter behandling og omsorg

### 6.2 Funn

Begrepet kontinuitet knyttes ofte til at brukere skal få hjelp og bistand av et begrenset antall personer. I intervjuene revisjonen har gjort pekes det på at dette er vanskelig å få til for brukere som har mange daglige besøk, men lettere for de med færre besøk. Dette har også med turnus å gjøre, stillingsbrøk, sykefravær, graden av faste helge/ekstravakter m.m.

#### Tiltak

Tjenesten la om turnusen i forbindelse med omorganiseringen i 2018, men dette var ikke først og fremst med tanke på bedre kontinuitet for bruker, men med tanke på å lette rekrutteringen av sykepleiere. De endret da turnus med helgevakter fra hver 3. til hver 4. helg. Avdelingslederne opplyser i intervju at turnus er noe som til stadighet er et tema, men det er ikke er gjort ytterligere endringer etter omorganiseringen.



For å «bøte» på opplevelsen mange kan ha av manglende kontinuitet er satsningen på det å ha primærkontakt/sekundærkontakt styrket. I kommunens beskrivelse av primærkontaktens ansvar står det at primærkontakten skal

- Bidra til at både bruker og pårørende har en fast person i tjenesten å forholde seg til
- Bidra til at bruker og pårørende får god informasjon om tjenesten
- Sikre brukermedvirkning
- Sikre kontinuitet til tilbudet og forsvarlig oppfølging av god kvalitet

Virksomhetsleder opplyser i intervju at alle i avdeling 1 har fått primærkontakt, mens avdeling 2 ikke er i mål per november 2018. Ny avdelingsleder (fra 1. oktober 2018) har startet med inndeling av primærkontaktansvarlig blant både sykepleier og hjelpepleier, og har primærkontakter for omtrent halvparten av brukerne. Revisjonen får opplyst i faktahøringen at alle brukere, på begge avdelingene, hadde primærkontakt i desember 2018. Avdeling 1 er inndelt i team, mens avdeling 2 ikke er det. Leder for fagutviklingsenheten forteller at det har vært ønskelig at primærkontaktene skal være sykepleiere, men at dette ikke er mulig med dagens bemanning.

Bofellesskapet på Rolvsrud gir nå (etter omorganisering) alle tjenester selv, og pasientene der får således færre personer å forholde seg til. Avdelingsleder på Rolvsrud opplyser at brukere av hjemmehjelp har stort sett faste hjelpere.

