



Hjemmetjenesten

Forvaltningsrevisjon - Larvik kommune

2019 :: 712 003

[Klikk her for tips til å
lese rapporten
elektronisk](#)

Innhold

1	Innledning	7
1.1	Kontrollutvalgets bestilling	7
1.2	Hjemmetjenesten i Larvik	7
1.3	Kvalitet og kvalitetsforbedrende arbeid	8
1.4	Om kommunens styringssystem for internkontroll	8
1.5	Problemstillinger og revisjonskriterier	8
1.6	Metode og kvalitetssikring	9
1.7	Høring	9
2	Ressursbruk i hjemmetjenesten	10
2.1	Kommunens ressursbruk – helse og omsorgstjenester	10
2.2	Mottakere av hjemmetjenesten og tid brukt på brukerne	11
2.3	Budsjett og forbruk	13
2.4	Oppsummering	13
3	Risikovurdering og avvikshåndtering	15
3.1	Rutiner for risikovurdering	15
3.2	Gjennomføring av risikovurdering	16
3.3	Tiltak for å minimere risiko	17
4	Avvikshåndtering	19
4.1	System for registrering av avvik	19
4.2	Tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap	20
4.3	Registrering av avvik	24
4.4	Oppfølging av registrerte avvik	27
5	Erfaring fra brukere og pårørende	33
5.1	Rutiner for brukermedvirkning og samhandling	33
5.2	Brukermedvirkning i praksis	33
6	Konklusjoner og anbefalinger	38
6.1	Konklusjoner	38
6.2	Anbefalinger	40
	Litteratur og kildereferanser	41
	Tabelloversikt	41
	Figuroversikt	41
	Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse	43
	Vedlegg 2: Revisjonskriterier	45
	I hvilken grad arbeider Larvik kommune systematisk med risikovurderinger og avvikshåndtering i hjemmetjenesten?	45
	Om risikovurdering	45

Om avvikshåndtering.....	47
I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende innenfor hjemmetjenesten?.....	48
Om å gjøre bruk av innhentet informasjon	49
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring	50
Vedlegg 4 Årsaker til at avvik ikke blir registrert	54
Leser du dokumentet elektronisk?.....	59
For PC, android nettbrett eller Mac	59
Lese på iPad?.....	59

Foto forside: Pixabay

Sammendrag

Bakgrunn

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Larvik kommune i sak 56/18.

Vi har undersøkt følgende problemstillinger:

Hvordan er kommunens ressursbruk i hjemmetjenesten?

I hvilken grad arbeider Larvik kommune systematisk med risikovurderinger og avvikshåndtering i hjemmetjenesten?

I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende innenfor hjemmetjenesten?

Undersøkelsen er gjort på følgende tjenestesteder:

- Torstrand,
- Hedrum,
- Midtbyen og
- Brunlanes.

Som ledd i undersøkelsen er alle ansatte ved de undersøkte tjenestestedene fått tilbud om å svare på en spørreundersøkelse.

Om ressursbruk

Per 01.12.18 hadde kommunen 1161 brukere av hjemmetjenesten. Omfanget av hjemmetjenester har økt noe siden januar 2017 til desember 2018 – både målt i antall pasienter og i antall timer brukt per pasient. Kommunen plasserer seg omtrent på gjennomsnittet av andre bykommuner i Vestfold, Buskerud og Telemark når det gjelder andel mottakere av hjemmetjenester. Antall timer brukt på hjemmesykepleie er noe lavere enn landsgjennomsnittet.

Sammenlignet med Vestfold, kommunegruppe 13 og landet uten Oslo, har Larvik lavere brutto driftsutgifter og lønnsutgifter til hjemmeboende.

Hjemmetjenesten har både i 2017 og i 2018 hatt et merforbruk på 10-14 millioner kroner. Av årsrapport for 2018 fremgår det at merforbruket i 2018 skyldes lønn og kjøp av tjenester fra private.

Om risikovurdering

Larvik kommune arbeider i stor grad systematisk med risikovurderinger i hjemmetjenesten.

De har rutiner og verktøy for å gjennomføre risikovurderinger av tjenestekvalitet og det er utarbeidet risikovurderinger på utvalgte risikoområder i samsvar med rutinene.

Om avvikshåndtering

Larvik kommune har rutiner og system for å jobbe med avvikshåndtering, men disse følges dårlig opp i praksis.

Vi har indikasjoner på at opplæringen og kulturbyggingen trolig ikke har vært tilstrekkelig for å sikre god praksis når det gjelder registrering av avvik.

Det er sterke indikasjoner på at mange avvik som skulle vært registrert aldri blir registrert i avvikssystemet. Det er store sprik i hvor mange avvik som blir registrert ved de ulike avdelingene uten at det foreligger spesielle grunner for det. Ved enkelte avdelinger anslår avdelingslederne at kun 20 % av faktisk skjedd avvik blir registrert i TQM.

De viktigste forklaringer fra ansatte er at de ikke rakk å registrere avviket og deretter glemte det, og at de håndterte avviket med en gang og ikke så behov for å melde det. Svarene kan indikere at det er kulturforskjeller og forskjeller i forståelse hos ansatte både når det gjelder formålet med å registrere avvik og terskelen for å registrere avvik.

Rutinene beskriver ikke hvordan man kan bruke kunnskap fra avviksarbeidet til kontinuerlig forbedring av virksomheten, som eksempelvis hvordan ansatte skal involveres eller hvordan man jevnlig bør evaluere arbeidet med håndtering av avvik.

Kommunen har ikke sikret at registrerte avvik håndteres i tråd med gjeldende krav. Mange avvik blir ikke lukket innen fristen på tre måneder og fristbruddene er i mange saker på flere måneder. I tillegg har vi sett flere avvik relatert til medikamenthåndtering som registreres med lav alvorlighet til tross for at slik avvik skal registreres med høy alvorlighetsgrad. Hjemmetjenesten har også lukket en del avvik til tross for at tiltak ikke er iverksatt, i andre tilfeller fremgår det ikke om tiltak er iverksatt eller ikke.

Kommunen bør vurdere om det er en sammenheng mellom manglende oppfølging av registrerte avvik og hva slags kultur for avviksregistrering det er på det enkelte tjenestested.

Det er positivt at avvik diskuteres på avdelingsledermøter og at det forsøkes ulike tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av gjentakende avvik innenfor medikamenthåndtering. Vi har imidlertid ikke sett at dette arbeidet gjøres systematisk. Blant annet er det ingen tiltak som sikrer at avdelingsledernes avvikshåndtering blir fulgt opp.

Om brukererfaringer

Kommunen har etablert rutiner for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende. Omfanget av erfaringsinnhenting er imidlertid ikke stort. Vi vil blant annet påpeke:

- Brukerpanel er kun brukt i 2017, og da med lav deltakelse fra pasienter som mottar hjemmetjenester. Kommunen har ikke dokumentert hvordan innspill fra brukerpanel er tatt i bruk i hjemmetjenesten.
- Kun eldrerådet og funksjonshemmedes fellesorganisasjon er representert i kvalitetsrådet for Helse og omsorg. Det er ikke etablert mer fagspesifikke råd nærmere hjemmetjenesten.
- Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2017 hadde lav svarprosent og virksomhetsleder og brukerrepresentantene var mindre fornøyd med spørsmålene som ble stilt.

Anbefalinger

Vi mener kommunen bør:

- sørge for at alle registrerte avvik håndteres i tråd med rutiner og at de lukkes innen tidsfrist
- vurdere å iverksette flere opplærings- og holdningsskapende tiltak for å bedre praksis for avviksregistrering i hjemmetjenesten
- vurdere om det er sammenheng mellom manglende oppfølging av registrerte avvik og kultur for avviksregistrering på det enkelte tjenestested, og eventuelt iverksette tiltak
- vurdere om hjemmetjenesten innhenter og gjør bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende i tilstrekkelig omfang

Skien, 06.06.19

Telemark kommunerevisjon IKS

Vil du vite mer om Telemark kommunerevisjon IKS og forvaltningsrevisjon, se vårt nettsted www.tekomrev.no. Der kan du også se alle våre rapporter.

1 Innledning

1.1 Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Larvik kommune i sak 56/18. Hjemmel for forvaltningsrevisjon er gitt i kommuneloven § 77 nr. 4, jf. forskrift om kontrollutvalg kapittel 5 og forskrift om revisjon kapittel 3.

1.2 Hjemmetjenesten i Larvik

Hjemmetjenesten utgjør et virksomhetsområde under Helse og omsorg.

Fra 11. mars 2019 har virksomheten fått en ny organisering, se figur 1.

Hjemmesykepleien har med omorganiseringen redusert antall avdelinger fra 16 til 11.

Som det fremgår av organisasjonskartet er avdelingene delt i tre geografiske soner.

Kommunen hadde soneinndelingen også før omorganiseringen. Det er lagt opp til at

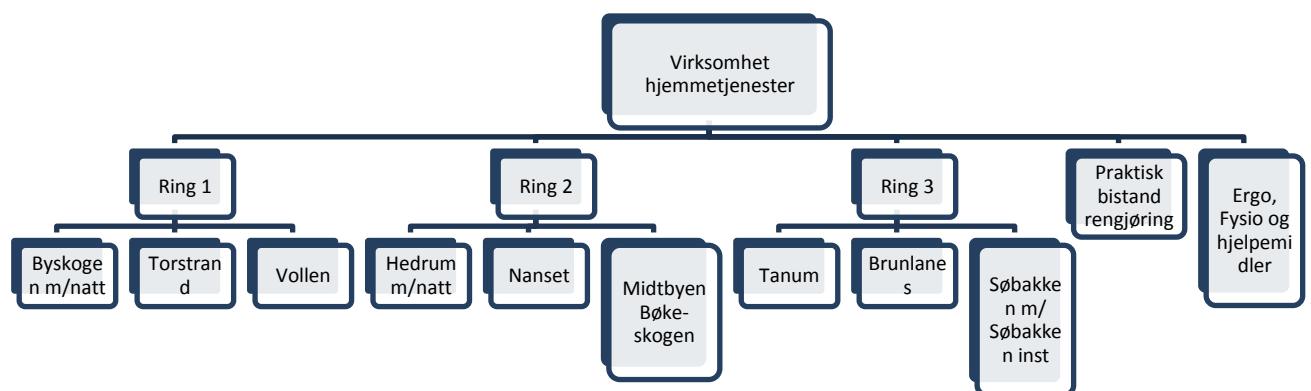
det skal samarbeides internt i hver sone. De fire avdelingene Torstrand, Hedrum,

Midtbyen og Brunlanes, som er med i vår undersøkelse, representerer de tre

geografiske sonene. Med den nye organiseringen er det ca 20-25 årsverk i hver

avdeling, med totalt 430 ansatte fordelt på 261 årsverk. I disse årsverkene inngår også avdelingene *Praktisk bistand og rengjøring* og *Ergo, Fysio og hjelpemidler*.

Figur 1 Organisasjonskart for hjemmetjenesten, Larvik kommune.



I kommunen er det tjenesteområdet *koordinerende enhet og tildeling* som tildeler hjemmetjenester.

1.3 Kvalitet og kvalitetsforbedrende arbeid

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen er pålagt å ha et styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres og evalueres. Formålet med et slikt styringssystem er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, til kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen kan etterleves. Denne rapporten handler om hvordan hjemmetjenesten avdekker risiko, kartlegger og håndterer avvik og sikrer brukerinvolvering.

1.4 Om kommunens styringssystem for internkontroll

Pleie og omsorg har benyttet TQM Enterprise som rammeverk for internkontroll siden 2016. I 2018 har hele kommunen tatt i bruk verktøyet. TQM er et elektronisk verktøy hvor man blant annet kan gjennomføre risikovurdering og registrere brudd på helse- og omsorgstjenesteloven og andre uønskede hendelser.

1.5 Problemstillinger og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

Hvordan er kommunens ressursbruk i hjemmetjenesten?

I hvilken grad arbeider Larvik kommune systematisk med risikovurderinger og avvikshåndtering i hjemmetjenesten?

I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende innenfor hjemmetjenesten?

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er i hovedsak hentet fra

- lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (ledelsesforskriften) og

¹ Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke.

Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner. Revisjonskriteriene er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere samsvar, avvik eller svakheter.

- veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Det er ikke utarbeidet revisjonskriterier til problemstilling 1. Kriteriene for problemstilling 2 og 3 framgår under hver problemstilling nedenfor og er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

1.6 Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Geir Kastet Dahle, med Kirsti Torbjørnson som oppdragsansvarlig.

For å vurdere rutiner og praksis i kommunen har vi gjennomgått sentrale dokumenter, lokale rutiner, statistikk fra avvikssystemet, innrapporterte risikovurderinger og møterefoter. Vi har intervjuet administrasjonen i Helse og omsorg, avdelingsledere og sykepleiere med utvidet fagansvar på de utvalgte avdelingene og representanter fra brukerorganisasjoner. Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte på de utvalgte avdelingene. 78 % har svart på undersøkelsen. I samråd med administrasjonen ble følgende tjenestesteder valgt som analyseområder:

- Torstrand,
- Hedrum,
- Midtbyen og
- Brunlanes.

For å vurdere hvordan avvik lukkes har vi gjennomført en stikkprøvekontroll i TQM. Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 3 til rapporten.

1.7 Høring

Rapporten er sendt på høring 22.05.19 og hørings svar er mottatt 04.06.19. Høringen har ført til enkelte rettelser i forhold til statistikkgrunnlag for tjenesten i kapittel 2. Dette har medført en mindre justering i konklusjon og sammendrag. Rådmannens høringsuttalelse ligger i vedlegg 1.

2 Ressursbruk i hjemmetjenesten

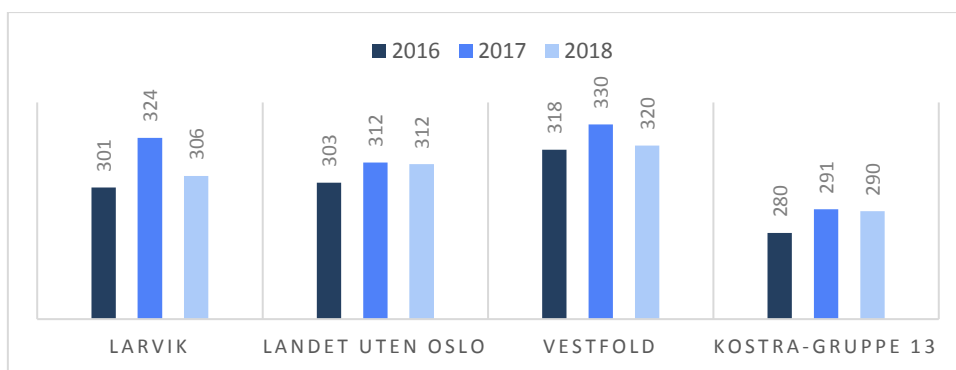
Hvordan er kommunens ressursbruk i hjemmetjenesten?

