FORVALTNINGSREVISJON FOR KONTROLLUTVALGET I GJERSTAD KOMMUNE

ORGANISERING OG KVALITET I PLEIE OG OMSORG

AUST-AGDER REVISJON IKS, APRIL 2019

Aust-Agder Revisjon IKS

INNHOLD

1. INNLEDNING, FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER 1

1.1. INNLEDNING 1
1.2. BAKGRUNN OG FORMÅL 2

2. METODISK GJENNOMFØRING 3

3. REVISJONSKRITERIER 5

4. PROBLEMSTILLINGER 10

4.1. ORGANISERING AV PERSONALRESSURSER, ARBEIDSMILJØ OG SYKEFRAVÆR 11
4.1.1. FAKTA 11
4.1.2 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON 20

4.2. HELHETLIG TJENESTE OG SAMSPILL MELLOM INSTITUSJON OG HJEMMETJENESTEN .. 22
4.2.1. FAKTA 22
4.2.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON 24

4.3. KVALITET OG BRUKERMEDVIRKNING 25
4.3.1. FAKTA 25
4.3.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON 31

5. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER 33

5.1 RÅDMANNENS KOMMENTAR 34

6. LITTERATUR 36

7. VEDLEGG 37

VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE 37
VEDLEGG 2 - SPØRREUNDERSØKELSE 38

Forvaltningsrevisjon til kontrollutvalget i Gjerstad kommune

Organisering og kvalitet i pleie og omsorg

Aust-Agder Revisjon IKS

Problemstillinger

1) *Hvordan er personalressursene for pleie og omsorg i Gjerstad kommune organisert? Og har man i dette arbeidet tatt tilstrekkelig hensyn til arbeidsmiljø og sykefravær?*

2) *I hvilken grad drives tjenestene på en helhetlig måte, med effektivt samspill og gode ordninger mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester?*

3) *Hvordan beskrives kvaliteten på tjenestene? Og er medvirkning fra brukere og pårørende i tråd med kravene i lovverket?*

Revisjonskriterier

- Kommunen skal tilby et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud – med krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet
- Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere virksomhetens aktiviteter
- Det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse, med god og realistisk bemanningsplan. Turnus skal drøftes i samarbeid med tillitsvalgte
- Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med pasient- og brukermedvirkning
- Tjenesten skal drive systematisk styring- og forbedringsarbeid, med et internkontroll- og avvikssystem for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser

Side 5 - 9

Revisors funn, vurderinger og konklusjon

- Ledelsen har en oppgave- og ansvarsfordeling, som av ansatte og ledere beskrives som uklar og tidkrevende. Ansatte mener ledelsen opptrer lite helhetlig, er lite synlig og opplever lite inkludering i prosesser som angår tjenesten. Revisjonen bemerker også at flere ansatte ikke er kjent med hvem som er deres nærmeste leder.
- 98 prosent av de ansatte mener dagens turnus ikke fungerer og bør endres (pr. januar 2019). Ny turnus omtales som uoversiktlig og rotete, med en uforsvarlig bemanning som ansatte mener ikke er forsvarlig ift. brukernes liv og helse. Revisjonen registrerer at mange ansatte mener ledelsens fremgangsmåte knyttet til innføring av ny turnus ikke var tilfredsstillende.
- Det er indikasjoner på at det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til ansattes arbeidsbelastning, involvering og medvirkning i ledelsens planleggingsprosesser. I forlengelse av ansattes medvirkning, bemerker revisjonen også at arbeidsmiljølovens bestemmelser om tillitsvalgtes involvering i turnus tilsynelatende ikke overholdes.
- Revisjonen stiller seg positive til ledelsens fokus på samarbeid og samhandling på tvers av tjenesteområdene. Enhetens arbeid med mer helhetlige tjenester ved at sykepleiere har vakter på tvers, har etter ansattes oppfatning derimot ikke fungert optimalt da slike vakter fører til dårlig oppfølging, lite kontinuitet og utfordringer for ansatte å være oppdatert på ulike deler av tjenesten.
- Selv om kvaliteten på arbeidet som gjøres ved tjenestekontoret av både ansatte og ledere beskrives som positivt, registrerer revisjonen at intensjonen om et uavhengig tjenestekontor på tvers av tjenestene i kommunen ikke er iverksatt. Dagens organisering kan være utfordrende ettersom den gir de ansatte dobbeltrolle som kan føre til mindre uavhengige vedtak med en tjenestepreget vedtaksmyndighet.
- Enhetens ivaretakelse av kvalitetsindikatorer og brukermedvirkning fremstår som tilfredsstillende i tråd med forskrift.
- Etter revisjonens vurdering har ikke enheten et velfungerende og forankret avvikssystem slik det anvendes pr. i dag. Det er ulike oppfatninger og praksis vedr. rutiner for registrering, oppfølging av og tilbakemelding på avvik. En stor andel ansatte mener de har avgrenset tid til å føre avvik, eller at avvikene uansett ikke blir fulgt opp

Side 11 - 34

Revisjonen anbefaler at:

- *Det foretas en gjennomgang av ansvars- og oppgavefordelingen i ledergruppa, med fokus på tydeliggjøring av personalansvar, samarbeid og synlighet overfor ansatte*
- *Det foretas en ny evaluering av dagens bemanningssituasjon og turnusordning, med tilstrekkelig sikring av forsvarlige tjenester og hensyn til arbeidsmiljø og sårbarhet i forhold til fravær. Det forutsettes at denne evalueringen og planlegging av ny turnus gjennomføres i samråd med ansatte og tillitsvalgte*
- *Det anbefales å vurdere organiseringen av tjenestekontoret i forhold til kommunens mål om uavhengighet mellom ansatte som fatter vedtak og de som utfører tjenesten*
- *Rutiner og praksis knyttet til avviksrapportering gjennomgås blant ansatte, med hovedvekt på tilrettelegging, terskel for registrering, gjennomgang og oppfølging av avvik*

1. INNLEDNING, FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

1.1. INNLEDNING

Gjerstad kommune har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å gi nødvendig helsehjelp og bistand til personer som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. hol. § 3-1.[1] Pleie- og omsorgstjenestene skal ifølge kommunen være preget av kvalitet, fleksibilitet og individuelt rettede behov, og kommunens innbyggere skal være trygge på at de får nødvendige omsorgstjenester ved behov.[2] Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3 regulerer kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester og brukergrupper de har ansvaret for. Kommunens ansvar innenfor pleie- og omsorgssektoren omfattes for øvrig av en rekke andre lover og forskrifter, blant annet knyttet til pasient- og brukerrettigheter, internkontroll, ledelse og særlovgivning om kvalitet i tjenestene.

Enhet for pleie og omsorg er den største enheten i Gjerstad kommune, med ca. 70 årsverk og med et budsjett som var i underkant av 50 millioner kroner i 2018. Enheten består av en rekke tjenestetilbud, fordelt på tre tjenesteområder: institusjonsbaserte tjenester, hjemmebaserte tjenester og tjenester til funksjonshemmede. Budsjettrammer fra kommunestyret og prioritering av disse styrer blant annet organisering av personalressursene, som igjen vil kunne gi utslag på eksempelvis arbeidsbelastning, sykefravær og vikarbruk. Det pekes også på i flere forskningsrapporter på en sterk sammenheng mellom arbeidsmiljø og kvaliteten på omsorgstjenestene som leveres.[3]

Denne forvaltningsrevisjonen har til hensikt å se på hvordan enheten organiserer sine ressurser og hvilken sammenheng organiseringen har i forhold til kvaliteten på kommunens helse- og omsorgstjenester. Det vil herunder være hensiktsmessig å vurdere om enhetens personalressurser er organisert på en effektiv og god måte, og hvilken innvirkning dette har på det helhetlige arbeidsmiljøet. Prosjektet vil videre ha til hensikt å se på forholdet mellom hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, og i hvilken grad enheten ivaretar driften på en måte som gir en samordnet tjeneste til det beste for brukerne. Prosjektet vil videre forsøke å kartlegge hvordan enheten ivaretar medvirkning fra brukere og pårørende, og hvordan kvaliteten på tjenestene beskrives i henhold til ulike kvalitetsindikatorer.

Forvaltningsrevisjonsprosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Gjerstad 02.05.2018 (sak 12/18), med bakgrunn i overordnet analyse (2015-2016) og plan for forvaltningsrevisjon.[4] Revisjonens funn og anbefalinger er utledet gjennom dokumentanalyser, intervjuer og spørreundersøkelse, vurdert opp mot rapportens revisjonskriterier. Prosjektet er for øvrig gjennomført etter gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.[5]

[1] LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Heretter forkortet hol.
[2] http://www.gjerstad.kommune.no/organisasjon/tjenesteenheter/pleie-og-omsorg/
[3] NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*
[4] Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019. Vedtatt av Gjerstad kontrollutvalg 17.02.2016 (sak 4/16)
[5] *RKS 001 Standard for forvaltningsrevisjon*. Fastsatt av NKRFs styre 1. februar 2011

1.2. BAKGRUNN OG FORMÅL

Forvaltningsrevisjonsprosjektet «Organisering og kvalitet i pleie og omsorg» i Gjerstad kommune ble bestilt av kontrollutvalget 14.02.2018 (sak 4/18), i tråd med vedtatt Plan for forvaltningsrevisjon. Bakgrunnen for bestillingen er vurderingene i Overordnet analyse (2015-2016) som peker på at Gjerstad kommune på pleie og omsorg har utfordringer med å tilpasse driften til budsjett, at det har vært opplevd et høyt press på bemanningen. Gjerstad kommune engasjerte i 2016 Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO), for bistand til gjennomgang av driften i pleie og omsorg i kommunen. RO-rapporten ble lagt frem høsten 2016, og pekte blant annet på en fragmentert og lite helhetstenkende tjeneste. Det ble videre formidlet at ansatte opplever bemanningen som lav, som resulterer i hektiske dager.

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet vil i henhold til kontrollutvalgets bestilling, ha til hensikt å se på driften av pleie- og omsorgssektoren i Gjerstad kommune. Det vil herunder være formålstjenlig å se på hvordan enheten organiserer sine personalressurser, og hvorvidt bemanningen er tilstrekkelig i forhold til kapasitet, arbeidsmiljø og kompetanse. Det vil videre være hensiktsmessig å se på hvorvidt enheten driver helhetlig med hensyn til samspill mellom tjenesteområdene, og hvorvidt kvalitetsindikatorene er oppfylt i henhold til lovkrav og andre retningslinjer knyttet til kvalitet i pleie- og omsorgstjenester.

Prosjektplan for arbeidet ble behandlet i kontrollutvalgsmøte 02.05.2018 (sak 12/18), hvor det basert på innspill fra kontrollutvalget, ble vedtatt tre problemstillinger:

1) *Hvordan er personalressursene for pleie og omsorg i Gjerstad kommune organisert? Og har man i dette arbeidet tatt tilstrekkelig hensyn til arbeidsmiljø og sykefravær?*

2) *I hvilken grad drives tjenestene på en helhetlig måte, med effektivt samspill og gode ordninger mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester?*

3) *Hvordan beskrives kvaliteten på tjenestene? Og er medvirkning fra brukere og pårørende i tråd med kravene i lovverket?*

2. METODISK GJENNOMFØRING

Prosjektets metodiske fremgangsmåte baserer seg på en sammensatt datainnsamling gjennom både kvalitative og kvantitative tilnærminger. Gjennom bruken av metodetriangulering, det vil si en sammensetning av flere metodiske undersøkelser for å undersøke samme fenomen, reduseres faren for unyansert informasjon og problemstillingene blir belyst gjennom ulike faktabeskrivelser.

Dokumentanalyse

Revisjonen har som en viktig del av datagrunnlaget, foretatt en dokumentanalyse av ulike kilder knyttet til enheten. Kommunen ved enhetsleder har forelagt en rekke rutinebeskrivelser, planer, lokale avtaler og organisatoriske oversikter knyttet til prosjektet, som har vært nyttige bidrag til revisjonens helhetsforståelse, vurderinger og konklusjoner. Det er for øvrig også anvendt planer og andre styringsdokumenter, hentet fra kommunens hjemmesider.

Intervjuer

Revisjonen har totalt i prosjektet gjennomført intervju og samtaler med 8 informanter, alle nøkkelpersoner innenfor pleie- og omsorgsenheten og kommunens ledelse. I startfasen av prosjektet gjennomførte revisjonen et oppstartsmøte med enhetsleder, med et påfølgende informativt møte hvor mye av den forelagte dokumentasjonen ble gjennomgått. Det ble videre avholdt semi-strukturerte intervjuer med felles utarbeidet intervjuguide for seks informanter, herunder tjenesteledere for hhv. hjemmetjenesten og institusjon, tillitsvalgt, verneombud samt NSFs[6] tillitsvalgt og hovedtillitsvalgt. Revisjonen har i tillegg til ovennevnte intervjuer, hatt samtale med rådmannen.

Spørreundersøkelse

For å få større innsikt i de ansattes opplevelser og synspunkter, valgte revisjonen å gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle ansatte ved både institusjon og hjemmesykepleie. Revisjonen har kun tatt utgangspunkt i liste som enhetsleder har oversendt med alle ansattes e-poster, og tar derfor forbehold om potensielle feil/mangler i den oversendte listen.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 60 respondenter. Av utvalget var det totalt 40 respondenter som svarte på hele undersøkelsen, hvilket innebærer en svarprosent på totalt 67 prosent. 2 respondenter gjennomførte kun deler av undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble for øvrig distribuert gjennom SurveyXact, som revisjonen også anvendte i sin analyse av datagrunnlaget knyttet til spørreundersøkelsen.

Validitet og reliabilitet

Vurderingen av det metodiske arbeidets validitet og reliabilitet, handler om å belyse dataenes troverdighet og gyldighet. Validiteten handler om hvorvidt de innsamlede dataene er aktuelle for å besvare problemstillingene, og om revisjonens funn er autoritative og representative i

[6] NSF – Norsk Sykepleierforbund

forhold til fenomenet som er undersøkt. Dokumentene som er analysert for å besvare problemstillingene har vært offentlig tilgjengelig dokumenter, eller dokumenter som er forelagt revisjonen direkte av enhetsleder.

I forbindelse med intervjuprosessen har dialogen vært forankret gjennom en felles intervjuguide for alle informantene, kun justert med enkelttilpasninger. Dette har vært et viktig verktøy for å kunne se tendenser på tvers av intervjuobjektene og sikre en godt forankret analyseprosess. Validiteten styrkes ytterligere ved at datamateriale fra alle intervjuer og samtaler er faktaverifisert av den enkelte informant. En slik faktaverifisering gir mindre rom for potensielle fallgruver ved subjektiv tolkning av dataene. Rådmannen har i tillegg ved prosjektets ferdigstillelse fått rapporten til høring. Tilbakemelding og uttalelser fra rådmannen ligger vedlagt.

Reliabilitetsvurderingen omhandler hvorvidt de innsamlede dataene er pålitelige, og om dataene er gjenstand for etterprøvbarhet. Rapporten har både på detaljert og overordnet nivå vært gjenstand for intern og ekstern kvalitetskontroll. Gjennomgående i rapportens arbeid har flere forvaltningsrevisorer vært involvert i prosessen, og den metodiske innsamlingen av data har vært grundig forankret og kvalitetssikret internt. Dette har bidratt til et godt fundament for dataenes reliabilitet.

Bruken av metodetriangulering gjennom en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode har etter revisjonens syn bidratt til et godt og representativt datagrunnlag som i stor grad danner et helhetsbilde av organiseringen, arbeidsmiljø og kvalitet i pleie- og omsorgsenheten i Gjerstad kommune. Prosjektet er for øvrig avgrenset til å kun omfatte institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester, da tjenestene har med seg flere risikoområder fra tidligere hendelser og situasjoner. Tjenester for funksjonshemmede og øvrige deler av pleie- og omsorgssektoren er følgelig ikke med i prosjektet, med utgangspunkt i risikovurderinger og av hensyn til omfang.

