FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet i hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming

Harstad kommune

KOMREV NORD

Rapport 2017

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Harstad kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunens hjemmetjenestetilbud. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner m.v. (revisjonsforskriften) § 7 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger.

Før igangsetting av forvaltningsrevisjonsprosjektet har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Harstad kommune, jf, kommuneloven § 79 og revisjonsforskriften kapittel 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Harstad kommune for samarbeidet i prosjektgjennomføringen. Vi takker spesielt omsorgsfaglig rådgiver som har vært revisjonens kontaktperson, avdelings-/enhetsledere som har bidratt med informasjon samt ansatte og pårørende som har besvart spørreundersøkelsene.

Tromsø/Finnsnes 25.4.2017

Knut Teppan Vik
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Astrid Indrebø
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

Tone Steffensen
Ansvarlig for kvalitetssikring

Elsa-Leony Larsen
Prosjektmedarbeider, forvaltningsrevisor

Sammendrag

KomRev NORD har belyst temaet kvalitet i hjemmetjenestene til personer med psykisk utviklingshemming i Harstad kommune. Undersøkelsen er avgrenset til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Vår konklusjon er at Harstad kommune i stor grad har dokumenterte systemer som skal bidra til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, men systemene er på noen områder mangelfulle.

På mange av områdene revisor har undersøkt, har kommunen systemer som oppfyller de utledete vurderingskriteriene for undersøkelsen. Etter revisors vurdering gjelder dette kommunens systemer for

- å kartlegge den enkeltes ønsker, behov og ressurser før hjemmetjenester innvilges
- samhandling om personer med langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester
- medvirkning fra ansatte
- å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottaker/pårørende
- avviksmelding- og håndtering, herunder lukking av avvik og tilbakemelding til ansatte.

Vi har imidlertid vurdert kommunens systemer som i varierende grad mangelfulle når det gjelder

- medvirkning fra brukerrepresentanter ved utformingen av hjemmetjenestetilbudet
- samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner
- å sikre riktig kompetanse blant personalet
- risiko- og sårbarhetsvurderinger og risikoreduserende tiltak
- pårørende og tjenestemottakers anledning til å medvirke i utforming, evaluering og den daglige utførelse av tjenestetilbudet
- å fange opp endringer i tjenestemottakernes behov
- å yte hjemmetjenester i tråd med vedtak og tjenestemottakers kartlagte behov

Gjennom spørreundersøkelser har revisor kartlagt ansatte og pårørende/tjenestemottakere sine opplevelser av ulike forhold som omhandler kvaliteten i hjemmetjenestene. Resultatene fra spørreundersøkelsene gir indikasjoner på at både ansatte og pårørende opplever at tjenestetilbudet fungerer tilfredsstillende på noen områder, mens der er behov for forbedring på andre områder. Utstrakt vikarbruk og til dels mangelfull kompetanse blant vikarer ble av både ansatte og pårørende pekt på som en utfordring. Særlig pårørende har gjennom spørreundersøkelsen trukket frem manglende kontinuitet i personalet som en svakhet for kvaliteten i hjemmetjenestetilbudet. Resultatene viser at relativt mange ansatte og pårørende opplever at personalet har for lite tid til tjenestemottakerne, og at tjenestemottakerne ikke får tjenester iht. skriftlig vedtak. Videre indikerer resultatene, spesielt for pårørende, forbedringsbehov når det gjelder brukermedvirkning, kommunikasjon og informasjonsutveksling. Resultatene fra spørreundersøkelsene tilsier at legemiddelhåndtering er en del av tjenestetilbudet både ansatte og pårørende synes fungerer relativt bra. Flertallet av ansatte og pårørende som har besvart spørreundersøkelsen, opplever at hjemmetjenesten tar hensyn til tjenestemottakers privatliv og behandler tjenestemottaker med respekt. For nærmere omtale av resultatene fra spørreundersøkelsene viser vi til kapitlene 5.2, 5.3, 6, 7, 11 og 12.

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjon anbefaler vi Harstad kommune å videreutvikle systemene som skal bidra til å sikre kvalitet i hjemmetjenestene til psykisk utviklingshemmede tjenestemottakere. I forbindelse med dette arbeidet anbefales kommunen å se hen til resultatene fra spørreundersøkelsen, spesielt de områdene der resultatene indikerer rom for forbedring.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING ... 7

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER ... 7

2.1 Problemstillinger ... 7

2.2 Om kvalitetsbegrepet ... 7

2.3 Revisjonskriterier ... 8

2.3.1 Utledning av revisjonskriterier ... *10*

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING ... 15

3.1 Spørreundersøkelser ... 15

3.2 Gyldighet og pålitelighet ... 17

3.3 Spørreundersøkelsene – begreper og bakgrunnsvariabler ... 18

4 HJEMMETJENESTER I HARSTAD KOMMUNE ... 20

5 SYSTEMER FOR Å IVARETA TJENESTEMOTTAKERS BEHOV ... 23

5.1 Kartlegging før innvilgelse av hjemmetjenester ... 23

5.2 Samarbeid og koordinering av tjenester ... 24

5.3 Oppfølging av tjenestemottakers behov ... 26

6 LEGEMIDDELHÅNDTERING ... 35

7 BRUKERERFARINGER OG - MEDVIRKNING ... 39

8 KOMPETANSE, KONTINUITET OG OPPLÆRING ... 44

9 MEDVIRKNING FRA ANSATTE ... 52

10 RISIKO OG SÅRBARHET ... 54

11 AVVIK OG KLAGER ... 55

12 OPPLEVELSER AV SAMLET KVALITET I TJENESTENE ... 59

13 OPPSUMMERING OG SAMLET KONKLUSJON ... 62

14 HØRING ... 62

15 ANBEFALINGER ... 66

16 REFERANSER ... 67

1 INNLEDNING

Kontrollutvalget i Harstad kommune vedtok i sak 25/16 KomRev NORDs prosjektskisse for forvaltningsrevisjonsprosjekt med temaet kvalitet i hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming. Kontrollutvalget formål med prosjektet er å:

- Bidra til å sikre at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming mottar kvalitetsmessig forsvarlige hjemmetjenester
- Bidra med kunnskap til beslutningstakere i kommunen om hvordan tjenestemottakere, pårørende og ansatte opplever kvaliteten i tjenestene som ytes

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

1. ***Har Harstad kommune dokumenterte systemer som skal bidra til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming?***

2. ***Hvordan opplever ansatte og tjenestemottakere/pårørende kvaliteten i hjemmetjenestene til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming?***

2.2 Om kvalitetsbegrepet

Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO er en standardreferanse for definisjon av kvalitet i offentlige tjenester. Ifølge ISO utgjør kvalitet en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt/tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydet.[1]

Veilederen til kvalitetsforskriften[2] definerer begrepet kvalitet på noenlunde samme måte som ISO. Ifølge veilederen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper, og at kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende. Videre påpeker veilederen (2004:7) at:

- *Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnete og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.*
- *Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.*

[1] Fra Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2005)
[2] Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. IS-1201

Det er vanlig å skille mellom ulike typer kvalitet slik som strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultatkvalitet. I rapporten *Bedre måling av kvalitet i kommunene*[3] argumenteres det for at det går et skille mellom struktur- og prosesskvalitet på den ene siden og produkt- og resultatkvalitet på den andre siden. Produkt- og resultatkvalitet har større nærhet til tjenestemottaker og dreier seg om egenskaper ved tjenesten som er viktig for tjenestemottakeren og resultatet tjenesten har for tjenestemottaker. Struktur- og prosesskvalitet fanger opp forhold som ressursbruk og organisering, som har en mer indirekte effekt for brukeren. Det vil si at struktur- og prosesskvalitet dreier seg om forhold som søker å legge til rette for at tjenestemottakerne mottar tjenester av god kvalitet. I tillegg til å skille mellom ulike typer kvalitet, kan det også skilles mellom objektive og subjektive kvalitetsindikatorer. Subjektive kvalitetsindikatorer beskriver opplevd kvalitet basert på brukere/pårørende/ansattes vurderinger av hvor fornøyde de er med en kommunal tjeneste. Objektive kvalitetsindikatorer er basert på målinger i henhold til bestemte prosedyrer og kriterier.

Under problemstilling 1. *Har Harstad kommune dokumenterte systemer som skal bidra til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming?* har revisor undersøkt struktur- og prosesskvalitet med bakgrunn i objektive kvalitetsindikatorer utledet fra regelverk. Vi kommer nærmere tilbake til dette i neste delkapittel. Problemstilling 2. *Hvordan opplever ansatte og tjenestemottakere/pårørende kvaliteten i hjemmetjenestene til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming?* innebærer en kartlegging av tjenestekvaliteten slik tjenestemottakere/pårørende og ansatte opplever den, dvs. deres subjektive vurderinger av tjenestenes produkt- og resultatkvalitet.

2.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes i forhold til.

Problemstilling 2 er deskriptivt formulert som vil si at vi besvarer den som en beskrivelse av innsamlet datamateriale. For deskriptive problemstillinger er det ikke relevant å utlede revisjonskriterier, og det følger av gjeldende revisjonsstandard at revisor ikke kan gjøre vurderinger uten revisjonskriterier. Vi oppsummerer og drøfter funnene som er relevante for problemstillingen, men gjør ikke normative vurderinger av disse. For **problemstilling 1** har vi utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesteloven
- Forskrift 27. juni nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, IS-1201, Sosial- og helsedirektoratet, 2004

[3] SØF-rapport nr. 02/12, Senter for økonomisk forskning AS

Helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunen, omfattes av *helse- og omsorgstjenesteloven*. Det følger av loven § 3-1 første ledd at *kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester*. Kommunen har ansvaret for alle pasient- og brukergrupper. *Kommunens ansvar etter første ledd innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Helsetilsynsloven § 3* pålegger alle som yter helse- og omsorgstjenester å *«[…] etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»*

Første januar 2017 trådte forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten i kraft, og den erstatter forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften tydeliggjør hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter, den utdyper kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og den gjør det lettere å fastslå hvem som har det overordnede ansvaret i kommunene og på sykehusene. Dette gjenspeiles også i formålsparagrafen, § 1: *Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.*

I utledningen av revisjonskriterier til denne undersøkelsen har vi sett hen til begge forskriftene. Vi vurderer dette som en hensiktsmessig tilnærming siden kommunens rutiner/systemer ble utarbeidet mens den gamle forskriften gjaldt. Når vi samtidig referer til ny forskrift, vil undersøkelsen kunne synliggjøre eventuelle mangler i kommunens systemer/rutiner i forhold til dagens krav. For enkelhets skyld omtaler vi forskriftene som ny og gammel «internkontrollforskrift».

Det følger av begge forskriftene (hhv. § 4g og § 7c) at det skal utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. For både gammel og ny forskrift (§ 5 i begge) gjelder at styrings-/internkontrollsystemet skal dokumenteres, at dokumentasjonen skal være av den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og at dokumentasjonen til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene *(kvalitetsforskriften)* skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. § 1. Forskriften § 3 pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som blant annet søker å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, at kontinuiteten i tjenesten ivaretas, at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene, og at brukere eventuelt pårørende/(hjelpe)verge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Veileder IS -1201 supplerer og utdyper bestemmelser i kvalitetsforskriften på punkter som er relevante for vår undersøkelse.

2.3.1 Utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er inndelt i følgende tema:

- Ivaretakelse av tjenestemottakers behov
- Legemiddelhåndtering
- Brukererfaringer og -medvirkning
- Kompetanse, kontinuitet og opplæring
- Medvirkning fra ansatte
- Risiko og sårbarhet
- Avvik og klager

Flere av temaene går inn i og/eller påvirker hverandre. For eksempel vil brukermedvirkning og ansattes kompetanse kunne påvirke hvorvidt tjenestemottakers behov ivaretas.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, første til tredje ledd

- Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.
- Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesteloven[4]

Den/de ansvarlige for virksomheten skal

- sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll, § 4 c
- sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, § 4 d
- gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten, § 4 e
- skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, § 4 f
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen, § 4 g

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten[5]

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer å

- 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, § 6 d
- planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt, § 6 e

[4] Opphevet f.o.m. 1.1.17
[5] Gjeldende f.o.m. 1.1.17

- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, § 6 f
- 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, § 6 g

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å

- sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, § 7 b
- utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, 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, § 7 c
- sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, § 7 d
- sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende, § 7 e

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer å

- vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer, § 8 d
- gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges, § 8 e

<u>Kvalitetsforskriften § 3</u>

Forskriften pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at

- *tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes*
- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*
- *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.*

For å løse forannevnte oppgaver skal kommunen ifølge bestemmelsen *utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.* Bestemmelsen lister opp følgende eksempler på hva som menes med «grunnleggende behov»:

- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*

Grunnleggende behov omfatter flere forhold enn de som er listet opp ovenfor, og ulike tjeneste-mottakere har ulike behov. Eksempelvis kan noen ha behov for bistand ved måltider, mens andre ikke har behov for bistand på dette området. Vi legger til grunn at et tjenestetilbud som oppleves <u>forutsigbart</u> og er <u>tilpasset den enkeltes tilstand og behov,</u> ivaretar den enkeltes grunnleggende behov.

Ifølge kvalitetsforskriften inngår *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling* som et av de grunnleggende behovene som skal sikres. Det er også nødvendig at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter innenfor / kompetanse i håndtering av legemidler, jf. gammel og ny «interkontrollforskrift».[6]

Veilederen til kvalitetsforskriften

Veilederen til kvalitetsforskriften[7] påpeker at når vi skal beskrive kvaliteten på en tjeneste, er det nødvendig med visse målbare kjennetegn eller indikatorer for kvalitet. Veilederen viser imidlertid til at det finnes både subjektive og objektive indikatorer på kvalitet, samt at subjektive indikatorer også kan være felles for de aller fleste. I forlengelsen av dette påpeker veilederen at *en prosedyre må derfor innebære at vi kartlegger den enkeltes ønsker, behov og ressurser. Dette kan ikke gjøres en gang for alle, situasjonen kan forandres fra dag til dag for den enkelte*. Veilederen problematiserer videre: *Hvordan skal vi lage prosedyrer som sikrer at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet? Er det i det hele tatt mulig å møte så individuelle følelser og behov med en skriftlig prosedyre? Det finnes ikke entydige svar på disse spørsmålene. Men samtidig er det en rekke forhold vi kjenner som kan legge grunnlaget for skriftlige prosedyrer slik at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet.* Veilederen lister blant annet opp følgende eksempler på slike forhold:

- *At det er systemer for å spørre brukere og pårørende om hva som skal til for at de opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og hvor fornøyde de er.*
- *At det er klare systemer for hvordan brukermedvirkning på individ- og systemnivå gjennomføres.*
- *At brukerne blir møtt av fagpersoner som har den nødvendige faglige og menneskelige kompetansen.*
- *At virksomheten har et program for opplæring og utvikling av personalets kunnskap og kompetanse.*
- *At de ansatte har en arena for refleksjon og får mulighet til å analysere feil som er begått.*

Veilederen poengterer at brukermedvirkning er sentralt i kvalitetsforskriften både for å ivareta respekten for det enkelte mennesket og for å bedre innholdet i pleie- og omsorgstjenestene. Veilederen gir eksempler på at brukermedvirkning kan skje på flere plan og påpeker at på individ- og systemnivå er det grader av brukermedvirkning. På individnivå innebærer det at den enkelte bruker og pårørende bidrar i utformingen av tjenestene de selv får. Å ha talerett er en lav form for brukermedvirkning, mens ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er et eksempel på høy grad av individuell brukermedvirkning eller brukerstyring. Utarbeiding og oppfølging av individuell plan (omtales nærmere under) er også eksempel på brukermedvirkning på individnivå. Ifølge veilederen innebærer brukermedvirkning på systemnivå at en gruppe brukere eller representanter for brukere er med i planleggingen av nye tiltak eller ved drift av tjenester, for eksempel når beboere eller pårørende deltar i et styre for et sykehjem, eller at et kommunalt råd for funksjonshemmede kommer med forslag til endringer i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

Personer med behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan[8]. Veilederen til kvalitetsforskriften vektlegger betydningen av individuell plan i arbeidet med samordning og koordinering av tjenesten. Ifølge veilederen er

[6] Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesteloven § 4 c og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 7 b.
[7] IS-1201, s. 29 og 33
[8] Jf. FOR-2011-12-16 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

individuell plan en metode for å sikre samordning og brukermedvirkning. I en individuell plan skal tjenestene samordnes slik at tjenestemottaker får en helhetlig oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle. Videre skal planen beskrive omfanget av de ulike tiltakene, hvordan tiltakene skal gjennomføres, og hvilke instanser og samarbeidsparter som er involvert og har et felles ansvar for å sette innholdet i planen ut i livet, i samarbeid med brukeren. En individuell plan er brukerens egen plan. Brukeren må derfor være aktivt med i prosessen når mål, ressurser og behov kartlegges og planen utarbeides. Ifølge veilederen er gode skriftlige systemer for utarbeiding av individuelle planer, som fungerer i praksis, en måte å ivareta kvalitetsforskriftens formål om medbestemmelse og selvbestemmelsesrett. Punktene i kvalitetsforskriften som omhandler respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet og selvstendighet og styring av eget liv, kan ifølge veilederen også ivaretas gjennom arbeidet med individuell plan.

Veilederen sier også at mange tjenestemottakere er avhengige av assistanse og hjelp fra både fastlege, pleie- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, og at kvaliteten på tjenestene ofte vil være avhengig av hvor godt dette samspillet fungerer.

På bakgrunn av ovennevnte utleder vi følgende revisjonskriterier for de ulike temaene som belyses under problemstilling 1:

<u>Ivaretakelse av tjenestemottakers behov</u>

- Kommunen bør ha system for å kartlegge den enkeltes ønsker, behov og ressurser før hjemmetjenester innvilges
- Kommunen bør ha system for å yte hjemmetjenester i tråd med vedtak og tjenestemottakers kartlagte behov.
- Hjemmetjenesten bør ha system for å fange opp endringer i tjenestemottakernes behov
- Kommunen bør ha system for samhandling om personer med langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester

<u>Sikker legemiddelhåndtering</u>

- Kommunen bør ha system for håndtering av legemidler i hjemmetjenesten

<u>Brukererfaringer og – medvirkning</u>

- Kommunen bør ha system for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av hjemmetjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemming
- Kommunen bør ha system for at tjenestemottakere med vedtak om hjemmetjenester og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud
- Kommunen bør legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner

<u>Kompetanse, kontinuitet og opplæring</u>

- Kommunen bør ha system for at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming blir møtt av ansatte i hjemmetjenesten med nødvendig kompetanse

<u>Medvirkning fra ansatte</u>

- Kommunen bør ha system for medvirkning fra ansatte

Risiko og sårbarhet

- Kommunen bør ha systemer for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger for hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming
- Kommunen bør ha systemer for å planlegge risikoreduserende tiltak

Avvik og klager

- Kommunen bør ha system for avviksmelding og -håndtering, herunder lukking av avvik og tilbakemelding til ansatte
- Kommunen bør ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottaker/pårørende

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

Forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltnings-revisjon[9].