Hjemmetjenesten utgjør en stor del av omsorgstjenesten i norske kommuner og omfatter i hovedsak helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, herunder brukerstyrt personlig assistanse. I 2017 gikk omtrent 53 milliarder kroner i året til hjemmetjenester, noe som er omtrent halvparten av de totale utgiftene til pleie og omsorgstjenester. Hjemmetjenester er et voksende pleie- og omsorgsområde med økende etterspørsel og behov for tjenester som forlenger personers muligheter for å bo i egen bopel.

2.1 Kommunens ressursbruk – helse og omsorgstjenester

Tall fra Kostra ² viser at Larvik brukte i 2018 noen færre årsverk per innbygger til helse og omsorgstjenester enn landet uten Oslo og gjennomsnitt for Vestfold (306 mot 312/320), se figur 2. Sammenlignet med kommunegruppe 13 (290) var ressursbruken betydelig større.

Figur 2 Årsverk til helse og omsorg per 10 000 innbyggere, Kostra



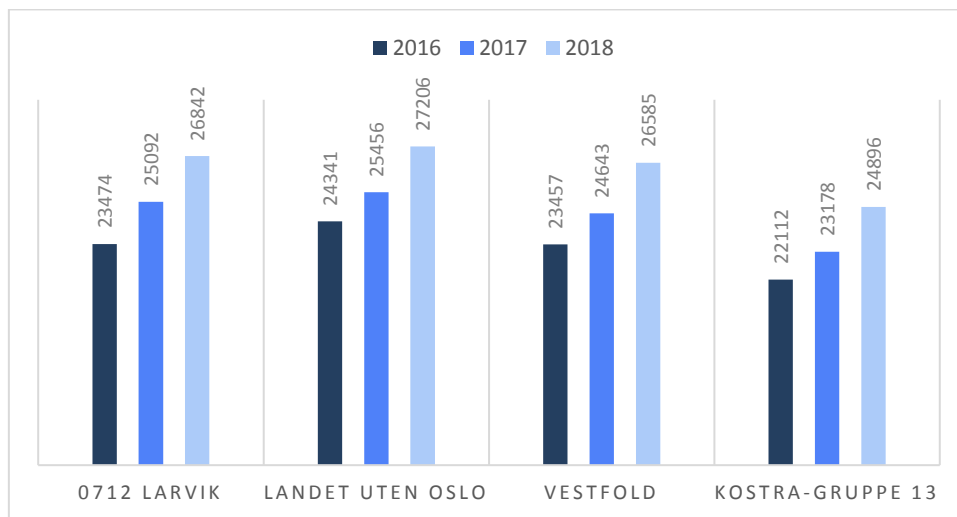
Larvik kommune har i perioden 2016 til 2018 også hatt en økning i utgifter til helse og omsorgstjenester per innbygger. I 2018 brukte kommunen 26 842 kr per innbygger på

² Kostra står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioritering og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner.

slike tjenester. Dette er omtrent på nivå med Vestfold og landet uten Oslo, men mer enn hva som var gjennomsnitt for kommunegruppe 13 (kr 24 896).

Figur 3 viser at kommunen har hatt en økning i utgifter til helse og omsorgstjenester i perioden 2016 til 2018.

Figur 3 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger, tall i tusen, Kostra.



2.2 Mottakere av hjemmetjenesten og tid brukt på brukerne

Per 01.12.18 hadde kommunen 1161 brukere av hjemmetjenesten³. Det har vært en svak økning i antall mottakere av hjemmetjenester fra 2017 til 2018.

I januar 2017 mottok 1098 innbyggere hjemmetjenester i kommunen og i desember 2018 var antall mottakere 1161. Totalt antall timer brukt på hjemmetjenester har i perioden økt fra 5 984 til 6 444.

I Kostra er det mulig å ta ut statistikk for andel mottakere av helsetjenester i hjemmet (kode 254⁴ i Kostra), se tabell 1. I Larvik mottar 4,2 % av befolkningen helsetjenester, Dette er lavere enn andre bykommuner som Porsgrunn, Arendal, Horten, Tønsberg og Kongsberg, men er høyere enn Skien og Kristiansand.

³ Inkludert praktisk bistand og rengjøring, fratrukket ergo/fysioterapi og hjelpemidler. Søbakken sykehjem, avdeling Kvelde og avdeling Lardal er ikke med i statistikkgrunnlaget.

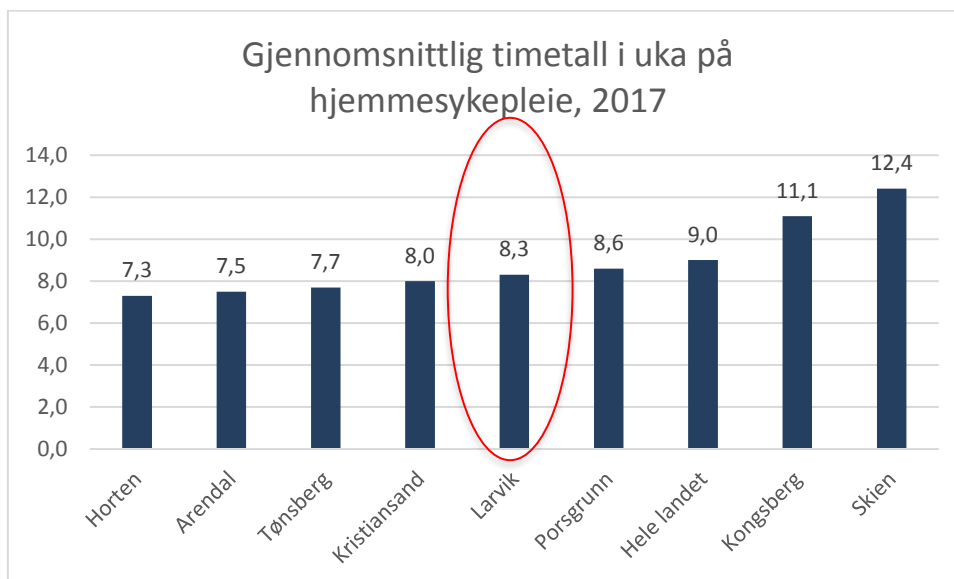
⁴ I Kostra defineres kode 254 som sykepleie, psykisk helsetjeneste, praktisk bistand og opplæring brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon og omsorgslønn.

Tabell 1 Andel av befolkning som mottar helsetjenester i hjemmet (kode 254), 2018, Kostra

Kommune	Andel av befolkning som mottar hjemmetjenester
Kongsberg	4,8 %
Tønsberg	2,8 %
Horten	7,7 %
Arendal	4,7 %
Porsgrunn	4,3 %
Larvik	4,2 %
Skien	3,6 %
Kristiansand	2,0 %

Vi har også sammenlignet hvor mange timer med hjemmesykepleie (kode 254) en bruker får i timer, noe som plasserer Larvik omtrent midt mellom de kommunene vi har valgt å sammenligne med, se figur 4.

Figur 4 Gjennomsnittlig timetall i uka på hjemmesykepleie (kode 254), 2017, Kostra



2.2.1 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, beløp per innbygger

Larvik kommune hadde i 2018 lavere utgifter til hjemmetjenesten enn Vestfold, kommunegruppe 13 og landet uten Oslo, se figur 5. Utgiftene (kode 254 i Kostra) er

lavere både hvis man regner andelen av de totale utgiftene i prosent og i beløp per innbygger.

Figur 5 Korrigerte brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, andel av totale utgifter og beløp per innbygger, 2018 Kostra

Kommune	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)
Larvik	15	Kr 9 780
Landet uten Oslo	16	Kr 11 012
Vestfold	17,5	Kr 11 023
KOSTRA-gruppe 13	16	Kr 10 179

Den største utgiftsposten i hjemmetjenesten er lønnsutgifter. Vi har sammenlignet utgiftene Larvik kommune har med Vestfold, kommunegruppe 13 og landet uten Oslo. Larvik har generelt lavere utgifter enn de andre kommunene, se figur 6.

Figur 6 Lønnsutgifter til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, andel av totale utgifter i % og beløp per innbygger, 2018, Kostra

Kommune	Andel av totale utgifter (prosent)	Beløp per innbygger (kr)
Larvik	18,8	Kr 9 145
Landet uten Oslo	20,5	Kr 10 267
Vestfold	22,1	Kr 10 426
KOSTRA-gruppe 13	20,3	Kr 9 469

2.3 Budsjett og forbruk

I 2018 brukte Hjemmetjenesten 216 millioner kroner på hjemmetjenester. Dette var 10 millioner kroner over revidert budsjett. I 2017 var totale utgifter på 206 millioner kroner. Da var merforbruket på 14 millioner kroner. I kommunens årsrapport for 2018 står det at merforbruket i 2018 skyldes lønn og kjøp av tjenester fra private.

Hjemmetjenesten har hatt en jevn økning i tjenesteomfang. I tillegg pekes det på at samhandlingsreformen har gitt stadig mere omfattende og komplekse oppgaver som utfordrer virksomheten på både kompetanse og ressurser.

2.4 Oppsummering

Per 01.12.18 hadde kommunen 1161 brukere av hjemmetjenesten. Omfanget av hjemmetjenester har økt noe siden januar 2017 til desember 2018 – både målt i antall pasienter og i antall timer brukt per pasient. Kommunen plasserer seg omtrent på gjennomsnittet av andre bykommuner i Vestfold, Buskerud og Telemark når det

gjelder andel mottakere av hjemmetjenester. Antall timer brukt på hjemmesykepleie er noe lavere enn landsgjennomsnittet.

Sammenlignet med Vestfold, kommunegruppe 13 og landet uten Oslo, har Larvik lavere brutto driftsutgifter og lønnsutgifter til hjemmeboende.

Hjemmetjenesten har både i 2017 og i 2018 hatt et merforbruk på 10-14 millioner kroner. Av årsrapport for 2018 fremgår det at merforbruket i 2018 skyldes lønn og kjøp av tjenester fra private.

3 Risikovurdering og avvikshåndtering

I hvilken grad arbeider Larvik kommune systematisk med risikovurderinger og avvikshåndtering i pleie- og omsorgstjenesten?

3.1 Rutiner for risikovurdering

Revisjonskriterium

- **Kommunen skal ha rutiner som beskriver hvordan risikovurdering skal gjennomføres og følges opp.**

3.1.1 Omtale av risikovurdering i kommunens styringsdokument for internkontroll

Fellesfunksjonen Sentral Stab og Støtte har laget et styringsdokument hvor internkontrollen beskrives, herunder risikovurdering. I dokumentet står det blant annet:

- Risikoelementer som er virksomhetsspesifikke skal registreres og vedlikeholdes av virksomhetsleder i samarbeid med kvalitetsnettverket.
- Mal for risikovurdering i TQM skal benyttes
- Det skal beregnes sannsynlighet og konsekvens for ulike risikoelementer.
- Risiko beregnes ved å multiplisere faktor for sannsynlighet med faktor for konsekvens.

I kommunens kvalitetsmelding for helse og omsorg for 2017 står det at implementering av modulen for risikovurdering i TQM er hovedfokus i 2018.

3.1.2 Rutiner for risikovurdering

Kommunen har utarbeidet rutiner for risikokartlegging/ risikovurdering. Rutinene er utarbeidet av fellesfunksjon Sentral stab og støtte og gjelder for hele kommunen. Rutinene er datert 09.05.18. Dokumentet beskriver ingen minstekrav til når eller hvor ofte det skal gjennomføres risikovurderinger.

Rutinen beskriver en arbeidsmetodikk som inkluderer to møter med ansatte. Etter møtene skal leder legge tekst inn i risikomodulen i TQM. Det presiseres at den som gjør dette skal ha egen opplæring på dette, eventuelt bistand i arbeidet. Leder skal deretter presentere en ferdig risikovurdering for ansatte.

3.1.3 Opplæring i risikovurdering

Avdelingslederne vi har snakket med opplyser at de høsten 2018 har fått opplæring i risikovurdering av kvalitetsrådgiver i Helse og omsorg. Opplæringen er gitt i forbindelse med ordinære ledermøter. Virksomhetsleder for hjemmetjenesten har muntlig informert avdelingslederne om at risikovurdering skal gjøres omtrent en gang i året.

3.1.4 Revisors vurdering av rutiner for risikovurdering

Kommunen har utarbeidet rutiner for gjennomføring av risikovurdering. Rutinene beskriver at TQM skal benyttes og hva slags metodikk avdelingslederne skal følge ved gjennomføring. Avdelingslederne har fått en gjennomgang av risikomodule i TQM.

3.2 Gjennomføring av risikovurdering

Revisjonskriterium

- **Kommunen skal gjøre risikovurdering systematisk og denne bør skje etter en kjent standard.**

3.2.1 Fakta om gjennomføring av risikovurdering

Risikovurdering på de ulike avdelingene

Avdelingslederne har ikke gjennomført risikovurdering på sine tjenestesteder. De opplyser at de heller ikke har fått signaler om at de skal starte dette arbeidet. På intervjudtidspunktet var det noe under et halvt år siden de hadde mottatt opplæring i risikovurdering.

Risikovurdering på enkeltområder i hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten har gjennomført risikovurderinger i TQM på syv enkeltområder.

Disse er gjennomført under ledelse av virksomhetsleder. Disse er:

- Pasient får ikke nødvendig helsehjelp/riktig tjeneste med personal med rett kompetanse
- Informasjon om pasient og nødvendig utstyr medfølger ikke ved overføring til avdeling
- Ny pasienter ivaretas ikke optimalt ved oppstart av tjeneste
- Henvendelse/vedtak (mangelfulle eller feilaktige opplysninger, pasient og pårørende får ikke tilstrekkelig informasjon, pasient får for omfattende vedtak sett i forhold til behov)

- Avslutning av tjenester blir ikke gjennomført i henhold til sjekklister, tjenester blir opprettholdt uten reelt behov.
- Vold og trusler om vold
- Risikovurdering i omgivelsene (brøyting, gatelys, mobildekning)

Risikovurderingene er gjort i 2018 og er gjentatt i 2019. Det er beregnet sannsynlighet og konsekvens på ulike områder, både før iverksetting av tiltak og eventuelt etter iverksatt tiltak. Vurderingene som er gjort i 2019 er mer fullstendig enn de som er gjort i 2018.