I løpet av prosjektet har revisjonen valgt å gjøre en begrepsendring i problemstilling 3, som innebærer en avgrensning fra opprinnelig «opplevelse blant brukere og pårørende» til en beskrivelse av kvalitetsindikatorer. Når revisjonen begynte på tematikken, ble det raskt metodiske begrensninger knyttet til den subjektive opplevelsen av kvalitet hos brukere og pårørende. Å måle kvalitet i slike type tjenester kan være krevende, da det er mye variasjoner blant brukernes kognitive og fysiske utfordringer. Revisjonen har derfor valgt å fokusere på hvordan enheten *jobber* med kvalitet og brukermedvirkning, med utgangspunkt i ulike indikatorer og ansattes refleksjoner.

Prosjektet er utført av forvaltningsrevisor Stine Norrøne Beck og Kristian Fjellheim Bakke som ansvarlig forvaltningsrevisor. Arbeidet med rapporten har i hovedsak foregått i perioden oktober 2018 – mars 2019.

3. REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de krav, normer og standarder som utgjør grunnlaget for de vurderinger revisjonen skal måle objektet opp mot og i forhold til. Kriteriene vil være gjeldende for alle de tre problemstillingene, for å på best mulig måte danne et godt normativt grunnlag for de vurderinger og konklusjoner som trekkes.

Krav til styring og organisering av pleie- og omsorgstjenester

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.[7] Kommunens «sørge-for»-ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov eller forskrift, jf. hol. § 3-1 tredje ledd. Etter lovforarbeidene innebærer kravet til *planlegging* at kommunen må vurdere behovet for tjenestene og planlegge hvordan behovet skal dekkes. Spesielt viktig er her kommunens ansvar for å vurdere behovet for nødvendig personell og kompetanse og legge planer for rekruttering for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen. Kravet til *gjennomføring* innebærer at kommunen har ansvar for at tjenestene blir organisert og gjennomført i henhold til vedtatte planer, og at tjenestene som tilbys er forsvarlige. Krav til *evaluering* går ut på at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk, og kravet til *korrigering* innebærer at kommunen er ansvarlige for å korrigere uforsvarlige og uønskede forhold.[8]

De ovennevnte pliktene reguleres nærmere i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og defineres under samlebegrepet «styringssystem», jf. forskriftens § 4.[9] I forskriftens § 3 heter det at den med det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette. I forskriftens §§ 6-9 presenteres styringssystemet slik:

Plikten til å planlegge (jf. § 6)	Innebærer at kommunen skal ha oversikt over og beskrive mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, og hvordan det systematisk skal arbeides for kvalitetsforbedring og brukersikkerhet. De skal ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. Sistnevnt skal kommunen ha oversikt over avvik som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen[10]
Plikten til å gjennomføre (jf. § 7)	Innebærer å sørge for at oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres, samt sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet. Videre skal kommunen iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner osv. for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovverket. Det skal også sørges for bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

[7] LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)* Heretter forkortet hol.
[8] *Ibid* side 141-142
[9] FOR-2016-10-28-1250 *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
[10] Herunder helse- og omsorgslovgivning, inkludert kravet til forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Plikten til å evaluere (jf. § 8)	Innebærer å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, samt vurdere om gjennomføringen er egnet til å etterleve lovkrav. Videre skal det evalueres om iverksatte tiltak ivaretar kravene i lovgivning, samt vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. Det skal gjennomgås avvik, og minst en gang i året systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet
Plikten til å korrigere (jf. § 9)	Innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at regelverket etterleves samt forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen.

Kommunens plikter etter «styringssystemet» skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og dokumentasjon knyttet til pliktene skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig, jf. forskriften § 5.

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene reguleres videre av lovens krav til *forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet*, jf. hol. kap. 4. Her stilles det krav til at tjenestene som tilbys etter loven skal være forsvarlige, og at kommunen skal tilrettelegge slik at den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. Det skal videre tilrettelegges slik at tjenesten og personell som utfører tjenesten blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, samt en sikring av tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene, jf. hol. § 4-1.

Forsvarlighetskravet defineres nærmere i helsepersonelloven kapittel 2 om krav til helsepersonells yrkesutøvelse.[11] I lovens § 4-1 heter det at:

> *«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig».*

Videre skal helsepersonell innrette seg etter sine faglig kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig, jf. hpl. § 4-1 andre ledd.

Bemanning i pleie- og omsorgstjenester

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, ved å blant annet sikre tilstrekkelig fagkompetanse blant de ansatte.[12] I forskrift om sykehjem stilles det flere krav til bemanning og personell, hvor det heter at boformen blant annet skal ha det antall personell som er nødvendig for å sikre beboere nødvendig omsorg og bistand, jf. § 3-2 d.[13]

Det foreligger for øvrig ingen nasjonale bemanningsnormer eller eksplisitte krav knyttet til bemanning på sykehjem eller hjemmesykepleien. Av en studie fremkommer det at en *god og realistisk* bemanningsplan er avhengig av de økonomiske rammene som vedtas av politisk ledelse i kommunen og administrasjonens fordeling av ressurser blant tjenestene og at turnus er satt opp av på en slik måte at den tar hensyn til sykefravær, ferieavvikling og annet

[11] LOV-1999-07-02-64 *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)* Heretter forkortet hpl.
[12] Jf. Hol. § 4-1 bokstav d og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6 bokstav f
[13] FOR-1988-11-14-932 *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. (Forskrift for sykehjem)*

fravær.[14] Ved utarbeidelse av ny turnus, skal dette i henhold til arbeidsmiljøloven gjøres i samarbeid med tillitsvalgte. Turnusen skal da drøftes med tillitsvalgte så tidlig som mulig, og senest to uker før iverksettelse, jf. aml. § 10-3.[15]

I NOVA-rapport om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem, ble det undersøkt årsaker til avvik fra planlagt turnus da det fremkommer at pleie- og omsorgstjenestene bærer preg av mye avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.[16] Her fremkommer det at hovedårsaken til avvik i bemanningen ved både hjemmesykepleien og sykehjem begrunnes i *«problemer med å få tak i utdannede vikarer når det oppstår sykefravær»*. Nest høyest kom årsaken *«Press fra ledelsen om å ikke hente inn vikarer av økonomiske grunner»*. Innføring av en standard bemanningsnorm er et tema som diskuteres på flere arenaer. NOVA-rapporten trekker frem at en slik norm vil kunne heve og sikre kvaliteten. Samtidig vil det være fare for at en slik norm vil, selv om den kun blir veiledende, kunne bli brukt som en maksimumsnorm. Det belyses videre at økt kompetanseheving og god planlegging i forhold til pasientgruppens behov vil ha større betydning for kvaliteten enn en bemanningsnorm.

Kvalitet og brukermedvirkning

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester[17] skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. § 1. For å sikre dette, ilegges kommunen etter forskriftens § 3 flere krav til oppgaver og innhold i tjenesten. Kommunen skal blant annet etablere et system av prosedyrer som skal forsøke å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester de har behov for til rett tid, at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Det skal også forsøke å sikre at brukere eller eventuelt pårørende/verger medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

For å løse ovennevnte oppgaver, skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov, jf. forskriften § 3 andre ledd. De grunnleggende behovene innebærer blant annet følgende:

- *Vurdering av boform med hensyn til den enkeltes behov og tilstand*
- *Rutiner ifbm. valgfrihet i forhold til ernæring – tidspunkt, tilstrekkelig og variert kosthold, valgfrihet på mat etc.*
- *Hensynet til sosiale behov og brukernes mulighet for samvær, aktiviteter og fellesskap*
- *Rutiner ifbm. døgnrytme, og å unngå uønsket og unødig sengeopphold (eks. forsinkelser morgen/kveld)*
- *Rutiner for personlig hygiene/stell – tidspunkt / potensielle forsinkelser ved stell morgen/kveld*
- *Rutiner knyttet til lindrende behandling og en verdig livsavslutning*

[14] Gautun 2012, gjengitt i NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*
[15] LOV-2005-06-17-62 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven) Heretter aml.
[16] NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*
[17] FOR-2003-06-27-792 *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften)*

Pasienter som omfattes av pleie- og omsorgstjenester omfattes videre av *verdighetsgarantien*, som reguleres i forskrift om en verdig eldreomsorg.[18] Formålet med verdighetsgarantien er å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom, jf. verdighetsgarantiforskriften § 1. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal videre legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og, så langt det lar seg gjøre, et meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov, jf. forskriftens § 2. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelse, egenverd og livsførsel, og sikre at medisinske behov blir ivaretatt, jf. forskriftens § 3.

Helsedirektoratet har utarbeidet et sett med kvalitetsindikatorer, i den hensikt å gi pasienter, pårørende og publikum bedre kunnskap om hva en kan forvente av kvalitet i helsetjenestene. Innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester lister helsedirektoratet opp følgende kvalitetsindikatorer: oppfølging av ernæring, ventetid på sykehjemsplass og hjemmetjenester, sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, dagaktivitetstilbud, fagutdanning, legemiddelgjennomgang, langtidsbeboeres vurdering av lege, enerom på sykehjem m.m.[19]

Som et viktig ledd innen kvalitet, ligger retten til *pasient- og brukermedvirkning*. Kommunen skal sørge for at tjenesten arbeider systematisk for både kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. § 4-2. Kravet til pasient- og brukermedvirkning reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1[20], hvor det heter at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. I retten til medvirkning ligger blant annet valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal videre tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, jf. pbrl. § 3-1.

Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal ilegges stor vekt på hva vedkommende mener ved utforming av tjenestetilbud, jf. pbrl. § 3-1 andre ledd. Pasientens nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten, dersom vedkommende ikke har samtykkekompetanse.

I NOVA-rapport om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien, fremkommer det gjennom forskning en «*meget sterk korrelasjon mellom arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for pasientene*».[21] Analysen viser at det foreligger en sammenheng mellom bemanning på sykehjem (antall pleiere pr. pasient) og pasientenes opplevde kvalitet på tjenesten, hvor stor arbeidsbelastning og høyt sykefravær vises til som gjentagende årsaker. Når det gjelder kvalitetsindikatorer, trekker NOVA-rapporten frem spesielt ernæring, hygiene og andre omsorgsbehov som sårbare elementer.

[18] FOR-2010-11-12-1426 *Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)*
[19] https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg
[20] LOV-1999-07-02-63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)* Heretter pbrl.
[21] NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*

I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, settes det krav til at pleie- og omsorgstjenesten skal drive med systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid, jf. § 1.[22] Her stilles det blant annet krav til at de ansvarlige for virksomheten skal *«utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen»*, jf. § 4 ledd 2 bokstav g). Under dette forutsattes det blant annet at det skal meldes avvik for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser, og at avviksmeldingene blir fulgt opp med nødvendige tiltak.

En viktig indikator på kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten omfatter kommunens håndtering av legemidler i henhold til lovverket. Forskrift for legemiddelhåndtering[23] har til formål å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering, jf. § 1. Virksomhetsleder har ansvaret for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig iht. lov og forskrift. Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse, samtidig som det skal sørges for at det foreligger rutiner som kvalitetssikrer informasjon om pasientens legemiddelbruk, jf. § 4 ledd 3 og 5. Ved sykehjem skal legemiddelgjennomgang sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, hvor sykehjemmet skal sørge for en systematisk gjennomgang for pasienter med langtidsopphold ved ankomst, minst en gang i året og når det ellers er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling, jf. § 5a.

Oppsummert vil prosjektet ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Kommunen skal tilby et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud – med krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet
- Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere virksomhetens aktiviteter
- Det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse gjennom en god og realistisk bemanningsplan. Turnus skal drøftes i samarbeid med tillitsvalgte
- Kommunen skal sikre at brukere får ivaretatt sine grunnleggende behov. Tjenestetilbudet skal hensynta verdighetsgarantien, med ulike kvalitetskrav for å ivareta pasientens behov
- Kommunen skal sørge for at tjenesten arbeider systematisk med pasient- og brukermedvirkning
- Tjenesten skal drive systematisk styring- og forbedringsarbeid, med et internkontroll- og avvikssystem for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser

[22] FOR-2002-12-20-1731 *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*
[23] FOR-2008-04-03-320 *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Forskrift om legemiddelhåndtering)*

4. PROBLEMSTILLINGER

Innledning – Pleie og omsorg i Gjerstad Kommune

Gjerstad kommune har et overordnet ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven å tilby nødvendig helsehjelp og bistand til personer som bor etter oppholder seg i kommunen, jf. § 3-1. Enhet for pleie og omsorg utgjør én av syv enheter i Gjerstad kommune, og ledes av enhetsleder. Enheten har ansvar for at alle kommunens innbyggere skal være trygge på at de får nødvendige omsorgstjenester ved behov.

Pleie- og omsorgsenheten er den største enheten i Gjerstad kommune, både med hensyn til årsverk og økonomiske midler. I regnskapet for 2017 hadde enheten et resultat på 50,37 millioner kroner, med et overforbruk på nesten 10 % (4,7 mill. kr.) fra budsjettet.[24]

Enheten for pleie og omsorg er inndelt i 3 ulike tjenesteområder[25]:

- Institusjon, bestående av:
  - Sykehjem, korttid- og rehabilitering, avlastning, skjermet avdeling, dagtilbud for hjemmeboende og vaskeri. Kjøkken og renhold. Kjøkkenet tilbyr også levering av middag for personer som mottar omsorgstjenester fra kommunen
- Hjemmetjenester, bestående av:
  - Hjemmesykepleie, hjemmehjelp, ambulerende vaktmester, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), avlastning, omsorgslønn og omsorgsboliger/hybler
- Tjenester for funksjonshemmede
  - Boliger med heldøgns tilsyn, støttekontakt og avlastning for funksjonshemmede over 18 år

For hvert av de tre ovennevnte tjenesteområdene, er enheten organisert med én ansvarlig tjenesteleder som har det medisinske, administrative og faglige ansvaret for hhv. institusjon, hjemmetjenester og funksjonshemmede. Tjenestene knyttet til institusjon holder til på Gjerstad omsorgssenter («Gjerstadheimen»). Kommunen tilbyr i samme bygningskompleks omsorgsboliger/hybler, som er knyttet til enhetens hjemmetjenester.

Saksbehandlingen knyttet til tjenestene innenfor pleie og omsorg er i Gjerstad kommune organisert i et tjenestekontor som var operativt fra sommeren 2017. Tjenestekontoret arbeider på tvers av de tre tjenesteområdene, med den hensikt å oppnå en helhetlig og tverrfaglig behandling av søknader.[26]

I dette prosjektet har revisjonen valgt å avgrense undersøkelsene til å kun gjelde sykehjem og hjemmesykepleie. Det vil si at tjenester og ansatte knyttet til funksjonshemmede, BPA, avlastning, kjøkken og renhold etc., ikke omfattes av denne forvaltningsrevisjonen.

