



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR 4-2019

## **KVALITET I SYKEHJEM OG HJEMMESYKEPLEIE**

RÆLINGEN KOMMUNE

APRIL 2019



# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>I</b>
Formål og problemstillinger	i
Revisjonens oppsummering	i
Rådmannens uttalelse til rapporten	iv
Anbefalinger	iv
<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bestillingen	1
1.2 Formål, problemstillinger og avgrensning	1
1.3 Relevante bestemmelser på området	2
1.4 Oppbygging av rapporten	2
<b>2 Metode</b>	<b>3</b>
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	3
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	4
<b>3 Organisering og tjenestetilbud</b>	<b>5</b>
3.1 Kommunens organisering	5
3.1.1 Nærmere om institusjonstjenesten	6
3.1.2 Nærmere om hjemmesykepleie og hjemmehjelp	7
<b>4 Ivaretas brukernes grunnleggende behov?</b>	<b>8</b>
4.1 Revisjonskriterier	8
4.1.1 Utledelede revisjonskriterier	10
<b>Institusjonstjenesten</b>	<b>12</b>
4.2 Er det utarbeidet internkontroll, rutiner og prosedyrer?	12
4.3 Er grunnleggende forutsetninger på plass?	15
4.4 Er det lagt til rette for ivaretagelse av grunnleggende behov?	22
<b>Hjemmesykepleien</b>	<b>35</b>
4.5 Er det utarbeidet internkontroll, rutiner og prosedyrer?	35
4.6 Er grunnleggende forutsetninger på plass?	37
4.7 Er det lagt til rette for ivaretagelse av grunnleggende behov?	42
4.8 Revisjonens vurdering	50
<b>5 Avvikshåndtering</b>	<b>52</b>
5.1 Revisjonskriterier	52

5.1.1	Utlede kriterier	53
	<b>Institusjonstjenesten</b>	53
5.2	Er et avvikssystem på plass?	53
5.3	Sikres god praksis slik at avvik meldes?	53
5.4	Lukkes avvik og brukes informasjonen i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon?	57
	<b>Hjemmetjenesten</b>	61
5.5	Er et avvikssystem på plass?	61
5.6	Sikres god praksis slik at avvik meldes?	61
5.7	Lukkes avvik og brukes informasjonen i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon?	64
5.8	Revisjonens vurdering	65
<b>6</b>	<b>Bruker- og pårørendeinvolvering</b>	<b>66</b>
6.1	Revisjonskriterier	66
6.1.1	Utlede revisjonskriterier	69
	<b>Institusjonstjenesten</b>	70
6.2	Medvirkning gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser	70
6.2.1	Gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser jevnlig?	70
6.2.2	Har kommunen en systematisk tilnærming når bruker- og pårørendeundersøkelser gjennomføres?	70
6.2.3	Evaluerer og bruker kommunen resultatene systematisk i forbedringsarbeidet?	72
6.3	Sikrer kommunen medvirkning for den enkelte bruker og pårørende?	73
6.3.1	Rutiner	73
6.3.2	Trygge fagpersoner et lederansvar	76
	<b>Hjemmesykepleien</b>	79
6.4	Medvirkning gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser	79
6.4.1	Gjennomføres bruker og pårørendeundersøkelser jevnlig?	79
6.4.2	Har kommunen en systematisk tilnærming når bruker- og pårørendeundersøkelser gjennomføres?	79
6.5	Sikrer kommunen medvirkning for den enkelte bruker og pårørende?	80
6.5.1	Rutiner	80
6.5.2	Trygge fagpersoner et lederansvar	82
6.6	Revisjonens vurdering	83
	<b>OVERSIKT OVER KILDER, LITTERATUR, FIGURER OG TABELLER</b>	<b>85</b>

OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER	87
VEDLEGG: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR	89

# SAMMENDRAG

## Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad kommunen sikrer god kvalitet i institusjons- og hjemmetjeneste, avgrenset til kommunens sykehjem og hjemmesykepleien.

Undersøkelsen besvarer følgende tre hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at brukernes grunnleggende behov ivaretas?
2. I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering?
3. I hvilken grad innhenter og nyttiggjør kommunen seg erfaringer fra brukere og pårørende?

Et godt internkontrollsystem skal sikre regeletterlevelse, kvalitet og avvikshåndtering. Et godt internkontrollsystem er avgjørende for å sikre forsvarlige tjenester av god kvalitet. Revisjonen har derfor valgt å innrette denne undersøkelsen mot de systemer kommunen har for å sikre at brukerne får de tjenester de har krav på, samt om de ansatte opplever at brukernes grunnleggende behov blir ivaretatt. Det betyr ikke at man er hundre prosent sikret mot uønskede hendelser, men sannsynligheten for svikt blir mindre og man har et system der svikt rapporteres, tas tak i og danner utgangspunkt for læring og forbedring.

## Revisjonens oppsummering

### Grunnleggende behov

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at brukernes grunnleggende behov ivaretas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ For å sikre kravene i kvalitetsforskriften bør kommunen ha følgende på plass for å sikre oppfyllelse av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ intern kontroll, rutiner og prosedyrer</li> <li>○ klar ansvars- og oppgavefordeling</li> </ul>               Disse bør være kjent og etterleves av medarbeiderne i tjenesten.             </li> <li>✓ Grunnleggende forutsetninger for at den enkelte bruker får riktige tjenester til rett tid må være på plass, herunder               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kompetanse</li> <li>○ Kontinuitet og informasjonsflyt</li> <li>○ Godt samarbeid</li> <li>○ God kartleggingspraksis</li> </ul> </li> <li>✓ Medarbeiderne i tjenesten bør oppleve at det er lagt til rette for å ivareta brukers grunnleggende behov (kvalitetsforskriften § 3, 2. ledd)</li> </ul>

God intern kontroll er viktig for å sikre forsvarlige tjenester, god kvalitet og et systematisk forbedringsarbeid. Kravene til intern kontroll i helse- omsorgssektoren, herunder sykehjem og hjemmesykepleie, er nedfelt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Etter revisjonens vurdering har kommunen på plass intern kontroll, rutiner og prosedyrer som skal sikre kravene i kvalitetsforskriften. Revisjonen gjennomførte en spørreundersøkelse som gikk ut til alle ansatte i tjenestene. Denne viser at medarbeiderne i tjenestene opplever å være godt kjent med rutiner og prosedyrer og at disse følges i praksis. Undersøkelsen tyder også på at det er etablert en god dokumentasjons- og kartleggingspraksis i tjenestene.

Undersøkelsen viser at det utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for faglig utvikling og økt kompetanse. Svarene på spørreundersøkelsen indikerer likevel at det er et forbedringspotensial når det gjelder å legge til rette for faglig utvikling og økt kompetanse.

Når det gjelder i hvilken grad de ansatte generelt opplever at brukernes grunnleggende behov alt i alt ivaretas, er den samlede skåren høy, men det er avdekket variasjoner mellom tjenestene. Korttidsavdelingen kommer best ut, mens hjemmetjenesten kommer dårligst ut.

Spørreundersøkelsen viser også at det kan være et forbedringspotensial både i institusjonstjenesten og hjemmesykepleien når det gjelder om brukere med demens får et tilrettelagt tilbud. Dette er noe revisjonen mener at kommunen bør se nærmere på.

Etter revisjonens vurdering har kommunen langt på vei lagt til rette for at brukernes grunnleggende behov ivaretas, både i sykehjem og hjemmesykepleien, men det er likevel viktig at kommunen ser nærmere på de muligheter for forbedringer som kommer fram i rapporten.

### **Avvikssystem**

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering?	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kommunen må ha på plass et avvikssystem</li><li>✓ Kommunen må sikre god praksis for melding av avvik</li><li>✓ Kommunen må lukke avvik og bruke informasjonen i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon</li></ul>

Resultater fra avvikssystemer skal gi nyttig informasjon om avvik og uønskede hendelser i egen virksomhet og gir grunnlag for analyse. Hensikten er læring og forbedring, i tillegg til å lukke det enkelte avvik. En god kultur for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser er en viktig forutsetning for å oppnå forbedring.

Revisjonen vurderer at kommunen har på plass selve avvikssystemet, men det er et forbedringspotensial særlig knyttet til avviksrapporter som god styringsinformasjon. Revisjonen vurderer også at det er et tydelig rom for forbedring knyttet til det å ha en kultur som legger til rette for å melde avvik.

Undersøkelsen viser at avviksrutinene legger opp til at alvorlige pasientavvik skal registreres to steder; i fagsystemet Profil og i tillegg i kommunens felles kvalitetssystem, Kvalitetslosen. Undersøkelsen viser at pasientavvik med lavere alvorlighetsgrad også registreres i Kvalitetslosen, og det er i tillegg manglende samsvar mellom systemene knyttet til antall «alvorlige» pasientavvik. Revisjonen mener at dette bidrar til usikkerhet om påliteligheten i rapporteringen, og verdien som styringsinformasjon både administrativt og til de folkevalgte gjennom den årlige tilstandsrapporten.

### **Erfaringer fra brukere og pårørende**

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
I hvilken grad innhenter og nyttiggjør kommunen seg erfaringer fra brukere og pårørende?	Medvirkning gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kommunen bør gjennomføre bruker- og pårørende-undersøkelser jevnlig</li> <li>✓ Kommunen bør gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser på en systematisk måte</li> <li>✓ Kommunen bør evaluere og bruke resultatene systematisk i kommunens forbedringsarbeid</li> </ul> Medvirkning for den enkelte: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rutiner bør være kjent for de ansatte</li> <li>✓ Kommunen bør sikre bruker og pårørende medvirkning</li> <li>✓ Medarbeiderne i tjenesten bør oppleve at det er lagt til rette for at de ansatte kan opptre som trygge fagpersoner i sitt møte med brukere og pårørende</li> </ul>

Innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende er viktig for å sikre god kvalitet i tjenestene. Revisjonens undersøkelse viser at tjenestene gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser innenfor de tidsintervaller som kommunens egen veileder fra 2016 legger opp til. Revisjonens undersøkelse viser videre at bruker- og pårørendemedvirkningen er tatt inn i kommunens rutiner.

Revisjonens vurdering er at det er grunnleggende svakheter knyttet til undersøkelsesopplegget som ble benyttet ved korttidsavdelingen høsten 2018. Det er ingen spørsmål om brukeropplevd kvalitet sammenlignet med det opplegget for brukerundersøkelser som KS har anbefalt. Brukerundersøkelsen har også svakheter knyttet representativitet og hvilken verdi resultatene kan tenkes å ha i kommunens forbedringsarbeid og som styringsinformasjon. Det mangler dessuten systematikk eller ensartet praksis med hensyn til informasjon tilbake til brukere og pårørende om resultatene.

Resultatene fra spørreundersøkelsen til de ansatte viser at medarbeiderne generelt opplever at det er god dialog med brukere og pårørende. Den viser også at medarbeiderne i begge tjenestene følger seg godt ivaretatt i vanskelige situasjoner med brukere og pårørende.

Det er et funn i spørreundersøkelsen at de ansatte opplever at det kan være et behov for å styrke praksis for å gjennomføre forventningsavklaringer med brukere og pårørende. Dette gjelder særlig hjemmesykepleien.



## Rådmannens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvaret er mottatt 25. april 2019 og er i sin helhet vedlagt rapporten.

Det vises i svarbrevet til at det er en rekke vurderinger og anbefalinger i rapporten som det må arbeides videre med i den enkelte enhet og i arbeidet med å videreutvikle rutiner, veiledere og kompetanse. Det pekes videre på pågående arbeid og tiltak som skal bidra til at revisjonens anbefalinger blir fulgt opp.

## Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

1. Rådmannen bør undersøke nærmere om brukere med demens i tilstrekkelig grad får et tilrettelagt tilbud, og eventuelt sette inn de tiltak som er nødvendig.
2. Rådmannen bør følge opp at det legges til rette for en god kultur for å melde avvik.
3. Rådmannen bør sørge for at det etableres en ensartet praksis for avviksregistrering.
4. Rådmannen bør styrke og forbedre opplegget for bruker- og pårørendeundersøkelser.

Jessheim, 26. april 2019



Oddny Ruud Nordvik  
ass. revisjonssjef



Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bestillingen

Kontrollutvalget i Rælingen kommune bestilte i møte 28.8.2018 (sak 26/18) en forvaltningsrevisjon av institusjonstjenesten og hjemmetjenesten. Bakgrunnen for bestillingen er kommunestyrets vedtak i sak 50/18 *Tilstandsrapport helse, omsorg og velferd 2018*.

Det ble foreslått følgende problemstilling i saksframlegget da saken kom til behandling i kontrollutvalget (sak 26/18):

I hvilken grad kommunen etterlever systemer, rutiner og avviksrapportering innen institusjonstjenesten og hjemmetjenesten. Eksisterende systemer, rutiner og avviksrapportering skal legges til grunn. Undersøkelsen skal også ivareta bruker- og pårørendeopplevelsen av tjenestene.

Kontrollutvalget la hovedfokus på institusjon (sykehjemmene i kommunen) når det gjelder kommunens gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser.

## 1.2 Formål, problemstillinger og avgrensning

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

Undersøkelsen vil søke å besvare følgende tre hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at brukernes grunnleggende behov ivaretas?
2. I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering?
3. I hvilken grad innhenter og nyttiggjør kommunen seg erfaringer fra brukere og pårørende?

Institusjons- og hjemmetjenesten avgrenses til kommunens sykehjem og hjemmesykepleieavdelingen.

Under den første problemstillingen undersøker revisjonen om kommunen har utarbeidet rutiner som skal bidra til å sikre kravene i kvalitetsforskriften, om rutinene er kjent og etterleves.

Dernest, under problemstilling to, undersøkes om kommunen har på plass et avvikssystem, og om kommunen sikrer god praksis for å melde avvik og følge disse opp.

Under den tredje problemstillingen undersøker revisjonen om kommunen har et system for bruker- og pårørendeundersøkelser. Videre undersøker revisjonen om kommunen sikrer medvirkning for den enkelte.

### 1.3 Relevante bestemmelser på området

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige og forsvarlige<sup>1</sup> helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal legge til rette for et tilbud som er helhetlig, koordinert og verdig. Forsvarlighetskravet til utøvelse av arbeidet er også nedfelt i helsepersonelloven. Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (verdighetsgarantiforskriften av 12. november 2010 nr. 1426).

Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene av 27. juni 2003 nr. 792 (kvalitetsforskriften). 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 med mer. 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 eventuelt pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

### 1.4 Oppbygging av rapporten

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

- Kapittel fire besvarer problemstilling én om brukernes grunnleggende behov ivaretas.
- Kapittel fem besvarer problemstilling to om det er etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering.
- Kapittel seks tar for seg problemstilling tre om kommunen innhenter og nyttiggjør seg erfaringer fra brukere og pårørende.

I hvert av kapitlene redegjøres innledningsvis for revisjonskriteriene, deretter følger en gjennomgang av funnene og til slutt følger revisjonens vurdering. Gjennomgangen av funnene tar først for seg institusjonstjenesten (sykehjem) og deretter hjemmesykepleien.

Revisjonens hovedfunn og vurderinger står i sammendraget foran i rapporten, sammen med rådmannens uttalelse til rapporten og revisjonens anbefalinger.

---

<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»

## 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, rutiner og prosedyrer med mer.

#### **Intervjuer**

Det er gjennomført intervju med enhetsledere i tjenestene og avdelingsledere i avdelingene for sykehjem og for hjemmesykepleieavdelingen. 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 medarbeidere ved henholdsvis korttidsavdelingen ved Fjerdingby omsorgssenter, Løvenstadtoppen (3. og 4. etasje) og Løvenstadtunet (2. og 3. etasje) i institusjonstjenesten, og medarbeidere i hjemmesykepleieavdelingen, herunder hjemmehjelpsansatte, i enhet for hjemmebaserte tjenester.

Spørreundersøkelsen ble distribuert med e-post gjennom 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.

I alt 196 medarbeidere mottok spørreundersøkelsen, hvorav revisjonen mottok svar fra 91 stykker. Dette utgjør en samlet svarprosent på 46,4 prosent. For korttidsavdelingen og hjemmesykepleieavdelingen utgjør svarprosenten 55 prosent ved hver avdeling, og for langtidsavdelingene utgjør svarprosenten 41 prosent. For nettbaserte spørreundersøkelser regnes en svarprosent over 70 som svært god, og en svarprosent mellom 50 og 60 som tilstrekkelig (Jacobsen 2005). Revisjonen sier seg fornøyd med deltagelsen i undersøkelsen, selv om det hadde vært ønskelig med høyere deltagelse. Undersøkelsen ble gjennomført i februar 2019.

Spørreundersøkelsen besto av 81 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. Det er også et svaralternativ som skal fange opp de som av ulike grunner ikke kan svare på spørsmålet.

## 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.

Kommunen fikk også anledning til å komme med innspill til utformingen av spørsmålene i undersøkelsen, noe som ytterligere styrker validiteten i undersøkelsen. Dataene er samlet inn på en pålitelig måte ved å bruke det nettbaserte spørreverktøyet QuestBack og distribuert på e-post. En tilstrekkelig svarprosent og jevn deltagelse fra avdelingene styrker påliteligheten ytterligere.

## 3 ORGANISERING OG TJENESTETILBUD

Revisjonsobjektene er tjenester innenfor enhet for institusjonstjenester (EIT) og enhet for hjemmebaserte tjenester (EHT) i Rælingen kommune. I dette kapitlet redegjør revisjonen for organisering av tjenestetilbudet, og delegering, ansvar og myndighet. Formålet med kapitlet er å gi leseren et overblikk over det reviderte området.

### 3.1 Kommunens organisering

Rælingen kommune er organisert med to resultatnivå; rådmannen og enhetene. Enhetsleder skal ha kompetanse og myndighet til å drive virksomheten sammen med sine medarbeidere, med fokus på innbyggernes behov for tjenester. Rådmannen og kommunalsjefer betegnes som rådmannsgruppa, og framstår samlet og med samme myndighet innad i organisasjonen (Rælingen kommune 2015).

Helse og omsorgstilbudet er organisert under seks resultatenheter: tjenestekontoret for helse og omsorg, NAV, enhet familie og helse, enhet for hjemmebaserte tjenester, enhet for tilrettelagte tjenester og enhet for institusjonstjenester (Rælingen kommune 2015).

I kommunens delegeringsreglement<sup>2</sup> beskrives at rådmannen delegerer sin myndighet til enhetsledere i organisasjonen gjennom lederavtalen:

Enhetsleder har alle rådmannens fullmakter innenfor sitt ansvarsområde med unntak av lønnsfastsettelse.

Rådmannen har videredelegert myndigheten til å fatte vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven til henholdsvis leder for hjemmebaserte tjenester og leder for institusjonstjenester (reglementet punkt 4.7). Dette betyr at vedtaksmyndigheten følger de tjenestene som den enkelte enhetsleder har ansvar for å drifte. Tjenestekontorets rolle ligger i å tilrettelegge og saksbehandle søknadene, men omfatter ikke vedtaksmyndighet på disse tjenestene (EHT 15.1.2019).

Begrepet *ansvarsområde* er definert i lederavtalen som er inngått med enhetsleder (reglementet punkt 4.1). Rollen som kommunalsjef kommer ikke fram i delegeringsreglementet. Lederavtalene er inngått mellom kommunalsjef<sup>3</sup> og enhetsleder (*enhetsleder institusjonstjenesten* og *enhetsleder hjemmebaserte tjenester*). Enhetens ansvarsområde, forpliktelser og fullmakter beskrives i lederavtalene.

---

<sup>2</sup> Videredelegering datert 3.5.2013 og 2.3.2015. Delegeringsreglementet er sist vedtatt av kommunestyret 17.2.2016.

<sup>3</sup> Avtalene er datert i november og desember 2016. Avtalene beskriver at rådmannen utgjør rådmannsfunksjonen i kommunen sammen med kommunalsjefene, og at disse har rådmannens fullmakter og opptrer fullt ut på hans vegne.

Nedenfor ser revisjonen nærmere på hvordan tjenestetilbudet som omfattes av revisjonens undersøkelse, er organisert. Fra og med januar 2019 endret kommunen formelt den organisasjonsmessige tilknytningen mellom enkelte avdelinger og enhetene EIT/EHT.

### **3.1.1 Nærmere om institusjonstjenesten**

*Enhet for institusjonstjenester* (EIT) drifter blant annet sykehjem med langtids- og korttidsplasser.

Langtidsplass på sykehjem er et tiltak for personer med behov for varig heldøgns pleie og omsorg, medisinsk behandling og tverrfaglig oppfølging. Korttids plassene er et ledd i et fleksibelt helse- og omsorgstilbud. Tilbudet brukes til kartlegging av behov og habilitering/rehabilitering for å opprettholde funksjonsnivå og bedre livskvalitet (Rælingen kommune 2015).

Institusjonstjenesten i Rælingen er lokalisert på Fjerdingby og på Løvenstad.

På *Fjerdingby omsorgssenter* er det to avdelinger med til sammen 30 plasser. Den ene avdelingen er en somatisk avdeling<sup>4</sup> med 14 langtidsplasser, primært for omsorg og lindrende behandling. Den andre avdelingen har 14 rom/16 korttids- og rehabiliteringsplasser (organisasjonskart 2018-2 og EIT Ansvars- og myndighetsoversikt).

På *Løvenstadtunet/Løvenstadtoppen* er det tre avdelinger med til sammen 56 plasser. Den ene avdelingen er en somatisk avdeling i andre etasje på Løvenstadtunet med 24 langtidsplasser og avlastningsplasser. Den andre avdelingen i tredje etasje på Løvenstadtoppen med 16 benyttes både som langtids- og korttidsplasser for brukere som trenger skjermet opphold. Det er grupper på 8+8 plasser der den ene gruppen har mulighet for mer skjerming. Den tredje avdelingen i fjerde etasje på Løvenstadtoppen er en demensavdeling med 16 plasser (8+8). De tre avdelingene har også rom som brukes til rullering<sup>5</sup> (organisasjonskart 2018 og EIT Ansvars- og myndighetsoversikt).

Det er ansatt 5 avdelingsledere, etter at en langtidsavdeling med 32 plasser ble delt i to avdelinger i april 2018.

I tilknytning til omorganiseringen gjør revisjonen oppmerksom på at Fjerdingby omsorgssenter fra januar 2019 heter Fjerdingby helsetun. I rapporten omtales avdelingen slik: korttidsavdelingen, korttids- og rehabiliteringsavdelingen eller Fjerdingby omsorgssenter, korttidsavdelingen (til sammen 16 plasser).

Etter omorganiseringen er det 70 institusjonsplasser på Løvenstadtunet.

Den somatiske langtidsavdelingen ved Fjerdingby omsorgssenter ble flyttet til Løvenstadtunet tredje etasje i januar 2019. Den andre avdelingen ved Løvenstadtunet er også en somatisk avdeling.

---

<sup>4</sup> Flytter til Løvenstadtunet 23.1.2019.

<sup>5</sup> Pasienter som bytter mellom å bo hjemme og på institusjon.

Avdelingene har til sammen 38 pasienter. Av 14 langtidsplasser ved Fjerdingsby ble 13 overflyttet til Løvenstadtunet tredje etasje. Somatisk avdeling andre etasje økte med en langtidsplass til 25 plasser fra november på grunn av behovet for langtidsplasser opplyser enhetsleder.

De to andre langtidsavdelingene i kommunen er lokalisert ved Løvenstadtunet, heter Løvenstadtoppen, og består av to skjermede avdelinger. Avdelingene har til sammen 32 pasienter. Avdelingen i tredje etasje har en til to korttidsplasser etter behov.

### **3.1.2 Nærmere om hjemmesykepleie og hjemmehjelp**

*Enhet for hjemmebaserte tjenester* (EHT) har blant annet ansvar for hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Kommunens demensteam ble overført<sup>6</sup> enheten fra 1.1.2017 (Rælingen kommune 2018).

Hjemmesykepleien bidrar med helse- og omsorgstjenester til personer i alle aldersgrupper med sykdom eller funksjonsnedsettelse i brukers eget hjem (Rælingen kommune 2015).

Hjemmehjelpstjenesten innebærer praktisk hjelp til rengjøring, handling eller personlig stell til de som ikke kan dra omsorg for seg selv grunnet alder, funksjonsnedsettelse eller sykdom (Rælingen kommune 2015).

Det er én hjemmesykepleieavdeling, og hjemmehjelpen er organisert under denne avdelingen. Det samme gjelder kommunens demensteam. I tillegg til avdelingsleder er det ansatt assisterende avdelingsleder i avdelingen.

---

<sup>6</sup> Var tidligere organisert under institusjonstjenesten.



## 4 IVARETAS BRUKERNES GRUNNLEGGENDE BEHOV?

I dette kapitlet besvares den første problemstillingen:

*I hvilken grad legger Rælingen kommune til rette for at brukernes grunnleggende behov ivaretas?*

### 4.1 Revisjonskriterier

Rælingen kommune har et internkontrollsystem for hele kommunen, og det framgår for eksempel at risikovurderinger på sektorspesifikt nivå gjennomføres av enhetene på arbeidsprosesser og tjenester som er kritiske (IK punkt 6.2).

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Det er da viktig med god intern kontroll og et godt styringssystem.

Kravene til styringssystemet er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten<sup>7</sup>. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterlevs. Forskriften legger vekt på at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Ansvar for og kravene til styringssystemet er også tydeliggjort og utdypet (Helsedirektoratet 2017, veileder).

Bestemmelsen stiller grunnleggende krav til styring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at kommunen må vurdere behovet for tjenester, personell og kompetanse, og legge planer for hvordan behovene skal møtes, personell skal rekrutteres og kvaliteten utvikles. Plikten til å gjennomføre innebærer å organisere og gjennomføre i tråd med vedtatte planer og å tilby helse- og omsorgstjenestene i tråd med befolkningens behov og krav til forsvarlighet. Kommunen har videre en plikt til å evaluere sin virksomhet og til å korrigere virksomheten dersom den ikke er forsvarlig eller tilstrekkelig (Prop.91 L (2010-2011), 140-141).

De ansatte og deres kompetanse er den viktigste og mest avgjørende ressursen innenfor sykepleien (Fjørtoft 2012). I en lærebok om hjemmesykepleie påpekes også at tjenesten må sørge for at det er tilstrekkelig og kompetent personale til å dekke pasientenes behov, og at rammene er slik at det er mulig å gi forsvarlig hjelp til den enkelte. På den annen side vektlegges at den enkelte fagperson har et klart ansvar for sin egen kompetanse og utviklingen av den.

---

<sup>7</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.

I arbeidet med å vurdere behovet for tjenester står kartlegging sentralt. Fjørtoft understreker at det er nødvendig med en systematisk og målrettet kartlegging, eller datainnsamling, for at det skal være mulig å vurdere hva som er behovet til den enkelte. Til dette kreves kunnskap om hva som må kartlegges, og hva slags informasjon som er relevant. I dette arbeidet står også brukers egen vurdering sentralt (Fjørtoft 2012).

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 er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, dvs. øverste leder som også har det overordnede ansvaret for styringssystemet, jf. § 3 i forskriften. I kommunen er dette administrasjonssjefen. Oppgavene i styringssystemet vil likevel ofte være delegert (Helsedirektoratet 2018, 7)<sup>8</sup>. 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.

### **Nærmere om grunnleggende behov**

Ovenfor har vi sett på krav som stilles til kommunen når det gjelder styringssystem og intern kontroll. I det følgende skal vi gå nærmere inn på kravene<sup>9</sup> som skal sikre at bruker

- Får riktige tjenester til rett tid
- Et helhetlig, samordnet og fleksibelt tilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- Medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet (eventuelt pårørende)
- Gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Revisjonen vil også særlig peke på to andre forhold som er av betydning; legemiddelhåndtering og dokumentasjonskrav. Dokumentasjon er av betydning for kontinuitet i tjenesten for den enkelte.

Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering har som formål å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering. Forskriften gjelder for virksomheter og helsepersonell som håndterer legemidler når det ytes helsehjelp etter lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell, og forskriften gjelder både hjemmesykepleie og sykehjem. Forskriften § 5 a) om legemiddelgjennomgang i sykehjem gjelder bare i sykehjem.

Kristin Heggdal påpeker i en lærebok om sykepleiedokumentasjon at dokumentasjon av sykepleie er nødvendig og viktig. Sykepleiedokumentasjonen bidrar blant annet til å sikre kvalitet og kontinuitet i pleien (Heggdal 2009). Dokumentasjon er viktig med tanke på flere ting, blant annet å synliggjøre hvem som har ansvar for hva, for ivaretagelse av pasientenes sikkerhet, som et redskap

---

<sup>8</sup> Veilederen er elektronisk og oppdateres fortløpende. Veilederen er sist oppdatert 29.10.2018.

<sup>9</sup> Forskrift av 27. juni 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, også hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven av 24. juni 2011 nr. 30, jf. § 30-1.

til å bedømme virkning og kvalitet av pleie og behandling og som et internt kommunikasjonsmiddel i hverdagen. Dette siste er særlig viktig med tanke på at det kan være mange ansatte som møter den enkelte bruker i løpet av et døgn.

Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385 regulerer helsepersonells dokumentasjonsplikt, innholdet i dokumentasjonen og hvem som har ansvar for opprettelse og organisering av journalsystem. Journalen skal føres fortløpende uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt (§ 7). Krav til journalens innhold følger av forskriften § 8.

Kvalitetsforskriften skal også sikre at brukerne får tilfredsstillende grunnleggende behov.<sup>10</sup> Forskriften gir ikke brukerne rett på bestemte tjenester, men kommunene pålegges å utarbeide *skriftlige* prosedyrer som skal søke å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Forskriften lister opp en rekke behov som anses som grunnleggende; selvstendighet, respekt, trygghet, fysiologiske og sosiale behov, variert og helsefremmende kosthold, hjelp til måltider, tilpassede aktiviteter, egenomsorg/pleie med mer. 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 eventuelt pårørende medvirker til utforming og endring av tilbudet.

Flere av de samme kravene som er nedfelt i kvalitetsforskriften, er også nedfelt i forskrift om en verdig eldreomsorg<sup>11</sup> (verdighetsgarantiforskriften). 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.

Revisjonen legger etter dette til grunn at som grunnleggende forutsetninger for å gi rett behandling og tjeneste til rett tid til den enkelte, må virksomheten ha intern kontroll på plass, ansvar og oppgaver må være klart fordelt og det må være på plass rutiner og prosedyrer. For å sikre riktige tjenester til rett tid er det også nødvendig å ha ansatte med kompetanse. Kontinuitet og informasjonsflyt må være på plass (dokumentasjonskompetanse). Kartleggingskompetanse er nødvendig for å gjøre gode vurderinger og kartlegginger av brukernes behov.

### **4.1.1 Utlede revisjonskriterier**

På bakgrunn av ovennevnte har revisjonen utledet kriterier for å besvare den første problemstillingen.

---

<sup>10</sup> Kvalitetsforskriften, jf. § 13-2.

<sup>11</sup> Forskrift av 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at brukernes grunnleggende behov ivaretas?	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ For å sikre kravene i kvalitetsforskriften bør kommunen ha følgende på plass for å sikre oppfyllelse av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring<ul style="list-style-type: none"><li>○ intern kontroll, rutiner og prosedyrer</li><li>○ klar ansvars- og oppgavefordeling</li></ul>Disse bør være kjent og etterleves av medarbeiderne i tjenesten.</li><li>✓ Grunnleggende forutsetninger for at den enkelte bruker får riktige tjenester til rett tid må være på plass, herunder<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kompetanse</li><li>○ Kontinuitet og informasjonsflyt</li><li>○ Godt samarbeid</li><li>○ God kartleggingspraksis</li></ul></li><li>✓ Medarbeiderne i tjenesten bør oppleve at det er lagt til rette for å ivareta brukers grunnleggende behov (kvalitetsforskriften § 3, 2. ledd)</li></ul>

Nedenfor redegjør revisjonen først for institusjonstjenesten og deretter for hjemmesykepleien.

Videre i denne rapporten bruker revisjonen begrepet «bruker» om tjenestemottakere generelt og om tjenestemottakere i hjemmetjenesten. Når rapporten omtaler tjenestemottakere i institusjonstjenesten, bruker revisjonen begrepet «pasient».

## Institusjonstjenesten

Institusjonstjenesten drifter sykehjem på korttids- og rehabiliteringsavdelingen og fire langtidsavdelinger.

### 4.2 Er det utarbeidet internkontroll, rutiner og prosedyrer?

Revisjonen har lagt til grunn at kravene i kvalitetsforskriften henger nøye sammen med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Under dette punktet redegjør revisjonen først for kommunens og enhetens internkontrollsystem. Deretter redegjøres for om kommunen har utarbeidet rutiner/prosedyrer som skal bidra til å sikre kravene i kvalitetsforskriften.

#### Intern kontroll og klar ansvars- og oppgavefordeling

Revisjonen har mottatt institusjonstjenestens dokumentasjon av kvalitets- og internkontrollsystemet. Rutinen skal sikre god virksomhetsstyring og bidra til forsvarlige tjenester slik at tjenestene blir planlagt, styrt, organisert og kontinuerlig forbedret (EIT kvalitets- og internkontrollsystem, opprettet 2014, sist endret 1.2.2017/neste revisjon 1.2.2018).

Enhetsleder institusjonstjenesten opplyser at det ble utarbeidet internkontroll da internkontrollforskriften<sup>12</sup> kom. Internkontrollen er imidlertid ikke fullt ut justert i forbindelse med at det kom ny forskrift om internkontroll i 2017. Det er særlig punktet om gjennomføring av helhetlig og systematisk risikovurdering som oppleves utfordrende. Selv om enkelttilfeller blir tatt opp og drøftet, må det øves mer på gjennomføring av helhetlige risikovurderinger i institusjonstjenesten påpeker enhetsleder. På den annen side gjennomføres det et kontinuerlig forbedringsarbeid i avdelingene, pleiebehovet er i fokus og kompetansehevende tiltak settes inn opplyser enhetsleder (intervju).

Revisjonens gjennomgang av tilsendte rutiner fra institusjonstjenesten viser at rutineene ikke alltid er oppdatert som forutsatt. Enhetsleder institusjonstjenesten trekker spesielt fram at det er viktig at endring i eksisterende rutiner eller nye rutiner er godt forankret blant personalet og fungerer som levende dokumenter blant de ansatte. Dette er viktigere enn at de er revidert innen frist avslutter enhetsleder (intervju). Enhetsleder viser til at rutiner endres kontinuerlig, og i forbindelse med overgang til nytt kvalitets- og internkontrollsystem<sup>13</sup> skal rutiner og prosedyrer gjennomgå og oppdateres (intervju).

Avdelingslederne er enige om at ansvar og oppgaver oppleves som avklart, og trekker fram personalansvar, økonomiansvar, at driften skal være innenfor forsvarlige rammer og ansvar for tilstrekkelig brukermedvirkning som eksempler på sentrale oppgaver. Avdelingsleder ved korttidsavdelingen opplever på sin side at det er nødvendig at oppgaver og ansvar nedfelles og forankres, men peker også på at dette henger sammen med lederskifte og omorganisering, og at dette forventes å komme på plass i løpet av første halvår 2019 (intervju 1 og 3).

---

<sup>12</sup> Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731.

<sup>13</sup> Overgang fra Kvalitetslosen til Compilo

### **Rutiner**

For å sikre krav i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantiforskriften er det utarbeidet flere rutiner og prosedyrer. Revisjonen har innhentet dokumentasjon som viser at både institusjonstjenesten og hjemmetjenesten, enten samlet eller hver for seg, har utarbeidet rutiner og prosedyrer som er ment å sikre kravene.

Eksempler på rutiner i institusjonstjenesten:

- Rutine for korttidsopphold og rutine for langtidsopphold
- Rutine innskriving av pasient og rutine for utskriving av pasient

Rutine for samhandling med pårørende er tatt i bruk i hjemmetjenesten i 2018. Et arbeid for å implementere rutinen i institusjonstjenesten er i gang opplyser enhetsleder institusjonstjenesten.

Revisjonen får opplyst at kommunen også benytter *veilederen.no* for å sikre kvalitet i tjenestene. *Veilederen Helse og omsorg* skal blant annet bidra til at alle til enhver tid er fullstendig oppdatert på regelverk (VISMA u.d.).