Hjemmetjenesten har også utarbeidet en risikovurdering av virksomhetens styringsdokumentasjon. Denne er datert 27.04.18 og er gjort før TQM ble kommunens verktøy for risikovurderinger. Dokumentet angir risiko, årsak og sannsynlighets- og konsekvensvurdering.

3.2.2 Revisors vurdering

Kommunen skal gjøre risikovurdering systematisk og denne bør skje etter en kjent standard.

Pleie og omsorg har risikovurdert ulike risikoområder og disse er gjort etter en kjent standard. Risikovurderingene er gjort i tråd med rutinene.

Det er ikke gjennomført risikovurderinger på de ulike avdelingene, men det er planlagt at dette skal bli gjort. Avdelingslederne har fått opplæring høsten 2018, men pågående omorganisering av hjemmetjenesten har tatt mye fokus første del av 2019.

3.3 Tiltak for å minimere risiko

Revisjonskriterium

- **Kommunen bør utarbeide planer for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko.**

3.3.1 Fakta om risikoreduserende tiltak

Risikotoleranse og grense for når tiltak bør iverksettes er omtalt i kommunens overordnede rammeverk for internkontroll. Det er benyttet grønn, gul og rød fargekode. Ved gul kode skal tiltak vurderes og ved rød fargekode skal tiltak alltid iverksettes.

Malen i TQM legger opp til at leder kan registrere tiltak inn under hvert risikoområde. Risikovurderingene som er gjort i 2019 inneholder planlagte og gjennomførte tiltak. Det fremkommer av loggen i TQM at tiltakene er lukket. I de undersøkte risikovurderingene har risiko blitt vurdert lavere som følge av iverksatt tiltak. Enkelte av risikovurderingene som er gjort i 2018 var mangelfulle i forhold til beskrivelse av tiltak og hvorvidt beskrevne tiltak var lukket.

Risikovurderingen av hjemmetjenestens styringsdokumentasjon er ikke laget i TQM. I denne risikovurderingen er det beregnet sannsynlighet og konsekvens med en samlet risikoscore til hvert risikoområde, og alle risikoområdene har forslag til tiltak. Ansvar og tidsfrister er ikke tatt med.

3.3.2 Revisors vurdering av tiltak for å minimere risiko

Kommunen bør utarbeide planer for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko.

Kommunen har gjennom TQM et system som legger opp til at virksomheter skal vurdere iverksetting av tiltak for å redusere risiko. Risikonivå skal vurderes både før og etter at tiltak er iverksatt. Hjemmetjenesten har benyttet dette systemet i risikovurderinger gjort i 2019.

4 Avvikshåndtering

4.1 System for registrering av avvik

Revisjonskriterium

- **Kommunen må ha system og rutiner for å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser.**

4.1.1 Fakta om system og rutiner for registrering av avvik

System for avviksregistrering

Kommunen har fra 2018 benyttet TQM som system for å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser. Helse og omsorg har benyttet systemet fra 2016. I TQM blir avvik registrert i hendelsesmodulen. Hendelser er å anse som et videre begrep enn avvik, da det også inkluderer forbedringsmeldinger, skade på personell og observasjoner som kan bli til avvik/ulykker. Alle avdelingslederne har tilgang til og blir varslet elektronisk hver gang et avvik registreres i TQM.

Det er utarbeidet en sjekklister/arbeidsliste for avdelingsledere i hjemmetjenesten. Her står ulike arbeidsoppgaver relatert til arbeid i flere datastyringsverktøy (Outlook, Profil, GAT, Agresso, Websak). Oppgaver relatert til arbeid i TQM er ikke omtalt.

Rutiner for registrering av avvik

Kommunen har utarbeidet en felles rutine for bruk av hendelsesmodulen i TQM. Rutinen er utarbeidet 04.10.18. I dokumentet står det at avviksbehandling skal iverksettes ved sikkerhetsbrudd og/eller når oppgaver utføres i strid med de prosedyrer/instruksjoner som gjelder. Alle ansatte og ledere skal registrere hendelser. Rutinen gir videre en teknisk beskrivelse av hvordan avvik skal registreres. Det er brukt bilder fra TQM som illustrerer hvordan man skal fylle ut feltene.

Ansatte må bruke enten stasjonære PCer/bærbare PCer når de skal logge inn i TQM. I følge avdelingslederne vi har intervjuet er praksis at ingen får lov til å begynne å jobbe før de har tilgang til TQM.

På de undersøkte avdelingene var det ifølge avdelingslederne tilstrekkelig antall PCer som ansatte kunne bruke for registrering av avvik.

I virksomhetsplanen for 2018 er det beskrevet delmål og tiltak under hvert hovedmål i pasientforløpet. Under målsettingen «Helhetlige og sømløse overføringer innad i

virksomheten» er et av tiltakene å implementere og bruke TQM aktivt. Dette skal følges opp med at ledere skal sjekke innlogging i TQM. Ansvar er lagt til avdelingene.

4.1.2 Revisors vurdering av system og rutiner for å registrere avvik Kommunen må ha system og rutiner for å registrere brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser.

Vi vurderer at kommunen gjennom TQM har et godt egnet system for å registrer brudd på helse- og omsorgstjenesteloven og andre uønskede hendelser. Kommunen har rutiner som beskriver hva et avvik er og hvordan et avvik skal registreres. Ut fra de opplysninger vi har fått har alle ansatte tilgang på registreringsverktøy.

4.2 Tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap

Revisjonskriterium

- **Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avviksregistrering.**

4.2.1 Fakta om tiltak for å sikre kunnskap - opplæring

Rollebeskrivelser i TQM

Hjemmetjenesten har utarbeidet en instruks med krav til medarbeidere i hjemmetjenesten. Dokumentet er datert 27.04.18. Dokumentet gjelder for ansatte og vikarer i hjemmetjenesten. I dokumentet står det blant annet at ansatt må forstå og bruke TQM, herunder innhente informasjon og melde hendelser.

Sykepleiere med utvidet fagansvar

I hjemmetjenesten har de fleste avdelinger valgt ut 2-3 sykepleiere som skal ha et utvidet fagansvar. Det er utarbeidet en oppgavebeskrivelse datert 27.04.18. Det fremgår av oppgavebeskrivelsen at sykepleiere med utvidet fagansvar er ressurspersoner i TQM og at man kontinuerlig skal oppfordre kollegaer til bruk av TQM. De skal også være pådrivere for internundervisning og jobbe med kompetanseheving i avdelingen. De har også ansvar for oppfølging av studenter/elever og E-læringskurs for ansatte. En av de undersøkte avdelingene har først i forbindelse med omorganiseringen i 2019 gitt en sykepleier et slikt ansvar. Fram til da har avdelingsleder ønsket at alle sykepleierne hadde en tilsvarende utvidet rolle.

Opplæring i TQM ved implementering i 2016

Ved implementering av TQM i 2016 ble det iverksatt et opplæringsprogram for alle ansatte i Helse og omsorg. Ansatte ble da gitt en teoretisk opplæring på omtrent to timer og praktisk opplæring av avdelingsleder eller sykepleier med utvidet fagansvar i etterkant. Det ble også iverksatt tiltak for deltidsansatte som kun jobber i helgene.

I følge virksomhetsleder ble det ført kontroll med at alle ansatte fikk opplæring. I forbindelse med opplæringen utarbeidet hjemmetjenesten et opplæringsbevis i TQM. Opplæringsbeviset skulle signeres av ansatt og avdelingsleder når opplæring var gjennomført, og deretter skannes inn i personalmappen. I dokumentet står det at avdelingsleder har ansvar for at alle ansatte får teoretisk og praktisk opplæring i TQM, og for å føre oversikt over opplæring av ansatte i avdelingen. Det var lagt opp til signering for gjennomført teoretisk opplæring i TQM, herunder hendelsesmodulen og signering for gjennomført praktisk del herunder bruk av hendelsesmodul (avviksregistrering). Avdelingslederne vi har intervjuet gir uttrykk for at nær alle ansatte fikk opplæring ved implementering av TQM i 2016.

Opprettelse av kvalitetsnettverk

I forbindelse med implementering av TQM i hele kommunen i 2018, ble det satt ned et kvalitetsnettverk. Virksomhetsleder beskriver dette som et arbeidsforum bestående av sentral kvalitetsrådgiver i Helse og omsorg og kvalitetsrådgivere i de ulike virksomhetsområdene. Kvalitetsnettverket møtes månedlig.

Opplæring for nyansatte i Larvik kommune

Alle nyansatte i kommunen skal gjennom et introduksjonsprogram kalt «onboarding». Dette er et kursopplegg som går over ett år, med kursopplegg hver måned. Kurset arrangeres av HR. I følge virksomhetsleder gis det informasjon om bruk av TQM i dette kurset. Alle nyansatte, også ledere, får et dokument hvor det skal krysses av etter hvert som de får informasjon på ulike områder. Et av områdene er bruk av TQM.

Nyansatt i hjemmetjenesten

Alle nyansatte i hjemmetjenesten får fem dager med opplæring før de begynner jobbe. I følge avdelingsleder ved Hedrum består to-tre dager av teoretisk opplæring hvor det blant annet gis opplæring i TQM. Sykepleier med utvidet fagansvar er ansvarlig for mye av denne opplæringen.

Hjemmetjenesten har utarbeidet et velkomstdokument for nyansatte på de ulike avdelingene. Et av informasjonspunktene omhandler bruk av TQM og at retningslinjer

og prosedyrer samt gjeldende lovverk er tilgjengelig der. Det står også at alle nyansatte må kjenne sitt ansvar, rettigheter og plikter som arbeidstaker.

Hjemmetjenesten har utarbeidet en sjekklister for vikarer. Et av temaene det skal signeres for er informasjon om avvikssystemet og viktigheten av å melde avvik knyttet til utført tjeneste, feil i legemiddelbehandling, dokumentasjon og rapportering.

I følge virksomhetsleder er det gitt muntlig beskjed til alle ansatte om at de bør bruke en av avdelingens PCer hver dag, blant annet logge inn på intranettet. Hun er klar over at ikke alle gjør det.

Kommunen har utarbeidet et skriftlig dokument kalt «*Introduksjonsprogram for sommervikarer og midlertidige ansatte*». I dette dokumentet er det et avsnitt om avvik og forbedringer, hvor det understrekes at dersom man oppdager avvik så skal dette meldes enten via systemet eller i papirform som man kan få på avdelingen.

Oppfølging av ansatte på avdelingene

Avdelingslederne sier at de regelmessig viser TQM på storskjerm enten på avdelingsmøter eller i lunsjpauser hvor man går gjennom registrerte avvik i TQM. Tanken er at dette både bidrar til økt kunnskap om bruk av TQM, samt at ansatte får ta del i kvalitetsforbedrende arbeid. Alle avdelingslederne tror de fleste har god kunnskap om bruk av TQM.

Det gis også en del opplæring av typen skulder til skulder. Ved de undersøkte avdelingene hadde fagsykepleierne en sentral rolle i dette arbeidet. Både avdelingslederne og fagsykepleierne sier i intervju at de har vært tydelige på at ansatte må ta kontakt om de trenger hjelp i forbindelse med registrering av avvik.

Vi har spurt de ansatte ved de fire avdelingene i hvilken grad de opplever at leder har gitt tydelige signaler på at alle faglige avvik skal registreres i TQM. 89 % av de ansatte svarer at leder i noen eller stor grad har gitt tydelige signaler. Ved en av avdelingene har imidlertid 1 av 3 svart at leder i liten grad har gitt slike signaler.

Prosjektet «Rå på rapportering»

Helse og omsorg har i 2018 gjennomført et prosjekt for alle ansatte kalt «Rå på rapportering». Målet er at ansatte skal bli mer bevisst rundt viktigheten av å dokumentere arbeidet og at mer blir registrert i pasientjournalen.

Ansattes vurdering av opplæringen

I spørreundersøkelsen har 7 % (5 personer) av svargiverne svart at de ikke har fått opplæring i bruk av TQM.

En av fem (13 personer) mener at opplæringen i mindre eller liten grad har vært tilstrekkelig for å gjøre de trygge i hvordan avvik skal registreres.

Ansattes vurdering av egen kompetanse

De ansatte ble i spørreundersøkelsen spurt om hvordan de vurderer sin egen trygghet på hvordan registrere avvik. Totalt svarer 79 % at de er ganske trygg eller svært trygg i hvordan man registrere et avvik i TQM. 21 % oppgir at de er mindre eller lite trygge på hvordan man skal registrer et avvik. Det er sprik mellom avdelingene for hvor trygge de ansatte er. Mens 44 % av svargiverne på Brunlanes svarer at de er lite eller mindre trygge er tilsvarende tall for Hedrum 7 %.

Vi har også spurt de ansatte i hvilken grad de føler seg trygge på hvorvidt observerte avvik skal registreres. 83 % har svart at er ganske eller svært trygg på hvorvidt et avvik skal registreres i TQM. 17 % er mindre eller lite trygg når de gjør denne vurderingen. De ansatte ved Hedrum og Midtbyen er mer trygge enn de ansatte ved Brunlanes og Torstrand.

Gruppen sykepleiere oppgir en klart større trygghet enn øvrige utdanningsgrupper. De som er mest utrygge i å gjøre slike vurderinger er representert både blant de som har jobbet kort tid og de som har jobbet lang tid i hjemmetjenesten. Ansattes stillingsstørrelse ser heller ikke ut til å ha stor påvirkning på hvor trygge ansatte er i hvorvidt et observert avvik skal registreres.

4.2.2 Revisors vurdering av tiltak - opplæring

Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avviksregistrering.

Larvik kommune har gjort flere grep som i stor grad sikrer at ansatte har fått opplæring i bruk av TQM, blant annet skal ingen begynne å jobbe i hjemmetjenesten før opplæring er gitt og bekreftet mottatt av ansatt.

Mange ansatte oppgir at de er trygge i vurderingen av hvorvidt et avvik skal registres og hvordan det skal registreres. Det er imidlertid forskjeller mellom avdelingene, noe

som kan medføre systematiske skjevheter på avdelingsnivå for hvorvidt avvik blir registrert eller ikke.

4.3 Registrering av avvik

Revisjonskriterium

- **Kommunen skal registrere avvik.**

4.3.1 Fakta om registrering av avvik

I følge tall hentet fra TQM er det store variasjoner i hvor mange avvik de fire avdelingene har registrert, se tabell 2. Mens Midtbyen har registrert 7,3 avvik per ansatt i 2018 har Brunlanes registrert 1,1 avvik per ansatt i 2018. Både Hedrum og Torstrand har registrert færre avvik i 2018 enn i 2017.

Andel alvorlige avvik er høyere for Midtbyen og Hedrum, og utgjør mer enn halvparten av avvikene. For Torstrand og Brunlanes med langt færre avvik, er andelen alvorlige avvik betydelig lavere.