Vi avholdt oppstartsmøte på rådhuset i Harstad 2.6.2017 der følgende deltok: Revisjonens kontakt-person i prosjektet (omsorgsfaglig rådgiver), enhetsleder ved Omsorg Nord, avdelingsleder hjemmetjeneste 2 Omsorg Sør, avdelingsleder hjemmetjeneste 2 Omsorg Nord, avdelingsleder hjemmetjenesten Sentrum, sykepleier ved Stangnes bokollektiv og avdelingsleder Hjemmebasert psykiatritjeneste Omsorg Stangnes. Alle enhetene i Harstad kommune som har ansvar for hjemmetjenester til psykisk utviklingshemmede, var representerte i møtet. I oppstartsmøtet orienterte revisor om det forestående forvaltningsrevisjonsprosjektet og fikk opplysninger fra møtedeltakerne om kommunens hjemmetjenestetilbud til personer med psykisk utviklingshemming.

I løpet av prosjektperioden har vi vært i kontakt med og fått opplysninger fra Harstad kommune v/omsorgsfaglig rådgiver. Omsorgsfaglig rådgiver har også samlet og koordinert oversendelse av informasjon/dokumentasjon fra avdelings- og enhetsledere samt kvalitetsrådgiver i kommunen. Innsamling av informasjon har foregått i møter og gjennom korrespondanse per e-post og telefon. Noe dokumentasjon har også blitt oversendt per post. Også besvarelser fra ansatte og pårørende/ verger/tjenestemottakere gjennom spørreundersøkelser er en viktig informasjonskilde.

Vi har gjennomgått Harstad kommunes skriftlige prosedyrer med relevans for hjemmetjenestene. Disse er en del av kommunens kvalitetssystem og er tilgjengelig på kommunens nettside.[10] I tillegg til kommunens fellesprosedyrer har de ulike avdelingene egne prosedyrer/rutiner/systemer. Dette fikk vi informasjon om i møte 24.1.17 med enhetslederne ved Omsorg Sentrum, Omsorg Sør og Omsorg Nord, avdelingsleder for Hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord, konstituert avdelingsleder Tiltak funksjonshemmede Hjemmetjeneste 2 og omsorgsfaglig rådgiver i Harstad kommune.[11] Vi har etterspurt og fått dokumentasjon på slike prosedyrer/rutiner/systemer fra den enkelte avdeling, og har gjennomgått denne og annen relevant dokumentasjon som kompetanseplaner og turnusplaner for den enkelte avdeling.

Videre har vi gjennomgått meldte avvik innenfor hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming for 2016.

3.1 Spørreundersøkelser

Spørsmålet om kvalitet i tjenestene vil i stor grad være knyttet til tjenestemottakernes opplevelser av livskvalitet og viktige verdier i eget liv. Det er derfor vesentlig at en kvalitetsundersøkelse søker å kartlegge disse opplevelsene. I en undersøkelse som omfatter kvaliteten i hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming, er det viktig at pårørende/verger gis anledning til å uttale seg da en del tjenestemottakere ikke har forutsetninger for å uttale seg selv. I oppstartsmøtet fikk vi informasjon fra kommunens representanter om at relativt få av tjenestemottakerne ville kunne besvare en spørreundersøkelse på egenhånd. Etter drøfting med kommunen valgte vi derfor å sende

[9] *RSK 001Standard for forvaltningsrevisjon* fastsatt av Norges kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011
[10] https://harstad.kommune.no/eknet/start.aspx
[11] I rapporten omtaler vi muntlig informasjon vi fikk i dette møtet som informasjon fra «avdelings-/enhetslederne». Omsorg Stangnes var ikke representert i møtet, men har i forbindelse med verifisering av rapportens faktabeskrivelse («revisors funn») fått anledning til å komme med innspill til denne informasjonen.

revisjonens spørreundersøkelse til pårørende og oppfordre dem til å involvere tjenestemottakere – i den grad det var mulig – i utfyllingen av spørreskjemaet. Revisor forela også denne løsningen for kontrollutvalget. De som besvarer spørreundersøkelsen vite hva de svarer på, hva svarene skal brukes til samt at de ved å besvare undersøkelsen samtykker til at svarene deres benyttes i rapporteringen til kontrollutvalget. På denne bakgrunn sendte revisor spørreundersøkelse til pårørende/verger og oppfordret disse til å involvere tjenestemottakere i besvarelsen. Tjenestemottakeres opplevelser av kvaliteten i hjemmetjenestene de mottar, formidles derfor kun gjennom pårørende og deres svar.

Spørreundersøkelsen ble sendt per brev til pårørende/verger til alle tjenestemottakere som hadde vedtak om praktisk bistand eller hjemmesykepleie. Postadressene ble fremskaffet av kommune-administrasjonen, og vi ba i utgangspunktet om å få kontaktinformasjon til pårørende.[12] Brevet inneholdt spørreskjema, følgebrev med informasjon om spørreundersøkelsen og ferdigfrankerte svarkonvolutter med returadresse til revisjonen. I tillegg informerte vi i brevet om at undersøkelsen kunne besvares elektronisk på e-post ved å ta kontakt med revisor. Spørreundersøkelsen ble sendt ut 2.12.2016 med svarfrist 5.1.2017. Til sammen fikk 69 pårørende/ verger tilsendt undersøkelsen, og den ble besvart av 22, noe som gir en svarprosent på 32.

Spørreundersøkelsen blant ansatte ble gjennomført ved at spørreskjema ble sendt per e-post til alle som arbeidet med hjemmetjenestene hjemmesykepleie eller praktisk bistand til personer med psykisk utviklingshemming, både fast ansatte og vikarer. E-postadressene ble fremskaffet av administrasjonen, og vi ba om at hver enkelt avdelingsleder kvalitetssikret e-postlistene vi fikk tilsendt. Ved utsendelse av spørreundersøkelsen ba vi også ansatte som mente de ikke skulle besvare undersøkelsen fordi de ikke jobbet med målgruppen, om å gi tilbakemelding om det.[13] Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved bruk av QuestBack[14], og ble sendt ut 1.12.16 med en svarfrist på to uker. Fristen ble utsatt to ganger, og revisor sendte ut flere påminnelser om å besvare undersøkelsen, samt informasjon om utsatt svarfrist per e-post. Undersøkelsen ble avsluttet 11.1.17. Til sammen fikk 226 ansatte tilsendt spørreundersøkelsen, og ved utsendelsen mottok vi feilmelding på e-postadressen til fire ansatte. Videre fikk vi tilbakemelding fra fem ansatte om at de ikke arbeidet med målgruppen og dermed ikke skulle besvare undersøkelsen. Av de resterende 217 ansatte var det 116 som besvarte undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 53.

Resultatene fra spørreundersøkelsene må betraktes som «øyeblikksbilder» fra undersøkelses-perioden, og vi tar forbehold om at situasjonen i hjemmetjenestene kan være endret etter at spørreundersøkelsene ble gjennomført.

[12] I forespørselen til kommunen skrev vi følgende. «Hvis pårørende mangler, eventuelt hvis avdelingen opplever at verge kjenner tjenestemottaker bedre enn pårørende, ber vi om postadresse til verge.»

[13] Bakgrunnen for dette er at vi ved gjennomføring av andre spørreundersøkelser i helse- og omsorgstjenester har erfart at det kan være noen feil i adresselister vi mottar fra kommuner. Det kan eksempelvis skyldes at ansatte i samme avdeling/enhet kan ha ulike arbeidsoppgaver, og det kan være vanskelig å skille ut hvem som er i målgruppen for vår undersøkelse. Det kan også skyldes at vikarer bytter arbeidssted ofte, og at adresselistene ikke er oppdaterte i forhold til det.

[14] Internettbasert verktøy for spørreundersøkelser

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Med datamaterialets gyldighet og pålitelighet menes henholdsvis om dataene vi har samlet inn i undersøkelsen, utgjør et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp mot revisjonskriteriene og problemstillingene, og om datamaterialet er beheftet med feil.

Revisors vurderinger av kommunens systemer i hjemmetjenestene baserer seg på dokumentasjon i form av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer, avdelingenes skriftlige rutiner samt relevante muntlige og skriftlige tilleggsopplysninger fra avdelings- og enhetsledere i hjemmetjenesten og omsorgsfaglig rådgiver. Vi har også lagt til grunn informasjon fra ansattes og pårørendes besvarelser av spørreundersøkelsene vedrørende opplevd kvalitet i tjenestene. Før utsending av spørreskjema framla vi det for kommunen for kommentarer/innspill som bidrag til å sikre at spørsmålene var relevante og forståelige.

At spørreundersøkelsen på grunn av feil i adresselistene ble sendt til ansatte som ikke er relevante informasjonskilder for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, innebærer en risiko for at vi kan ha fått inn enkelte upålitelige og ugyldige data. Ved utsendelse av spørreundersøkelsen ba vi om tilbakemelding dersom mottaker mente han/hun ikke arbeidet med målgruppen, og fem ansatte ga tilbakemelding til revisor om at de ikke var aktuelle respondenter. Dette bidrar etter revisors oppfatning til å redusere risikoen for upålitelige og ugyldige data. Noen få av de ansatte som besvarte undersøkelsen ga i utdypende kommentarer uttrykk for å ikke yte tjenester til målgruppen, og vi vurderer det som lite sannsynlig at dette gjelder et større antall. I tillegg var det mulig å hoppe over eller svare *vet ikke* på de aller fleste spørsmål i spørreskjemaet dersom respondentene eventuelt følte de ikke hadde grunnlag for å besvare spørsmålene. Dette gjør at vi vurderer dataene fra spørreundersøkelsen som pålitelige og relevante.

Vi vurderer også den skriftlige dokumentasjonen som relevant fordi den omhandler systemer/ rutiner/prosedyrer som skal bidra til kvalitet i hjemmetjenestene og dermed gjelder problemstilling 1 i forvaltningsrevisjonsprosjektet. Vi har fått supplerende muntlige og skriftlige opplysninger, i hovedsak fra avdelings-/enhetsledere og omsorgsfaglig rådgiver, og anser disse som relevante kilder til informasjon da de må forutsettes å ha innsikt i og oversikt over det aktuelle området.

Når 53 % av de 217 aktuelle ansatte besvarte spørreundersøkelsen, vurderer vi dataene fra spørreundersøkelsen som tilstrekkelige for å gi indikasjoner på ansattes opplevelser av kvaliteten i hjemmetjenestene. Svarprosenten på spørreundersøkelsen blant pårørende var imidlertid på 32, og vi vurderer dataene fra den delen av spørreundersøkelsen som ikke helt tilstrekkelige. Dataene er likevel egnet til å gi interessante indikasjoner på hvordan pårørende opplever kvaliteten i hjemmetjenestene. Spørreundersøkelsen omhandler opplevd kvalitet, altså subjektive opplevelser av kvaliteten i hjemmetjenestene. Helse- og omsorgstjenester er rettet mot enkeltpersoner og skal ivareta den enkeltes behov. For denne typen tjenester som er individuelt tilpasset, kan opplevelsen til den enkelte pårørende/tjenestemottaker være mer interessante enn gjennomsnittskåren. Selv om svarprosenten blant pårørende (32 %) ikke er helt tilfredsstillende, har vi vektlagt resultatene fra spørreundersøkelsen i vurderingene våre tilknyttet problemstilling 1, med bakgrunn i at de er egnet til å si noe om hvordan kvaliteten i tjenestene til den enkelte tjenestemottaker oppleves. For øvrig er spørreundersøkelsesresultatene representative bare for synspunktene til de som har besvart undersøkelsen.

Med henvisning til ovenstående redegjørelse og drøfting vurderer revisor det samlede datamaterialet som et tilstrekkelig og relevant grunnlag for revisors vurderinger og konklusjoner.

Vi har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet og sammenliknet de ulike typer data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi fremlagt datamaterialet for administrasjonen og korrigert påviste faktafeil. På bakgrunn av forannevnte vurderinger, sammenlikninger og verifiseringer forutsetter vi at det ikke er vesentlige feil i datamaterialet som presenteres i rapporten.

På et overordnet nivå har revisor også søkt å sikre påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

3.3 Spørreundersøkelsene – begreper og bakgrunnsvariabler

I presentasjonen av funn fra spørreundersøkelsene bruker vi følgende begreper:

- *Respondenter:* Personer som har besvart spørreundersøkelsen
- *Ansattrespondenter:* Ansatte i Harstad kommune som jobber med hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming og som har besvart spørreundersøkelsen
- *Pårørenderespondenter:* Pårørende og verger til personer med psykisk utviklingshemming som mottar hjemmetjenestene hjemmesykepleie og praktisk bistand og som har besvart spørreundersøkelsen.
- *Gjennomsnittsskår:* Gjennomsnittsverdien av respondentenes svar når spørsmål ble besvart med alternativer tilordnet en tallverdi i henhold til skalaen presentert i tabell 1
- *Svarfordeling:* Hvordan respondentenes svar fordeler seg på de ulike svaralternativene i tabell 1 når respondenten ble bedt om å besvare spørsmål med et av disse alternativene.
- *n:* Oppgis i tilknytning til det enkelte spørsmål og angir antallet respondenter som har besvart spørsmålet

I rapporten framstiller vi resultater fra spørreundersøkelsene blant annet i tabeller. Tittelen til hver tabell gjenspeiler spørsmålet fra spørreundersøkelsen slik det ble stilt til de ansatte, og i fotnote gjengir vi spørsmålet slik det ble stilt til pårørende. Enkelte spørsmål hadde en veiledningstekst hvor innholdet i spørsmålet ble konkretisert. Der det er aktuelt refererer vi veiledningsteksten til det enkelte spørsmål.

På de fleste spørsmålene i undersøkelsen valgte respondentene mellom svaralternativene med tilhørende verdier som er oppgitt i tabell 1. I tabell i tilknytning til det enkelte spørsmål oppgir vi svarfordeling, gjennomsnittsskår og hvilket svaralternativ gjennomsnittsskåren til ansatte og pårørende ligger nærmest (jf. tabell 1). På en del spørsmål hadde respondentene anledning til å svare *vet ikke*. Andelen som har svart *vet ikke*, oppgis i tilknytning til det enkelte spørsmål. Svaralternativet *vet ikke* er ikke tilordnet tallverdi og påvirker dermed ikke gjennomsnittsskåren.

Tabell 1: Svaralternativer i spørreundersøkelsen

Verdi	Betydning
1	I svært liten grad / helt uenig
2	I liten grad / nokså uenig
3	I middels grad / verken enig eller uenig
4	I stor grad / nokså enig
5	I svært stor grad / helt enig

I spørreundersøkelsene hadde respondentene anledning til å gi utdypende kommentarer til spørsmålene i fritekstfelt. Fritekstkommentarer fra ansatte og pårørende presenteres i tilknytning til

det enkelte spørsmål/tema. Enkelte spørsmål i undersøkelsen ble stilt som fritekstspørsmål, som vil si at respondenten ikke besvarte dem med tilordnede alternativer.

Innledningsvis i spørreundersøkelsen besvarte ansatte spørsmål om arbeidssted, stilling og ansettelsestid. Alle enheter[15] og alle yrkesgrupper[16] som yter praktisk bistand og hjemmehjelp til personer med psykisk utviklingshemming, er representert i besvarelsene. Vi stilte også spørsmål til ansatte om hvor mye de arbeidet, uavhengig av stillingsbrøken i deres kontrakt. Det vil si at vi ba dem om å legge til grunn hvor mange vakter de faktisk jobbet og hvor mye det tilsvarte i stillingsstørrelse. Flertallet (78 %) av ansatte som besvarte undersøkelsen, svarte at de arbeidet i stilling tilsvarende 50 – 100 %.[17]

Også pårørende fikk noen bakgrunnsspørsmål innledningsvis i spørreundersøkelsen. På spørsmålet «Besvares denne spørreundersøkelsen i samarbeid med tjenestemottaker?» svarte 27 % av respondentene *ja*. Videre oppga 57 % av respondentene at tjenestemottaker mottok hjemmetjenesten praktisk bistand, mens 43 % av respondentene svarte at tjenestemottaker mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie.[18]

Antall tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming som på undersøkelsestidspunktet mottok praktisk bistand og hjemmesykepleie varierte fra fire ved Omsorg Stangnes til 24 tjenestemottakere ved Omsorg Nord. Det er også variasjon i hvor mange pårørende ved hver avdeling som har besvart undersøkelsen. Av hensyn til avidentifisering oppgir vi ikke antall pårørende ved hver enhet som har besvart undersøkelsen. I presentasjonen av resultatene oppgir vi gjennomsnittsskår og svarfordeling for pårørende ved alle enhetene samlet og ikke ved den enkelte enhet.