Dokumentasjon bidrar til å sikre nødvendig kontinuitet i tjenestene. Revisjonen har fått tilsendt rutiner og prosedyrer som skal sikre at nødvendig dokumentasjon blir nedtegnet og at fagsystem og journalføring foregår korrekt. Se nærmere om dette under hjemmesykepleieavdelingen, punkt 4.5.3.

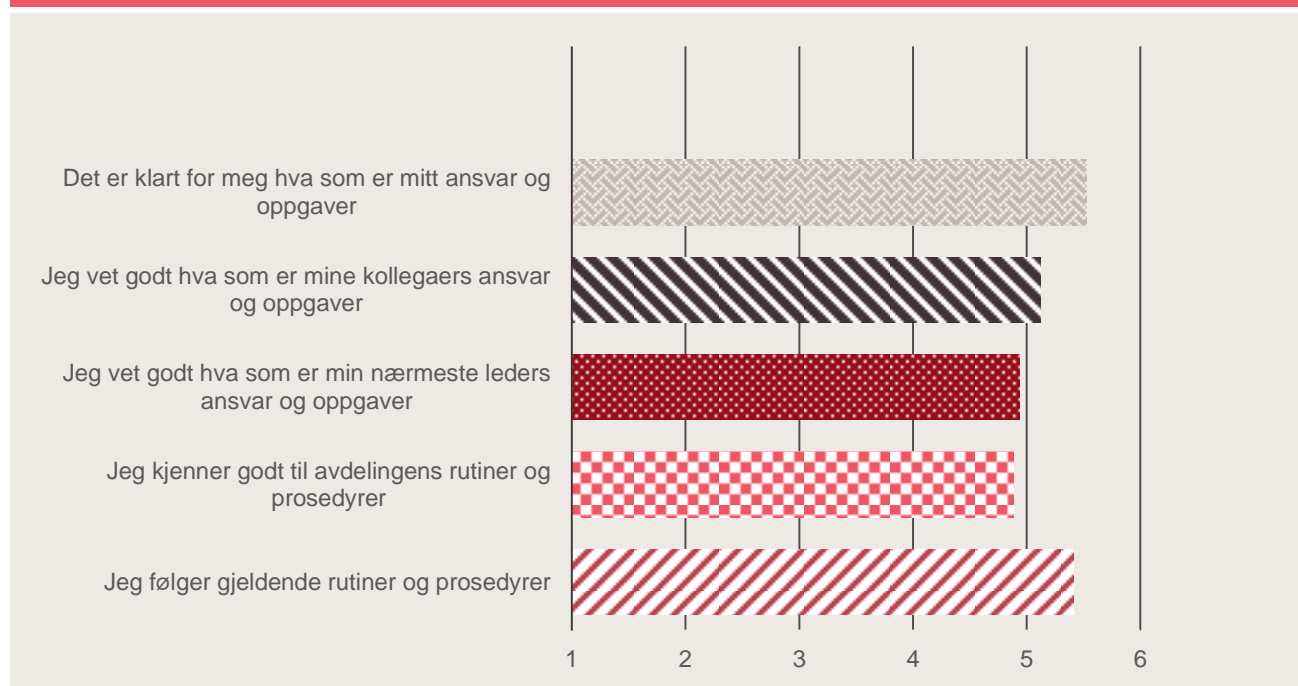
Legemiddelhåndtering er et område med stor risiko, og det er utarbeidet detaljerte krav fra lovgiver i form av forskrifter og veiledere. Revisjonen har bedt spesielt om rutiner for legemiddelhåndtering. «Rutiner for legemiddelhåndtering», sist oppdatert 3.8.2016, neste revisjon 3.8.2017, EIT, gjelder for institusjonstjenesten og omfatter ansatte som håndterer legemidler eller skal få opplæring og godkjenning i legemiddelhåndtering. Til revisjonen opplyses at rutinene for øvrig er felles med hjemmesykepleiens rutiner, og til sammen elleve detaljerte rutiner er mottatt.

### **Er ansvar og oppgaver, rutiner og prosedyrer kjent og etterlevd av medarbeiderne**

Påstander om tema i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Gjennomsnittsskåren vises i to figurer; først for korttidsavdelingen og deretter for langtidsavdelingene.

**Figur 1 Rutiner og prosedyrer, korttidsavdelingen**

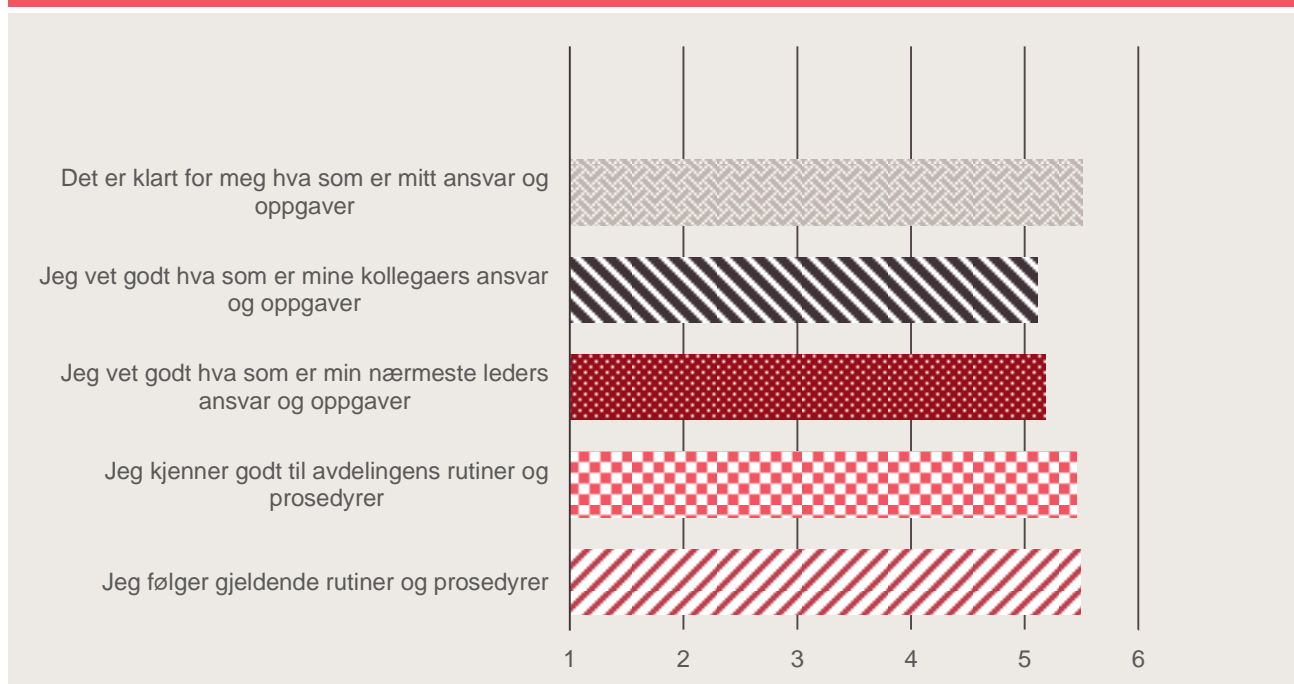
På en skala fra 1-6, hvor enig eller uenig er du i følgende (N=17):



Respondentene er alt i alt er godt kjent med ansvar- og oppgavefordelingen, og de opplever at de kjenner godt til og følger gjeldende rutiner og prosedyrer.

**Figur 2 Rutiner og prosedyrer, langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor enig eller uenig er du i følgende (N=48):



Respondentene er alt i alt er godt kjent med ansvars- og oppgavefordelingen, og de opplever at de kjenner til og følger gjeldende rutiner og prosedyrer også ved langtidsavdelingene.

### 4.3 Er grunnleggende forutsetninger på plass?

#### Kompetanse

Institusjonstjenesten (EIT) har utarbeidet opplæringsplan 2018 som bygger på strategi for perioden 2018-2021 (opplæringsplan 2018):

- Heving av kompetansen blant ansatte knyttet til demens og psykogeriatrici
- Kontinuerlig fokus på ledelse og organisering/sikre riktig kompetanse på rett plass
- Helsefremmede arbeidsplass/fokus på HMS og økt nærvær på jobb
- Personorientert omsorg med fokus på samarbeid med pårørende og nettverk
- Heving av kompetanse knyttet til grunnleggende sykepleie/observasjonskompetanse.

#### Kontinuitet og informasjonsflyt/dokumentasjon

Enhetsleder peker på at kontinuitet og god informasjonsflyt er viktig, og at dette er et tema som settes på dagsorden ved behov. Ved behov settes også dokumentasjonskompetanse på dagsorden.



Avdelingslederne peker på at ansatte med høye stillingsprosjenter har god oversikt over pasientene, noe som sikrer en høyere grad av kontinuitet i arbeidet og god informasjon, og det pekes på at kommunen har innført et prinsipp om fulltidskultur i institusjonstjenesten.

Både de fem avdelingslederne og enhetsleder trekker fram som positivt at alle pasientene har en primærkontakt. Det er en rutine som angir ansvaret som er lagt til denne funksjonen, og opplevelsen er at funksjonen er viktig med tanke på å sikre kontinuiteten for den enkelte pasient.

Det pekes videre på at alle ansatte skal dokumentere i Profil for hver vakt, i tillegg til muntlig rapport og tid til å lese gjennom rapport. Samtidig trekker avdelingslederne på langtidsavdelingene fram at det kan være utfordringer forbundet med å få oversikt over informasjonen som ligger i Profil, og at det derfor er tatt i bruk et dagskjema per pasient. Dagskjema benyttes for å sikre at aktuelle beskjeder fanges opp. I tillegg til dette brukes også rapportark, et notat som de ansatte skriver og har med seg på vakt.

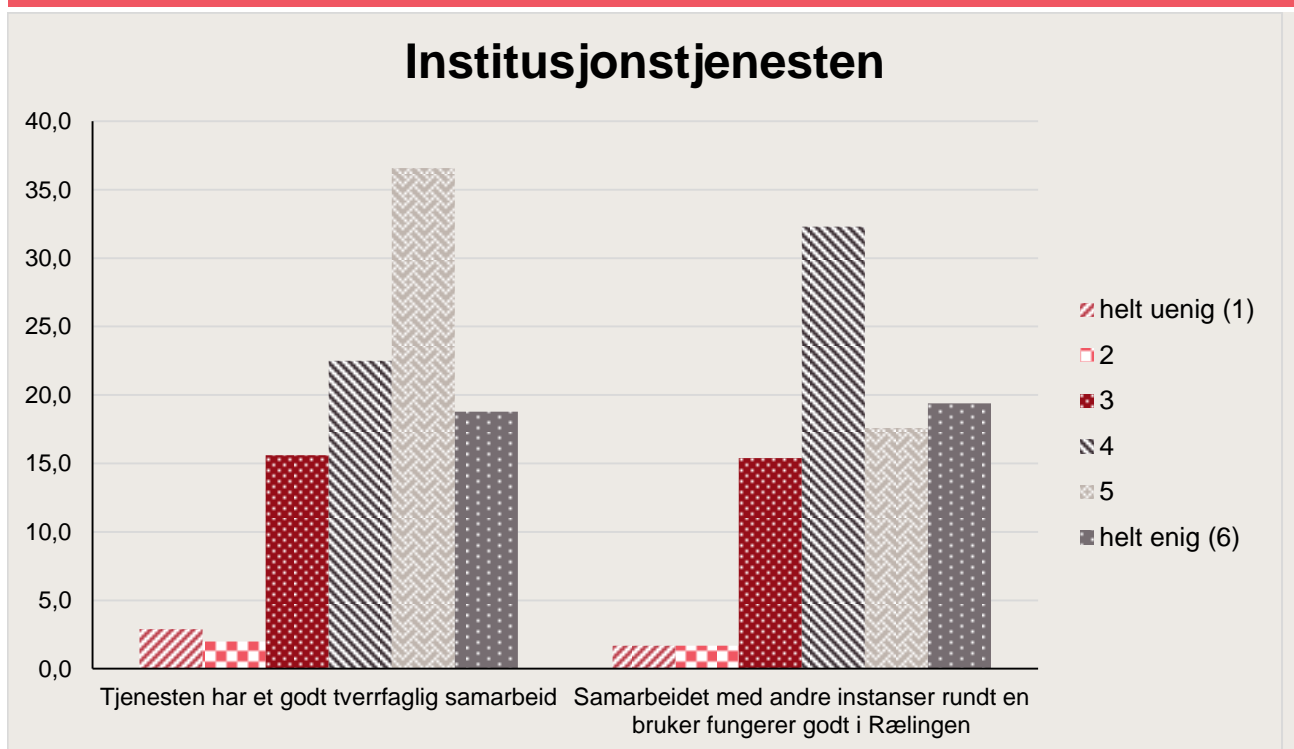
Avdelingsleder korttid og rehabilitering trekker fram at det skal innføres nye rutiner for å benytte de digitale løsningene som er tilgjengelig i Profil på en bedre måte da det er for mye bruk av lapper og løse notater i dag. Avdelingsleder avslutter med at det generelt er viktig å jobbe med dokumentasjonskompetanse, særlig blant vikarer og ufaglærte.

### **Samarbeid**

I spørreundersøkelsen er det to påstander om samarbeid, og svarene på disse gjengis samlet for korttids- og langtidsavdelingene, og figuren viser den prosentvise fordelingen av svarene på de ulike svaralternativene.

**Figur 3 Påstander om samarbeid**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



I alt 8 av 65 har svart «ingen formening», og disse er ikke med i søylene.

Respondentene er alt i alt enige i påstandene ovenfor, men spredningen i svarene tyder på rom for forbedring. Svarene er i stor grad sammenfallende for korttids- og langtidsavdelingene i institusjonstjenesten.

### Kartlegging

Enhetsleder peker på at pasientene kartlegges ved ankomst og jevnlig i løpet av oppholdet. Kartleggingen er viktig for å ivareta krav i kvalitetsforskriften for den enkelte pasient.

Avdelingslederne viser også til primærkontaktfunksjonen, «hva er viktig for deg»-samtalen som gjennomføres med alle og videre kartlegging av pasientene ved avdelingene i løpet av oppholdet. Fagkoordinatorerne bidrar til at det gjennomføres god kartlegging, samtidig som det legges en plan for kontakt med pårørende og andre instanser (for eksempel lege). Når det gjelder de pårørende skal prosedyren sikre god nok informasjon til dem. I tillegg gis også informasjon om primærkontakt med mer ved oppslag på rommet til den enkelte.

Ved langtidsavdelingene mottas i utgangspunktet avklarte pasienter, og kartlegging foretas for pasienter som benytter rullerplassene. I intervju pekes på at det gjøres bruk av et atferdsskjema, der pasientens atferd registreres og dette sikrer god dokumentasjon over tilstanden.

Avdelingsleder korttid og rehabiliteringsavdeling peker på at ved denne avdelingen gjennomføres en inntakssamtale, og det er et eget sjekkskjema for dette. En utfordring som trekkes fram er at nødvendig dokumentasjon ikke alltid følger med fra sykehus. Kartleggingen tar for seg alt fra fysiske forhold til personlige forhold som trosretning og lignende.

Avdelingsleder på korttidsavdelingen bekrefter at inntaksrutinen som revisjonen har mottatt, blir fulgt. Noen målinger, som for eksempel MMSE-testing, gjennomføres noe senere enn ved ankomst, og dette skyldes at pasienten ofte kan ha redusert almenntilstand ved ankomst, og har behov for å komme seg litt før det gjennomføres slike kognitive målinger.

Videre peker avdelingslederen på korttidsavdelingen på at det gjøres daglige vurderinger, men at disse ikke alltid nedfelles skriftlig. Vurderinger foregår ofte i samråd med pårørende, og det oppleves et økt behov for at vurderingene gjøres sammen med pårørende. Dette skyldes at pasienter skrives raskt ut fra sykehus, og er i dårlig form ved ankomst slik at avdelingen på mange måter er et minisykehus. Avdelingsleder legger til at det er et stort fokus på tverrfaglig samarbeid for å ivareta pasientenes forskjellige behov.

Avdelingslederen på korttidsavdelingen trekker også fram at kommunens innsatsteam<sup>14</sup> er veldig nyttig ved utredning og kartlegging av pasienter. Innsatsteamet retter først og fremst sin innsats inn mot kartlegging i hjemmet eller på sykehus (Ahus), men også på avdelingene. «Innsatsteamet oppleves som meget fleksible og som en stor ressurs både for avdelingen og pasientene» understreker avdelingsleder.

### **Medarbeidernes opplevelse av opplæring, kunnskap og kompetanse**

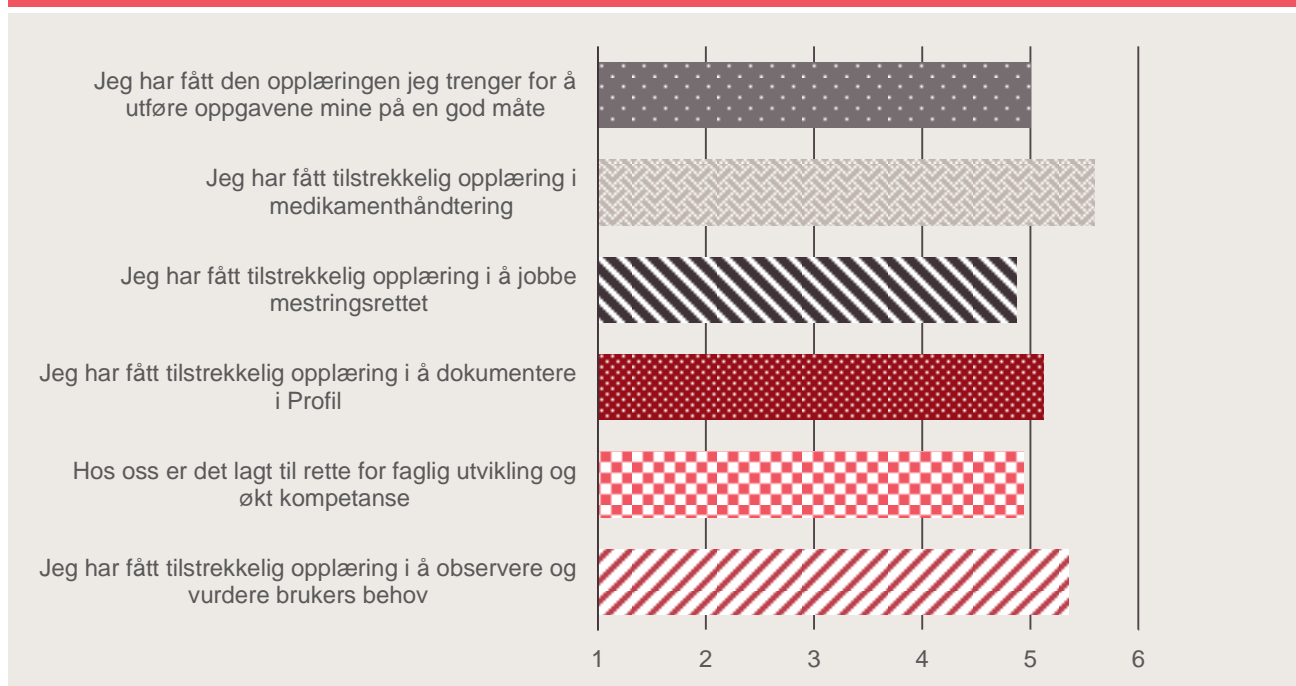
Påstander om temaet i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Gjennomsnittsskåren vises, fordelt på korttidsavdelingen og langtidsavdelingene.

---

<sup>14</sup> Innsatsteamet er organisert som en avdeling under tjenestekontoret og kan bruke 14 dager for kartlegging før det må fattes vedtak om tjenester.

**Figur 4 Opplæring, kunnskap og kompetanse - korttidsavdelingen**

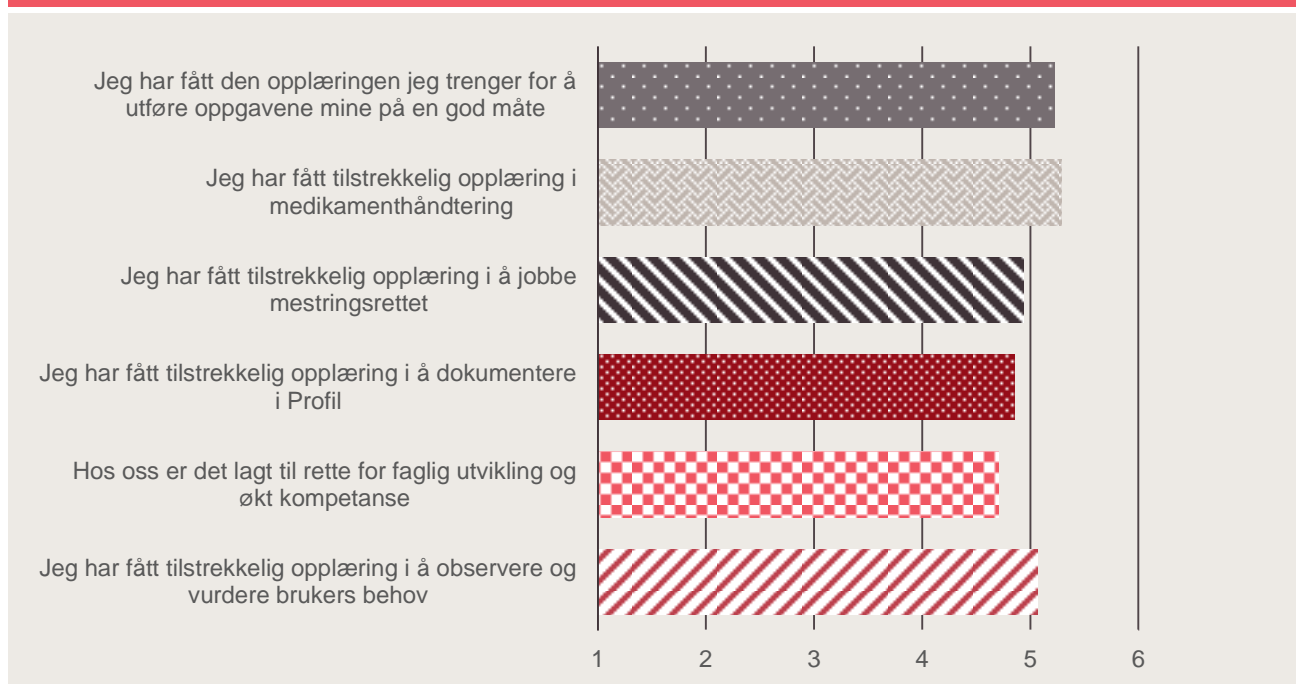
På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17):



De ansatte er langt på vei enige i påstandene ovenfor, men skåren fire fra 6 av 17 ansatte ved korttidsavdelingen indikerer et forbedringspotensial når det gjelder å få tilstrekkelig opplæring i å jobbe mestringsrettet.

**Figur 5 Opplæring, kunnskap og kompetanse - langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48):



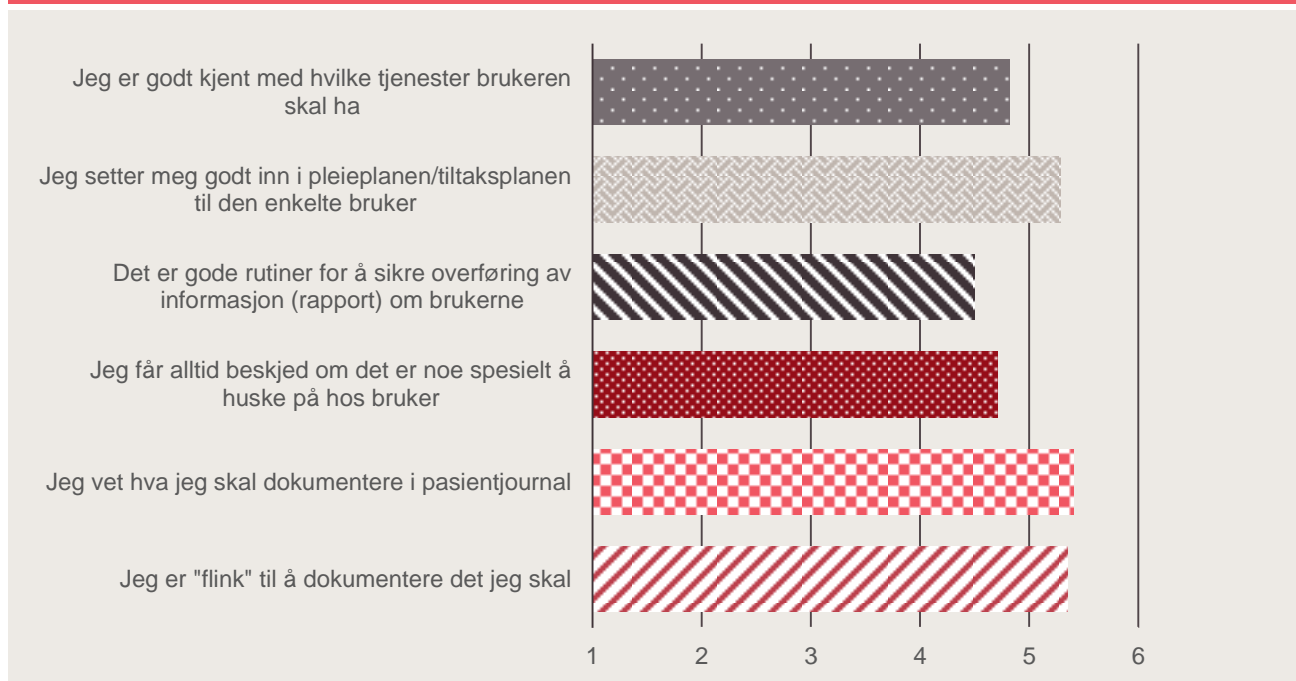
De ansatte er i det store og hele enige i påstandene ovenfor. Det er noen forskjeller mellom avdelingene. Ved Løvenstadtoppen skårer 8 av 20 ansatte påstanden om opplæring i å dokumentere i Profil med fire eller lavere. Ved Løvenstadtunet skårer 9 av 28 ansatte påstanden «jeg har fått tilstrekkelig opplæring i å observere og vurdere brukers behov» med tre eller fire.

### Medarbeidernes opplevelse av kjennskap til pasientene og dokumentasjon

Påstander om temaet i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Gjennomsnittsskåren vises, fordelt på korttidsavdelingen og langtidsavdelingene.

**Figur 6 Påstander om kjennskap til pasientene og dokumentasjon - korttidsavdelingen**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17):

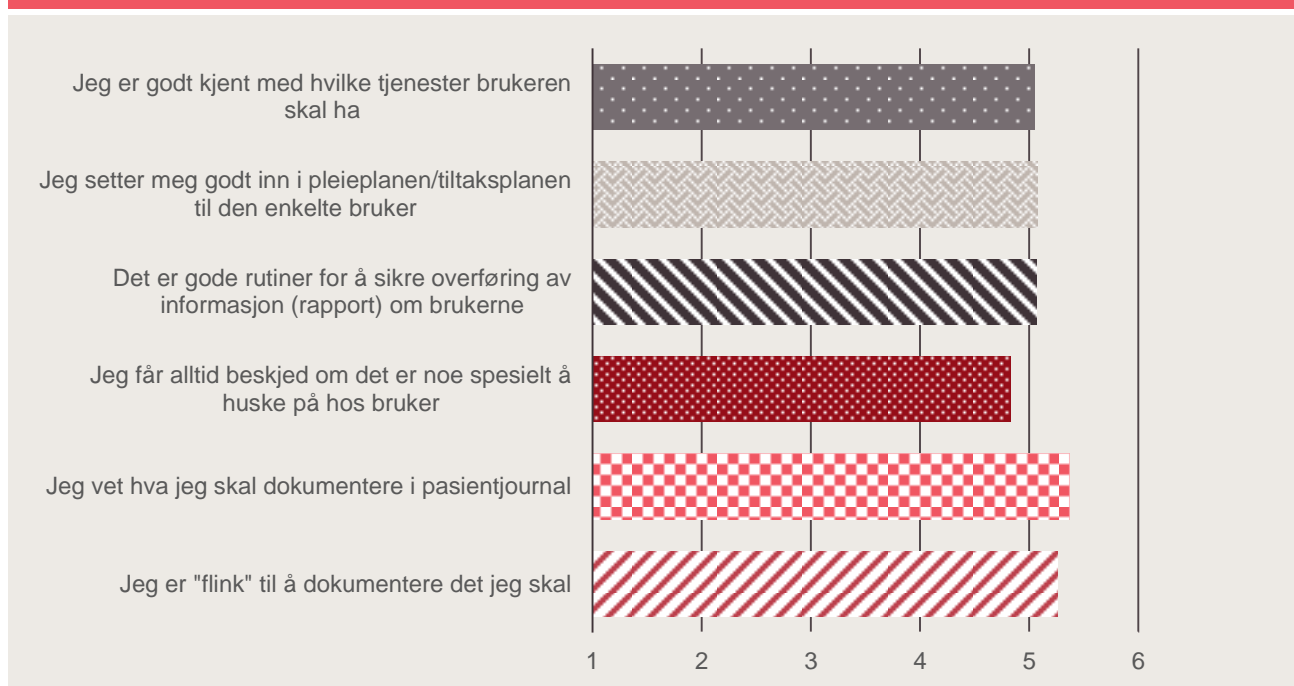


Gjennomgående er respondentene stort sett enige i påstandene ovenfor. Det er også noen som gir skåren tre eller to, og det er flere som gir skåren fire på de to påstandene som viser en gjennomsnittlig skår mellom fire og fem.

Dette tyder på at det er et forbedringspotensial knyttet til det å være «godt kjent med hvilke tjenester brukeren skal ha», «gode rutiner for å sikre overføring av informasjon om brukerne» og det å få «jeg får alltid beskjed om det er noe spesielt å huske på hos bruker». Påstanden «jeg får alltid beskjed om det er noe spesielt å huske på hos bruker» skåres med fire av nærmere halvparten av respondentene, og peker i stor grad på et forbedringspotensial.

**Figur 7 Kjennskap til pasientene og dokumentasjon - langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N65):



Figuren viser at respondentene ved langtidsavdelingene gjennomgående er enige i påstandene. Det er med andre ord noe høyere skår på disse påstandene ved langtidsavdelingene enn ved korttidsavdelingen.

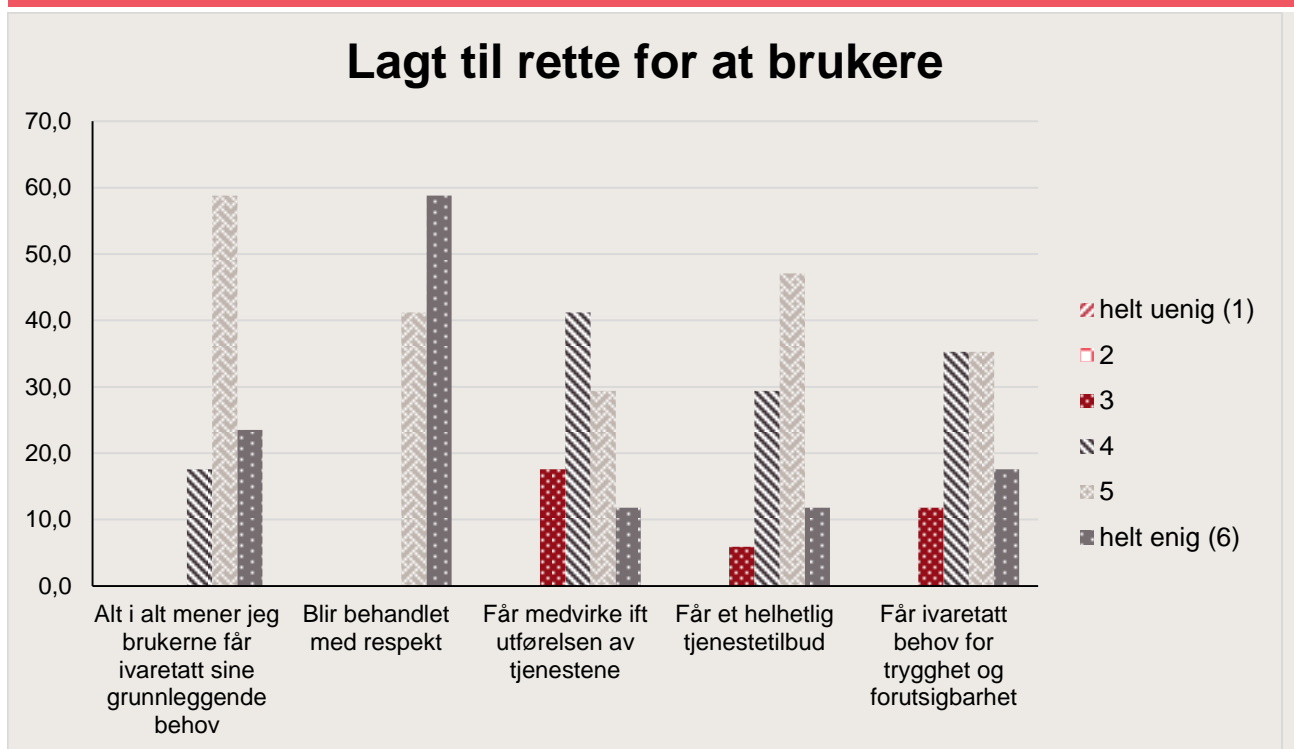
#### 4.4 Er det lagt til rette for ivaretagelse av grunnleggende behov?

##### Medarbeidernes opplevelse av ivaretagelse av grunnleggende behov

I figurene nedenfor viser revisjonen hvordan respondentene skårer på flere påstander. I den første figuren handler påstandene om grunnleggende behov, respekt og verdighet, og i den neste figuren handler påstanden om ivaretagelse av individuelle behov. Svarene presenteres med prosentvis fordeling på en skala fra en til seks.

**Figur 8 Grunnleggende behov - korttidsavdelingen**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17)



Respondentene ved korttidsavdelingen er langt på vei enige i påstandene «alt i alt mener jeg brukerne får ivaretatt sine grunnleggende behov» og «blir behandlet med respekt». Respondentene er i mindre grad helt enige i påstandene «får medvirke ift utførelsen av tjeneste», «får et helhetlig tjenestetilbud» og «får ivaretatt behov for trygghet og forutsigbarhet», og sammen med en forholdsvis høy skår på fire, indikerer dette et forbedringspotensial.

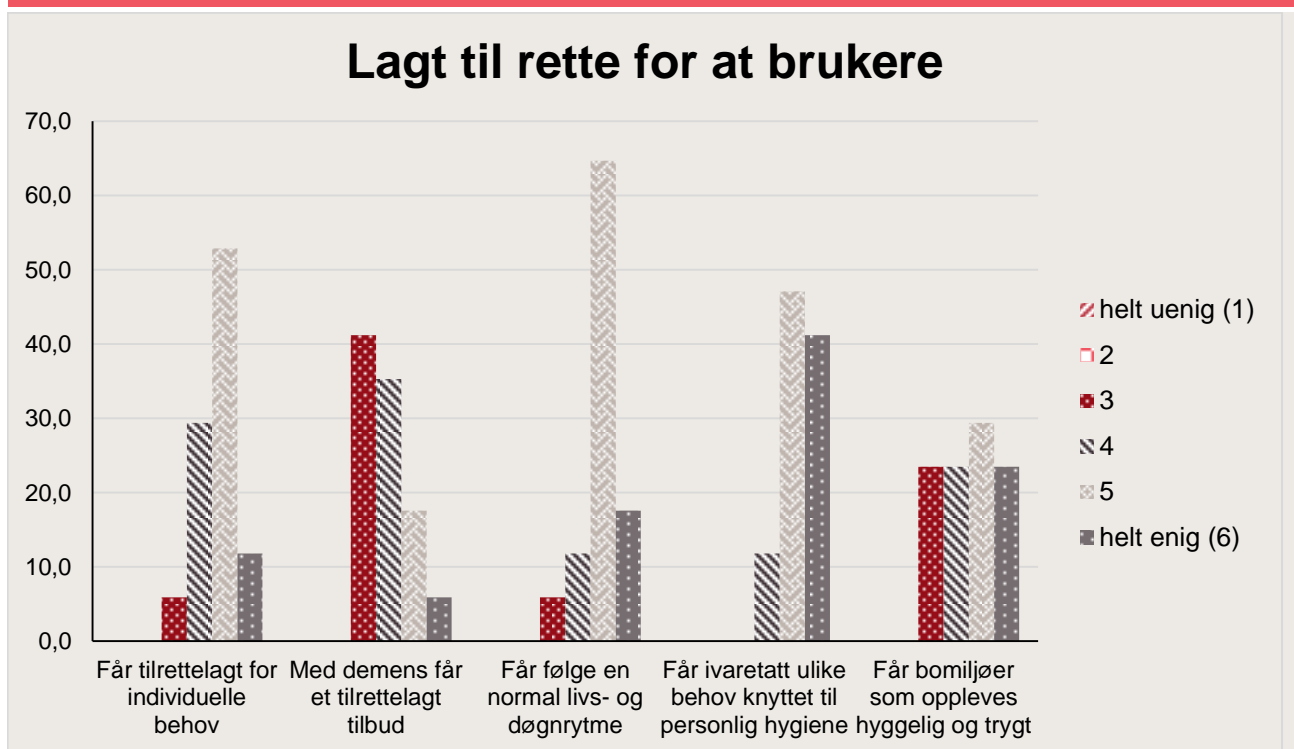
Intervjudata viser at korttids- og rehabiliteringsavdelingen har hatt pasienter i opptil 1,5 år etter at de har fått innvilget langtidsplass. Åtte av de 16 plassene på denne avdelingen er i praksis langtidsplasser per januar 2019 opplyser enhetsleder hjemmebaserte tjenester. Intervjudata beskriver videre at pasienter med uro, demens og andre lidelser ofte er altfor lenge på korttidsavdelingen. Det pekes på at dette ikke er en god situasjon for noen av pasientene.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte også bedt om å besvare påstanden «Brukerne på min avdeling har en riktig plassering (vedtak)». I alt åtte av 17 respondenter skårer fire, og fem skårer tre eller lavere. Dette gir uttrykk for at de ansatte i mindre grad opplever at plasseringen av pasientene ved avdelingen er riktig.