Tabell 2 Antall registrerte avvik ved utvalgte avdelinger, 2017, 2018

Avdeling	Avvik 2017	Avvik 2018	Alvorlige avvik 2018	Antall avvik per ansatt, 2018	Antall årsverk
Midtbyen	138	166	111	7,3	22,8
Hedrum	117	95	52	4,2	22,8
Torstrand	45	35	11	2,3	15,5
Brunlanes	17	17	2	1,1	15,2

Alle avdelingslederne er klare på at avviksmeldingene først og fremst er relatert til legemiddelhåndtering. I følge virksomhetsleder kan eksempler på slike avvik være at det ikke er gitt legemidler, feil tidspunkt for når legemidler er gitt eller at det ikke er registrert at legemidler er gitt.

Lederes vurdering av praksis for avviksregistrering

Vi har spurt virksomhetsleder, avdelingsledere og sykepleiere med utvidet fagansvar om deres vurdering av hvor flinke ansatte er til å registrere avvik. Vi har bedt dem om å anslå hvor stor andel av avvikene som de tror blir registrert i TQM.

- På Hedrum anslår avdelingsleder og sykepleier med utvidet fagansvar at henholdsvis 85 % og 70 % av observerte avvik blir registrert i TQM.
- På Midtbyen anslår avdelingsleder at 60 % av observerte avvik registreres i TQM.
- På Brunlanes og Torstrand anslår avdelingslederne og fagsykepleierne med utvidet fagansvar at 20 % av observerte avvik blir registrert i TQM.
- Virksomhetsleder tror praksis varierer på de ulike avdelingene, men at alvorlige avvik blir registrert.

Avdelingsleder ved Brunlanes tror noe av grunnen til at få avvik registreres skyldes at de har gode rutiner for medikamenthåndtering, men også at ansatte har for lavt fokus på avvikshåndtering.

Ansattes vurdering av praksis for avviksregistrering

Vi har spurt de ansatte om de har registrert avvik i 2018. Omtrent 3 av 4 har registrert avvik i løpet av året. 37 % oppgir å ha registrert 1-2 avvik, 24 % har registrert 3-5 avvik 17 % har registrert 6-10 og 8 % har registrert flere avvik enn 10 i løpet av 2018.

Det er stort sprik mellom avdelingene for gruppen som ikke har registrert avvik. Ved Brunlanes og Torstrand har henholdsvis 63 % og 33 % ikke registrert avvik i 2018. Ved Midtbyen har alle ansatte i spørreundersøkelsen oppgitt at de har registrert avvik i 2018.

Ikke uventet har gruppen sykepleiere, ansatte i større stillingsbrøker og ansatte med lang fartstid registrert flere avvik enn øvrige grupper.

Mulige forklaringer på hvorfor avvik ikke blir registrert

De ansatte har tatt stilling til faktorer som kan forklare hvorfor avvik ikke blir registrert i TQM. Følgende påstander ble vurdert:

- Jeg rakk ikke registrere avviket og glemte det etterpå.
- Jeg håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det.
- Jeg var usikker på om det var et avvik så jeg unnlot å registrere det.
- Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen.

- Avviket var lite og jeg så det som unødvendig å registrere det.
- Den type avvik er meldt mange ganger før så jeg lot det være.
- Jeg hadde ikke tro på at å registrere avviket ville ført til varige tiltak som gjør at det ikke hadde skjedd igjen.

De forklaringsvariablene som gis mest vekt av de ansatte er at de ikke rakk og registrere og deretter glemte det og at de håndterte avviket med en gang og ikke så behov for å melde det. Oppsummert har vi funnet følgende:

- 20 % av de ansatte ved Torstrand svarer at de en del ganger/ofte ikke registrerte avvik fordi de ikke rakk å melde avvik og glemte det etterpå.
- 20 % av de ansatte ved Torstrand svarer at de en del ganger/ofte unnlot å melde avvik fordi de håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det.
- 13 % av de ansatte ved Brunlanes svarer at de en del ganger/ofte unnlot å registrere avvik fordi de var usikre på om det var et avvik.
- 13 % av de ansatte ved Brunlanes svarer at de en del ganger ofte unnlot å registrere avvik fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen.
- 25 % av de ansatte ved Brunlanes svarer at de en del ganger/ofte unnlot å registrere avvik fordi avviket var lite og de så det som unødvendig å registrere det.
- 13 % av de ansatte ved Brunlanes svarer at de en del ganger/ofte unnlot å registrere avvik fordi de ikke hadde tro på at det ville føre til varige tiltak.

Vedlegg 4 i rapporten gir en mer utførlig beskrivelse av hvorfor ansatte vurderer at avvik ikke blir registrert i TQM.

4.3.2 Revisors vurdering av praksis for registrering av avvik Kommunen skal registrere avvik

Det er sterke indikasjoner på at mange avvik som skulle vært registrert aldri blir registrert i avvikssystemet. Det er store sprik i hvor mange avvik som blir registrert ved de ulike avdelingene uten at det foreligger spesielle grunner for det.

Ved Brunlanes og Torstrand anslår avdelingslederne at kun 20 % av faktisk skjedde avvik blir registrert i TQM.

Gjennom spørreundersøkelsen har vi forsøkt å belyse noen mulige forklaringsfaktorer for hvorfor avvik ikke blir registrert. De forklaringsvariablene som gis mest vekt av de

ansatte er at de ikke rakk og registrere og deretter glemte det og at de håndterte avviket med en gang og ikke så behov for å melde det. Svarene fra ansatte kan indikere at det er kulturforskjeller i hvordan ansatte opplever både terskel for når man skal registrere et avvik og viktigheten av å registrere avvik.

4.4 Oppfølging av registrerte avvik

Revisjonskriterium

Kommunen må ha rutiner som sikrer at avvikene blir gjennomgått og som sikrer at kunnskap om avvik blir brukt til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Kommunen må håndtere registrerte avvik i tråd med gjeldende krav

4.4.1 Rutiner og tiltak for systematisk gjennomgang av registrerte avvik

Helse og omsorg har utarbeidet rutiner for håndtering av hendelser/avvik i TQM. Denne er datert 22.01.18. Dokumentet gir en beskrivelse av hvordan man som leder skal lukke et avvik og også mal for hvordan man eventuelt overfører et avvik til behandling i annen enhet i kommunen.

I rutinen står det at avdelingsleder skal ha fokus på forbedring og risikoreduksjon ved lukking av avviket. Leder kan også delegerer til en ansatt å utrede tiltak for å enten redusere sannsynlighet for nye tilsvarende hendelser eller redusere konsekvens av hendelsen. Rutinen beskriver også saksgang dersom hendelsen skal meldes til annen avdeling innenfor Pleie og omsorg og dersom hendelsen har betydning for flere avdelinger i hjemmetjenesten eller flere virksomheter i Helse og omsorg.

Ved ordinær saksgang skal ledere vurdere om avviket er riktig plassert med hensyn til hendelsestype, alvorlighetsgrad og prosess. Dersom det oppdages feil skal dette rettes. Leder skal ha fokus på forbedring og risikoreduksjon i arbeidet med lukking av avvik. Tidsfrist for utbedring er 30 dager, men fristen kan utvides.

I forbindelse med at hele kommunen har tatt i bruk TQM, har også kommunen sentralt ved Stab og støtte utarbeidet tilsvarende rutiner. Denne rutinen er fra desember 2018. Det to rutinene er relativt like, men i de sentrale rutinene står det at det ved alvorlige avvik skal leder normalt ta stilling til hvor sannsynlig det er at avviket skjer igjen og hvilken konsekvens avviket har for enten ansatte, tjenestemottaker, økonomi, omdømme og ytre miljø.

I følge virksomhetsleder har hun delegert til kvalitetsrådgiver å gjennomgå de to rutinebeskrivelsene for å sikre enhetlig og lik praksis. Fram til dette er gjort har

avdelingslederne fått beskjed om å forholde seg til Helse og omsorgs sine rutiner. Faren med å ha to sett rutiner er tatt opp i kvalitetsrådet 06.04.18. I referatet står det *«Lokale dokumenter må sjekkes ut i fht de sentrale som nå har kommet på plass. Fare for begrepsforvirring da prosessene på ulike områder har samme navn p.t. Dette må struktureres opp»*. Kvalitetsrådgiver for Helse og omsorg sammen med fellesfunksjonen i Helse og omsorg har fått ansvar for å følge opp dette.

Praksis for lukking av avvik

Avdelingslederne vi har intervjuet beskriver en ganske lik praksis for hvordan avvik håndteres etter at de er registrert inn i TQM. Avvikene håndteres de enten selv eller de delegerer til sykepleier med utvidet fagansvar å utrede mulige tiltak for å redusere risiko for nye tilsvarende avvik. Dersom avviket er relatert til en feil utført arbeidsoppgave, pleier avdelingslederne å ta opp hendelsen med vedkommende før eventuell lukking av avvik. Flere av avdelingslederne var opptatt av hvor mange feil en ansatt kan gjøre ved medisinhåndtering før man fratrukker den ansattes rett til å håndtere medisiner.

Ingen av avdelingslederne uttrykte vansker med å saksbehandle et registrert avvik i TQM. De er kjent med at det er 30 dagers lukkefrist på et avvik og hvordan man eventuelt kan utvide lukkefristen.

I følge avdelingslederne har de utviklet en praksis hvor de tar opp registrerte avvik i plenum, enten i forbindelse med en lunsjpause eller i forbindelse med et av de ukentlige avdelingsmøtene. De er klar over at de ikke når alle ansatte på denne måten, men over tid vil de fleste ansatte være med på slike seanser. Lederne uttrykker at et av målene med denne arbeidsmetodikken er å bedre kvaliteten på tjenestene, både ved at ansatte blir bevisst feil som blir gjort og for å diskutere tiltak for redusere risiko for framtidige feil/avvik. Alle avdelingslederne opplever at denne arbeidsmåten er nyttig. Faglig rådgiver for hjemmetjenesten synes dette er et godt tiltak for å bevisstgjøre ansatte på praksis og for å unngå at lederne lukker avvik på egenhånd.

En avdeling har nylig startet med bruk av forbedringstavler hvor forbedringstiltak skrives opp og er synlig for alle som er på jobb.

Stikkprøvekontroll for lukking av avvik

Vi har sammen med faglig rådgiver for hjemmetjenesten gjennomgått 23 tilfeldige avvik som er lukket i TQM. Vi har også sett noen eksempler på lukking av avvik når vi har hatt intervjuer med avdelingslederne. De fleste avvikene er relatert til medikamenthåndtering. Vi har funnet følgende feilregistreringer:

- Et av avvikene er trolig ikke et avvik.
- 4 avvik knyttet til medikamenthåndtering er gitt lav eller middels viktighet (skal være høy).
- I 17 avvik er fire ukers fristen for lukking ikke overholdt (Midtbyen har 14 og Hedrum har 3). I de fleste tilfellene er fristoverskridelsen på flere måneder. De fleste tiltakene går ut på å gjennomføre samtale med den som har forårsaket avviket og dialog med ansatte.
- I en del tilfeller er avvik lukket selv om teksten indikerer at tiltak ikke er gjennomført. Dette gjelder særlig ved feil medisinbruk og hvor tiltak skal være å drøfte avviket med ansatte.
- Mange av tiltakene som er oppgitt er ikke datofestet, og det fremgår ikke om de er gjennomført eller ikke.
- Sannsynlighet for at avvik gjentar seg eller hvilke konsekvenser avviket kan gi er ikke vurdert for noen av avvikene, slik de sentrale rutinene beskriver at man skal gjøre. Det er egen arkfane for dette i TQM.

Blant de avvikene vi har sett på kan vi trekke fram ett lukket avvik som illustrasjon. Avviket omhandlet rot i medisinutlevering til pasient fordi pårørende også hadde gitt medisin fra medisindepot. Avviket ble lukket uten at hendelsen hadde blitt drøftet med de pårørende, og uten at risiko for at tilsvarende feil skal skje igjen var vurdert.

Åpne avvik i TQM

Under intervjuene med de fire avdelingslederne undersøkte vi antall åpne avvik på de ulike avdelingene. Midtbyen hadde 48 åpne avvik, mens de øvrige avdelingene hadde ingen. Flere ga uttrykk for at de hadde «ryddet» i TQM i forkant av intervjuet. Avdelingsleder ved Midtbyen tror det er iverksatt tiltak for de fleste av avvikene, men at TQM ikke er oppdatert i forhold til dette.

I følge tall fra TQM var det ved utgangen av 2018, 121 registrerte avvik som ikke var lukket. Nær halvparten var alvorlige avvik, mens 4 % hadde lav alvorlighetsgrad. Av de fire avdelingene var det kun Midtbyen som hadde åpne avvik (41 stykk). Nær halvparten av de registrerte avvikene i hjemmetjenesten var fra oktober eller tidligere i 2018. De fleste avvikene var relatert til legemiddelhåndtering.

Oppfølging av avvik utenfor hjemmetjenesten

Oppfølging internt i Helse og omsorg

Det er ikke etablert rutiner eller praksis for at avdelingene skal rapportere på om avvik blir lukket, om tidsfrister overholdes og om det er iverksatt hensiktsmessige tiltak før avvik lukkes. I følge virksomhetsleder har hun gitt beskjed til avdelingslederne om at

hun vil ha muntlig beskjed dersom det skjer spesielle avvik. Hun opplever at praksis på dette er god.

På virksomhetens ledermøter blir lukking av avvik ofte tatt opp. Virksomhetsleder opplever at det fremdeles er sprik i hvordan dette arbeidet gjøres og hva slags forståelse avdelingslederne har av forbedringsarbeid. Hun opplever at det er en positiv utvikling på dette arbeidet. Møtearenaen blir også brukt til å ta opp aktuelle forbedringsforslag. Det er tilfeller hvor man har endret prosedyrer som følge av tiltak som er foreslått i avviksbehandlingen. Hun har også gjort endringer i virksomhetens planlegging som følge av avviksbehandlingen, eksempelvis knyttet til ressursbruk eller handlingsplaner.

Dersom avvik har betydning for flere avdelinger, skal virksomhetsleder involveres. I følge virksomhetsleder skjer dette regelmessig. Dette gjøres ved at avdelingsleder oppretter virksomhetsleder som saksbehandler i TQM. Denne praksisen er beskrevet i rutinene.

I følge kvalitetsrådgiver i Helse og omsorg er det en utfordring å sikre at avvik ikke bare lukkes, men at de også er gjenstand for tiltak som bidrar til å redusere risikoen for at tilsvarende avvik skjer igjen.