Det er ulikt antall ansatte ved de ulike avdelingene som inngår i undersøkelsen. Spørreundersøkelsen omfattet også vikarer i tjenestene. I tabell 2 følger oversikt over svarprosenten ved den enkelte avdeling.[19]

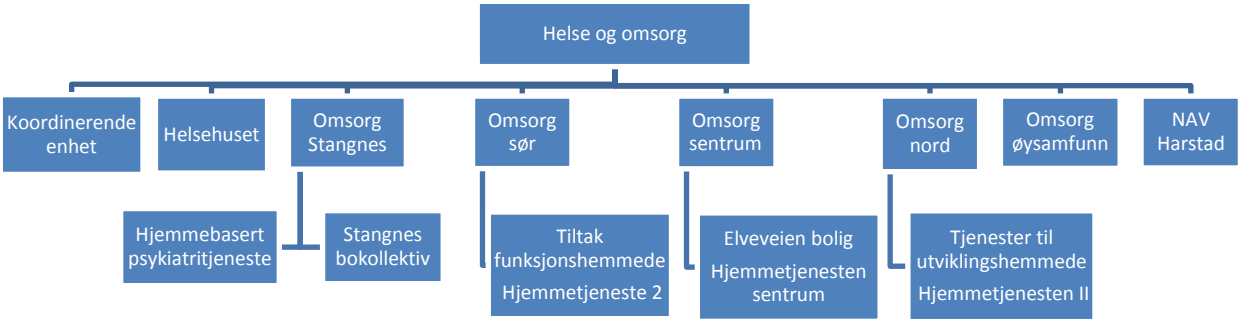
Tabell 2: Svarprosent ved avdelingene, ansatte

Avdeling	Antall svar/antall mulige respondenter	Svarprosent
Omsorg Nord – hjemmetjeneste 2	41/67	61 %
Omsorg Sør – hjemmetjeneste 2	36/66	55 %
Omsorg Sentrum – Elveveien bolig	12/28	43 %
Omsorg Stangnes – Stangnes bofellesskap og hjemmebasert psykiatritjeneste	27/56	48 %
TOTALT	**116/217**	**53 %**

[15] Omsorg Sør, Omsorg Nord, Omsorg Sentrum og Omsorg Stangnes
[16] Sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider, hjelpepleier, miljøterapeut, sosionom/sosialkurator og assistent var svaralternativene i spørreundersøkelsen. Vi ba ansatte velge det alternativet som passet best med deres utdanning dersom de ikke fant sin stillingsbetegnelse blant svaralternativene.
[17] Det var 3 % som svarte at de arbeidet mindre enn 20 % stilling, 8 % svarte at de arbeidet 20-50 % stilling, og 11 % svarte *vet ikke*.
[18] Harstad kommunes definisjoner av tjenestene hjemmesykepleie og praktisk bistand inngikk som veiledningstekst til spørsmålet.
[19] Spørreundersøkelsen blant ansatte omfattet de som arbeider med hjemmesykepleie eller praktisk bistand til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, jf. informasjon i kapittel 3.1.

4 HJEMMETJENESTER I HARSTAD KOMMUNE

Figur 1: Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Harstad kommune



Det fremgår av figur 1 at det er åtte enheter innenfor *Helse og Omsorg* i Harstad kommune. Koordinerende enhet er en av disse. Søknader om hjemmetjenester og andre helse- og omsorgstjenester i Harstad kommune tas imot og behandles av Koordinerende enhet. I saksbehandlingsprosessen innhenter enheten opplysninger fra søkeren, fra pårørende der det er naturlig, eller fra fastlege, sykehuspersonell eller andre tjenesteytere søkeren er i kontakt med og fra NAV. Rollen som kommunens koordinerende enhet innebærer behandling av søknader om individuell plan (IP) og om koordinator samt systemansvar for opplæring og veiledning av koordinatorer. Det er også denne enheten som utarbeider avtaler med samarbeidspartnere vedrørende IP/koordinator/ansvarsmatrise[20]. Koordinerende enhet skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunen og helseregionen, og skal være kontaktpunkt for samarbeid. På individnivå skal enheten medvirke til at habiliterings- og rehabiliteringstilbud samordnes, og at brukerens ønsker og behov ivaretas gjennom hele forløpet.

Som figur 1 viser, er det enheter innenfor *Helse og Omsorg* som yter tjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming; Omsorg Stangnes, Omsorg Sør, Omsorg Sentrum og Omsorg Nord. Det varierer hvordan tjenestemottakerne i målgruppen bor; bofellesskap eller separate boliger i tilknytning til bofellesskap, omsorgsboliger eller opprinnelige hjem. Avhengig av behovet til personen(e) som bor der, har noen boliger heldøgns bemanning, andre ikke. Det er stor variasjon imellom – og innad i enheter med flere brukere – hvilke tjenester som gis; fra én time per uke til heldøgns omsorg. De mest vanlige tjenestene til denne brukergruppen er praktisk bistand og hjemmesykepleie. Eksempler på andre typer tjenester som gis, er støttesamtaler, avlastning, dagsentertilbud, omsorgslønn og støttekontakt.

Denne rapporten konsentrerer seg om to typer hjemmetjenester; hjemmesykepleie og praktisk bistand. Harstad kommune har beskrevet disse tjenestetilbudene i sin kvalitetshåndbok. *Hjemmesykepleie* gis med bakgrunn i nødvendig helsehjelp og kan omfatte behandling, pleie og omsorg. Målet for tjenesten er å arbeide forebyggende for å unngå ytterligere forverring av funksjonsnivået og å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen. Tjenesten er døgnbasert og kan omfatte blant annet hjelp til personlig hygiene og nødvendig pleie, omsorg og behandling. Målgruppen er personer som bor eller midlertidig oppholder seg i Harstad kommune og som på grunn av helsesvikt trenger behandling, helse- og omsorgshjelp av fysisk og psykisk art.

[20] En mal som beskriver ulike funksjoner og roller samt ansvarsdelingen mellom rollene i en konkret sak.

Målgruppen for tjenesten *praktisk bistand* er personer som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengige av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Tjenesten kan omfatte hjelp til renhold i boligen, klesvask, bistand til tilberedning av tørrmat og middag, opplæring eller assistanse til dusj og påkledning.

Omsorg Sør: Tiltak funksjonshemmede, Hjemmetjeneste 2
Avdelingen yter tjenester til 23 personer med psykisk utviklingshemming som har vedtak om praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie. Tjenestemottakerne bor enten i omsorgsboliger eller i private boliger. I tillegg til praktisk bistand og hjemmesykepleie organiserer avdelingen avlastnings- og dagsentertilbud[21] til tjenestemottakere som sorterer under Omsorg Sør, Omsorg Nord og Omsorg Sentrum.

Avdelingen har 33 fast ansatte i turnus på dag/aften og syv fast ansatte i nattevaktstilling. Av disse er rundt halvparten miljøterapeuter, hvor de fleste er utdannet vernepleiere, men avdelingen har også barnevernspedagoger, førskolelærere, sosialpedagog og ansatte med tverrfaglig spesialutdanning. Avdelingen har 14 fagarbeidere; helsefagarbeidere (flertallet), barne- og ungdomsarbeidere og hjelpepleiere. I tillegg har avdelingen seks ufaglærte/assistenter, hvorav tre holder på med utdanning (helsefagutdanning og sykepleie). Turnusen for dag/aften ved avdelingen består av 48 personer som utgjør 27,6 årsverk. Av denne turnusen fremgår det at avdelingen har vakante stillinger tilsvarende 4,23 årsverk. Nattjenesten har turnus som utgjør 5,8 årsverk, hvorav 0,18 årsverk er vakante. Medregnet vikarer har avdelingen 66 ansatte som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemming.

Omsorg Nord: Tjenester til utviklingshemmede – Hjemmetjeneste 2
Avdelingen yter hjemmetjenester til 24 tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, som bor i samlokaliserte leiligheter i ulike bygg. Omsorg Nord har ikke dagsenter eller bofellesskap.

Avdelingen har 47,01 årsverk i turnus som yter tjenester til målgruppen for undersøkelsen. Av disse årsverkene er 26,8 høyskolestillinger (sykepleier, vernepleier, sosionom, barnevernspedagog og fysioterapeut). Videre er 10,07 årsverk fagarbeiderstillinger (hjelpepleier, omsorgsfagarbeider). Avdelingen har 3,80 årsverk med assistentstillinger som er besatte og 6,34 assistentstillinger på helg som er ubesatte. Avdelingen har ni ansatte med ulike typer videreutdanning. Medregnet vikarer har avdelingen 80 ansatte som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemming.

Omsorg Sentrum: Elveveien bolig - hjemmetjenesten Sentrum
Hjemmetjenesten Sentrum yter praktisk bistand og hjemmesykepleie til 18 tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming. Ti av disse bor i to samlokaliserte døgnbemannede enheter, mens de øvrige bor i leiligheter i sentrum. Hjemmetjenesten Sentrum tilbyr også avlastning, omsorgslønn og støttekontaktordning. Noen av tjenestemottakerne har dagsenterplass ved Omsorg Sør.

Avdelingen har 18 fast ansatte; to sykepleiere, fem vernepleiere, ni hjelpepleiere/omsorgsfagarbeidere og to assistenter. To av vernepleierne har videreutdanning i psykisk helse.[22] I tillegg har avdelingen tre assistenter på kontrakt for helgearbeid. Turnusen ved avdelingen har 24 personer som utgjør 16,4 årsverk. Det fremgår av turnusen at avdelingen har fire vakante deltidsstillinger for

[21] Kanebogen avlastning er en avdeling som gir tilbud om avlastning til barn og unge 0-18 år. Omsorg Sør har også tjenestemottakere som har tilbud om privat avlastning på Grøtavær brygge og Trollstein gård. Dagsentertilbudet består av tre underavdelinger: *Kanebogen* som gir tilbud om snozelen – sansestimulerende aktiviteter oppbygd i samarbeid med Universitetet i Tromsø. *Novkollen* gir i stor grad tilbud om uteaktivitet, produksjon av ved med videre. *Olavsgården* har ulike tilbud som dans, teater, film, kunst, kjøkken/kantinedrift og vaskeri.
[22] En av disse er per februar 2017 i permisjon.

vernepleier, som til sammen utgjør 0,79 årsverk. Medregnet vikarer har avdelingen 28 ansatte som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemming.

Omsorg Stangnes: Stangnes bokollektiv og Hjemmebasert psykiatritjeneste
Omsorg Stangnes har to avdelinger som yter hjemmetjenester til blant annet personer i målgruppen for undersøkelsen; Stangnes bokollektiv har én tjenestemottaker med psykisk utviklingshemming, mens Hjemmebasert psykiatritjeneste har tre.

Stangnes bokollektiv er et døgnbemannet bofellesskap som yter heldøgns tjenester til én person med psykisk utviklingshemming. Boenheten har til sammen seks tjenestemottakere. Avdelingen har 21 ansatte; seks sykepleiere, åtte hjelpepleiere, to omsorgsarbeidere, en barnevernspedagog og fire assistenter. Medregnet vikarer er det 21 ansatte ved avdelingen som yter tjenester til personen med psykisk utviklingshemming.

Hjemmebasert psykiatritjeneste yter tjenester til om lag 350 tjenestemottakere, og av disse er det tre med psykisk utviklingshemming. Tjenestene til disse tre gis i form av hjemmebesøk med oppfølging av helsetilstand, støttesamtaler og tilbud om aktivisering. Én av tjenestemottakerne har også bistand til administrering av medikamenter og får utlevert multidose[23] hver 14. dag. Avdelingen har 36 ansatte som er sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, omsorgsfagarbeidere og assistenter. Ifølge avdelingsleder har flertallet av de ansatte videreutdanning innen psykiatri og rus samt veiledningskompetanse og kompetanse på ungdoms-/familieproblematikk. Tjenestetilbudet fra denne avdelingen er organisert i grupper slik at det blir færre ansatte å forholde seg til for den enkelte tjenestemottaker. To av gruppene arbeider med de tre personene som inngår i målgruppa for undersøkelsen. Den ene arbeidsgruppa består av sosionom, hjelpepleier, vernepleier og to sykepleiere, og den andre består av sykepleier, barnevernspedagog og to vernepleiere.

I det videre omtaler vi for enkelhetsskyld de ulike avdelingene ved enhetenes navn; Omsorg Sør, Omsorg Nord, Omsorg Sentrum og Omsorg Stangnes. Der det er relevant, vil vi skille mellom de to avdelingene ved Omsorg Stangnes.

[23] Multidose er legemidler som blir maskinelt pakket i multidoseposer. Posen merkes med navn, innhold, dato og tidspunkt for når legemidlene skal tas.

5 SYSTEMER FOR Å IVARETA TJENESTEMOTTAKERS BEHOV

Revisjonskriterier

Kommunen bør ha system for

- å kartlegge den enkeltes ønsker, behov og ressurser før hjemmetjenester innvilges
- samhandling om personer med langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester
- å fange opp endringer i tjenestemottakernes behov
- å yte hjemmetjenester i tråd med vedtak og tjenestemottakers kartlagte behov

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, kvalitetsforskriften inkl. veileder, ny og gammel «internkontrollforskrift»

5.1 Kartlegging før innvilgelse av hjemmetjenester

Revisors funn

Harstad kommune har søknadsskjema for kommunale helse- og omsorgstjenester hvor det skal oppgis en del personalia og informasjon om søker, herunder beskrivelser av funksjonsnivå og hjelpebehov. Koordinerende enhet behandler søknaden, og kommunen har en skriftlig prosedyre for søknadsbehandlingen; *Tildeling av pleie- og omsorgstjenester*[24]. Formålet med prosedyren er å *sikre at alle som har rett til helse- og omsorgstjenester i Harstad kommune, gis en forsvarlig og lik saksbehandling, og tildeles tjenester etter behov, vurdert opp mot lovverket og godkjente tjenestebeskrivelser*. Prosedyren gjelder for flere typer helse- og omsorgstjenester, blant annet praktisk bistand og hjemmesykepleie. Det følger av prosedyren at søknad skal registreres, og enhetsleder ved Koordinerende enhet skal oppnevne saksbehandler. Når saksbehandlingen starter, skal saksbehandler avtale hjemmebesøk og/eller samtale med søker. Harstad kommune har en egen prosedyre for *Første hjemmebesøk*[25] som sier at det i hovedsak skal være to personer med forskjellig kompetanse med på hjemmebesøk. Det følger av prosedyren at hjemmebesøket/samtalen gjennomføres for å:

- *Kartlegge søkerens reelle behov*
- *Gi informasjon om søkerens rettigheter og plikter*
- *Informere om egenomsorg, bruk av egne ressurser og ansvar for egen situasjon*
- *Kartlegge søkers nettverk/privat hjelp*
- *Kartlegge behov for hjelpemidler*
- *Informere om saksbehandlingstid*
- *Informere om forutsetninger for å kunne motta tjenester, viser til skjema for arbeidsplasskartlegging med veiledning*
- *Under hjemmebesøket skal det fylles ut Iplos, og informasjonsbrosjyre gjennomgås*

Videre skal arbeidsplasskartleggingsskjema utfylles i samarbeid med søkeren og eventuelt pårørende. Saksbehandler skal også innhente legeopplysninger og andre faktaopplysninger i saken. Med bakgrunn i innhentede opplysninger gjør saksbehandler vurdering og innstiller til vedtak. Vedtak fattes av enhetsleder i Koordinerende enhet. Det fremgår også av prosedyren at dersom søker tidligere har søkt om helse- og omsorgstjenester, kan saksbehandler bygge på informasjon fra

[24] Dok.id.: I.3.3.2-15. Denne prosedyren skulle vært revidert 1.11.15. Revisor har fått opplyst fra vår kontaktperson i kommunen at prosedyren fremdeles gjelder og er i bruk selv om revisjonsdato er passert.
[25] Dok.id.: I.3.3.6.3-2

tidligere saker eller på grunnlag av telefonsamtale med søker, pårørende og utøvende enheter. Harstad kommune har også sjekkliste for tildeling av pleie- og omsorgstjenester med sjekkpunkter for førstegangs saksbehandling.

Ifølge kommunens prosedyre *Tildeling av boliger til behandling, pleie og omsorgsformål*[26] skjer tildeling av omsorgsboliger etter følgende vurderingsgrunnlag:

- *Søkers funksjonsnivå, hjelpebehov og medisinske opplysninger*
- *Nåværende boligs egnethet, beliggenhet og eksisterende tjenestetilbud i området*
- *Eksisterende nettverk i området*
- *Hensyn til øvrige beboere*

I møte med revisor har avdelingslederne med ansvar for hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming forklart at det er Koordinerende enhet som tar seg av all saksbehandling ved søknad om praktisk bistand eller hjemmesykepleie, herunder kartlegging og hjemmebesøk. Det er først når vedtaket er fattet, at hjemmetjenesten kommer i kontakt med nye tjenestemottakere. Unntaket er tjenestemottakere som har hatt tjenester fra Barne- og ungdomstjenester der hjemmetjenesten involveres i saksbehandlingen gjennom overføringsmøter når tjenestemottaker fyller 18 år.

Revisors vurdering
Revisjonskriteriet om at kommunen skal ha system for å kartlegge den enkeltes ønsker, behov og ressurser før hjemmetjenester innvilges, vurderes som oppfylt.

5.2 Samarbeid og koordinering av tjenester

Revisors funn
Harstad kommunes fellesprosedyre *Samhandling mellom koordinerende enhet og øvrige enheter i helse, pleie og omsorg*[27] er utformet med sikte på å ivareta pasient/bruker gjennom saksbehandling og gjennom utførelse av tjenesten. Av prosedyren fremgår det at Koordinerende enhet har ansvar for blant annet å saksbehandle innkomne søknader, fatte vedtak og behandle meldinger om endring og evaluering av tjenestebehov. Når det gjelder samhandling med andre enheter, har Koordinerende enhet ansvar for å delta på budsjettmøter mellom enhetene, delta på samhandlings-/ansvarsgruppe-møter etter innkalling og å innkalle til kvartalsvise møter med enhetene. Utførende enhet har ansvaret for å innkalle Koordinerende enhet til samarbeidsmøter ved behov.

Kommunen har også fellesprosedyre for samhandling mellom hjemmetjenesten og nattjenesten.[28]

Harstad kommune har inngått samarbeidsavtale med Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).[29] Avtalen er tilgjengelig i kommunen elektroniske kvalitetshåndbok og består av en overordnet samarbeidsavtale samt elleve tjenesteavtaler for ulike oppgaver/tjenesteområder. Avtalene med UNN omhandler samhandling mellom helseforetaket og kommunen på en rekke områder, herunder kommunikasjon, inn- og utskrivning på sykehus, samarbeid i utformingen av tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester med videre.

[26] Dok.id.: I.3.3.2-14
[27] Dok.id.: I.3.3.2-7.
[28] Dok.id.: I.3.3.6.3-12
[29] Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Koordinerende enhet tar imot og behandler søknader om individuell plan (IP) og koordinator, og har systemansvaret for opplæring og veiledning av koordinatorer. Søknad om individuell plan og koordinator inngår ikke i søknad om helse- og omsorgstjenester og gjøres i eget søknadsskjema. Avdelings-/enhetslederne har opplyst til revisor at alle tjenestemottakere får tilbud om individuell plan, men ikke alle benytter seg av tilbudet eller har behov for det. Avdelings-/enhetsledere opplyste at behovet for IP ofte er størst med hensyn til unge tjenestemottakere og i forbindelse med overgang fra et tjenesteområde til et annet. De fortalte at tiltaksplanen i *Profil* ofte dekker behovet, og at noen tjenestemottakere derfor ikke har behov for IP. Ifølge avdelings-/enhetslederne har alle avdelingene egen IP-koordinator. Harstad kommune har egen mal for hvordan individuell plan skal utformes.

