

Hjemmetjenester

Verdal kommune



Dokumentet er signert digitalt av:

• EIRIK GRAN SEIM, 05.06.2023

Forseglet av



Posten Norge

Dokumentet er signert digitalt av:

- EIRIK GRAN SEIM, 05.06.2023

Forseglet av



Posten Norge

FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Verdal kommunes kontrollutvalg i perioden november 2021 til mai 2023.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c). Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger¹.

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig Eirik Gran Seim, prosjektmedarbeider Anna Ølnes, og kvalitetssikrer Marit Ingunn Holmvik. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Verdal kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs² standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside www.revisjonmidt norge.no.

Steinkjer, 05.06.23

Eirik Gran Seim

Oppdragsansvarlig revisor

¹ Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

² Norges Kommunerevisorforbund, www.nkrf.no



INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Sammen drag	6
2 Innledning	7
2.1 Bestilling	7
2.2 Problemstillinger	7
2.3 Metode	8
2.4 Avgrensning	9
2.5 Bakgrunn	10
3 Tiltak utført etter tilsyn i 2020	11
3.1 Problemstilling	11
3.2 Data	11
3.2.1 Arbeidstilsynets tilsyn	11
3.2.2 Kommunens oppfølging av tilsynet	12
3.3 Oppsummering	15
4 Internkontrollsystem	17
4.1 Problemstilling	17
4.2 Revisjonskriterier	17
4.3 Data	17
4.3.1 Farekartlegging	18
4.3.2 Rutiner for involvering av brukere og pårørende	18
4.3.3 Kompetanseplaner	19
4.3.4 Beskrivelse av virksomhetens målsettinger	19
4.3.5 Skriftlig oversikt over myndighet, ansvar, oppgaver og organisering av virksomheten	20
4.3.6 Avvikssystem	21
4.3.7 Bruk av avvik til læring og forbedring	21
4.4 Vurdering	22
4.4.1 Farekartlegging	22
4.4.2 Rutiner for involvering av brukere og pårørende	22
4.4.3 Kompetanseplaner	22
4.4.4 Beskrivelse av virksomhetens målsettinger	22
4.4.5 Skriftlig oversikt over myndighet, ansvar, oppgaver og organisering av virksomheten	24
4.4.6 Avvikssystem	24
4.4.7 Bruk av avvik til læring og forbedring	24
5 Konklusjoner og anbefalinger	25
5.1 Konklusjon	25
5.2 Anbefalinger	26
Kilder	27



6 Høring	28
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier	29
Vedlegg 2 – Kommunedirektørens høringssvar	35
36	
37	

Figurer

Figur 1. Organisasjonskart, Verdal kommune. Kilde: Verdal kommune	10
Figur 2. Kommunens fremdriftsplan for bedring av arbeidsmiljø innen hjemmetjenesten. Kilde: Verdal kommune	13
Figur 3. Kommunens handlingsplan i etterkant av arbeidstilsynets tilsyn i 2020. Kilde: Verdal kommune	14



1 SAMMENDRAG

- Kommunen har stort sett utført de tiltakene som arbeidstilsynet gav pålegg om etter sitt tilsyn i 2020. Selv om påleggene er utført, er det ulike oppfatninger internt i virksomheten om hvorvidt hensikten med påleggene, som var å redusere arbeidsmiljøbelastningene i virksomheten, er blitt oppnådd.
- Virksomheten har et tilfredsstillende avvikssystem. Avvik og uønskede hendelser brukes til læring og forbedring, men dette arbeidet bør etter revisjonen syn gjøres på en noe mer systematisk måte.
- Hjemmesykepleien har ikke rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet slik regelverket krever. Selv om det ikke foreligger rutiner for dette, involveres likevel brukere og pårørende i forbedringsarbeidet på forskjellige måter.
- Når det gjelder risiko- og sårbarhetsanalyse er denne relativt generell, og ikke dekkende for å identifisere spesifikke aktiviteter eller arbeidsprosesser i hjemmesykepleien hvor det er risiko for svikt i tjenesten. Virksomhetens målsettinger er dessuten noe generelle, og er ikke fullt ut i henhold til anbefalingene i helsedirektoratets veileder.

Anbefalinger:

Kommunen bør

- Sammenstille og analysere meldte avvik på en systematisk måte
- Utarbeide rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet i hjemmesykepleien
- Utarbeide rutiner for å lage og oppdatere ROS-analyse innen tjenesteområdet hjemmesykepleie
- Utforme målsettinger for virksomheten som er i henhold til helsedirektoratets veileder



2 INNLEDNING

I dette kapitlet gjennomgår vi bestilling, problemstillinger og bakgrunn for prosjektet.

2.1 Bestilling

Kontrollutvalget bestilte i møte 25.10.21, sak 33/21 en forvaltningsrevisjon av hjemmetjenesten i Verdal kommune.

Kontrollutvalget har tidligere (25.11.19, sak 39/19) bestilt en undersøkelse av arbeidsmiljøet og tjenestetilbudet i hjemmetjenesten i kommunen. Bakgrunnen for denne bestillingen var saker i media og henvendelser fra ansatte i hjemmetjenesten, herunder verneombud og hovedverneombud vedrørende kritikkverdige forhold i hjemmetjenesten. Det har blitt pekt på høy arbeidsbelastning, for lav grunnbemanning, avvik og feilmedisinering i tjenesten.

Revisjonens undersøkelse ble satt på vent, fordi Arbeidstilsynet på samme tid i 2020 utførte et tilsyn av arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten i kommunen. Dette tilsynet er nå ferdig, og ifølge Arbeidstilsynet har kommunen utført de tiltakene som arbeidstilsynet gav pålegg om. Arbeidstilsynet har derfor avsluttet saken.

Forvaltningsrevisjonen vil derfor hovedsakelig omhandle tjenestetilbudet, herunder internkontroll og varslingsrutiner, og ikke arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten. Forvaltningsrevisjonen vil likevel inneholde en problemstilling som undersøker tiltakene innen blant annet arbeidsmiljø som kommunen har utført som følge av tilsynet.

2.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli besvart i rapporten:

1. Hvilke tiltak har kommunen utført for å bedre arbeidsforholdene i hjemmetjenesten etter Arbeidstilsynets tilsyn i 2020?
2. Har hjemmetjenesten et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenestene de har krav på? Herunder blant annet:
 - Rutiner for kartlegging og vurdering av risiko for svikt og mangler i tjenesten
 - Rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet
 - Kompetanseplaner



- Virksomhetens beskriving av mål og organisering
- Dokumentasjon på myndighet, ansvar og oppgaver i virksomheten
- Avvikssystem som sikrer at avvik meldes, følges opp og brukes systematisk i forbedringsarbeid

Den første problemstillingen er en beskrivende problemstilling som det ikke er knyttet revisjonskriterier til.