**Figur 9 Grunnleggende behov (forts.) - korttidsavdelingen**

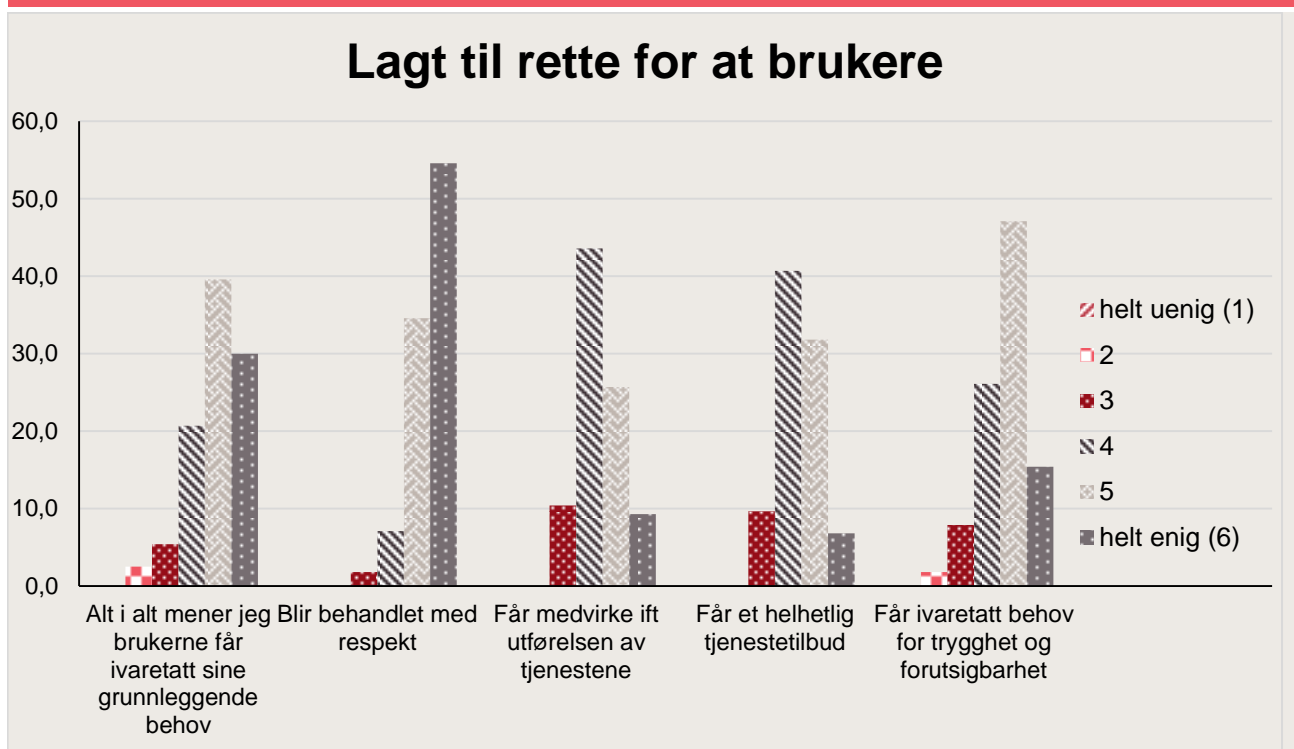
På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17)



Respondentene er stort sett enige i påstandene ovenfor når det ses bort fra om det er lagt til rette for at brukere «med demens får et tilrettelagt tilbud» og «får bomiljøer som oppleves hyggelig og trygt». Sju er uenige og seks skårer fire på påstanden om demens, det vil si at 13 av 17 respondenter peker på et klart forbedringspotensial knyttet til om brukere med demens får et tilrettelagt tilbud. Det er også et forbedringspotensial knyttet til «bomiljøer» når åtte av 17 skårer påstanden med tre eller fire.

**Figur 10 Grunnleggende behov - langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48)



Respondentene ved langtidsavdelingene er alt i alt enige i påstandene ovenfor, men skåren fire på påstandene «får medvirke ift utførelsen av tjenestene» og «får et helhetlig tjenestetilbud» peker på at det er rom for forbedring.

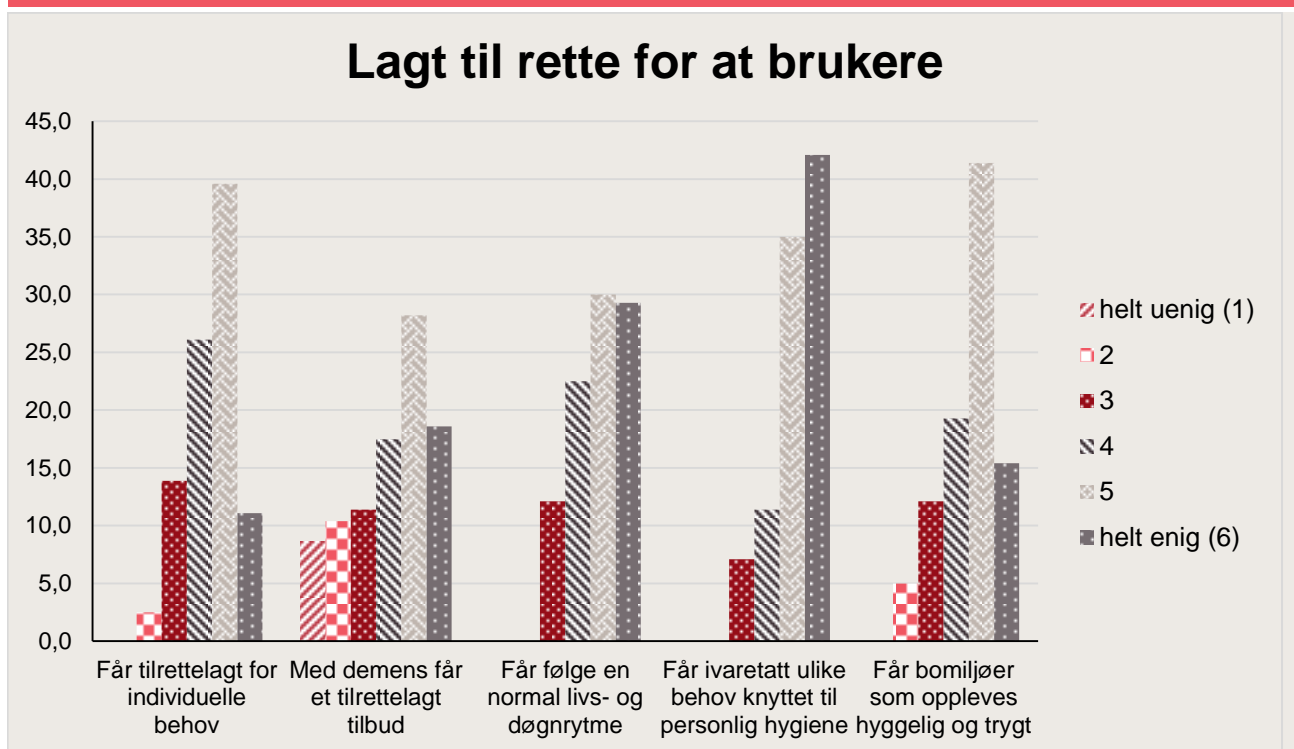
I alt 19 av 28 respondenter ved Løvenstادتunet skårer påstanden «får medvirke ift utførelsen av tjenesten» med tre eller fire, mens 8 av 20 respondenter ved Løvenstادتoppen gir tilsvarende skår.

I alt 17 av 28 respondenter ved Løvenstادتunet skårer påstanden «får et helhetlig tjenestetilbud» med tre eller fire, mens 8 av 20 respondenter ved Løvenstادتoppen gir tilsvarende skår.

Svarene indikerer forskjeller i hvordan de ansatte ved avdelingene opplever at brukerne får medvirke når tjenestene utføres og om brukerne får et helhetlig tjenestetilbud, og forbedringspotensialet er i størst grad knyttet til Løvenstادتunet.

**Figur 11 Grunnleggende behov forts. - langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48)



De ansatte ved langtidsavdelingene er i det store og hele enige i påstandene ovenfor (skåren 4, 5 og 6), men det pekes på rom for forbedring også her særlig knyttet til påstandene om det tilrettelegges for individuelle behov og om de med demens får et tilrettelagt tilbud.

I alt 14 av 28 respondenter ved Løvenstادتunet skårer påstanden «får tilrettelagt for individuelle behov» med tre eller fire, mens 7 av 20 ved Løvenstادتunet gir skåren to til fire.

I alt 17 av 28 respondenter ved Løvenstادتunet skårer påstanden «med demens får et tilrettelagt tilbud» skåres med en til fire, mens 7 av 20 ved Løvenstادتunet skårer en (helt uenig) til fire.

### Sosiale behov

Ved langtidsavdelingene opplyses at det tilrettelegges noe forskjellig når det gjelder å ivareta pasientenes sosiale behov. Ved to avdelinger utpekes daglig en ansatt som skal legge til rette for sosiale tiltak. Dette sikrer variasjon i aktivitetene ved denne avdelingen. Ved de to øvrige avdelingene har det i mindre grad blitt gjennomført, delvis skyldes dette pasientgruppa. Det jobbes for tiden med å legge til rette for mer individuell aktivisering alt etter formen til den enkelte pasient. Ellers pekes på felles måltid som et viktig sosialt tiltak, besøk av sangpedagog, besøkshunder og elever fra helsefaglig linje som kommer på besøk; «gule engler».

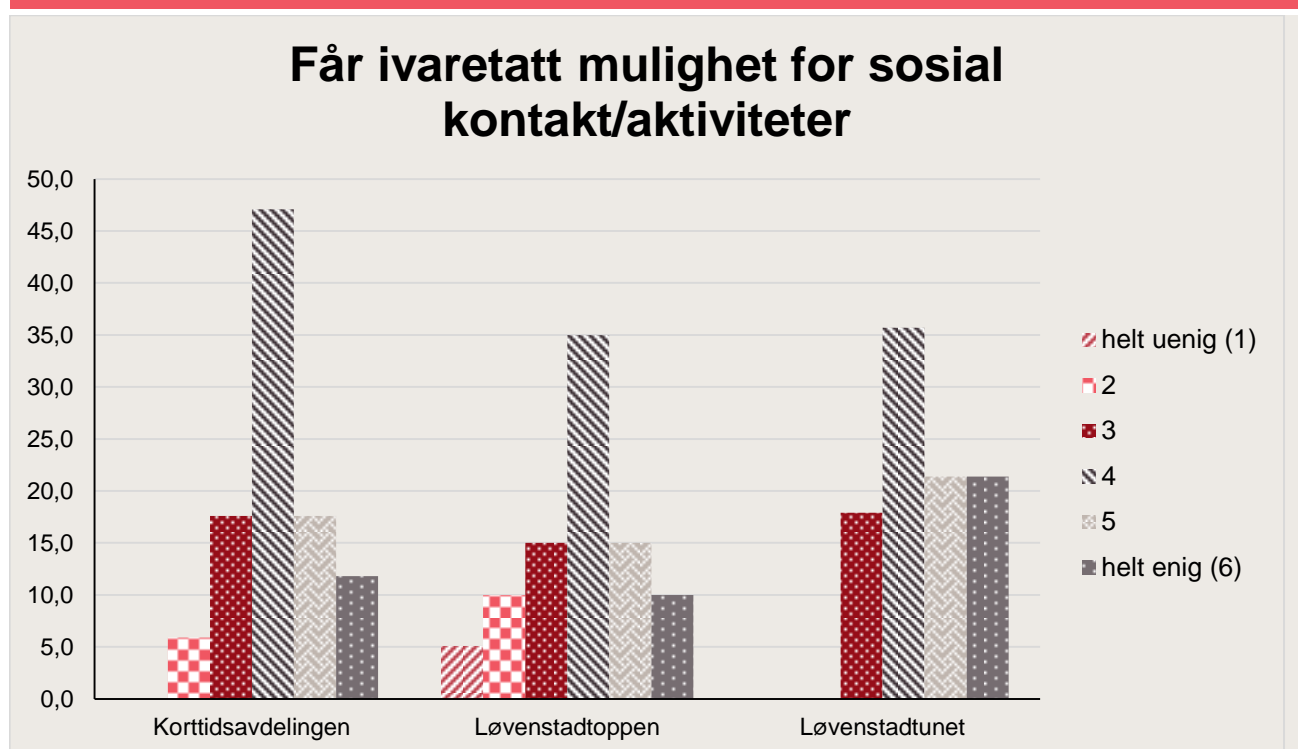
Avdelingslederne peker på at alle som skrives inn på sykehjem, fyller ut «min livshistorie» i samarbeid med pårørende. Livshistorien legger blant annet grunnlag for kartlegging av interesser og hobbyer.

Ved langtidsavdelingene har de delvis tatt i bruk VIPS-fagmøte, en metodikk som skal sikre at tiltak rundt en pasient også vurderes fra pasientens perspektiv. Det å sette seg inn i pasientens perspektiv kan være vanskelig og det kan være lett å glemme hva som faktisk er deres perspektiv. Videre pekes på nytten av at demensomsorgens ABC er gjennomført blant de ansatte. VIPS-metodikken ga dette et ytterligere kompetansemessig løft.

Svar på påstanden om i hvilken grad brukere «får ivaretatt mulighet for sosial kontakt/aktiviteter» er tatt med nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.

**Figur 12 Sosiale behov, institusjonstjenesten**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Spørreundersøkelsen til ansatte ved korttidsavdelingen (N=17), Løvenstادتoppen (N=20) og Løvenstادتunet (N=28) (langtidsavdelinger)

Respondentene er alt i alt enige i påstanden om sosial kontakt/aktiviteter, men svarene indikerer også at det er et klart forbedringspotensial.

Ved korttidsavdelingen opplever flertallet av respondentene at pasientene i mindre grad enn ved langtidsavdelingene får ivaretatt sosiale behov. Det er 12 av 17 som skårer fire eller lavere på

denne påstanden. Ved Løvenstadtoppen opplever 13 av 20 det samme, og skårer fire eller lavere. Ved Løvenstadtunet opplevs dette litt bedre ivaretatt, og 15 av 28 skårer tre eller fire.

### Ernæring

Ernæring og endring i måltidstidspunkter har vært viktig for å sikre riktig og tilstrekkelig ernæring. Enhetsleder peker på at bemanningsfaktoren også skal ta høyde for at det gis tid rundt måltidene.

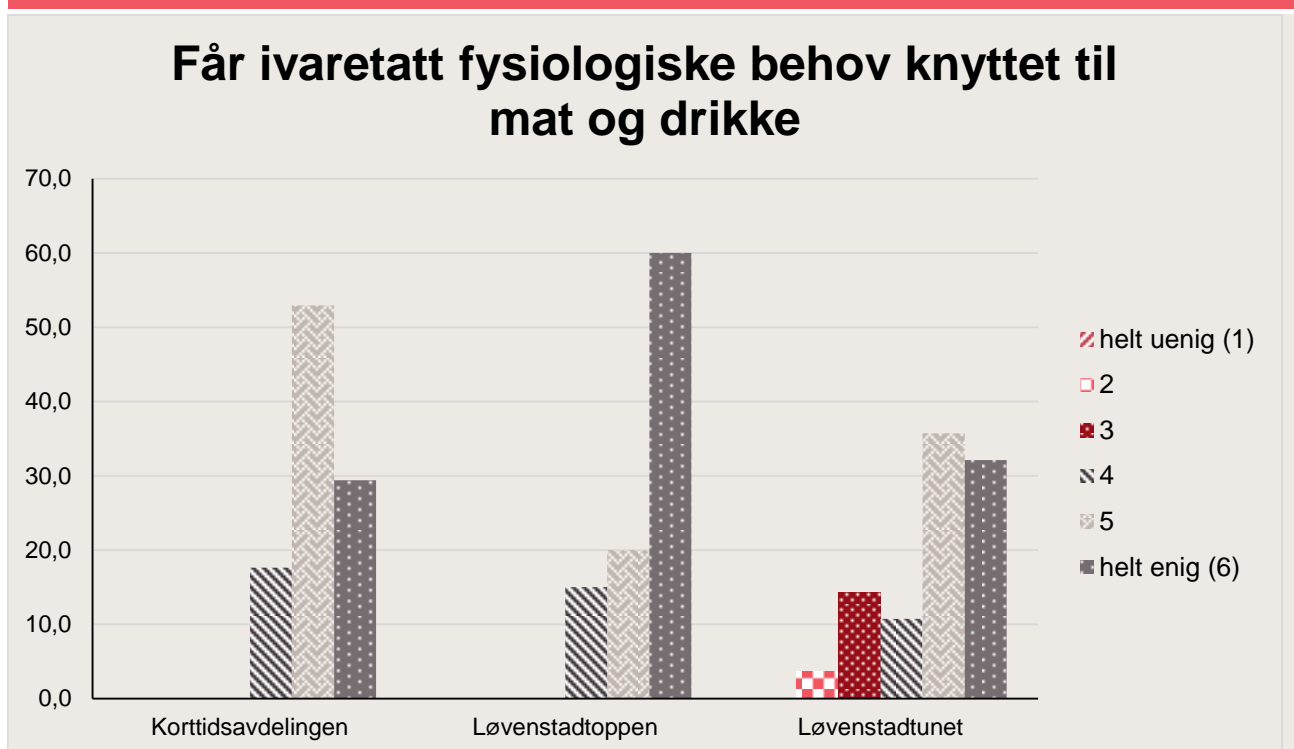
Måltidene har blitt flyttet, særlig spises middag senere enn tidligere. Pasientene har også tilgjengelighet til mat utenom måltidene, også på natt hvis det er behov for det forteller avdelingslederene. Alle pasienter på langtidsavdelingene veies regelmessig, det er fokus på matlyst og legges til rette for at flest mulig samles til felles måltider opplyser avdelingslederene på langtidsavdelingene.

Avdelingsleder på korttidsavdelingen peker på at måltidene er flyttet, det er tatt i bruk et ernærings skjema, i tillegg til regelmessig veiing. Matvaner og skikker kartlegges for å sikre at alle spiser.

Påstanden om i hvilken grad brukere «får ivaretatt fysiologiske behov knyttet til mat og drikke følger nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.

**Figur 13 Fysiologiske behov, institusjonstjenesten**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Respondentene er alt i alt enige i at pasientene får ivaretatt fysiologiske behov knyttet til mat og drikke.

Sammenlignes Løvenstadtoppen og Løvenstadtunet er det slik at 16 av 20 skårer fem eller seks ved Løvenstadtoppen og tre gir skåren fire. 19 av 28 ved Løvenstadtunet skårer fem eller seks, men ved denne avdelingen skårer til sammen åtte av respondentene med to, tre eller fire og peker på et forbedringspotensial ved avdelingen

Påstanden om i hvilken grad brukere «får hjelp til måltider og nok tid og ro til å spise» følger nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.

**Figur 14 Hjelp til måltider og nok tid og ro til å spise**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Ved Løvenstadtoppen har 2 av 20 ansatte svart «ingen formening»

Respondentene er alt i alt enige i at pasientene «får hjelp til måltider og nok tid og ro til å spise». Ved langtidsavdelingene indikerer svarene også at det er større rom for forbedring ved måltidene enn ved korttidsavdelingen.

En av respondentene gir uttrykk for hvordan dette oppleves ved en av de somatiske avdelingene under Løvenstadtunet:

Vi prøver å sette sammen grupper under måltidene som fungerer fint sammen uavhengig av diagnose, så lenge de har utbytte av hverandres selskap. For en demens pasient kan det nok være

litt vel mye stimuli og mye uro på avdelingen, men dette avhenger også av hvordan den enkelte responderer på denne typen miljø. Dette kan variere fra person til person.

En annen sier det slik:

Ofte mye stress rundt matsituasjonen og vanskelig å få matet alle til samme tid, noe som gjør at maten fort kan bli litt mindre varm når vedkommende omsider får hjelp.

### **Medisinhandling**

Det gjennomføres en legemiddelgjennomgang i løpet av året påpeker enhetsleder. VIPS-metoden vektlegger brukerperspektivet, og kan forhindre overmedisinering. Fokus på adferd og gode tiltak for å trygge pasientene gir lavere medisinbruk og mindre utfordrende adferd påpeker enhetsleder.

Avdelingslederne opplever på sin side at rutinene for håndtering av medisiner fungerer godt. Rutinene er jevnlig tema på avdelingsmøter. Det meldes avvik og disse følges opp, både generelt og med den enkelte ansatte.

Avdelingsleder ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen peker på at fagansvarlig ved avdelingen har ansvaret for opplæring i medisinhandling. Hun trekker fram at det er påbegynt et arbeid med å oppdatere rutinene vedrørende medisinhandling. Dette handler om når medisiner legges (mandag) og når det som er lagt, kontrolleres (tirsdag/onsdag). Dosetter byttes hver torsdag, og det signeres på både ileggelse og sjekking. Dette blir alltid gjort, men oppleves litt tilfeldig, og hun sier:

Vi får det som regel til, men det er ikke bra nok.

Det forventes at nye rutiner for medisinlegging vil gi mer fornuftig tidsdisponering for de ansatte. Medisinlegging er en stor oppgave, og det varierer fra uke til uke hva pasientene skal ha av medisiner. Oppgaven krever høy konsentrasjon og nøyaktighet, og dette er det ikke lagt til rette for nå (januar 2019), og det er ønske om mer ro og systematikk til denne oppgaven. Avdelingsleder peker også på at medisinlistene sjekkes i henhold til rutinen, samt at sykehjemslegen også følger opp og gjør en god jobb.

### **Rehabilitering, lindrende behandling og egenmestring**

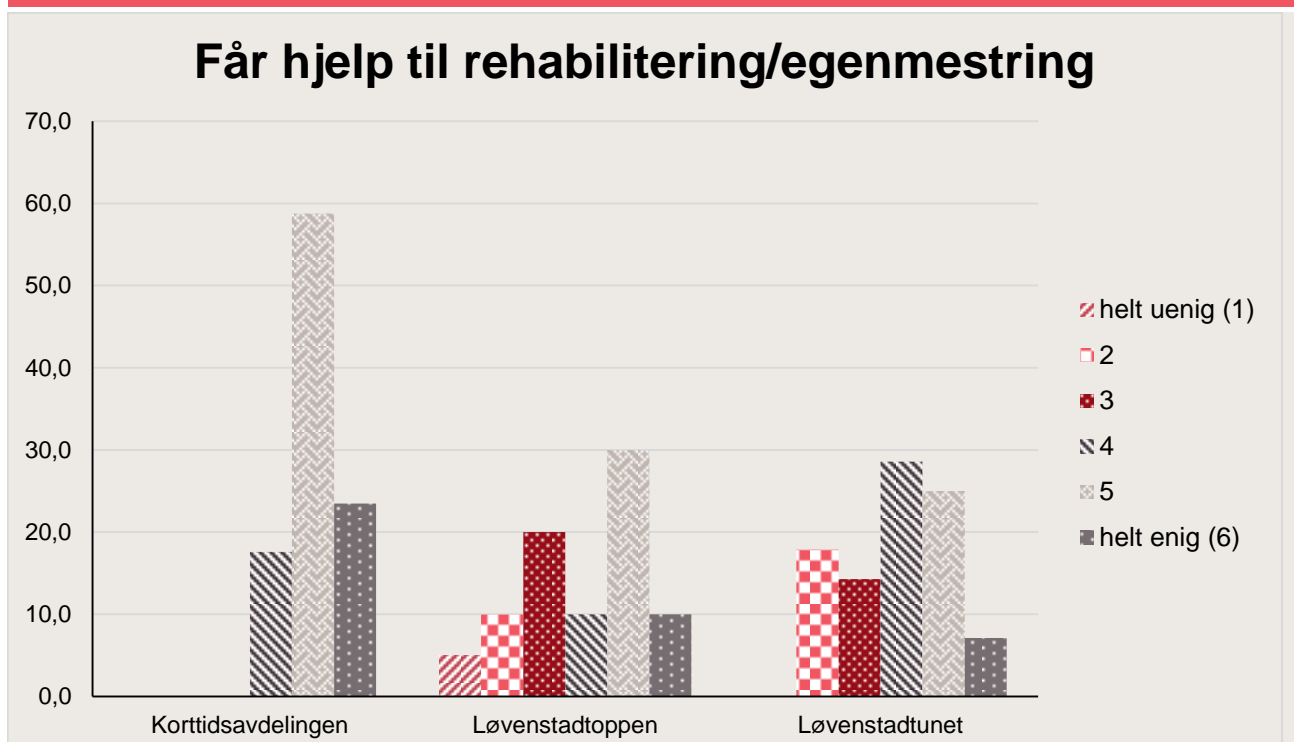
Avdelingsleder ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen peker på at rehabilitering ivaretas godt ved avdelingen, både ergo/fysio og kompetanse hos egne ansatte. Rehabiliteringen som gjennomføres er i de fleste tilfeller godt dokumentert for den enkelte pasient legger hun til.

Avdelingsleder trekker videre fram at kommunen har en palliativ sykepleier og et samarbeid med palliativ avdeling på A-hus.

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad brukere «får hjelp til rehabilitering/egenmestring» følger nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.

**Figur 15 Rehabilitering og egenmestring**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Spørreundersøkelsen til ansatte ved korttidsavdelingen (N=17), Løvenstادتoppen (N=20) og Løvenstادتunet (N=28) (langtidsavdelinger)

Respondentene ved avdelingene er alt i alt enige i at brukerne får hjelp til rehabilitering/egenmestring. Ved langtidsavdelingene er noen også uenige. I alt ni av 20 ved Løvenstادتoppen og 17 av 28 ved Løvenstادتunet skårer at de er uenige eller gir skåren fire. Sammen med de som skårer fire indikeres rom for forbedring, særlig ved Løvenstادتunet. Det er forskjeller mellom en korttidsavdeling og en langtidsavdeling i tjenestetilbudet, og dette kan slå ut på de svar som gis.

To av respondentene ved Løvenstادتunet peker på manglende tid eller ressurser til rehabilitering fordi oppgaven kommer på toppen av oppgavene som en sykepleier eller helsefagarbeider har. En av disse sier det slik:

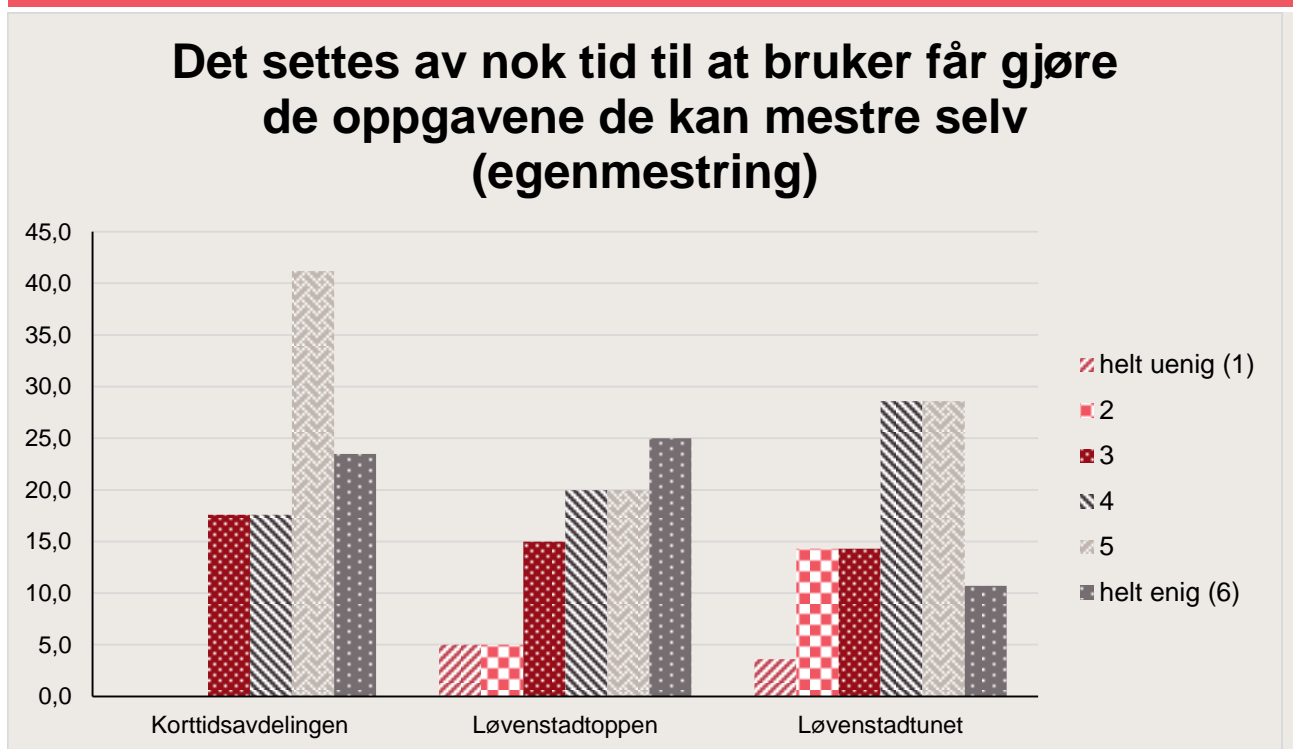
Det kunne vært bedre tilrettelagt for at brukerne får den treningen de har krav på og trenger. Ofte mangler det ressurser og tilbud, og pårørende er ikke fornøyde med det per i dag etter min oppfatning.

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad «det settes av nok tid til at bruker får gjøre de oppgavene de kan mestre selv» følger nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.



**Figur 16 Egenmestring**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Ved korttidsavdelingen er flertallet av respondentene enige i påstanden, og skårer påstanden med fire eller høyere. Dette er noe høyere enn ved langtidsavdelingene. Skåren fire eller lavere indikerer et forbedringspotensial knyttet til egenmestring.

### Legedekning og fysioterapi

Enhetsleder peker på at det er 1,5 stilling legedekning, noe som skal være tilstrekkelig og mer enn hva andre kommuner har tilgjengelig. Samtidig har hun forståelse for at det fra langtidsavdelingenes side er ønskelig med mer legetilsyn, og at noen pårørende også ønsker tettere oppfølging fra lege.

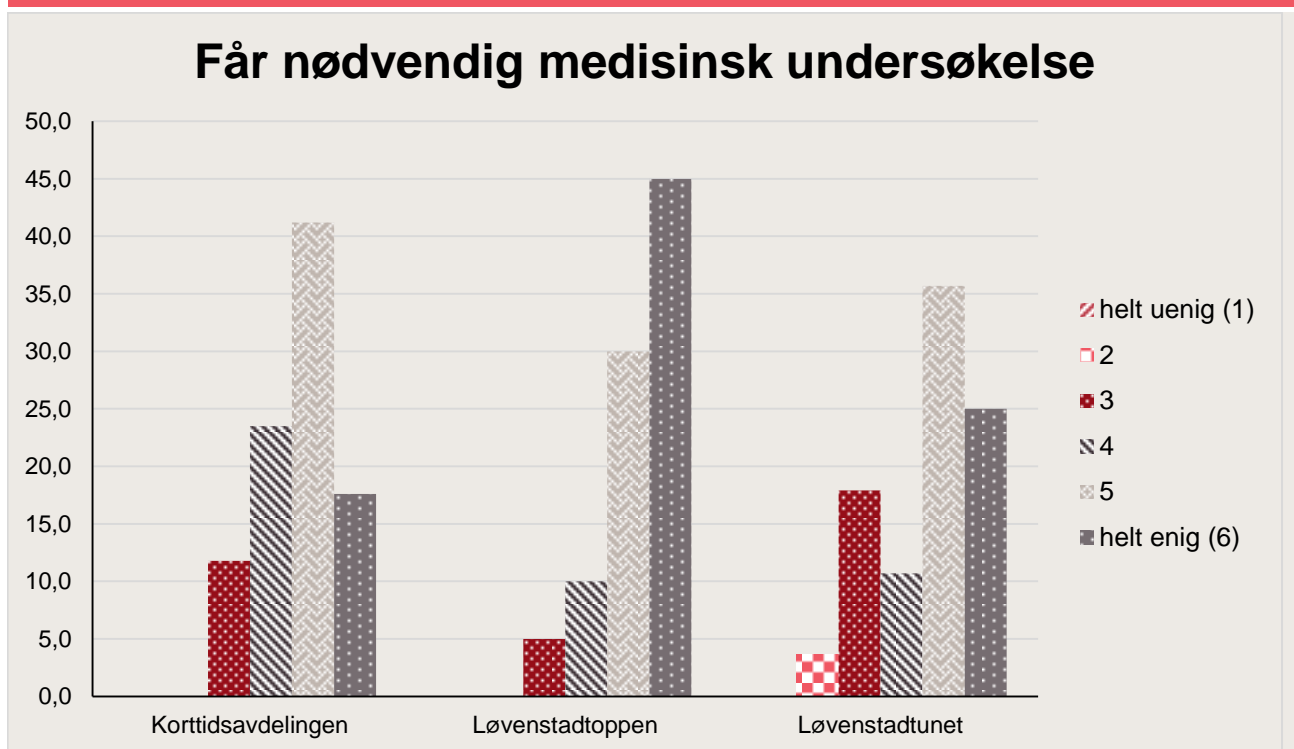
En avdelingsleder peker på at legedekningen dekkes av to forskjellige leger, noe som skaper lite forutsigbarhet og kontinuitet ved langtidsavdelingen.

Det er også ønskelig med mer fysioterapi, særlig på langtidsavdelingene da pasienter på disse avdelingene ikke er prioritert med hensyn til fysioterapi. Dette innebærer at pleiepersonalet må følge opp planer som fysioterapeutene setter opp for pasienter ved disse avdelingene, noe det kan skorte på i en travel hverdag og planene blir da ikke gjennomført som forutsatt.

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad brukere «får nødvendig medisinsk undersøkelse følger nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.