I spørreundersøkelsen fikk både ansatte og pårørende spørsmålet «Hvordan opplever du samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sentrale samarbeidsparter?»[30] Det var 45 ansattrespondenter som besvarte spørsmålet, og det store flertallet ga uttrykk for at de i all hovedsak opplever samarbeidet med sentrale samarbeidsparter som godt. Flere ansattrespondenter trakk frem *Profil* og elektronisk meldingstjeneste (E-melding) som gode bidrag til kommunikasjon/samarbeid med andre instanser. Enkelte ansattrespondenter kommenterte at det kan ta litt tid å få avklaringer/tilbakemelding fra andre instanser (eksempelvis fastlege). Det ble også kommentert at det kan ta tid å få epikrise etter sykehusinnleggelse og å få oppdaterte medisinlister fra UNN/fastlege. Enkelte ansatte har også kommentert at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og andre instanser (koordinerende enhet, psykiatritjenesten NAV) når det gjelder tjenestemottakere med psykiske lidelser, kunne vært bedre.

Åtte pårørenderespondenter besvarte spørsmålet. Flere av disse uttrykte at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sentrale samarbeidsparter fungerer bra. Enkelte kommenterte at det kan oppstå utfordringer ved ansattes fravær. Én respondent svarte at samarbeidet mellom Harstad kommune og habiliteringsenheten ikke fungerer, mens en annen ga uttrykk for utfordringer i samarbeidet med Koordinerende enhet. En tredje respondent ga uttrykk for at det ikke virker som kommunen og Fylkesmannen har dialog om hvilken oppfølging tjenestemottaker bør/skal ha av verge.

I revisjonens spørreundersøkelse fikk pårørende spørsmål om koordinering av tjenester. Resultatene som er framstilt i tabell 3, indikerer at knapt en fjerdedel av pårørenderespondentene opplever at Harstad kommune samlet sett lykkes godt med å koordinere ulike tjenester for å imøtekomme tjenestemottakers behov. I utdypende kommentarer uttalte en respondent at tjenestetilbudet i omsorgsenhetene bør ses på med nye øyne og i større grad organiseres utfra et brukerperspektiv der brukernes behov er styrende for organiseringen av tjenestene. To respondenter kommenterte at koordineringen mellom Koordinerende enhet og utøvende enheter er for dårlig/ikke god nok.

Tabell 3: I hvor stor grad opplever du/dere at Harstad kommune samlet sett lykkes med å koordinere ulike tjenester for å imøtekomme tjenestemottakers behov?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=22)	0 %	18 %	46 %	9 %	14 %	**3,21** ***≈ i middels grad***	14 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Vi ser av tabell 4 på neste side at vel en fjerdedel av pårørenderespondentene ga lav skår på spørsmål om de opplever at Harstad kommune har gitt dem tilstrekkelig informasjon om kommunale

[30] Spørsmålet hadde følgende veiledningstekst: «Avhengig av den enkelte tjenestemottakers behov, kan det være nødvendig for hjemmetjenesten å samarbeide med spesialisthelsetjeneste, fastlege og/eller andre samarbeidsparter. Vi ber deg kommentere hvordan du opplever slikt samarbeid. Vi ber deg spesielt om å kommentere hvis du opplever at det er svakheter/mangler i samarbeidet, og i samarbeid med hvilke(n) instanser.»

tjenestetilbud. Omtrent like stor andel av respondentene virker ifølge svarene på spørsmålet å være fornøyde med kommunens informasjon om kommunale tjenestetilbud. I utdypende kommentarer har fire respondenter gitt uttrykk for å ha fått for dårlig informasjon om andre kommunale tjenestetilbud, eksempelvis om mulighet for å søke om støttekontakt. Enkelte har også påpekt for dårlig informasjon om eksisterende tjenestetilbud. Én respondent har kommentert at de har fått god hjelp og informasjon, også om andre kommunale tjenestetilbud enn det som ble søkt om.

Tabell 4: I hvor stor grad opplever du/dere at Harstad kommune har gitt deg/dere tilstrekkelig informasjon om kommunale tjenestetilbud?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=22)	0 %	27 %	41 %	23 %	5 %	**3,05** ***≈ i middels grad***	5 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Revisors vurdering
På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen oppfyller kriteriet om å ha system for samhandling om personer med langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester. Resultatene fra spørreundersøkelsen tilsier imidlertid at en del pårørende i noe grad savner informasjon og opplever at kommunen ikke helt lykkes med å informere om det kommunale tjenestetilbudet.

5.3 Oppfølging av tjenestemottakers behov

Revisors funn
Ifølge prosedyren *Primær og sekundærkontakt i hjemmetjenesten*[31] skal alle tjenestemottakere ha egen primær- og sekundærkontakt. Primærkontakten skal sikre at:

- *Tjenestemottaker får kontinuerlig oppfølging og tilbud/hjelp tilpasset individuelle behov*
- *Tjenestemottaker får oppfylt sine rettigheter overfor helse/sosialtjenesten*
- *Respekten for den enkelte tjenestemottakers liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt (Pasientrettighetsloven § 1 - 1)*
- *Tjenestemottaker, pårørende eller hjelpeverge er informert om hvem som er primær/sekundærkontakt (eventuelt andre delegerte ansvarlige)*

Det følger av prosedyren at det skal tilstrebes at primær- og sekundærkontakt er autorisert helsepersonell valgt ut fra pasientens behov for kompetanse. Prosedyren inneholder nærmere beskrivelser av primærkontakt sitt ansvar. Primærkontakt har hovedansvar for at ulike prosedyrer og rutiner blir ivaretatt, samt for å kartlegge behov og påse at de ulike behov blir ivaretatt. Videre har primærkontakt ansvar for å kalle inn til møter rundt den enkelte tjenestemottaker ved behov og for å påse at lovpålagte og nødvendige planer blir utarbeidet, fulgt opp og jevnlig evaluert. Primærkontakt skal jevnlig gi tilbud om avtalt samtale med tjenestemottaker og også ha kontakt med pårørende og verge der det er naturlig. Ved behov skal primærkontakt også innhente tverrfaglig kompetanse for å ivareta tjenestemottakers behov; lege, tannlege, ergoterapeut, fysioterapeut m.v. Det er primærkontakts ansvar å sørge for at viktig og nødvendig informasjon om tjenestemottaker blir gitt til medarbeidere og ledelse. Det følger av prosedyren at primærkontakt kan delegere ansvar til sekundærkontakt.

[31] Dok.id.: I.3.3.6.3-7

Prosedyren *Dokumentasjon i Visma Unique Profil*[32] angir hvilke krav det er til dokumentasjon i journal til tjenestemottakere som søker om helsetjenester fra Harstad kommune. Relevant og nødvendig helsehjelp skal dokumenteres, herunder: *Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.*

I møte med avdelings-/enhetslederne fikk revisor informasjon om rutiner og prosedyrer ved den enkelte avdeling, og noen av disse gjelder for den enkelte tjenestemottaker. Eksempelvis utarbeides det individuelle ukeplaner (ev. dagsplaner) og prosedyrer for hvordan ulike typer situasjoner skal håndteres. I *Profil* finnes også alle tiltak og planer tilknyttet den enkelte tjenestemottaker. Revisor ba om å få tilsendt alle slike planer/rutiner tilknyttet én tjenestemottaker ved hver enkelt avdeling.
Fra **Omsorg Sentrum** har vi fått tilsendt utskrifter av *Plan/Rapport* fra *Profil* vedrørende én tjenestemottaker. Av disse fremgår hovedmålsetting samt prosedyrer som gjelder vedkommende. Hovedmålsettingen er å opprettholde nåværende funksjoner og at tjenestemottaker skal være mest mulig selvstendig i det daglige. Personalet skal følge opp rutiner og observere/dokumentere mulige endringer i tjenestemottakers helsetilstand. Videre er det beskrevet tiltak og prosedyre for tolv ulike områder for denne tjenestemottakeren. Dette omfatter eksempelvis prosedyre for praktisk bistand i hjemmet, praktisk bistand ved innkjøp og medikamentadministrering. Under plankategorien «Samhandling andre instanser» er det oppgitt ulike kontaktpersoner; primærkontakt, sekundærkontakt, nærmeste pårørende, fastlege, hjelpeverge, arbeidsplass med videre.

I møte med avdelings-/enhetslederne fikk vi opplyst at tilsvarende dokumentasjon som den vi har fått fra Omsorg Sentrum, finnes i *Profil* for alle tjenestemottakere.

Fra **Omsorg Sør** har vi fått tilsendt eksempel på ukeplan og prosedyrer for hvordan ulike typer situasjoner skal håndteres. Ukeplanen inneholder detaljert informasjon om hva som skal gjøres i løpet av de enkelte ukedagene samt når det skal gjøres. Prosedyrer beskriver på et relativt detaljert nivå hvordan tjenesteyter bør bistå tjenestemottaker i ulike aktuelle situasjoner. Avdelingen har også prosedyrer for forebygging av utfordrende atferd samt hvordan personalet skal opptre dersom utfordrende atferd oppstår. Videre har avdelingen prosedyrer for hvordan personalet skal forholde seg til bruker for å oppnå ønsket atferd.

Fra **Omsorg Nord** har vi fått tilsendt eksempel på ukeplan for sosiale aktiviteter og dagsenter for en tjenestemottaker. Ukeplanen inneholder informasjon om hva som skal skje den enkelte ukedag - på dagtid og ettermiddag - samt klokkeslett for de ulike aktivitetene der det er relevant. Omsorg Nord har også sikkerhetsprosedyre for tjenesteyter som skal være sammen med enkelte brukere.

Fra **Stangnes bokollektiv** har vi fått informasjon om at de har et HMS-vedtak[33] tilknyttet bruker som gjelder for aktiviteter som skjer utenfor bokollektivet. For øvrig evalueres tjenestene til tjenestemottaker jevnlig, og det sendes endringsmeldinger dersom det er behov for det. Fra **Stangnes hjemmebasert psykiatritjeneste** har vi fått informasjon om at tjenestene evalueres kontinuerlig hvis det skjer endringer i brukers helsetilstand. Utover dette evalueres tjenesten årlig i forbindelse med at det skal fattes nye vedtak.

[32] Dok.id.: I.3.3.2-4

[33] Harstad kommune har skriftlig prosedyre for vurdering og tildeling av HMS-tid. Av denne fremgår det at Harstad kommune i utgangspunktet anser 1:1 bemanning som bedre enn 2:1 bemanning. Imidlertid kan HMS-tid innvilges når arbeidsmiljøloven tilsier det. HMS-tid innebærer at to tjenesteytere er sammen med tjenestemottaker.

I henhold til prosedyren *Samhandling mellom Koordinerende enhet og øvrige enheter i pleie, helse og omsorg*[34] er det utøvende enhet som har ansvar for å gi tjenester etter vedtak. I møte med revisor opplyste avdelings-/enhetslederne at det er mulig å ta ut eksempelvis månedlige tjenesterapporter i *Profil* for å kontrollere hvor mye som produseres av vedtakstimer. Imidlertid opplyste de at det er noen utfordringer ved å bruke dette som kontroll opp mot vedtatte timer på grunn av utfordring med registrering av timer som gjelder tjenestemottakere i samlokaliserte bofellesskap. Det blir ubalanse i den interne timeføringen når timene fordeles/telles, noe som gjør at regnestykket ikke går opp; avdelingene klarer ikke å produsere alle timene som er registrert i *Profil* og som står i vedtakene. Avdelings-/enhetslederne understreket imidlertid at tjenestemottakerne får de timene de skal ha, og at de ansatte er til stede for tjenestemottakerne.[35] For tjenestemottakere som ikke bor i samlokaliserte bofellesskap, er denne registreringen enklere, og det er lettere å undersøke om det er samsvar mellom antall vedtatte timer og produserte timer. Imidlertid har noen vedtak ordlyd som at tjenestemottaker skal ha *inntil* xx timer med eksempelvis praktisk bistand, noe som gjør det utfordrende å kontrollere om det er produsert «riktig» antall vedtakstimer.

Ansatte skal melde i avvikssystemet hvis tjenester ikke gis i henhold til vedtak. I 2016 ble det meldt 46 avvik som gjelder ikke utførte oppdrag iht. vedtak om hjemmetjenester for personer med psykisk utviklingshemming i Harstad kommune.[36] Avvikene gjelder tjenester som ikke ble utført eller tjenester som ikke ble utført slik de skulle, eksempelvis at tjenestene ble utført til feil tid. Vår gjennomgang viser at flertallet av disse avvikene skyldes personalmangel; personalet som har vært på vakt, har ikke hatt tid til å yte alle tjenester til alle tjenestemottakere. I hovedsak dreier dette seg om praktisk bistand som husvask og lignende. Enkelte av disse avvikene har oppstått fordi det har oppstått uforutsette situasjoner, eksempelvis at deler av personalet har blitt opptatt med å følge en tjenestemottaker til legevakt/sykehus eller har bistått annet personale med tjenester til andre tjenestemottakere. Et fåtall av avvikene dreier seg om at det ikke har vært personell med riktig kompetanse til å utføre den aktuelle tjenesten på vakt eller at det har oppstått misforståelser i personalet om hvem som skal gjøre hva ved innføring av nye arbeidsruter eller rutiner.

I spørreundersøkelsen fikk ansatte og pårørende spørsmål om forhold tilknyttet kvaliteten i hjemmetjenestene; tidsbruk, trivsel, trygghet, privatliv, respekt, kommunikasjon, informasjonsutveksling og etterlevelse av vedtak. I det videre presenterer vi undersøkelsesresultatene innafor disse temaene.

Tidsbruk, trygghet og trivsel

Av tabell 5 på neste side ser vi at ansattrespondentene i litt større grad enn pårørenderespondentene opplever at personalet har tilstrekkelig tid til den enkelte tjenestemottaker. Samtidig indikerer svarene at en relativt stor andel av begge respondentgruppene (omtrent en femtedel) opplever at personalet har for lite tid til tjenestemottakerne.

Syv ansattrespondenter ga utdypende fritekstkommentarer til dette spørsmålet, og flere av disse uttrykte at det ikke alltid er tilstrekkelig med tid til den enkelte tjenestemottaker. Det fremgår av kommentarene at disse respondentene opplever at det til dels er tid til å gjøre de «vanlige» arbeidsoppgavene, men at det ikke er rom for andre ting og at det ikke er tatt høyde for uforutsette hendelser. Enkelte ansatte har kommentert at det ikke er tilstrekkelig tid til «å se» den enkelte tjenestemottaker. Tre pårørende kommenterte at det varierer hvor god tid personalet har til

[34] Dok.id.: I.3.3.2-7
[35] Det ble også understreket at tjenestemottaker kan ha behov for alenetid og at det skal personalet respektere.
[36] Se kapittel 11.2 for informasjon om hvordan avvikene fordeler seg på de ulike enhetene.

tjenestemottaker, og ifølge én av disse er det tildelt nok timer, men personalet har ikke alltid tilstrekkelig fokus på tjenestemottaker.

Tabell 5: I hvor stor grad opplever du at du har tilstrekkelig tid til den enkelte tjenestemottaker?[37]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=113)	3 %	20 %	31 %	29 %	16 %	***3,35*** ***≈ i middels grad***	0 %
Pårørende (n=21)	5 %	14 %	33 %	29 %	5 %	***3,17*** ***≈ i middels grad***	15 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,73 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,00 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Svarene som er framstilt i tabell 6, indikerer at ansattrespondentene jevnt over opplever at tjenestemottakerne trives godt sammen med personalet. Pårørenderespondentene virker ikke å oppleve tjenestemottakernes trivsel sammen med personalet som like god. Vi ser at halvparten av pårørende som besvarte undersøkelsen, synes å være godt eller svært godt fornøyd på dette punktet. Svarfordelingen viser at én pårørende har brukt svaralternativet *i liten grad* og en annen *vet ikke*. Én pårørenderespondent har i spørreundersøkelsen forklart bruken av svaralternativet *vet ikke* med at som oppnevnt verge har han/hun av Fylkesmannen ikke satt av tid til å besøke tjenestemottaker.[38] Blant pårørende er det noen respondenter som har kommentert at tjenestemottakers trivsel sammen med personalet varierer med om det er kjent/ukjent personale.

Tabell 6: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker(ene) trives sammen med personalet?[39]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=115)	0 %	0 %	12 %	59 %	26 %	***4,14*** ***≈ i stor grad***	3 %
Pårørende (n=22)	0 %	5 %	41 %	36 %	14 %	***3,62*** ***≈ i stor grad***	5 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 4,24 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 4,04 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tabell 7 viser pårørenderespondentenes svar på spørsmål om i hvilken grad de opplever tjenestetilbudet som trygt for tjenestemottaker. Svarene kan forstås som at tilbudet jevnt over oppleves som trygt og at halvparten av respondentene opplever dette i stor eller svært stor grad.

Tabell 7: I hvor stor grad opplever du/dere tjenestetilbudet som trygt for tjenestemottaker?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=22)	5 %	5 %	36 %	27 %	23 %	**3,62** ***≈ i stor grad***	5 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Privatliv og respektfull behandling

Svarfordelingen i tabellene 8 og 9 indikerer at flertallet av både ansatt- og pårørenderespondentene opplever at hjemmetjenesten tar hensyn til privatlivet til tjenestemottakerne og at hjemmetjenesten

[37] I hvor stor grad opplever du/dere at personalet i hjemmetjenesten har tilstrekkelig tid til tjenestemottaker?
[38] Dette gjelder for flere spørsmål i spørreundersøkelsen.
[39] I hvor stor grad opplever du/dere at tjenestemottaker trives sammen med personalet fra hjemmetjenesten?

behandler tjenestemottakerne med respekt. På spørsmålet om respondentenes opplevelser av i hvilken grad hjemmetjenesten behandler tjenestemottakerne med respekt, var det relativt stor differanse mellom gjennomsnittsskårene ved de ulike avdelingene/enhetene for ansatte.