I følge faglig rådgiver i Hjemmetjenesten har man gjort og gjør fortsatt grep for å gjøre noe med avvikene relatert til medikamenthåndtering. Eksempelvis har en avdeling gjort et ekstraarbeid i å kartlegge avvikene som registreres for å se om noen generelle tiltak kan gjøre noe med kvaliteten. Et av tiltakene har vært å endre turnustider, slik at de harmonerer i større grad og gir bedre overlapp mellom arbeidsskiftene. Dette skal føre til at faren for kommunikasjonssvikt reduseres. Hun tror avvikene i mindre grad går på kompetanse hos de ansatte, men mer på at det slurves. Blant annet har hun forstått at en del ansatte lar i-Pad med beskrivelse av oppgaver ligge i bilen mens de er inne hos pasient. Man tester også ut ulike modeller for hvor detaljerte arbeidsbeskrivelsene for de ansatte bør være, ikke minst ved medikamenthåndtering.

Oppfølging av avvik i kvalitetsrådet

Kommunen har i 2018 opprettet et kvalitetsråd for Helse og omsorg. Dette erstatter et tidligere kvalitetsråd som ikke hadde brukerrepresentasjon. Det er utarbeidet et skriftlig mandat hvor det blant annet fremgår at:

- kvalitetsrådet er øverste organ for kvalitetsledelse, kvalitetsforbedring, styring og risikoreduksjon i tjenesteområde helse og omsorg,

- kvalitetsrådet skal sikre at aktiviteter for tjenesteområdet helse og omsorg planlegges, organiseres, styres og forbedres på en måte som understøtter tjenesteområdets overordnede mål.

En av funksjonene kvalitetsrådet skal ha er å være et forum for refleksjon og diskusjon knyttet til kvalitet i tjenestene.

Det ble avholdt tre møter i kvalitetsrådet i 2018. Det er skrevet referat fra to av møtene. Det fremkommer ikke av referatene at kvalitetsrådet har hatt gjennomgang av kommunens avvik. I følge kvalitetsrådgiver for Helse og omsorg er det ikke meningen at man skal ta opp alle avvik, men at enkeltavvik som kan ha interesse på tvers av virksomhetsområdene blir tatt opp. Administrasjonen rapporterer ikke avviksstatistikk til kvalitetsrådet.

4.4.2 Revisors vurdering av kommunens oppfølging av avvik

Kommunen må ha rutiner som sikrer at avvikene blir gjennomgått og at kunnskap om avvik blir brukt til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Kommunen har to sett med rutiner, ett utviklet av Helse og omsorg og ett utviklet av Stab og støtte. Helse og omsorg har tidlig i 2018 sett at det bør gjøres grep for å unngå misforståelser i forhold til hvilke rutiner som gjelder for avdelingslederne i hjemmetjenesten. Dette er per mars 2019 ikke rettet opp i noe vi vurderer som utilfredsstillende. En konsekvens av dette er at hjemmetjenesten ikke beregner sannsynlighet og konsekvens av alvorlige avvik lik det resten av kommunen skal gjøre.

Det er ikke beskrevet hvordan man kan bruke kunnskap fra avviksarbeidet til kontinuerlig forbedring av virksomheten, som eksempelvis hvordan ansatte skal involveres eller hvordan man jevnlig bør evaluere arbeidet med håndtering av avvik.

Kommunen må håndtere registrerte avvik i tråd med gjeldende krav

Kommunen har ikke sikret at registrerte avvik håndteres i tråd med gjeldende krav. Mange avvik blir ikke lukket innen fristen på tre måneder, og fristbruddene er i mange saker på flere måneder. I mange av disse sakene er det skissert enkle tiltak som ikke krever særlig tid. I tillegg har vi sett flere avvik relatert til medikamenthåndtering som registreres med lav alvorlighet til tross for at slik avvik skal registreres med høy alvorlighetsgrad. Hjemmetjenesten har også lukket en del avvik til tross for at tiltak ikke er iverksatt, i andre tilfeller fremgår det ikke om tiltak er iverksatt eller ikke.

Det er positivt at avvik diskuteres på avdelingsledermøter og at det forsøkes ulike tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av gjentakende avvik i forhold til medikamenthåndtering. Vi har imidlertid ikke sett at dette gjøres systematisk. Blant annet er det ingen rutiner eller praksis som sikrer at avvikshåndteringen blir fulgt opp, f.eks. frister for lukking av avvik og hvorvidt tiltak etableres og gjennomføres før avvik lukkes.

Vi vurderer at kvalitetsrådet ut i fra mandatet i større grad burde vært underrettet om trender i registrering og håndtering av avvik.

5 Erfaring fra brukere og pårørende

I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende i hjemmetjenesten?

Revisjonskriterium

- **Kommunen må ha et system for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende og bruke dette i kvalitetsforbedrende arbeid.**

5.1 Rutiner for brukermedvirkning og samhandling

Hjemmetjenesten har utarbeidet et rutinedokument for brukermedvirkning og samhandling. Dokumentet er fra 31.12.16. Hensikten med rutinen beskrives som å ivareta målsetting, planlegging og oppfølging av tjenesten i samarbeid med pasient, eventuelt pårørende og andre aktuelle samarbeidsparter med fokus på egenmestring. Dokumentet beskriver både dialogaktiviteter som er egnet til å bedre tilbudet til den enkelte pasient og mer formaliserte dialogaktiviteter som er mer egnet til å bedre virksomhetens tilbud. Av sistnevnte formål er følgende aktiviteter omtalt i rutinen:

- Brukerdeltakelse skal sikres gjennom
 - utviklingsarbeid og aktuelle råd og
 - ved bruk av brukerpanel.
- Brukerundersøkelser skal gjennomføres hvert andre år.

Vi har undersøkt hvordan hjemmetjenesten har fulgt opp disse tiltakene og hvorvidt tiltakene blir brukt som virkemidler i det kvalitetsforbedrende arbeidet.

5.2 Brukermedvirkning i praksis

5.2.1 Kvalitetsråd Helse og omsorg

Kommunen har opprettet et kvalitetsråd hvor brukerorganisasjoner er representert, se avsnitt 4.4.1 for mer informasjon. Alle virksomhetene kan melde inn saker de mener kan være relevante å løfte til et høyere nivå, herunder tilsynssaker, avvik med felles læringsfokus, resultater fra internrevisjon, klagesaker og samhandlingsavvik. Brukermedvirkning står som et eget kulepunkt i møtenes faste agenda.

Medlemmer er kommunalsjef, virksomhetsledere, kommuneoverlege, avdelingsleder koordinerende enhet og tildeling, avdelingsleder fellesfunksjoner,

brukerrepresentasjon gjennom eldrerådet og rådet for funksjonshemmede og kvalitetsrådgiver. Kvalitetsrådgiver har ansvaret for å kalle inn til møte hvert kvartal.

Sakslistene og referater samt eventuelle vedlegg lagres elektronisk i kommunens mappestruktur.

Gjennomførte møter i kvalitetsrådet

Det er i 2018 gjennomført tre møter i kvalitetsrådet. Det er skrevet referat fra to av møtene. I 2019 fram til mars er det avholdt ett møte. Det er skrevet referat fra møtet. Det framgår av referatene at begge brukerrepresentantene har deltatt i alle møtene.

Noen temaer som har vært drøftet i møtene har vært:

- gjennomgang av kvalitetsmelding for helse og omsorg 2017⁵ og mottak av innspill som går videre til politisk behandling,
- gjennomgang av tilsynssaker, risikovurderinger og prosedyrer og
- status for bruk av TQM.

I følge virksomhetsleder for hjemmetjenesten har virksomheten vurdert å etablere et brukerråd i hjemmetjenesten. Hun tror dette er en ordning som fungerer bedre på et sykehjem enn i hjemmetjenesten. De har derfor valgt å ikke etablere en slik ordning.

Brukerrepresentantene fra funksjonshemmedes fellesorganisasjon og eldrerådet har deltatt i de tre omtalte møtene og er noe delt i synet på i hvilken grad de opplever reell brukermedvirkning. En av representantene er godt fornøyd og opplever at de har gode muligheter for å komme med spørsmål og få svar fra administrasjonen. Den andre brukerrepresentanten er mindre fornøyd og mener mer de burde hatt større påvirkning på hva som er agenda på møtene og at de i større grad burde vært tatt med i forkant av eventuelle prosesser som kommunen skal gjennomføre. I følge brukerrepresentantene er det planlagt at de fremover skal få komme med innspill til agendaen for møtene og ikke bare få mulighet til å ta opp saker under *eventuelt*. Den ene representanten opplever også at mange saker i stor grad er ferdig bearbeidet i forkant av møtet.

⁵ Kvalitetsmelding 2017 er et dokument som summerer opp kommunens arbeid for å sikre kvalitet i tjenestoområdet. I meldinga er blant annet utdrag fra brukerundersøkelsen, statistikk fra TQM, eksterne tilsyn og klager omtalt.

5.2.2 Annet utviklingsarbeid

I følge virksomhetsleder hadde de en dialogprosess med brukerorganisasjonene når de utarbeidet ny helse- og omsorgsplan.

«Hva er viktig for deg dagen»

En internasjonal merkedag er «Hva er viktig for deg dagen». Denne arrangeres 6. juni hvert år. Larvik kommune deltok i dette tiltaket i 2018. På Twitter har kommunen skrevet at avdelingene har fått en liste med tips for refleksjon og dialog. I referat fra kvalitetsrådet 12.06.18 står det at dagen ble gjennomført i noen avdelinger, men at det var for lite fokus totalt sett. I referatet fra møtet er det flere refleksjoner rundt at få avdelinger deltok i tiltaket. Det er ikke satt noen konkrete tiltak for hvordan øke bredden på tiltaket eller ansvarlige til å jobbe med dette.

Forbedringstavler

På Hedrum har de begynt å ta i bruk forbedringstavler. I følge avdelingsleder blir forbedringsforslag fra pasient og pårørende synliggjort på tavlen. På intervjudtidspunkt hadde ordningen vært i bruk kun kort tid, men avdelingsleder var fornøyd med tiltaket så langt. De andre avdelingene har ikke forbedringstavler.

Rutiner for endring i tjenestebehov eller nytt tjenestebehov

Hjemmetjenesten har utarbeidet et dokument som beskriver tiltak ved nye og/eller endrede behov for pasienter. I dokumentet står det at ansatte må vurdere pasientens tilstand, dokumentere utførte tjenester og avvik fra tiltaksplanen og endre tiltaksplan og iverksette nødvendige tiltak på bakgrunn av faglige vurderinger. Dokumentet gir ingen beskrivelser av å innhente tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende på hvordan de opplever tjenestene de mottar. Dokumentet er fra 19.10.18.

5.2.3 Brukerpanel

Larvik kommune har brukt brukerpanel som metodeverktøy i flere sammenhenger. I en rapporten kommunen har utarbeidet om brukerpanel som verktøy⁶ defineres brukerpanel som «*et møte der en utvalgt gruppe brukere formidler sine behov og erfaringer med tjenesteyting til representanter fro dem som driver tjenestene*».

⁶ <https://www.regieringen.no/contentassets/d93a2d71b4ae49a4a4a200cf95e7ed9d/brukerpanel-larvik-kommune.pdf>

I hjemmetjenesten er ordningen kun brukt i 2016. Både pasienter, pårørende og representanter fra brukerorganisasjoner var invitert til å delta. Kommunen benyttet eget informasjonsmateriell som ble sendt ut til brukerne i forkant av at panelet ble satt ned.

Totalt deltok omtrent 10 personer, kun en av deltakerne var pasient i hjemmetjenesten. Målet var å få innspill til omorganiseringsprosessen i 2016. De to brukerrepresentantene for funksjonshemmedes fellesorganisasjon og eldrerådet deltok i panelet. En av dem mener at tiltaket hadde mindre nytte, da for få deltok. Ingen av de kan huske å ha mottatt en skriftlig oppsummering av resultatene i etterkant og de har heller ikke deltatt i tiltak for å evaluere tiltaket. Vi har spurt administrasjonen om dokumentasjon på gjennomføringen og innspillene, men har ikke mottatt det.

Leder for hjemmetjenesten er usikker på om brukerpanel er en god arena for å sikre brukermedvirkning. Hun tror at pasientenes helse ofte kan være en barriere for deltakelse.

5.2.4 Brukerundersøkelser

Kommunen har rutiner som beskriver at brukerundersøkelser skal gjøres annet hvert år. I november/desember 2017 gjennomførte helse og omsorg en brukerundersøkelse for pasienter og pårørende. Kommuneforlagets spørreundersøkelser på nettstedet www.bedrekommune.no ble benyttet. Tilsvarende undersøkelse ble også gjennomført i 2015.

I 2017 svarte 199 personer på spørreundersøkelsen i hjemmetjenesten. Noen av spørsmålene gir informasjon om hvordan pasientene opplever egne muligheter for å påvirke tjenestene. Blant annet har:

- 20 % svart at de er uenige i at de får være med å bestemme hvilken hjelp de skal motta,
- 32 % svart at de er uenige i at de får være med å bestemme når de skal få hjelp,
- 17 % har svart at de er uenige i at de får være med å bestemme hvordan hjelpen skal utføres,
- 25 % har svart at de er uenige i at de får være med når det utarbeides planer som angår en, eksempelvis tiltaksplan eller individuell plan og
- 21 % er uenige i at de er kjent med hvordan de skal gå fram hvis de har noe å klage på.

Virksomhetsleder er mindre fornøyd med undersøkelsesverktøyet og synes den gir få svar for kommunen. Det har også vært vanskelig å få god nok brukerdeltakelse. I 2017 var svarandelen 43 %. Det er planlagt ny brukerundersøkelse i 2019, men det vurderes andre alternative undersøkelsesmodeller.

Brukerrepresentantene fra funksjonshemmedes fellesorganisasjon og eldrerådet var mindre fornøyd med gjennomføringen av brukerundersøkelsen. Svarprosenten var lav og mange av spørsmålene ble oppfattet som mindre relevante. Den ene representanten tror spørsmålstillingene er medvirkende til at få svarte på undersøkelsen. Kun en av brukerrepresentantene fikk resultater av undersøkelsen tilsendt i etterkant.

5.2.5 Revisors vurdering

- **Kommunen må ha et system for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende og bruke dette i kvalitetsforbedrende arbeid.**

Kommunen har etablert rutiner for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende. Omfanget av erfaringsinnhenting er imidlertid ikke stort. Vi vil blant annet påpeke:

- Brukerpanel er kun brukt i 2017, og da med lav deltagelse fra pasienter som mottar hjemmetjenester. Kommunen har ikke dokumentert hvordan innspill fra brukerpanel er tatt i bruk i hjemmetjenesten.
- Kun eldrerådet og funksjonshemmedes fellesorganisasjon er representert i kvalitetsrådet for Helse og omsorg. Det er ikke etablert mer fagspesifikke råd nærmere hjemmetjenesten.
- Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2017 hadde lav svarprosent og virksomhetsleder og brukerrepresentantene var mindre fornøyd med spørsmålene som ble stilt.