2.3 Metode

I denne forvaltningsrevisjonen er datainnsamlingen gjort gjennom intervju og dokumentgjennomgang.

Intervju er gjennomført med kommunedirektøren, virksomhetsleder for hjemmetjenesten samt plasstillitsvalgt, avdeling sentrum. På grunn av nylig bytte av verneombud, har det nåværende verneombudet ikke ønsket å delta i denne forvaltningsrevisjonen. Tidligere verneombud har heller ikke ønsket å delta.

I tillegg har ytterligere tre tillitsvalgte i hjemmetjenesten i Verdal kommune blitt forespurt av revisjonen om å bidra til datainnsamlingen til denne rapporten. Disse har ikke svart på henvendelsene fra revisjonen. I sum er datagrunnlaget fra arbeidstakersiden sparsomt i denne forvaltningsrevisjonen. Revisjonen har likevel valgt å gjengi data fra intervjuet med tillitsvalgt, fordi opplysningene etter revisors syn er informasjon som kommunen bør være oppmerksom på. (Se for øvrig kap 2.3 Oppsummering).

Dokumentasjon som er gjennomgått inkluderer blant annet:

- Arbeidstilsynets tilsynsrapport
- Kommunens tilsvarende til arbeidstilsynet
- Kommunens risikoanalyser i forbindelse med hjemmesykepleien
- Kompetanseplan
- Delegasjonsreglement
- Dokumentasjon på oppfølging av klager fra brukere / pårørende
- Dokumentasjon på involvering av brukere / pårørende
- Rapport fra bedriftshelsetjenesten



Dataene fra intervju er, i kombinasjon med dokumentasjon fra kommunen, relevante (gyldige, valide) og tilstrekkelige for å svare på problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Informantene har i etterkant verifisert informasjonen som kom frem under intervju.

2.4 Avgrensning

Det er i problemstilling 2 i denne rapporten **helsetjenester i hjemmet**, i denne rapporten heretter kalt **hjemmesykepleie**, som undersøkes. Dette er et tilbud til personer som er avhengig av helsehjelp i hverdagen for å kunne bo hjemme.

Ifølge kommunens hjemmesider er hjemmesykepleie:

«(...) et tilbud til personer som er avhengig av helsehjelp i hverdagen for å kunne klare å bo hjemme.

Hva kan du få hjelp til?

Hjemmesykepleien utfører nødvendig helsehjelp og veiledning til personer som bor hjemme og som er helt avhengig av hjelp innenfor følgende områder, i kortere eller lengre perioder.

- Hjelp til personlig hygiene
- Hjelp til nødvendig legemiddelhåndtering
- Sårbehandling
- Observasjon
- Veiledning og opplæring innen helsespørsmål, slik at du kan mestre oppgaver på egen hånd
- Kartlegging og veiledning om f.eks. kosthold og andre helsespørsmål
- Bistand i livets siste fase

Formålet med tjenesten er å gi sykepleie i eget hjem i de tilfeller der dette er mulig og hensiktsmessig. Alle tjenester som utføres er bundet opp mot individuelle vedtak med en felles målsetting om egenmestring og å bo lengst mulig i eget hjem.»

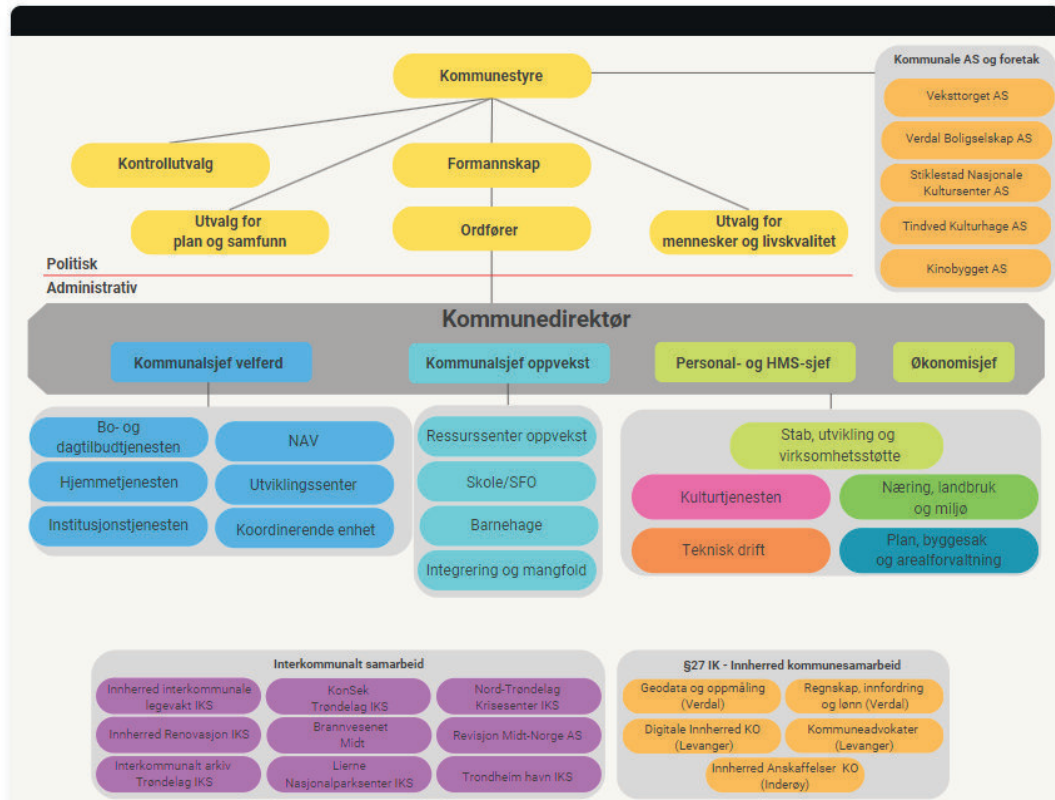
I problemstilling 2 undersøker vi ikke **hjemmehjelp**, som i Verdal kommune er en betalingstjeneste og som omfatter praktisk bistand i hjemmet, herunder bestilling av matvarer, rengjøring osv.

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp hører begge til under de **hjemmetjenester** som Verdal kommune tilbyr.



2.5 Bakgrunn

Hjemmesykepleien er en del av hjemmetjenestene i Verdal kommune, som er organisert i avdelingene Vuku og Sentrum. Det er tre avdelingsledere, hvorav to har arbeidssted sentrum. Tidligere distrikt Vinne er nå slått sammen med distrikt Sentrum. Avdelingslederne rapporterer til virksomhetsleder i hjemmetjenesten, som igjen rapporterer til kommunalsjef velferd. Se forøvrig organisasjonskart nedenfor.