### **Målinger**

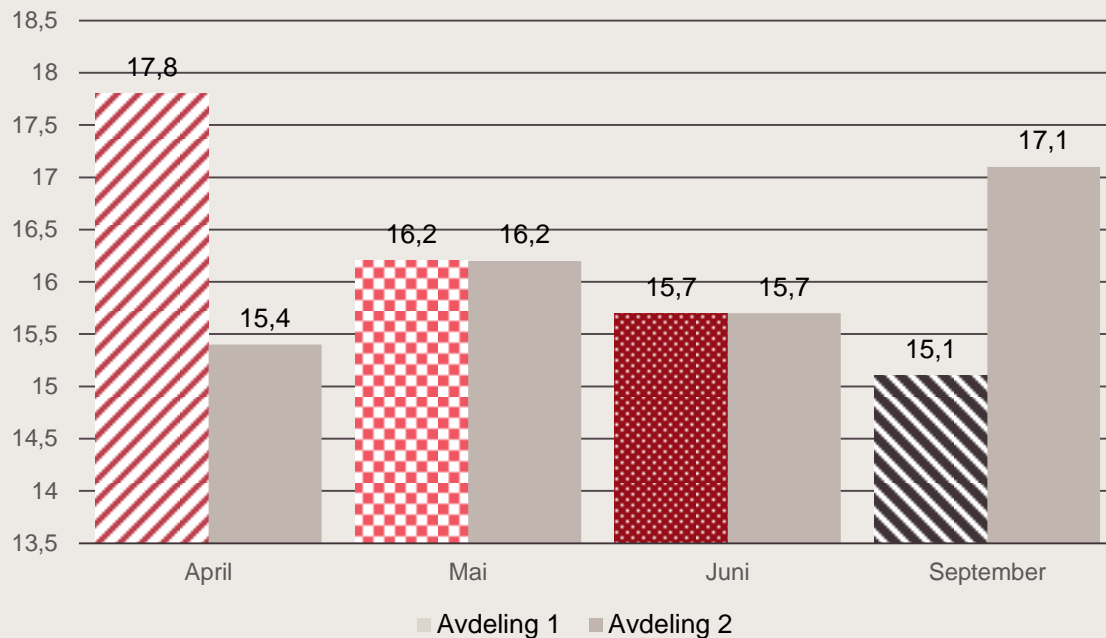
Målingen er gjennomført ved å ta ut rapporter av fagsystemet Profil, i tillegg er det foretatt manuell optelling. Det ble valgt ut 10 brukere fra 3 avdelinger i tjenesten med ulik «pleietyngde», i alt 30 personer. Disse brukerne mottar tjenester fra 1 til 5 ganger i døgnet (jf status utviklingsplan 2018, arkivsak 16/39/2/7). Det ble gjort målinger i februar, april, juni og september. Virksomheten presiserer at tallene ikke er representative for tjenesten, da de bare er gjennomført i avdeling 1 og 2. Revisjonene får opplyst at hadde det blitt gjort et representativt uttrekk for hele hjemmetjenesten så ville tallene vært lavere, fordi praktisk bistand har faste personer (altså kun 1 fast) og i KM er det også de samme som følger opp gjennom hele forløpet. Rolvsrud bofellesskap har også færre ansatte. Hadde disse vært med, ville snittet vært lavere. Videre pekes det også på at målingene er gjort gjennom hele døgnet og uka, hvor tidligere målinger ikke inkluderte natt.

I en redegjørelse for kommunestyret (status utviklingsplan 2018, arkivsak 16/39/2/7) vises det til at resultatene for målinger i februar og april viser at en bruker må forholde seg til rundt 15 ansatte per måned (Ibid).

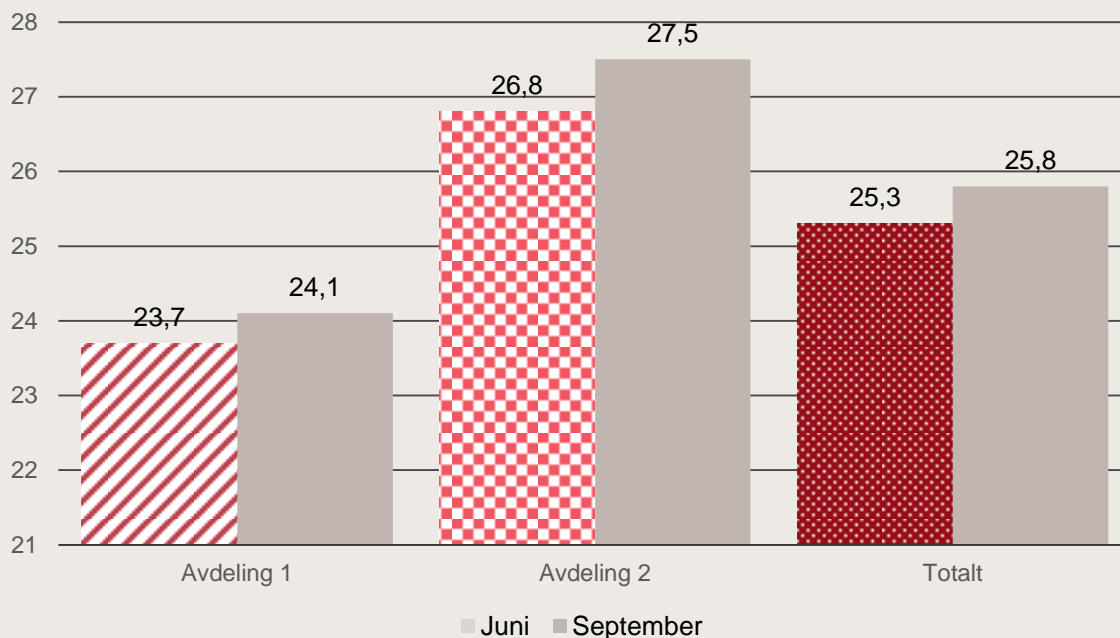
I informasjon om kontinuitetsmåling revisjonen har mottatt viser at det korrekte tallet ligger på gjennomsnittlig ca. 25 ansatte per måned. Dette fordi tallene som det opprinnelig ble rapportert viste målinger gjort etter 14 dager, og ikke 4 uker. Resultatene for de to ulike måtene å telle på er vist i diagrammene under.