[24] Årsmelding 2017 for Gjerstad kommune
[25] https://www.gjerstad.kommune.no/politikk-og-organisasjon/organisasjonen/pleie-og-omsorg-plo/
[26] Gjerstad kommune *«Tjenestekriterier for omsorgstjenester»*, vedtatt i kommunestyret 21.11.2017

4.1. ORGANISERING AV PERSONALRESSURSER, ARBEIDSMILJØ OG SYKEFRAVÆR

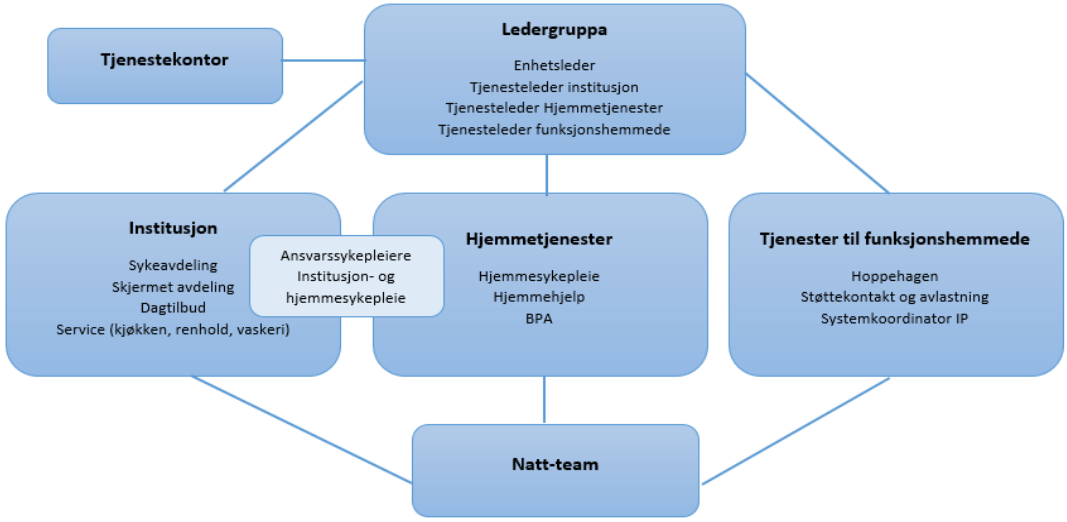
1) Hvordan er personalressursene for pleie og omsorg i Gjerstad kommune organisert? Og har man i dette arbeidet tatt tilstrekkelig hensyn til arbeidsmiljø og sykefravær?

4.1.1. FAKTA

I følgende kapittel vil revisjonen redegjøre for organiseringen av pleie- og omsorgsenheten, herunder forholdet mellom turnus og bemanningsplanlegging, og hvordan arbeidsmiljø og sykefravær blir påvirket av organiseringen.

Styring, organisering og ansvar

Pleie- og omsorgsenheten i Gjerstad kommune er som nevnt inndelt i tre ulike tjenesteområder, hvor hvert tjenesteområde ledes av en ansvarlig tjenesteleder. Enhetsleder har et overordnet ansvar. Tjenestelederne for institusjon, hjemmetjenester og funksjonshemmede utgjør sammen med enhetsleder, ledergruppa for enheten. Enheten har i tillegg til de tre tjenestene, ett natt-team som arbeider på tvers av tjenesteområdene, samt et tjenestekontor som vil bli omtalt nærmere i problemstilling 2. Nedenfor følger en fremstilling med organisasjonskart av enhet for pleie og omsorg i Gjerstad kommune:



Pr. januar 2019 er det på institusjon 10 plasser på skjermet avdeling, alle pasienter med vedtak om langtidsplass, samt 10 plasser på sykeavdeling (langtid, korttid og avlastning). Rådmannen beskriver i intervju med revisjonen at det i budsjettet for 2014, av økonomiske årsaker, ble politisk vedtatt å redusere institusjonsplasser fra 32 til 20 plasser. Intensjonen med reduksjonen beskrives å ha vært et ønske om at flere skulle bo lengre hjemme, noe som igjen ville kreve en styrking av hjemmetjenesten. Rådmannen uttrykker at dette er noe som kommunen nok har sviktet litt på i etterkant, at det ikke er fulgt opp tilstrekkelig med styrking av hjemmetjenesten som følge av reduksjon av institusjonsplasser. Gjerstad kommune har for

øvrig ifølge enhetsleder tidligere hatt en veldig høy dekningsgrad, noe som kom på et mer normalt nivå når antall plasser ble redusert.

Både på institusjon og i hjemmesykepleien inndeles de ansatte i to yrkesgrupper; sykepleiere og fagarbeidere/hjelpepleiere. Revisjonen har fått overlevert oversikt fra enhetsleder over antall ansatte med type stilling samt stillingsprosent, fordelt på institusjon og hjemmetjenesten. Av oversiktene fremgår det at enheten (herunder institusjon og hjemmetjeneste) består av ca. 65 stillinger inklusiv lederteamet, hvorav ca. 35 av de ansatte tilhører institusjon og ca. 25 tilhører hjemmesykepleien.[27] Videre ser revisjonen tendenser til at fagarbeidere/hjelpepleiere i snitt har mindre stillingsprosenter (ca. 50 prosent stillinger), mens de fleste sykepleierne på tvers av tjenestene er ansatt i tilnærmet 100 prosent stillinger. Deltidskulturen begrunner enhetsleder med at det i medarbeiderundersøkelsen er flere som har gitt uttrykk for at det ikke er ønskelig å jobbe i fulltidsstillinger. Samtidig understreker enhetsleder at man er avhengig av en del deltidsstillinger for å få turnus til å gå rundt med hensyn til helgearbeid.

Enhetsleder skal ifølge stillingsbeskrivelsen utgjøre rådmannens representant i enheten, og sikre at enhetens virksomhet drives slik at lovverk, politiske vedtak og kommunale bestemmelser følges. Enhetsleder har videre etter stillingsbeskrivelsen økonomi- og personalansvar, samt ansvar for faglig innhold og utviklingsarbeid. I *tjenesteledernes* stillingsbeskrivelser står det at de skal ha både det faglige og administrative ansvaret for sin tjeneste, og at de er faglig underlagt enhetsleder. Tjenestelederne har i tillegg under sitt ansvarsområde i stillingsbeskrivelsen både budsjett-, økonomi- og personalansvar i tjenesten.

Når det gjelder ansvarsdelingen mellom tjenestelederne og enhetsleder, beskriver tjenesteleder for hjemmetjenesten at enhetsleder stort sett er med på de aktiviteter og saker som har budsjettkonsekvenser, ellers er hun lite innblandet i tjenesten. Økonomioppfølgingen skildres som noe tjenestelederne kun har ansvaret for på papiret, og at de kun har løpende avklaringer og vurderinger knyttet til økonomi. Dette har ifølge tjenesteleder (hj.tj.)[28] sammenheng med at enhetsleder ikke har helsefaglig bakgrunn, og dermed ikke kompetanse til å gå langt inn i det faglige ansvaret i tjenesten. Rådmannen beskriver overfor revisjonen at flere andre kommuner har valgt å stille krav om at enhetsleder for pleie og omsorg har sykepleiefaglig bakgrunn. Når enhetsleder i Gjerstad kommune i dag ikke har dette, så fungerer tjenestelederne mer som faglige ledere.

Under intervju med revisjonen beskriver tjenesteleder for hjemmetjenesten en stor overbelastning i mange år knyttet til sine oppgaver, både i forhold til ansvar med turnus, de ulike tjenestene, fatting av vedtak (før tjenestekontoret ble opprettet), personalansvar m.m. Tjenesteleder beskriver at det fortsatt ikke er helt oppdatert hva slags oppgaver og ansvar som ligger til hennes stilling, og uttrykker en følelse av å ha mistet noe oversikt over tjenesten. Tjenesteleder for institusjon deler noe tilsvarende oppfatninger, hvor hun beskriver overfor

[27] Revisjonen ble oktober 2018 overlevert detaljerte ansattlister, men pr. januar 2019 er disse noe avvikende fra oversikt over aktive ansatte ifbm. revisjonens spørreundersøkelse – derav omtrentlige tall

[28] Heretter blir tjenestelederne forkortet; institusjon (inst.) og hjemmetjenesten (hj.tj)

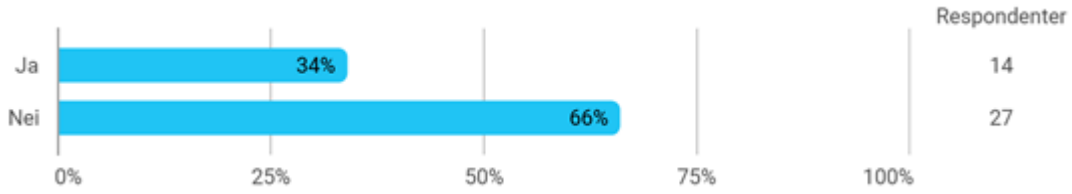
revisjonen at det tidligere var alt for mye oppgaver til å klare å følge opp. Det skildres mange tidkrevende oppgaver, som oppleves å gå på bekostning av faglig utvikling. Ansvaret som tjenesteleder beskrives som et dilemma mellom ledelsen og de ansatte, i form av at ledelsen oppover er veldig opptatt av budsjettrammer, mens ansatte på den andre siden naturlig er opptatt av faglige hensyn.

Ulike forhold ved organiseringen av både lederteamet som samarbeidsform, så vel som de hensyn og prioriteringer som må tas, kan for tjenesteledere oppleves som utfordrende. Dette blir begrunnet med at det i flere tilfeller kan være store avstander mellom faglige behov og budsjettrammer som muliggjør dette. Å finne en balanse i dette er viktig og de prioriteringer som tas bør ha gode begrunnelser slik at dette er mulig å kommunisere til de ansatte på en god måte. Det understrekes fra en av tjenestelederne at det er krevende å ha ansvar for områder som man i liten grad grad kan styre.

Lederteamet har ifølge en av tjenestelederne forsøkt å etablere et effektivt team som kan dra nytte av hverandres kompetanse og erfaring. Nettopp ulik kompetanse og erfaring har ifølge denne tjenestelederen bidratt til at teamet har blitt flinkere til å prate sammen, og drar mer nytte av hverandres ulike egenskaper. Den andre tjenestelederen har imidlertid noe ulikt syn på dette og mener at teamet ikke fungerer optimalt. Dette begrunner hun blant annet med at det er tendenser til at det samme diskuteres på nytt og på nytt uten at det skjer noe nevneverdig. Det utdypes imidlertid at dette ofte er på grunn av budsjetthensyn og ikke manglende vilje.

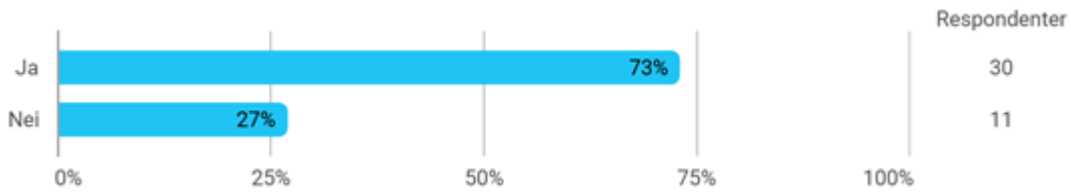
Når det kommer til ansvar og myndighet og fordelingen av dette i lederteamet er det forhold som tegner et noe usikkert bilde om man i tilstrekkelig grad har lyktes med dette. Det pekes fra flere av de ansatte på at de er usikre på hvem som er deres nærmeste leder og at de opplever ledelsen som lite synlig generelt. Videre blir det fra ansatte uttalt at den usikkerheten om hvem som har ansvaret for hva resulterer i at de ofte blir henvist mellom ledere grunnet manglende kunnskap om hvem som har hvilket ansvar. Disse forholdene bekreftes gjennom revisjonens spørreundersøkelse blant de ansatte, hvor de på spørsmål om ledergruppens ansvars- og oppgavefordeling svarte følgende:

> *«Opplever du at ledergruppa har en ansvars- og oppgavefordeling som er godt kjent blant de ansatte?»*



Av respondentene svarer 66 prosent at de *ikke* er godt kjent med delingen av ansvar og oppgaver mellom lederne i pleie og omsorg. I forlengelse av dette ønsket revisjonen å undersøke nærmere om de ansatte er kjent med hvem som er deres nærmeste leder:

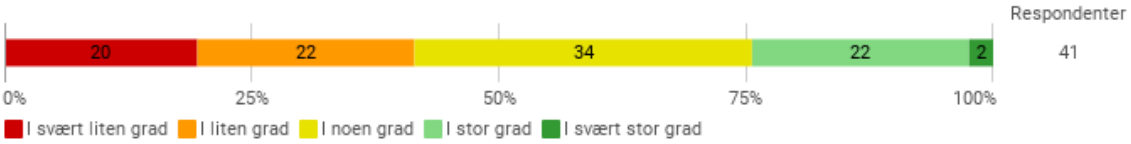
«Er det klart og tydelig hvem som er din nærmeste leder?»



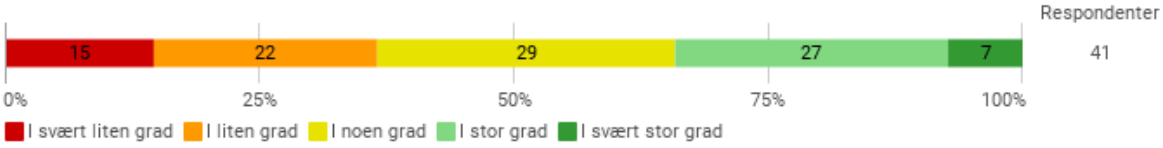
Av de ansatte som har svart på undersøkelsen, er det 27 prosent som *ikke* vet hvem sin nærmeste leder er. Sykepleierne revisjonen har intervjuet mener mange bare regner med at den tjenestelederen der man har flest vakter, er den som har personalansvar for en. I forlengelse av dette, forteller sykepleierne at medarbeidersamtaler med leder sjeldent eller aldri gjennomføres i hjemmesykepleien – kun de som arbeider på sykeavdeling/skjermet som har regelmessige medarbeidersamtaler.

På spørsmål knyttet til samarbeid innad i ledelsen samt mellom ansatte og ledelsen, mener nesten halvparten av respondentene at det er i svært liten grad eller liten grad.

«I hvilken grad opplever du at ledelsen samarbeider godt og opptrer helhetlig?»



«I hvilken grad opplever du et godt samarbeid mellom ledelsen og ansatte?»



Bemanning

En god organisering av personalressursene er viktig for at de ansatte både skal trives, samtidig som enheten skal forsøke å drive effektivt i forhold til behovet som foreligger. I pleie- og omsorgsenheten i Gjerstad kommune er det organisert slik at tjenesteleder for hjemmetjenesten p.t. utarbeider turnus for *alle* tjenestene i enheten. Tjenesteleder for institusjon mener det i utgangspunktet fungerer greit at én sitter med utarbeidelse av turnus da noe bemanning brukes på tvers, men at det på en annen side er best om hver tjenesteleder selv sitter med turnus for sine egne ansatte. Dette kommer også frem i intervju med tillitsvalgt, som mener sammensetningen av turnus ikke nødvendigvis blir like bra som da hver tjenesteleder utarbeidet turnus for hver sin avdeling.

Tjenesteleder (hj.tj.) beskriver overfor revisjonen at turnusene lages etter bemanningsplan, som er utarbeidet etter budsjett og ikke etter faktisk behov i henhold til vedtak om tjenester. Det beskrives likevel at det er uvanlig at det jobbes etter like mange antall ansatte som bemanningsplanen tilsier, men at instruksene sier at turnusen må settes opp etter planen og ikke etter det reelle behovet. Tjenesteleder beskriver videre at:

«Problemet er at vi da bruker masse tid på å leie/hente inn ekstra, siden behovet tilsier at vi må være flere enn det bemanningsplanen sier. Jeg mener vi har litt for lav grunnbemanning og litt for lite å gå på.»