Figur 1. Organisasjonskart, Verdal kommune. Kilde: Verdal kommune

3 TILTAK UTFØRT ETTER TILSYN I 2020

I dette kapitlet beskriver vi deltema 1.

3.1 Problemstilling

- Hvilke tiltak har kommunen utført for å bedre arbeidsforholdene i hjemmetjenesten etter Arbeidstilsynets tilsyn i 2020?

Denne problemstillingen er en beskrivende problemstilling som det ikke er knyttet revisjonskriterier til.

3.2 Data

3.2.1 Arbeidstilsynets tilsyn

Det ble i 2020 gjennomført et varslet tilsyn ved hjemmetjenesten i distrikt Vinne i Verdal kommune. Dette distriktet er nå slått sammen med distrikt Sentrum.

I etterkant av tilsynet ble det i arbeidstilsynets vedtak, datert 19.02.2020, gitt pålegg angående:

- Risikovurderinger og tiltak
- Bruk av bedriftshelsetjenesten i det videre arbeidet med arbeidsmiljøet

Frist for oversending av dokumentasjon på innfrielse av påleggene var satt til 22.05.2020.

Pålegg om risikovurderinger samt tiltak innen tids- og arbeidspress

Det ble i forbindelse med tilsynet konkludert med at bestemmelser i arbeidsmiljøloven om HMS-arbeid, og kartlegging av risikoer, ikke er fulgt. Det ble derfor gitt pålegg om kartlegging og risikovurdering av arbeidspress, samt tiltak i forbindelse med dette:

«Arbeidsgiver skal kartlegge og risikovurdere forhold i arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstakere er utsatt for helseskadelig tids- og arbeidspress. På denne bakgrunn skal det utarbeides planer og iverksettes nødvendige tiltak for å hindre at arbeidstakere blir utsatt for helseskadelig tids- og arbeidspress. Dette skal gjøres i samarbeid med verneombud/ansattes representant.»



Pålegg om bruk av bedriftshelsetjenesten

Under tilsynet kom det frem at virksomheten ikke har benyttet bedriftshelsetjenesten i arbeidet med arbeidsmiljøutfordringene ved hjemmetjenesten. Arbeidstilsynet konkluderer med at dette forholdet ikke er i henhold til bestemmelser i arbeidsmiljøloven samt forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.

På dette grunnlag gir arbeidstilsynet pålegg om at arbeidsgiver skal sørge for at bedriftshelsetjenesten bistår ved gjennomføring av de påleggene arbeidstilsynet har gitt.

Annet

I tillegg til ovenstående pålegg, ble virksomheten bedt om å gjøre verneombudet kjent med vedtaket fra arbeidstilsynet. Dette skulle gjøres ved å gi verneombudet en kopi av arbeidstilsynets vedtak datert 19.02.2020.

3.2.2 Kommunens oppfølging av tilsynet

Kommunen svarte i brev til arbeidstilsynet den 22.05.20, innen fristen som var fastsatt.

Arbeidstilsynet vurderte den 25.05.2020, på grunnlag av kommunens tilsvarende, at de aktuelle påleggene beskrevet ovenfor var oppfylt. Arbeidstilsynet avsluttet med dette oppfølgingen av saken.

Kommunens tilsvarende til arbeidstilsynet er en beskrivelse av arbeidet som er gjort i hjemmetjenestens distrikt Vinne, i etterkant av arbeidstilsynets tilsyn, herunder blant annet:

- Utarbeiding av fremdriftsplan (gjengitt i figur 2 nedenfor)
- Oppretting av partsgruppe
- Gjennomført personalmøte med kartlegging
- Gjennomføring av risikovurderinger og risikoevalueringer
- Utarbeiding av handlingsplan



Opprettelse av partsgruppe og gjennomføring av partsgruppemøte:

Virksomhetsleder kalte inn både verneombud tillitsvalgte, bedriftshelsetjenesten og Verdal kommunes personalsjef. Rapport fra Arbeidstilsynet ble gjennomgått, og bedriftshelsetjenesten gjennomgikk aktuell metode for gjennomføring av risikovurderingsprosess. Gruppen ble enig om en fremdriftsplan, som involverte alle ansatte. Det ble avslutningsvis laget en plan for personalmøte (for alle ansatte) der både leder, bedriftshelsetjenesten og personalsjef skulle ha hver sin fagbolk. Under følger plan som ble vedtatt:

Prosess	Beskrivelse	Medvirkende (ansvarlig først)	Dato	Status
1 Opprettelse partsgruppe	Opprette en partsgruppe for Vinne bestående av tillitsvalgte, verneombud og avdelingsleder.	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT, personalsjef	02.03.2020	Utført
2 Partsgruppemøte	Gjennomgang av foreløpig rapport i partsgruppen for Vinne. Partsgruppa planlegger presentasjon av rapporten for ansatte og hvordan ansatte skal involveres.	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT, personalsjef	02.03.2020	Utført
3 Personalmøte	Personalmøte med fremlegg av foreløpig rapport fra Arbeidstilsynet og gruppearbeid rundt årsaker og forslag til tiltak.	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT, personalsjef, alle ansatte Vinne distrikt	04.03.2020	Utført
4 Kartlegging	Under personalmøte ble det gjennomført ei kartlegging. De seks områdene som ble definert som årsak til stress er: Brukermengde, kompetanse, ledelse, oppdrag, usikkerhet og mye endring	Alle ansatte	04.03.2020	Utført
5 Planlegging	Utarbeide en handlingsplan med bakgrunn i innspill fra personalmøte.	Virksomhetslede, BHT	21.04.2020	Utført
6 Definisjon av akseptkriterier	Fastsetting av hva som er akseptabel risiko	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT	06.05.2020	Utført
7 Risikovurdering	Det vil bli gjennomført en risikovurdering av de seks områdene som ble kartlagt som årsak til stress.	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT	06.05.2020	Utført
8 Risikoevaluering	Vi vil evaluere risiko, og planlegge aktuelle tiltak	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT	Primo/medio mai	Utført
9 Handlingsplan	Det vil bli utarbeidet en tidsbestemt handlingsplan med aktuelle risikoreducerende tiltak.	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT	Primo/medio mai	Utført
10 Tertialvis evaluering	Møte hvert tertial der vi evaluerer risikobilde og handlingsplan.	Virksomhetsleder, avdelingsleder, verneombud, tillitsvalgt, BHT	i henhold til plan	Planlagt

Figur 2. Kommunens fremdriftsplan for bedring av arbeidsmiljø innen hjemmetjenesten. Kilde: Verdal kommune

I personalmøte med kartlegging (punkt 3 og 4 i fremdriftsplanen) har ansatte blitt delt inn i grupper, hvor følgende spørsmål ble diskutert:

- Hva tror dere er årsakene til at dere har tids- og arbeidspress hos dere?
- Hvilke forslag har dere til ledergruppen for å redusere dette?
- Hvilke forslag har dere til alle ansatte for å redusere dette?