Tabell 8: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten tar hensyn til privatlivet til tjenestemottaker(ne)?[40]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=115)	1 %	4 %	23 %	48 %	24 %	**3,91** ***≈ i stor grad***	2 %
Pårørende (n=22)	0 %	5 %	27 %	41 %	23 %	**3,86** ***≈ i stor grad***	5 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 4,16 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,72 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tabell 9: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten behandler tjenestemottaker(ne) med respekt?[41]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=113)	0 %	1 %	11 %	41 %	44 %	**4,33** ***≈ i stor grad***	4 %
Pårørende (n=22)	0 %	5 %	27 %	36 %	23 %	**3,85** ***≈ i stor grad***	9 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 4,67 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,72 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tretten ansattrespondenter ga utdypende kommentarer til spørsmålene om privatliv og respekt.[42] Flere kommenterte at det enkelte ganger kan være vanskelig å ta hensyn til tjenestemottakers privatliv på grunn av stramme tidsplaner. For at arbeidsruter skal overholdes, kan det skje at tjenesteyter – etter forhåndsavtale med tjenestemottaker – tar seg inn i leiligheten mens tjenestemottaker for eksempel er på toalettet. Andre ansatte kommenterte at det kan være utfordrende å ivareta hensynet til tjenestemottakers privatliv samtidig som tjenesteyter skal være mest mulig til stede for å forebygge uønsket atferd. Når det gjelder respekt, har flertallet av ansattrespondentene som ga utdypende kommentar, gitt uttrykk for at de opplever at tjenestemottakerne i hovedsak blir behandlet med respekt. To respondenter kommenterte at dette er personavhengig og varierer med personlig egnethet og/eller kompetanse hos tjenesteytere. En annen påpekte at ikke alle tjenestemottakere kan gi uttrykk for eventuell respektløs behandling, og at dette er særlig vanskelig å avdekke i tilfeller der tjenestemottaker har 1:1 uten at annet personale er innom i løpet av vakta. Enkelte respondenter viste gjennom eksempler til tilfeller der de mener at tjenestemottaker ikke blir behandlet med tilstrekkelig respekt av personalet: Kommentarene fra tre respondenter dreier seg om tilfeller hvor tjenestemottaker ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet/ respons eller at personale snakker nedsettende om og til tjenestemottaker(e). En fjerde respondent kommenterte at det er respektløst å ikke følge opp saker som vedrører tjenestemottaker, f.eks. vedkommendes helseproblemer, etter at dette er tatt opp. En annen respondent svarte at tjenestemottakere blir behandlet med respekt, men at det vil være mer respektfullt å gi et

[40] I hvor stor grad opplever du/dere at hjemmetjenesten tar hensyn til tjenestemottakers privatliv?
[41] I hvor stor grad opplever du/dere at hjemmetjenesten behandler tjenestemottaker med respekt?
[42] I spørreundersøkelsen ba vi pårørende og ansatte spesielt om å kommentere dersom de hadde opplevd situasjoner der de mente tjenestemottaker hadde blitt behandlet respektløst eller uverdig, eller situasjoner hvor tjenestemottakers privatliv ble krenket.

tjenestetilbud med mer tid til de enkelte gjøremål og til å bistå tjenestemottaker med å utføre gjøremål; «hjelp til selvhjelp».
Blant pårørende var det ni respondenter som ga utdypende kommentarer til spørsmålene om respekt og privatliv. To av disse kommenterte at det er gitt uttrykk for at det er ønskelig med tjenesteytere av samme kjønn som tjenestemottaker, uten at dette har blitt oppfylt. Én respondent har kommentert at personalet er opptatt med sin private telefon fremfor å ha fokus på tjenestemottaker. En annen respondent har gitt uttrykk for at personale ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn når tjenestemottaker har besøk. Det er også en pårørende som har kommentert at vedkommendes erfaring er at de som jobber i hjemmetjenesten, gjør sitt beste utfra gitte forutsetninger. Videre er det pårørende som har kommentert at det ikke alltid er forutsigbare avtaler; personalet kommer ofte på døra og ringer på og noen ganger kommer de rett inn uten å banke/ringe på.

Kommunikasjon og informasjonsutveksling

Både ansatte og pårørende fikk spørsmål om hvorvidt de opplever kommunikasjonen mellom personalet og tjenestemottakerne som tilfredsstillende. Som det fremgår av tabell 10 er svarene relativt forskjellig fordelt respondentgruppene imellom; ansatte opplever i større grad enn pårørende at kommunikasjonen mellom tjenesteytere og -mottakere er tilfredsstillende.

Tabell 10: I hvor stor grad opplever du kommunikasjonen mellom personalet og tjenestemottaker(ene) som tilfredsstillende?[43]

Svaralternativer → / Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=114)	0 %	4 %	25 %	53 %	17 %	**3,85** ***≈ i stor grad***	2 %
Pårørende (n=21)	0 %	19 %	48 %	19 %	10 %	**3,20** ***≈ i middels grad***	5 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 4,04 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,60 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Ansattrespondentenes opplevelser av hvorvidt informasjonsutvekslingen om tjenestemottakerne innad i personalet er tilfredsstillende, framgår av tabell 11. Samlet sett kan resultatene tolkes som at det er forbedringsbehov på dette punktet, siden kun knapt halvparten svarte med alternativene *i stor* eller *svært stor grad*.

Tabell 11: I hvor stor grad opplever du informasjonsutveksling om tjenestemottaker(e) innad i personalet som tilfredsstillende?

Svaralternativer → / Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=114)	2 %	9 %	34 %	40 %	15 %	**3,58** ***≈ i stor grad***	1 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 3,73 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittsskår: 3,26 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Av tabell 12 ser vi at om lag én av ti ansattrespondenter svarte *vet ikke* på spørsmålet om i hvor stor grad de opplever informasjonsutvekslingen mellom personalet og pårørende/verge om den enkelte tjenestemottaker som tilfredsstillende. I fritekstkommentarer har enkelte ansatte forklart dette med at de kun arbeider nattevakter og derfor ikke er involverte i kontakten med pårørende/verge.

[43] I hvor stor grad opplever du/dere at kommunikasjonen mellom hjemmetjenesten og tjenestemottaker er tilfredsstillende?

Svarfordelingen og gjennomsnittsskårene viser for øvrig stor forskjell mellom respondentgruppene på dette punktet; ansatte synes å være betydelig mer fornøyde enn pårørende når det gjelder informasjonsutvekslingen mellom personalet og tjenestemottakers representanter.

Tabell 12: I hvor stor grad opplever du informasjonsutvekslingen mellom personalet og pårørende/verge om den enkelte tjenestemottaker som tilfredsstillende?[44]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=114)	0 %	3 %	31 %	42 %	13 %	**3,74** ***≈ i stor grad***	11 %
Pårørende (n=22)	9 %	23 %	50 %	18 %	0 %	**2,77** ***≈ i middels grad***	0 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,91 – Omsorg Sentrum Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,48 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Åtte ansattrespondenter ga utdypende kommentarer til spørsmålene om informasjonsutveksling. Flere av disse kommenterte at det ikke er tilstrekkelig med tid til utveksling av informasjon i personalet om tjenestemottakere. Blant annet er det ikke overlapping mellom vaktene, noe som medfører at det er lite tid til å utveksle muntlig informasjon og lite tid til å lese skriftlige rapporter. Én ansatt har kommentert at det sjelden er møter om tjenestemottakerne. En annen har kommentert at tjenestemottakers trivsel henger sammen med respekt, trygghet, omsorg, kommunikasjon med videre, og at det i en hektisk hverdag syndes noe på disse områdene, noe en del tjenestemottakere ifølge respondenten gir uttrykk for – verbalt og nonverbalt.

I spørreundersøkelsen var det to pårørende som ga uttrykk for at det ikke er tilstrekkelig oppfølging/ informasjon fra primærkontakt. Flere pårørende kommenterte at de ikke opplever informasjons-utvekslingen mellom personalet og dem som tilfredsstillende og pekte på at det ikke er alle i personalet som kan/skal ta imot beskjeder, og at beskjeder ikke alltid følges opp. Én pårørenderespondent skrev at en del av personalet har dårlige norskkunnskaper.
Ansatte fikk i spørreundersøkelsen også spørsmål om det er tydelig for dem hvem de kan gi informasjon om den enkelte tjenestemottaker til[45], og 93 % svarte *Ja* på dette. Respondentene som svarte *Nei* ble bedt om å utdype hvem de var usikre på om de kunne utveksle informasjon med, eventuelt hvilken type informasjon de var usikre på om de kunne videreformidle. I utdypende kommentarer skrev én av de ansatte at vedkommende er usikker på hvilke ansatte i kommunen det kan utveksles informasjon med. En annen respondent kommenterte at det ville være fint med grunnleggende informasjon om tjenestemottakere på andre ruter[46] selv om man ikke går den aktuelle ruta, fordi man av og til har med tjenestemottakerne på andre ruter å gjøre.

Vedtak

I spørreundersøkelsen fikk ansatte og pårørende spørsmål om deres opplevelser av hvorvidt tjenestemottaker får tjenester i henhold til skriftlig vedtak. Som det fremgår av tabell 13, på neste side, svarte nær en tredjedel av pårørenderespondentene *vet ikke* på dette spørsmålet, og det samme svarte 16 % av ansattrespondentene. Vi ser også at nesten en fjerdedel av begge respondentgruppene svarte *nei* på spørsmålet.

[44] I hvor stor grad opplever du/dere at informasjonsutvekslingen mellom deg/dere og hjemmetjenesten er tilfredsstillende?
[45] Spørsmålet hadde slik veiledningstekst: «Her menes om det er tydelig hvem som kan motta informasjon om tjenestemottaker, eksempelvis om det er verge, en bestemt pårørende, flere pårørende, hvilke ansatte i kommunen osv.»
[46] Hjemmetjenesten har ulike ruter som personalet følger i løpet av arbeidsdagen.

Tabell 13: Opplever du at tjenestemottaker(ne) får tjenester i henhold til skriftlig vedtak?

Svaralternativer →	Ja	Nei	Vet ikke
Respondenter ↓			
Ansatte (n=114)	61 %	23 %	16 %
Pårørende (n=22)	46 %	23 %	32 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Det var 18 ansatte som ga utdypende kommentar til spørsmålet.[47] Flere av disse skrev om tjenestemottakere som har vedtak om dagsentertilbud, men som ikke får dette på grunn av mangel på transport. Flere ansatte kommenterte at det er tjenestemottakere som på grunn av dårlig tid/lav bemanning ikke får de timene/tjenestene de har vedtak om, og at risikoen for dette øker dersom det oppstår uforutsette hendelser som ikke er lagt inn i arbeidsplanen eller tjenestemottakers individuelle plan. Det ble videre kommentert at utfordringer med dette øker når det er fravær blant personalet. To ansatte kommenterte at personalet ikke bruker tilstrekkelig tid på tjenestemottaker(e), men bruker tid på pauser og samtaler med annet personell. Flere ansatte har kommentert at mangel på tid til den enkelte gjør at tjenestemottakere blir passive og ikke får nok stimulering.

Det fremgår av utdypende kommentarer fra pårørenderespondenter at vedtakene har ulik ordlyd; én har kommentert at vedtaket er svært nøyaktig – tjenester oppgis i antall minutter, mens andre har kommentert at vedtakene er formulert som inntil x antall timer hver uke, noe som gjør det vanskelig å vurdere om tjenestemottaker får de tjenestene han/hun skal ha. Videre har tre respondenter gitt konkrete eksempler på det de opplever som manglende oppfyllelse av vedtak. Dette dreier seg om for korte besøk hos tjenestemottaker og manglende utførelse av oppgaver som negleklipp, husvask, sosiale aktiviteter og trening i huslige sysler.

Avdelings-/enhetsledere opplyste til revisor at det er prosedyre for at det skal gis beskjed til tjenestemottaker dersom man av ulike årsaker ikke kommer til avtalt tid. Målet er at det skal være forutsigbart, noe som er veldig viktig for mange av tjenestemottakerne.

Tabell 14: I hvor stor grad opplever du at tjenestene ytes til de tidspunktene de skal?[48]

Svaralternativer →	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Respondenter ↓							
Ansatte (n=113)	0 %	3 %	33 %	43 %	22 %	**3,84** ***≈ i stor grad***	0 %
Pårørende (n=21)	0 %	14 %	24 %	33 %	19 %	**3,63** ***≈ i stor grad***	10 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 4,08 – Omsorg Sentrum Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,66 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Vi ser av tabell 14 at både ansatte og pårørende som besvarte spørreundersøkelsen, gjennomsnittlig i stor grad opplever at tjenestene ytes til de tidspunktene de skal. Det ser imidlertid likevel ut for å være behov for forbedringer i og med at resultatene indikerer at en relativt stor andel av ansatte og pårørende i liten eller middels grad opplever at tjenestene ytes rettidig.

I utdypende kommentarer svarte to pårørende henholdsvis at det varierer hvorvidt tjenestene ytes til riktig tidspunkt og at personellmangel gjør bistanden vanskelig å få gjennomført. Blant ansatte har

[47] Vi ba ansatte som svarte nei, om å kommentere hvilke(n) tjeneste(r) som ikke gis, og hva som etter deres vurdering er årsaken til dette, mens pårørende ble bedt om å utdype hva avviket gjelder og å anslå hvor stort avvik det er mellom skriftlig vedtak og faktisk mottatte tjenester.

[48] I hvor stor grad opplever du/dere at tjenestene ytes til de tidspunktene de skal?

enkelte respondenter kommentert at tjenestene i hovedsak ytes til de tidspunktene de skal, men at det er stramme tidsplaner og at det ikke er rom for å gjøre endringer selv om tjenestemottaker kan ha behov for det; dersom uforutsette hendelser oppstår, ryker som regel tidsplanen.

Pårørende fikk i undersøkelsen spørsmål om tjenestemottaker har søkt på andre tjenester fra kommunen som ikke har blitt innvilget. Om lag en fjerdedel svarte *ja* på dette, og én respondent kommenterte at de ønsker større omfang på dagsentertilbud, noe som har blitt avslått begrunnet med økonomi og lite ressurser. Andre kommentarer fra pårørenderespondenter gjelder manglende bistand fra hjemmesykepleien ved sykdom hos tjenestemottaker, vanskeligheter med å finne støttekontakt og mangel på arbeidsplass for tjenestemottaker. Én respondent har kommentert at det tidligere var innvilget 1:1, men at det ble fjernet med nedbemanning, og at det har blitt søkt på nytt.

Revisors vurderinger

Etter revisors vurdering oppfyller kommunen i hovedsak revisjonskriteriet om å ha system for å fange opp endringer i tjenestemottakernes behov. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt på bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen som viser at en relativt liten andel blant pårørende opplever kommunikasjonen mellom personalet og tjenestemottaker, samt informasjonsutvekslingen mellom personalet og pårørende/verge om den enkelte tjenestemottaker, som tilfredsstillende. I spørreundersøkelsen er det også ansatte som har gitt uttrykk for at informasjonsutvekslingen om den enkelte tjenestemottaker innad i personalet ikke er tilfredsstillende.

Etter revisors vurdering oppfyller kommunen i hovedsak revisjonskriteriet om å ha system for å yte hjemmetjenester i tråd med vedtak og tjenestemottakernes kartlagte behov. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt på bakgrunn av informasjon fra kommuneadministrasjonen om at det kan være uklart om tjenestemottakerne mottar riktig antall vedtakstimer samt spørreundersøkelsens resultater som indikerer forbedringsbehov på flere områder. Blant annet viser resultatene at en relativt stor andel av både ansatt- og pårørenderespondentene opplever at ansatte har for lite tid til tjenestemottaker(ne), og at tjenestemottaker(ne) ikke får tjenester iht. skriftlig vedtak.

6 LEGEMIDDELHÅNDTERING

Revisjonskriterium

- Kommunen bør ha system for håndtering av legemidler i hjemmetjenesten

Kilder: Kvalitetsforskriften inkl. veileder, ny og gammel «internkontrollforskrift»

Revisors funn

Harstad kommune har skriftlig prosedyre for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Denne finnes i kvalitetshåndboka[49] og angir prosedyrer for legemiddeladministrasjon, bestilling og oppbevaring av resepter, oppbevaring av medisin, dosetter og istandgjøring og utlevering av medisiner. I vedlegg til prosedyren inngår blant annet mal for *avtale om administrering av legemidler mellom pasient og hjemmetjenestene*[50] der det skal avtales hvem (tjenestemottaker selv eller hjemmetjenesten) som skal holde oversikt over og bestille medisiner, hvor de skal oppbevares (hjemme og/eller hos hjemmetjenesten) og hvordan utdelingen skal skje. Alle avdelingene som yter hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming har opplyst til revisor at de benytter multidose i tillegg til dosett. Harstad kommune har flere fellesprosedyrer for multidose som er relevante for hjemmetjenesten (se referanseliste).[51]

I tillegg til kommunens fellesprosedyrer har enkelte av avdelingene egne prosedyrer for legemiddelhåndtering. Stangnes bokollektiv og hjemmebasert psykiatritjeneste har opplyst til revisor at de følger kommunens prosedyrer. Hjemmebasert psykiatritjeneste har imidlertid satt i gang et arbeid for å få utarbeidet spesifikke prosedyrer for administrering av legemidler ved avdelingen. Omsorg Sentrum har opplyst at de har egne rutiner på praktisk oppdatering i legemiddelhåndtering av hjelpepleiere/omsorgsfagarbeidere og andre som har fått delegasjon til ledemiddeladministrasjon.

Hjemmetjeneste 2 i Omsorg Sør har egne rutiner for medikamenthåndtering. I prosedyren er det beskrevet hvordan medikamentene oppbevares, herunder om de oppbevares i tjenestemottakers hjem eller i medisinskap. Dosettene blir ilagt og kontrollert av vernepleiere/sykepleiere, og etter kontroll blir de tapet og lagt i medisinskap før de skal leveres ut. Tjenestemottakere som har dosetten hjemme hos seg selv, får denne utlevert søndag kveld. Videre fremgår det av prosedyren at legemiddelkort skal sjekkes før administrering av legemidler, samt at det skal signeres i *Profil* når medisin er gitt/tatt. Utdeling av behovsmedisin skal ifølge prosedyren vurderes i samråd med vernepleier/sykepleier. Det fremgår også av prosedyren at man må være oppmerksom på at det kan være det skal gis to poser fra multidosen ved utdeling av medikamenter. For øvrig har hjemmetjeneste 2, Omsorg Sør, samlet oversikt over den enkelte tjenestemottakers diagnose(r), hvilke medisiner tjenestemottaker skal ha gjennom multidose, dosett eller utenom samt hvilke medikamenter tjenestemottaker kan få ved behov.