**Figur 17 Medisinsk undersøkelse, institusjonstjenesten**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



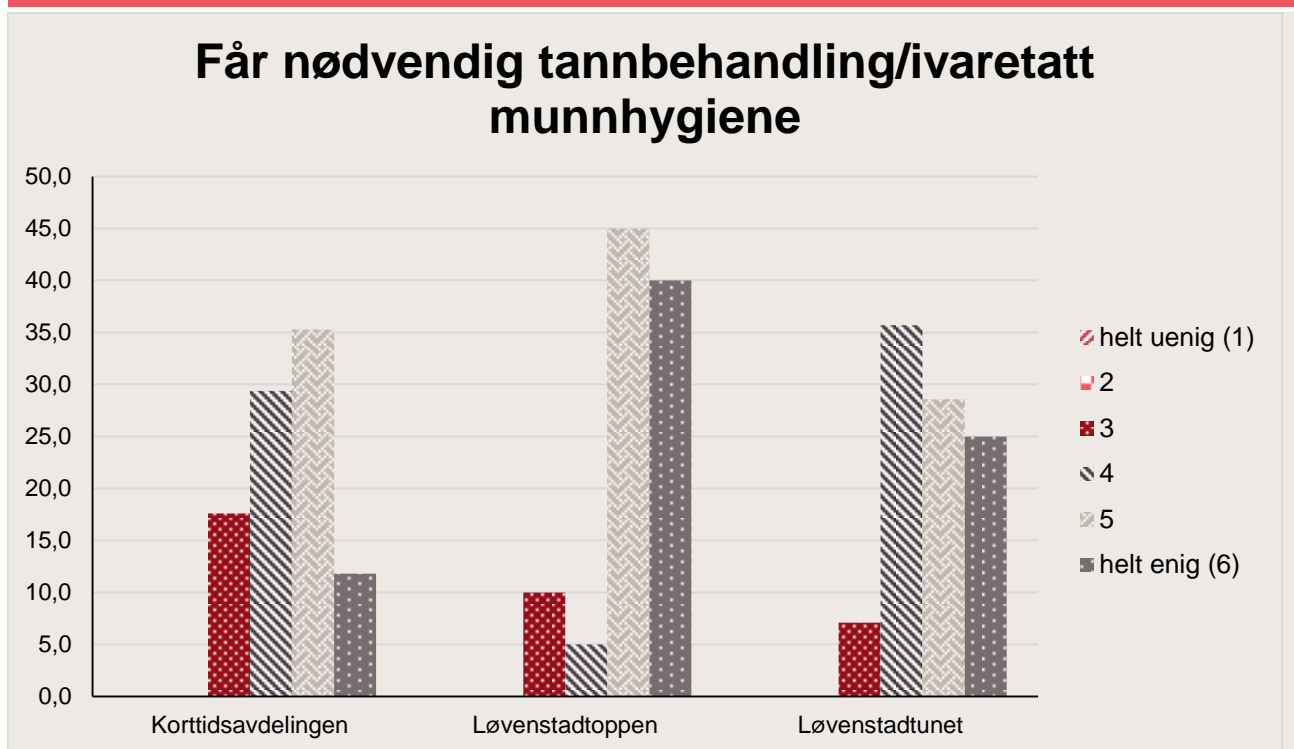
Respondentene er alt i alt enige i påstanden om at brukerne får nødvendig medisinsk undersøkelse, selv om noen er uenige i påstanden.

### Tannbehandling og munnhygiene

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad brukere «får nødvendig tannbehandling/ ivaretatt munnhygiene» redegjøres for nedenfor, og figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene.

**Figur 18 Tannbehandling og munnhygiene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Respondentene er alt i alt enige i påstanden om tannbehandling og munnhygiene. Flere skårer imidlertid fire eller lavere både ved korttidsavdelingen og ved Løvenstادتunet, noe som tilsier at det er rom for forbedring ved disse to avdelingene.

## Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien og hjemmehjelpen er organisert under enhet hjemmebaserte tjenester i hjemmesykepleieavdelingen. Revisjonen går nå over til å se nærmere på hjemmesykepleieavdelingen. For å minne leseren på revisjonskriteriene, gjentas disse her.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad legger Rælingen kommune til rette for at brukernes grunnleggende behov sikres?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ For å sikre kravene i kvalitetsforskriften bør kommunen ha følgende på plass for å sikre oppfyllelse av kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ intern kontroll, rutiner og prosedyrer</li> <li>○ klar ansvars- og oppgavefordeling</li> </ul>               Disse bør være kjent og etterleves av medarbeiderne i tjenesten.             </li> <li>✓ Grunnleggende forutsetninger for at den enkelte bruker får riktige tjenester til rett tid må være på plass, herunder               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kompetanse</li> <li>○ Kontinuitet og informasjonsflyt</li> <li>○ Godt samarbeid</li> <li>○ God kartleggingspraksis</li> </ul> </li> <li>✓ Medarbeiderne i tjenesten bør oppleve at det er lagt til rette for å ivareta brukers grunnleggende behov (kvalitetsforskriften § 3, 2. ledd)</li> </ul>

### 4.5 Er det utarbeidet internkontroll, rutiner og prosedyrer?

#### Intern kontroll og klar ansvars- og oppgavefordeling

Enhetsleder hjemmetjenesten opplyser at hjemmesykepleieavdelingen har oppdatert rutinene etter ny internkontrollforskrift fra 2017, og etter hennes mening er rutinene godt implementert i tjenesten. Videre opplyser enhetsleder og avdelingsleder at avdelingen har kommet godt i gang med gjennomføring av risikovurderinger, men legger til at disse av hensyn til tid gjøres på en enklere måte enn det som kvalitetssystemet Kvalitetslosen legger opp til. Enhetsleder opplever at det er god forståelse av intern kontroll helt ut til de ansatte.

Enhetsleder peker på at ledelsen i hjemmesykepleieavdelingen i 2018 ble styrket med opprettelse av stilling som assisterende avdelingsleder. Avdelingsleder peker på at dette har gjort det enklere å komme rundt de oppgavene som er knyttet til ledelse, og avdelingsleder og assisterende har avklart hvem som har ansvar for de ulike ansatte og fordelt oppgavene mellom seg.

Det er for tiden 250 brukere i hjemmesykepleien, fordelt på to distrikter. Det er 14 arbeidslister på dagvakt og 12 på kveldsvakt for begge distriktene. Det er to listeansvarlige som sikrer at listene er oppdaterte, at det er detaljerte tidspunkter og at tidsforbruk for hver oppgave er med. Avdelingsleder opplyser videre at primærgruppa rundt den enkelte bruker skal bidra til at brukerne ikke får for mange forskjellige ansatte å forholde seg til. Det er innført langvakter i helgene også med tanke på

å hindre at for mange kommer innom den enkelte bruker. På natt er det seks ansatte i nattestillinger opplyser avdelingsleder. I tillegg er en ansatt gitt en funksjon som distriktssykepleier.

Hjemmehjelpstjenesten er organisert under hjemmesykepleieavdelingen, og de 160 brukerne har i snitt hjemmehjelp 1,5 timer hver 3. uke. Selv om dette er standard, peker avdelingsleder på at noen kan få hyppigere eller sjeldnere hjelp. Hjemmehjelperne har tungt arbeid og vasker i snitt tre leiligheter daglig. For å tilpasse tjenesten til brukers behov er det slik at de ansatte jobber kveld en dag i uka.

### **Rutiner**

Revisjonen har innhentet dokumentasjon som viser at både institusjonstjenesten og hjemmetjenesten, enten samlet eller hver for seg, har utarbeidet prosedyrer som er ment å sikre kravene.

I tillegg til rutiner som omhandler medisinbehandling (se nedenfor), taushetsplikt og opplysningsplikt nevnes at EHT for eksempel også har rutiner for samtykke og tvungen helsehjelp og rutine om opprettelse av verge. Rutine for samhandling med pårørende er tatt i bruk i hjemmetjenesten (EHT rutine for samhandling med pårørende, opprettet 18.12.2018).

Utviklingssenteret<sup>15</sup> bistår ved behov, både i forbindelse med utvikling av nye rutiner og i forbindelse med spesielle behov hos enkeltbrukere.

Dokumentasjon bidrar til å sikre nødvendig kontinuitet i tjenestene. Revisjonen har fått tilsendt rutiner og prosedyrer som skal sikre at nødvendig dokumentasjon blir nedtegnet og at fagsystem og journalføring foregår korrekt.

Det er en egen rutine for håndtering av nedetid i IKT-systemet Profil (EHT utarbeidet 2016, sist endret 25.7.2018). Det er også en kontrollrutine for oppfølging av bruken av fagsystemet Profil (*PLOH Internkontroll Profil helse og omsorg* er felles for helse- og omsorgsenheten, opprettet 2017, sist endret 31.1.2018). For eksempel inngår kontroll av at tjenester avsluttes og kontroll på oppfølging av avvik i Profil.

Legemiddelbehandling er et område med stor risiko, og det er utarbeidet detaljerte krav fra lovgiver i form av forskrifter og veiledere. Revisjonen har bedt spesielt om rutiner for legemiddelbehandling. Til sammen elleve detaljerte rutiner er mottatt.

---

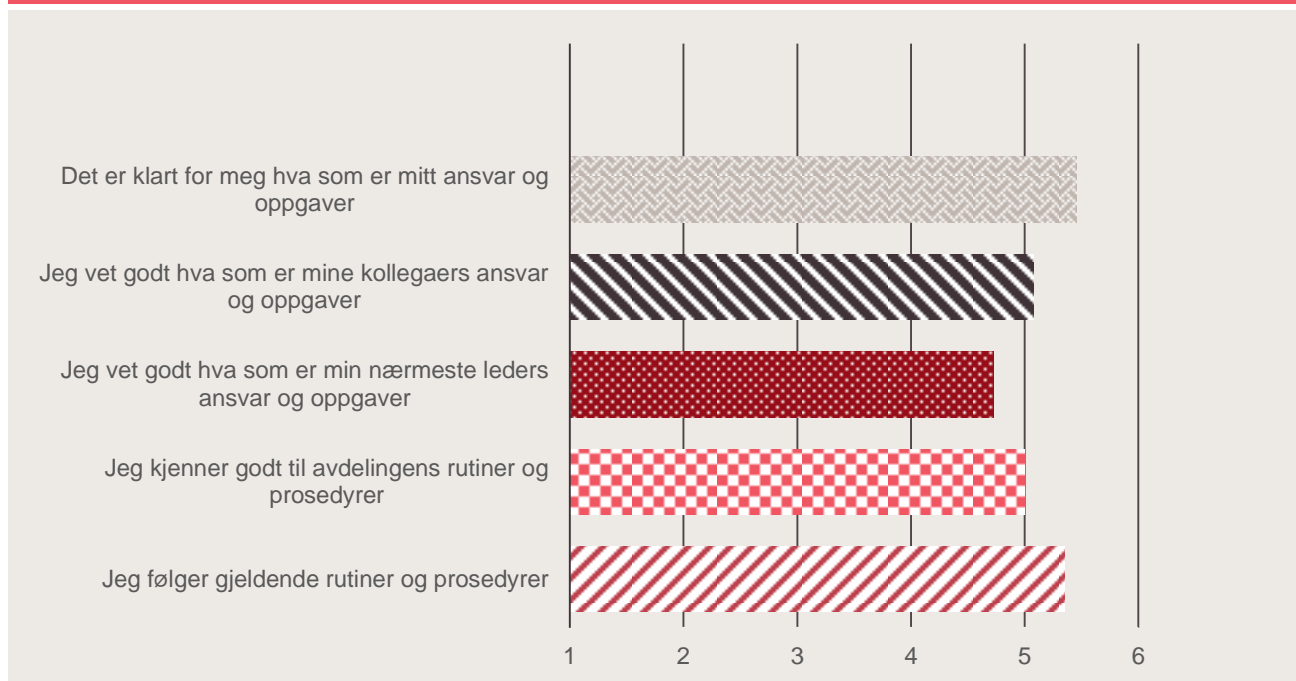
<sup>15</sup> Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus, med Lørenskog kommune som vertskommune ([utviklingssenter.no/akershus](http://utviklingssenter.no/akershus), hentet den 25.2.2019).

### Er ansvar og oppgaver, rutiner og prosedyrer kjent og etterlevd av medarbeiderne

Påstander om tema i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Søylene viser hvordan gjennomsnittsskåren fordeler seg for den enkelte påstand.

**Figur 19 Intern kontroll, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor enig eller uenig er du i følgende (N=26):



Svaralternativ «ingen formening» er ikke med i søylene.

Respondentene i hjemmesykepleien er alt i alt enige i påstandene ovenfor. Påstanden «jeg vet godt hva som er min nærmeste leders ansvar og oppgaver» er den eneste av påstandene med en gjennomsnittsskår litt under fem.

## 4.6 Er grunnleggende forutsetninger på plass?

### Kompetanse

Enhetsleder viser til at bemanningen i hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten er stabil, og at de ansatte har høy kompetanse. Hjemmesykepleien har ansatt to fagledere, den ene med spisskompetanse på somatikk, og den andre med spisskompetanse på demens og geriatri.

Enheten utarbeider årlige kompetanseplaner, senest *kompetanseplan 2018* (EHT kompetanseplan 2018 hjemmesykepleien). Enhetsleder opplyser at eksisterende kompetanse og kompetansebehov beskrives og det legges planer for å dekke behov for økt kompetanse. I intervjuene pekes også på at det gjennomføres en rekke kompetansehevende tiltak, og det er mange ansatte som tar videreutdanning. Vikarutgifter kan søkes dekket gjennom kommunens kompetansefond, noe som er positivt. Det kan likevel være en utfordring å sikre rett kompetanse til rett bruker til enhver tid, blant annet fordi fravær og sykdom kan skape utfordringer påpeker avdelingsleder.

### **Kontinuitet og informasjonsflyt/dokumentasjon**

Enhetsleder opplyser at kontinuitet og informasjonsflyt sikres på mange måter. Intervjudata viser at det er et system som skal sikre kontinuitet og god informasjonsflyt gjennom bruk av Mobil Omsorg og ansatte med listeansvar. Listeansvarlige sørger for at arbeidslister og dokumentasjon over hvilke oppgaver som skal utføres er oppdatert. Den enkelte bruker har en primærkontakt som har ansvar for å oppdatere pleieplanen og tiltaksplanen til brukerne.

Enhetsleder opplyser at det kontinuerlig jobbes med å øke dokumentasjonskompetansen, selv om de ansatte i hjemmetjenesten har god kontroll på hvor og hvordan journalføringen skal foregå.

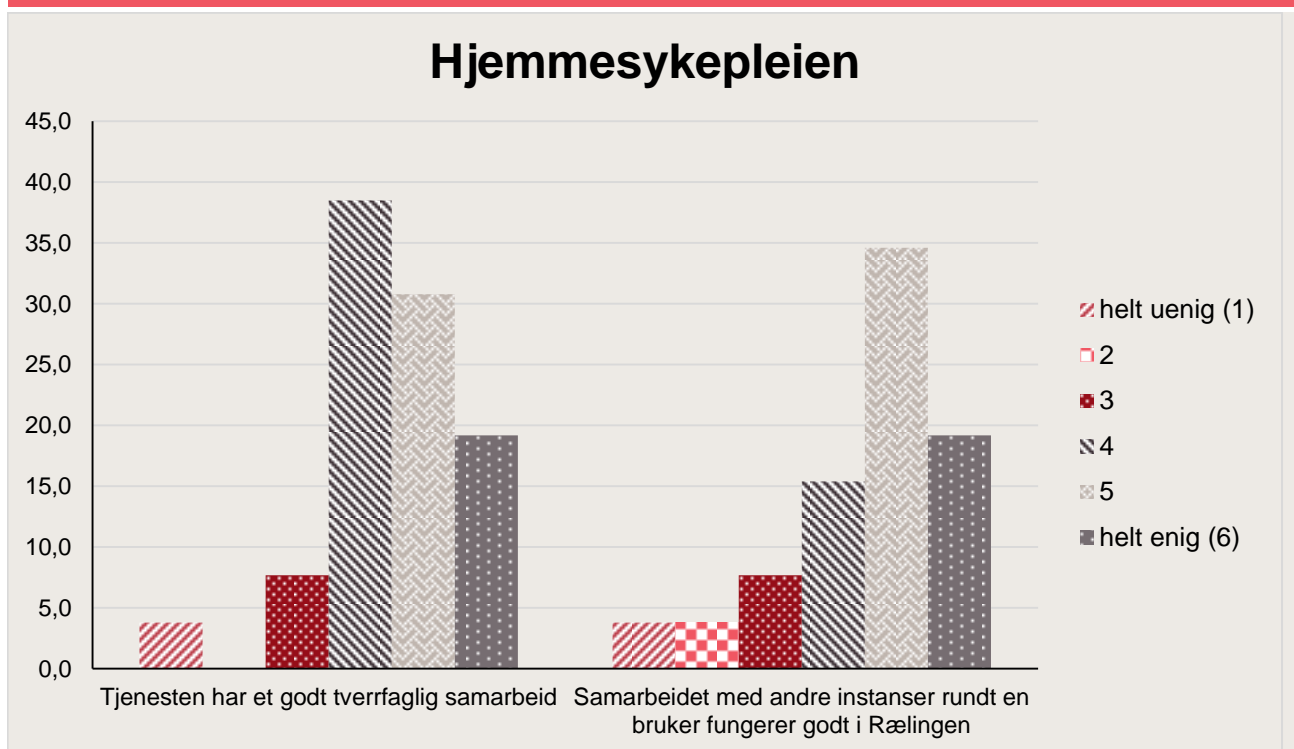
Enhetsleder opplyser at det jobbes med at det skal være så få som mulig innom bruker, og målet er at bruker ikke ser mer enn 10-12 ansatte. For å få dette til brukes primærteam rundt bruker, men dette krever mye tid til koordinering og administrasjon. Våren 2019 blir det også tjenestekoordinatorer i hver avdeling som vil få avsatt tid til dette arbeidet.

### **Samarbeid til det beste for den enkelte bruker**

I spørreundersøkelsen er det to påstander om samarbeid, og svarene på disse gjengis under, og figuren viser den prosentvise fordelingen av svarene på de ulike svaralternativene.

**Figur 20 Påstander om samarbeid**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Svaralternativet «ingen formening» er ikke med i søylene.

Alt i alt er respondentene enige i påstandene. Noe over halvparten av respondentene skårer fem eller seks på de to påstandene ovenfor. Det er samtidig elleve av 26 som skårer påstanden «tjenesten har et godt tverrfaglig samarbeid» med fire eller lavere.

### Kartlegging

Enhetsleder peker på at brukerne ofte kommer på kort varsel, og basale behov må dekkes med en gang. Kartlegging gjennomføres etter hvert, og tidsbruk og innhold vil variere ut ifra individuelle forhold. Hjemmesykepleien bruker nå de to ukene som er til rådighet før vedtak fattes. Tjenestekontoret saksutreder og innhenter grunnopplysninger, primært i samarbeid med fagleder i hjemmesykepleieavdelingen. I løpet av 2019 innføres tjenestekoordinator som har daglige møter med saksbehandlerne. Selve vedtaket fattes av hjemmesykepleien<sup>16</sup>.

Rutinene er endret på dette området i 2018. Endringen skjedde etter at fagkonsulent avdekket risiko for feilinformasjon mellom tjenestekontoret og hjemmesykepleien, se beskrivelse av risikoen i enhetens kompetanseplan 2018. Til og med 2017 var praksis slik at tjenestekontoret formulerte

<sup>16</sup> Vedtaksmyndigheten er delegert til enhetsleder hjemmebaserte tjenester og videredelegert avdelingsleder hjemmesykepleieavdelingen.



vedtak umiddelbart, basert på tilgjengelig informasjon, på det tidspunkt behov for tjenester ble meldt inn opplyser enhetsleder.

Avdelingsleder peker på at det i forbindelse med kartleggingen gjennomføres et førstegangsbesøk, og en «hva er viktig for deg» samtale, og IPLOS-registrering. Det er også et nyttig samarbeid med innsatsteamet og demensteamet i denne første fasen.

Når vedtak er fattet skal brukerens behov gjenspeiles i den enkelte brukers pleieplan. Videre i løpet gjennomføres jevnlig møter i teamet rundt en bruker. Formålet med disse møtene er å sikre kontroll med oppfølging av den enkelte. Avdelingsleder peker på at det kan være en utfordring å få tid til møtene, og at det jobbes med å forbedre dette.

### **Demensteamet og innsatsteamet<sup>17</sup>**

Kommunen har en demensplan (kommunestyret 15.6.2016) som skal «ta fag og folk på alvor og skal sørge for en primærhelsetjeneste som er bruker- og pårørendetilpasset» (Rælingen kommune 2016). Kommunens demensteam jobber etter modellen «helhetlig personorientert pasientforløp». Teamet jobber tett med institusjonstjenesten, dagsenter og hjemmetjenesten (ibid), og teamet vektlegger at personer med symptomer på demens kartlegges og utredes slik at rett diagnose kan stiles og rett tjenestetilbud kommer på plass (kommunens hjemmeside om demensteamet, sist oppdatert desember 2017).

Gjennomgående i intervjuene er at demensteamet i kommunen har stor verdi og får utrettet mye som er av betydning for både ansatte og brukere. Videre kommer det fram at teamet er av stor betydning ut mot de enkelte brukergruppene, særlig hjemmeboende og beboere på korttids- og rehabiliteringsavdelingen. Enhetsleder hjemmetjenesten peker på at demensteamet har brukerdiallog som en del av sitt arbeid.

Kommunen har som nevnt også et innsatsteam, og dette teamet kan jobbe brukerrettet i inntil 8 uker. Teamet består av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut (kommunens hjemmeside om innsatsteamet). Avdelingsleder hjemmetjenesten opplyser at innsatsteamet tar førstegangsbesøk hos brukere som faller inn under visse kriterier, og teamet kan også være saksbehandler for tjenestekontoret. Brukerrettet oppfølging skjer der det er behov for ekstra innsats, enten bare fra teamet eller i samarbeid med hjemmesykepleien påpeker avdelingsleder.

---

<sup>17</sup> Tjenestekontoret for helse og omsorg (THO) er organisert med to avdelinger:

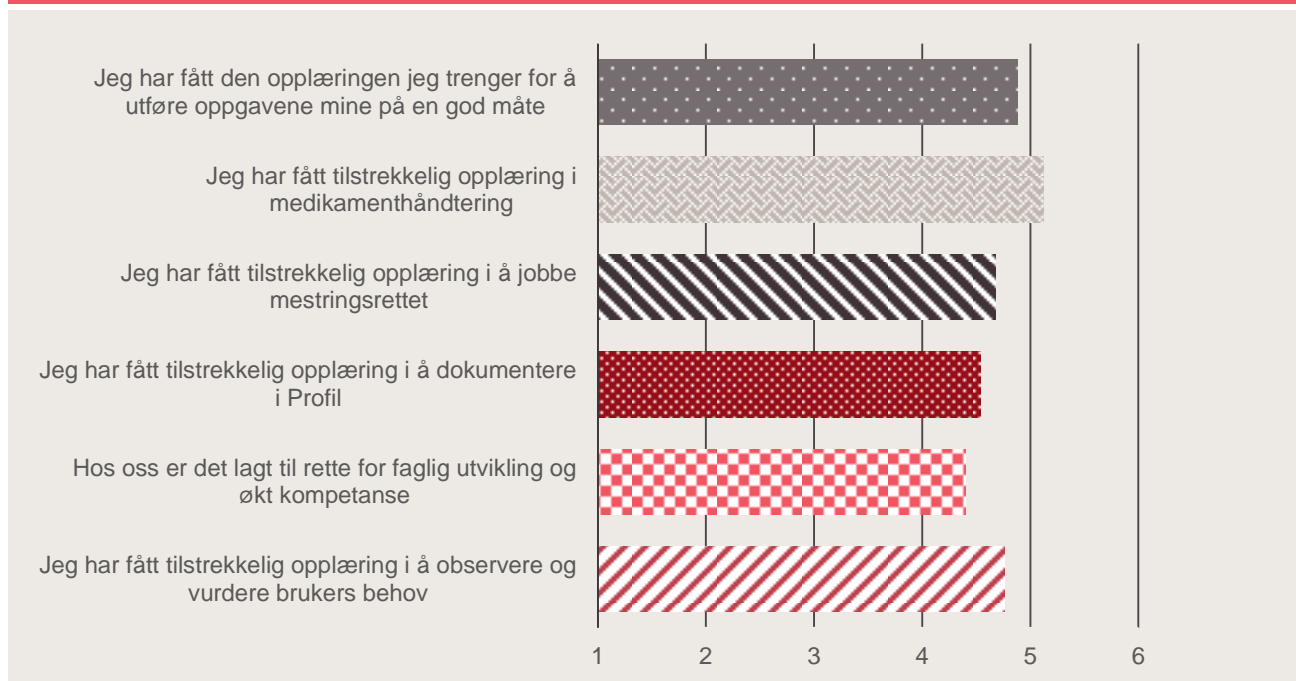
- Avdeling for mestring og rehabilitering, herunder innsatsteam og fysio- og ergoterapitjeneste.
- Avdeling for helse, omsorg og bolig er tverrfaglig sammensatt og saksbehandler blant annet søknader om opphold i institusjon, hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

### Medarbeidernes opplevelse av opplæring, kunnskap og kompetanse

Påstander om opplæring, kunnskap og kompetanse framstilles nedenfor, og det er gjennomsnittsskåren som er tatt med i denne figuren.

**Figur 21 Opplæring, kunnskap og kompetanse - hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26):



De ansatte er stort sett enige i påstandene ovenfor. Gjennomsnittlig skår ligger mellom fire og fem for påstandene. Respondentene gir samtidig uttrykk for en opplevelse av at det kunne vært lagt bedre til rette for «faglig utvikling og økt kompetanse» i hjemmesykepleien.

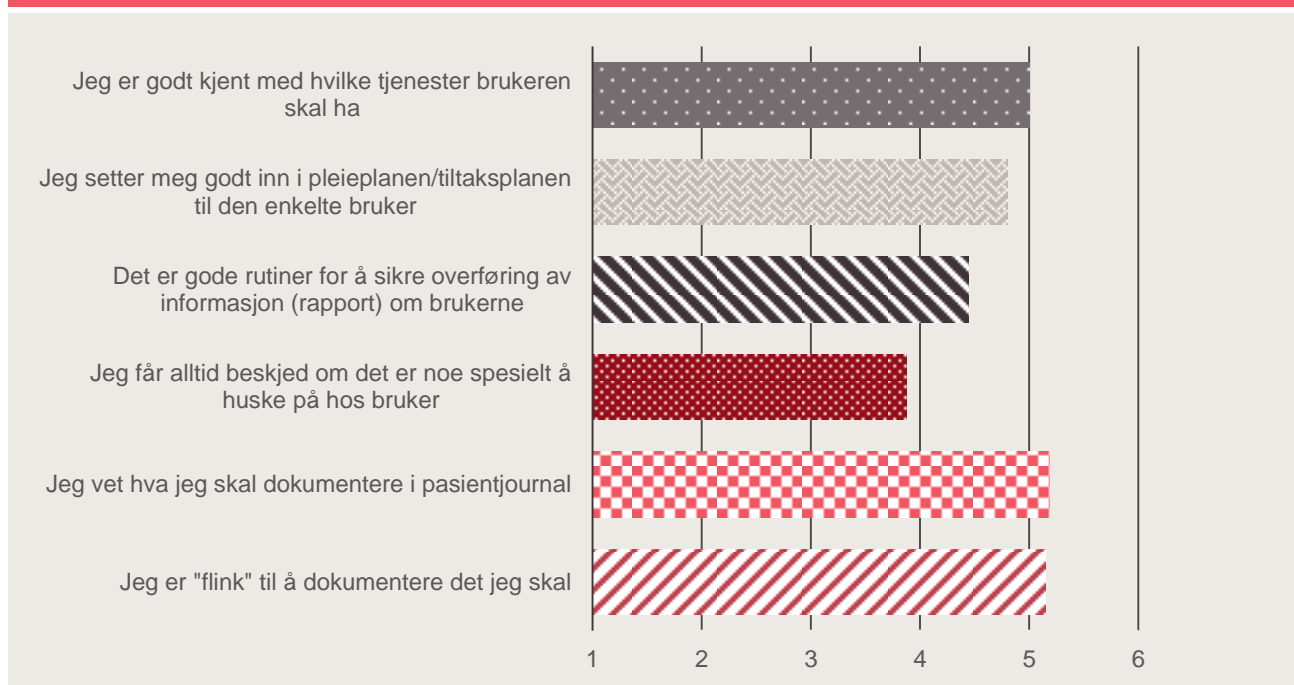
En av respondentene i hjemmesykepleien kommenterer at tjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta hjemmeboende pasienter med demens.

### Medarbeidernes opplevelse av kjennskap til pasientene og dokumentasjon

Påstander om tema i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor, og det er gjennomsnittsskåren som vises for hjemmesykepleien.

**Figur 22 Påstander om kjennskap til pasientene og dokumentasjon - hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26):



Respondentene gir uttrykk for at det i mindre grad er gode rutiner for å sikre overføring av informasjon (rapport) om brukerne. 14 av 26 respondenter har skåret denne påstanden med skåren fire eller lavere.

Respondentene i hjemmesykepleien opplever at de ikke alltid får beskjed om det er noe spesielt å huske på hos bruker. Det er 14 av 26 respondenter som skårer påstanden med fire eller lavere.

Dette tyder på at det er et forbedringspotensial knyttet til rutiner for å sikre overføring av informasjon og det å få beskjeder som gjelder en pasient.

#### 4.7 Er det lagt til rette for ivaretagelse av grunnleggende behov?

Med grunnleggende behov forstås i denne sammenheng de behov som listes opp i kvalitetsforskriften § 3, 2. ledd, som for eksempel respektfull og verdig behandling, sosiale behov og ernæring.

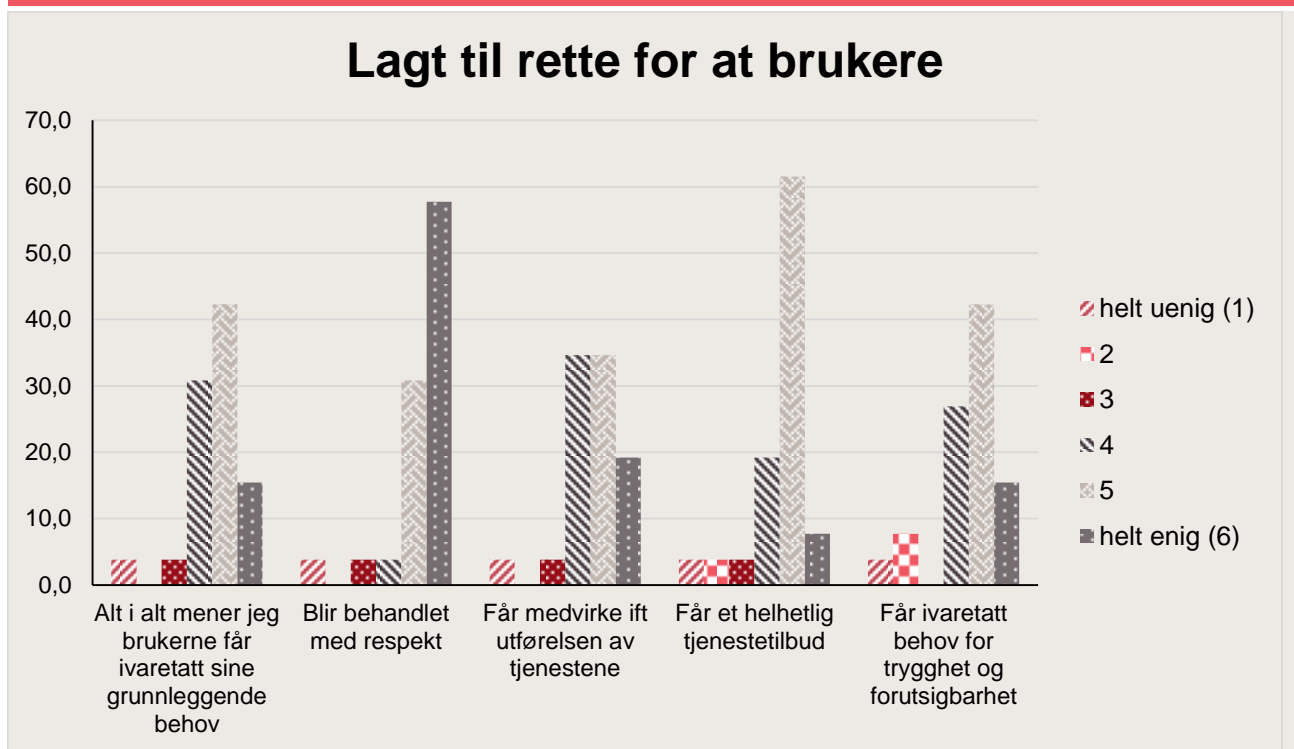
Enhetsleder opplyser at det er stort fokus på å sette bruker i sentrum, og kommunen bruker begreper som «personsentrert omsorg» eller «individuell basert omsorg». Bruker blir spurt «hva er viktig for deg», og det prøves å få på plass tilbud på tvers av de ulike tjenestene i kommunen ved behov. Videre jobbes det aktivt med at ansatte har en forståelse for at de går inn i andres hjem.

### Medarbeidernes opplevelse av ivaretakelse av grunnleggende behov

I figurene nedenfor viser revisjonen hvordan respondentene skårer på flere påstander. I den første figuren handler påstandene om grunnleggende behov, respekt og verdighet, og i den neste figuren handler påstanden om ivaretakelse av individuelle behov. Svarene presenteres med prosentvis fordeling på en skala fra en til seks.

**Figur 23 Grunnleggende behov - hjemmesykepleien**

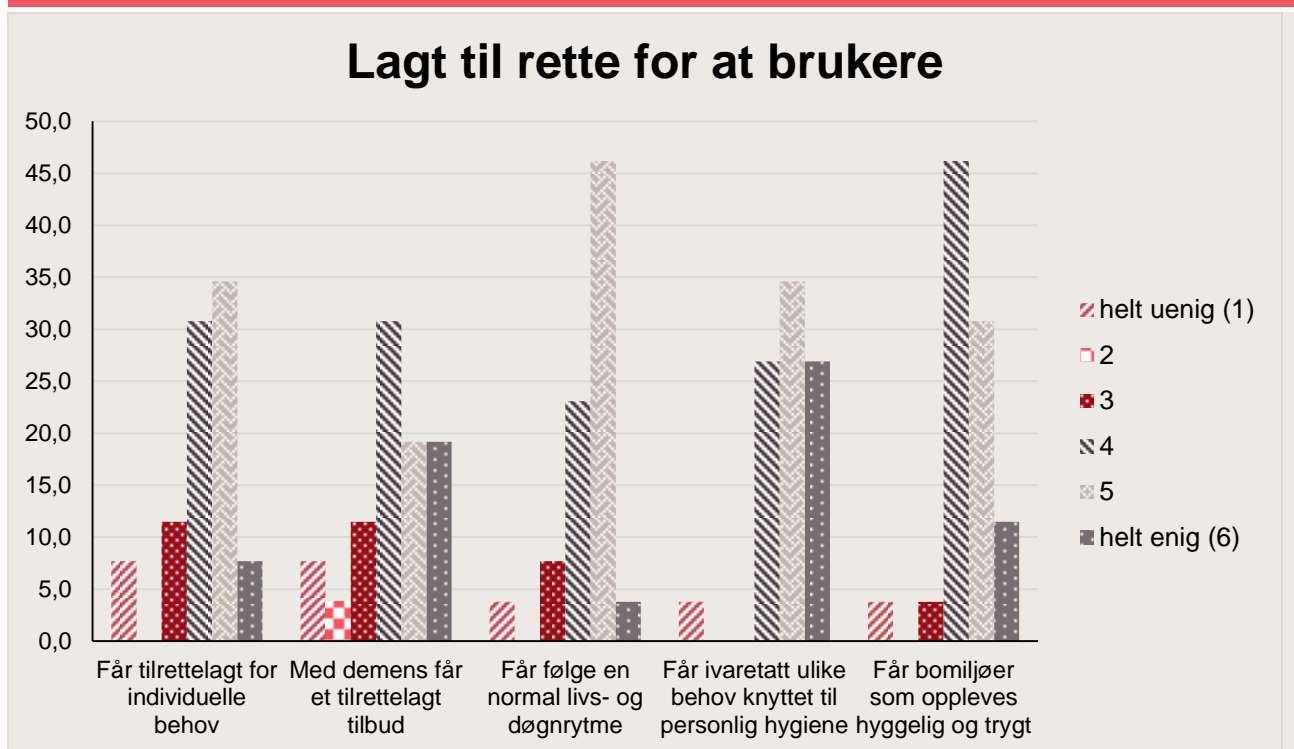
På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Gjennomgående viser figuren at respondentene svarer at de er enige i påstandene. Det er over halvparten som skårer fem eller seks (helt enig). På den annen side uttrykkes også et visst forbedringspotensial knyttet til påstandene «alt i alt mener jeg brukere får ivaretatt sine grunnleggende behov», «får medvirke i utførelsen av tjenestene» og «får ivaretatt behov for trygghet og forutsigbarhet».

**Figur 24 Grunnleggende behov, forts. - hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Halvparten av respondentene i hjemmesykepleien svarer at det er lagt godt til rette for at brukere får ivaretatt individuelle behov generelt (skår fire til seks).