**Diagram 16 Kontinuitetsmålinger 2 uker og 4 uker**

Graf 1- Resultat etter 2 uker



Graf 2- Resultat etter 4 uker



Kilde: Lørenskog kommune 2018, Kontinuitetsmåling 2018

Tas det utgangspunkt i den målingen som er den riktige, målingen gjort etter 4 uker, viser den at det ikke har vært noen nedgang i antall personer fra målingen ble gjort i juni til neste måling i september, men faktisk en liten økning. Dette gjelder begge avdelingene.

I rapporten vedrørende kontinuitetsmålingen (Lørenskog 2018) vises det også til at det kan diskuteres om et snitt på 15-17 personer i det hele tatt er gjennomførbart. I informasjonen revisjonen har mottatt står det:

I målingene som er gjort har man inkludert brukere med varierende antall besøk, fra x1/dag til x5/dag av to personer. Brukerne med sistnevnte antall besøk, kan i beste fall ha besøk av seks ulike personer hver dag (dag, aften og nattevakter). Videre vil de, da ansatte jobber hver 4. helg, få seks nye personer å forholde seg til hver helg i løpet a måneden, noe som alene vil utgjøre 24 ulike personer (det tas her høyde for at også nattevaktene jobber hver 4. helg)

Målingene tjenesten har gjort for juni og september 2018 viser at lavest antall besøk inne hos en bruker var 10, mens det høyeste antallet var 40. Førstnevnte bruker hadde besøk en gang daglig, men sistnevnte hadde 5 daglige besøk.

I redegjørelsen fra rådmannen (status utviklingsplan 2018, arkivsak 16/39/2/7) står det videre at «virksomheten vurderer at det er potensiale for å redusere dette antallet noe, og har allerede iverksatt tiltak i forhold til dette». Tiltakene som nevnes er:

- Alle brukere har fått tildelt primær- og sekundærkontakt
- Ansatte på avdelingen er inndelt i faste team med faste arbeidslister
- Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal identifisere og implementere andre tiltak

Det oppgis at tiltakene skal evalueres i januar 2019.

Det vises også til i informasjon om kontinuitetsmåling at det kan godt være at man har et forbedringspotensial. Men til tross for at alle i avdeling 1 har hatt mye fokus på primærkontakter og team den siste tiden, har dette gitt relativt lite utslag på målingene i september. Målingene for september var faktisk noe høyere enn i juni, som beskrevet i diagram 16.

### 6.3 Revisjonens vurdering

Undersøkelsen viser at kommunen har satt inn tiltak som skal sikre at brukerne i hjemmetjenesten får faste personer som yter behandling og omsorg. Tiltakene er imidlertid i varierende grad implementert og gjennomført i de ulike avdelingene. Målinger som er gjennomført av kommunen selv viser at tiltakene som er iverksatt ikke har medført noen markant nedgang i antall personer hos den enkelte bruker.