Dette belyses også av tjenesteleder for institusjon, som beskriver at dagens turnus i henhold til bemanningsplan og budsjett innebærer 3 ansatte på dagtid og 3 på kveldstid. Grunnbemanningen er ifølge enhetsleder dimensjonert etter antall plasser, hvilket innebærer at dersom det er overbelegg eller andre uforutsette hendelser, så er det for lite bemanning. Av hensyn til behov forteller tjenesteleder (inst.) at det er en praksis at det omtrent *hver dag* må leies inn én ekstra både på dag og kveld, og at hun i perioder kan bruke en hel arbeidsdag kun for å dekke vakter. Det poengteres at det er vanskelig å planlegge behov for bemanning da pasientbehovet kan variere veldig, men at det likevel er uheldig at det brukes generelt veldig mye tid på innleie av vakter da ordinær turnus ikke dekker behovet.

Revisjonen har fått tilgang til lokale avtaler og retningslinjer knyttet til turnus i pleie og omsorg. Herunder er det blant annet utarbeidet prinsipper og føringer som sier at:

- Bemanningsplanen skal være tilgjengelig for hver enkelt ansatt før utarbeidelse av turnus
- Bemanningsplanen skal ligge i bunnen av enhver turnus og reflektere tjenestebehovet
- Sammen med medarbeidersamtaler skal det tas en arbeidstidssamtale for å få kartlagt den enkeltes behov
- Ny turnus skal effektueres etter avtale med ansatte og tillitsvalgte, med begrunnelse i ansattes delaktighet i utarbeidelse av turnusplan

En av de tillitsvalgte beskriver i intervju med revisjonen at de tillitsvalgte egentlig skal være med i planleggingen av turnus, men at det som regel ikke gjøres i praksis. Tillitsvalgt for NSF belyser også dette, og beskriver at hun egentlig skal gjennomgå og signere turnusen før den kommer ut, men at dette ikke overholdes. Som tillitsvalgt beskrives det at hun generelt har veldig lite kjennskap til turnusene, og har inntrykk av at turnusen ofte kommer uten forvarsel.

Ny sykepleierturnus

I de ulike intervjuene revisjonen har holdt, trekker samtlige opp organiseringen av ny felles sykepleierturnus som ble etablert høsten 2018. Intensjonen med ny turnus var ifølge tjenesteleder (inst.) å ikke være så sårbare ved at sykepleierne jobber på tvers av tjenestene, slik at de i større grad blir frigjort til å bruke fagkompetansen som sykepleier. Revisjonen registrerer at ny turnus, hvor det i utgangspunktet skal være 2 sykepleiere på jobb på dag og kveld ikke fungerer optimalt, og at tilbakemeldingene fra de ansatte både gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen er negative. Revisjonen er i forbindelse med gjennomføring av faktaverifisering av rapporten blitt gjort oppmerksom på at det er igangsatt et arbeid med en ytterligere ny turnus. At Gjerstad kommune allerede nå tar grep om dette er positivt, men det er naturligvis vanskelig for revisjonen å ta stilling til innhold og kvalitet på dette arbeidet. Det er derfor nærliggende at dette inngår som en del av den eventuelle oppfølgingen kommunen gjør på dette området.

To sykepleiere revisjonen har intervjuet, beskriver flere utfordringer knyttet til nåværende turnus. Et av problemene sies å være at det ikke ble utarbeidet noe felles rutiner eller holdt noe form for opplæring, men at det likevel lå forventninger om at sykepleierne skulle omstille seg og jobbe både i hjemmetjenesten og på institusjon. Når man som sykepleier må jobbe i en annen tjeneste enn det man pleier, er det vanskelig å sette seg inn i alt. En av sykepleierne uttrykker:

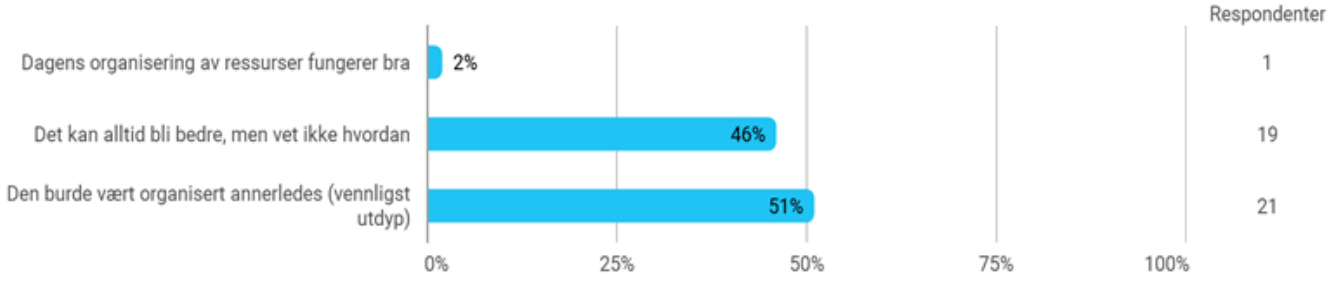
> *«I de tilfeller det kun har vært én sykepleier på, så har det vært veldig ugreit på jobb. Gjerstad kommune har jo geografiske utfordringer også, og da er det store avstander én sykepleier skal rundt på. Hjelpepleierne og de andre har jo også fått mer ansvar, fordi vi sykepleierne har fått mye mer å gjøre.»*

Den andre sykepleieren mener det er viktig at det er en grunnbemanning på 4, da dagens ordning med 3 ikke fungerer. Hun uttrykker at:

> *«Det er rovdrift at de stakkars 3 ansatte må løpe gjennom hele vakta si, og det er veldig sårbart hvis det skjer flere ting med brukerne samtidig (…) Hvis det blir for snaut med bemanningen, så går det til slutt på bekostning av brukerne.»*

Dette skildres også av en av hjelpepleierne, at nå som sykepleierne har mye press på seg og ikke er så tilgjengelige som før, gjør at det blir mer press også på alle andre på jobb. Flere av informantene beskriver også en forekomst av mye skjevdeling mellom dagvakter og kveldsvakter, ved at det enkelte ganger kan være 4 sykepleiere på jobb på dagvakt og kun 1 på kveldsvakt. Dette mener enhetsleder er et resultat av fravær, og at de gjennomgående i 2018 benyttet ekstrahjelp i forsøk på å redusere arbeidspress. Revisjonen er for øvrig gjort kjent med at de ansatte sammen med turnusansvarlig skal se nærmere på dette i løpet av våren 2019.

Gjennom spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om *hvordan de vil beskrive dagens organisering av personalressurser og turnusplanlegging*:



Kun én respondent mener dagens organisering fungerer bra, 46 prosent mener det bør forbedres uten klare svar om hvordan, mens 51 prosent mener det burde vært organisert annerledes med spesifikke tilbakemeldinger til revisjonen. En stor andel av tilbakemeldingene knytter seg til at det bør bli en bedre fordeling av sykepleiere. Mange respondenter mener også ansatte i større grad bør involveres i turnusplanlegging og flere mener utarbeidelse av turnus bør gjøres av den enkelte tjenesteleder i hver sin enhet/tjeneste. Revisjonen har på

bakgrunn av spørreundersøkelsen i det følgende valgt å gjengi enkelte av de utfordringer ansatte opplever omkring dagens organisering av personalressurser og turnusplanlegging.

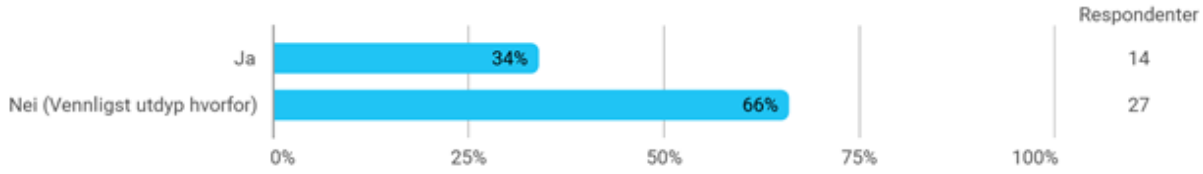
«Ansatte burde høre til de avdelingene de i utg. punktet ble ansatt i, og ikke tvinges til å jobbe på avdelinger de ikke har ønske om å jobbe eller kjenner pasientene. For å få kontinuitet og forvarlighet bør man ha fast personale på faste avdelinger»

«Vi ansatte burde bli spurt om hvordan vi ønsker dagens turnus, ift. fagarbeidere og sykepleiere. Dagen ordning er bare rot som ingen er fornøyd med. Det har blitt skapt et stort skille mellom yrkesgruppene.

«Ny turnus med ansvarsvakter fungerer ikke slik som man kanskje først hadde tenkt. Sykepleiere får mindre tid til daglig observasjoner av pasienter, og man mister oversikten.»

I forlengelse av bemanning og turnusplanlegging, ble de ansatte spurt om følgende:

«Opplever du dagens bemanning som forsvarlig ift. brukernes vedtak, liv og helse?»



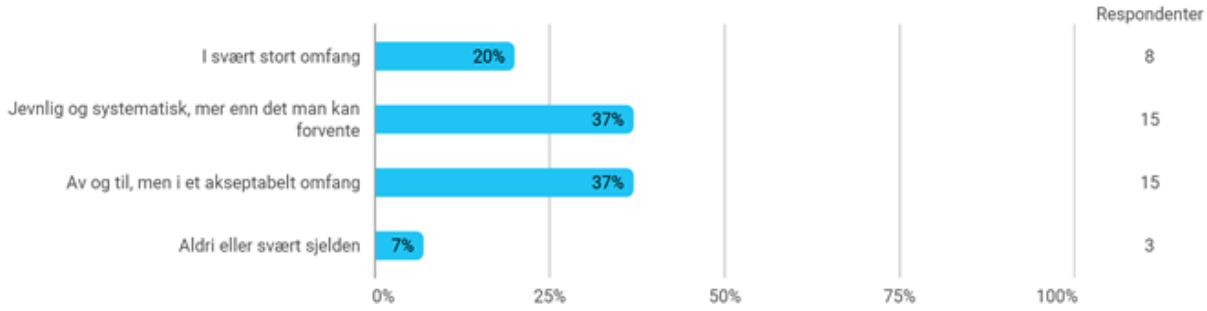
Revisjonen registrerer at hele 66 prosent av de ansatte, mener at bemanningen *ikke* er forsvarlig ift. brukernes liv og helse. En stor del av de som mener dagens bemanning ikke er forsvarlig, begrunner dette i for lite bemanning eller mangel på kompetanse/ufaglærte. Andre ansatte beskriver bemanningssituasjonen følgende:

«Man har ikke tid til å se og snakke med pasientene (…) Pasientene kommenterer stadig at vi stresser. Det er også ofte ikke rom for at det kan skje noe akutt, som f. eks et fall.»

«Lite ressurser til de som trenger det mest. Ansatte er slitne og flere kommer gråtende pga. frustrasjon for at de ikke føler de får gjort en god jobb.»

«For eksempel i forbindelse med morgen- og kveldsstell er oppgavene så mange at vi ikke får tid eller mulighet til faglig forsvarlighet»

Gjennom spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om hvor ofte de siste 12 månedene har opplevd å være *«Underbemannet på jobb, slik at vakten har føltes uforsvarlig og uutholdelig»*. Her fremkommer det at 57 prosent av de ansatte mener det har forekommet i svært stort omfang og mer enn man kan forvente:



Revisjonen ble for øvrig gjort kjent med gjennom intervju med sykepleierne at en del ansatte arbeider i flytende stillinger, dvs. at man blir tildelt kun noen få vakter, og må selv fylle seg

selv inn på ledige vakter for å oppnå de timene/stillingsprosenten man er ansatt i. Dette omtales av sykepleierne som uforutsigbart, når man må jobbe i flytende stillinger. For å få et bilde av omfang, ble de ansatte i undersøkelsen spurt om hele eller deler av stilingen er flytende. Da fremkom det det at 18 prosent svarte at de hadde flytende stilling, mens følgelig 82 prosent svarte at stillingen deres var fast i turnus. Enhetsleder uttrykker på sin side at de som arbeider i flytende stillinger har dette etter eget ønske om innflytelse på egen arbeidstid.

Slik det fremgår av organisasjonskartet, har enheten et natt-team som arbeider på tvers av institusjon og hjemmesykepleien. I mars 2018 møtte enhetsleder og nattevaktsteamet i formannskapsmøte i Gjerstad kommune, for å varsle om et voldsomt arbeidspress og uforsvarlig drift av enheten, hvor ansatte beskrev at de gruet seg til å gå på jobb. En av sykepleierne beskriver til revisjonen at de vedrørende nattevaktene måtte rope lenge om hjelp, før de gikk til formannskapet. Det ble likevel, ifølge flere ansatte, kun flytting av eksisterende dagvakt over til natt, og ingen nye ansatte. Enhetsleder sier seg uenig i de ansattes beskrivelse, og mener på sin side at det ved styrking av natt-teamet *ikke* ble redusert bemanning på dagtid. Tjenesteleder for institusjon trekker for øvrig frem at endringen gjør at enheten nå i forhold til nattevakt-teamet klarer seg mye bedre.

Sykefravær og arbeidsmiljø

I forbindelse med enhetens arbeid med sykefravær, har revisjonen blitt forelagt dokumentasjon i form av rutinebeskrivelser som legger føringer for hvordan ledelsen skal følge opp sykmeldte. Det totale sykefraværet for 2018 var på 10,7 %, hvorav 9,26 % er langtidsfravær. (totalt sykefravær 2017: 6,72 % og 2016: 7,47 %). Alt fravær som overstiger kommunens målsetting om 6,00 % skal kommenteres. Enhetsleder beskriver at hun ikke er kjent med at sykefraværet er jobbrelatert, og at oppfølging av de sykemeldte gjøres i tråd med IA-avtale samt individuell tilrettelegging der det er behov.

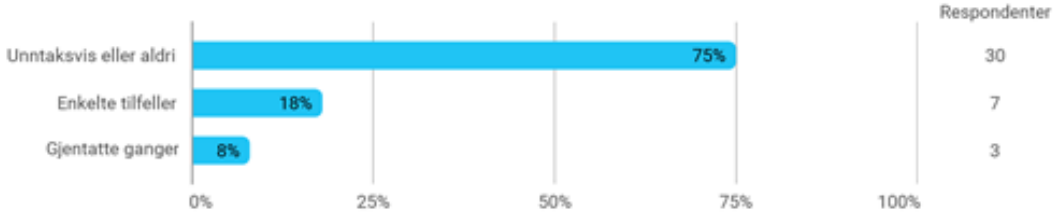
I årsmelding for 2017, pekes det på under «utfordringer fremover» at; *«Det må arbeides kontinuerlig med arbeidsmiljøet, ta tak i utfordringer og finne løsninger».* Gjennom intervju med revisjonen belyser rådmannen at det i 2017 kom et varsel fra en ansattgruppe på blant annet arbeidsmiljø og sykefravær. Rådmannen beskriver at de i etterkant har fulgt opp disse punktene, men at arbeidsmiljø er ferskvare og derfor noe man løpende må jobbe med.

Enhetsleder beskriver til revisjonen at enheten har mye av de samme utfordringene som andre kommuner innenfor pleie og omsorg, hvor sykepleierne har noe høyere sykefravær enn øvrige ansatte i tjenesten. Hun beskriver videre at langtidssykefraværet likevel er preget av årsaker som ikke er jobbrelaterte. Tjenesteleder for institusjon trekker også frem at sykefraværet hun har ansvar for, ikke er knyttet til jobbrelaterte årsaker. Sykefraværet følges for øvrig tett opp, da de er veldig avhengig av den enkelte ansatte. Tjenesteleder for hjemmetjenesten peker på at det er høyt sykefravær i hjemmetjenesten, noe hun er ansvarlig for å følge opp. Hun forteller at det i enkelte tilfeller er slik at ansatte sier det ikke er jobbrelatert fravær, men at de i ettertid snur og sier det likevel hadde arbeidsrelaterte årsaker.