Risikovurderinger og tiltaksplan

Arbeidet i personalmøtet resulterte i en relativt detaljert risikoanalyse for området arbeidsmiljø. En del av risikoanalysen innebar å utarbeide tiltak som er ment å begrense de risikoene som er blitt identifisert. Disse tiltakene er oppført i en 18-punkts handlingsplan, gjengitt i figur 3.



Nr	Beskrivelse av tiltak	Ansvarlig	Frist	Status	
1	Innkjøp av ruteplanlegger (koblet til Notus)	Kommunalsjef	30.06.2020	Utført	17.01.23 - fases ut i det Helseplattformen innføres 11.02.23.
2	Arbeid med optimale arbeidslister	Avdelingsleder	30.06.2020	Iverksatt	17.01.23: kontinuerlig pågående - egne listeskribere i denne funksjon.
3	Innkjøp og bruk av Somnify	Kommunalsjef	30.06.2020	Iverksatt	17.01.23: pågående
4	Tavlemøter rundt brukere	Avdelingsleder	Høst 2020	Iverksatt	17.01.23: pågående
5	Refleksjonsgrupper	Avdelingsleder	Høst 2020	Planlagt	17.01.23: siden 2021 er det satt av daglig tid til refleksjon i 3 team.
6	Ansette ny avdelingsleder	Virksomhetsleder	mai.20	Utført	
7	Koble seg opp mot responscenter som tar trygghetsalarmer	Kommunalsjef	30.06.2020	Utført	
8	Kurs og kompetanseheving legges inn som oppgave	Avdelingsleder	sommer 2020	Planlagt	Kompetanseplan årlig. Obligatoriske digitale kurs gjennomføres og kodifiseres hos avdelingsleder.
9	Partsgruppe skal gjennom en difi opplæring (medbestemmelse)	Virksomhetsleder	jun.20	utført	
10	Undervisning prosess og arbeid med emnet «Myndiggjorte medarbeidere»	Virksomhetsleder	Høst 2020	Iverksatt	17.01.23: gjennomført arbeidsmiljøprosjektet - egen rapport
11	Undervisning i tema «Rettighet og plikter i arbeidslivet» (temasamling)	Avdelingsleder	høst 2020	utført	
12	Utarbeide infohefte «Hjemmetjenesten 2020»	Partsgruppa	Høst 2020	utført	
13	Bevisstgjøre ansatte hva som er standard på tjenesteleveransene	Partsgruppa	des.20	Iverksatt	17.01.23: pågående og implementerer nye tildelingskriterier som er politisk vedtatt i kommunestyret.
14	Definere hva som er påregnelig belastning (temasamling)	Avdelingsleder	Høst 2020	utført	
15	Kartlegging av kompetanse og kompetansebehov	Avdelingsleder	høst 2020	utført	
16	Standardisering av tjenesteleveranse	Partsgruppa	des.20	Iverksatt	17.01.23: pågående arbeid - samhandling fast med forvaltning
17	Om ansatt blir avvist fra bruker, skal ikke tjenesten erstattes av annen ansatt	Avdelingsleder	vår/sommer 2021	Planlagt	17.01.23: Bedriftshelsetjensten har bistått, samt veiledning i fra Rus og
18	Arbeide med 24 timers mennesket	Virksomhetsleder	Høst 2020	Gjennomført	I tillegg gjennomført ekspertbistand i forbindelse med langvarige sykemeldinger og fare for å falle utfor

Figur 3. Kommunens handlingsplan i etterkant av arbeidstilsynets tilsyn i 2020. Kilde: Verdal kommune

Kommunens egen oversikt pr mars 2023 viser at de 18 punktene i handlingsplanen stort sett er blitt fulgt opp. En del av oppgavene er løpende oppgaver, og er derfor ikke oppført som utført.

Ifølge plasstillitsvalgt er det satt i gang oppfølging av tiltaksplanen, og det ble en bedring i arbeidsmiljøbelastningen etter dette.



Pr i dag begynner man likevel å komme tilbake til der man var i 2019 når det gjelder arbeidspress, HMS og arbeidsmiljø, ifølge plasstillitsvalgt.

Videre har mange i virksomheten, også ledere, sluttet. Det er dårlig samhandling mellom ansatte og avdelingsledere, og mellom avdelingsledere og ledelsen over, ifølge plasstillitsvalgt.

En løsning på utfordringen ville ifølge plasstillitsvalgt være å tilby fast ansettelse og større stillinger til de som ønsker dette. Likevel skal hjemmetjenesten fjerne stillinger fremover. Flere ansatte føler at man mister kontroll.

Bruk av bedriftshelsetjenesten

Kommunen skriver i sitt tilsvarende til arbeidstilsynet 22.05.2020 at ANT HMS & Bedriftshelse AS bistår Verdal kommune med bedriftshelsetjenester. En representant fra denne virksomheten har deltatt på samtlige møter og bistått med kompetanse gjennom prosessen.

3.3 Oppsummering

Revisor registrerer at kommunens arbeid med arbeidsmiljøbelastningene etter tilsynet har vært relativt omfattende. Arbeidstilsynet vurderte i 2020 påleggene som oppfylt, og avsluttet tilsynet.

Revisor presiserer at arbeidstilsynet avsluttet tilsynet blant annet på grunnlag av at kommunen utarbeidet en tiltaksplan for å bedre arbeidsmiljøbelastningen i virksomheten. Å undersøke om alle tiltakene i planen faktisk ble gjennomført, eller hvilken effekt tiltakene hadde på arbeidsmiljøbelastningen i virksomheten, var ikke en del av det arbeidstilsynet undersøkte.

Revisjonen finner det derfor naturlig å innhente data om gjennomføringen av den nevnte tiltaksplanen, fra flere kilder enn ledelsen i virksomheten.

Revisjonen ønsket på dette grunnlaget å innhente data fra verneombud og fire tillitsvalgte. Av disse er det én tillitsvalgt som har gjennomført intervju med revisjonen. Datagrunnlaget er derfor sparsomt. Denne tillitsvalgte representerer imidlertid en gruppe av flere ansatte, og revisor ønsker å gjengi hva tillitsvalgte har meddelt siden opplysningene etter revisors syn er informasjon som kommunen bør være oppmerksom på.



Tillitsvalgte gir uttrykk for at selv om påleggene samt tiltakene i tiltaksplanen stort sett er utført, er det ulike meninger internt i virksomheten om hvorvidt man har oppnådd den ønskede effekten av tiltakene, nemlig å redusere arbeidsmiljøbelastningene i virksomheten.

Ifølge tillitsvalgt ble arbeidsmiljøbelastningen i virksomheten bedret etter tilsynet i 2020, men har i det siste likevel blitt forverret.