Samtidig peker mange respondenter på et forbedringspotensial ved å skåre at de er uenige eller gir høy skår på fire. Det er særlig påstandene «får tilrettelagt for individuelle behov», «med demens får et tilrettelagt tilbud» og «får bomiljøer som oppleves hyggelig og trygt» som indikerer rom for forbedring.

Kommentarer til påstanden om det er lagt til rette for at brukere «med demens får et tilrettelagt tilbud» peker på at demente ikke behandles individuelt, men som en gruppe med «demente». Det pekes videre på at det ikke settes inn skreddersydde tiltak for brukere med demenssykdom.

### Sosiale behov

Enhetsleder påpeker at brukerundersøkelsene har vist at brukere opplever ensomhet. Det er satt inn noen tiltak, som for eksempel besøkshunder, samarbeid med frivilligheten og guttene/jentene på tur. Videre pekes på at det nylig er satt inn et nytt tiltak med felles aktiviteter, og på sikt skal dette tiltaket driftes i samarbeid med fire frivillige i samhandling med brukerne.

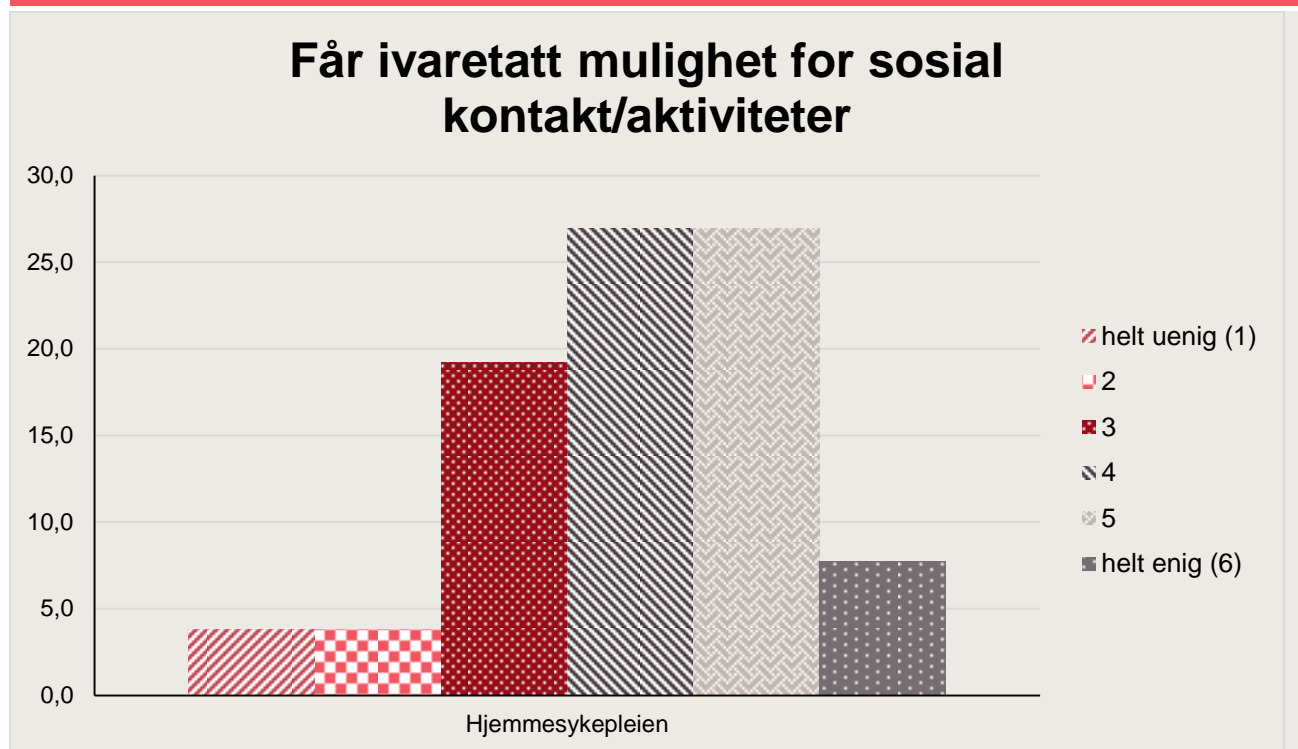
Innenfor demensomsorgen i hjemmesykepleien jobber avdelingen med å ivareta sosiale behov og sikre fysisk aktivitet. Enhetsleder peker på at viktigheten av forebygging av sosial isolasjon, øke fysisk og sosial aktivitet underbygges av forskning på området. Dette innebærer også å bygge

nettverk med frivillige og familie, samt å sette inn tilsyn fra hjemmesykepleien og demensteam for å bryte isolasjonsmønster (e-post 28.2.19).

Svar på påstanden om i hvilken grad brukere «får ivaretatt mulighet for sosial kontakt/aktiviteter» er tatt med nedenfor. Svarene vises med prosentvise fordelingen.

**Figur 25 Sosiale behov, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Respondentene er alt i alt enige i at brukerne får ivaretatt mulighet for sosial kontakt/aktiviteter. Samtidig er det flere som også er uenige i påstanden, og det er en høy skår på fire og dette indikerer et forbedringspotensial.

### Ernæring

Enhetsleder trekker fram at det skal gjennomføres ernæringskartlegging, og peker på at hjemmetjenesten er flink til å kartlegge der det avdekkes et behov. Avdelingsleder viser til at det er laget et kartleggingsskjema som primærteamet skal ta opp i sine møter. Et prosjekt for å videreutvikle ernæringskompetansen i hjemmetjenesten er gjennomført i samarbeid med IFE<sup>18</sup>.

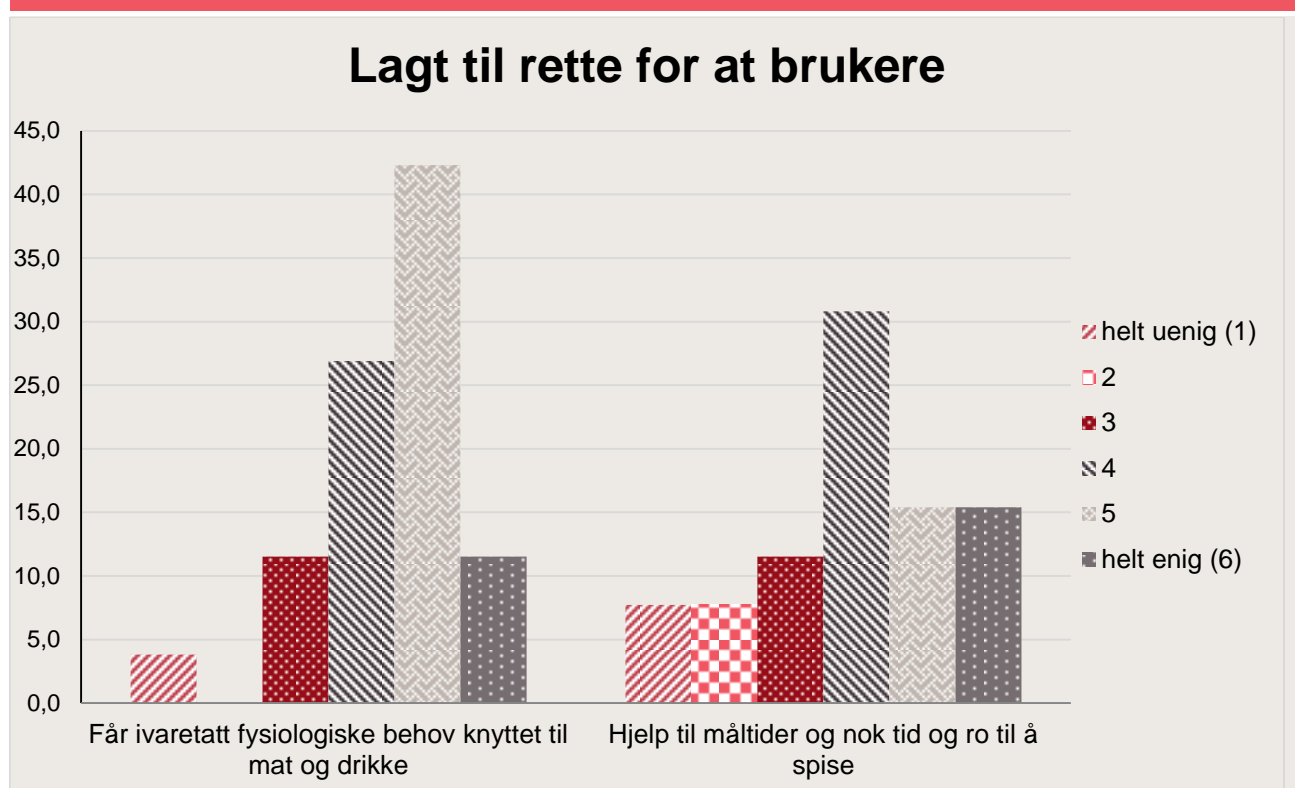
<sup>18</sup> IFE: Institutt for energiteknikk, Kjeller.

Avdelingsleder peker også på et nytt tiltak, samspising, som er påbegynt i samarbeid med demensteamet. Avdelingen forsøker å legge til rette for at det settes av tid til å gjennomføre mer samspising framover da dette oppleves som positivt for brukerne, særlig for demente som fortsatt bor hjemme. Samspising kan settes inn ved ett eller flere måltider, og vil også være et bidrag til at brukere kan bo hjemme lenger.

Svar på påstandene om i hvilken grad brukere «får ivaretatt mulighet for sosial kontakt/aktiviteter» og «nok hjelp og ro ved måltider» er tatt med nedenfor. Svarene vises med den prosentvise fordelingen på det enkelte svaralternativ.

**Figur 26 Fysiologiske behov og hjelp og ro ved måltider - hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Svarene peker i stor grad på en opplevelse av at brukere får ivaretatt fysiologiske behov knyttet til mat og drikke, men det er også noe under halvparten som skårer fire eller lavere. «Hjelp til måltider og nok tid og ro til å spise» opplever færre at er ivaretatt, og over halvparten skårer fire eller lavere på denne påstanden (to av respondentene har svart «ingen formening» på denne påstanden).

### Medisinhåndtering

Det er flere rutiner og prosedyrer for håndtering av medisiner, nærmere om dette foran. Alle ansatte har medisinkurs som er obligatorisk for å kunne håndtere medisiner opplyser avdelingsleder i intervju. Det er avvik på medisiner hver måned, særlig går det igjen at brukere glemmer å ta medisiner, ansatte glemmer å minne på det, eller det er glemt igjen fysisk.

Videre trekkes fram at hjemmetjenesten har en ordning med Multidose for 160 brukere per januar 2019, og de fleste brukerne tar medisinen sin selv. I tillegg er det tatt i bruk ti elektroniske medisindispensere, med mål om å øke dette til 30. Hun legger til at dette er i tråd med mestringsperspektivet samtidig som det gir en effektiviseringsgevinst som kan benyttes til andre oppgaver, og økt kvalitet.

### **Rehabilitering**

Enhetsleder peker på at hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering har vært et prioritert satsningsområde over flere år som et ledd i å sikre ivaretagelse av brukers grunnleggende behov. I dette arbeidet er det et tett samarbeid med innsatsteamet i kommunen. Enhetsleder viser til at dette er et forbedringsområde og en nødvendig retning å følge.

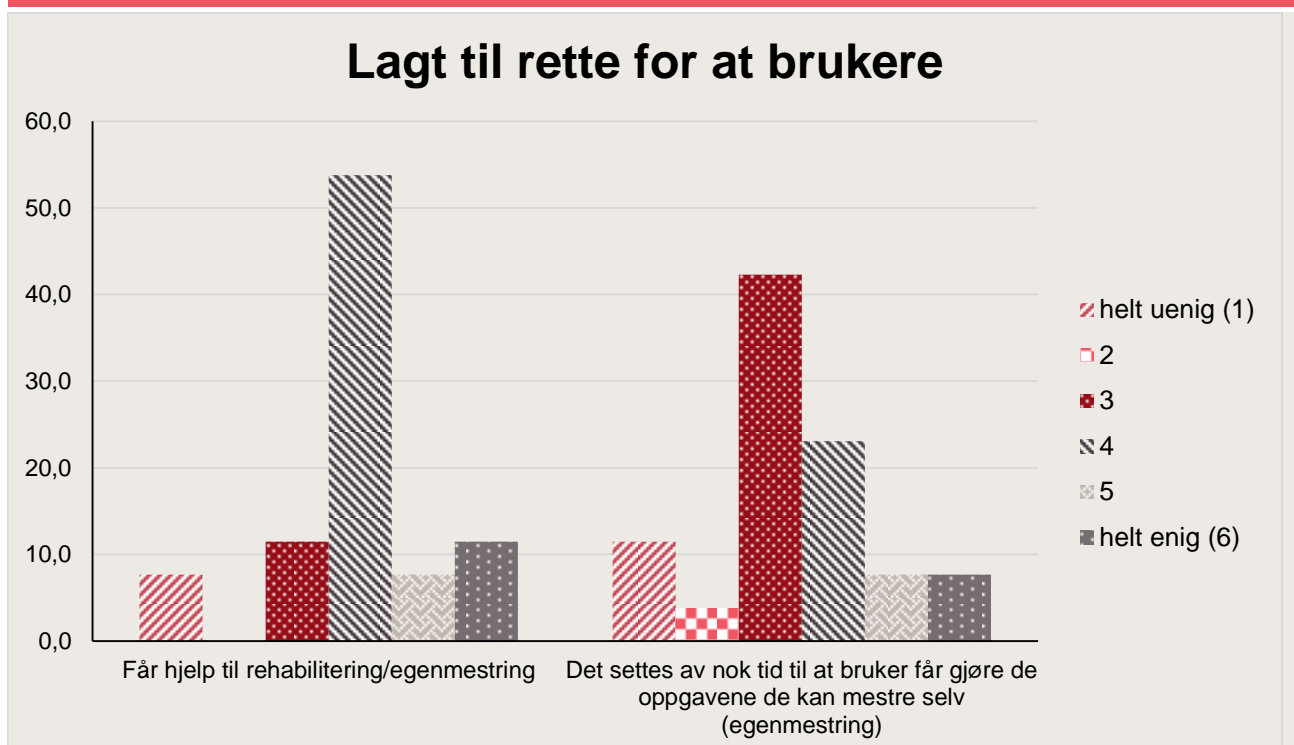
Avdelingsleder peker på at det er fokus på at brukerne skal gjøre så mye de kan selv. Fokuset har endret seg fra hverdagsrehabilitering til egenmestring. Når mål for pasienten settes skal brukers egen mestringsevne tas med i dette arbeidet. Enhetsleder viser til at dette er et forbedringsområde og en nødvendig retning å følge.

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad brukere «får hjelp til rehabilitering/egenmestring» følger nedenfor. Svarene vises med den prosentvise fordelingen på det enkelte svaralternativ.



**Figur 27 Rehabilitering og egenmestring - hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Spørreundersøkelsen til ansatte ved korttidsavdelingen (N=17), Løvenstادتoppen (N=20) og Løvenstادتunet (N=28) (langtidsavdelinger)

Respondentene gir uttrykk for at det etter deres opplevelse er et stort potensial for forbedring når det gjelder rehabilitering og egenmestring. Færre enn ti av 26 respondenter er helt enige i disse påstandene (skår fem eller seks).

### Legedekning og fysioterapi

Avdelingsleder poengterer at samarbeidet med den enkelte brukers fastlege fungerer godt etter at PLO-systemet<sup>19</sup> ble tatt i bruk.

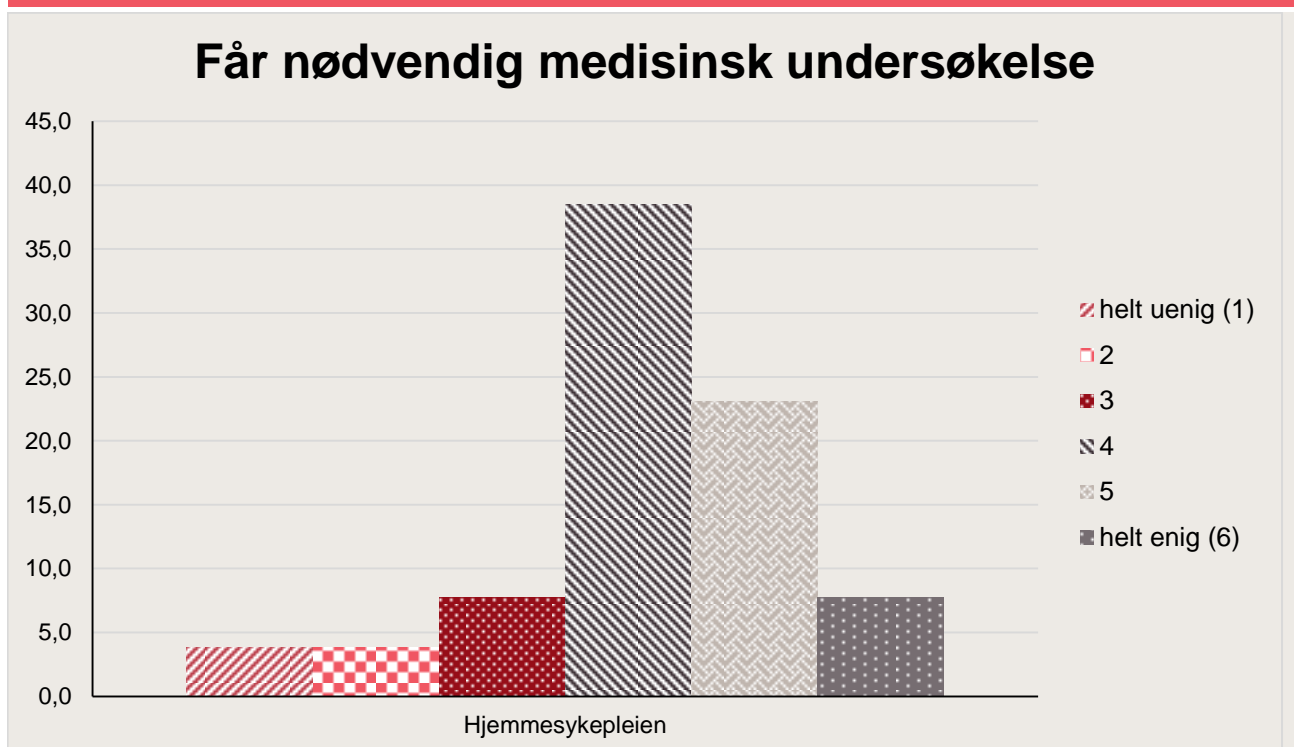
Enhetsleder opplyser at brukerne har private fysioterapiavtaler eller trener på dagsenteret for de som er der. Samtidig er innsatsteamet tett på bruker når det gjelder hverdagsmestring.

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad brukere «får nødvendig medisinsk undersøkelse redegjøres for nedenfor. Svarene vises med prosentvise fordelingen på det enkelte svaralternativ.

<sup>19</sup> PLO-systemet er elektronisk meldingsutvekslingssystem mellom sykehus og kommunen

**Figur 28 Medisinsk undersøkelse, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Spørreundersøkelsen til ansatte i hjemmesykepleien. Fire har valgt alternativet «ingen formening» og er ikke med i grafen.

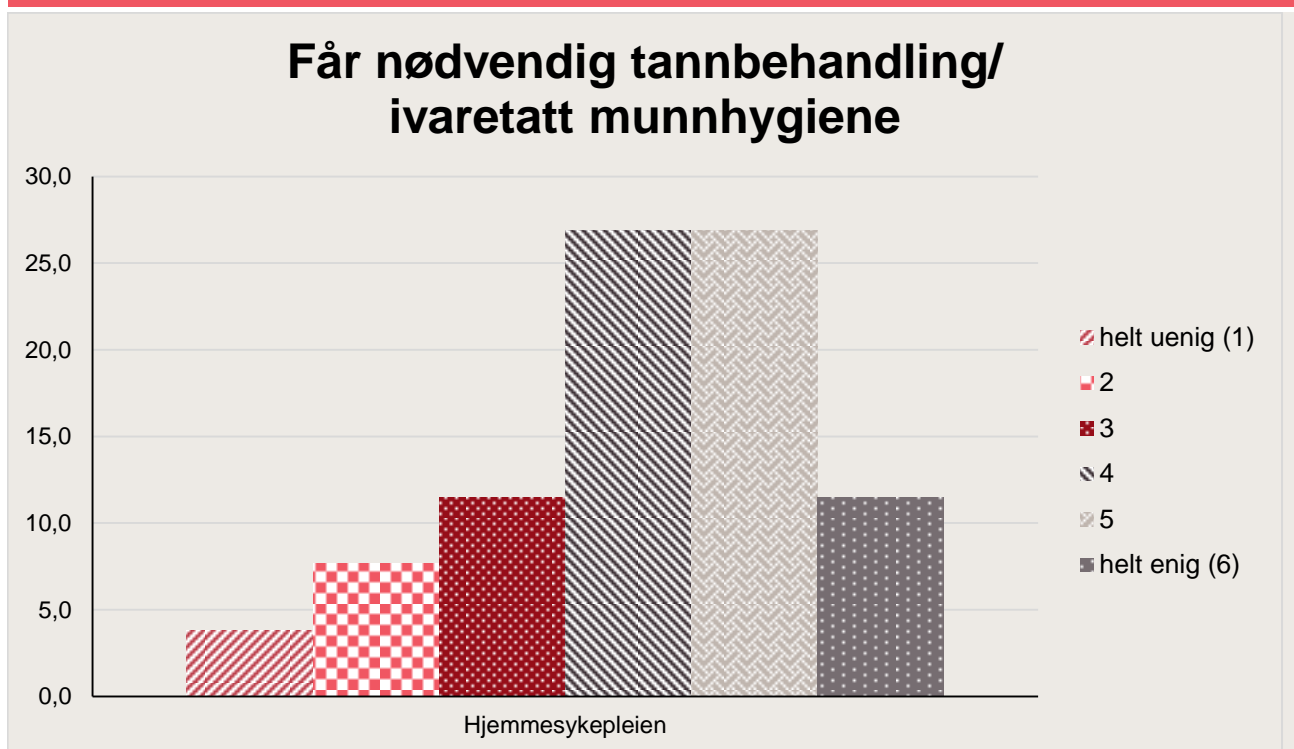
Av 26 respondenter er det åtte som har skåret påstanden med fem eller seks (helt enig). Respondentene gir uttrykk for at det etter deres mening er et forbedringspotensial knyttet til at brukere får nødvendig medisinsk undersøkelse i hjemmesykepleien. 14 av 26 respondenter har skåret påstanden med fire eller lavere.

### Tannbehandling og munnhygiene

Påstanden i spørreundersøkelsen om i hvilken grad brukere «får nødvendig tannbehandling/ ivaretatt munnhygiene» redegjøres for nedenfor. Svarene vises med prosentvise fordelingen på det enkelte svaralternativ.

**Figur 29 Tannbehandling og munnhygiene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=65)



Tre av 26 har valgt skåren «ingen formening». Disse er ikke med i grafen.

Det er stor spredning i hvordan de ansatte opplever at tannbehandling og munnhygiene blir ivaretatt blant brukere av hjemmesykepleie. Ti av 26 ansatte skårer påstanden med fem eller seks (helt enig), og når halvparten skårer fire eller lavere er dette uttrykk for forbedringspotensial.

#### 4.8 Revisjonens vurdering

Etter revisjonens vurdering har kommunen langt på vei lagt til rette for at brukernes grunnleggende behov ivaretas, både i sykehjem og hjemmesykepleien, men det er likevel viktig at kommunen ser nærmere på de muligheter for forbedringer som kommer fram i rapporten.

Kommunen har intern kontroll, rutiner og prosedyrer som skal sikre kravene i kvalitetsforskriften. Svarene på spørreundersøkelsen viser at medarbeiderne i tjenestene er godt kjent med og følger rutiner og prosedyrer i praksis.

Revisjonens vurdering er at flere av de grunnleggende forutsetninger som skal sikre at den enkelte bruker får gode tjenester også er på plass. Undersøkelsen viser at det utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for faglig utvikling og økt kompetanse. Svarene på spørreundersøkelsen indikerer at det er et forbedringspotensial når det gjelder å legge til rette for faglig utvikling og økt kompetanse, selv om skåren generelt var høy også her. Intervjuer og svar i spørreundersøkelsen tyder også på at det er etablert en god dokumentasjons- og kartleggingspraksis i tjenestene.

Undersøkelsen viser at medarbeiderne i tjenestene generelt opplever at det er lagt til rette for å ivareta brukernes grunnleggende behov. Samtidig viser spørreundersøkelsen til de ansatte at det er variasjon mellom tjenestene og muligheter for forbedringer. På korttidsavdelingen opplever cirka 80 prosent av de som har svart på spørreundersøkelsen at brukerne alt i alt får ivaretatt sine grunnleggende behov i stor grad. På langtidsavdelingene opplever cirka 70 prosent tilsvarende, mens tallet i hjemmetjenesten er i underkant av 60 prosent. Spørreundersøkelsen viser også at det kan være et forbedringspotensial både i institusjonstjenesten og hjemmesykepleien knyttet til om brukere med demens får et tilrettelagt tilbud.

## 5 AVVIKSHÅNDTERING

I dette kapitlet besvares den andre problemstillingen:

I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering?

### 5.1 Revisjonskriterier

Rælingen kommune beskriver i «veileder til internkontroll» (2015) at Kvalitetslosen (Compilo) er tatt i bruk som kommunens internkontrollverktøy. Videre beskriver kommunens veileder at et velfungerende system for avviks- og tiltaksoppfølging er en viktig del av rådmannens betryggende kontroll (internkontroll).

Kommunen har en felles rutine «Avvik – hvordan melde og følge opp» (sist endret august 2018) som først og fremst tar for seg avvik som skal meldes i Kvalitetslosen. Rutinen beskriver at enhetene skal gjennomføre årlige risikovurderinger slik at sårbare områder fanges opp og som igjen kan føre til avvik. Rutinen definerer avvik, og anbefaler at enhetene definerer avvik nærmere lokalt.

Formålet med forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Internkontrollplikten følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd (§ 2). Ansvaret for styringssystemet er lagt til den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, dog også at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette (§ 3). Nedenfor går vi nærmere inn på de kravene som er særlig relevante knyttet til avvikshåndtering.

Når det gjelder avvik innebærer plikten til å planlegge (§ 6g) følgende oppgaver:

Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Plikten til å evaluere (§ 8) innebærer:

Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Tilsvarende omfatter plikten til å korrigere (§ 9) at avvik lukkes (§9 a), sørge for korrigerende tiltak (§ 9b) samt forbedring av rutiner og prosedyrer (§ 9 c).

Ensartet og systematisk avviksmelding er på aggregert nivå også viktig som styringsinformasjon med hensyn til innretning og planlegging av tjenestene.

### 5.1.1 Utlede kriterier

På bakgrunn av ovenstående har revisjonen utledet kriterier.

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kommunen må ha på plass et avvikssystem</li> <li>✓ Kommunen må sikre god praksis for melding av avvik</li> <li>✓ Kommunen må lukke avvik og bruke informasjonen i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon</li> </ul>

## Institusjonstjenesten

### 5.2 Er et avvikssystem på plass?

Institusjonstjenesten har utarbeidet rutinen «EIT Avviksrapportering» (sist revidert oktober 2018). Rutinen beskriver at rapportering av avvik knyttet til pasient registreres i fagsystemet Profil. Videre beskriver rutinen avdelingsleders ansvar for å ta ut månedlige rapporter og vurdere behov for tiltak og iverksette disse, og enhetsleders ansvar for å samle rapportene og rapportere avvik videre i tertial- og årsrapport. Rutinen beskriver videre at:

- ansatte skal være kjent med avvikssystemet og hvordan melde avvik
- når avvik er registrert i Profil som «alvorlig» skal pårørende i tillegg varsles om hendelsen
- avvik i Profil som er «alvorlig» skal i tillegg meldes i Kvalitetslosen.

Enhetsleder og avdelingslederne ved langtidsavdelingene opplyser i intervju at det er høyt fokus på hva som er et avvik, det kommuniseres at avvik også skal forstås som forbedringsarbeid og ikke som feil.

Rutinen «EIT avviksrapportering» beskriver hvordan avvik skal meldes, og revisjonens gjennomgang viser at dette samsvarer med intervjureferatene om praksis på området.

### 5.3 Sikres god praksis slik at avvik meldes?

Enhetsleder understreker at kulturen skal være «skriv gjerne et avvik for mye, enn for lite».

Avdelingslederne peker på at avvik er tema på avdelingsmøter flere ganger i løpet av året, og det er oppfølging på opplæring av de ansatte i registrering av avvik. Samtidig pekes på at det kan være utfordrende å nå ut til helge-stillinger, og det kan være subjektivt hva som oppleves som et avvik. Det gis uttrykk for at avvik i noen grad underrapporteres. Videre opplyser disse lederne at fall er gjentakende avvik og at det samme gjelder medisiner.

Avdelingsleder ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen oppfatter det slik at avvikshåndteringen ikke var tilstrekkelig da hun tiltrådte ved avdelingen. Videre pekes på at det føres alltid avvik på det som gjelder pasientene, men i liten grad på det som gjelder de ansatte. Det er derfor gjennomført temamøter på hva som er et avvik, og at avvik også inkluderer vold/trusler/trakassering mot de

ansatte. Det er økt fokus på å skrive avvik, og avdelingsleder påpeker at det handler om å «ta situasjonen ut fra pauserommet og ned på avviksskjema». Avdelingsleder trekker fram at det varierer i hvilken grad ansatte ved avdelingen er vant til å bruke avvikssystemet.

Institusjonstjenesten rapporterer om 255 meldte pasientavvik i fagsystemet Profil i løpet av 2018, hvorav 37 er registrert med høy alvorlighetsgrad. Tabellen under viser hvor mange avvik som er registrert med høy alvorlighetsgrad samlet for institusjonstjenesten i 2018 av totalt antall avvik innenfor hver gruppe.

**Tabell 1 Avviksregistrering i Profil, institusjonstjenesten**

Institusjonstjenesten, antall avvik registrert i Profil med høy alvorlighetsgrad, 2018

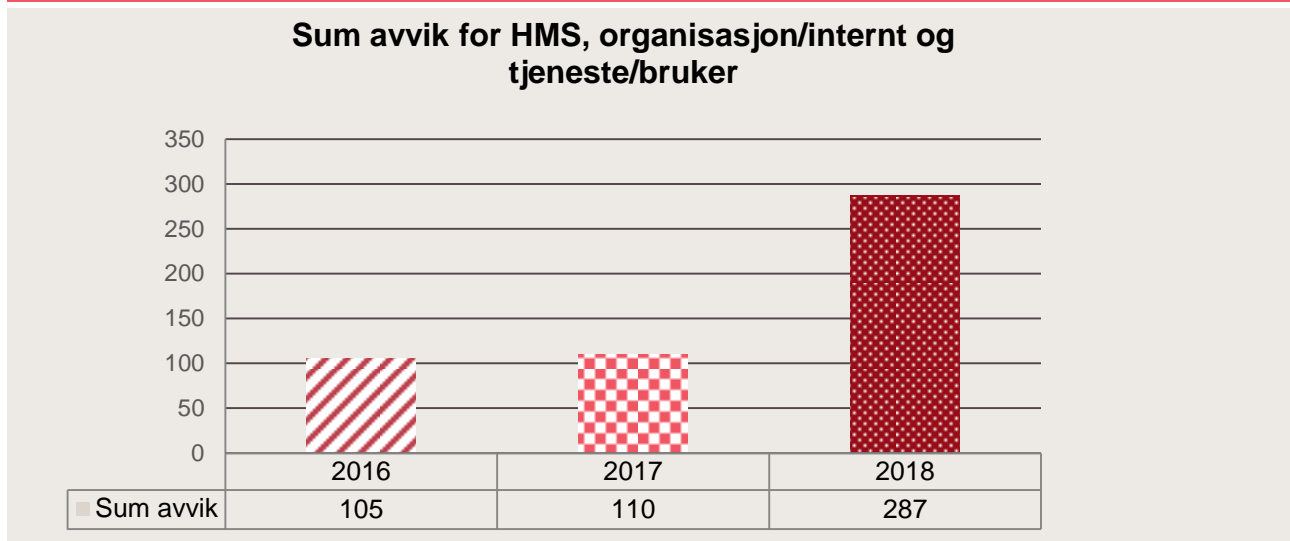
Angrep på personell	Brudd på fagprosedyre	Brudd informasjon	Fall	Brudd medikament-håndtering	Feil-medisinering	Stikker av
2 av 19 avvik	3 av 21 avvik	1 av 7 avvik	20 av 83 avvik	4 av 45 avvik	5 av 37 avvik	2 av 3 avvik

Kilde: Institusjonstjenesten, Rælingen kommune. I tillegg er det registrert noen avvik med liten og middels alvorlighetsgrad: trussel mot personell (4), og trussel/angrep mot andre (1), brudd på lovverk (15), brudd vedtak/tjenester (5), brudd avtale (7), brudd beboerøkonomi (0), brudd pas.rett 4A (3), brudd etiske retningslinjer (2) samt feilregistrerte avvik (3).

I tillegg registreres avvik i Kvalitetslosen. I dette systemet registreres avvikstypene HMS, organisasjon/internt og tjeneste/bruker. Utviklingen i antall meldte avvik samlet innenfor kategoriene er tatt inn i tabellen under:

**Tabell 2 Sum meldte avvik i Kvalitetslosen, institusjonstjenesten**

Institusjonstjenesten, antall avvik per år 2016, 2017 og 2018



Kilde: Tilstandsrapport Rælingen 2018 og oversikt over avvik fra institusjonstjenesten for 2018 (sykehjem).

Tabellen over viser at det har vært en økning i antall meldte avvik i Kvalitetslosen fra 2016/2017 til 2018. Mottatt rapport viser at økningen i antall avvik er størst innenfor organisasjon/internt (fra 25 i 2017 til 83 i 2018) og tjeneste/bruker (fra 8 i 2017<sup>20</sup> til 117 i 2018). Antall avvik på HMS er mer stabilt (fra 71 i 2017 til 87 i 2018). Av totalt 287 avvik ser vi av mottatt utskrift fra Kvalitetslosen for 2018 at 117 av disse er avvik som gjelder «Tjeneste/bruker». Dette er, slik revisjonen forstår rutinen, pasientavvikene som også registreres i Profil, og som etter rutinen skal omfatte avvik der man har haket ut alvorlighetsgrad «alvorlig». I Profil er det registrert 37 avvik med alvorlighetsgrad «alvorlig».

Enhetsleder opplyser til revisjonen at det har blitt meldt flere avvik generelt i 2018 fordi det har vært fokus på at avvik skal rapporteres. Det varierer hvor mange avvik som er meldt fra den enkelte avdeling. Flest avvik er meldt ved korttidsavdelingen og ved Løvenstadtoppen, og ved sistnevnte avdeling er det avdekket et behov for å jobbe med hva som er høy alvorlighetsgrad og definisjonen av hva dette vil si. Enhetsleder opplyser videre at det er registrert 82 avvik i kvalitetslosen med middels alvorlighet og 85 avvik med høy alvorlighet. Disse avvikene inkluderer HMS, organisasjon/internt og tjeneste/bruker.

Det følger av rutinen at avvik knyttet til pasient skal meldes i Profil. I Kvalitetslosen meldes avvik innenfor kategoriene HMS, organisasjon/internt og tjeneste/brukere. Alvorlige pasientavvik skal også meldes i Kvalitetslosen, og disse avvikene framkommer under kategorien tjeneste/bruker.

Det er slik at avvik med alvorlighetsgrad «alvorlig» i Profil (37 avvik i 2018) også skal meldes i Kvalitetslosen (117 i rapport fra Kvalitetslosen i 2018). Det følger av rutinen at det er pasientavvik som skal meldes i fagsystemet Profil, og revisjonen mener derfor at det skal være samsvar mellom 37 avvik i Profil og 117 avvik i Kvalitetslosen knyttet til tjeneste/bruker. Innhentet tilleggsinformasjon oppgir at det er 85 avvik med høy alvorlighet meldt i Kvalitetslosen totalt (HMS, organisasjon/internt og tjeneste/bruker).

### **Medarbeidernes opplevelse - påstander om avviksmeldinger**

Påstander om melding av avvik i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingen.