Gjennom intervjuer av ansatte og tillitsvalgte etterlates det et inntrykk av at enkelte sykemeldinger har direkte sammenheng med situasjonen i forhold til turnus, i tillegg til at

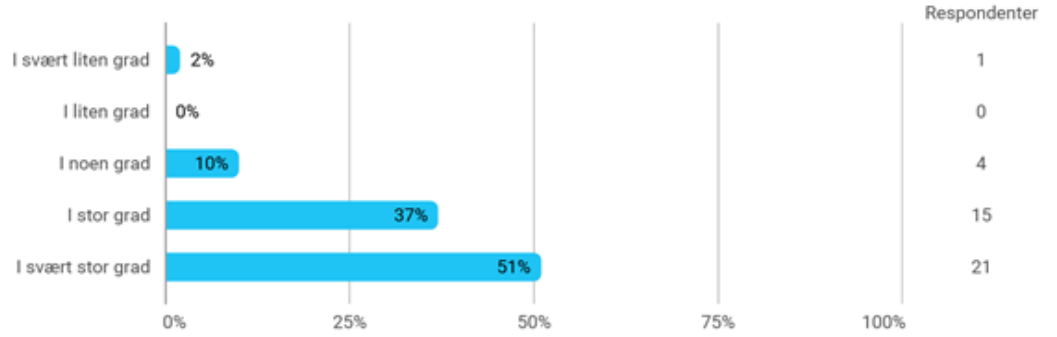
enkelte oppsigelser blir begrunnet med samme årsak. Det oppleves en inkonsistens mellom leders oppfatning og ansattes oppfatning om sykefravær er arbeidsrelatert eller ikke, uten at revisjonen av den grunn har dokumentasjon i form av sykemeldinger og/eller egenmeldinger som kan underbygge dette, utover resultater fra spørreundersøkelsen.

Gjennom spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om: *«Har du noen gang vært fraværende fra jobb grunnet jobbrelaterte årsaker?»*. Respondentene fordelte seg følgende:



Revisjonen ønsket å se fravær i sammenheng med arbeidsbelastning og bemanning, og spurte de ansatte om følgende i spørreundersøkelsen:

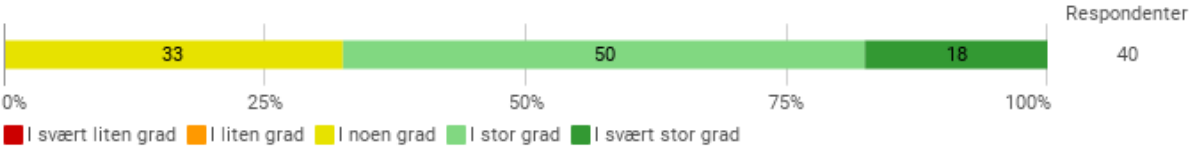
«I hvilken grad vil du si bemanningen er sårbar i forhold til fravær?»



88 prosent av de ansatte som har deltatt i spørreundersøkelsen mener bemanningen i stor eller svært stor grad er sårbar i forhold til fravær.

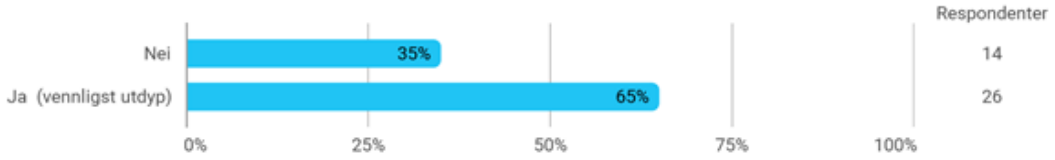
Når det gjelder arbeidsmiljø, beskriver de ulike informantene noe varierende oppfatninger. Revisjonen får likevel en oppfatning om at det totalt sett er et godt arbeidsmiljø blant de ansatte. Enkelte peker på at det er et skille mellom yrkesgruppene, og at de har inntrykk av at forekomsten av dårlig miljø ofte har sammenheng med at de har veldig mye å gjøre på jobb. Verneombud forteller revisjonen at hun har inntrykk av at en del sykefravær er tilknyttet arbeidsbelastning eller arbeidsmiljø. Hun beskriver videre at belastningene kan komme grunnet periodevis arbeidspress, og at stress utløser mye av årsaken til ansattes plager.

På spørsmål om arbeidsmiljø, fremkommer det at de ansatte i stor grad trives når de ble spurt om *«I hvilken grad vil du si det er et godt arbeidsmiljø på din arbeidsplass?»*:



Det er likevel tydelig at det, til tross for et generelt sett godt arbeidsmiljø, er forhold i enheten som innvirker på de ansatte. Revisjonen spurte de ansatte om følgende:

> *«Er det forhold knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsbelastning som går ut over de ansattes helse?»*



Her svarer 65 prosent av de ansatte i spørreundersøkelsen at det er forhold knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsbelastning som påvirker de ansattes helse.

«Flere har sagt opp og vært sykmeldte pga. økt arbeidsbelastning»

«Arbeidsbelastningen er i perioder så stor at man sliter seg helt ut på en arbeidsdag»

«Stort arbeidspress med for mange oppgaver ift. disponibel tid og forventet tid til hjelp»

4.1.2 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON

Pleie- og omsorgsenheten i Gjerstad kommune er etter forskrift pliktig til å planlegge og fordele ansvar og oppgaver på en forsvarlig måte, med en god og realistisk bemanningsplan som tar høyde for fravær.

Etter revisjonens oppfatning er det behov for en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenesteledere og enhetsleder. I henhold til kvalitetsforskriften skal det i *krav til planlegging* være en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet. Både fra ledelsen, dokumentasjon og ansatte fremkommer det at det er uklare ansvarsforhold både vedrørende økonomi, fagansvar og ressursplanlegging mellom tjenesteledere og enhetsleder. Stillingsbeskrivelsene i ledergruppa er uklare og til dels overlappende, en uklarhet som også uttrykkes blant ansatte og som underbygges ved at flere ansatte ikke vet hvem deres nærmeste leder er. Ansatte opplever også at ledelsen er lite synlig og i liten grad samarbeider godt eller opptrer helhetlig. En uklar ansvars- og oppgavefordeling vil etter revisjonens vurdering svekke enhetens plikter etter forskriftens styringssystem, både med tanke på planlegging, gjennomføring og evaluering.

Etter forskrift er enheten ansvarlig for å ha god oversikt over organiseringen med tilhørende oppgaver og aktiviteter. Revisjonen registrerer flere utfordringer ved organisering av personalressursene, hvor dagens sykepleierturnus ikke ser ut til å fungere etter ledelsens intensjoner.

I henhold til kriteriene er det naturlig at enheten i sin bemanningsplanlegging ser til kravene til styringssystem og at forhold omkring *planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering* er tatt hensyn til. Sett i lys av kravet om planlegging og gjennomføring, mener revisjonen det er lite tilfredsstillende at 98 prosent av de ansatte mener dagens organisering av personalressurser og turnus *ikke* fungerer og bør endres. Revisjonen anser det videre lite tilfredsstillende at 66 prosent av de ansatte mener bemanningen *ikke* er forsvarlig ift.

brukernes liv og helse, samtidig som 57 prosent mener de ofte har opplevd at vakten pga. underbemanning har føltes uforsvarlig og uutholdelig. Etter revisjonens vurdering fremkommer det tydelige signaler fra de ansatte på at prosessene omkring organisering av personalressursene ikke blir gjennomført på en hensiktsmessig måte. Revisjonen bemerker også at arbeidsmiljølovens bestemmelser om tillitsvalgtes involvering i turnus, tilsynelatende ikke overholdes verken knyttet til drøfting eller tidsfrist.

For å sikre realisme i bemanningsplanlegging er sykefravær et sentralt element. Revisjonen registrerer at 88 prosent av de ansatte i spørreundersøkelsen mener bemanning i stor eller svært stor grad er sårbar i forhold til fravær. Enhetens totale sykefravær for 2018 var på 10,7 prosent, en økning på nesten 4 prosent fra året før. Revisjonen anser de forelagte rutinene og prosedyrene enheten har knyttet til sykefravær samt tjenesteledernes tette oppfølging, som tilfredsstillende. Revisjonen bemerker allikevel at det gjennom flere informanter beskrives at ansatte, ofte i ettertid, mener deres sykefravær har vært grunnet arbeidsrelaterte årsaker. Ansatte beskriver en stor arbeidsbelastning pga. det de opplever som underbemanning, og når 65 prosent av de ansatte mener det er forhold knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsbelastning som går ut over deres egen helse, er dette etter revisjonen vurdering forhold kommunen bør være oppmerksom på.

4.2. HELHETLIG TJENESTE OG SAMSPILL MELLOM INSTITUSJON OG HJEMMETJENESTEN

2) *I hvilken grad drives tjenestene på en helhetlig måte, med effektivt samspill og gode ordninger mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester?*

4.2.1. FAKTA

I følgende kapittel vil det redegjøres for enhetens arbeid med å drive en mer helhetlig tjeneste, og ulike arbeidsformer enheten anvender i arbeidet med samspillsordninger mellom de hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenestene.

Samarbeid i og med ledelsen

Tjenesteleder for hjemmetjenesten beskriver til revisjonen at det tradisjonelt har vært lite samarbeid, men at det i en liten kommune som Gjerstad er viktig at man jobber sammen og helhetlig. Hun trekker likevel frem at det nok blant ansatte ikke alltids er ønskelig å arbeide på tvers av tjenestene, da de har en veldig tilknytning til «sin» avdeling. Ved å se tjenestene på tvers, mener tjenesteleder (hj.tj.) at det kunne ført til mindre utfordringer i forhold til rekruttering, vikarbruk og behovet for sykepleierkompetanse.

Tjenesteleder for institusjon mener samarbeid på tvers gir stor gevinst på de områdene man har til felles. Hun trekker frem at de ansatte også mener arbeid på tvers fungerer bra, så fremt de tar ansvar for å lære om rutiner de har i den andre tjenesten. Det er viktig at tjenesten er helhetlig og at pasientene følges opp hele veien, og på dette området mener tjenesteleder (inst.) at det har fungert bra.

De to sykepleierne og tillitsvalgte revisjonen har intervjuet, har en oppfatning om de ansatte som jobber «på gulvet» ofte ikke får nok informasjon fra ledelsen og blir sjeldent involvert i endringer. Når man tar opp noe, har de en opplevelse av å ikke bli hørt. Tilsvarende beskriver verneombud at hun blant ansatte får inntrykk av at samarbeidet med ledelsen ikke alltid er optimalt, og at ansatte ofte blir lite involvert i beslutninger og ofte sitter med følelsen av å ikke bli hørt. Sykepleierne mener for øvrig at det i forhold til å arbeide på tvers av tjenestene, burde være faste ansatte på faste plasser for at det skal være god kvalitet på tjenestene. De mener at dagens ordning med ansvarsvakter på tvers av tjenestene fort blir veldig rotete, da det ofte blir for dårlig oppfølging og lite kontinuitet mellom ansatte og brukere. De beskriver videre:

> *«Når det gjelder ansvarsvaktene, så fungerer ikke dette. Det blir mye overtid og alt for mye arbeid. Det er også utfordrende når flere skal jobbe flere ulike plasser, for det er vanskelig å være oppdatert overalt.»*

Gjentakende blant alle de ansatte revisjonen har intervjuet, trekkes det frem hvordan lederteamet valgte å *innføre* den nye sykepleierturnusen høst 2018. Både sykepleierne og verneombud beskriver til revisjonen at prosessen var preget av at de ansatte fikk lite informasjon. Slik verneombud forstod det, skulle det være med to sykepleiere i

planleggingsfasen, men da det ikke passet, besluttet ledelsen bare turnusen. Turnusen fikk ifølge verneombud rask oppstart, med en holdning fra ledelsen om at «slik løsning blir det bare». Enhetsleder uttrykker en annen oppfatning overfor revisjonen, hvor hun beskriver at det ble gitt informasjon både på ansattportal, oppslag på jobb og utsendelse av sms angående ny turnus.

Når det gjelder den generelle prosessen omkring *planlegging* av turnus, er dette problematisert i forrige problemstilling. Det er imidlertid enkelte forhold omkring planlegging av turnus som har nær sammenheng med hvordan arbeidsplanlegging foregår «på tvers» av tjenestene. Rådmannen beskriver i denne sammenhengen overfor revisjonen at de har forsøkt å pålegge ansatte å arbeide mer på tvers av tjenestene, men at det kanskje har vist seg at ledergruppen ikke har vært samlet nok i arbeidet med å få dette til. Rådmann mener endringer muligens ikke har vært godt nok forankret i hele ledelsen. Intensjonen bak ny turnus var at den skulle gi ansatte en bedre arbeidsdag, men rådmannen ser at det nok kunne vært brukt mer tid på å planlegge, informere og lære opp personale i hvordan ny turnus skulle fungere før den ble iverksatt.

I tillegg til prosessene rundt turnus, holdes det ledermøter hver uke, både personalmøter og tverrfaglige møter i team, samt møter med tillitsvalgt og verneombud én gang i måneden. Tillitsvalgt beskriver de månedlige møtene som bra og viktige møter hvor man kan dele og ta opp ting. Verneombud beskriver at enhetsleder setter agendaen for møtene, og at det tas en runde rundt bordet om hva som beveger seg på de ulike avdelingene. Verneombudets oppfatning er at ledelsen er veldig lydhøre, men at det i etterkant skjer lite. Dette trekkes også frem av sykepleierne (HTV og TV for NSF), som sier de forsøker å ta opp f. eks problemer knyttet til turnus, så kommer det ikke alltid med i referatet og tilbakemeldingene bærer preg av at de skyver på problemet hele tiden.

Tjenestekontoret

Etter anbefaling fra RO-rapporten, ble det besluttet å etablere et eget tjenestekontor – som ifølge enhetsleder var fungerende fra 2017. Målet med etablering av tjenestekontoret var å få et uavhengig vedtakskontor som skulle fatte vedtak på tvers av alle tjenestene i kommunen. Intensjonen om en uavhengig vedtaksenhet var for å skille de som arbeider med budsjett fra å fatte vedtak, slik at vedtakene ble mer isolert fra ressursmidlene.

Alle informantene revisjonen har intervjuet, mener tjenestekontoret pr. idag kvalitetsmessig fungerer godt til tross for at det har endt opp med å likevel kun være avgrenset til pleie og omsorg. Rådmann beskriver overfor revisjonen at hun fortsatt har troen på den opprinnelige planen om et tjenestekontor på tvers av alle tjenester, men at det vil kreve mer arbeid fremover med hvem som skal arbeide der osv.

Tjenesteleder for institusjon forteller at det er tre ansatte fra hjemmetjenesten som per i dag utgjør tjenestekontoret, og at disse aktivt jobber i hjemmesykepleien samtidig. En slik organisering gjør at tjenestekontoret nærmest blir en del av hjemmetjenesten, med ansatte underlagt samme tjenesteleder som inngår i samme arbeidsmiljø.

Hovedtanken var ifølge tjenesteleder at kontoret skulle være et beslutningskontor for alle kommunens enheter, men at siden det nå kun er avgrenset til pleie og omsorg så kunne det like godt ligget under tjenesteledernes ansvar. Til tross for at en av tjenestelederne peker på at vedtakene kvalitetsmessig er gode, trekkes det likevel frem fra flere hold at intensjonen om et mer uavhengig tjenestekontor ikke er oppfylt. Dette begrunnes med at tjenestekontoret er bemannet med ansatte som også jobber i hjemmesykepleien. En slik dobbeltrolle vil kunne innebære at en ansatte både fatter vedtak og senere utfører tjenestene knyttet til de samme brukerne. Verneombudet trekker også frem denne problematikken, og mener tjenestekontoret isolert sett fungerer bra, men at det kan være vanskelig å skille rollene. Verneombud beskriver at hun tror det kan være krevende for de som jobber der, i forhold til å både være en del av arbeidsmiljøet og et kollegium samtidig som man skal ta beslutninger og møte brukerne senere i hjemmetjenesten.