6 Konklusjoner og anbefalinger

6.1 Konklusjoner

Hvordan er kommunens ressursbruk i hjemmetjenesten?

Per 01.12.18 hadde kommunen 1161 brukere av hjemmetjenesten. Omfanget av hjemmetjenester har økt noe siden januar 2017 til desember 2018 – både målt i antall pasienter og i antall timer brukt per pasient. Kommunen plasserer seg omtrent på gjennomsnittet av andre bykommuner i Vestfold, Buskerud og Telemark når det gjelder andel mottakere av hjemmetjenester. Antall timer brukt på hjemmesykepleie er noe lavere enn landsgjennomsnittet.

Sammenlignet med Vestfold, kommunegruppe 13 og landet uten Oslo, har Larvik lavere brutto driftsutgifter og lønnsutgifter til hjemmeboende.

Hjemmetjenesten har både i 2017 og i 2018 hatt et merforbruk på 10-14 millioner kroner. Av årsrapport for 2018 fremgår det at merforbruket i 2018 skyldes lønn og kjøp av tjenester fra private.

I hvilken grad arbeider Larvik kommune systematisk med risikovurderinger og avvikshåndtering i hjemmetjenesten?

Risikovurdering

Larvik kommune arbeider i stor grad systematisk med risikovurderinger i hjemmetjenesten.

De har rutiner og verktøy for å gjennomføre risikovurderinger av tjenestekvalitet og det er utarbeidet risikovurderinger på utvalgte risikoområder i samsvar med rutinene.

Avvikshåndtering

Larvik kommune har rutiner og system for å jobbe med avvikshåndtering, men disse følges dårlig opp i praksis.

Vi har indikasjoner på at opplæringen og kulturbyggingen trolig ikke har vært tilstrekkelig for å sikre god praksis når det gjelder registrering av avvik.

Det er sterke indikasjoner på at mange avvik som skulle vært registrert aldri blir registrert i avvikssystemet. Det er store sprik i hvor mange avvik som blir registrert ved de ulike avdelingene uten at det foreligger spesielle grunner for det. Ved enkelte avdelinger anslår avdelingslederne at kun 20 % av faktisk skjedde avvik blir registrert i TQM.

De viktigste forklaringer fra ansatte er at de ikke rakk å registrere avviket og deretter glemte det, og at de håndterte avviket med en gang og ikke så behov for å melde det. Svarene kan indikere at det er kulturforskjeller og forskjeller i forståelse hos ansatte både når det gjelder formålet med å registrere avvik og terskelen for å registrere avvik.

Rutinene beskriver ikke hvordan man kan bruke kunnskap fra avviksarbeidet til kontinuerlig forbedring av virksomheten, som eksempelvis hvordan ansatte skal involveres eller hvordan man jevnlig bør evaluere arbeidet med håndtering av avvik.

Kommunen har ikke sikret at registrerte avvik håndteres i tråd med gjeldende krav. Mange avvik blir ikke lukket innen fristen på tre måneder og fristbruddene er i mange saker på flere måneder. I tillegg har vi sett flere avvik relatert til medikamenthåndtering som registreres med lav alvorlighet til tross for at slik avvik skal registreres med høy alvorlighetsgrad. Hjemmetjenesten har også lukket en del avvik til tross for at tiltak ikke er iverksatt, i andre tilfeller fremgår det ikke om tiltak er iverksatt eller ikke.

Kommunen bør vurdere om det er en sammenheng mellom manglende oppfølging av registrerte avvik og hva slags kultur for avviksregistrering det er på det enkelte tjenestested.

Det er positivt at avvik diskuteres på avdelingsledermøter og at det forsøkes ulike tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av gjentagende avvik innenfor medikamenthåndtering. Vi har imidlertid ikke sett at dette arbeidet gjøres systematisk. Blant annet er det ingen tiltak som sikrer at avdelingsledernes avvikhåndtering blir fulgt opp.

I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende i hjemmetjenesten?

Kommunen har etablert rutiner for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende. Omfanget av erfaringsinnhenting er imidlertid ikke stort. Vi vil blant annet påpeke:

- Brukerpanel er kun brukt i 2017, og da med lav deltakelse fra pasienter som mottar hjemmetjenester. Kommunen har ikke dokumentert hvordan innspill fra brukerpanel er tatt i bruk i hjemmetjenesten.
- Kun eldrerådet og funksjonshemmedes fellesorganisasjon er representert i kvalitetsrådet for Helse og omsorg. Det er ikke etablert mer fagspesifikke råd nærmere hjemmetjenesten.
- Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2017 hadde lav svarprosent og virksomhetsleder og brukerrepresentantene var mindre fornøyd med spørsmålene som ble stilt.

6.2 Anbefalinger

Vi mener at Larvik kommune bør:

- sørge for at alle registrerte avvik håndteres i tråd med rutiner og at de lukkes innen tidsfrist
- vurdere å iverksette flere opplærings- og holdningsskapende tiltak for å bedre praksis for avviksregistrering i hjemmetjenesten
- vurdere om det er sammenheng mellom manglende oppfølging av registrerte avvik og kultur for avviksregistrering på det enkelte tjenestested, og eventuelt iverksette tiltak
- vurdere om hjemmetjenesten innhenter og gjør bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende i tilstrekkelig omfang

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Forskrift 15. juni 2004 nr. 905 om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.
- Lov 17. juni 2005 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Offentlige dokument

- Ot.prp. nr.70 (2002-2003) om kommuner og fylkeskommuner
- Ot.prp. nr. 91 L (2010-2011) om kommunale helse- og omsorgstjenester
- «Rådmannens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus?» KS 2015
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620) Helsedirektoratet 2017

Tabelloversikt

Tabell 1 Andel av befolkning som mottar helsetjenester i hjemmet (kode 254), 2018, Kostra.....	12
Tabell 2 Antall registrerte avvik ved utvalgte avdelinger, 2017, 2018.....	24

Figuroversikt

Figur 1 Organisasjonskart for hjemmetjenesten, Larvik kommune.....	7
Figur 2 Årsverk til helse og omsorg per 10 000 innbyggere, Kostra.....	10
Figur 3 Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger, tall i tusen, Kostra.....	11
Figur 4 Gjennomsnittlig timetall i uka på hjemmesykepleie (kode 254), 2017, Kostra .	12
Figur 5 Korrigerte brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, andel av totale utgifter og beløp per innbygger, 2018 Kostra	13
Figur 6 Lønnsutgifter til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, andel av totale utgifter i % og beløp per innbygger, 2018, Kostra.....	13

Figur 7 Andel ansatte som svarer at de <i>en del ganger/ofte</i> ikke meldte avvik fordi de ikke rakk å melde avvik og som glemte det etterpå, N=71	54
Figur 8 Andel ansatte som <i>en del ganger/ofte</i> unnlot å melde avvik fordi de håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det, N=71.....	55
Figur 9 Andel ansatte som svarer at de <i>en del ganger/ofte</i> unnlot å registrere avvik fordi de var usikre på om det var et avvik, N = 71	55
Figur 10 Andel ansatte som <i>en del ganger/ofte</i> unnlot å registrere avvik fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen, N=71	56
Figur 11 Andel ansatte som <i>en del ganger/ofte</i> unnlot å registrere avviket fordi avviket var lite og de så det som unødvendig å registrere det, N=71	57
Figur 12 Andel ansatte som <i>en del ganger/ofte</i> unnlot å registrere avviket fordi typen avvik er meldt mange ganger før, n=71	57
Figur 13 Andel ansatte som <i>en del ganger/ofte</i> unnlot å registrere avvik fordi de ikke hadde tro på at det ført til varige tiltak, N =71	58

Vedlegg

Vedlegg 1: Høringsuttalelse fra kommunen

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Vedlegg 4: Årsaker til at avvik ikke blir registrert

Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse



**Larvik
kommune**

Telemark Kommunerevisjon IKS

Postboks 2805
3702 SKIEN

Hebe og Omsorg
Fellesfunksjon Hebe og omsorg

Saksbehandler	Guro Witrovold
Deres ref.	
Vår ref.	19/58299
Arkiv	19/5230
Vår dato	04.06.2019
Deres dato	22.05.2019

Høring - forvaltningsrevisjonsrapport om hjemmetjenesten

Kommunen imøtser alle revisjoner som positive bidrag til å forbedre kvaliteten på tjenestene. Denne forvaltningsrevisjonen peker også på noen utviklingsområder for virksomhet hjemmetjenester.

Rådmannen vil bemerke at dette er en stor og kompleks virksomhet i kommunen. Det gjennomføres flere hundretusen hjemmebesøk til de over 1100 mottakere hvert år. Tjenestene er individuelle, intime, enkeltvedtaksbasert og de ansatte møter ofte brukerne når livet er vanskelig det er behov for hjelp.

Som rapporten dokumenterer er det et høyt antall ansatte i tjenesten og den er preget av av kompleksitet både i brukergruppen og tjenesteytingen. Tjenestene skal være preget av god kommunikasjon og nær menneskelig kontakt. Å ha et godt dokumentasjon og avvikshåndteringsystem er helt nødvendig men skal håndteres i en travelt hverdag i en presset tjeneste.

Rådmannen merker seg noen forskjeller i kultur og resultater på dette område mellom avdelingene. Dette vil bli lagt til grunn for det videre arbeidet med kvalitetsforbedring i sektoren.

Det er noen tall i rapporten kan framstå utydelig. Det brukes det tall og statistikker fra forskjellige kilder og på forskjellige områder, noe som lett kan gi et uklart bilde av tjenestene og ressursbruken i virksomhet hjemmetjenester. Rådmannen vil kommentere på følgende:

Det refereres til interne tall/statistikk antall brukere i hjemmetjenesten. Disse tallene er hentet fra tjenesten egne registreringer. De er ikke helhetlig for hjemmetjenesten i Larvik kommune, da avdelingene i virksomhet sykehjem; - avdeling Kvelde og avdeling Lardal ikke er inne i disse tallene. Konklusjonen om at sammenligningen med Lardal påvirker disse tallene er feil. Sammenligningen påvirker derimot Kostra tall 2018.

I Figur 4 benyttes også Kostra 234, og det er viktig at det opplyses/forstås at disse tallene omfatter flere områder i helse og omsorg ikke bare virksomhet hjemmetjeneste (samme som fotnote 4 s. 11.)

Avvikshåndtering:

Rådmannen vil bemerke at resultater fra spørreundersøkelsen viser et interessant bilde av ansattes trygghet knyttet til avvikshåndtering. 79% av de spurte oppgir at de er ganske eller svært trygge på

Fellesfunksjon Helse og
omsorg
Postboks 2020
3255 Larvik

Besøksadresse:
Grevevælen 16, Larvik

Telefon 33 17 10 00
postmottak@larvik.kommune.no
Org.nr.: 918 082 956

hvordan man registrerer avvik, og 83% har svart at de er ganske eller svært trygge på hvorvidt et avvik skal registreres i TQM. Dette kan også tolkes som et godt resultat med høy bevissthet og trygghet for denne viktige delen av kvalitetsutviklingen i tjenesten.

Virksomheten leverte totalt 2214 hendelser i TQM i 2018. Sammenlignet med 2017 var tilsvarende tall 1312. Dette viser at tjenesten er i kontinuerlig forbedring og utvikling.

Virksomhet hjemmetjenester har det siste halvåret gjennomført omstillinger og tilpasninger.

Avdelingsledere har det siste halvår hatt stort fokus på oppgaver knyttet til dette, noe som har påvirket fokus og oppfølging av implementering- og utviklingsarbeid på andre områder. Rådmannen registrerer at virksomheten har fortsatt har et stykke igjen for å utøve en effektiv forbedrings sirkel som eies og etterleves i alle ledd. Virksomhetsplanen har tiltak knyttet til forbedringskultur, opplæring og oppfølging TQM som målområder.

Opplærings og forbedringskultur blir ikke god nok før alle er med og kan – og det betyr igjen at dette er et kontinuerlig arbeid som man aldri kan si seg fornøyd med. Rapporten viser også at det er forskjeller mellom avdelingene. Dette vil bli implementert i det videre forbedringsarbeidet.

Brukermedvirkning;- det legges plan for tiltak både i HO og i virksomheten. Rådmannen er nå i dialog med brukerorganisasjonene for å legge til rette for mer aktiv brukermedvirkning i sektoren.

Det er riktig som rapporten påpeker at risikovurderinger i avdelingene kun gjennomføres opp mot den enkelte pasient. Hjemmetjenestens øvrige risikovurderinger opp mot styringsystemer er felles for alle avdelingene og gjennomføres i forhold til pasientflyt som omfatter flere avdelinger. Det er derfor ikke vurdert som hensiktsmessig å ha egne risikovurderinger i hver avdeling. Rådmannen vil vurdere dette på nytt på bakgrunn av rapporten.

Med hilsen
Guro Winsvold
Kommunalsjef Helse og omsorg
33 17 10 00

Dette dokumentet er ekspedert uten manuell signatur

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

I hvilken grad arbeider Larvik kommune systematisk med risikovurderinger og avvikshåndtering i hjemmetjenesten?

Om risikovurdering

Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Lovens formål er blant annet å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud.

Kommunen har etter § 3-1 plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Kvalitetsbegrepet er ikke definert i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette er grunnlagt med at det er vanskelig å entydig definere begrepet kvalitet med få ord, og at forståelsen av hva som ligger i kvalitetsbegrepet endrer seg over tid. Helse- og omsorgstjenester som ytes etter loven skal være *forsvarlige*, jf. § 4-1. Bestemmelsen pålegger kommunen å tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og,
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

I følge Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kan kvalitet være en dimensjon av forsvarlighetskravet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 krever at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Oppgaven er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (ledelsesforskriften).

Ledelsesforskriften § 6 beskriver innholdet i plikten til å *planlegge*. Planleggingsplikten innebærer at den som er ansvarlig for virksomheten skal 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.

Det følger av ledelsesforskriften §§ 3, 4 og 5 at kommunen må etablere et styringssystem for hvordan virksomhetens aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Hvordan pliktene etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærmere regulert i ledelsesforskriften §§ 6 til 9.

I følge § 6 bokstav d) skal kommunen 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.

Det er utarbeidet en veileder til forskriften. Her utdypes kravet til risikovurdering. I følge veilederen bør risikovurdering skje som en kontinuerlig prosess, og det anbefales at arbeidet med kartlegging og vurdering av risiko følger en kjent standard. Målet med kartleggingen er blant annet å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, og å identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for brukere og pasienter.