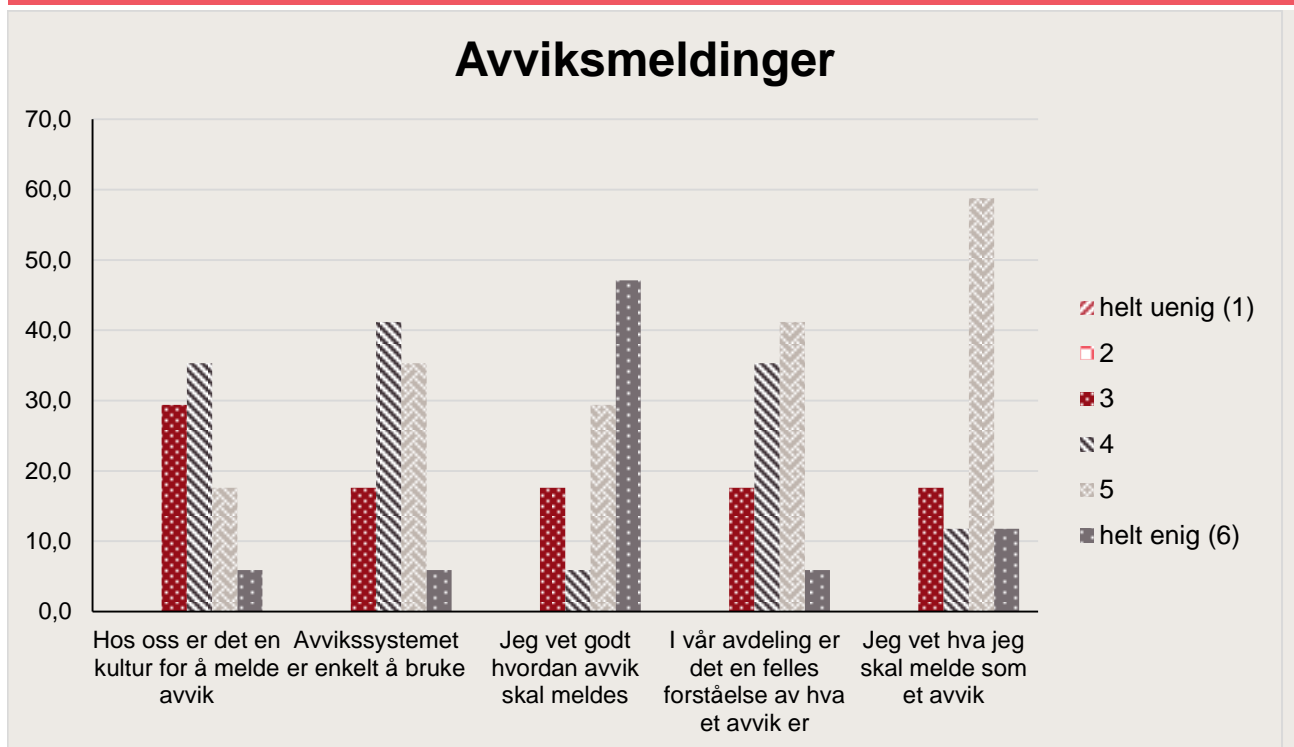
---

<sup>20</sup> Referanse: Rådmannens tjenesterapport 2018.



**Figur 30 Melding av avvik, korttidsavdelingen**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17)

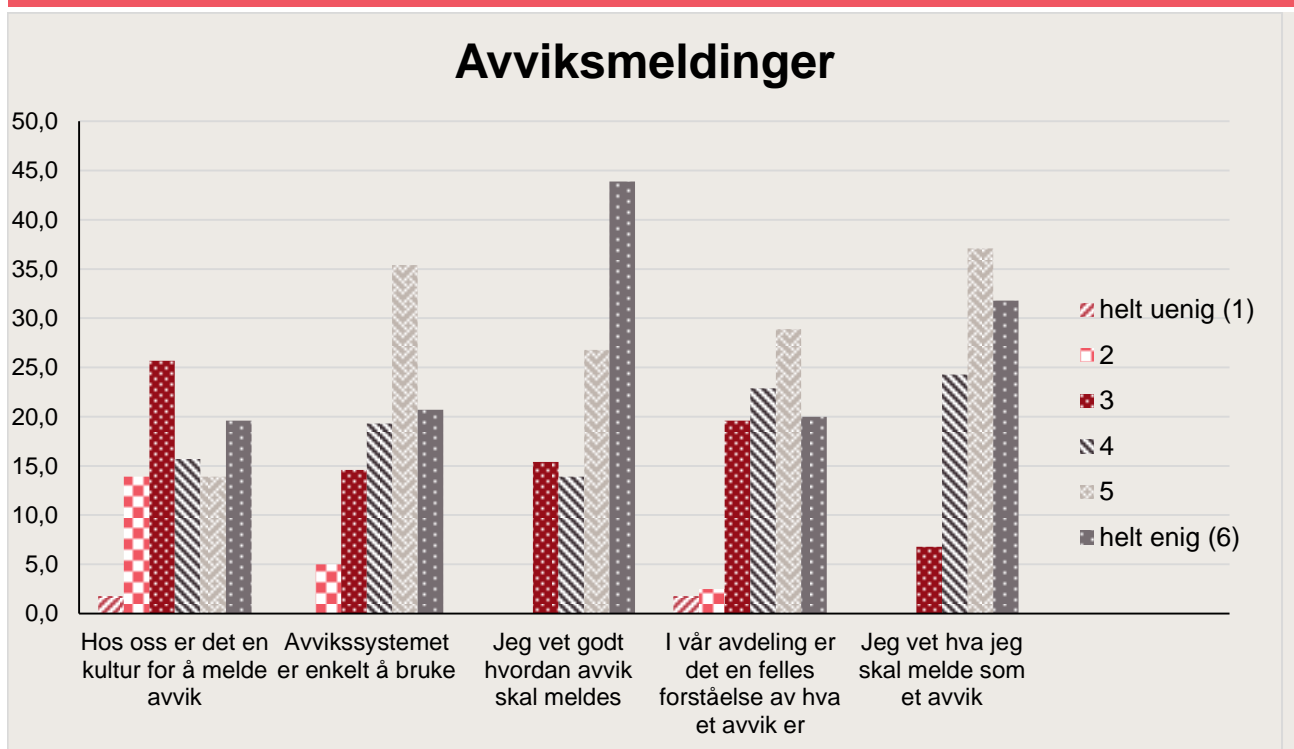


Flertallet av respondentene ved korttidsavdelingen er enige i påstandene. Over halvparten (11 av 17) av respondentene skårer tre eller fire på påstanden om kultur for å melde avvik, og dette tyder på et forbedringspotensial når det gjelder kultur i avdelingen for å melde avvik.

Svarene indikerer også et forbedringspotensial knyttet til påstandene om «avvikssystemet er enkelt å bruke» og «felles forståelse av hva et avvik er» når vel halvparten gir skåren tre eller fire.

**Figur 31 Melding av avvik, langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48)



Flertallet av respondentene ved langtidsavdelingene er enige i påstandene. Samtidig er det vel halvparten av respondentene ved langtidsavdelingene som skårer fire eller lavere på påstanden om kultur for å melde avvik og noe under halvparten svarer at avvikssystemet er enkelt å bruke. De ansatte ved langtidsavdelingene gir i stor grad uttrykk for et potensial for forbedring knyttet om det er kultur for å melde avvik. Videre indikerer svarene at det også er forbedringspotensial knyttet til påstanden om avvikssystemet er enkelt å bruke, og det er noen flere ved Løvenstادتunet enn ved Løvenstادتoppen som peker på dette.

#### 5.4 Lukkes avvik og brukes informasjonen i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon?

Informasjonen som kommer fram i intervjuene er at enhetsleder og avdelingslederne følger opp avvik. Enhetsleder opplyser at avdelingslederne har en ukentlig oppfølging av avvik, og de vurderer tiltak kontinuerlig ut fra meldte avvik og den informasjonen som de får fra ansatte. Det følger også av årsplan for lederne i institusjonstjenesten at de skal gjøre en ukentlig avviksgjennomgang i fagsystemet Profil og Kvalitetslosen (leders aktivitetsplan 2018).

Enhetsleder presiserer at det er et viktig prinsipp at avvik ikke lukkes før tiltak er fastsatt, og videre:

Redelighet med tanke på melding av avvik og lukking av avvik er et grunnprinsipp i organisasjonen og i kommunen. Det er lov å gjøre feil, men det skal ikke gjemmes.

Avdelingslederne ved langtidsavdelingene opplyser at de lukker avvik hvis det er innenfor deres mandat, og at andre avvik sendes videre. Avdelingslederne påpeker videre at de rapporterer på avvik til enhetsleder hver måned. Oversikter over avvik tas ut hver måned, både fra fagsystemet Profil og fra Kvalitetslosen.

Avdelingsleder ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen påpeker at man er helt avhengig av avviksrapportering for «å kunne gjøre noe med det». Det meldes flere avvik nå, og det har blitt bedre. Videre pekes på at det kontinuerlig følges med på avvik, det er mye statistikk og nærmeste leder er opptatt av avvik og avviksrapportering.

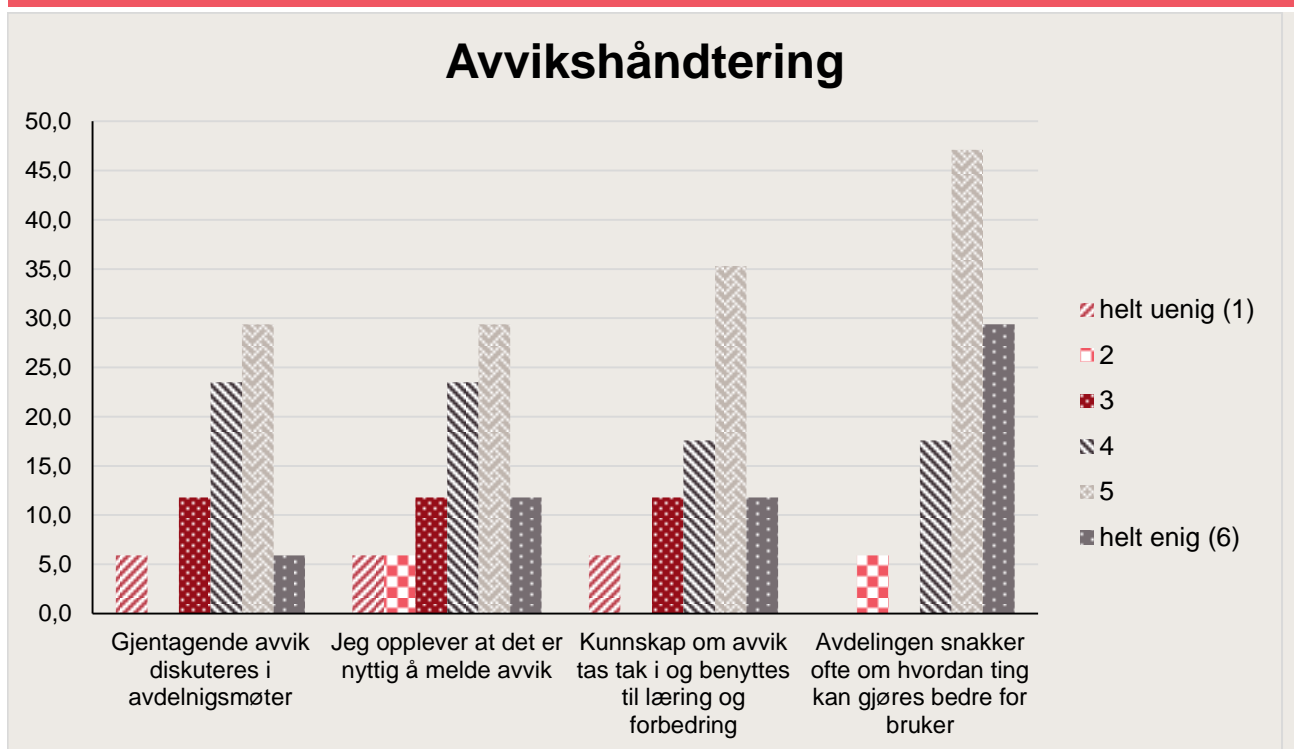
Meldte avvik rapporteres også videre til overordnet nivå. Avviksrapporteringen inngår også i rådmannens årlige tilstandsrapport som legges fram for kommunestyret (tilstandsrapport 2018). Tilstandsrapporten beskriver avvik i Kvalitetslosen, og har ikke med informasjon om avvik som meldes i fagsystemet Profil. Revisjonen viser også til det som står foran i rapporten om dette under punkt 5.3.

### **Medarbeidernes opplevelse - påstander om avvikshåndtering**

Påstander om håndtering av avvik i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingen.

**Figur 32 Lukke og følge opp avvik, korttidsavdelingen**

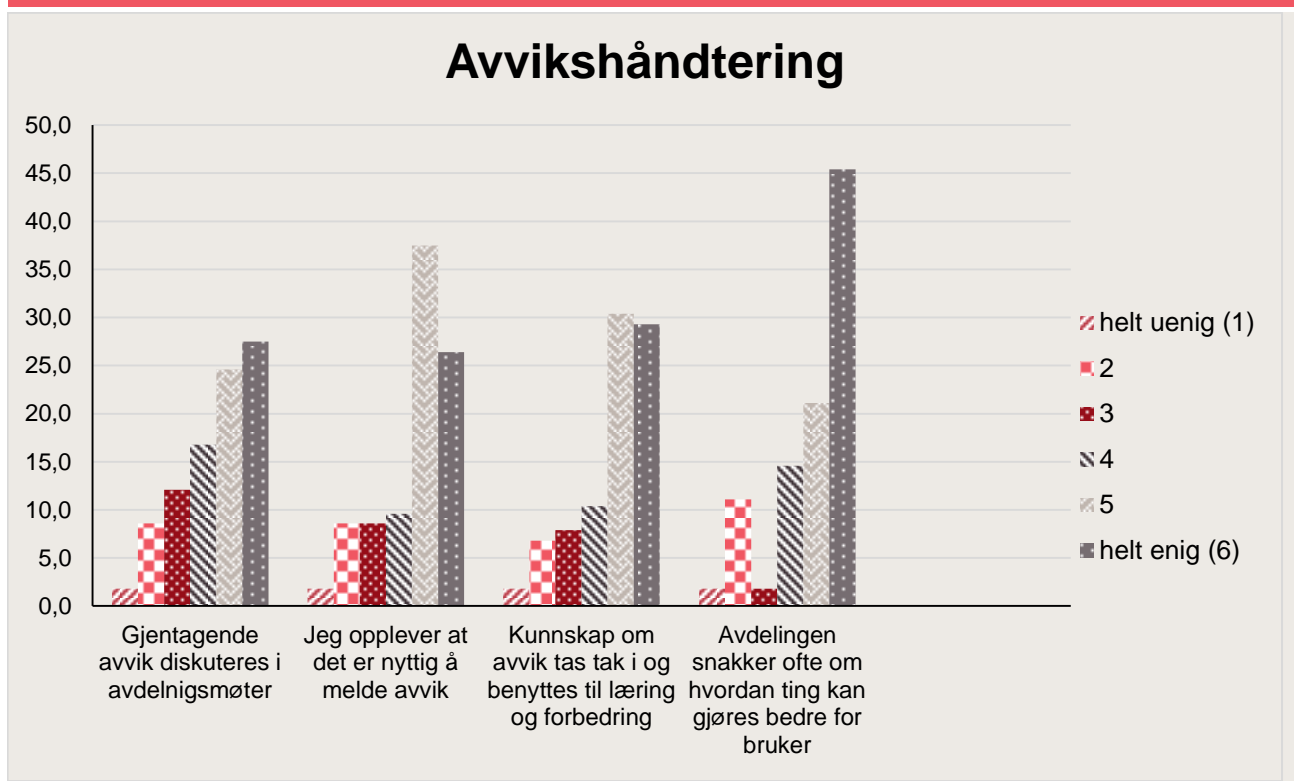
På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17)



Håndtering av avvik oppleves i ganske stor grad som ivaretatt. Over halvparten av respondentene er enige i påstandene (skår fire til seks). Samtidig er det noen som er uenige i påstandene, og sammen med en høy skår på fire, indikerer svarene et forbedringspotensial knyttet til påstandene «gjentagende avvik diskuteres i avdelingsmøter» og «jeg opplever at det er nyttig å melde avvik».

**Figur 33 Lukke og følge opp avvik, langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48)



Håndtering av avvik oppleves som bedre ivaretatt ved langtidsavdelingene enn ved korttidsavdelingen. Påstanden «gjentagende avvik diskuteres i avdelingsmøter» skåres med en til fire av vel halvparten av respondentene ved Løvenstadtunet, mens fire av 20 gir skåren to til fire ved Løvenstadtoppen.

Påstanden «jeg opplever at det er nyttig å melde avvik» er det 23 av 28 som er enige i ved Løvenstadtunet, og ved Løvenstadtoppen er det 13 av 20 som er enige (skåren fire til seks).

## Hjemmetjenesten

### 5.5 Er et avvikssystem på plass?

Hjemmetjenesten har rutinen «EHT Avviksrapportering» (sist revidert januar 2018). Rutinen dekker stort sett de samme punktene som i tilsvarende rutine for institusjonstjenesten. Det er en forskjell mellom rutinene når det gjelder oversikt over type avvik som skal registreres i Profil. En slik oversikt er ikke med i rutinen for institusjonstjenesten. Fra hjemmetjenestens rutine tas med eksempler på avvik som skal registreres i Profil:

- Angrep på personell, trussel mot personalet, angrep/trusler mot andre
- Brudd på helse- og omsorgstjenesteloven, annet lovverk, vedtak/tjenester
- Brudd beboerøkonomi
- Brudd etiske retningslinjer
- Brudd fagprosedyre, brudd på medikamenthåndtering - feilmedisinering
- Brudd informasjon
- Fall
- Bruker stikker av

Rutinen «EHT avviksrapportering» beskriver hvordan avvik skal meldes, og revisjonens gjennomgang viser at dette samsvarer med intervjureferatene om praksis på området. Enhetsleder opplyser at det meldes flere avvik nå enn tidligere, noe som er positivt. Det forventes og skal tåles mye avvik i en periode hvor det jobbes mye med avvik og avviksforståelse i enheten.

I tillegg er det en rutine som viser hvordan avvik konkret skal registreres, rutine for håndtering og dokumentasjon av vold og trusler og en rutine for månedsrapportering av statistikk for avvik og klagesaker.

### 5.6 Sikres god praksis slik at avvik meldes?

I intervjuene framkommer at ledelsen har fokus på at ansatte melder avvik, og avdelingsleder trekker fram at avvik også er tema på avdelingsmøter og ledermøter. Avdelingsleder trekker videre fram at det har vært en positiv utvikling i å melde avvik, det snakkes mye om i tjenesten og det er en lav terskel for å melde avvik.

Hjemmetjenesten rapporterer om 376 meldte pasientavvik i fagsystemet Profil i løpet av 2018, hvorav 0 samlet sett er registrert med høy alvorlighetsgrad:

**Tabell 3 Avviksregistrering i Profil, hjemmesykepleien**

Hjemmetjenesten, antall avvik registrert i Profi, 2018 (240 av 376 avvik)

Brudd på lovverk	Brudd på vedtak/tjenester	Brudd etiske retningslinjer	Brudd fagprosedyre	Brudd informasjon	Medisiner	Fall
7 avvik	31 avvik	1 avvik	6 avvik	13 avvik	181 avvik	1 avvik

Kilde: Institusjonstjenesten, Rælingen kommune. Tabellen viser 240 avvik. Resterende avvik er: annet (resten) (43), feilregistrerte avvik (87) og annet/resten (6).

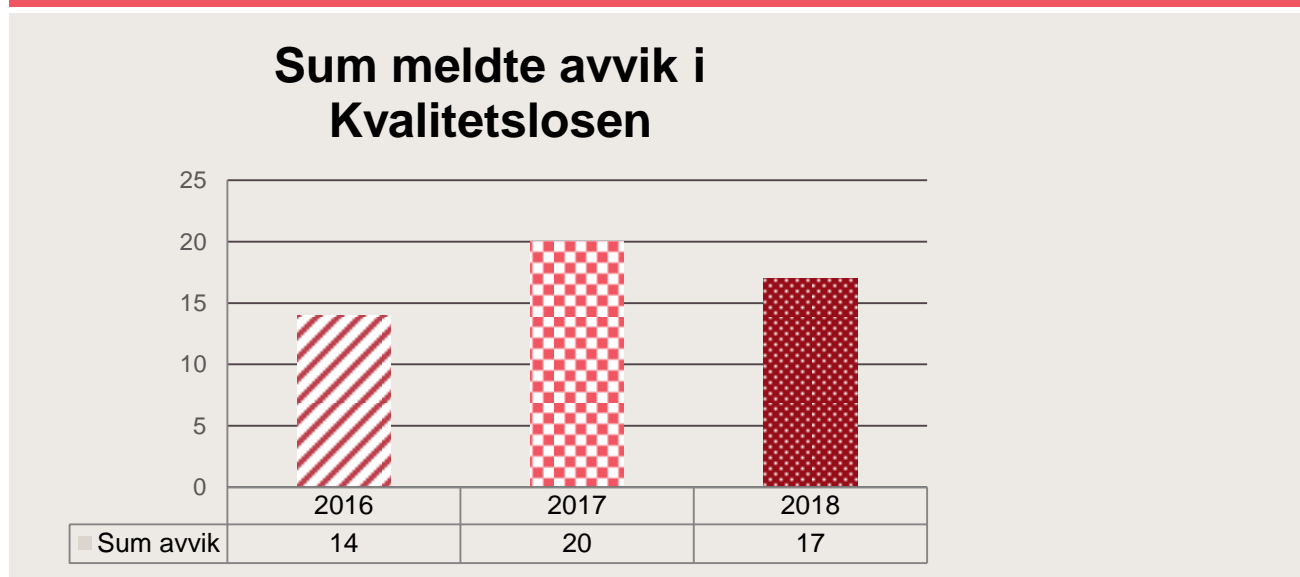
Tabellen over viser de avvikene (240 avvik) som revisjonen kunne knyttes til en kategori, jf. rutinen «EHT Avviksrapportering» ovenfor. Kategorien medisiner i tabellen over omfatter brudd på medikamenthåndtering (81 avvik) og feilmedisinering (100 avvik).

Enhetsleder opplyser at medisin håndtering er gjentakende avvik, samtidig som avvik må leses med en viss forsiktighet. Det blir for eksempel avvik hvis pasient ikke er hjemme og tar medisin til angitt tid. Det kan også meldes avvik i situasjoner hvor det er travelt, og ansatte ikke rekker å utføre de oppgavene som er oppsatt.

I tillegg registreres avvik i Kvalitetslosen, og utviklingen i antall meldte avvik er tatt inn i tabellen under:

**Figur 34 Sum meldte avvik i Kvalitetslosen, hjemmesykepleien**

Hjemmesykepleien, antall avvik per år 2016, 2017 og 2018



Kilde: Tilstandsrapport Rælingen 2018 og oversikt over avvik fra hjemmesykepleieavdelingen for 2018.

Det følger av rutinen at avvik knyttet til pasient skal meldes i Profil. I Kvalitetslosen meldes avvik innenfor kategoriene HMS, organisasjon/internt og tjeneste/brukere. Alvorlige pasientavvik skal også meldes i Kvalitetslosen, og disse avvikene framkommer under kategorien tjeneste/bruker. Revisjonens gjennomgang av rapporteringen for 2018 for begge systemene viser at det ikke er meldt noen pasientavvik i Profil med høy alvorlighetsgrad i løpet av året. I mottatt rapport som viser meldte avvik i Kvalitetslosen er det imidlertid meldt pasientavvik med lav alvorlighetsgrad (2 avvik), middels alvorlighetsgrad (3 avvik) og høy alvorlighetsgrad (2 avvik).

Enhetsleder opplyser til revisjonen at rutinen ikke er fulgt da alvorlige avvik skal registreres i begge systemene, og enheten vil sikre at dette blir gjort heretter. Videre opplyses at

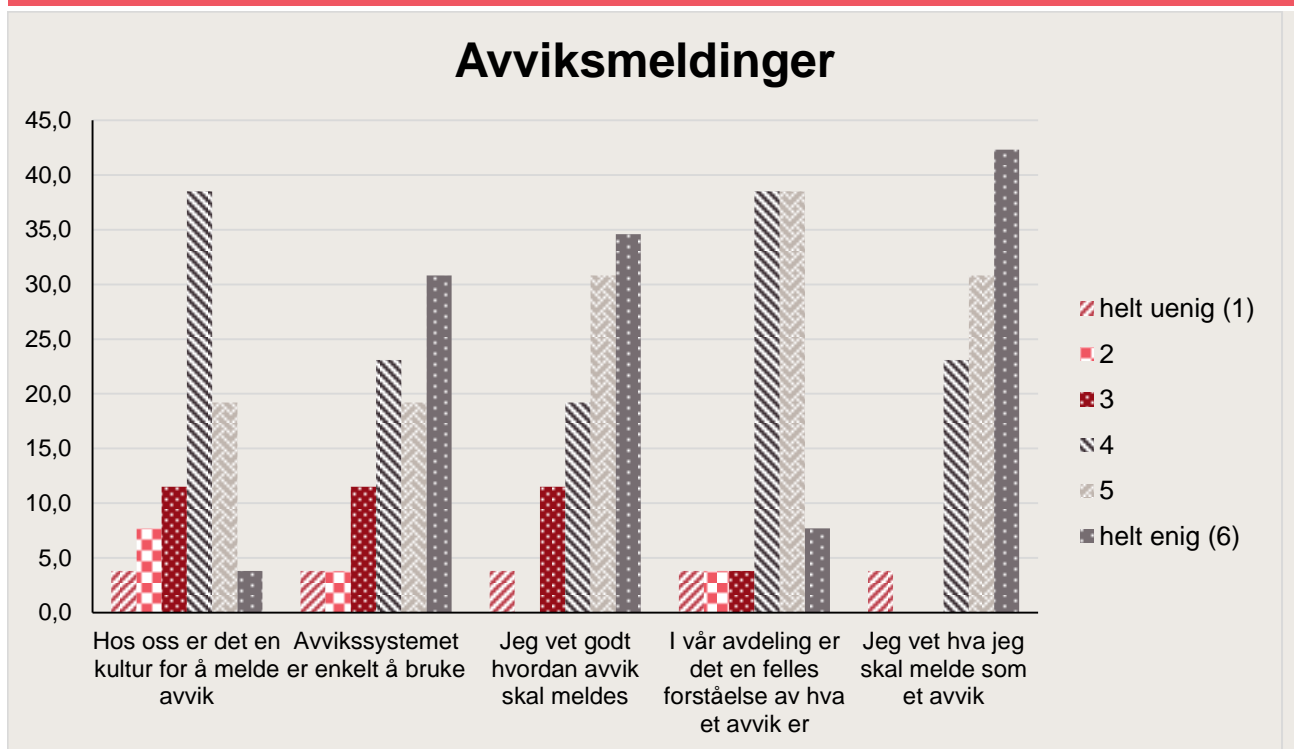
Dette beskriver minimumet av hva man må foreta seg. Man kan melde avvik i losen som gjelder brukere med lavere alvorlighetsgrad enn høy, vi har oppfordret at ting som omhandler systematikk og generelle rutiner gjerne kan meldes i Kvalitetslosen. Dette kan selvsagt fremkomme tydeligere i rutinen.

**Medarbeidernes opplevelse - påstander om avviksmeldinger**

Påstander om melding av avvik i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingen.

**Figur 35 Melding av avvik, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)





Flertallet av respondentene opplever at det å melde avvik er godt ivaretatt. Samtidig er det ti av 26 respondenter som skårer fire på påstanden om «kultur for å melde avvik» og påstanden om at «avdelingen har en felles forståelse av hva som er et avvik». Dette tyder på et forbedringspotensial på forståelse av avvik.

Påstanden «avvikssystemet er enkelt å bruke» skåres med en til fire av elleve av 26 respondenter i hjemmesykepleien, og peker på et forbedringspotensial også her.

### **5.7 Lukkes avvik og brukes informasjonen i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon?**

Avviksrapporteringen følges nøye opp og avvik lukkes opplyses i intervjuene. Systemavvik vurderes alltid med tanke på om rutiner skal endres, eller tas opp i møter med personalet eller i samtaler med den enkelte ansatte der det er hensiktsmessig opplyses i intervjuene.

Avdelingsleder peker på at mulige risikoområder i tjenesten rapporteres til leder, og det gjøres konkrete vurderinger av hva som kan bli bedre. Alle risikovurderinger er dokumentert og tilgjengelig i kvalitetssystemet Kvalitetslosen påpeker avdelingsleder.

Avdelingsleder opplyser også at avvik er tema på ledermøter. Det rapporteres videre på tidspunkter for tertial- og årsrapportering. Systemavvik vurderes med tanke på mulige rutineendringer, og det er en egen rutine for å håndtere medisinalavvik spesifikt. Enhetsleder peker i tillegg på at det er fornuftig å se på tendenser i meldte avvik over år, slik at det settes inn hensiktsmessige tiltak. Det kan være kurs på et område, eller å se på om det ligger noe i systemet som kan bli bedre.

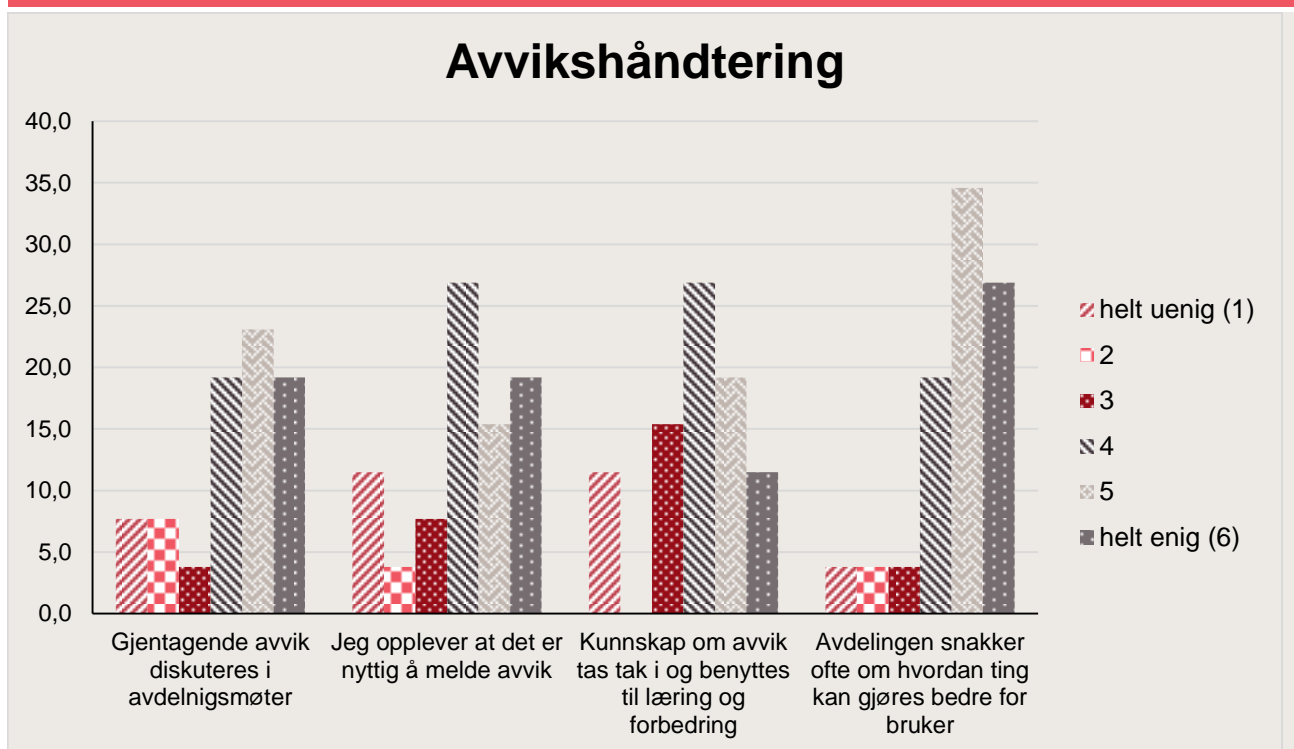
Meldte avvik rapporteres også videre til overordnet nivå. Avviksrapporteringen inngår også i rådmannens årlige tilstandsrapport som legges fram for kommunestyret (tilstandsrapport 2018). Tilstandsrapporten beskriver avvik i Kvalitetslosen, og har ikke med informasjon om avvik som meldes i fagsystemet Profil. Revisjonen viser også til det som står foran i rapporten om dette under punkt 5.6.

#### **Medarbeidernes opplevelse – påstander om avvikshåndtering**

Påstander om håndtering av avvik i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingen.

**Figur 36 Lukke og følge opp avvik, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26)



Svaralternativ «ingen formening» er ikke med i grafene.

Håndtering av avvik oppleves i ganske stor grad som ivaretatt. Imidlertid tyder svarene også her på et forbedringspotensial da i overkant av en av fire velger svaralternativ fire på om det oppleves «nyttig å melde avvik» og om «kunnskap om avvik tas tak i og benyttes til læring og forbedring». Sju av respondentene er uenige i at kunnskap om avvik tas tak i og brukes til læring og forbedring.

## 5.8 Revisjonens vurdering

Revisjonen vurderer at kommunen har på plass et avvikssystem, men det er et forbedringspotensial særlig knyttet til avviksrapporter som god styringsinformasjon. Revisjonen vurderer også at det er et forbedringspotensial knyttet til det å ha en kultur som legger til rette for å melde avvik.

Undersøkelsen viser at avviksrutinene legger opp til at alvorlige pasientavvik skal registreres to steder; i fagsystemet Profil og i tillegg i kommunens felles kvalitetssystem, Kvalitetslosen. Undersøkelsen viser at avvik med lavere alvorlighetsgrad også registreres i Kvalitetslosen, og det er i tillegg manglende samsvar mellom systemene knyttet til antall «alvorlige» pasientavvik. Revisjonen mener at dette bidrar til usikkerhet om påliteligheten i rapporteringen, og verdien som styringsinformasjon både administrativt og til de folkevalgte gjennom den årlige tilstandsrapporten.

## 6 BRUKER- OG PÅRØRENDEINVOLVERING

I dette kapitlet besvares problemstilling tre:

I hvilken grad innhenter og nyttiggjør kommunen seg erfaringer fra brukere og pårørende både på systemnivå og individuelt?

### 6.1 Revisjonskriterier

Brukererfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon understrekes fra sentralt hold. For å få dette til er det nødvendig å ha et system for å håndtere tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende og bruke disse til kvalitetsforbedring. Stortingsmelding 10 (2012-2013) peker også på lovkravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 (Helse- og omsorgsdepartementet 2012, 54).

Brukererfaringer handler både om bruk av spørreundersøkelser slik at kommunen kan bruke resultatene i sitt forbedringsarbeid, men også om brukermedvirkning for den enkelte.

#### **Bruker- og pårørendeundersøkelser**

Når det gjelder plikt til pasient- og brukerinvolvering og støtte skal kommunen sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 annet ledd). Det følger av merknadene til loven at denne bestemmelsen skal sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre pekes på at det vil være opp til den enkelte kommune å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre at pasienters og brukeres erfaringer innhentes (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 493).

Systematiske tiltak for innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer skal inngå i virksomhetens styringssystem, jf. forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Ledelsen ved virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters, brukere og pårørendes erfaringer (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 første ledd bokstav d).

Departementet definerer det slik at kravet om *evaluering* innebærer at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk. Slike innspill kan komme fra flere hold skriver departementet og trekker blant annet fram brukerundersøkelser (ibid, 141). (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 140).

Under overskriften «*Helhetlig oversikt over tjenestetilbudet*» i kommunens helse- og omsorgsplan er det et mål at «[h]else og omsorg kan planlegge og kvalitetssikre tjenestetilbudet i tråd med

befolkningens utvikling og tjenestebehov». Planen peker på flere strategier for å nå målet, og en av disse strategiene er (Rælingen kommune 2015):

Helse og omsorg skal sikre brukerdialog og brukermedvirkning i tjenestene gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser.