4.2.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON

Av hensyn til størrelse og sårbarhet, trekker flere i ledelsen frem at det i Gjerstad er nyttig å se pleie- og omsorgsenheten som en mer helhetlig tjeneste hvor kompetanse og ressurser kan anvendes på tvers. Dette vurderer revisjonen som positivt.

Revisjonen registrerer samtidig at den nye turnusordningen med at sykepleiere arbeider mer på tvers av tjenestene, ifølge de ansatte ikke fungerer optimalt. Det fremkommer av intervjuer at slike vakter på tvers av tjenestene ofte fører til dårlig oppfølging og lite kontinuitet mellom de ansatte og brukerne. Det beskrives også som utfordrende å skulle være oppdatert på mange ulike områder samtidig, og utfordringer knyttet til de ansattes tilhørighet. Revisjonen registrerer at mange ansatte mener ledelsens fremgangsmåte knyttet til innføring av ny felles sykepleierturnus høst 2018 ikke var tilfredsstillende.

Etter det revisjonen registrerer beskrives vedtakene fra tjenestekontoret som gode. Det poengteres likevel av flere at tjenestekontoret i dag ikke er organisert etter intensjonen, da det i utgangspunktet skulle fungere som et vedtakskontor for flere tjenester i Gjerstad kommune. Dette først og fremst for å sikre uavhengighet mellom vedtak og ressursplanlegging. Dagens organisering av tjenestekontoret knyttet til pleie- og omsorg baserer seg på at tre ansatte organisert i hjemmetjenesten utgjør bemanningen. Intensjonen med etablering av et uavhengig tjenestekontor er etter revisjonens oppfatning god. Slik dette nå fungerer i praksis kan imidlertid ikke betraktes som hensiktsmessig ettersom de ansatte med dagens løsning kan komme i en krevende dobbeltrolle, gjennom at de samme ansatte både fatter vedtak og deretter kan møte de samme brukerne i hjemmetjenesten.

4.3. KVALITET OG BRUKERMEDVIRKNING

3) ***Hvordan beskrives kvaliteten på tjenestene? Og er medvirkning fra brukere og pårørende i tråd med kravene i lovverket?***

4.3.1. FAKTA

I følgende kapittel vil revisjonen redegjøre for hvordan ulike kvalitetsindikatorer blir ivaretatt hos brukerne ved pleie- og omsorgsenheten i Gjerstad, og hvilke rutiner de har for en god brukermedvirkning. Det vil videre presenteres de funn revisjonen har knyttet til enhetens avvikshåndtering og legemiddelhåndtering. Revisjonen ønsker for øvrig å presisere at begrepet pårørende knytter seg til de tilfeller der loven gir pårørende rett til medvirkning når brukeren selv ikke er i stand til det selv.

Kvalitet og brukermedvirkning

Det å måle kvalitet på tjenestene er utfordrende da det innebærer subjektive vurderinger basert på individuelle opplevelser hos den enkelte pasienten. Gjennom intervjuguiden utarbeidet revisjonen en sammensatt liste over kvalitetsindikatorer, basert på kvalitetsforskriften, verdighetsgarantien og helsedirektoratets indikatorer for pleie- og omsorgstjenester:

- Vurdering av boform med hensyn til den enkeltes behov og tilstand
- Rutiner ifbm. valgfrihet i forhold til ernæring – tidspunkt, tilstrekkelig og variert kosthold, valgfrihet på mat etc.
- Hensynet til sosiale behov og brukernes mulighet for samvær, aktiviteter og fellesskap
- Rutiner ifbm. døgnrytme, og å unngå uønsket og unødig sengeopphold (eks. forsinkelser morgen/kveld)
- Rutiner for personlig hygiene/stell – tidspunkt / potensielle forsinkelser ved stell morgen/kveld
- Rutiner knyttet til lindrende behandling og en verdig livsavslutning

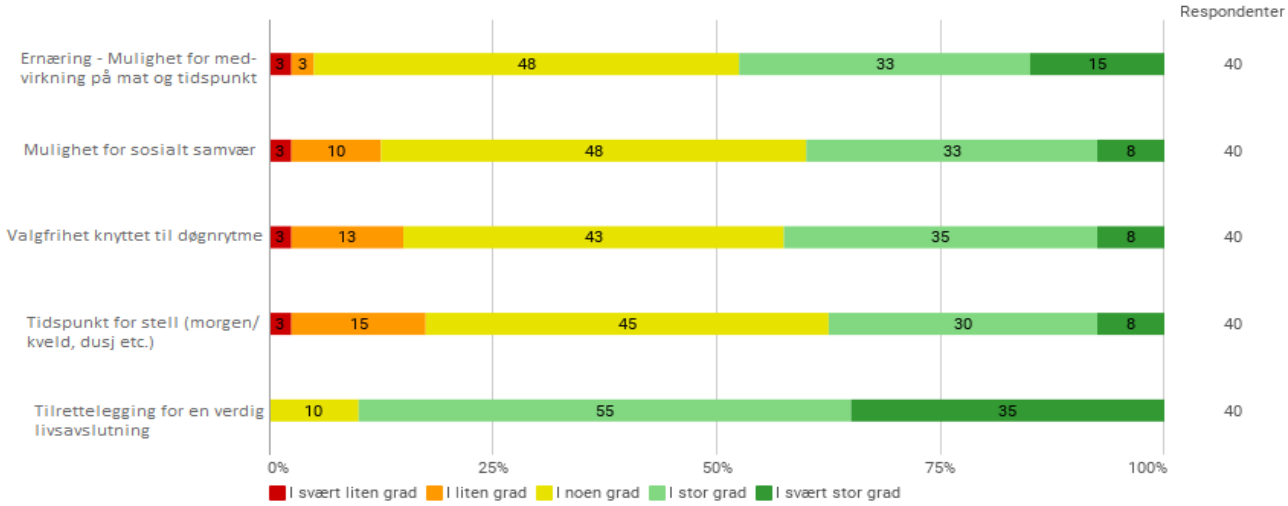
Tjenesteledere for institusjon og hjemmetjenesten beskriver følgende på de ulike punktene:

a) Alle pasientene på institusjon bor på enerom
b) Ernæring er i fokus, hvor det forsøkes å kartlegge *hva* pasienten selv ønsker å spise og *når* de ønsker det. Det jobbes også mye opp mot kjøkkenet, og pasientene følges opp i forhold til utviklingstrekk på vekt
c) Aktiviteter og mulighet for samvær bestemmer den enkelte pasient selv
d) Pasientene bestemmer selv når de ønsker å starte dagen, slik at stell osv. tilpasses
e) Hygiene og stell er i fokus. Pasienten er med på å selv planlegge dagen, og definerer hva som er viktig for dem ift. f. eks dusjing, hårstell og lignende. Stell er for øvrig forankret i vedtaket, og det arbeides med å ikke sette en standard på hygiene men lar pasientens individuelle ønsker styre
f) Verdig livsavslutning er et viktig fokusområde, med fokus på at brukeren og pårørende får imøtegått sine ønsker. Enheten har en sykepleier ansvarlig for lindrende omsorg, informasjon kommer tidlig ut til pårørende og det legges en god plan for hele prosessen

Tjenesteleder (inst.) beskriver at de for øvrig har gode tilbakemeldinger fra brukere og pårørende på at det er god kvalitet på tjenesten. Det tas også hensyn til samspillet mellom pasienter og ansatte, preferanser på kjønn ved stell eller andre ønsker som pasienten måtte ha.

På et overordnet nivå er inntrykket til enhetsleder at kvaliteten på tjenestene er gode. Tilsvarende beskriver flere av de ansatte revisjonen har intervjuet, at tilbakemeldinger fra pårørende er gode. Verneombud beskriver på sin side at kvaliteten på tjenestene er gode, men at dette er fordi de ansatte presser seg for at den skal være god.

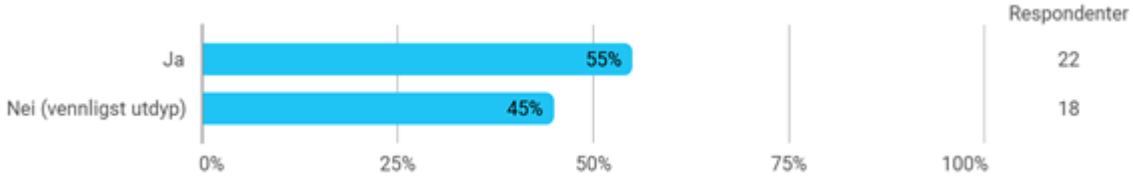
De ansatte ble i spørreundersøkelsen presentert fire av kvalitetsindikatorene, hvor de skulle svare i hvilken grad de mener det er god kvalitet knyttet til ernæring, sosialt samvær, døgnrytme, stell og verdig livsavslutning. Respondentene fordelte seg følgende:



Slik tabellen viser, svarer de fleste ansatte at det i noen grad er god kvalitet knyttet til sosialt samvær, døgnrytme og stell. Når det gjelder god kvalitet knyttet til en verdig livsavslutning, mener de aller fleste ansatte at det er i stor eller svært stor grad. Av indikatorene, er det på tidspunkt for stell, 18 prosent som svarer at det i liten eller svært liten grad er god kvalitet.

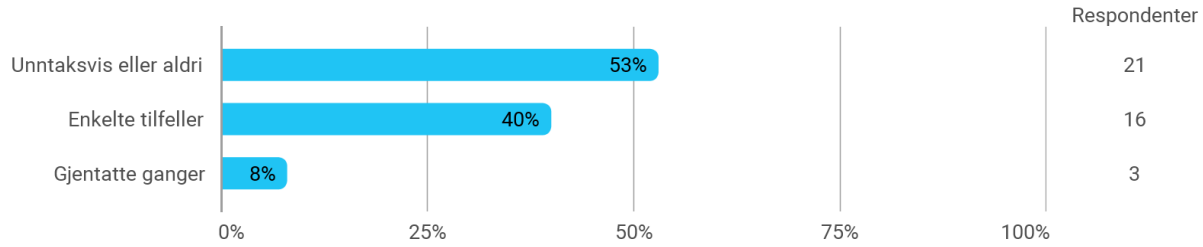
De ansatte ble i tillegg spurt om deres subjektive oppfattelse knyttet til kvalitet:

> *«Mener du det er tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?»*



Her svarer nesten halvparten av de ansatte at det *ikke* er tilstrekkelig kvalitet på tjenestene, hvor bemanning, tidspress og begrenset tid til pasientene trekkes frem av mange respondenter som årsak. I forlengelse av dette ble de ansatte spurt om hvordan bemanningssituasjonen har hatt påvirkning på pasientene:

> *«Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukere?»*



Flertallet mener bemanningssituasjonen unntaksvis eller aldri har ført til kritiske situasjoner for brukerne. Revisjonen bemerker likevel at 48 prosent svarer at det enten har forekommet i enkelte tilfeller eller gjentatte ganger. Revisjonen ba de respondentene som har svart at kvaliteten ikke er tilstrekkelig om å utdype situasjonen nærmere, hvor enkelte svarte følgende:

«Ofte er det tilstrekkelig kvalitet, men det er all ære til ansatte som gir veldig mye av seg selv. Vi går alltid overtid uten å skrive opp og unngår pause, for å få alt til å gå opp»

«Det er grunnet personale at det er god kvalitet på tjenestene, som presser seg selv i hektiske tider»

«Når vi er underbemannet, så rekker vi ikke gjøre mer enn akkurat det nødvendige. Pasientene får ikke tilstrekkelig hjelp»

I forlengelse av kvalitetsvurderingen, ble det i intervjuene spurt om enhetens rutiner og arbeid ifbm. brukermedvirkning. Pleie- og omsorgsenheten i Gjerstad kommune er med i «Det gode pasientforløp», som etter tjenesteleder (inst.) beskrives som et kjempegodt verktøy for brukermedvirkning. Gjennom «Det gode pasientforløp» beskriver tillitsvalgt at det er innført store tavler som de går gjennom daglig, og ser hva den enkelte pasienten skal ha og få. Hun forteller at pasientene med dette er veldig i fokus og at de skal ha det bra. Tjenesteleder (inst.) beskriver videre at pasientforløpet også sikrer en overflyttelsesrapport fra hjemmetjenesten.

I tillegg forteller flere av informantene at det gjennomføres en innkomstsamtale dersom man får tildelt langtidsplass, hvor man avklarer ulike punkter. Det gjennomføres også, systematisk iht. pasientforløpet, primærkontaktsamtaler to ganger i året, hvor man som pasient kan gi tilbakemelding på tjenesten en mottar. Det gjennomføres videre samtaler med pårørende, pasient, lege og sykepleier ift. ulike ønsker. Verneombud trekker også opp den daglige og løpende dialogen med pasienten som viktig oppfølging.

Avvik og legemiddelhåndtering

Pleie- og omsorgssektoren er tradisjonelt sett preget av å ha mange avvik. Det å ha et velfungerende avvikssystem er derfor viktig for enhetens internkontroll. Rådmannen beskriver at internkontroll har vært mye i fokus, og pleie og omsorg var spesielt tidlig ute i forhold til andre enheter i kommunen. Rådmannen har inntrykk av at enhetsleder gjerne vil ha tydelige og forankrede rutiner for å skrive avvik, men det trekkes frem utfordringen i pleie og omsorg ved at de ansatte jobber mye rundt omkring og ikke er så tilgjengelig elektronisk i løpet av arbeidsdagen.

Enhet for pleie og omsorg i Gjerstad kommune anvender avvikssystemet QM+ skjematisk for registrering av avvik, hvor alle ifølge tjenesteleder (inst.) har tilgang og kan se hvor de ulike avvikene er i prosessen. Hun beskriver videre at alle avvik først tas opp med den som har

skrevet avviket, og deretter med den som har gjort avviket, så finner man deretter en løsning på det. Alle avvik blir ifølge tjenesteleder også tatt opp på personalmøtene, slik at det kan gjennomgås i plenum og kunne se om det er noe som kan endres i avdelingen. Tjenesteleder for hjemmetjenesten beskriver mye tilsvarende, men forklarer for øvrig at hun kanskje ser tendenser til litt færre avviksregistreringer etter at de gikk over på elektronisk avvikssystem. Hun trekker også frem problemer knyttet til oppfølging av avvik, hvor spesielt avvik på tvers av tjenestene har en tendens til å bli liggende.