Det er forøvrig, jamfør prosjektplanen, utenfor revisors mandat å gjøre vurderinger i tilknytning til de tiltakene kommunen har utført i kjølvannet av arbeidstilsynets tilsyn i 2020, eller vurderinger i tilknytning datadelen for øvrig i dette kapittelet i rapporten.



4 INTERNKONTROLLSYSTEM

4.1 Problemstilling

1. Har hjemmetjenesten et internkontrollsystem som sikrer at brukerne får utført de tjenestene de har krav på? Herunder blant annet:
 - a. Rutiner for kartlegging og vurdering av risiko for svikt og mangler i tjenesten
 - b. Rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet
 - c. Kompetanseplaner
 - d. Virksomhetens beskriving av mål og organisering
 - e. Dokumentasjon på myndighet, ansvar og oppgaver i virksomheten
 - f. Avvikssystem som sikrer at avvik meldes, følges opp og brukes systematisk i forbedringsarbeid

4.2 Revisjonskriterier

- Virksomheten skal identifisere de aktiviteter i hjemmesykepleien der det er fare for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav (ROS-analyse)
- Virksomheten bør ha rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeid
- Virksomheten skal ha oversikt over de ansattes kompetanse og behov for opplæring
- Virksomheten skal ha en beskrivelse av virksomhetens målsettinger, som bør omhandle brukertilfredshet, forbedringsarbeid, HMS og økonomi
- Det skal foreligge en skriftlig oversikt over myndighet, ansvar, oppgaver og organisering av hjemmesykepleien
- Virksomheten skal ha et tilfredsstillende avvikssystem
- Avvik og uønskede hendelser skal jevnlig gjennomgås av virksomheten, og brukes til læring og forbedring

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

4.3 Data



4.3.1 Farekartlegging

Kommunen har en overordnet ROS-analyse, som ikke omfatter farekartlegging ned på tjenestenivå for eksempel innen hjemmesykepleien.

Det er likevel utarbeidet en ROS-analyse som omhandler **risikoer knyttet til omstilling i hjemmetjenesten**, herunder innvirkninger på arbeidsmiljø, kvalitet i tjenestene samt pasientsikkerhet. Det er også utarbeidet en farekartlegging som gjelder for hjemmetjenesten i tilfelle ekstremvær.

Det er ikke utarbeidet en ROS-analyse som identifiserer **spesifikke aktiviteter eller arbeidsprosesser innen hjemmesykepleien hvor det er risiko for svikt i tjenestene**. Bakgrunnen for en slik ROS analyse kan ifølge helsedirektoratets veileder³ (s.17) eksempelvis være:

- «Det foreligger gjentatte observasjoner av risiko og mindre alvorlige hendelser i en bestemt arbeidsprosess, for eksempel håndtering av henvisninger og legemiddelhåndtering.
- Medarbeidere anser at en arbeidsoppgave eller en bestemt situasjon er risikofyllt, for eksempel informasjonsoverføring.
- Uønskede hendelser har inntruffet et annet sted i helsetjenesten, men kunne ha skjedd i egen virksomhet.
- Gjentatte observasjoner av mindre alvorlige hendelser i en bestemt arbeidsprosess, for eksempel håndtering av legemidler»

4.3.2 Rutiner for involvering av brukere og pårørende

Virksomheten har ikke nedskrevne rutiner for å systematisk involvere brukere / pårørende i forbedringsarbeidet i hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien involverer likevel brukere på forskjellige måter:

Virksomheten har relativt detaljerte rutiner for oppfølging av mishagsyttringer (klager) fra pasienter og pårørende, som er blitt forelagt for revisjonen. Virksomhetsleder opplyser også at man har en god praksis for å følge opp alle klager fra brukere / andre.

³ Veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten



Videre har virksomheten et samarbeid med elderrådet, ifølge virksomhetsleder for hjemmetjenesten.

Hver bruker har dessuten en fast kontaktperson i kommunen (primærkontakt). Primærkontakten har, i henhold til kommunens informasjonsskriv til brukerne, ansvaret for:

- «å gjennomføre kartleggingssamtale med alle nye brukere innen en måned etter oppstart av tjenesten, og videre minimum en gang pr år.
- oppfølging og evaluering av dine tjenester.
- tilby pårørendesamtaler en gang pr år, og ellers dersom man vurderer at det kan være et behov for et samarbeidsmøte.
- Primærkontakt har hovedansvar for å planlegge utøvelse av tjenester i henhold til den enkeltes vedtak sammen med deg og eventuelt pårørende hvis du ønsker det.»

Det har ikke vært gjennomført brukerundersøkelser. Kommunen har verktøyet for å gjennomføre brukerundersøkelser, men dette er ikke blitt brukt til nå. Verktøyet består av en digital plattform, samt et sett av spørsmål rettet mot brukere i hjemmesykepleien, utviklet av KS.

4.3.3 Kompetanseplaner

Kommunen har en kompetanseplan for tidsrommet 2023 til 2026.

Kompetanseplanen inneholder en oversikt over den kompetansen som er i virksomheten i dag, samt en oversikt over hva slags kompetanse som trengs å tilføres virksomheten. Kompetanseplanen skiller mellom ulike stillingsfunksjoner i virksomheten, men omfatter ikke kompetansen og kompetansebehovet til hver enkelt ansatt.

4.3.4 Beskrivelse av virksomhetens målsettinger

Det er i Temaplan «leve hele livet» fra 2021 beskrevet en del overordnede målsettinger innen folkehelse og eldreomsorg i kommunen (s. 2):

«Folkehelsen i Verdal skal være på nivå med, eller over, sammenlignbare kommuner.



- Brukerne skal oppleve at det kommunale tjenestetilbudet er et godt supplement til et aktivt og selvstendig hverdagsliv.
- Boliger og infrastruktur skal legge til rette for at flest mulig kan klare seg selv, og ha aktive og meningsfulle dager.
- Verdal skal være en foregangskommune i å utvikle nye former for samvirke mellom det offentlige og lokalsamfunnet.
- Verdal skal være en foregangskommune i utvikling og bruk av velferdsteknologi.»

I temaplanen er det dessuten fastsatt målsettinger innen ernæring, fysisk aktivitet, velferdsteknologi og sosiale møteplasser. Blant annet har kommunen som målsetting å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring.

I kommuneplanens samfunnsdel 2021 – 2030 heter det dessuten blant annet (kap 2.4):

«Slik vil vi ha det: Verdal er et aldersvennlig samfunn.

Slik gjør vi det:

2.4.1 Legge til rette for inkluderende og helsefremmende møteplasser som rommer mangfoldet i kommunen.

2.4.2 Legge til rette for at alle kan leve et aktivt, selvstendig og meningsfullt liv, og er en ressurs i eget og andres liv.