[49] *Dok.id. I.3.3.6.3-1*
[50] Dok.id.: I.3.3.6.3.1-3
[51] I alle prosedyrer i kvalitetshåndboka er det oppgitt tidspunkt for revidering av prosedyrene. Prosedyrene for multidose skulle vært revidert i 2014. Fra vår kontaktperson i kommunen har vi fått opplyst at prosedyrene for multidose er i bruk og gjeldende selv om revisjonsdato er passert.

Hjemmetjeneste 2, Omsorg Nord, har en egen prosedyre for legemiddelhåndtering som er utarbeidet med utgangspunkt i Harstad kommunes fellesprosedyre for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Prosedyren angir hvor relevante dokumenter tilknyttet medikamenthåndtering finnes, hvordan legemidler skal oppbevares, hvem som skal kontrollere og signere ved istandgjøring av medikamenter, prosedyrer for multidoser, fremgangsmåte ved legging og kontroll av dosetter, ajourhold av legemiddelkort i *Profil*, bestilling av medisiner fra Vitus Apotek, reseptbestilling og retur av medisiner. I tillegg inneholder prosedyren informasjon om medikamentgruppen i Arbeidsgruppe 2. Denne har hovedansvaret for organisering av medisinene og for oppretting og evaluering av rutinene. Hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord har også egen prosedyre for medikamenthåndtering i bofellesskapet Bergsengveien 5.

I 2016 meldte ansatte i hjemmetjenesten 126 medikamentavvik som gjelder personer med psykisk utviklingshemming.[52] Et stort antall av avvikene dreier seg om at det ikke er gitt medisin til tjenestemottaker til riktig tidspunkt/medisin lå igjen i dosett/det var ikke var lagt frem medisin.[53] Videre er det en del avvik som omhandler at det ble funnet medisin uten tilsyn, i hovedsak at tabletter ble funnet i seng, under bord, i sofa med videre. Noen avvik handler om medisinkort som ikke har blitt oppdatert eller feildoseringer som har blitt oppdaget før medikamenter ble gitt. I tillegg er det meldt avvik i tilfeller der personale har vært usikre på om medikamenter er tatt av tjenestemottaker eller ikke fordi annet personell har registrert at medikamenter er tatt samtidig som de ligger igjen i dosett eller lignende. Ett avvik dreide seg om at det manglet A-preparat i lagerskap; et smerteplaster som ikke var kvittert ut. Utover dette er det ingen avvik som direkte omhandler mangler i lagerskap.

Kommunen har ikke utarbeidet sårbarhets- og risikovurderinger som omhandler håndtering av legemidler til personer med psykisk utviklingshemming som mottar hjemmetjenester.

Ansatte fikk i spørreundersøkelsen spørsmål om de bistår tjenestemottaker med å ta/administrere legemidler**.** Det var 114 respondenter som besvarte spørsmålet, og 86 % svarte *ja*. De som svarte *ja*, fikk ytterligere fire spørsmål vedrørende legemiddelbruk, og svarene framgår av tabellene 15-18.

Tabell 15: I hvor stor grad opplever du at det foreligger oppdatert oversikt over legemiddelbruken til tjenestemottaker(ne)?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=98)	1 %	2 %	11 %	41 %	42 %	**4,24 ≈i stor grad**	3 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,59 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittsskår: 3,85 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tabell 16: I hvor stor grad opplever du at eventuelle oversikter over tjenestemottakeres legemiddelbruk inneholder tilstrekkelig informasjon?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=96)	0 %	2 %	21 %	40 %	35 %	**4,11 ≈i stor grad**	2 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,42 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittsskår: 3,64 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

[52] Se kapittel 11.2 for informasjon om hvordan avvikene fordeler seg på de ulike enhetene.
[53] Det er ikke alle tjenestemottakere som har bistand fra hjemmetjenesten til å ta medikamenter, men skal gjøre dette selv. De meldte avvikene omfatter også tilfeller hvor tjenestemottaker selv har glemt å ta medikamenter.

Vi ser i tabell 15 og 16 på forrige side at et stort flertall ansatte som besvarte spørsmålene, i *stor* eller *svært stor grad* opplever at det foreligger oppdatert oversikt over legemiddelbruken til tjenestemottaker og at eventuelle oversikter over tjenestemottakers legemiddelbruk inneholder tilstrekkelig informasjon. Svarfordelingen og gjennomsnittskårene viser imidlertid også noe forskjell mellom de ulike avdelingene når det gjelder disse spørsmålene.

På spørsmål om i hvor stor grad de opplever at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fastlegen om tjenestemottakernes legemiddelbehandling fungerer, svarte flertallet av respondentene med alternativene i *stor* eller *svært stor grad*. At omtrent én av ti respondenter svarte vet ikke på dette spørsmålet, kan skyldes for eksempel at disse ansatte ikke er direkte involvert i samarbeid med fastlegen.

Tabell 17: I hvor stor grad opplever du at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fastlegen om tjenestemottakernes legemiddelbehandling fungerer?

Svaralternativer → / Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=97)	0 %	3 %	20 %	44 %	24 %	**3,98 ≈ i stor grad**	9 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,29 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittsskår: 3,57 – Omsorg Sentrum							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Syv respondenter ga utdypende kommentarer til spørsmålene om legemiddelbruk.[54] Enkelte kommenterte at det kan ta tid før det kommer oversikt over medisiner fra spesialisthelsetjenesten, og at det kan ta tid å få svar på e-meldinger fra fastlege. Det var også ansatte som skrev at en må bruke tid på å forsikre seg om at medisinlista er ajourført, og at det hender at informasjon om legemidler ikke er samlet på et sted. To ansatte har kommentert at de savner samlede, oppdaterte oversikter over legemidler.

Ansatte fikk i undersøkelsen også spørsmål om i hvor stor grad de opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottakerne med deres legemidler.[55] Av informasjonen i tabell 18 forstår vi at flertallet av respondentene i relativt stor grad opplever egen kompetanse på området som tilstrekkelig.

Tabell 18: I hvor stor grad opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottaker(ne) med deres legemidler?

Svaralternativer → / Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=96)	1 %	1 %	12 %	45 %	42 %	**4,25 *≈ i stor grad***	0 %
Høyeste gjennomsnittskår: 4,42 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittskår: 3,96 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

I spørreundersøkelsen fikk også pårørende/verger to spørsmål om oppfølging/bistand ved bruk av legemidler. Vi ba respondentene om å hoppe over disse spørsmålene dersom tjenestemottaker ikke brukte legemidler eller ikke hadde behov for bistand til å håndtere legemidler. Elleve pårørende besvarte spørsmålene, og svarene framgår av tabellene 19 og 20 på neste side. Svarfordelingen og gjennomsnittsskårene tyder på at respondentene er godt fornøyd med hjelpen og oppfølgingen

[54] Respondentene ble bedt om å utdype spesielt om det var noe de opplevde som uforsvarlig eller problematisk.
[55] Spørsmålet ble stilt bare til ansatte som svarte at de bisto tjenestemottakere med å ta/administrere legemidler.

tjenestemottaker får fra hjemmetjenesten og lege med hensyn til legemidler/legemiddelbehandling, men det er også enkeltrespondenter som har svart med de to laveste svaralternativene, noe som indikerer at disse er misfornøyde med oppfølgingen fra lege når det gjelder legemiddelbehandling.

Tabell 19: I hvor stor grad opplever du/dere at tjenestemottaker får nødvendig hjelp med legemidler fra hjemmetjenesten?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=11)	0 %	0 %	9 %	36 %	46 %	**4,40** ***≈ i stor grad***	10 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tabell 20: I hvor stor grad opplever du/dere at oppfølgingen fra lege er tilfredsstillende med hensyn til legemiddelbehandling?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=11)	9 %	0 %	9 %	27 %	46 %	**4,10** ***≈ i stor grad***	9 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Til spørsmålene om legemidler kommenterte én pårørende at tjenestemottaker er blitt feilmedisinert og at det bør etterstrebes gode rutiner for medikamenthåndtering, mens en annen kommenterte at det ikke gis medisin til riktig tidspunkt.

Revisors vurdering

Revisor vurderer at kommunen i hovedsak oppfyller revisjonskriteriet om å ha system for håndtering av legemidler i hjemmetjenesten. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt fordi det ikke foreligger sårbarhets- og risikovurderinger som gjelder hjemmetjenestens håndtering av legemidler til personer med psykisk utviklingshemming.

7 BRUKERERFARINGER OG - MEDVIRKNING

Revisjonskriterier

Kommunen bør

- ha system for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av hjemmetjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemming
- ha system for at tjenestemottakere med vedtak om hjemmetjenester og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud
- legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, kvalitetsforskriften inkl. veileder, ny og gammel «internkontrollforskrift»

Revisors funn

Avdelings-/enhetslederne opplyste i møte med revisor at Harstad kommune for noen år siden deltok i et prosjekt i regi av KS der det ble stadfestet at kommunen har utfordringer med brukermedvirkning på systemnivå. Kommunen ønsker å gjøre noe med manglene som ble påpekt i undersøkelsen, men har per i dag ikke klart å følge det opp. Harstad kommune har ikke brukerutvalg som sikrer at representanter for personer med psykisk utviklingshemming involveres ved utformingen av tjenestetilbudet. Kommunen har imidlertid *Råd for funksjonshemmede* med fem medlemmer som oppnevnes av kommunestyret, og funksjonshemmedes interesseorganisasjoner kan komme med forslag til (vara)medlemmer. Rådet skal ha til behandling saker som angår mennesker med nedsatt funksjonsevne, deres behov og interesser og har spesiell uttalerett i alle saker som gjelder funksjonshemmede i kommunen. Videre kan rådet fritt ta opp saker de ønsker å uttale seg om og representant for rådet har møte- og talerett i omsorgs- og oppvekstutvalget, utvalg for plansaker, formannskapet og kommunestyret. *Råd for funksjonshemmede* hadde seks møter i 2016, og i 2017 er det berammet fem møter.

Harstad kommune har tilsatt *frivillighetskoordinator* for helse- og omsorgstjenestene som startet i jobben 1.9.16. Kommunen så behovet for å utvikle et bedre samarbeid med frivillig sektor. En av arbeidsoppgavene for frivillighetskoordinator har vært å utarbeide «Frivillighetsstrategi for helse og omsorg»[56]. Dette er den første helhetlige arbeidsplanen for å styrke arbeidet med frivillighet i helse- og omsorgssektoren. Planen omhandler i første omgang sykehjemmene i kommunen, men skal etter hvert omfatte alle helse- og omsorgstjenestene.

I enhetenes driftsplaner for 2016 har de beskrevet ulike tiltak/aktiviteter. For å oppnå godt samarbeid med innbyggerne, nærmiljøet og 3. sektor (lag og foreninger), har Omsorg Nord i sin driftsplan oppgitt samarbeid med lag/foreninger som tiltak/aktivitet og har også oppgitt spesifikke organisasjoner som «Besøkstjeneste/Røde Kors». I driftsplan for Omsorg Stangnes er *samarbeidsmøter med Mental Helse, Landsforeningen for pårørende for psykisk syke, Demensforeningen, Røde Kors, Frivillighetssentralen, Kirken den Norske, losjer, skoler, barnehager og andre* oppgitt som tiltak/aktivitet. Aktivitør, enhetsleder og avdelingsledere har ansvaret for dette. Omsorg Sør har i sin driftsplan skrevet følgende: *Tilrettelegge for samarbeid med lag og foreninger: Sanitetsforeningen, Besøkstjenesten og frivillighetssentralen. Demensforening og andre brukerorganisasjoner. Kirke, barnehage og skole. Aktivitør, husmor, frisør og fotpleier. Viktig å gi anerkjennelse til de frivillige gruppene.*

[56] Denne er på høring til 1.3.17.

I Omsorg Sentrum sin driftsplan for 2015 står følgende: *Med hjelp fra frivillige legges det til rette for diverse aktiviteter og underholdning. Det kan være deltakelse i natur- og kulturopplevelser. I samarbeid med «Den kulturelle spaserstokk», besøke Gallerier, kunstutstillinger, Festspillene, Sommercafé i Harstad kirke, aktivitetssentret, Lunsj – konserter osv.* Videre står det: *Vi samarbeider med kulturrådgiver, losjene, ulike foreninger, saniteten, Røde-kors, Frivillighetssentralen, nærings-livet, kor, og andre frivillige.*

Når det gjelder brukermedvirkning på individnivå fra personer i målgruppen, opplyste avdelings-/ enhetslederne i møte med revisor at de opplever kommunens systemer som gode. I kapittel 5.1 omtalte vi prosedyrer for medvirkning før innvilgelse av hjemmetjenester. Videre følger det av prosedyre for *Primær og sekundærkontakt i hjemmetjenesten* at primærkontakt jevnlig skal gi tilbud om avtalt samtale med tjenestemottaker. Det fremgår også av prosedyren at *«Samtalen skal danne grunnlag for brukermedvirkning/medbestemmelse jmf. Lov om pasientrettigheter § 3-1 og § 3-2 og Forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Primærkontakten skal dokumentere i gjeldende rapportsystem (plan og rapport) at brukermedvirkning har funnet sted.»* Det følger også av denne prosedyren at primærkontakt, der det er naturlig, skal ha kontakt med pårørende og hjelpeverge, etter nærmere avtale.

Harstad kommune har prosedyren *Samhandling mellom Koordinerende enhet og øvrige enheter i helse, pleie og omsorg*[57] der det fremgår hva som er Koordinerende enhet sitt ansvar og hva som er utførende enhet sitt ansvar. Det følger av prosedyren at for endrings- og evalueringsmeldinger skal brukermedvirkning dokumenteres. Avdelingsledere har også opplyst til revisor at punkt i endrings-meldingsskjema om brukermedvirkning må fylles ut før oversendelse til Koordinerende enhet. Som nevnt i kapittel 5.3 tar Koordinerende enhet også imot og behandler søknader om individuell plan (IP) og koordinator. Ifølge avdelings-/enhetslederne får alle tjenestemottakere tilbud om individuell plan, men ikke alle benytter seg av tilbudet eller har behov for det. Harstad kommune har egen mal for hvordan individuell plan skal utformes, og alle avdelingene har egen IP-koordinator.

Videre har avdelings-/enhetslederne opplyst at ansvarsgruppemøter avholdes en til to ganger i året, avhengig av behov. Hvem som deltar i ansvarsgruppemøter avhenger av behov og hva som skal drøftes. Deltakere i ansvarsgruppemøter kan være tjenestemottaker, pårørende, verge, representant fra skole/arbeidsplass, avdelingsleder (ev. enhetsleder), primær og sekundærkontakt, lege og fysioterapeut. Møtene kan også deles opp, slik at ikke alle deltar på alt. Ansvarsgruppemøtene er gjerne knyttet opp mot evaluering av tjenester/tiltak, og det gjennomføres også møter som gjelder bruk av tvang og makt.[58]

Harstad kommune gjennomfører spørreundersøkelser blant både utviklingshemmede tjeneste-mottakere og deres representanter, sist i 2009, mens det i 2013 ble gjennomført spørreundersøkelse blant brukerrepresentantene. Neste planlagte spørreundersøkelse blant brukerrepresentantene er i 2017. Det er ikke planlagt noen ny spørreundersøkelse blant tjenestemottakere.[59]

I revisors spørreundersøkelser til ansatte og pårørende spurte vi om i hvor stor grad de opplever at tjenestemottaker og/eller pårørende/verge involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet. Vi ser av svarene i tabell 21 på neste side at gjennomsnittlig opplever ansatte i betydelig større grad enn pårørende at slik involvering finner sted. Blant pårørende svarte tilnærmet en femtedel av

[57] Dok.id.: I.3.3.2-7.
[58] Vedtak i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9
[59] Jf. *Gjennomførte og planlagte spørreundersøkelser*, dok.id.: I.2.1-8

respondentene med svaralternativet *i svært liten grad*, mens ingen pårørenderespondenter benyttet svaralternativet *i svært stor grad*.

Tabell 21: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker(e) og/eller pårørende/verge involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet?[60]

Svaralternativer → / Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=112)	2 %	9 %	31 %	30 %	17 %	**3,58 ≈ i stor grad**	11 %
Pårørende (n=21)	19 %	5 %	48 %	29 %	0 %	***2,86 ≈ i middels grad***	0 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,69 – Omsorg Nord og Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,28 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Av tabell 22 ser vi at pårørenderespondentene gjennomsnittlig *i middels grad* opplever at hjemmetjenesten tar hensyn til deres tilbakemeldinger om tjenestetilbudet. Svarfordeling og gjennomsnittsskår indikerer at flere av de pårørende som besvarte spørsmålet, ikke fornøyde med hvordan tilbakemeldingene deres handteres av hjemmetjenesten.

Tabell 22: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten tar hensyn til tilbakemeldinger fra deg/dere om tjenestetilbudet?

Svaralternativer → / Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=22)	9 %	14 %	46 %	27 %	0 %	***2,95 ≈ i middels grad***	5 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Ni pårørende hadde kommentarer vedrørende spørsmålene om involvering i og tilbakemeldinger om tjenestetilbudet. En pårørenderespondent kommenterte at vedkommende ikke kunne huske å ha vært involvert i utformingen av tjenestetilbudet de siste 10-15 årene, med unntak av sporadiske møter med ledelsen når pårørende har tatt kontakt. En annen pårørende skrev at tjenestemottaker har fått oppnevnt minst syv ulike koordinatorer for å få utarbeidet individuell plan uten at dette har resultert i en individuell plan. Flere pårørenderespondenter har kommentert at beskjeder ikke følges opp/videreformidles internt i personalet, at det er mange å forholde seg til og at ikke alle i personalet kan ta imot beskjeder eller svare på spørsmål (vikarer). Én pårørende har kommentert at hjemmetjenesten tar hensyn og at pårørende blir involvert innenfor økonomiske rammer.

Videre fikk ansatte og pårørende i spørreundersøkelsen spørsmål om i hvor stor grad de opplever at tjenestemottakerne bestemmer over eget liv.[61] Vi ser av tabell 23 at under halvparten i hver av respondentgruppene har svart med alternativene *i stor* eller *svært stor grad*. Svarfordelingen og gjennomsnittsskåren tyder på at verken ansatt- og eller pårørenderespondentene er spesielt tilfredse med i hvilken grad tjenestemottakerne oppleves å bestemme over eget liv.

Tolv ansattrespondenter ga utdypende kommentarer til dette spørsmålet, og flertallet uttrykte at tjenestemottakere bestemmer over eget liv avhengig av funksjonsevne og rammene for tjenestene som ytes. Flere kommenterte at tjenestemottaker av hensyn til eget beste ikke kan involveres i alle

[60] I hvor stor grad opplever du/dere at tjenestemottaker og/eller pårørende/verge involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet?