Etter revisjonens vurdering er det viktig at kommunen følger opp arbeidet for å sikre at brukerne i størst mulig grad opplever kontinuitet i hjemmetjenesten.

## KILDER

### **Lover, forskrifter og veiledere**

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

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften).

Forskrift 11. november 2010 nr. 1426 om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet 2017.

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Sosial- og helsedirektoratet 2004.

Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

### **Annen litteratur**

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/klart-sprak-og-brukerinvolvering/brukerinvolvering/brukerinvolveringsmetoder>

Forskning.no. <https://forskning.no/sykepleie-velferdsstat-helsetjenester/eldre-hadde-i-snitt-17-ulike-pleiere-pa-fire-uker/558343>.

KS. <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet/>

## TABELLOVERSIKT

Diagram 1 Ansvar og oppgaver (N=56).....	14
Diagram 2 Samarbeid mellom avdelingene (N= 56).....	15
Diagram 3 Tilstrekkelig kompetanse (N=56) .....	17
Diagram 4 Opplæring (N=56).....	18
Diagram 5 Gjennomsnittsskår dokumentasjon, informasjon og kjennskap til brukerne (N=56).....	20
Diagram 6 Faglig utvikling og økt kompetanse (N=56).....	21
Diagram 7 Systemer og kultur for å melde pasientavvik (N=56).....	24
Diagram 8 Kjennskap til hvilke avvik som skal meldes og hvordan (N=56) .....	25
Diagram 9 Avvik og forbedringsarbeid (N=56) .....	27
Diagram 10 Brukernes tilbakemeldinger benyttes til læring og forbedring (N=56) .....	29
Diagram 11 Tilbakemeldinger fra pårørende (N=56) .....	29
Diagram 12 Kunnskap om den enkelte bruker (N=56) .....	36
Diagram 13 Samlet vurdering av grunnleggende behov.....	37
Diagram 14 Tilrettelegging for ivaretagelse av ulike typer grunnleggende behov (N=56) .....	38
Diagram 15 Tilbud til brukere med demens (N=56).....	44
Diagram 16 Kontinuitetsmålinger 2 uker og 4 uker.....	48

## VEDLEGG 1 HØRINGSSVAR FRA RÅDMANN

Lørenskog kommune takker for forvaltningsrevisjonsrapport fra Romerike Revisjon, som vi har mottatt til gjennomlesning. Vi setter stor pris på å få en ekstern gjennomgang og et utvendig blikk på våre tjenester og vår praksis. Vi vil benytte anledningen til å takke revisjonen for godt samarbeid under revisjonen. Samtidig vil vi takke våre ansatte og ledere, som har deltatt og bidratt til rapporten.

Rapporten gir et gjenkjennbart bilde av hjemmetjenesten i Lørenskog. Rapporten viser også at tjenesten jobber systematisk med kontinuerlig forbedringsarbeid, slik kvalitetsforskriften også sier vi skal gjøre. Den delen av tjenesten som er revidert her, har rundt 24.000 oppdrag pr måned. Den omfatter mange innbyggere og ansatte, og er en kompleks tjeneste å gjennomføre, lede og utvikle.

I alle tjenester som omfatter mennesker, vil det skje feil, og kommunen må hele tiden jobbe aktivt for at antallet feil er lavest mulig. Det vil alltid være muligheter for forbedring. Det er dette som er kjernen i kontinuerlig forbedringsarbeid: Når man når ett mål, ser man samtidig hva som kan være neste. Rapporten viser godt hvordan tjenesten selv er opptatt av muligheter for forbedring, hvordan tjenesten følger opp mål som settes for forbedring, evaluerer effekter og endrer praksis.