I følge § 6 bokstav e) skal kommunen planlegge hvordan risiko kan minimaliseres. Kommunen skal særlig legge vekt på risikofaktorer knyttet til samhandling internt og eksternt. I veilederen står det at områdene bør prioriteres, og at det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden. Planen bør inneholde målsetning, tiltak, oversikt over ansvar for gjennomføring og tidsplan.

I veilederen er det eksempler på relevante dokumenter for gjennomføring av risikoanalyser, for eksempel:

- rutiner for risiko- og sårbarhetsanalyser og rutiner for felles risikogjennomgang
- rapporter fra risiko- og sårbarhetsanalyser

Helsedirektoratet har utgitt en håndbok for risikoanalyse i helsetjenesten. Her defineres helsetjenester som høyrisikovirksomhet og det påpekes at tjenesteområdet har mye å lære av andre høyrisikovirksomheter som for eksempel flyindustri og

atomenergivirksomhet. Disse bransjene har en mer velutviklet sikkerhetskultur, hvor risikoanalyser og hendelsesanalyser er viktige verktøy.

I håndboka skilles det mellom individperspektivet og systemperspektivet. Individperspektivet er når man søker etter årsaker til en hendelse/risiko hos enkeltindivider, for eksempel at en medarbeider har gjort en feil. Systemperspektivet tar utgangspunkt i at uønskede hendelser oppstår på grunn av mangler ved måten helsetjenesten er organisert på. Tidligere var individperspektivet dominerende i helsetjenesten, mens det de siste årene har vært en dreining i retning av økt systemperspektiv. I håndboka står det at disse perspektivene utfyller hverandre.

Det anbefales å gjøre risikoanalyser på et konkret område dersom det har oppstått flere uønskede hendelser der, i stedet for å gjennomføre flere hendelsesanalyser.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner som beskriver hvordan risikovurdering skal gjennomføres og følges opp.**
- **Kommunen skal gjøre risikovurdering systematisk og denne bør skje etter en kjent standard.**
- **Kommunen bør utarbeide planer for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko.**

Om avvikshåndtering

Plikten til å *gjennomføre* innebærer at den som er ansvarlig for virksomheten skal sørge for å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. ledelsesforskriften § 7.

Plikten til å *evaluere* innebærer å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges, jf. ledelsesforskriften § 8. I tillegg skal virksomheten minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å *korrigere* følger av § 9 og sier blant annet at virksomheten skal sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterlevs og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Disse bestemmelsene innebærer at kommunen må ha tiltak for å avdekke overtredelse/brudd på

- helse- og omsorgslovgivningen
- kravene til faglig forsvarlighet
- kravene om systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

I veilederen til forskriften gis det eksempler på relevante interne dokumenter, herunder

- beskrivelse av prosess for håndtering av avvik og forbedringsforslag
- avviksrapporter

Kommunenes Sentralforbund (KS) utgav heftet *Rådmannens internkontroll - Hvordan få orden i eget hus?* i 2013. Heftet er resultatet av et samarbeid mellom KS og Kommunal- og regionaldepartementet gjennom prosjektet *styrket kommunal internkontroll*. Heftet kommer med en rekke anbefalinger for god internkontroll. KS mener at det å ha reglement og rutiner «*på plass*» innebærer både å utarbeide, oppdatere og å gjøre rutiner kjent i organisasjonen og å sikre at de blir fulgt. Videre står det at minst like viktig som rutinene i seg selv, er hvordan rutinene blir gjort kjent og forankret i organisasjonen. «*Ofta er det ikke mangel på rutiner som er problemet, men at de ikke følges. En forklaring på dette kan være manglende opplæring*».

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen må ha system og rutiner for å avdekke brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser.**
- **Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering.**
- **Kommunen skal registrere avvik.**
- **Kommunen må ha rutiner som sikrer at avvikene blir gjennomgått og som sikrer at kunnskap om avvik blir brukt til kontinuerlig forbedring av virksomheten.**
- **Kommunen må håndtere registrerte avvik i tråd med gjeldende krav.**

I hvilken grad har kommunen tiltak for å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende innenfor hjemmetjenesten?

Om å gjøre bruk av innhentet informasjon

Kommunen må sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10. Paragrafens andre ledd fastslår at kommunen må etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer.

Det fremgår av lovforarbeidene (Prop. 91 L) at det er opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synpunkter.

Plikten til å *planlegge* innebærer å ha oversikt over klager og brukererfaringer, jf. ledelsesforskriften § 6 bokstav g). Plikten til å *gjennomføre* innebærer å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende, jf. § 7 bokstav e). Kommunen skal *evaluere* virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer, jf. § 8 bokstav d).

I veileder til forskriften står følgende:

«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».

Veilederen gir eksempler på hva slags dokumenter som kan benyttes i dette arbeidet:

- rutiner for innhenting og bruk av bruker- og pårørende erfaringer, herunder erfaring fra det enkelte besøk,
- rutiner for involvering av brukere og pårørende i forbedringsarbeid og
- rutiner for å inkludere brukere i forbedringsgrupper,
- plan for å etablere brukerråd eller brukerutvalg,
- rapporter fra kartlegginger og brukerundersøkelser.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterium:

- **Kommunen må ha et system for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende og bruke dette i kvalitetsforbedrende arbeid.**

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Den praktiske gjennomføringen

Forvaltningsrevisjonen startet med oppstartbrev til Larvik kommune 28.12.18. Det ble avholdt oppstartsmøte 21. 01.19 hvor kommunalsjef for Helse og omsorg, virksomhetsleder for hjemmesykepleien og kvalitetsrådgiver i Helse og omsorg deltok.

I samråd med administrasjonen ble følgende tjenestesteder valgt som analyseområder:

- Torstrand
- Hedrum
- Midtbyen
- Brunlanes

For å få svar på problemstillingene har vi gjennomgått rutiner og systemer for risikovurdering, avvikshåndtering og brukermedvirkning. Vi har også innhentet dokumentasjon av gjennomførte risikovurderinger og møtereferater fra møter i kvalitetsråd. Fra kvalitetsrådgiver har vi fått statistikk på bruken av avvikssystemet. Vi har også gjennomgått kommunale dokumenter som rutiner, rapporter, planer, sjekklister, funksjonsbeskrivelser for ansattgrupper med mer.

For å beskrive ressursbruken i hjemmetjenesten har vi benyttet kommunens egne tall og tall hentet fra Kostra. Det har vært utfordrende å finne gode sammenligningstall fordi SSB har gjort endringer i statistikkgrunlaget. I tillegg har Larvik og Lardal kommune slått seg sammen fra 2018.

For å få kunnskap om hvordan praksis er på de ulike avdelingene har vi intervjuet avdelingsledere og sykepleiere med utvidet fagansvar. Vi har også intervjuet virksomhetsleder, kvalitetsrådgiver i Helse og omsorg og faglig rådgiver for hjemmetjenesten. Flere av de intervjuede har fått oppfølgingsspørsmål enten på telefon eller e-post.

For å få informasjon om ansattes kunnskap om avviksregistrering, opplæring de har fått og vurdering av egen praksis, har vi benyttet en elektronisk spørreundersøkelse.

For å få informasjon om hvordan kommunen gjør bruk av erfaringer fra brukere og pårørende har vi intervjuet representanter fra eldrerådet og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, som har representert brukerne inn i kvalitetsrådet.

Spørreundersøkelse

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte som jobber ved de fire utvalgte avdelingene. Vi har brukt ansattes telefonnummer som kontaktpunkt, samme telefonnummer som ansatte har oppgitt som kontaktpunkt til kommunen.

Vi har fått opplyst at ansatte er representert gjennom tre fagforeninger i kommunen. Vi har fått tak i to av disse foreningene og drøftet bruk av telefonnummere som mottakeradresse for spørreundersøkelsen. Vi har fått støtte i dette.

Spørreundersøkelsen er sendt til alle ansatte ved de fire avdelingene, totalt 91 ansatte personer. Av disse har 71 svart. Dette gir en svarandel på 78 %. Vi vurderer at svarandelen er tilstrekkelig høy for å vurdere bruken av avvikssystemet. Vi finner ikke grunn til å tro at det er systematiske skjevheter mellom de som har svart og de som ikke har svart. Vi vurderer derfor informasjonen fra undersøkelsen til å være gyldig.

Ved de fire avdelingene har følgende antall svart:

- Torstrand 22 har svart
- Hedrum 35 har svart
- Midtbyen 17 har svart
- Brunlanes 21 har svart

Av de spurte er 34 % sykepleiere, 44 % er helsefagarbeidere, 14 % er ufaglært og 9 % har annen utdanning.

79 % har jobbet mer enn 2 år med helse og omsorg i Larvik kommune, mens 8 % har jobbet mindre enn 12 måneder.

70 % har svart at deres stilling (faste vakter og ekstra vakter) utgjør mer enn 70 % det siste året. 10 % har jobber mindre enn 30 % stilling.

Stikkprøveundersøkelse på lukking av avvik

For å undersøke i hvilken avvik har vært lukket i tråd med gjeldende krav, har vi foretatt en stikkprøvekontroll av noen lukkede avvik. Vi har valgt de første 11 lukkede avvikene fra Midtbyen som er registrert etter 01.11.18. Midtbyen skiller seg klart fra de andre utvalgte stedene med flest registrerte avvik. I tillegg har vi valgt de tre første lukkede avvikene for hver avdeling som har skjedd etter 01.02.19. Totalt gir dette

informasjon om lukking av avvik i 23 saker. Vi mener dette er tilstrekkelig for å se hvordan hovedmønsteret i lukking av avvik er.

Gyldighet og pålitelighet

Vi har gjort flere tiltak for å sikre at informasjon er pålitelig og relevant. All informasjon som blir brukt fra intervjuene er verifisert av intervjuobjektene. Vi har undersøkt kommunens arbeid med kvalitet i hjemmetjenesten med ulike metodiske verktøy. Dette har gitt oss verdifull kunnskap om kommunens arbeid, og vi har fått et bredere grunnlag til å gjøre vurderinger.

Metodetriangulering kan enten føre til en forsterking av de funnene vi har gjort, eller det kan skape usikkerhet med flere svar som følge. I denne rapporten har funnene i stor grad forsterket hverandre og vært med på å øke påliteligheten på de funnene vi har gjort.

Forvaltningsrevisjonsprosjekter skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. Det betyr at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at man skal kunne få samme resultat dersom undersøkelsen blir gjort på nytt. Vi har ikke grunn til å tro at resultatene i rapporten ville vært annerledes om informasjonen hadde vært innhentet på nytt, med forbehold om at resultatene i rapporten er tidsspesifikke og gir et øyeblikksbilde som kan endres over tid.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 78, sjettedde.

Vi har ikke behandlet personopplysninger om brukere.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside www.tekomrev.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres og rapporteres i samsvar med god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området, jf. forskrift om

revisjon § 7. Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon⁷.

RSK 001 krever at forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres. Kvalitetssikring skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Telemark kommunerevisjon IKS har utarbeidet et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll – *ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester.* Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

⁷ Gjeldende RSK 001 er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre med virkning fra 1 februar 2011, og er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

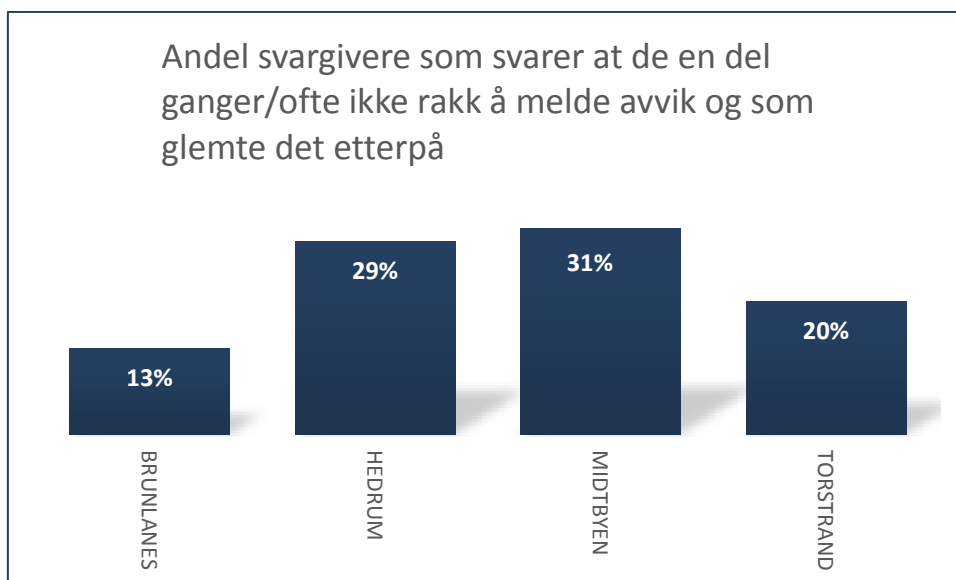
Vedlegg 4 Årsaker til at avvik ikke blir registrert

Dette vedlegget inneholder data fra spørreundersøkelsen som omhandler hvordan ansatte vurderer ulike påstander om hvorfor avvik ikke er registrert. Dette er omtalt i kapittel 4.3.1.

Tidspress som årsak

På Hedrum og Midtbyen svarer omtrent 30 % at de *en del ganger/ofte*, ikke rakk å registrere avvik og at de glemte det i etterkant, se figur 7. Ved Brunlanes er tilsvarende andel 13 %. Hva slags utdanning svargiver har gir mindre utslag på svarene.