[61] Til spørsmålet var det følgende veiledningstekst: «I dette spørsmålet ønsker vi at du vurderer i hvilken grad det er lagt til rette for at tjenestemottaker(ne) i størst mulig grad kan foreta valg ut fra egne forutsetninger.

valg, men at dette i størst mulig grad tilpasses den enkelte tjenestemottaker. Noen pekte på at flere tjenestemottakere har behov for fastsatte rammer og forutsigbarhet. Det ble også kommentert at for å få arbeidsplaner til å gå opp, kan ikke tjenestemottaker bestemme selv når oppgaver skal gjennomføres; de må gjennomføres til planlagt tidspunkt. Ansattrespondenter skrev også at tidspress noen ganger medfører at oppgaver gjøres for tjenestemottaker i stedet for at tjenestemottaker bidrar til å løse oppgaven (eksempelvis innkjøp).

Tabell 23: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker(ne) bestemmer over eget liv?[62]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**
Ansatte (n=115)	5 %	4 %	43 %	40 %	9 %	**3,43** ***≈ i middels grad***
Pårørende (n=22)	9 %	18 %	32 %	36 %	5 %	**3,09** ***≈ i middels grad***
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,88 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,25 – Omsorg Sør						

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Blant pårørende var det åtte respondenter som kommenterte spørsmålet om tjenestemottakernes bestemmelse over eget liv. Kommentarene gikk blant annet ut på at tjenestemottaker er selvstendig i egen leilighet og at dette fungerer bra samt at tjenestemottakers medbestemmelse avhenger av at personal og/eller pårørende klarer å «lese» og forstå hvilke behov og ønsker tjenestemottaker har, noe som igjen avhenger av at personalet kjenner tjenestemottaker godt. Manglende ressurser i personalet er av to pårørende kommentert som en årsak til mangelfull medbestemmelse. Én respondent kommenterte at de antar at tjenestemottaker får samme anledning av hjemmetjeneste-personalet som av pårørende til å gjøre valg, men understreket at av hensyn til tjenestemottakers eget beste kan han/hun ikke alltid få gjøre egne valg.

Revisors vurdering

Revisor vurderer at kommunen i liten grad oppfyller revisjonskriteriet om å ha system for at bruker-representanter blir hørt ved utformingen av hjemmetjenestetilbudet til personer i målgruppen for vår undersøkelse. Kommunen har Råd for funksjonshemmede, men systemet sikrer ikke at representanter for personer med psykisk utviklingshemming deltar i dette eller andre brukerråd.

Etter revisors vurdering oppfyller kommunen i hovedsak revisjonskriteriet om å ha system for at tjenestemottakere med vedtak om hjemmetjenester og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud. Kommunen sikrer tjenestemottakernes/pårørendes medvirkning gjennom (skriftlige) prosedyrer som angir at brukermedvirkning skal dokumenteres med endrings- og evalueringsmeldinger samt gjennom ansvarsgruppemøter. Imidlertid vurderer vi systemet som ikke fullt ut oppfylt fordi resultatene fra spørreundersøkelsene indikerer at noen ansatte og spesielt pårørende i liten grad opplever brukermedvirkning for tjenestemottakerne.

Revisjonskriteriet om at kommunen bør legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner, vurderer vi som bare delvis oppfylt ettersom kommunens frivillighetskoordinator ikke har ferdigstilt arbeidet med plan for å styrke frivillighets-arbeidet i hjemmetjenesten. Enhetens driftsplaner viser til en rekke lag og foreninger, men det fremgår i liten grad hvorvidt disse bidrar med aktiviteter/tiltak tilpasset personer med psykisk

[62] I hvor stor grad opplever du/dere at tjenestemottaker bestemmer over eget liv?

utviklingshemming. Heller ikke kommunalt råd for funksjonshemmede sikrer samarbeid med brukergruppens organisasjoner.

8 KOMPETANSE, KONTINUITET OG OPPLÆRING

Revisjonskriterier

- Kommunen bør ha system for at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming blir møtt av ansatte i hjemmetjenesten med nødvendig kompetanse

Kilder: Kvalitetsforskriften inkl. veileder, gammel og ny «internkontrollforskrift»

Revisors funn

Kompetanse og opplæring

Den enkelte avdeling som inngår i undersøkelsen, har sendt revisor oversikt over hvilken kompetanse fast ansatte ved deres avdeling har, samt informasjon om turnus/turnusplaner.[63] I møte med avdelings-/enhetslederne fikk vi opplyst at ansatte i faste stillinger/turnus har høy kompetanse og innehar den kompetansen som kreves i jobben. På grunn av sykefravær og vakanser brukes imidlertid en del vikarer, og avdelings-/enhetslederne opplever at det er vanskelig å få inn vikarer med riktig kompetanse. Derfor benyttes en del ufaglærte vikarer i tjenestene.

Kommunen har fellesprosedyre for ansvarsvakt i helse- og omsorgstjenestene.[64] Avdelingene har også egne rutiner for ansvarsvakter[65], og det er kompetansekrav for å gå ansvarsvakt. Det skal alltid være sykepleier/vernepleier på vakt i avdelingen. Avdelingslederne opplyste at det hender at det er sykepleier/vernepleier i bakvakt og at de ikke er fysisk tilstede. Eksempelvis har hjemmetjeneste 2 Omsorg Nord delt de ansatte inn i tre arbeidsgrupper, og det er ikke alltid vernepleier/sykepleier i alle arbeidsgruppene, men det skal alltid være sykepleier eller vernepleier tilgjengelig for avdelingen.

Revisor har fått informasjon/dokumentasjon fra den enkelte avdeling om hvilke systemer/rutiner de har for opplæring av vikarer og nyansatte.

Omsorg Stangnes

Avdelingsleder ved Stangnes bokollektiv har opplyst til revisor at alle ansatte som jobber rundt tjenestemottaker, får opplæring fra primær- eller sekundærkontakt. Avdelingsleder har overordnet ansvar for nytilsatte. Tjenestemottaker har vedtak om bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9, og alle som jobber med tjenestemottaker, er godkjent av Fylkesmannen; assistenter har fått dispensasjon for ett år. Primær- og sekundærkontakt har kurs i *«kap. 9»* og veileder nytilsatte og andre ansatte som jobber mye hos tjenestemottaker. For øvrig avholdes ansvarsgruppemøter jevnlig.

Avdelingsleder for hjemmebasert psykiatritjeneste har opplyst at alle som jobber i tjenesten, går gjennom et opplæringsprogram rettet mot brukerne de skal følge opp på hver gruppe. Gruppeleder/primær- og/eller sekundærkontakt forestår opplæringen. Tjenesten har en generell opplæringsplan for alle ansatte. I den utstrekning det er behov for spesiell kompetanseoverlevering rundt disse tre brukerne, gis dette spesielt, opplyste avdelingsleder.

[63] Denne informasjonen er innarbeidet i kapittel 4.
[64] Dok.id.: I.3.3.2-1
[65] Avdelingsleder ved Hjemmetjeneste 2, Omsorg Nord, har sendt revisor rutiner for ansvarsvakt i de ulike arbeidsgruppene ved avdelingen. Rutinene beskriver relativt detaljert hvilke oppgaver ansvarsvakt skal ivareta.

Omsorg Sør

Fra avdelingsleder for hjemmetjeneste 2 har revisor fått tilsendt dokumentet «Velkommen til oss i Omsorg Sør Hjemmetjeneste 2» som beskriver hva som skal gjennomgås i opplæringen. I forkant av opplæringsvakt skal taushetsplikt, tilgang til elektroniske systemer, tilgang til nøkler og opplysninger om egenmeldinger avklares/gjennomgås med avdelingsleder og den nytilsatte. Dato for når dette er gjort og signatur fra nytilsatt skal skrives inn i skjema. Det fremgår videre av dokumentet hva som skal gjennomgås på første opplæringsvakt, og i skjema skal det fylles ut hvem som er ansvarlig for opplæringen, dato for gjennomføring av det enkelte punkt i opplæringen samt signatur av nytilsatt. Ved fullført opplæring skal skjemaet legges i avdelingens opplæringsperm.

For øvrig inngår det i dokumentet en del informasjon til nytilsatt/vikar om ukelogg, ansvarsvakt, medikamenthåndtering, rapportskriving, avviksregistrering, telefoner, alarmer, medisinrom/-skap, pauser, arbeidsmiljø med videre. Det inngår også informasjon til den som skal gi opplæringen om hvordan opplæringen skal gjennomføres.

Omsorg Sentrum

Fra avdelingsleder ved Omsorg Sentrum har revisor fått tilsendt «Opplæringsplan for nytt personell og vikarer» [66] som angir hvilke aktiviteter som skal gjennomføres under opplæringen og hvem som har ansvaret for det. Avdelingsleder har ansvar for omvisning i avdelingen, informasjon om fravær/egenmeldinger, tilganger, taushetserklæring og rutiner for avspasering. En person er ansvarlig for utdeling av nøkler, mens *«fadder»* har ansvaret for den øvrige opplæringen. I opplæringsskjemaet skal det fylles ut dato for når det enkelte punkt i opplæringen er gjennomført, og det skal signeres av personell/vikar. Omsorg Sentrum har også et eget skjema med oversikt over tjenestemottakere det er utført opplæring hos, der det skal fylles ut dato for når opplæringen er utført.

Omsorg Nord

Fra avdelingsleder ved hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord har revisor fått heftet «Introduksjon for nye medarbeidere i hjemmetjeneste 2» med generell informasjon om avdelingen, herunder overordnet informasjon om hvordan avdelingen arbeider og opplysninger om arbeidstid/ vaktbytter/sykefravær. Heftet inneholder også informasjon om dokumentasjon av arbeidet og avviksregistrering samt veiledning til hvordan en finner fram på intranett og i øvrige elektroniske systemer. Videre inngår alle sentrale telefonnumre i heftet, samt branninstruks/brannprosedyre. Hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord har i informasjonsheftet til nyansatte også inntatt etiske retningslinjer, utdrag av Harstad kommunes verdihåndbok samt arbeidsmiljøregler i avdelingen. Til slutt i heftet finnes en sjekkliste for arbeidstaker over hva som skal være gjennomgått.

Hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord har også egne opplæringsskjema tilknyttet hver enkelt tjeneste-mottaker. Revisor har fått tilsendt to eksempler på dette. Skjemaene er tilpasset tjenestemottakers behov, og i opplæringsskjemaet er det angitt spesifikke forhold nyansatte skal gis opplæring i, for eksempel daglige rutiner og prosedyrer ved utagerende atferd fra tjenestemottaker. I skjemaet skal det oppgis dato, og det skal signeres av nyansatt/vikar og opplæringsansvarlig når det enkelte punktet i skjemaet er gjennomgått.

Avdelingsleder ved hjemmetjeneste 2, Omsorg Nord, opplyste at hun også sender ut e-post til alle nyansatte/vikarer med oversikt over informasjon/dokumenter som er viktige å lese og kjenne til i forbindelse med signering av vikarkontrakt. Dette gjelder arbeidstid og taushetserklæring samt arbeidsreglement, etiske retningslinjer og verdihåndboken. I e-posten til nyansatte/vikarer ber

[66] Denne består i stor grad av samme momenter som opplæringsplanen som er beskrevet for Omsorg Sør.

avdelingsleder om tilbakemelding på e-post som bekreftelse på at informasjonen er lest og forstått. Revisor har fått utskrift av e-post som dokumenterer denne praksisen.

Revisor har fra Omsorg Nord også fått oversendt dokumentet «administrative oppgaver ved ny arbeidstaker». Av dette fremgår det hvilke oppgaver administrasjonen skal utføre når avdelingen får en ny arbeidstaker.

Ansatte ble i spørreundersøkelsen bedt om å ta stilling til påstander om ansvar, arbeidsoppgaver og kompetanse. Av tabell 24 og 25 ser vi at et klart flertall av respondentene var helt enige i påstandene «Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar jeg har» og «Det er helt tydelig for meg hvilke oppgaver jeg har».

Tabell 24: Angi hvor enig du er i følgende påstand om din arbeidssituasjon «Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar jeg har»

Svaralternativer → Respondenter ↓	Helt uenig	Nokså uenig	Verken uenig eller enig	Nokså enig	Helt enig	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=115)	1 %	3 %	3 %	26 %	69 %	**4,58** ***≈ helt enig***	0 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,73 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår: 4,33 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tabell 25: Angi hvor enig du er i følgende påstand om din arbeidssituasjon: «Det er helt tydelig for meg hvilke oppgaver jeg har»

Svaralternativer → Respondenter ↓	Helt uenig	Nokså uenig	Verken uenig eller enig	Nokså enig	Helt enig	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=113)	2 %	4 %	3 %	23 %	69 %	**4,54** ***≈helt enig***	0 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,80 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår: 4,33 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Videre ble ansatte forelagt påstander om hvorvidt det er tydelig for dem hvilke(t) ansvar og myndigheter kollegene deres har. Vi ser i tabell 26 og 27 at flertallet av respondentene var *nokså* eller *helt enige* i de to påstandene vedrørende kollegers ansvar og myndighet, men vi ser også at andelen som svarte med svaralternativet *helt enig*, er betydelig mindre enn på to foregående spørsmålene om egne arbeidsoppgaver og ansvar. Dette er en indikasjon på at det kan være behov for klargjøring av ansvars- og myndighetsområder innad i avdelingene.

Tabell 26: Angi hvor enig du er i følgende påstand om din arbeidssituasjon: «Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar mine kolleger har»

Svaralternativer → Respondenter ↓	Helt uenig	Nokså uenig	Verken uenig eller enig	Nokså enig	Helt enig	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=109)	2 %	10 %	14 %	26 %	49 %	**4,09** ***≈nokså enig***	0 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,30 – Omsorg Sentrum Laveste gjennomsnittsskår: 3,68 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tabell 27: Angi hvor enig du er i følgende påstand om din arbeidssituasjon: «Det er helt tydelig for meg hvilke myndigheter mine kolleger har»

Svaralternativer → Respondenter ↓	Helt uenig	Nokså uenig	Verken uenig eller enig	Nokså enig	Helt enig	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=110)	2 %	6 %	14 %	32 %	46 %	**4,17** ***≈nokså enig***	1 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,42 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittsskår: 3,79 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Fem respondenter ga utdypende kommentarer til de fire påstandene om ansvar, myndighet og arbeidsoppgaver. To kommentarer omhandlet at det ikke finnes tilstrekkelig tjenestebeskrivelser for henholdsvis praktisk bistand og vedtak om «aktivisering» og «sosial trening» og at dette bør konkretiseres for å unngå misforståelser mellom tjenesteyter, tjenestemottaker og pårørende. Andre kommentarer var at arbeidsoppgavene i avdelingen er relativt flytende, og at dette kan føre til dobbeltarbeid og usikkerhet, samt at det er ønskelig med mer tilstedeværelse og mer tydelighet fra ledelsen. Én respondent kommenterte at det fremgår av stillingsinstruksen hvilke oppgaver man har.

Videre ble respondentene bedt om å ta stilling til påstander om sin egen og kollegers kompetanse. Det fremgår av tabellene 28 og 29 at det store flertallet av respondentene var *nokså* eller *helt enige* i påstandene «jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre mine arbeidsoppgaver» og «jeg opplever at mine kolleger har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver». Informasjonen som framgår av tabellene indikerer imidlertid at ansatte vurderer sin egen kompetanse som mer tilstrekkelig enn kollegenes kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene.

Tabell 28: Angi hvor enig du er i følgende påstand: «Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre mine arbeidsoppgaver»

Svaralternativer → Respondenter ↓	Helt uenig	Nokså uenig	Verken uenig eller enig	Nokså enig	Helt enig	**Gj.snittsskår**
Ansatte (n=114)	1 %	4 %	7 %	48 %	40 %	**4,24** ***≈ nokså enig***
Høyeste gjennomsnittskår: 4,34 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittskår: 4,08 – Omsorg Stangnes						

Kilde: QeustBack/KomRev NORD

Tabell 29: Angi hvor enig du er i følgende påstand: «Jeg opplever at mine kolleger har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver»

Svaralternativer → Respondenter ↓	Helt uenig	Nokså uenig	Verken uenig eller enig	Nokså enig	Helt enig	**Gj.snittsskår**
Ansatte (n=113)	2 %	10 %	16 %	46 %	27 %	**3,86** ***≈ nokså enig***
Høyeste gjennomsnittskår: 4,08 – Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittskår: 3,60 – Omsorg Sør						

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Det var 13 respondenter som ga utdypende kommentarer til påstandene om egen og kollegers kompetanse. Flere kommenterte at det brukes mye vikarer som ikke alltid har relevant kompetanse eller erfaring. Det var også flere respondenter som kommenterte at de føler de mangler kompetanse i å benytte data/systemer på data, eksempelvis *Profil*. Enkelte respondenter har i kommentarer

uttrykt ønske om kurs/videreutdanning, uten å spesifisere nærmere innenfor hvilke områder. To respondenter kommenterte at det ikke alltid er riktig kompetanse på ansvarsvakt, f.eks. kan det være vikarer (eller andre) som ikke har tilgang til medisinrom som går ansvarsvakt. Én respondent har uttrykt ønske om gjennomgang av tvangsbegrepet, slik at alle har en enhetlig oppfatning av dette.

Gjennom spørreundersøkelsen fikk også pårørende spørsmål om i hvilken grad de opplever at personalet har tilstrekkelig kompetanse til å imøtekomme tjenestemottakers behov. Som det fremgår av tabell 30, svarte halvparten med svaralternativet *i middels grad*, og svarfordeling og gjennomsnittsskår tyder på at pårørenderespondentene ikke er helt tilfredse med personalets kompetanse.

Tabell 30: I hvor stor grad opplever du/dere at personalet har tilstrekkelig kompetanse til å imøtekomme tjenestemottakers behov?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Pårørende (n=22)	0 %	18 %	50 %	14 %	9 %	**3,15** ***≈ i middels grad***	9 %

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Fjorten respondenter blant pårørende ga utdypende kommentar i tilknytning til dette spørsmålet. Flertallet av disse viste til at personalsituasjonen er ustabil og at vikarer/ufaglært personell ikke alltid har tilstrekkelig kompetanse om tjenestemottakers diagnose og behov og/eller at det fungerer bra når det er fast/kjent personale, men at det for ofte gjøres endringer i personalet.[67]

Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at pårørenderespondentene i mindre grad enn ansattrespondentene er fornøyde med personalets kompetanse. Videre har både ansatte og pårørende gitt uttrykk for at det benyttes mye vikarer i tjenestene, og at disse ikke alltid har nødvendig kompetanse til å bistå tjenestemottaker. I det neste delkapitlet omtaler vi kontinuitet i tjenestene.