2.4.3 Legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt hjemme så lenge de ønsker det.

2.4.4 Mobilisere eldre i planleggingen og utviklingen av lokalsamfunnet.

2.4.5 Styrke digitalt innenforskap.»

Virksomheten har imidlertid ikke beskrevet tallfestede og tidsbestemte målsettinger innen brukertilfredshet, pasientsikkerhet, forbedringsarbeid, økonomi/effektivitet eller HMS som er spesifikke for hjemmesykepleien.

4.3.5 Skriftlig oversikt over myndighet, ansvar, oppgaver og organisering av virksomheten

Kommunen har et administrativt delegasjonsreglement, som blant annet beskriver hva slags prinsipper som ligger til grunn for delegeringen av myndighet fra kommunedirektøren og videre i organisasjonen.



Ansvar, oppgaver, myndighet og organisering spesifikt for hjemmetjenesten og hjemmesykepleien er nærmere beskrevet i stillingsbeskrivelsene for de ulike funksjonene i virksomheten, samt i introduksjonshefte til nye medarbeidere.

4.3.6 Avvikssystem

Avvik behandles i kvalitetssystemet Compilo. Hver enkelt avdelingsleder behandler avvik fortløpende. Avvik som skal behandles på administrativt nivå behandles av virksomhetsleder, ifølge virksomhetsleder for hjemmetjenesten.

Det er virksomhetsleder som har den totale oversikten over avvikene på virksomhetsområdet. Avvik av alvorlig art går videre til kommunalsjefen samt kommunedirektøren, ifølge virksomhetsleder for hjemmetjenesten. Iverksetting av nødvendige tiltak og tilhørende forbedringsarbeid, gjøres ifølge virksomhetsleder fortløpende.

4.3.7 Bruk av avvik til læring og forbedring

Det lærings- og forbedringsarbeidet som gjøres i forbindelse med avvik, skjer fortløpende i tilknytning til behandlingen av avvikene som meldes, ifølge virksomhetsleder.

Det var ikke på tidspunktet for revisors datainnsamling utarbeidet en systematisk oversikt over meldte avvik over tid, som kan brukes til å avdekke årsaker til uønskede hendelser, samt til å utarbeide forebyggende tiltak. Muligheten for å gjøre dette er tilstede i systemet Compilo.

Virksomheten har imidlertid en oversikt over avvik i en powerpoint-presentasjon som er noe mer generell. Denne oversikten sier noe om antall meldte avvik mellom ulike år. Oversikten viser at det i 2022 er en nedgang i avvik meldt innen hjemmetjenesten. Oversikten kategoriserer avvikene etter:

- Alvorlighetsgrad
- Type uønsket hendelse (for eksempel personskade / verbal trussel / fysisk utagering, osv)
- Den avdelingen uønsket hendelse er blitt varslet til

Det er beskrevet i oversikten at det foregår en pågående oppfølging av avvikene og at disse ikke er slutført. Det beskrives ikke i dokumentet konkret hva denne oppfølgingen innebærer eller hvordan den gjøres.



Et eksempel på bruk av avvik til læring og forbedring er ifølge virksomhetsleder innføring av faste sykepleiere på medikamentrommene. Disse har som arbeidsoppgave å legge opp dosetter, kontrollere, kommunisere med fastleger på e-melding angående medisinforskrift osv. Hensikten med denne rutinen er å bedre pasientsikkerheten.

Man har også innført ordning med egne teamledere, med formål økt pasientsikkerhet og ledelse av daglige arbeidsflyt.

4.4 Vurdering

4.4.1 Farekartlegging

Virksomhetens ROS-analyse omfatter risikoer innen omstilling. Denne er relativt generell, og er ikke dekkende som ROS-analyse for å identifisere spesifikke aktiviteter eller arbeidsprosesser i hjemmesykepleien hvor det er risiko for svikt i tjenesten. Virksomhetens ROS-analyse er etter revisjonens syn ikke i henhold til regelverket på området.

4.4.2 Rutiner for involvering av brukere og pårørende

Hjemmesykepleien har ikke rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet slik regelverket krever. Selv om det ikke foreligger rutiner for dette, involveres likevel brukere og pårørende i forbedringsarbeidet gjennom bruk av primærkontakt, oppfølging av klager samt samarbeid med eldrerådet.

4.4.3 Kompetanseplaner

Hjemmesykepleien har en relativt grundig kompetanseplan, som omfatter hva slags type kompetanse som trengs å tilføres virksomheten. Virksomhetens plan på dette området er tilfredsstillende.

4.4.4 Beskrivelse av virksomhetens målsettinger

Kommunen har i kommuneplanens samfunnsdel samt i strategiplanen «Leve hele livet» beskrevet en del målsettinger som blant annet omhandler eldreomsorg i kommunen. Målsettingene omhandler blant annet brukertilfredshet og pasientopplevd kvalitet, og er på



flere områder henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt tilhørende veileder. Målsettingene er imidlertid etter revisjonens syn relativt generelle.

Kommunen kan vurdere å utarbeide målsettinger som blant annet er tallfestede, målbare og tidsbestemte, og som omhandler de opplistede forhold som er anbefalt i helsedirektoratets veileder⁴.

Kommunen kan videre, i lys av bestemmelsen i veilederen kap. 4.2 om operasjonalisering, samt i lys av det pågående forbedringsarbeidet innen arbeidsmiljøbelastningen i hjemmetjenesten, vurdere å utarbeide målsettinger som er spesifikke for hjemmetjenesten.

⁴ I helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kap 4.2, heter det blant annet følgende: «Øverste leder har ansvaret for å sette mål for virksomheten. Det bør settes mål for følgende områder:

- pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet
- kvalitet og pasientsikkerhet, herunder pasientopplevd kvalitet
- forbedring
- personal/HMS
- drift og logistikk
- økonomi og effektivitet

Målene bør utarbeides i samarbeid med resten av organisasjonen. Målene bør være:

- tydelige
- konkrete
- tallfestede
- målbare
- tidsbestemte

Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.»



4.4.5 Skriftlig oversikt over myndighet, ansvar, oppgaver og organisering av virksomheten

Ansvar, oppgaver, myndighet og organisering i virksomheten er beskrevet på en tilfredsstillende måte i delegasjonsreglement, stillingsbeskrivelser samt introduksjonshefte til medarbeidere, slik regelverket krever.

4.4.6 Avvikssystem

Kommunen har et tilfredsstillende elektronisk avvikssystem (Compilo), der meldte avvik sendes til behandling hos ledere i virksomheten.

4.4.7 Bruk av avvik til læring og forbedring

Avvik brukes ifølge virksomhetsleder til læring og forbedring fortløpende, ettersom avvik meldes inn.