Kommunestyret ble i 2016 forelagt en orienteringssak om system for brukerdialog helse og omsorg, etter innstilling fra komité for helse og sosial (sak 16/11, den 12.4.2016). Rådmannens oppsummering og konklusjon til saken er at «[s]ystem for brukerdialog skal sikre brukermedvirkning og avstemme forventninger til tjenestene». I saken beskrives at kommunen har vurdert standardiserte verktøy for undersøkelser, som for eksempel *bedrekommune.no*, men det ble konkludert med at en felles undersøkelse for alle enhetene i tjenestene ikke var formålstjenlig fordi brukergruppene har ulike tjenester og behov. Under overskriften «[s]ystem for brukerdialog i pleie og omsorg framkommer:

Det gjennomføres undersøkelser med både brukere og pårørende. Dersom bruker selv ikke kan svare adekvat, gjennomføres undersøkelsen kun med pårørende, på vegne av bruker.

Kommunens «Veileder for brukerundersøkelser» (juni 2016) er ment å sette alle enhetsledere i kommunen i stand til å gjennomføre brukerundersøkelser på tilnærmet lik måte i tråd med gjeldende lovverk og interne prosedyrer. Fra veilederens kapittel 7 hitsettes:

De fleste enhetene ønsker å gjennomføre undersøkelser hvert annet år. Noen enheter er imidlertid pålagt å gjennomføre årlige undersøkelser, for eksempel skole og barnehage. Noen enheter bør i tillegg vurdere om de har ressurser til å gjennomføre årlige undersøkelser. Dette vil særlig gjelde de enhetene der samarbeidet med brukerne er særlig viktig ved utvikling av tjenesten. Noen enheter kan også vurdere å gjennomføre årlige brukerundersøkelser, men veksle mellom brukergruppene som deltar i undersøkelsen.

Veilederen beskriver blant annet at enhetsleder har ansvaret for gjennomføring av brukerundersøkelser. Videre beskrives hvordan brukerundersøkelser skal planlegges, herunder krav til anonymitet, og utforming, etterarbeid og offentliggjøring av resultater. Hovedregelen er at brukerundersøkelser gjennomføres elektronisk, men det er åpnet for tilrettelegging.

Kommunens prosedyre for utforming av brukerundersøkelser legger opp til at resultatene skal tolkes når fristen er ute og rapportene er fremstilt. Brukerne bør trekkes inn i tolkningsprosessen i de tilfeller enheten har etablerte samarbeidsorganer med brukerne. Oppfølging når tolkning og valg av tiltak er gjennomført skal inngå i ledersamtalene med rådmannsgruppa. Resultatet skal være synlig i enhetens virksomhetsplan påfølgende år (Rælingen kommune 2016).

I tillegg inneholder veilederen en prosedyre for utforming av brukerundersøkelser og en oppdragsbeskrivelse for brukerundersøkelse.

Difi påpeker i en artikkel om brukerundersøkelser at representative brukerundersøkelser er viktige og nyttige (Direktoratet for forvaltning og ikt 2017).

KS har gjennom effektiviseringsnettverket utarbeidet standardiserte spørreundersøkelser som kommunene kan bruke, blant annet innenfor pleie- og omsorg, og som også vil kunne gi kommunene et sammenligningsgrunnlag mot andre kommuner innenfor samme tjeneste (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Faglig veiledning for pleie- og omsorgstjenestene (KS 2012) peker på hvordan undersøkelser bør gjennomføres med hensyn til metode, anonymitet, gjennomføring og bruken av resultatene med tilbakemelding til brukerne.

KS undersøkelsesopplegg skal gi svar på brukeropplevd kvalitet i tjenesten. Opplegget har flere påstander som tar for seg henholdsvis brukermedvirkning og tilgjengelighet.

### **Bruker- og pårørendemedvirkning for den enkelte**

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (pasientrettighetsloven § 3-1). Dette omfatter blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Paragraf 3-1 forutsetter at kommunen så langt som mulig samarbeider med bruker og pasient når tjenestetilbudet utformes, og videre regulerer bestemmelsen rett til medvirkning ved «utformingen av tjenestetilbudet, det vil si under saksbehandlingen og fram til vedtak blir fattet (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 517).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester § 3 første ledd understreker også medvirkning og medbestemmelse fra brukere av pleie- og omsorgstjenestene:

Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Helsepersonell har et faglig og juridisk ansvar for å involvere pårørende (Bøckmann og Kjellevold 2010). Ansvaret inkluderer blant annet å gi omsorgsfull hjelp; informasjon, undervisning og veiledning; legge til rette for pårørendemedvirkning. Pårørende har også en viktig rolle som informanter og kan ha vesentlig kunnskap for utredning og behandling av pasient og bruker (Fjørtoft 2012).

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2018-2). Veilederen peker blant annet på at kommunen skal:

- Legge til rette for forutsigbar dialog med pårørende
- Alltid gi pårørende tilbud om generell informasjon
- Lytte til og følge opp bekymringer fra pårørende.

Formålet med en forutsigbar dialog (kommunikasjon) mellom pårørende og helsepersonell handler om avklaring av forventninger, gjensidig informasjonsflyt, felles forståelse av pasientens eller brukerens situasjon, og bedre tjenester og trygghet for pasient/bruker og pårørende (ibid).

Det er også slik at samarbeidet med pårørende kan bli utfordrende. Det er avgjørende hvordan de ansatte møter de pårørende. De ansatte kan oppleve at de pårørende blander seg opp i alt mulig, skal ha informasjon om alt mulig, er uenige og kritiserer og tar kontakt uten avtale. Samhandlingen settes på prøve, og de ansatte kan fort trekke seg tilbake, unngå å møte de pårørende, henvise til andre eller til andre forhold utenfor avdelingen. Dette er eksempler som kommer fram i en film publisert av Pårørendeprogrammet i 2017 (Helsedirektoratet<sup>21</sup>) der det videre pekes på at det er viktig å tenke igjennom hva de ansatte kan gjøre annerledes i møtet med de pårørende, tenke igjennom hvem de «vanskelige» pårørende er og hvordan pårørendes engasjement kan beskrives positivt. I filmen pekes det på at helsepersonell og pårørende har felles sak; bidra til et godt liv for tjenestemottaker, klarlegge enigheter/uenigheter, lytte og ta i betraktning det den pårørende ønsker å formidle. Filmen understreker at de ansatte kan bli stående i krevende situasjoner i møte med pårørende.

Helsepersonell må være trygge i sine faglige vurderinger og videre se på de pårørende som en ressurs. Helsepersonell trenger verktøy for å få dette til. Dialog med pårørende og respekt for hverandres roller står her sentralt. Det kan likevel oppstå utfordringer og konfrontasjoner. I slike situasjoner er det mange hensyn å ta for de ansatte som forvalter prinsippet om likhet for loven, knapphetsgoder, politiske føringer og lovverk med mer (Pårørendeprogrammet, publisert film 19.9.2017). Derfor er det viktig at de ansatte opplever å få tilstrekkelig opplæring og støtte fra ledelsen i å håndtere slike krevende situasjoner på best mulig måte.

### 6.1.1 Utlede revisjonskriterier

På denne bakgrunn utleder revisjonen følgende kriterier for å besvare problemstilling 3.

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
I hvilken grad innhenter og nyttiggjør kommunen seg erfaringer fra brukere og pårørende?	<p>Medvirkning gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kommunen bør gjennomføre bruker- og pårørende-undersøkelser jevnlig</li> <li>✓ Kommunen bør gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser på en systematisk måte</li> <li>✓ Kommunen bør evaluere og bruke resultatene systematisk i kommunens forbedringsarbeid</li> </ul> <p>Medvirkning for den enkelte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rutiner bør være kjent for de ansatte</li> <li>✓ Kommunen bør sikre bruker og pårørende medvirkning</li> <li>✓ Medarbeiderne i tjenesten bør oppleve at det er lagt til rette for at de ansatte kan opptre som trygge fagpersoner i sitt møte med brukere og pårørende</li> </ul>

<sup>21</sup> Publisert av Helsedirektoratet 13.9.2017.

## Institusjonstjenesten

### 6.2 Medvirkning gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser

#### 6.2.1 Gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser jevnlig?

Revisjonen får opplyst at det gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser hvert andre år i institusjonstjenesten. Revisjonen har satt opp en oversikt over sist gjennomførte og neste planlagte undersøkelser i tabellen under:

**Tabell 4 Bruker- og pårørendeundersøkelser i institusjon**

Oppsummering av gjennomførte og planlagte undersøkelser			
Tjenestested	Siste undersøkelse	Neste	Merknad fra EIT
Løvenstadtoppen	2017	2019	Bare svar fra pårørende. Brukerne greier i liten grad å svare selv.
Løvenstadtunet somatisk	høsten 2017	2019	Bruker- og pårørendeundersøkelse
Fjerdingby omsorgs-senter (langtid)	høsten 2017	2019	Bruker- og pårørendeundersøkelse
Korttidsavdeling på Fjerdingby	oktober 2018	2020	Bruker- og pårørendeundersøkelse
Dagsenter (2 senter)	oktober 2018	2020	Bruker- og pårørendeundersøkelse

Kilde: Institusjonstjenesten, Rælingen kommune

Tabellen viser at det ble gjennomført bruker- og pårørendeundersøkelser på korttidsavdelingen på Fjerdingby og samlet for dagsentrene på Fjerdingby og Løvenstadtunet i oktober 2018. Høsten 2017 ble det gjennomført slike undersøkelser på langtidsavdelingene.

Så langt revisjonen kan se er dette i samsvar med informasjon gitt til kommunestyret i 2016 (sak 16/11, den 12.4.2016). Brukerundersøkelse ved korttidsavdelingen gjennomføres i partallsår fra 2016 og i oddetallsår (fra 2017) ved langtidsavdelingene. Undersøkelsen gjennomføres hvert år i september heter det videre i sak 16/11. Det vil si at brukerundersøkelsen var litt forsinket da den ble gjennomført på korttidsavdelingen i oktober 2018.

#### 6.2.2 Har kommunen en systematisk tilnærming når bruker- og pårørendeundersøkelser gjennomføres?

Revisjonen har ikke mottatt særskilte rutiner fra institusjonstjenesten for gjennomføring av brukerundersøkelser, men revisjonen får opplyst at kommunens veileder for brukerundersøkelser (2016) blir fulgt.

Avdelingslederne opplyser at de utarbeider spørsmålene, sender ut, samler inn og analyserer dataene. Spørsmålene utarbeides i samarbeid med ledergruppa og enhetsleder. Det kommer også

fram at det ikke er mulig å gjennomføre en brukerundersøkelse som alle pasienter kan besvare, grunnet pasienters helsetilstand/demens.

Informasjonsbrev om undersøkelsen deles ut sammen med spørsmålene. Her framkommer formål, tidspunkt, at alle svar blir behandlet enkeltvis og anonymt og at svar legges i lukket konvolutt. Det er mulig å gradere svarene. I begge undersøkelsene er det også mulig å gi andre kommentarer.

Nedenfor ser revisjonen nærmere på bruker- og pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført ved korttidsavdelingen høsten 2018. Undersøkelsen ble gjennomført i løpet av to uker i oktober. Spørreskjema ble delt ut til pasienter og pårørende. Brukerundersøkelsen ble delt ut til de pasientene som de ansatte mente hadde forutsetning for å svare. De ansatte var behjelpelige med å legge svarene i en postkasse merket for formålet og som sto tilgjengelig inne på avdelingen. Pårørende til alle pasientene fikk pårørendeundersøkelsen og ansatte var disponible for å svare på spørsmål om undersøkelsen.

KS undersøkelsesopplegg gjennom *bedrekommune.no* skal gi svar på brukeropplevd kvalitet i tjenesten, jf. revisjonskriterier ovenfor. Revisjonen har sammenlignet KS spørsmål med kommunens spørsmål. Sammenligningen når det gjelder pasientspørsmål vises i tabellen under.

**Tabell 5 Spørsmål om brukeropplevd kvalitet (spørsmål til pasientene)**

Antall spørsmål/påstander innenfor kvalitetsområdene resultat-, prosess- og strukturkvalitet

	Resultat		Prosesen		Struktur	
	Innhold i tjenesten	Trivsel	Brukermedvirkning	Respektfull behandling	Tilgjengelighet	Informasjon
KS-mal	12	5	4	3	5	4
Rælingen	3	2	0	1	0	3

Kilder: KS 2012 og spørreundersøkelse korttidsavdelingen i Rælingen høsten 2018.

Tabellen viser at ni av 13<sup>22</sup> spørsmål i kommunens undersøkelse kunne kategoriseres etter malen fra KS. Sammenligningen i tabellen viser at kommunen ikke hadde noen spørsmål/påstander om brukermidvirkning eller tilgjengelighet:

- KS - påstander om brukermidvirkning:
  - Jeg får stå opp når jeg vil

<sup>22</sup> Spørsmålene «Hvor lenge har du vært på avdelingen?», «Hvordan var ditt første møte med personalet på avdelingen», «Hva kunne ha vært annerledes?» og «Har du andre tilbakemeldinger/kommentarer» er ikke med i tabellen ovenfor.



- Jeg får legge meg når jeg vil
- Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det
- Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan).
- KS - påstander om tilgjengelighet:
  - Jeg fikk plass i sykehjemmet/leiligheten da jeg trengte det
  - Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det
  - Jeg vet hvem som er min kontaktperson
  - Jeg har mulighet til å snakke med pleiepersonalet
  - Jeg har mulighet til å snakke med noen her om det som er viktig for meg.

Kommunen valgte bort undersøkelsesopplegget gjennom bedrekommune.no fordi det ble konkludert med at en felles undersøkelse for alle enhetene i tjenestene ikke var formålstjenlig, se nærmere om dette i utledningen av kriteriene foran i dette kapitlet.

### **6.2.3 Evaluerer og bruker kommunen resultatene systematisk i forbedringsarbeidet?**

Resultatene fra sist avlagte bruker- og pårørendeundersøkelse ved korttidsavdelingen viser at det ble avgitt tre svar fra pårørende og åtte svar fra pasienter (Brukerundersøkelse 2018, presentasjon).

Det framkommer både i intervju med enhetsleder, avdelingslederne og presentasjonen fra brukerundersøkelsen i 2018 at avdelingsleder sammenstiller resultatene fra undersøkelsen i en rapport eller presentasjon. Videre framkommer at resultatene presenteres på avdelingsmøte, og tiltak foreslås.

Enhetsleder påpeker at brukerundersøkelsene i 2018 ved korttidsavdelingen skåret lavt på respekt, noe som oppleves som alvorlig og ny avdelingsleder har tatt tak i dette. Nedenfor gjengir revisjonen administrasjonens oppsummering av bruker- og pårørendeundersøkelsen ved korttidsavdelingen høsten 2018:

Til tross for forskjellige svar fra pasientene ser man at det er noen ting som gjentar seg. Dette er spesielt ift informasjon til både brukere og pårørende. Dette punktet utmerket seg på stort sett alle innsendte svar. Avdelingen har et arbeid og gjøre videre med dette.

Det er også gjennomgående at pasientene opplever lav bemanning på avdelingen noe som gir utslag i ventetid når de trenger hjelp.

Avdelingslederne ved to av langtidsavdelingene peker på at det gjennomføres pårørendemøter hvor innspill fra undersøkelsene tas opp og det gjennomføres forventningsavklaringer i den forbindelse. Ved to andre avdelinger gis informasjon i forbindelse med sosiale sammenkomster og møter som involverer de pårørende.

Enhetsleder og avdelingslederne trekker også fram at resultatene fra brukerundersøkelsene brukes i forbedringsarbeidet, det tas inn i virksomhetsplan og i handlingsplaner.

## 6.3 Sikrer kommunen medvirkning for den enkelte bruker og pårørende?

### 6.3.1 Rutiner

I stillingsinstruks for avdelingsledere står bruker- og pårørendemedvirkning nevnt under stillingens arbeidsområder med følgende underpunkter:

- Sørge for at bruker og pårørende får riktig, nok og gyldig informasjon
- Legge til rette for at pasient og pårørende kan medvirke i forhold som angår pasienten.

Institusjonstjenesten har en rutine om forebygging og håndtering av truende atferd i avdelingen (utarbeidet 14.10.2018), særlig med tanke på de ansattes arbeidsmiljø og sikkerhet på arbeidsplassen. I tillegg har enheten HMS rutiner (opprettet i 2014, sist revidert i 2017).

Enhetsleder understreker at brukerinvolvering også inngår i det daglige arbeidet med bruker. Minimum en gang per måned skal det tas kontakt med pårørende på telefon dersom annet ikke er avtalt, og i tillegg gjennomføres pårørendemøter. For pasienter som ligger på enkeltrom er det innført en ordning med en loggbok mellom pårørende og primærkontakt for å sikre god kommunikasjon. Dette inngår i rutinene knyttet til de ulike faser i behandlingsløpet. I tillegg vil en egen rutine<sup>23</sup> for samhandling med pårørende bli tatt i bruk når den er tilstrekkelig forankret i personalgruppene opplyser enhetsleder.

Revisjonen har gjennomgått rutinen for korttidsopphold i institusjon (revidert 28.8.2018). Rutinens formål er blant annet

- Sikre at pasient og pårørende får tilstrekkelig informasjon knyttet til pasienten og oppholdet
- Sikre at pasienten, i størst mulig grad, kan medvirke til å ta ansvar for egen helse og måloppnåelse for oppholdet, ut fra egne forutsetninger.
- Sikre at pasienten, i størst mulig grad, er informert om egen helse og utvikling i helsetilstand, og at pasienten med bakgrunn i dette, i størst mulig grad, kan medvirke i beslutninger omkring dette.

Videre framkommer av rutinen for korttidsopphold at pasienten i størst mulig grad skal involveres i utarbeidelse av pleieplan, og videre skal det så tidlig som mulig i oppholdet avtales pårørendemøte<sup>24</sup>. Pasient og pårørende skal informeres løpende under oppholdet om en rekke konkrete forhold, herunder skal pasienten involveres for å svare på hva som er pasientens ønske og mål med oppholdet (rutine for korttidsopphold 2018).

---

<sup>23</sup> Se nærmere om rutine for samhandling med pårørende under punktet om hjemmetjenesten nedenfor, utarbeidet 18.12.2018.

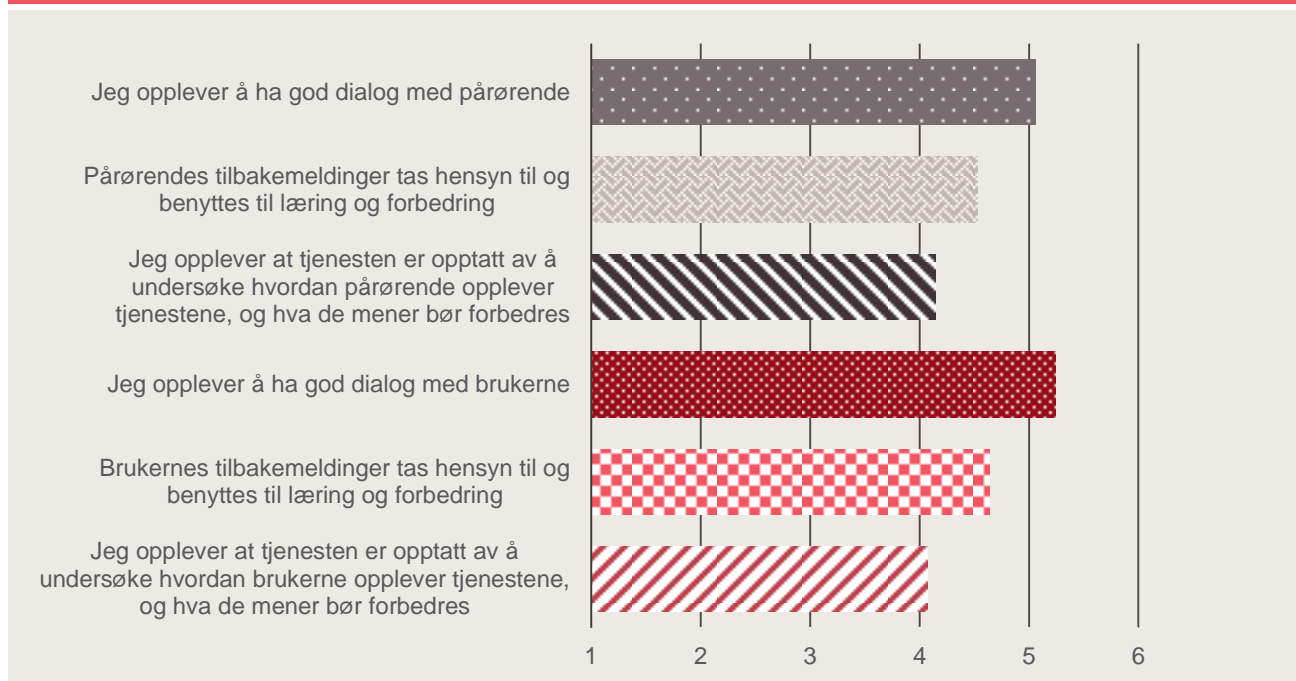
<sup>24</sup> Pårørendemøte skal planlegges så snart som mulig, helst i løpet av den første uken (rutine for innskriving av pasient 2018). I tillegg er det en rutine for langtidsopphold i institusjon som involverer pårørende.

### Medarbeidernes opplevelse av bruker- og pårørendemedvirkning

Påstander om tema i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Grafene viser hvordan gjennomsnittsskåren fordeler seg for den enkelte påstand.

**Figur 37 Dialog med brukere og pårørende, korttidsavdelingen**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17):



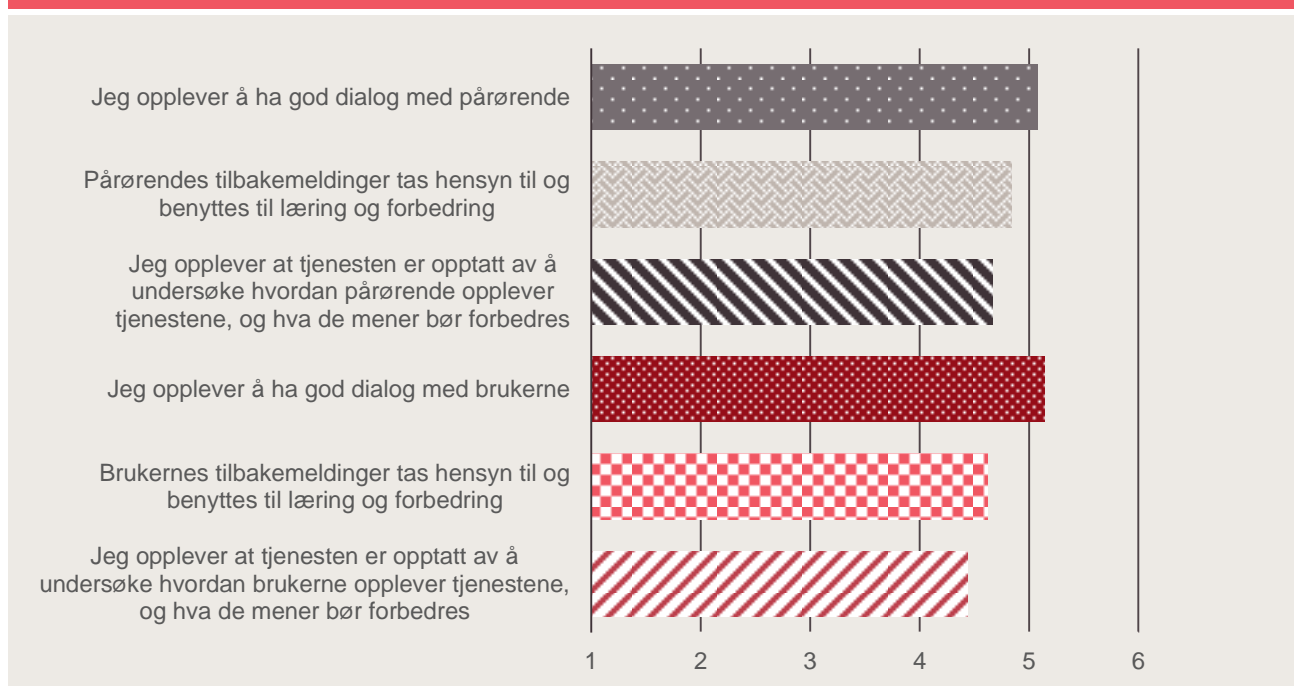
Respondentene er alt i alt enige i at dialogen er god med både pårørende og brukere.

Videre opplever mange at de er enige i påstandene om at tilbakemeldinger fra både pårørende og pasienter tas hensyn til og benyttes til læring og forbedring.

Påstandene «jeg opplever at tjenesten er opptatt av å undersøke hvordan pårørende/brukerne opplever tjenestene, og hva de mener bør forbedres» skårer gjennomsnittlig med fire. Over halvparten av respondentene er enige. Det er imidlertid noen som er uenige og flere som skårer fire. Litt over halvparten gir skåren fire eller lavere ved korttidsavdelingen, og dette indikerer et forbedringspotensial ved denne avdelingen.

**Figur 38 Dialog med brukere og pårørende, langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48):



Respondentene ved langtidsavdelingene er stort sett enige i at de har god dialog med både pårørende og pasienter. Gjennomsnittet viser en skår litt over fem for disse to påstandene.

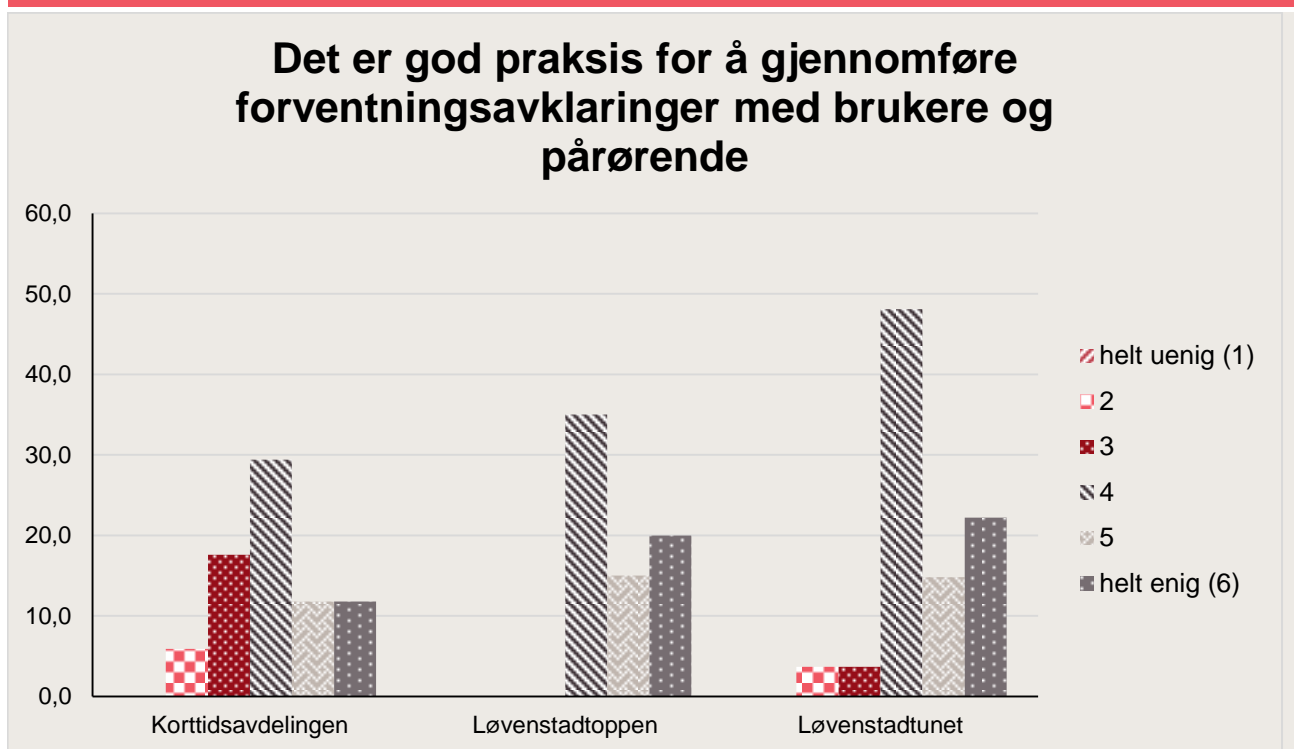
Påstandene om at tilbakemeldinger fra både pårørende og pasienter tas hensyn til og benyttes til læring og forbedring skåres gjennomsnittlig mellom 4,8 (pårørende) og 4,6 (brukere).

Påstandene «jeg opplever at tjenesten er opptatt av å undersøke hvordan pårørende/brukerne opplever tjenestene, og hva de mener bør forbedres» skåres gjennomsnittlig mellom 4,7 (pårørende) og 4,4 (brukere). Litt over halvparten gir skåren fire eller lavere ved Løvenstadnet, og dette indikerer et forbedringspotensial ved denne avdelingen, jf. korttidsavdelingen ovenfor.

I figuren nedenfor viser revisjonen hvordan respondentene skårer på påstanden om forventningsavklaringer. Svarene presenteres med prosentvis fordeling på en skala fra en til seks for korttidsavdelingen og langtidsavdelingene.

**Figur 39 Forventningsavklaringer**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=64)



Flere har svart «ingen formening», og er utelatt i grafene.

Halvparten av respondentene er enige i påstanden om det er god praksis for å gjennomføre forventningsavklaringer med brukere og pårørende. Samtidig er det en høy skår på fire og dette indikerer at det er et forbedringspotensial knyttet til gjennomføring av forventningsavklaringer.

Av respondentene ved langtidsavdelingene indikerer også svarene at det er et forbedringspotensial knyttet til påstanden. Det er en høy skår på fire ved begge avdelingene. Dette gjelder særlig Løvenstادتunet der vel halvparten av respondentene skårer påstanden med fire eller lavere.

### 6.3.2 Trygge fagpersoner et lederansvar

I intervjuene med enhetsleder og avdelingsledere pekes på at nærværende og tilstedeværende ledelse er veldig viktig for å trygge de ansatte i møte med pasienter og pårørende, og det vises videre til at det har blitt satt inn veiledning i perioder på avdelinger hvor dette har blitt opplevd som krevende. Det lages konkrete rutiner for den enkelte pasient for å sikre forutsigbarhet og for å møte krav fra pårørende. Det gjennomføres veiledning av personalet. I enkelte tilfeller formuleres helt konkrete setninger som kan brukes som svar hvis det skulle oppstå en krevende situasjon. Møte med de pårørende er et gjennomgående tema ved avdelingene, det er viktig at alle ansatte opptrer som profesjonelle, også der det er krevende situasjoner.

Avdelingsleder ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen på Fjerdingby legger vekt på at brukermedvirkning er en viktig del av hverdagen ved avdelingen, men det er også slik at det ikke

alltid er sammenfallende hva pasienten vil og hva pårørende vil. Som leder er hun alltid til stede i vanskelige pårørendemøter og da føler også pårørende seg sett. I tillegg legger avdelingsleder vekt på en åpen dør-policy som også gir et tett forhold til pårørende og en høy grad av tilgjengelighet.

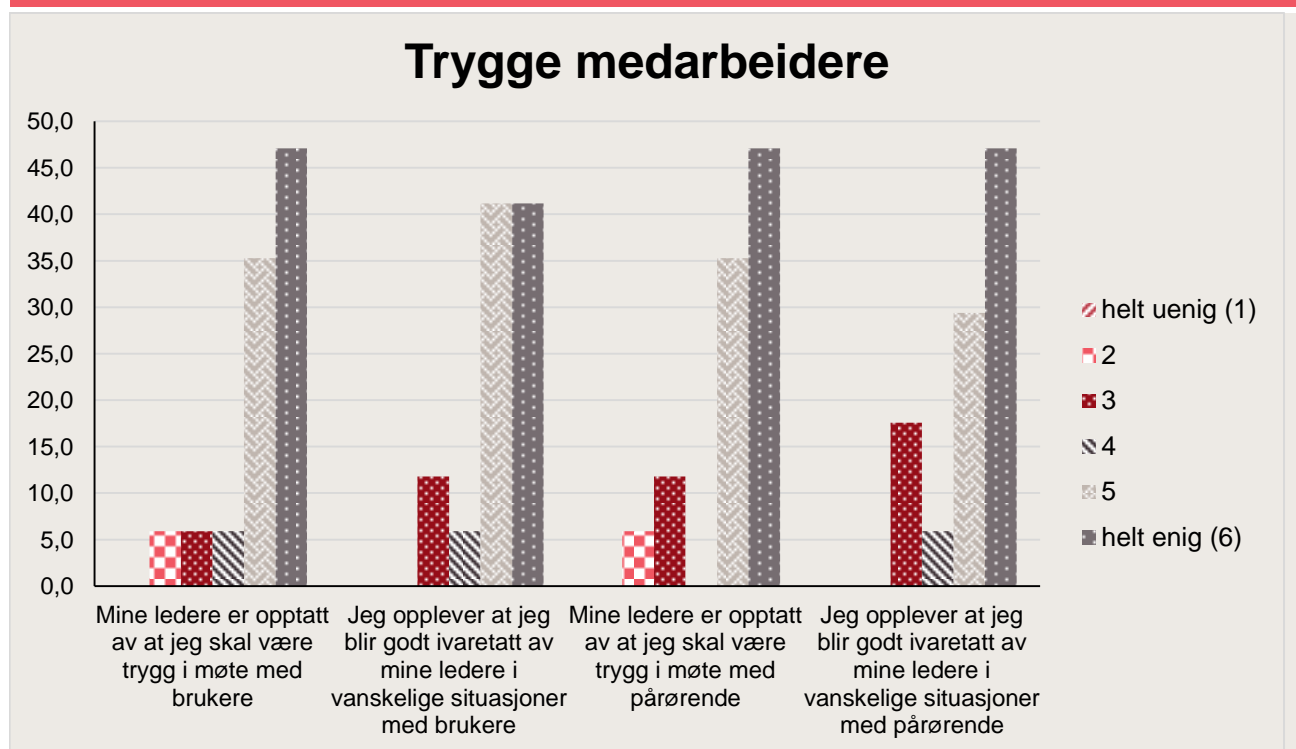
Avdelingsleder ved korttidsavdelingen peker i intervju på at det i liten grad registreres avvik på det som retter seg mot de ansatte. Temamøter om avvik har også inkludert at det en ansatt opplever som vold/trusler/trakassering mot seg selv, skal meldes som avvik. Avdelingsleder påpeker viktigheten av at slike avvik meldes da det er uakseptable situasjoner ved avdelingen som ofte kan ses i sammenheng med de av pasientene som har en krevende adferd.

### Medarbeidernes opplevelse av trygghet i møte med pasienter og pårørende

Påstander om trygghet i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Figuren viser den prosentvise svarfordelingen for avdelingene. Korttidsavdelingen først.

**Figur 40 Trygge medarbeidere, korttidsavdelingen**

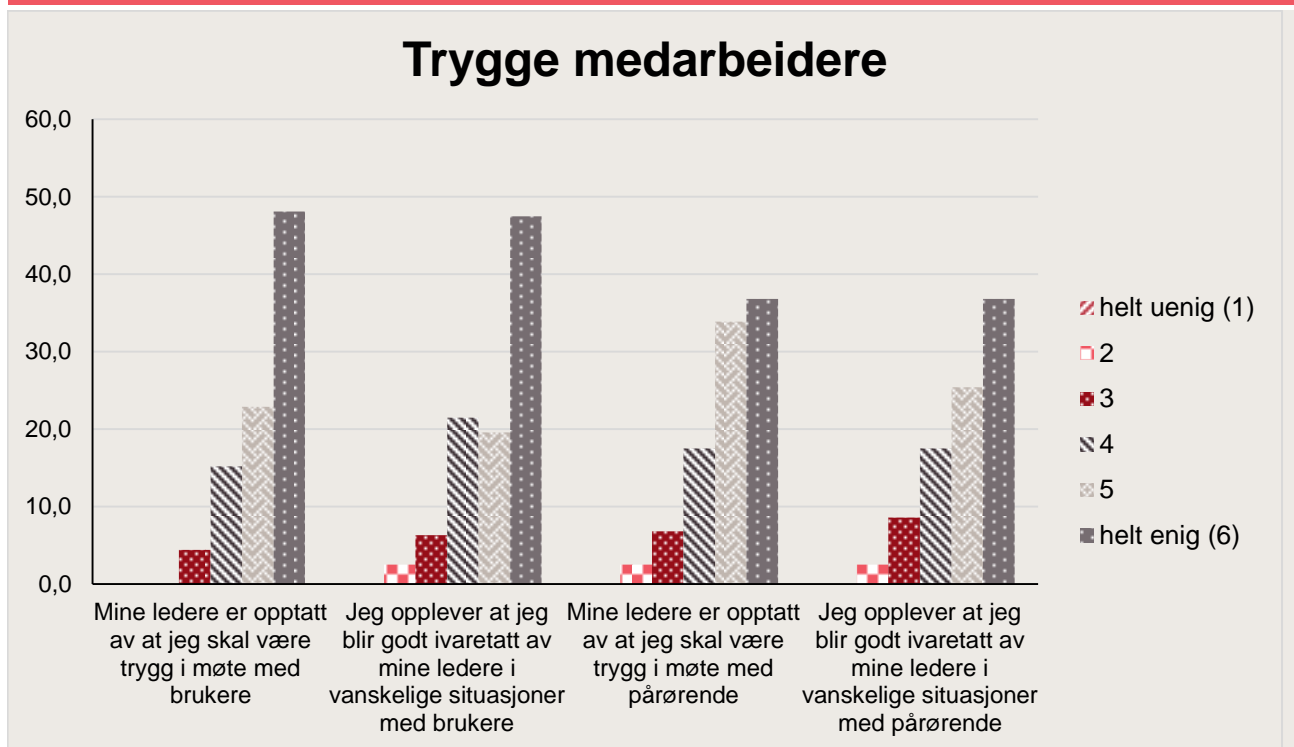
På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17)



Respondentene ved korttidsavdelingen svarer at de i stor grad er trygge i møte med pasienter og pårørende og at de blir godt ivaretatt av sine ledere i slike situasjoner.