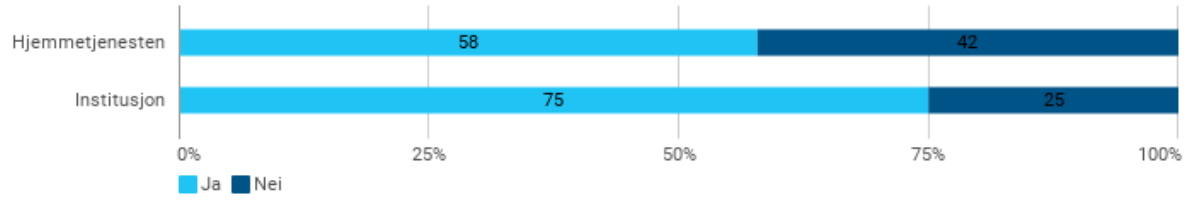
Revisjonen bemerker i intervju at sykepleierne/tillitsvalgte beskriver at ledelsen *sier* avvik skal tas opp på personalmøter, men at dette ikke blir gjort i praksis. De beskriver noen enkelttilfeller hvor avvik om glemte medisiner ble tatt opp, men at de har kjennskap til at det er mange flere avvik enn det som tas opp av ledelsen. Videre beskriver de følgende:

> *«Vi har ikke noe orientering om hva som skjer med avvikene, og det er flere avvik som aldri blir lukket. Vi har heller ikke alltid tid til å skrive avvik. Hvis vi også kun tar det i dialog med hverandre, er det fort gjort å glemme det i ettertid.»*

Tillitsvalgt beskriver til revisjonen at ansatte ikke ser poenget i å skrive avvik, fordi det ikke blir gjort noe med. Verneombud på sin side, mener avvik og avviksrapportering fungerer veldig dårlig. Revisjonen får beskrevet at mange avvik aldri blir skrevet fordi det er vanskelig for ansatte å komme seg på PC. Verneombud mener det er mange avvik som aldri blir rapportert, samtidig som det er noe uklart for hvor terskelen går for hva man skal skrive avvik på og ikke. Revisjonen registrerer at det også beskrives at de ansatte har blitt oppfordret av ledelsen å *ikke* skrive avvik på glemte medisiner, men kun ta det direkte med den som har glemt det.

I forlengelse av tilbakemeldingene som fremkom av intervjuene, valgte revisjonen i spørreundersøkelsen å stille en del spørsmål til de ansatte knyttet til avvik. Innledningsvis ble følgende spørsmål stilt, med fordeling på hvilken tjeneste de tilhører:

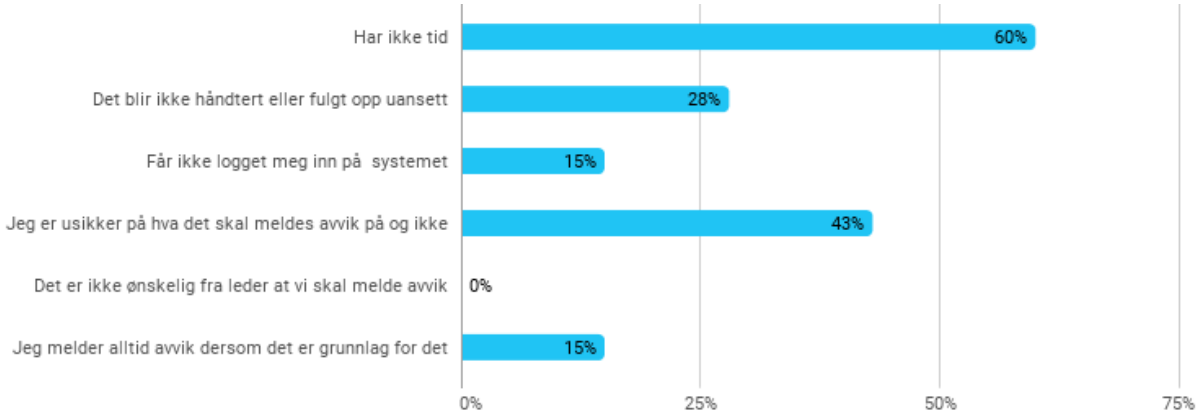
> *«Når du rapporterer avvik, rapporterer du disse i QM+?»*



Summert svarer 33 prosent av de ansatte at de ikke rapporter avvik i QM+, hvor ansatte i hjemmetjenesten har den største andelen som ikke anvender avvikssystemet (hhv. 42 prosent). De ansatte ble videre spurt om hvorvidt det er hyppighet tilknyttet avvik som ikke blir registrert. På spørsmålet *«I hvilken grad oppstår det avvik som ikke blir registrert?»*, svarer 92 prosent av de ansatte at det i noen eller stor grad forekommer avvik som *ikke* blir registrert. Kun 3 respondenter mener det skjer i liten grad, og *ingen* mener det skjer i svært liten grad.

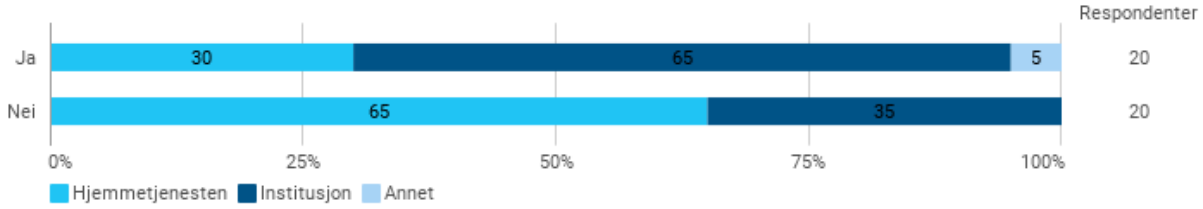
For å få en forståelse for hvorfor de ansatte lar være å skrive avvik, ble de stilt følgende spørsmål hvor de kunne velge flere svaralternativer:

«Dersom det oppstår et forhold som det bør meldes avvik på, men du lar være å melde avviket, hva er årsaken?»



Tidsbegrensning mener 60 prosent av respondentene er en utfordring i forhold til å skrive avvik, samtidig som det hos nesten halvparten av respondentene er usikkerhet knyttet til hva det skal meldes avvik på og ikke. Slik det ble belyst i intervjuene, er det også flere som mener avvikene ikke blir fulgt opp uansett, og enkelte som i tillegg ikke kommer seg inn på avvikssystemet. I forlengelse av dette ble de ansatte også spurt om de opplever at avvik faktisk blir fulgt opp, hvor fremstillingen viser fordelingen på tjenesteområde:

«Opplever du at avvik som meldes blir fulgt opp, og at man får tilbakemelding på status?»

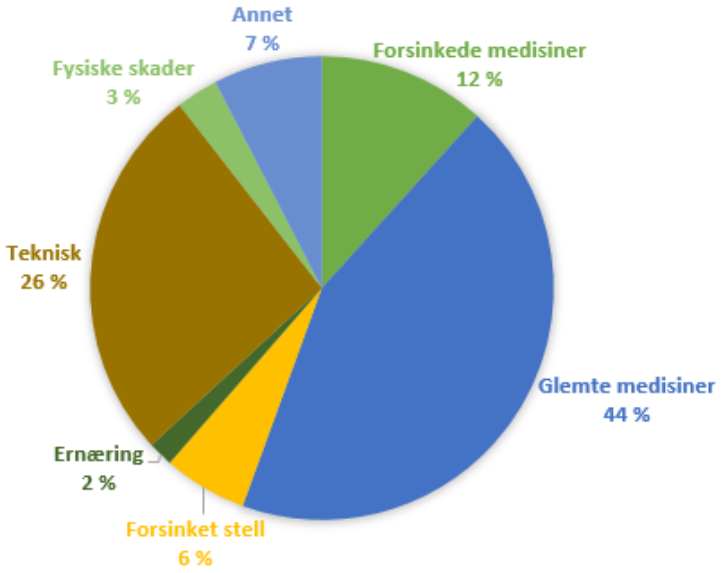


Her er det ganske sprikende oppfatninger blant ansatte fra institusjon og hjemmetjenesten. Slik det fremgår av fremstillingen, mener 65 prosent av de ansatte i hjemmetjenesten at avvik *ikke* blir fulgt opp og at man *ikke* får tilbakemelding på status. På institusjon fordeler de seg motsatt, ved at hhv. kun 35 prosent mener de avvik *ikke* følges opp eller at man får tilbakemelding.

På spørsmålet om *«Legger ledelsen til rette for at ansatte både får tid og opplæring til å melde avvik?»*, svarer 50 prosent av de ansatte i liten- eller svært liten grad. 33 prosent mener ledelsen i noen grad tilrettelegger for avviksrapportering, mens 18 prosent svarer i stor grad.

Avslutningsvis ble de ansatte stilt spørsmål om hva det forekommer mest avvik på, hvor det var anledning til å svare flere alternativer:

«Hva forekommer det mest avvik på? Mulighet for å velge flere alternativer»



Slik figuren viser, mener de ansatte det forekommer mye avvik på glemte medisiner og forsinkede medisiner, samt tekniske avvik. Av respondentene som valgte «annet», mener flertallet det også forekommer mye avvik på bemanning.

Slik en ser av avvikene, er det glemte eller forsinkede medisiner som det i størst grad er avvik på. Gjennom intervjuer får revisjonen forklart at legemiddelhåndtering i hovedsak skjer gjennom multidoser[29], noe som reduserer risikoen for avvik knyttet til håndtering av legemidler. Verneombud forklarer at multidoser tar bort en del av problemene, slik at avvik knyttet til medisiner i større grad handler om at de glemmes å gis til pasientene.

For øvrig beskriver tjenesteleder (hj.tj.) at det i hovedsak er sykepleierne som håndterer medisiner, men at andre ansatte kan få til gang til å gi medisiner etter krus og praktisk opplæring.

[29] Maskinelt forseglede dosetter/pakker med legemidler markert med pasientens navn, legemiddelets navn, dose og tidspunkt for når medisinene skal tas

4.3.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON

Kvalitetsforskriften stiller flere krav til grunnleggende behov, i den hensikt å sikre at de som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt behovene gjennom et samordnet fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet og kvalitet. Revisjonen valgte derfor de grunnleggende behovene og kvalitetsindikatorene som utgangspunkt for å vurdere kvaliteten, da de subjektive opplevelsene til pasientene kan medføre utfordringer å konkludere på isolert.

Etter revisjonens oppfatning fremstår pleie- og omsorgsenhetens ivaretakelse av kvalitetsindikatorene som tilfredsstillende slik det blir beskrevet, og i henhold til kravene i kvalitetsforskriften om pasientenes grunnleggende behov. «Det gode pasientforløp» fremstår som et effektivt og systematisk brukermedvirkningsverktøy iht. lovens krav, som ivaretar pasientenes involvering og selvbestemmelse knyttet til de ulike grunnleggende behovene, spesielt tilknyttet ernæring, stell og døgnrytme. Revisjonen registrerer at dette delvis bekreftes også gjennom spørreundersøkelsen blant de ansatte, hvor de fleste ansatte mener det i noen- eller stor grad er god kvalitet knyttet til kvalitetsindikatorene.

Revisjonen bemerker at 45 prosent av de ansatte likevel mener det *ikke* er tilstrekkelig kvalitet på tjenestene, hvor både informanter og respondenter mener kvaliteten er god *kun* fordi de ansatte presser seg i hektiske arbeidsdager. Revisjonen registrerer at bemanning, tidspress og begrenset tid til pasientene også i dette tilfellet trekkes frem som konsekvenser som går ut over kvaliteten på tjenestene. Dette understøttes også ved at nesten halvparten av de ansatte i undersøkelsen mener bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukerne.

Etter revisjonens vurdering anses enhetens systemer og rutiner for brukermedvirkning som tilfredsstillende i henhold til lovverkets krav til informasjon og selvbestemmelse, både knyttet til «Det gode pasientforløp», innkomstsamtalene og jevnlige primærkontaktsamtaler.

Det stilles krav til et systematisk styrings- og forbedringsarbeid. Et velfungerende avvikssystem er derfor viktig for pleie- og omsorgsenhetens internkontroll, og det er avgjørende at systemet ikke bare foreligger men at det aktivt anvendes av de ansatte. Revisjonen registrerer at det er flere forhold knyttet til enhetens praksis ved avviksregistrering og håndtering som ikke fungerer tilfredsstillende. Tjenesteledere beskriver praksis ved at avvik muntlig skal gjennomgås med den som registrerte og utførte avviket, samtidig som tjenesteledere beskriver at *alle* avvik gjennomgås på personalmøter. Revisjonen stiller spørsmål ved denne praksisen da de ansatte mener gjennomgangen på personalmøter *ikke* forekommer, samtidig som det uttrykkes at å gjennomgå avvik i dialog med hverandre ofte fører til at det glemmes i ettertid.

Revisjonen bemerker videre utfordringer knyttet til at 33 prosent av de ansatte ikke rapporterer avvik i QM+, samtidig som 92 prosent av de ansatte mener at det i noen eller stor grad forekommer avvik som ikke blir registrert overhodet. I forlengelse av dette registrerer revisjonen at 50 prosent av de ansatte mener ledelsen ikke legger til rette for at de ansatte får tid og opplæring til å melde avvik. Etter revisjonens vurdering har ikke pleie- og

omsorgsenheten et velfungerende og tilstrekkelig forankret avvikssystem slik det fremstår i dag.

Etter revisjonens vurdering er det flere indikasjoner på at de ansatte ikke får anvendt avvikssystemet slik som det skal. En stor andel av de ansatte mener avgrenset tid og usikkerhet på hva det skal meldes og ikke, er en hovedutfordring i forhold til å skrive avvik. Revisjonen registrerer at det fra både intervjuer og undersøkelsen pekes på at de ansatte mener avvikene ikke blir fulgt opp uansett, hvor det bemerkes spesielt at 65 prosent av de ansatte i hjemmetjenesten mener avvik *ikke* blir fulgt opp og at man *ikke* får tilbakemelding.

I forhold til type avvik, er det etter revisjonens vurdering ikke tilfredsstillende at det forekommer mange avvik på glemte og forsinkede medisiner. Revisjonen anser det uheldig at flere trekker frem problemer knyttet til oppfølging av avvik, hvor spesielt avvik som går på tvers av tjenestene har en tendens til å bli liggende.

5. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Etter revisjonens oppfatning er det behov for en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenesteledere og enhetsleder, da ansvarsforholdene omkring økonomi, fagansvar og ressursplanlegging fremstår som uklare. Samtidig registrerer revisjonen uklare og til dels overlappende stillingsbeskrivelser i ledelsen, noe som underbygges ved at flere ansatte ikke vet hvem deres nærmeste leder er. Tjenesteledere trekker selv frem oppgavefordelingen som uoversiktlig og tidkrevende, samtidig som ansatte mener ledelsen er lite synlig og i liten grad samarbeider godt eller opptrer helhetlig. En uklar ansvars- og oppgavefordeling vil etter revisjonens vurdering svekke enhetens plikter etter forskriftens styringssystem, både med tanke på planlegging, gjennomføring og evaluering.

Dagens organisering av personalressurser bærer preg av å ha utfordringer knyttet til planlegging og gjennomføring, ved blant annet at tjenesteleder daglig må bruke store deler av arbeidsdagen på å hente inn ekstra bemanning. Det at 98 prosent av de ansatte mener dagens organisering av personalressurser og turnus *ikke* fungerer og bør danne grunnlag for en ny prosess knyttet til turnus. Dagens turnus omtales som uoversiktlig og rotete, hvor det blir lite kontinuitet mellom ansatte og pasienter. Revisjonen vil understreke det faktum at en andel ansatte mener bemanningen ikke er forsvarlig ift. brukernes liv og helse, samtidig som flertallet opplever at vakten pga. underbemanning ofte har føltes uforsvarlig og uutholdelig. Dette fører til at man får utfordringer knyttet til å sikre lovens krav om forsvarlighet og pasientsikkerhet, hvor kommunen skal sikre at pasientene gis et helhetlig og verdig tjenestetilbud. Revisjonen mener det i tillegg er klare indikasjoner på at det ikke er tatt tilstrekkelig til involvering og medvirkning fra de ansatte i planleggingsprosessene. I forlengelse av dette, bemerker revisjonen også at arbeidsmiljølovens bestemmelser om tillitsvalgtes involvering i turnus tilsynelatende ikke overholdes verken knyttet til drøfting eller tidsfrist.