Virksomheten benyttet ikke, på tidspunktet for revisjonens datainnsamling, funksjonen i Compilo for å sammenstille en oversikt over meldte avvik og uønskede hendelser over tid. Videre har revisjonen ikke blitt forelagt dokumentasjon med eksempler som eventuelt viser hvordan konkrete uønskede hendelser blir brukt til læring og forbedring og tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Kommunen fører likevel en noe mer generell årlig oversikt over meldte avvik, som viser antall og type uønskede hendelser.

Oppsummert vurderes virksomheten til å bruke avvik til læring og forbedring i virksomheten.

Virksomheten kan likevel, etter revisjonens syn, vurdere å gjøre arbeidet på en noe mer systematisk måte, slik som anbefalt i helsedirektoratets veileder (s. 45). Her heter det at meldte avvik og uønskede hendelser jevnlig skal gjennomgås, at disse analyseres, og at læringspunkter tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Videre heter det at «Bestemmelsen må sees i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som fremgår av § 6g».

I lys av ovenstående er det etter revisjonens syn naturlig å forstå regelverket dithen, at en analyse av uønskede hendelser også nødvendigvis innebærer en systematisk sammenstilling av hendelsene i en samlet oversikt, utover det å behandle avvikene individuelt i avvikssystemet.



5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

5.1 Konklusjon

Tiltak etter tilsyn fra arbeidstilsynet

Kommunen har, etter arbeidstilsynets tilsyn i 2020, gjennomført risikovurderinger for arbeidsforholdene i hjemmetjenesten, utarbeidet en tiltaksplan for å bedre arbeidsforholdene, samt mottatt bistand fra bedriftshelsetjenesten i dette arbeidet, slik arbeidstilsynet gav pålegg om.

Tiltakene i den nevnte tiltaksplanen er stort sett blitt iverksatt. Gjennomføringen av de 18 tiltakene i tiltaksplanen er blitt gjort hovedsakelig i tiden etter at arbeidstilsynet avsluttet sitt tilsyn i 2020.

Selv om påleggene er utført, er det ulike oppfatninger internt i virksomheten om hvorvidt hensikten med påleggene, som var å redusere arbeidsmiljøbelastningene i virksomheten, er blitt oppnådd.

Internkontrollsystem

Kommunen har et internkontrollsystem for hjemmesykepleien som er tilfredsstillende på enkelte områder, men som likevel har enkelte mangler.

Blant annet mangler virksomheten en tilfredsstillende ROS-analyse. Målsettingene for virksomheten er dessuten noe generelle, og er ikke fullt ut i henhold til anbefalingene i helsedirektoratets veileder.

Virksomheten har et tilfredsstillende avvikssystem. Avvik og uønskede hendelser brukes til læring og forbedring, men dette arbeidet bør etter revisjonen syn gjøres på en noe mer systematisk måte.



5.2 Anbefalinger

Kommunen bør:

- Sammenstille og analysere meldte avvik på en systematisk måte
- Utarbeide rutiner for å systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet i hjemmesykepleien
- Utarbeide rutiner for å lage og oppdatere ROS-analyse innen tjenesteområdet hjemmesykepleie
- Utforme målsettinger for virksomheten som er i henhold til helsedirektoratets veileder



KILDER

- Kommuneplanens samfunnsdel 2021 – 2030
- Temaplan «leve hele livet» fra 2021
- Introduksjonshefte, Avdeling Hjemmetjenester, Verdal kommune



6 HØRING

Det ble gjennomført høringsmøte 15.05.23 med kommunedirektør, kommunalsjef velferd og virksomhetsleder hjemmetjenesten. Kommunedirektørens hørings svar datert 23.05.23 er som vedlegg 2 til denne rapporten.

Det er etter høringsmøtet og hørings svaret gjort endringer i rapporten, blant annet i kapittel 1.6 bakgrunn, kapittel 2 om oppfølging etter arbeidstilsynets tilsyn, i kapittel 3.4.4 om målsettinger og i kapittel 3.4.6 og 3.4.7 om avvikssystemet.



VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

Problemstilling 2:

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 d: «(.....)ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten»

Kriterie:

- Virksomheten skal identifisere de aktiviteter i hjemmesykepleien der det er fare for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g: «(.....)ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 e: «(...) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.»

Helsedirektoratets veileder til forskriften § 7 e: «Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet og tas i bruk. I kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og



pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Pasienter, brukere og pårørende skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetslovens regler om plikten til å informere om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelser ikke skjer igjen, dersom pasienten eller brukeren er påført skade eller alvorlige komplikasjoner.

Eksempler på relevante interne dokumenter:

- rutiner for innhenting og bruk av pasient-, bruker- og pårørendeerfaringer, herunder erfaringer fra det enkelte opphold/besøk/undersøkelse
- rapporter fra kartlegginger eller undersøkelser om brukererfaringer
- rutiner for å inkludere pasienter, brukere eller pårørende i forbedringsgrupper
- plan for å etablere brukerråd eller brukerutvalg
- plan for å inkludere pasienter, brukere eller pårørende i styret eller utvalg på øverste nivå administrativt og/eller politisk
- rutiner for å gå i pasientens fotspor»

Kriterie: Kommunen bør ha rutiner for systematisk involvere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 f: «(...)ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring»

Kriterie:

- Virksomheten skal ha oversikt over de ansattes kompetanse og behov for opplæring

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6: «Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:



a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten»

Veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s12: «For å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, er det en forutsetning å ha god oversikt over virksomhetens mål, oppgaver og tjenester, organisering og ansvarsfordeling. Denne oversikten bør brukes for å planlegge for fremtiden. Øverste leder har ansvaret for å sette mål for virksomheten. Det bør settes mål for følgende områder:

- pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet
- kvalitet og pasientsikkerhet, herunder pasientopplevd kvalitet
- forbedring
- personal/HMS
- drift og logistikk
- økonomi og effektivitet

Målene bør utarbeides i samarbeid med resten av organisasjonen. Målene bør være:

- tydelige
- konkrete
- tallfestede
- målbare
- tidsbestemte

Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.»

Kriterie:

Hjemmetjenesten skal ha en beskrivelse av virksomhetens målsettinger, som bør omfatte målsettinger innen brukertilfredshet, forbedringsarbeid, HMS og økonomi

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6: «Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten»

§ 7: «Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres»

Veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s13:

«En forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur og god oversikt over oppgavene. Det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Medarbeiderne skal ikke bare kjenne sine egne oppgaver. Kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er også avhengig av at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver.

Det skal foreligge en oversikt over hvordan tjenestene og eventuelt deltjenestene er organisert. Er virksomheten oppdelt i flere deltjenester, bør hovedoppgavene til hver av disse være spesifisert.»

Kriterie:

- Det skal foreligge en skriftlig oversikt over myndighet, ansvar, oppgaver og organisering av hjemmesykepleien

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g:

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

Veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s23: «Øverste leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser med mer. Oversikten skal si noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om:



- tjenestene er faglig forsvarlige
- virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I kravet ligger at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at slike tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelige og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.