**Figur 41 Trygge medarbeidere, langtidsavdelingene**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=48)



Respondentene ved langtidsavdelingene svarer også at de i stor grad er trygge og blir godt ivaretatt av sine ledere i møte med pasienter og pårørende, og det er også her en opplevelse av at de blir godt ivaretatt av sine ledere i vanskelige situasjoner.

## Hjemmesykepleien

### 6.4 Medvirkning gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser

#### 6.4.1 Gjennomføres bruker og pårørendeundersøkelser jevnlig?

Det framkommer i intervju og rutine for brukerdiallog og bruker/pårørendeundersøkelser at enheten rullerer årlig mellom bruker- og pårørendeundersøkelser til de ulike brukergruppene. Revisjonen har satt opp en oversikt over sist gjennomførte og neste planlagte undersøkelse i tabellen under:

**Tabell 6 Bruker- og pårørendeundersøkelser i hjemmesykepleien**

Oppsummering av gjennomførte og planlagte undersøkelser			
Tjeneste	Siste undersøkelse	Neste	Merknad fra EHT
Hjemmesykepleien	2015/2016	mars 2019	Hjemmesykepleie og hjemmehjelp kjøres annenhver gang
Hjemmehjelp (og kommunale utleieboliger)	2017/2018	2020	Hjemmesykepleie og hjemmehjelp kjøres annenhver gang
Pårørendeskole i demensomsorgen	2017 og oktober 2018	2019	Gjennomføres årlig
Samtalegrupper for pårørende i demensomsorgen	2017.	samtalegrupper pågår sommer/høst 2018.	Gjennomføres årlig. Samtalegruppene 2018 er ikke evaluert per 4.9.2018.

Kilde: Hjemmetjenesten, Rælingen kommune.

Tabellen viser at det sist ble gjennomført bruker- og pårørende undersøkelse i 2015/2016 innenfor hjemmesykepleien. Brukerundersøkelse ble gjennomført i 2017/2018 for hjemmehjelpen.

I tillegg gjennomføres årlig en undersøkelse blant deltakerne på pårørendeskolen i demensomsorgen, og tilsvarende for samtalegrupper for pårørende i demensomsorgen.

#### 6.4.2 Har kommunen en systematisk tilnærming når bruker- og pårørendeundersøkelser gjennomføres?

Enheden (EHT) har utarbeidet en rutine for brukerdiallog og bruker- og pårørendeundersøkelser. Rutinen viser ikke til kommunens felles rutiner på området. Målgruppen *brukere av hjemmesykepleie* (somatisk sykdom og funksjonsnedsettelse) retter seg mot bruker og pårørende, og målgruppen *hjemmehjelp* retter seg mot brukere. Blant annet beskrives følgende i EHT rutinen, hjemmesykepleie og hjemmehjelp:

Undersøkelsen baseres på at pårørende og/eller verge bistår beboer i å svare på undersøkelsen der beboer selv ikke er i stand til dette. Det er viktig å være oppmerksom på at synspunkter om hvordan bruker opplever sin hjelp, ikke alltid samsvarer med de synspunkter pårørende/verge har.



## 6.5 Sikrer kommunen medvirkning for den enkelte bruker og pårørende?

### 6.5.1 Rutiner

I stillingsinstruks for avdelingsleder beskrives blant annet en forventning til samarbeid med pårørende. I stillingsinstruks for fagleder beskrives at pasient- og brukerforløp og pårørendearbeid tilligger stillingens arbeidsområder.

Enheten har et uttalt «mestringsperspektiv» på sine tjenester. Videre beskriver rutinen prinsippet om brukermedvirkning og hva det innebærer, herunder at det skal legges vekt på «hva er viktig for deg?». Rutinen beskriver også at det skal iverksettes tiltak som gjør bruker i stand til å håndtere sitt eget liv best mulig, og «[t]jenestene skal som hovedregel tilpasse seg brukerens behov og ikke motsatt» (EHT rutine for brukerdiallog og bruker/pårørendeundersøkelser, sist revidert 1.8.2018).

Det er nylig utarbeidet en rutine for samhandling med pårørende (EHT rutine for samhandling med pårørende, utarbeidet 18.12.2018). Formålet med rutinen er å involvere pårørende til beste for bruker og den pårørende, å fange opp barn som pårørende og å tilby voksne pårørende med omsorgsoppgaver og/eller belastninger. Videre beskrives individuelt tilpasset støtte og avlastning, opplæring og veiledning, særlig knyttet til pårørende med krevende omsorgsoppgaver og belastninger.

Enhetsleder viser til rutinen som nylig er utarbeidet for samhandling med pårørende skal være en felles rutine for institusjons- og hjemmetjenesten. I hjemmetjenesten er det laget en standard tilbakemelding som de ansatte kan benytte i en aktuell situasjon. Rutinen er utarbeidet i samarbeid med demensteamet og kommuneoverlegen.

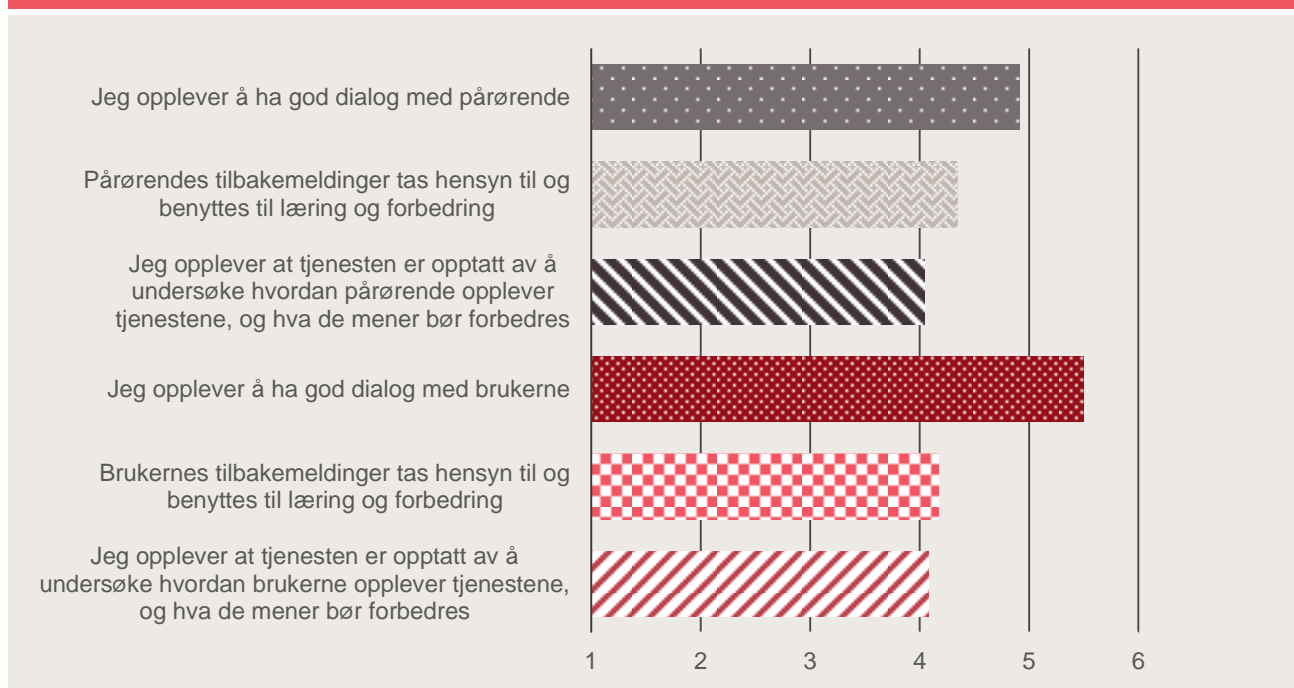
Enhetsleder peker på at hjemmesykepleien også arbeider med et nytt tjenesteforløp som skal inneholde nye stoppunkter for vurderinger og evalueringer, og som i større grad vil ivareta de pårørende. Det skal opprettes et tverrfaglig vurderingsteam, den enkelte tjenesten skal hurtig i dialog med bruker og pårørende, og sette mål for tjenesten. Etter enhetsleders oppfatning kan dette bli utfordrende for hjemmetjenesten med omtrent 250 brukere av tjenestene i dag.

### **Medarbeidernes opplevelse av bruker- og pårørendes medvirkning**

Påstander om temaet i spørreundersøkelsen framstilles nedenfor. Søylene viser hvordan gjennomsnittsskåren fordeler seg for den enkelte påstand.

**Figur 42 Dialog med brukere og pårørende, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=26):



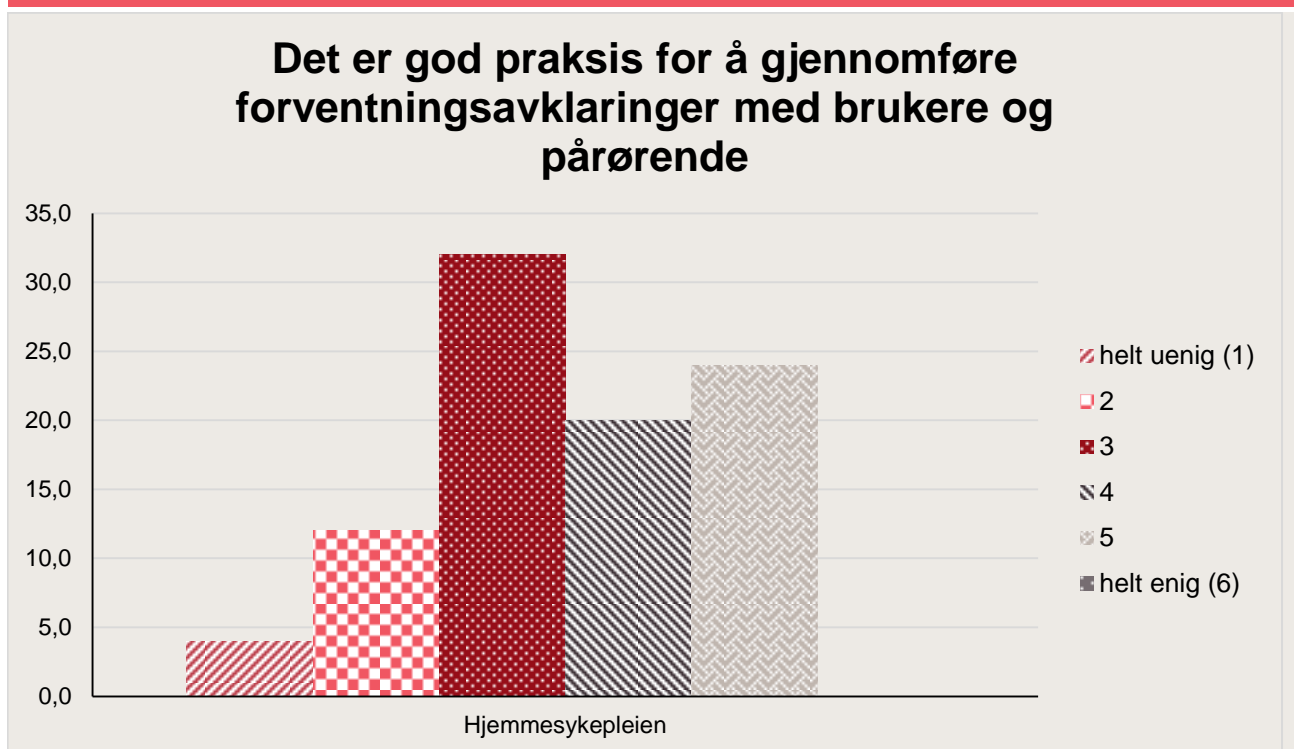
Svaralternativ «ingen formening» er ikke med i grafen.

Respondentene opplever at de har god dialog med brukerne. Gjennomsnittet viser en skår på godt over fem for denne påstanden. Respondentene opplever i mindre grad at brukere og pårørende lyttes til og at tilbakemeldinger brukes til forbedring.

I figuren nedenfor viser revisjonen hvordan respondentene skårer på påstanden om forventningsavklaringer. Svarene presenteres med prosentvis fordeling på en skala fra en til seks for hjemmesykepleien.

**Figur 43 Forventningsavklaringer**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=25)



Svaralternativ «ingen formening» er ikke med i grafen.

Tolv av 25 respondenter opplever at de er uenige i påstanden «det er god praksis for å gjennomføre forventningsavklaringer med brukere og pårørende», og fem skårer påstanden med fire. Seks av respondentene skårer påstanden med fem, og det er ingen som svarer at de er helt enige i påstanden. Dette indikerer et åpenbart forbedringspotensial.

### 6.5.2 Trygge fagpersoner et lederansvar

Avdelingsleder for hjemmesykepleien peker på at krevende situasjoner med pårørende er et tema som er på agendaen, men at dette likevel ikke oppleves som særlig utfordrende. De ansatte oppleves som trygge i sin rolle opp mot pårørende. Fagleder i hjemmesykepleien og demensteam deltar sammen med primærpleier, og eventuelt også avdelingsleder, i møter når noe har blitt krevende og det er behov for avklaringer.

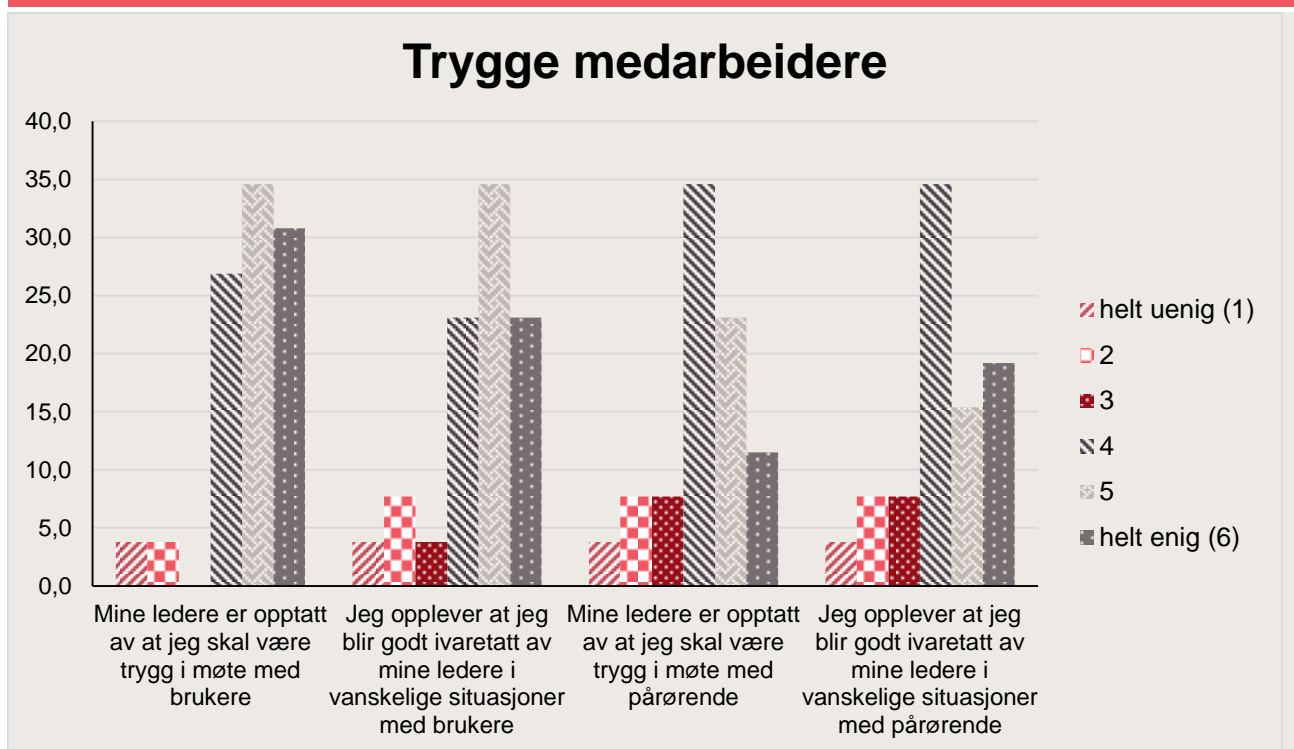
Avdelingsleder har ansvar for å holde i disse sakene og det jobbes mye med forventningsavklaring. Tilbakemeldinger fra ansatte skal følges opp av avdelingsleder, og det jobbes for tiden med å følge opp dette arbeidet. I tillegg har det blitt gjennomført en intern spørreundersøkelse om hvordan ansatte opplever slike situasjoner, og ny undersøkelse vil bli gjennomført til høsten og om et år avslutter enhetsleder.

### Medarbeidernes opplevelse av trygghet i møte med brukere og pårørende

I figurene nedenfor viser revisjonen hvordan respondentene skårer på flere påstander som handler om medarbeidernes opplevelse av trygghet i møte med brukere og pårørende. Svarene presenteres med prosentvis fordeling på en skala fra en til seks.

**Figur 44 Trygge medarbeidere, hjemmesykepleien**

På en skala fra 1-6, hvor uenig eller enig er du i følgende påstander (N=17)



Svaralternativ «ingen formening» er ikke med i grafene.

Respondentene er alt i alt enige, og opplever både at de er godt ivaretatt av sine ledere i møter med brukere og pårørende og at de også ivaretas av sine ledere i vanskelige situasjoner. Samtidig indikerer svarene også et forbedringspotensial, særlig knyttet til påstandene om trygghet i møte med pårørende. Disse to påstandene har en høy skår på fire og noen er også uenige.

Det er noen kommentarer til påstandene knyttet til pårørende, og her etterlyses opplæring i pårørendearbeid, møteledelse, viktigheten av å ha jevnlig og god dialog med pårørende samt hva som er gevinsten av pårørendearbeid.

## 6.6 Revisjonens vurdering

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende er viktig for å sikre god kvalitet i tjenestene. Revisjonens undersøkelse viser at tjenestene gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser innenfor de tidsintervaller som kommunens veileder fra 2016 legger

opp til. Revisjonens undersøkelse viser videre at bruker- og pårørendemedvirkningen er ivaretatt i kommunens rutiner.

Revisjonens vurdering er at det er noen svakheter knyttet til undersøkelsesopplegget som ble benyttet ved korttidsavdelingen høsten 2018. Dette er anonymitet, gjennomføring og innhold. Revisjonens vurdering er videre at evalueringen også har svakheter knyttet til anonymitet, verdi som styringsinformasjon og informasjon til brukere og pårørende i etterkant. Det er svakheter knyttet til representativitet og hvilken verdi resultatene kan tenkes å ha i kommunens forbedringsarbeid og som styringsinformasjon når utvalget er lite og det kommer inn få svar. Avdelingsledere og ansatte er delaktige i gjennomføringen. KS Undersøkelsesopplegg peker på at en slik praksis er uheldig. Det mangler systematikk eller ensartet praksis med hensyn til informasjon tilbake til brukere og pårørende om resultatene.

Det stilles i tillegg spørsmål ved om brukeropplevd kvalitet er dekket i tilstrekkelig grad. Det er ingen spørsmål om brukeropplevd kvalitet sammenholdt med KS Undersøkelsesopplegg.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte generelt opplever at det er god dialog med brukere og pårørende. Samtidig viser spørreundersøkelsen at det kan være et forbedringspotensial når det gjelder å undersøke hvordan tjenestene oppleves og bruken av denne informasjonen til å forbedre tjenestene.

Spørreundersøkelsen viser at de ansatte i begge tjenestene følger seg godt ivaretatt i vanskelige situasjoner med brukere og pårørende. Samtidig viser undersøkelsen at det kan være et behov for å styrke praksis for å gjennomføre forventningsavklaringer med brukere og pårørende.

## OVERSIKT OVER KILDER, LITTERATUR, FIGURER OG TABELLER

### Lov og forskrift

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

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

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

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

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

Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal.

Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering.

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

### Litteratur

Bøckmann, Kari, og Alice Kjellevoid. *Pårørende i helsetjenesten - en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget, 2010.

Direktoratet for forvaltning og ikt. *Brukerundersøkelser*. Oslo, 28 Mars 2017.

Fjørtoft, Ann-Kristin. *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.

Heggdal, Kristin. *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester*. Oslo, 7 Desember 2012.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Prop. 91 L (2010-2011) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo, 8 april 2011.

—. «Prop.91 L (2010-2011).» *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo, 8 April 2011.

Helsedirektoratet. *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten IS-2587*. Oslo, 17 Januar 2018-2.

Helsedirektoratet. *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator- IS-2651*. Oslo, 12 September 2018.

—. «Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.» *IS-2620 - elektronisk*. Oslo, 29 oktober 2018.

Helsedirektoratet. *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo, 29 Oktober 2018-1.

KS. *Faglig veileder for pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo, Januar 2012.

Sosial- og helsedirektoratet. «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.» *IS-1201 Veileder*. Oslo, November 2004.

VISMA. *Webområde for Visma*. u.d. <https://www.visma.no/smartskill/veilederen-pleie-og-omsorg/> (funnet Januar 3, 2019).

### **Dokumenter fra kommunen**

Rælingen kommune. *Demensplan 2016-2020*. Rælingen kommune, 2016.

—. «Helse- og omsorgsplan 2015-2026.» 26 August 2015.

—. «Strategi for velferdsteknologi.» Rælingen kommune, kommunestyret, 17 Juni 2015-2.

—. «Tilstandsrapport for 2017.» *Helse- omsorg og velferd 2018 - K-sak 50/2018*. 13 Juni 2018-1.

—. «Veileder for brukerundersøkelser.» Rælingen kommune, Juni 2016.

—. *Webområde for Rælingen kommune*. 2 November 2015-3. <https://www.ralingen.kommune.no/strategi-for-velferdsteknologi.363840.no.html> (funnet Desember 19, 2018).

—. «Årsberetning 2017.» *Vedlegg enhets- og prosjektsider*. 13 Juni 2018.

## OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER

### Figurer

Figur 1 Rutiner og prosedyrer, korttidsavdelingen .....	14
Figur 2 Rutiner og prosedyrer, langtidsavdelingene .....	15
Figur 3 Påstander om samarbeid .....	17
Figur 4 Opplæring, kunnskap og kompetanse - korttidsavdelingen .....	19
Figur 5 Opplæring, kunnskap og kompetanse - langtidsavdelingene .....	20
Figur 6 Påstander om kjennskap til pasientene og dokumentasjon - korttidsavdelingen .....	21
Figur 7 Kjennskap til pasientene og dokumentasjon - langtidsavdelingene .....	22
Figur 8 Grunnleggende behov - korttidsavdelingen .....	23
Figur 9 Grunnleggende behov (forts.) - korttidsavdelingen .....	24
Figur 10 Grunnleggende behov - langtidsavdelingene .....	25
Figur 11 Grunnleggende behov forts. - langtidsavdelingene .....	26
Figur 12 Sosiale behov, institusjonstjenesten .....	27
Figur 13 Fysiologiske behov, institusjonstjenesten .....	28
Figur 14 Hjelp til måltider og nok tid og ro til å spise .....	29
Figur 15 Rehabilitering og egenmestring .....	31
Figur 16 Egenmestring .....	32
Figur 17 Medisinsk undersøkelse, institusjonstjenesten .....	33
Figur 18 Tannbehandling og munnhygiene .....	34
Figur 19 Intern kontroll, hjemmesykepleien .....	37
Figur 20 Påstander om samarbeid .....	39
Figur 21 Opplæring, kunnskap og kompetanse - hjemmesykepleien .....	41
Figur 22 Påstander om kjennskap til pasientene og dokumentasjon - hjemmesykepleien .....	42
Figur 23 Grunnleggende behov - hjemmesykepleien .....	43
Figur 24 Grunnleggende behov, forts. - hjemmesykepleien .....	44
Figur 25 Sosiale behov, hjemmesykepleien .....	45
Figur 26 Fysiologiske behov og hjelp og ro ved måltider - hjemmesykepleien .....	46
Figur 27 Rehabilitering og egenmestring - hjemmesykepleien .....	48
Figur 28 Medisinsk undersøkelse, hjemmesykepleien .....	49
Figur 29 Tannbehandling og munnhygiene .....	50
Figur 30 Melding av avvik, korttidsavdelingen .....	56
Figur 31 Melding av avvik, langtidsavdelingene .....	57
Figur 32 Lukke og følge opp avvik, korttidsavdelingen .....	59
Figur 33 Lukke og følge opp avvik, langtidsavdelingene .....	60
Figur 34 Sum meldte avvik i Kvalitetslosen, hjemmesykepleien .....	62
Figur 35 Melding av avvik, hjemmesykepleien .....	63
Figur 36 Lukke og følge opp avvik, hjemmesykepleien .....	65
Figur 37 Dialog med brukere og pårørende, korttidsavdelingen .....	74
Figur 38 Dialog med brukere og pårørende, langtidsavdelingene .....	75
Figur 39 Forventningsavklaringer .....	76



Figur 40 Trygge medarbeidere, korttidsavdelingen .....	77
Figur 41 Trygge medarbeidere, langtidsavdelingene.....	78
Figur 42 Dialog med brukere og pårørende, hjemmesykepleien .....	81
Figur 43 Forventningsavklaringer.....	82
Figur 44 Trygge medarbeidere, hjemmesykepleien .....	83

**Tabeller**

Tabell 1 Avviksregistrering i Profil, institusjonstjenesten .....	54
Tabell 2 Sum meldte avvik i Kvalitetslosen, institusjonstjenesten.....	54
Tabell 3 Avviksregistrering i Profil, hjemmesykepleien .....	62
Tabell 4 Bruker- og pårørendeundersøkelser i institusjon .....	70
Tabell 5 Spørsmål om brukeropplevd kvalitet (spørsmål til pasientene) .....	71
Tabell 6 Bruker- og pårørendeundersøkelser i hjemmesykepleien.....	79

## VEDLEGG: RÅDMANNENS HØRINGSSVAR



RÆLINGEN KOMMUNE  
Rådmannsgruppa

ROMERIKE REVISJON IKS  
Ringvegen 4

2050 JESSHEIM

Deres ref./deres dato:  
/02.04.2019

Vår ref.:  
2018/3190-4/METAAS2

Arkivkode: Dato:  
217 24.04.2019

### Forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjem og hjemmesykepleie

Rådmannen har mottatt foreleggelsesbrev og utkast til rapport etter forvaltningsrevisjon av kvalitet i sykehjem og hjemmesykepleie i Rælingen kommune.

Vi har opplevd god dialog med Romerike revisjon gjennom arbeidsprosessen og takker for den foreliggende rapporten med anbefalinger for videre arbeid.

Det er gjennomført en undersøkelse hos de ansatte som er en vesentlig del av grunnlaget. Lederne våre var aktive for å motivere de ansatte til å svare og vi beklager at vi ikke klarte å få opp svarprosenten ytterligere, men er glad for at det ble tilstrekkelig til at svarene gir godt nok grunnlag for vurdering og anbefalinger.

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad kommunen sikrer god kvalitet i institusjons- og hjemmetjeneste, avgrenset til kommunens sykehjem og hjemmesykepleien. Revisjonens undersøkelse skulle besvare tre hovedproblemstillinger som det er utarbeidet revisjonskriterier for:

1. I hvilken grad sikrer Rælingen kommune at brukernes grunnleggende behov ivaretas?
2. I hvilken grad har kommunen etablert et forsvarlig system for avvikshåndtering?
3. I hvilken grad innhenter og nyttiggjør kommunen seg erfaringer fra brukere og pårørende?

#### 1. Kvalitetssikring av at brukernes grunnleggende behov ivaretas

Rådmannen er fornøyd med at det vurderes at kommunen har på plass internkontroll, rutiner og prosedyrer som sikrer kravene i kvalitetsforskriften. At medarbeiderne opplever å være godt kjent med, og følger i praksis, rutiner og prosedyrer er en god bekreftelse. Det er etablert god dokumentasjons- og kartleggingspraksis i tjenestene og det utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for faglig utvikling og økt kompetanse. Imidlertid viser svarene på spørreundersøkelsen at det er et forbedringspotensial når det gjelder å legge til rette for faglig utvikling og økt kompetanse.

## 2. Avvikskultur og avviksrapportering

Revisjonen vurderer at kommunen har på plass selve avvikssystemet, men det er et forbedringspotensial særlig knyttet til avviksrapporter som god styringsinformasjon. Det er også pekt på at det ikke er tilstrekkelig samordnet avviksrapportering i fagsystem og kvalitetssystem. Dette kan skape usikkerhet.

Revisjonen vurderer også at det er et tydelig rom for forbedring knyttet til det å ha en kultur som legger til rette for å melde avvik.

## 3. Brukerdialog

Revisjonens undersøkelse viser at tjenestene gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser i tråd med kommunens egen veileder fra 2016. Det påpekes at det ikke er spørsmål om brukeropplevd kvalitet og undersøkelsen har også svakheter knyttet representativitet og hvilken verdi resultatene kan ha i forbedringsarbeid og som styringsinformasjon.

Medarbeiderne generelt opplever at det er god dialog med brukere og pårørende og undersøkelsen viser også at medarbeiderne i begge tjenestene føler seg godt ivaretatt i vanskelige situasjoner med brukere og pårørende. Det kommer allikevel fram behov for bedre forventningsavklaringer med brukere og pårørende.

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen har vi fått fire anbefalinger fra revisjonen og rådmannen vil

1. Rådmannen bør undersøke nærmere om brukere med demens i tilstrekkelig grad får et tilrettelagt tilbud, og eventuelt sette inn de tiltak som er nødvendig.
2. Rådmannen bør følge opp at det legges til rette for en god kultur for å melde avvik.
3. Rådmannen bør sørge for at det etableres en ensartet praksis for avviksregistrering.
4. Rådmannen bør styrke og forbedre opplegget for bruker- og pårørendeundersøkelser.

Rådmannen kommenterer videre hvilken oppfølging det legges opp til for hver anbefaling.

### Anbefaling 1

Det er en økende andel eldre som har en demenssykdom. Dette gir utfordringer for alle tjenester som har en stor andel eldre blant sine brukere, bl.a. institusjonstjeneste, dagsentre og hjemmetjenestene. I revisjonsrapporten kommer det fram at det er tjenestemottakere med demens som er den gruppen det kan se ut som ansatte er mest bekymret for om får et godt nok tilrettelagt tilbud.

I juni 2016 vedtok kommunestyret Demensplan 2016-2022, «*Det profesjonelle medmenneske*». Planarbeidet var et viktig ledd i å legge et faglig grunnlag for et bedret tjenestetilbud for en voksende gruppe innbyggere. Planen har hatt aktiv oppfølging og bl.a. har over 100 medarbeidere vært gjennom kompetanseprogrammet Demensomsorgens ABC, og dette følges fortsatt opp.

Som en direkte oppfølging av denne forvaltningsrevisjonen vil rådmannen initiere en evaluering av oppfølgingen av planen og vurdere om ytterligere tiltak bør iverksettes.

### Anbefaling 2 og 3

Avvik og avvikshåndtering har hatt stor oppmerksomhet i organisasjonen gjennom flere år. Det har vært arbeidet mye med systematikk rundt avvik og alle enheter har prosedyrer for hvordan dette skal ivaretas i den enkelte enhet, basert på noen felles retningslinjer. Kommunen har hatt et fungerende helhetlig avvikssystem siden det ble innført felles kvalitetssystem i 2009. Helsetjenestene har også tidligere hatt system på avvik, men det har i stor grad vært avvik knyttet til alvorlige situasjoner for brukere/pasienter. Et helhetlig avvikssystem som gir en avvikskultur har vist seg å ta lang tid å innarbeide og utvikle. I løpet av 2019 tas det i bruk en helt ny versjon av kvalitets- og avvikssystemet. I den forbindelse ryddes det og gås opp en del nye retningslinjer i systemet. Dette vil i seg selv medføre økt oppmerksomhet på avvik og avvikshåndtering.

Kommunens hovedveveombud har pågående en runde i alle enheter for å øke kompetansen rundt avvik, særskilt innenfor HMS-området og det er lagt opp en ny rutine for rapportering av avvik årlig til rådmannsgruppa gjennom det interne kvalitetsrådet.

Samlet ser vi en positiv utvikling på antall avvik som meldes, men det viser seg at sammenhengen mellom fagsystem og kvalitetssystem og felles holdning til hvilke avvik det er viktig å melde er områder det må jobbes videre med.

Det er i forbindelse med dreinings- og kostnadsreduksjonsprosjektet for omsorgstjenestene kommet fram behov for gjennomgang av bruken av fagsystemet og det blir da også lagt inn i dette arbeidet tydeliggjøring av retningslinjene for avvik som meldes der.

#### Anbefaling 4

Rådmannen tar kritikken til bruker- og pårørendeundersøkelsene til etterretning. For en del år tilbake benyttet kommunen KS sitt opplegg for brukerundersøkelser, Bedrekommune.no. Det var imidlertid vurdert at systemet ikke svarte til forventningene på det tidspunktet og det hadde også relativt høy kostnad. Etter noen år med egne undersøkelser har vi nå valgt å gå over til Bedrekommune.no igjen og vil i løpet av året 2019 ha disse undersøkelsene tilgjengelig.

Alle undersøkelser må uansett vurderes om de egner seg for den aktuelle bruker- eller pårørendegruppen, men med godt utviklede undersøkelser fra Bedrekommune vil lederne få mer kvalifiserte verktøy og bedre veiledning til gjennomføring av brukerundersøkelser og vi får et sammenligningsgrunnlag fra alle de andre kommunene som benytter samme verktøy.

Som en del av oppfølging av kommunens helse- og omsorgsplan ble det gjennomgått og gitt føringer for brukerdialogen i helse- og omsorgsenhetene, brukerdialogen har mange former hvorav brukerundersøkelse er en. Det aller viktigste er at den enkelte bruker får innvirke på eget tjenestetilbud og dette vektlegges nå stadig mer, og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal være sentralt i all tjenesteutføring. Dette jobbes det nå aktivt med i dreinings- og kostnadsreduksjonsprosjektet. Det legges nå bl.a. opp til et endret opplegg for vurdering og utprøving av tjenestetilbud til nye brukere og brukere med endret tjenestebehov.

I revisjonsrapporten påpekes det at ansatte opplever at det er et forbedringspotensiale i arbeidet med å avklare forventninger. Dette er viktig både for å sikre et godt og tilpasset tjenestetilbud og for å redusere misnøye og konflikter. Det må arbeides mer med kompetanse hos ansatte på kommunikasjon med brukere og pårørende og forventningsavklaringer må tydeligere innarbeides i både vurdering av nye brukere og den løpende samhandlingen mellom tjenesteytere, brukere og pårørende.

#### Oppsummering

Det er en rekke vurderinger og anbefalinger i rapporten som det må arbeides videre med i den enkelte enhet og i revisjon og videreutvikling av rutiner, veiledere og kompetanseutvikling.

De momentene det er konkret pekt på i rådmannens tilsvar til anbefalingene vil bli fulgt opp samlet og av rådmannen og rådmannens stab.

Med hilsen

Eivind Glemmestad  
rådmann

Mette Aasrud  
kommunalsjef

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent*