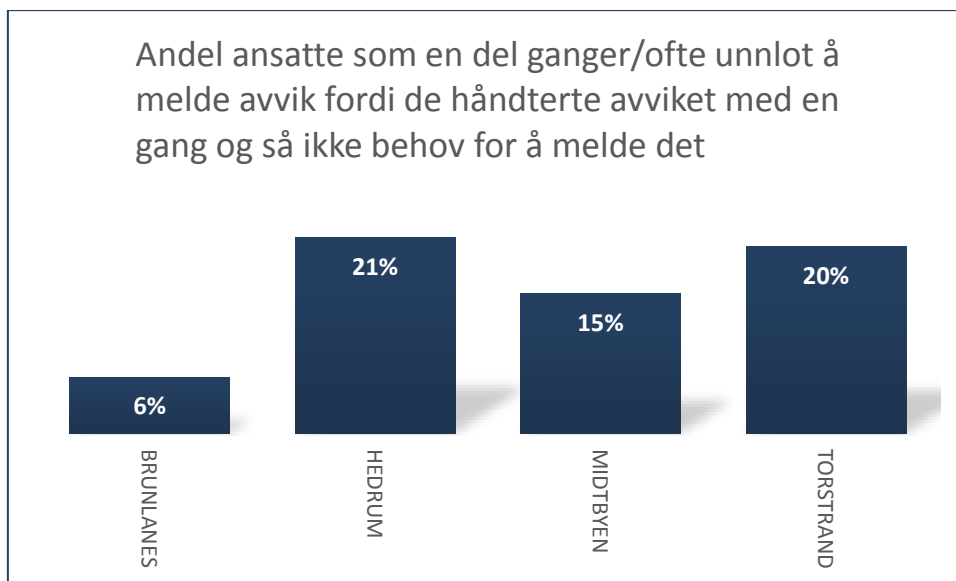
Figur 7 Andel ansatte som svarer at de *en del ganger/ofte* ikke meldte avvik fordi de ikke rakk å melde avvik og som glemte det etterpå, N=71



Egenhåndtering av avvik som årsak

På avdelingene Hedrum, Midtbyen og Torstrand svarer mellom 15 % og 21 % at de en del ganger/ofte unnlot å melde avviket fordi de ikke så behov for å melde det, si figur 8. Kun 6 % av de ansatte på Brunlanes oppgir det samme.

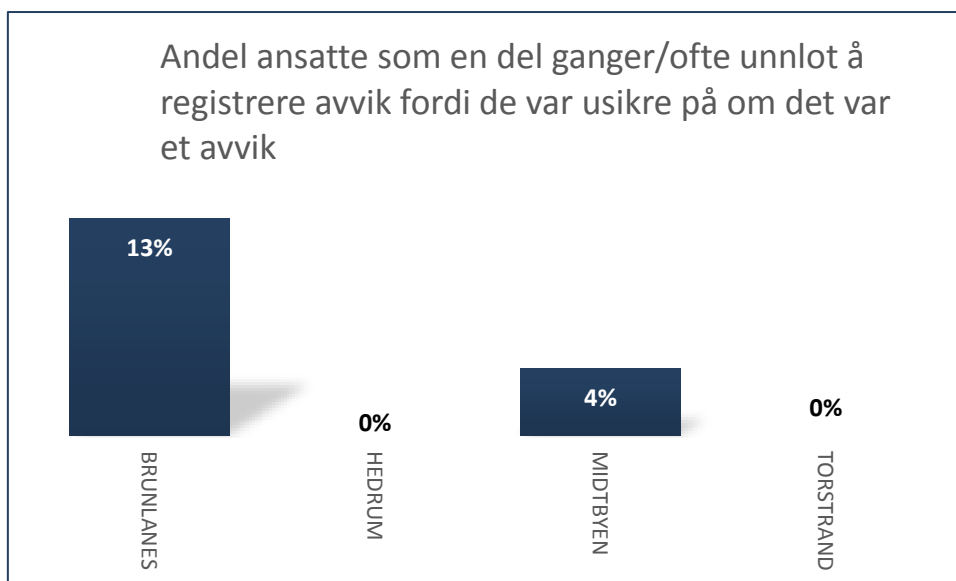
Figur 8 Andel ansatte som en del ganger/ofte unnlot å melde avvik fordi de håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det, N=71



Usikkerhet som grunn til at avvik ikke blir registrert

I spørreundersøkelsen tok de ansatte stilling til om de unnlot å registrere avvik fordi de var usikre på om hendelsen/situasjonen var et avvik, se figur 9. Her svarte 13 % av de ansatte på Brunlanes. Ved øvrige avdelinger er det få som oppgir usikkerhet som grunn til at avvik ikke blir registrert.

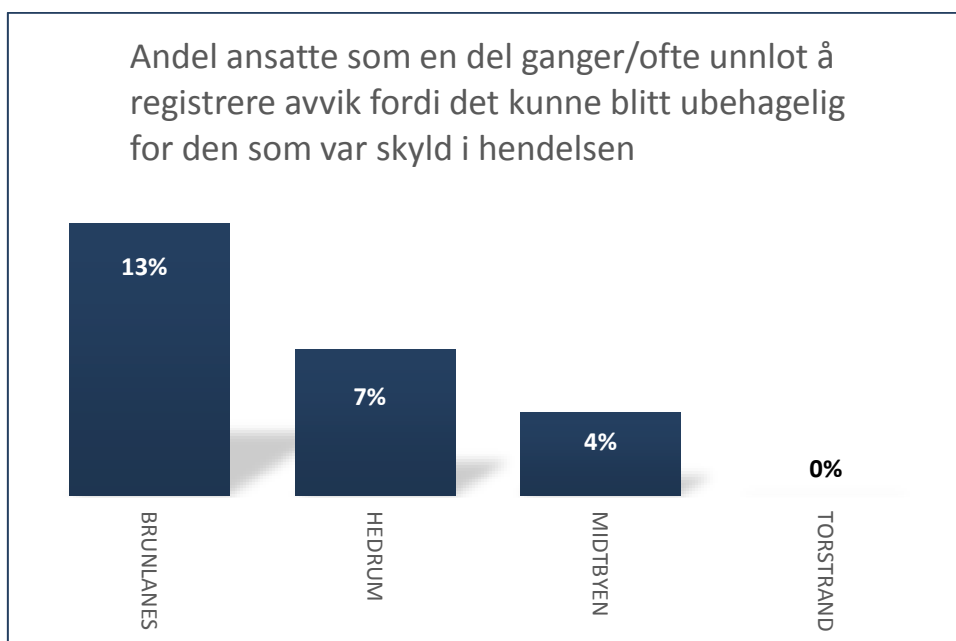
Figur 9 Andel ansatte som svarer at de en del ganger/ofte unnlot å registrere avvik fordi de var usikre på om det var et avvik, N = 71



Unngå angiveri av kollegaer som årsak

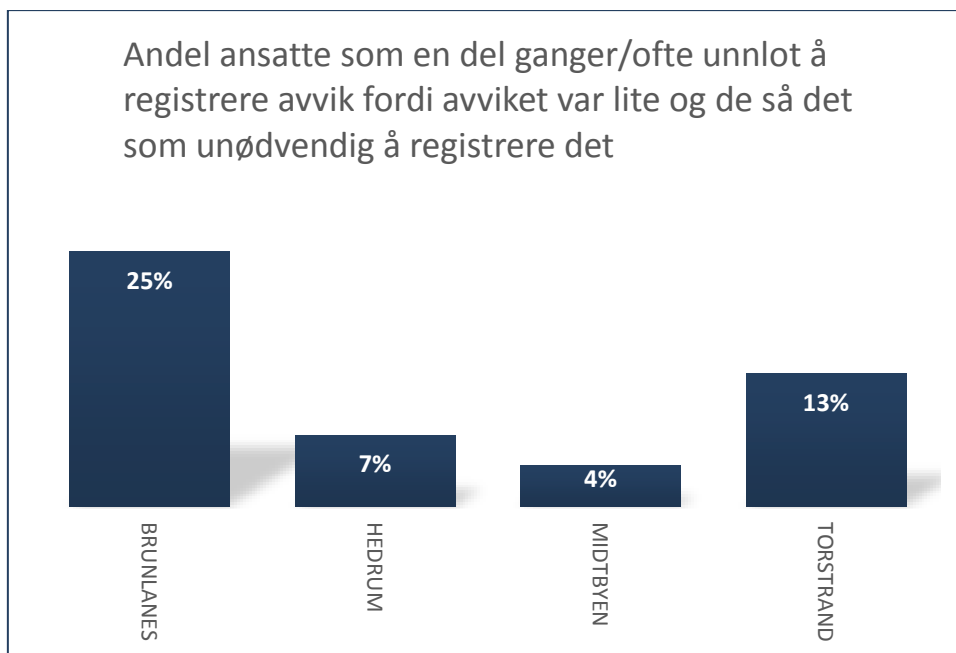
Vi har spurt de ansatte om de har unnlatt å registrere avvik fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen. Her er Brunlanes overrepresentert med 13 % som svarer at dette skjer i større grad enn ved de øvrige tjenestestedene (0-7 %), se figur 10.

Figur 10 Andel ansatte som en del ganger/ofte unnlot å registrere avvik fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen, N=71

**Lite avvik som årsak**

Vi har spurt de ansatte om i hvilken grad de har unnlatt å registrere avvik fordi avviket var lite og de så det som unødvendig å registrere det, se figur 11. Også for denne årsaksvariabelen er det Brunlanes som skiller seg ut. 25 % av de ansatte sier at dette skjer en del ganger eller ofte. Ved Torstrand er andelen 13 % og betydelig lavere ved Hedrum og Midtbyen.

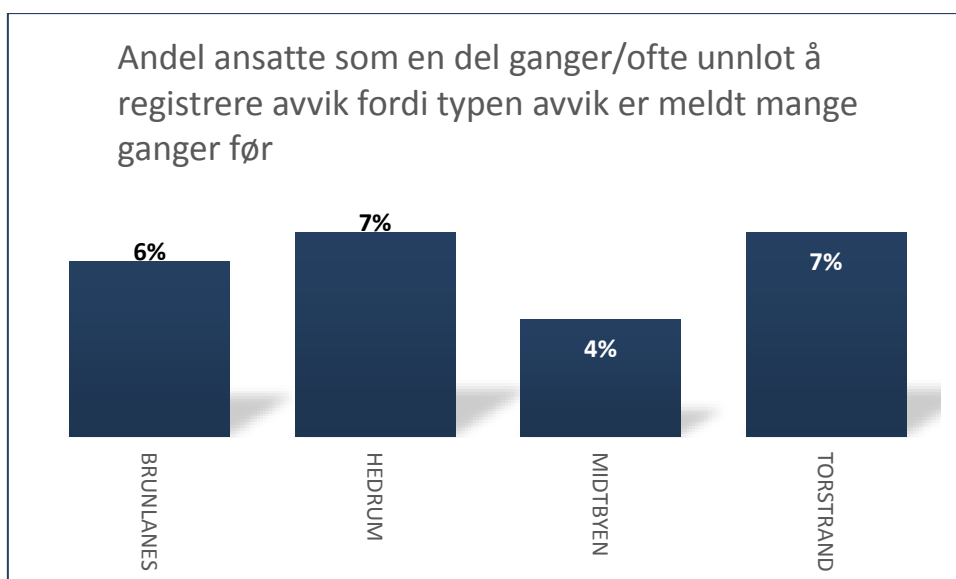
Figur 11 Andel ansatte som en del ganger/ofte unnlot å registrere avviket fordi avviket var lite og de så det som unødvendig å registrere det, N=71



Gjentakende avvik som årsak

Det er relativt få ansatte som oppgir at de en del ganger eller ofte har unnlatt å registrere avvik fordi denne typen avvik er meldt mange ganger før, se figur 12. Andelen ansatte er mellom 4 % og 7 % for de ulike avdelingene.

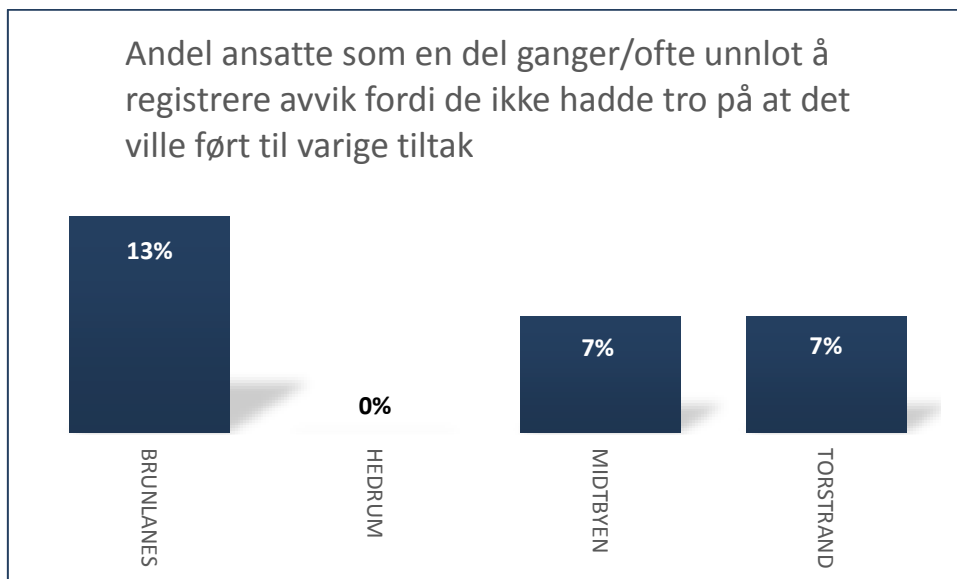
Figur 12 Andel ansatte som en del ganger/ofte unnlot å registrere avviket fordi typen avvik er meldt mange ganger før, n=71



Manglende tro på at det hjelper å registrere avvik som årsak

Vi har også spurt de ansatte om de har latt være å registrere avvik, fordi de ikke hadde tro på at å melde avvik ville føre til varige tiltak, se figur 13. Også for denne årsaksforklaringen skiller Brunlanes seg fra de øvrige avdelingene. Her svarer 13 % at dette skjer noen ganger eller ofte. Ved Midtbyen og Torstrand er tilsvarende andel 7 %. Ved Hedrum har ingen ansatte svart at dette skjer.

Figur 13 Andel ansatte som en del ganger/ofte unnlot å registrere avvik fordi de ikke hadde tro på at det ført til varige tiltak, N =71



Leser du dokumentet elektronisk?

For PC, android nettbrett eller Mac

Dette er et PDF-dokument, som er lagt til rette for Adobe Acrobat Reader. Adobe Acrobat Reader gir pålitelig visning av PDF, og kan lastes ned gratis.

Skal du finne noe raskt?

Du kan se innholdsfortegnelsen til venstre på skjermen hvis du velger dette ikonet, som du kan klikke på til venstre i skjermen.

Klikk på ønsket kapittel for å komme direkte dit i dokumentet.



Du kan også søke etter ord i teksten. Tast Ctrl+F på PC, eller Cmd+F på Mac, og skriv inn ønsket ord i søkefeltet som dukker opp.

Lese på iPad?

På iPad kan du lese dokumentet i iBooks.

Last ned rapporten fra e-posten, og åpne den i iBooks.



Importer med iBooks

- Klikk på ikonet
- Dokumentet legges i biblioteket

Her kan du bla gjennom rapporten side for side, eller du kan hoppe til ønsket side ved å bruke sidevisning. Sidevisning velger du fra toppen av skjermen (feltet til venstre i ikonet). Det er også mulig å navigere fra innholdsfortegnelsen – det velger du også fra toppen av skjermen (feltet i midten av ikonet).



[Klikk her for å gå tilbake til forsiden.](#)