Revisjonen har fire anbefalinger til videre oppfølging:

1. Rådmannen bør følge opp at det etableres en god kultur og ensartet praksis for avviksregistrering.

Som det fremkommer i rapporten, jobber tjenesten systematisk for å øke avviksregistreringen, og fremme organisasjonslæring på bakgrunn av feil. Det er et mål at flere ansatte skal melde fra om feil. Som rapporten viser, er det fortsatt ansatte som ikke melder om feil og avvik, og som ikke tror kommunen bruker dette til forbedring. Vår innsats kommer derfor til å rettes mot å få flere ansatte til å melde om hendelser de mener er avvik, og å kommunisere bedre tilbake hvordan vi bruker denne kunnskapen for å forbedre tjenestene.

2. Rådmannen bør vurdere om det i større grad kan legges til rette for tverrfaglig samarbeid og bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.

Helse og omsorgssektoren har jobbet systematisk mot mer tverrfaglig samhandling lenge, og særlig siden nåværende Helse og omsorgsplan ble vedtatt i 2015. En direkte konsekvens av dette, er tjenesteutviklingen i sektoren. I Tjenester i hjemmet er ambulante tjenester og samlokaliserte botiltak innen rus og psykisk helse, nå samorganisert med den tradisjonelle hjemmetjenesten for å kunne møte innbyggere med mer sammensatte behov, mer helhetlig. Videre har hjemmetjenesten ansatt flere med annen faglig bakgrunn, som fysio- og ergoterapeuter, for å møte brukerne mer tverrfaglig. I tillegg til tverrfaglige fagmiljøer i den enkelte tjeneste, mener vi at tverrfaglighet også er et viktig innsatsområde på tvers av flere virksomheter. Her pågår aktivitet på flere arenaer, og organisasjons- og tjenesteutviklingen må fortsette. Rådmannen deler revisjonens vurdering av at økt tverrfaglighet og samarbeid er viktige momenter for videre kvalitetsforbedring.

3. Rådmannen bør se nærmere på om det i tilstrekkelig grad er lagt til rette for at brukere av hjemmetjenesten får ivaretatt alle sine grunnleggende behov.

Helse og omsorgsplanen legger opp til at kommunen skal styrke innsatsen på forebygging og mestring for hjemmeboende innbyggere, for å forebygge videre funksjonsfall og behov for tyngre tjenester. Dette betyr at den tradisjonelle hjemmetjenesten må ha høy kvalitet og en riktig dimensjonering slik at innbyggerne skal oppleve trygghet i eget hjem. Å ivareta innbyggernes grunnleggende behov, handler både om hvordan tjenesten utføres (ansattes kompetanse, holdninger mv), om tilstrekkelige ressurser (tilstrekkelig med penger og tilgang på de riktige ansatte) og om organisering av oppgavene (turnus, tverrfaglighet, arbeidstidsordninger, utforming av arbeidslister mv).

I forvaltningsrevisjonsrapporten fremkommer det hvordan tjenesten jobber systematisk med kompetanseutvikling, og rapporten gir verdifull innsikt om hva det er viktig å jobbe videre med. Hjemmetjenesten har siden 2017 jobbet iherdig med å få fram bedre styringsdata for å kunne vurdere ressursbehovene. På bakgrunn av at datasystemene i liten grad kan gi oss styringsdata, må mange av tallene fremskaffes gjennom manuell journalgjennomgang og telling i Excel. I 2018 kunne man dokumentere hvordan tjenesten hadde flere oppdrag enn man hadde ressurser til, hovedsakelig i avdeling 2. Hjemmetjenesten brukte derfor også mer ressurser enn budsjettet i 2018 for å dekke behovet. Hjemmetjenesten kunne videre dokumentere at den hadde flere enkeltbrukere som hadde så omfattende behov at tjenestens innsats tilsvarte flere årsverk til enkeltpersoner. Samtidig var det i 2018 ledig kapasitet i sykehjemmene. Det ble derfor iverksatt dialog for å tilby flere av disse sykehjems plass - både for å gi et døgntilbud til innbyggere med omfattende behov, samtidig som dette ville frigjøre betydelig med ressurser i hjemmetjenesten. Antall nye innbyggere i kommunen øker kraftig, og det gjør også antallet eldre. Dette innebærer at tjenesten må styrkes for å ha nok ressurser til å ivareta innbyggerne.