Revisjonen stiller seg positive til ledelsens fokus på samarbeid og samhandling på tvers av tjenesteområdene. Allikevel fremkommer det at ansatte opplever at vakter på tvers av tjenestene ofte fører til dårlig oppfølging og lite kontinuitet mellom de ansatte og brukerne. Det beskrives også som utfordrende å skulle være oppdatert på mange ulike områder samtidig, og utfordringer knyttet til de ansattes tilhørighet.

Intensjonen med etablering av et uavhengig tjenestekontor er etter revisjonens oppfatning god. Slik dette nå fungerer i praksis kan imidlertid ikke betraktes som hensiktsmessig ettersom de ansatte med dagens løsning kan komme i en krevende dobbeltrolle, gjennom at de samme ansatte både fatter vedtak og deretter kan møte de samme brukerne i hjemmetjenesten.

Etter revisjonens oppfatning fremstår enhetens ivaretakelse av kvalitetsindikatorene som tilfredsstillende slik det blir beskrevet, og i henhold til kravene i kvalitetsforskriften om pasientenes grunnleggende behov. Revisjonen anser videre enhetens systemer og rutiner for brukermedvirkning som tilfredsstillende i henhold til lovverkets krav til informasjon og selvbestemmelse. Det bemerkes likevel at halvparten av ansatte mener kvaliteten kun er god

fordi de ansatte presser seg i hektiske arbeidsdager, og at kvaliteten på tjenestene blir noe redusert på grunn av bemanning, tidspress og begrenset tid til pasientene.

Revisjonen anser det uheldig at pleie- og omsorgsenheten på flere områder har et avvikssystem som ikke fungerer optimalt. Det fremkommer ulike oppfatninger knyttet til rutiner for oppfølging av og tilbakemelding på avvik, samtidig som ansatte beskriver en varierende praksis på registrering i QM+. Revisjonen bemerker at en stor andel ansatte er usikre på hva som skal registreres som avvik, avgrenset tid til å føre inn avvik eller oppfatninger om at avvikene uansett ikke blir fulgt opp. Etter revisjonens vurdering har ikke pleie og omsorg i Gjerstad kommune et velfungerende og tilstrekkelig forankret avvikssystem slik det fremstår i dag.

Revisjonen har følgende anbefalinger:

- Revisjonen anbefaler at det foretas en gjennomgang av ansvars- og oppgavefordelingen i ledergruppa, med fokus på tydeliggjøring av personalansvar, samarbeid og synlighet overfor ansatte

- Revisjonen anbefaler at det foretas en ny evaluering av dagens bemanningssituasjon og turnusordning, med tilstrekkelig sikring av forsvarlige tjenester og hensyn til arbeidsmiljø og sårbarhet i forhold til fravær. Det forutsettes at denne evalueringen og planlegging av ny turnus gjennomføres i samråd med ansatte og tillitsvalgte

- Det anbefales å vurdere organiseringen av tjenestekontoret i forhold til kommunens mål om uavhengighet mellom ansatte som fatter vedtak og de som utfører tjenesten.

- Revisjonen anbefaler at rutiner og praksis knyttet til avviksrapportering gjennomgås blant ansatte, med hovedvekt på tilrettelegging, terskel for registrering, gjennomgang og oppfølging av avvik

5.1 RÅDMANNENS KOMMENTAR

Innledningsvis vil jeg presisere at Gjerstad kommune ser på alle tilsyn, forvaltningsrevisjoner og lignende som svært nyttige bidrag til forbedrings- og kvalitetssikringsarbeidet som pågår kontinuerlig i hele kommunens virksomhet. Oppfølgingen av resultatene fra denne forvaltningsrevisjonen starter umiddelbart og gis høy prioritet.

Jeg slutter meg til revisjonens anbefalinger slik de er gjengitt i rapporten:

- Det foretas en gjennomgang av ansvars- og oppgavefordelingen i ledergruppa, med fokus på tydeliggjøring av personalansvar, samarbeid og synlighet overfor ansatte.

- Det foretas en ny evaluering av dagens bemanningssituasjon og turnusordning, med tilstrekkelig sikring av forsvarlige tjenester og hensyn til arbeidsmiljø og sårbarhet i forhold til fravær. Det forutsettes at denne evalueringen og planleggingen av ny turnus gjennomføres i samråd med ansatte og tillitsvalgte.
- Det anbefales å vurdere organiseringen av tjenestekontoret i forhold til kommunens mål om uavhengighet mellom ansatte som fatter vedtak og de som utfører tjenesten.
- Rutiner og praksis knyttet til avviksrapportering gjennomgås blant ansatte, med hovedvekt på tilrettelegging, terskel for registrering, gjennomgang og oppfølging av avvik.

Jeg vil sørge for at det umiddelbart utarbeides en handlingsplan med tiltak for å rette opp forholdene som er påpekt i rapporten, og ha en tett oppfølging av tiltakene. Planen må utarbeides i nært samarbeid med tillitsvalgte. Noe av det som påpekes i rapporten er allerede på vei til å rettes opp, dette særlig i forbindelse med turnus. Handlingsplanen vil ta for seg alle forhold som omtales i revisjonsrapporten, det som nevnes i kulepunktene nedenfor er altså ingen komplett opplisting av hva som vil bli gjort i oppfølgingen.

- Det fremstår som et svært tydelig behov for å gjennomgå oppgave- og ansvarsfordelingen mellom enhetsleder og tjenesteledere, samt sørge for at ledelsen opptrer mer helhetlig. Vi skal sørge for å rette opp uklare ansvarsforhold. Alle ansatte skal vite hvem som er deres nærmeste leder. Alle skal ha tilbud om medarbeidersamtale. Ansvaret for utarbeidelse av turnus er allerede tilbakeført til hver av tjenesteledere, dette er påpekt i rapporten som ønskelig, og er altså nå gjennomført fra mars 2019.
- Videre fremstår det tydelig at den felles sykepleierturnusen som ble innført høsten 2018, ikke har fungert etter den gode hensikten, som var å minske arbeidspress og redusere sykefravær. Innføringen av turnusen, med medvirkning, informasjon etc., kan konstateres ikke har vært godt nok organisert og forankret. Det var hele tiden meningen at denne felles sykepleierturnusen skulle evalueres etter å ha virket en periode. Denne evalueringen er nå gjennomført, og ny turnus på hver avdeling er innført fra 25.3.19. Planleggingen av den nyeste turnusen er gjennomført i samråd med tillitsvalgte, og er godt tatt imot, så langt jeg kjenner til. Ansvar for utarbeidelse av turnus er nå tilbakeført til hver tjenesteleder, for sin avdeling.
- Tjenestekontoret skal organiseres på en annen måte, for å ivareta uavhengighet mellom tildeling og tjenesteytelse. Det har vært intensjonen siden starten, men kommunen har hittil ikke hatt mulighet til å dedikere ressurser som ikke jobber som tjenesteyter i tillegg. Dette vil bli tatt tak i.
- Rutiner og praksis knyttet til avviksrapportering skal gjennomgås, og det må gjentas og tydeliggjøres så alle ansatte vet hva som skal rapporteres som avvik (brudd på lov og bestemmelser) og hva som skal meldes inn som andre forhold (f. eks behov for vaktmesteroppdrag). Rådmannen har forståelse for at ansatte opplever å ikke ha tid til å registrere avvik, men vil gjøre oppmerksom på at avvikssystemet QM+ også kan benyttes på mobiltelefon, noe som antagelig vil oppleves raskere og enklere enn å logge seg på via pc. Vi må sørge for relevant og tilstrekkelig opplæring med jevnlig gjentakelse/repetisjon så ansatte får anvendt avvikssystemet slik som det skal. Rådmannen vil understreke at avvik skal følges opp, og det skal gis tilbakemelding på innmeldt avvik.

Enkelte av utsagnene som gjengis i rapporten, kan det være ulik oppfatning og nyanser av, men uansett skal vi ta på alvor de opplevelsene som det gis uttrykk for.

Med vennlig hilsen

Torill Neset
Rådmann

6. LITTERATUR

LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV-1999-11-14-932 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)

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

FOR-1988-11-14-932 Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (Forskrift for sykehjem)

FOR-2002-12-20-1731 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (Internkontrollforskriften i helsetjenesten)

FOR-2003-06-27-792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften)

FOR-2008-04-03-320 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Forskrift om legemiddelhåndtering)

FOR-2010-11-12-1426 Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)

FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

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

NOVA-rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*

RSK 001 *Standard for forvaltningsrevisjon*. Fastsatt av NKRFs styre 1. februar 2011

HelseNorges kvalitetsindikatorer – Pleie og omsorg
https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg

Gjerstad kommunes hjemmesider, pleie og omsorg
http://www.gjerstad.kommune.no/organisasjon/tjenesteenheter/pleie-og-omsorg/

Gjerstad kommune, Årsmelding 2017

Gjerstad kommune «Tjenestekriterier for omsorgstjenester», vedtatt i kommunestyret 21.11.2017

7. VEDLEGG

VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Sammenfattet tematisk intervjuguide for alle informanter

Innledende

- Innledende om organiseringen av tjenesten, og utfordringer tjenesten er preget av
- Beskrivelse av informantens ansvarsområde
- Samarbeid med ledelsen

Personalressurser

1) Planlegging av turnus og involvering av ansatte
2) Praktiseringen av turnus, grunnbemanning og dets påvirkning på arbeidsmiljø
3) Hensynet til sykefravær, forekomst av overtid, beordring, forskjøvet arbeidstid etc.

Helhetlige tjenester

- Samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjenesten, opplevelse av helhetlig enhet
- Ny sykepleierturnus med arbeid på tvers av tjenestene
- Møter på tvers
- Tjenestekontoret

Kvalitet og brukermedvirkning

- Kvaliteten på tjenesten, utfordringer som påvirker kvaliteten
- Rutiner og praksis knyttet til brukermedvirkning, primærkontaktsamtaler etc.

Opplevd kvalitet på tjenestene og brukermedvirkning

- Hvordan vil du beskrive kvaliteten på tjenesten? Noen gjentakende utfordringer, som hindrer din del av tjenesten i å levere god kvalitet?
- Legemiddelhåndtering
- Avviksregistrering, bruken av Qm+, typiske avvik, årsaker til fraværende avviksregistrering etc.
- Kvalitetsindikatorer
    - Rutiner og valgfrihet ift. ernæring - mat/måltider
    - Rutiner knyttet til døgnrytme og uønsket sengeopphold
    - Rutiner for personlig hygiene og stell
    - Lindrende behandling og verdig livsavslutning

VEDLEGG 2 - SPØRREUNDERSØKELSE

Hei!

Aust-Agder revisjon IKS (Gjerstad kommunes revisor) arbeider for tiden med et prosjekt knyttet til organisering og kvalitet i pleie og omsorg i Gjerstad. Prosjektet er bestilt av kommunens kontrollutvalg og den endelige rapporten vil behandles i kommunestyret og sendes til kommunens ledelse.

Vårt formål er å undersøke hvorvidt enheten har en hensiktsmessig organisering av personalressursene, samt ulike indikatorer knyttet til kvalitet ved både hjemmetjenesten og sykehjemmet i Gjerstad. I tillegg til gjennomførte samtaler med ledelsen og enkelte ansatte, mener vi det er viktig at alle ansattes synspunkter skal bli hørt. V har derfor utarbeidet noen spørsmål vi håper dere vil svare på.

Deres svar vil være et viktig bidrag for våre konklusjoner. Undersøkelsen vi kun ta et par minutter. Alle besvarelser vil være anonyme.

På forhånd tusen takk.

1. I hvilken tjeneste i pleie- og omsorgsenheten tilhører du? (hvis begge, velg der du tilbringer mest tid)
    - Hjemmetjenesten, institusjon, annet
2. Hva slags stilling er du ansatt i?
    - Fast ansatt, midlertidig ansatt, sommer-/tilkallingsvikar
3. Er hele eller deler av din stilling i fast turnus, eller er den flytende?
    - Hele/deler av stillingen min er flytende
    - Hele stillingen min er i fast turnus
4. Opplever du at ledergruppa har en ansvars- og oppgavefordeling som er godt kjent blant ansatte?
    - Ja, nei
5. Er det klart og tydelig hvem som er din nærmeste leder?
    - Ja, nei
6. I hvilken grad opplever du at ledelsen samarbeider godt og opptrer helhetlig?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad
7. I hvilken grad opplever du godt samarbeid mellom ansatte og ledelsen?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad
8. I hvilken grad opplever du en lav terskel for å kunne ta opp ting med nærmeste leder, og føle det blir tatt tak i?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad
9. I hvor stor grad blir du bedt om å ta vakter utenfor din opprinnelige tjeneste? (eks. ta vakter «ute» når du i utgangspunktet jobber «inne»)
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad
10. Opplever du dagens bemanning som forsvarlig i forhold til brukernes vedtak, liv og helse?
    - Ja, nei (vennligst utdyp)
11. Hvordan vil du best beskrive dagens organisering av personalressurser og turnusplanlegging?
    - Dagens organisering av ressurser fungerer bra
    - Den kan alltids bli bedre, men vet ikke hvordan

- Den burde vært organisert annerledes (vennligst utdyp)

12. I hvilken grad vil du si bemanningen er sårbar i forhold til fravær?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad

13. I hvor stor grad de siste 12 månedene har du opplevd beordring av vakt, overtid/forskjøvet arbeidstid, underbemannet på jobb slik at vakten har føltes uforsvarlig og uutholdelig
    - I svært stort omfang, jevnlig og systematisk (mer enn det man kan forvente), av og til (men i et akseptabelt omfang), sjeldent eller aldri

14. I hvilken grad vil du si at det er et godt arbeidsmiljø på din arbeidsplass?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad

15. Har du noen gang vært fraværende fra jobb grunnet jobbrelaterte årsaker?
    - Unntaksvis eller aldri, enkelte tilfeller, gjentatte ganger (beskriv nærmere)

16. Er det forhold knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsbelastning som går ut over de ansattes helse?
    - Nei, ja (vennligst utdyp)

17. Mener du det er tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?
    - Ja, nei (vennligst utdyp)

18. Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukerne?
    - Unntaksvis eller aldri, enkelte tilfeller, gjentatte ganger (beskriv nærmere)

19. Kvalitetsindikatorer – I hvilken grad mener du det er god kvalitet knyttet til:
    - Ernæring – mulighet for medvirkning/selvbestemmelse på mat og tidspunkt
    - Mulighet for sosialt samvær
    - Valgfrihet knyttet til døgnrytme
    - Tidspunkt for stell (morgen/kveld, dusjing etc.)
    - Tilrettelegging for en verdig livsavslutning (god dialog med pårørende)

20. Når du oppdager avvik, rapporter du disse i QM+?
    - Ja, nei (vennligst utdyp)

21. I hvilken grad oppstår det avvik som ikke blir registrert?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad

22. Legger ledelsen til rette for at ansatte både får tid og opplæring til å melde avvik?
    - I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad

23. Dersom det oppstår et forhold som det bør meldes avvik på, men du lar være å melde avviket, hva er årsaken? (mulighet for å velge flere alternativer)
    - Har ikke tid, det blir ikke håndtert eller fulgt opp uansett, får ikke logget meg inn i systemet, jeg er usikker på hva det skal meldes avvik på og ikke, det er ikke ønskelig fra leder at vi skal melde avvik, jeg melder alltid avvik dersom det er grunnlag for det

24. Hva forekommer det mest avvik på? (mulighet for å velge flere alternativer)
    - Forsinkede medisiner, glemte medisiner, forsinket stell, ernæring, verdig avslutning, teknisk, fysiske skader, annet (vennligst beskriv)

25. Opplever du at avvik som meldes blir fulgt opp, og at man får tilbakemelding på status?
    - Ja, nei

26. Har du avslutningsvis noen ufyllende kommentarer?