En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder i fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.»

Kriterie:

Virksomheten skal ha et tilfredsstillende avvikssystem

Kilde til kriterie:

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 e): «(...) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges»

Veileder til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten s 45:

«Øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av feil. Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Bestemmelsen må sees i sammenheng med plikten til å ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser m.m. som fremgår av § 6 g. Erfaringer viser at pasienter, brukere og pårørende ofte har relevant og viktig informasjon om uønskede hendelser og om hvordan virksomheten har håndtert hendelsen. I tillegg til informasjon fra personell som var involvert i behandlingen eller tjenesten, gir dette samlet sett et bedre bilde av hendelsen. Dette kan igjen bidra til bedre avklaring av årsaksforhold og læring.

Eksempler på relevante interne dokumenter:



melde- og avviksrapporter

rapporter fra risiko- og sårbarhetsanalyser

målinger av pasientskade, for eksempel GlobalTriggerTool

rutiner for gjennomgang av tilbakemeldinger og klager fra pasienter og brukere

resultater fra pasientsikkerhetsvisitter

resultater fra pasientsikkerhetskulturmålinger

resultater fra kartlegging av HMS

rutiner for fellesrisikogjennomgang, for eksempel personalmøte

visuell fremstilling av områder med særlig risiko for kvalitetssvikt og pasientskade»

Kriterie:

Avvik og uønskede hendelser skal jevnlig gjennomgås av virksomheten, og brukes til læring og forbedring



VEDLEGG 2 – KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR





Verdal kommune

Kommunedirektør

Revisjon Midt-Norge
v/Eirik Gran Seim

Deres ref

Vår ref
2022/9202-11Saksbehandler
Geir Olav Jensen
Mob:95054696Dato
23.05.2023

Rapport forvaltningsrevisjon - Høringsvar

Det vises til mottatt rapport vedrørende forvaltningsrevisjon datert 19.05.23, samt møte med revisjonen mandag 15.05.23.

Med bakgrunn i mottatt rapport, ser kommunedirektøren behov både å knytte kommentarer til deler av innholdet:

Rapportens kapittel 2 – Tiltak utført etter tilsyn i 2020 (deltema 1)

Problemstillingen for deltema 1 er: *Hvilke tiltak har kommunen utført for å bedre arbeidsforholdene i hjemmetjenesten etter Arbeidstilsynets tilsyn i 2020?*

Revisjonen påpeker at problemstillingen er en beskrivende problemstilling, hvor det ikke er knyttet revisjonskriterier til. Revisor konkluderer i sin rapport at handlingsplanen i stor grad er fulgt opp og at det ble en bedring etter dette. Dette er også konklusjonen til rapport utarbeidet av vår bedriftshelsetjeneste, men som ikke er omtalt i revisjonsrapporten. Dette svarer etter kommunedirektørens vurdering ut problemstillingen under deltema 1.

Kommunedirektøren finner det derimot problematisk at det under oppsummering av deltemaet, vises til at det er innhentet datagrunnlag knyttet til effekt av tiltak. Datagrunnlaget består kun av 1 respondent og er i utgangspunktet ikke en del av problemstillingen. Kommunedirektøren har heller ikke vært kjent med at så få plasstillitvalgte valgte å svare på invitasjonen fra revisjonen, og dermed ikke fått muligheten til å følge dette opp. Nevnte rapport fra bedriftshelsetjenesten vurderes som svært relevant i denne sammenheng, men inngår heller ikke i datagrunnlaget. Rapporten viser heller ikke ledelsens vurdering av status i dag, sett opp mot situasjonen i 2019/2020.

Hvis problemstillingen om effekt av tiltak og status i arbeidsbelastningen innenfor tjenesteområdet hadde vært en del av revisjonsrapporten, burde også konteksten vært belyst. Arbeidspresset har vært betydelig gjennom 2 år med pandemihåndtering, hvor dette er ett av tjenesteområdene med størst belastning over tid. Videre er revisjonen gjennomført i en periode med overgang til nytt journalsystem, noe som vi vet har medført en økt belastning på en allerede svært effektiv tjeneste. Denne konteksten er ikke nevnt i rapporten, men er svært relevant i en vurdering av status. Heller ikke pågående arbeid med å sikre mer heltidsstillinger innenfor tjenesteområdet eller foreslått styrking av sektoren er omtalt fra revisors side.

Postboks 24, 7651 Verdal | Besøksadresse: Rådhusgata 2
Telefon: 74 04 82 00 | Org.nr.: 938587418 | postmottak@verdalkommune.no |
[Sikker digital post med eDialog](mailto:postmottak@verdalkommune.no) | www.verdalkommune.no



Kommunedirektøren vurderer at effekt av tiltak og status for tjenesteområdet som en relevant problemstilling for nærmere undersøkelse, men finner det beklagelig at revisjonen ikke da legger ned tilstrekkelig ressursinnsats for å sikre et godt datagrunnlag for sine konklusjoner. Kommunedirektøren vil likevel ta med seg informasjon fremkommet i rapporten i det videre arbeidet med arbeidsmiljø innenfor sektoren.

Rapportens kapittel 3.4.7 – Kontinuerlig forbedring og bruk av avvikssystem

I rapporten vises det til at virksomheten bruker avvik til læring og forbedring i virksomheten. Videre vises det til at virksomheten, på tidspunktet for datainnsamling, ikke benytter funksjonen for sammenstilling av avvik over tid. Compilo er et dynamisk verktøy med ulike måter for å systematisere datagrunnlag. Dette inkluderer oversikt over de ulike standardisert måleparameterne og mulighet for drill-down for enkeltområder. Denne statistikken er noe som også benyttes på strategisk nivå i kommunen. Dette er ikke omtalt i rapporten. Når det er sagt, så vurderer kommunedirektøren at kommunen som helhet fortsatt har stort forbedringspotensial knyttet til det systematiske arbeidet rundt kontinuerlig forbedring og bruk av kvalitetssystem som verktøy.

Organisering

Under kapittel om bakgrunn omtales organisering av hjemmetjenestene i Verdal kommune. Det opplyses om at tjenesteområdet er organisert i avdelingene Vuku og Sentrum, med hver sin avdelingsleder. Det riktige er at avdelingen ledes av tre avdelingsledere, hvorav to har arbeidssted i sentrum.

Mottatte anbefalinger vil bli registrert som forbedringsforslag i vårt kvalitetssystem for videre og dokumentert oppfølging.

Med hilsen

Geir Olav Jensen

Dette dokumentet er elektronisk og inneholder derfor ikke signatur



RM Revisjon

Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidtnorge.no

Dokumentet er signert digitalt av:

- EIRIK GRAN SEIM, 05.06.2023

Forseglet av



Posten Norge