4. Rådmannen bør følge opp tiltakene som skal sikre at brukerne i størst mulig grad opplever kontinuitet i hjemmetjenesten.

Opplevelse av kontinuitet er viktig for opplevelse av trygghet. Som det fremkommer i rapporten, er det flere forhold som påvirker opplevelsen av kontinuitet: f.eks at innbyggeren har en primærkontakt å forholde seg til, og at informasjon om brukers behov er tilgjengelig og benyttes av den enkelte ansatte i møte med bruker, slik at ikke bruker må gi samme informasjon igjen og igjen. Videre er det viktig at beskjeder om endringer eller dagsaktuelle forhold blir videreformidlet og mottatt. Disse forholdene omtales i rapporten. Kommunen har selv satt seg som mål å arbeide for å redusere antall ansatte som er hjemme hos den enkelte, og vi er blitt revidert i forhold til vår egen målsetning. Det er en utfordring å finne kommuner å sammenligne seg med, og å finne mål for hva som kan være realistisk å få til.

I avdeling for praktisk bistand, bofellesskapet og avdeling kartlegging og mestring, er dette ingen stor utfordring. Tjenesten har derfor hatt fokus på problemstillingen i avdeling 1 og 2. Det er da det blir mange ansatte som er innom den enkelte. Det er også kun i disse avdelingene vi har undersøkt og målt antallet forskjellige hjelpere hos den enkelte bruker.

Tjenesten har forsøkt ulike tiltak i arbeidet, fra å jobbe med tiltak rundt arbeidslister for den enkelte ansatte og til organisering av arbeidslag, uten at dette har gitt utslag på tallene. Dette skyldes i

hovedsak to forhold: innbyggere som har behov for mange besøk hver dag, hele uken, og særlig hvis det er behov for flere ansatte ved hvert besøk, vil alltid måtte forholde seg til mange ansatte. Videre vil ansattes arbeidstidsordninger og særlig hvor ofte ansatte skal jobbe helger, påvirke hvor mange småstillinger tjenesten må ha for å fylle opp turnusen. Småstillinger er utfordrende, fordi det øker kontrollspennet for avdelingslederne – ansatte i 20% stilling skal gi samme kvalitet som dem som jobber 100%. Med det omfattende kompetansekravet ansatte i hjemmetjenesten har, sier det seg selv at mulighetene for å delta i kompetansetiltak er lavere for dem som bare jobber enkelte helger hver måned. Det er derfor viktig for kvaliteten å ha så mange store stillinger som mulig. Selv om Lørenskog ligger høyt på statistikken over kommuner når det gjelder andel heltidsstillinger, ønsker vi fortsatt å jobbe for å redusere småstillinger.

Arbeidstidsordninger og helgevakter kan samtidig ha betydning for rekruttering. Man kan derfor ikke løse dette ved å innføre flere helgevakter for dem med store stillinger. Dette er et dilemma som må balanseres, og med dagens arbeidstidsordninger, anser vi ikke at det vil være mulig å øke kontinuiteten målt i antall ansatte som gir tjenester til dem med omfattende behov for hjelp. For å komme videre i dette arbeidet, har kommunen iverksatt et prosjekt ved arbeidsgiverseksjonen, i samarbeid med turnustjenestene. Her skal man se om man kan finne bedre løsninger for både ansatte og innbyggere, f.eks ved å ta kunne tilby langvakter til ansatte som ønsker det, innføring av årsturnus og ønsketurnus mv. Prosjektet har også som mål å redusere småstillinger. Prosjektet er nylig startet, og vil bli fulgt nøye videre.

Lørenskog 26.04.2019

For rådmannen

Gry Røste

Kommunaldirektør helse, omsorg og mestring