Gjennom spørreundersøkelsen fikk ansatte spørsmål om i hvor stor grad de opplever å ha tilgang på nødvendige opplysninger om tjenestemottaker(ne). Av tabell 31 fremgår det at flertallet av respondentene svarte med svaralternativene i *stor* eller *svært stor grad*. Også på spørsmål om i hvor stor grad ansatte opplever å ha tilstrekkelig kjennskap til rutiner i hjemmetjenesten, svarte et tydelig flertall *i stor* eller *svært stor grad*, jf. tabell 32.

Tabell 31: I hvor stor grad opplever du at du har tilgang på nødvendige opplysninger om tjenestemottaker(ne)?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=115)	0 %	3 %	19 %	48 %	30 %	**4,06** ***≈ i stor grad***	0 %
Høyeste gjennomsnittskår: 4,25 – Omsorg Sentrum Laveste gjennomsnittskår: 3,88 – Omsorg Stangnes							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

[67] Én respondent har kommentert at han/hun aldri har møtt personalet som kommer og derfor ikke kan uttale seg om vedkommendes kompetanse.

Tabell 32: I hvor stor grad opplever du at du har tilstrekkelig kjennskap til rutiner i hjemmetjenesten?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=113)	0 %	1 %	9 %	55 %	34 %	**4,23** ***≈ i stor grad***	2 %
Høyeste gjennomsnittskår: 4,41 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittskår: 4,03 – Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tre respondenter hadde kommentarer til de ovennevnte spørsmålene. Kommentarene gjaldt at det tar tid å sette seg inn i rutinene og at disse kunne vært oppdatert oftere og bedre organisert, samt at det kan være utfordrende å få tilgang på nødvendige opplysninger utenfor kommunen, særlig dersom opplysningene er spredt hos flere instanser; andre kommuner, spesialisthelsetjenesten, politi osv.

Kontinuitet i personalet

Det fremgår av tabell 33 at ansatte i betydelig større grad enn pårørende opplever kontinuiteten i personalet som tilfredsstillende for tjenestemottaker.[68]

Tabell 33: I hvor stor grad opplever du at kontinuiteten i personalet er tilfredsstillende for den enkelte tjenestemottaker?[69]

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=114)	4 %	8 %	40 %	30 %	18 %	**3,50** ***≈ i middels grad***	1 %
Pårørende (n=22)	23 %	18 %	36 %	9 %	9 %	**2,62** ***≈ i middels grad***	5 %
Høyeste gjennomsnittsskår, ansatte: 3,88 - Omsorg Stangnes Laveste gjennomsnittssskår, ansatte: 3,14 - Omsorg Sør							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Flertallet av pårørende som har avgitt utdypende kommentar i forbindelse med dette spørsmålet, har gitt uttrykk for at det er for liten kontinuitet i personalet; det benyttes mange vikarer – til dels uten relevant kompetanse, og at det er (for) mange personer involvert i tilbudet til tjenestemottaker. Flere steder i spørreskjema har pårørende påpekt manglende kontinuitet i personalet som negativt; det er for mange tjenesteytere involvert i tilbudet til tjenestemottaker og dette påvirker tjenestekvaliteten negativt fordi forutsigbarhet er sentralt for tjenestemottaker. Også blant ansatte har enkelte respondenter kommentert at det er stor rullering av tjenesteytere, til dels på grunn av sykefravær og vikarbruk, og at dette gjør hverdagen mindre forutsigbar for tjenestemottakerne. Dette er eksemplifisert ved at en tjenestemottaker i løpet av en dag kan ha fire ulike tjenesteytere hos seg.

Avdelings-/enhetsledere har forklart til revisor at det jobbes aktivt i kommunen og avdelingene for å forebygge sykefravær og sikre mer kontinuitet/forutsigbarhet i tjenestetilbudet. Det har vært jobbet med dette i sykefraværsprosjekt, prosjektet *«Heltidskultur»*[70] og gjennom arbeid med turnusplaner. Avdelingsleder ved hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord fortalte i møte med revisor at de ser at denne

[68] Følgende veiledningstekst sto i forbindelse med spørsmålet: «Med kontinuitet i personalet menes hvorvidt tjeneste-mottaker ofte møter det samme personalet, eller om det ofte er nye personer i personalet tjenestemottaker forholder seg til».
[69] I hvor stor grad opplever du/dere at kontinuiteten i personalet er tilfredsstillende?
[70] Vi kommer nærmere tilbake til dette prosjektet på neste side.

satsingen lønner seg. Hjemmetjeneste Nord har også gjort omorganisering i turnusen; avdelingen ble delt inn i tre mindre arbeidsgrupper/turnusgrupper, og man gikk gradvis fra 2:1 bemanning til 1:1 kombinert med gode alarm- og varslingssystemer. Samlet har dette ifølge avdelingsleder ved Omsorg Nord gitt positive effekter for både tjenestemottakere og ansatte; det ble mindre utagerende atferd og mer ro og forutsigbarhet. Også avdelings-/enhetsledere ved Omsorg Sør og enhetsleder ved Omsorg Sentrum har uttalt til revisor at de har gjort tiltak for å bedre kontinuiteten i personalet, blant annet ved endringer i turnus.

I tabell 34 gis oversikt over sykefraværet ved de ulike avdelingene i 2016. Sykefravær har betydning for kontinuiteten i personalet. Vikarbruk som følge av sykefravær er også relevant med hensyn til kvaliteten som ytes i tjenestene.

Tabell 34: Sykefravær i 2016

	Omsorg Sør Hjemmetjeneste 2	Omsorg Sentrum Elveveien bolig	Omsorg Nord Hjemmetjeneste 2	Stangnes bokollektiv[71]	Stangnes Hjemmebasert psykiatritjeneste
Sykefravær 2016	15,2 %	6,9 %	10,5 %	7,6 %	10,5 %

Også den enkelte ansattes stillingsstørrelse har betydning for kontinuiteten i personalet. Harstad kommunestyre behandlet i møte 8.12.16, saken *Heltidskultur – helse og omsorg.* Vi gjengir fra saksfremlegget: *«Harstad kommune ønsker gjennom «Heltidskultur i Harstad kommune» å utvikle arbeidstidsordninger som er bedre tilpasset brukerbehovet og kompetansebehovet enn dagens arbeidstidsordninger. […] Brukerperspektivet og de økte krav innenfor sektoren, både i forhold til kompetanse og bemanning, er hovedfokuset i dette arbeidet.»* Det fremgår videre av saksfremlegget at Harstad kommune på det tidspunktet hadde mange ulike turnusordninger innenfor sektoren som ikke ivaretok bruker- og kompetansebehovet i tilstrekkelig grad, og dette gjaldt særlig i helger. Innenfor sektoren var det vakante stillinger tilsvarende 34,8 årsverk, og det ble brukt mye tid på innleie og administrasjon av vikarer. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i grunnturnus var 66 %, og kommunen hadde om lag 100 fast ansatte assistenter uten nødvendig fagkompetanse.

Kommunestyret gjorde følgende vedtak:
«1. Harstad kommunestyre tar redegjørelsen gitt i saksfremlegget til orientering.

2. Harstad kommune støtter hovedmålsettingen i dokumentet «Heltid/Deltid» som er som følger:
«Hovedmålet for prosjektet er å øke kvaliteten på de tjenester som leveres innen for helse og omsorg. For å oppnå økt kvalitet er kontinuitet en viktig faktor. For å oppnå dette må gjennomsnittlig stillingsstørrelse økes.»

Måloppnåelsen vurderes med bakgrunn i følgende mål:
- *Innen utgangen av 2018 skal minst halvparten av stillingene i pleie og omsorg være 100 %*
- *Innen utgangen av 2018 skal ingen stillinger være lavere enn 50 %, med mindre det foreligger helsemessige utfordringer eller andre vektige velferdsgrunner.»*

[71] Tallene for Stangnes bokollektiv inkluderer langtidssykemeldte nattevakter som ikke jobber med bruker.

Revisors vurdering

Revisor vurderer revisjonskriteriet om å ha system for at personer med psykisk utviklingshemming blir møtt av ansatte i hjemmetjenesten med nødvendig kompetanse, som delvis oppfylt. Vi legger til grunn at kommunen har forelagt for revisor oversikt som viser høy kompetanse blant fast ansatte samt avdelings-/enhetsledernes tilbakemelding om at fast ansatte innehar kompetansen som kreves i jobben. Videre har hjemmetjenesten på mange områder gode rutiner/systemer for opplæring. Kommunen har også igangsatt et prosjekt for å øke kvaliteten i tjenestene gjennom økt kontinuitet, som skal oppnås gjennom økt gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Prosjektet er imidlertid relativt nylig igangsatt. Vi vurderer systemet som mangelfullt ettersom tilbakemeldinger fra enhets-/ avdelingsledere viser at det brukes en del (ufaglærte) vikarer ved sykefravær og vakanser, noe som gjenspeiles i resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte og spesielt pårørende. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer også at en del ansatte og relativt mange pårørende ikke opplever kontinuiteten i personalet som tilfredsstillende for tjenestemottaker.

9 MEDVIRKNING FRA ANSATTE

Revisjonskriterium

- Kommunen bør ha system for medvirkning fra ansatte

Kilder: Gammel og ny «internkontrollforskrift»

Revisors funn
Harstad kommune har som omtalt i kap. 5.2 prosedyre for *Primær og sekundærkontakt i hjemmetjenesten*[72] der det framgår at primær- og eventuelt sekundærkontakt har en sentral rolle i utformingen av tjenestemottakers tjenestetilbud.

Kommunen har iverksatt et relativt nytt tiltak i flere enheter; tavlemøter/leanmøter. Lean-tavlen er et verktøy for kontinuerlig forbedring.[73] Tiltaket gjelder hele helse- og omsorgssektoren, men er ikke innført i alle avdelinger enda. Alle avdelinger som yter hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming har imidlertid innført tiltaket. Avdelings-/enhetslederne har opplyst at tavlemøtene tar opp i seg mye av det som tidligere ble avklart i personalmøter. Tavlemøtene gjennomføres ukentlig med utgangspunkt i post-it-lapper som ansatte har satt opp på lean-tavla i løpet av uka. Det skal være lav terskel for å henge opp en lapp på tavla og tiltaket skal stimulere til selvevaluering blant ansatte, samt til bevissthet og fokus på viktige forhold tilknyttet tjenestemottakerne. Tavlemøtene skal bidra til medvirkning i forbedringsarbeidet, og viktige forhold i dette er å:

- Finne forbedringsområder
- Komme med forslag til forbedringer
- Jobbe med tiltak
- Være åpen for andres ideer og synspunkter
- Være kreativ og vise engasjement
- Stille krav til at ledere og medarbeidere følger opp forbedringsforslag

Bruk av lean-tavle skal bidra til:

- Innsikt i egen organisasjon
- Beslutningsgrunnlag
- Forsterket fokus på tjenestemottaker
- Økt verdiskapning
- Realisering av gevinster
- Synliggjøring av utfordringer og muligheter

I tillegg avholdes det andre typer møter der ansatte har anledning til å medvirke: Fellesmøter, brukermøter, personalmøter, vikarmøter forut før sommeren og kvalitetsmøter. Avdelingsleder for hjemmetjeneste 2 i Omsorg Nord har sendt revisor et årshjul for 2017 som viser planlagt møte-virksomhet gjennom året; fem fellesmøter, 14 brukermøter og to vikarmøter. Vikarmøtene avholdes i forkant av sommerferien. Brukermøtene omhandler bestemte tjenestemottakere (ofte flere i samme møte), og det fremgår av årshjulet at det er bestemte forhold som skal diskuteres i møtet,

[72] Dok.id.: I.3.3.6.3-7
[73] Informasjon om kontinuerlig forbedring (Læringslean) fra Harstad kommune, URL: http://www.harstad.kommune.no/kontinuerlig-forbedring-labringslean.269197.no.html

eksempelvis somatiske utfordringer. I flere av møtene skal også personer utenfor hjemmetjenesten delta, blant annet skal fastlege delta i gjennomgang av tjenestemottakers helsetilstand. Kvalitetsmøter gjennomføres årlig og her deltar gjerne tillitsvalgte, brukerrepresentant, fautvikler og avdelingsledere. I disse møtene drøftes eksempelvis turnus- og heltidsprosjekter og meldte avvik. Avdelingsleder for hjemmetjeneste 2, Omsorg Nord, har sendt revisor referat fra et slikt møte, og vi ser at tema i møtet var risikoplan og konkrete punkter i denne, kompetanse i avdelingen, ansvarsforhold, opplæring, sykefravær med videre.

Harstad kommune gjennomfører også medarbeiderundersøkelser i hele organisasjonen, forrige ble gjennomført i 2014 og den neste skal gjennomføres i løpet av 2017.

Revisors vurdering
På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen har system for medvirkning fra ansatte som yter hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming.

10 RISIKO OG SÅRBARHET

Revisjonskriterier

Kommunen bør ha systemer for

- å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger for hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming
- å planlegge risikoreduserende tiltak

Kilder: Gammel og ny «internkontrollforskrift»

Revisors funn
Revisor har fra Omsorg Sentrum fått tilsendt risikoanalyse for brannvern. Også Omsorg Nord har oversendt risikoanalyse, og innledningsvis i denne står det: *«Ifølge Arbeidsmiljøloven og Harstad kommune sin intern kontroll, skal alle avdelinger vurdere risiko forbundet med sin arbeids-hverdag.»* Videre har Hjemmebasert psykiatritjeneste Omsorg Stangnes opplyst til revisor at de har en ROS-analyse[74], men denne er ikke spesifikt rettet inn mot tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming. Kommunen har flere prosedyrer vedrørende HMS for ansatte.

Harstad kommune har ikke utarbeidet en samlet og overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse for hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming. Ingen av de aktuelle avdelingene har opplyst å ha en fullstendig ROS-analyse med fokus på områder 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.

I møte med avdelings-/enhetslederne fikk vi opplyst at avdelingene har planer for tiltak knyttet til enkelte tjenestemottakere, som sier hva tjenesteyter skal gjøre for å unngå at situasjoner eskalerer (sikkerhetsprosedyrer). Revisor har fått tilsendt slike sikkerhetsprosedyrer fra Omsorg Nord og Omsorg Sør. Av disse prosedyrene fremgår det hvordan tjenesteyter skal opptre dersom tjenestemottaker viser tegn på utagerende atferd/utviser utagerende atferd. Revisor oppfatter at disse prosedyrene skal ivareta både tjenestemottaker og tjenesteyter i ulike situasjoner. Omsorg Sentrum og Omsorg Stangnes har opplyst at de ikke har slike prosedyrer knyttet til noen av sine tjenestemottakere. Enkelte av lederne viste i møte med revisor også til at risiko- og sårbarhetsvurderinger ligger i avvikssystemet.

Revisors vurdering
På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen ikke har oppfylt kriteriet om å ha systemer for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurdering for hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming. Kriteriet om å ha systemer for å planlegge risikoreduserende tiltak vurderes som bare delvis oppfylt. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt med bakgrunn i at risikoreduserende tiltak ikke planlegges utfra en samlet risiko- og sårbarhetsvurdering.

[74] Risiko- og sårbarhetsanalyse

11 AVVIK OG KLAGER

Revisjonskriterier

Kommunen bør ha system for

- avviksmelding og -håndtering, herunder lukking av avvik og tilbakemelding til ansatte
- å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottaker/ pårørende

Kilder: Gammel og ny «internkontrollforskrift»

Revisors funn

System for avviksregistrering og klager

Harstad kommune bruker et elektronisk system for melding av avvik som er felles for hele kommunen, og det er utarbeidet egen prosedyre for dette; *Forbedringsarbeid og avviksbehandling*[75]. Fremgangsmåte for melding av avvik følger av nevnte prosedyre. Oppsummert fremgår det av prosedyrer at den ansatte som oppdager avviket, skal registrere det så snart som mulig - elektronisk eller ved å fylle ut papirskjema. Kopi av papirskjemaet skal leveres/sendes nærmeste leder som gjennomgår avviket og registrerer det elektronisk dersom det ikke allerede er gjort. Enhetsleder har ansvar for at avviket blir saksbehandlet, og det fremgår av prosedyren at skadene må minimaliseres ved at tiltak iverksettes raskt og at en tar lærdom av hendelsen ved å sette i verk korrigerende tiltak for å unngå gjentakelse, eller forebyggende tiltak for å unngå potensielle avvik. Prosedyren sier også at iverksatte tiltak skal dokumenteres i det elektroniske avviksskjemaet, og at den ansatte som har registrert avviket, skal ha tilbakemelding om resultatet av avviksbehandlingen.

Fra avdelingsleder ved Omsorg Nord har revisor fått oversendt flytskjema for avvik som omhandler medikamentavvik og arbeidsulykke/skade/forulemping/trussel ansatt. Flytskjemaene viser hvordan ansatte skal registrere avvik innenfor de to kategoriene.

Harstad kommune har en fellesprosedyre for klager; *Klageprosedyre*[76]. Av denne fremgår det at klager på ansatte, tjenester, service, kjøring, ventetid mm. som kan bidra til forbedring av tjenestene, skal registreres i det elektroniske avvikssystemet. Skriftlige klager på vedtak/enkeltvedtak innenfor helse- og omsorgstjenester skal registreres i *Profil*. Det fremgår videre av prosedyren hvordan klagen skal behandles, innenfor hvilke frister og at det alltid skal gis skriftlig tilbakemelding til avsender av klagen.

I avvikssystemet er det en egen kategori for klager; *klage fra tjenestemottaker/pårørende/ foresatt.* Her skal formelle klager registreres, og de registreres også i *Profil*. Revisor har fra avdelingslederne fått forklart at de har fokus på at terskelen for å gi tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende, skal være lav. Personalet har daglig kontakt med mange tjenestemottakere og får mange tilbakemeldinger i dialog med tjenestemottakere/pårørende. Det innebærer imidlertid ikke at det fremsettes klage. Dersom det ikke fremgår tydelig av tilbakemeldingen, avklares det ifølge avdelings-/enhetslederne med tjenestemottaker/pårørende om de ønsker å fremsette formell klage. Dersom de ønsker det, blir klage registrert i avvikssystemet og behandles på samme måte som avvik.

[75] Dok.id: I.2-12
[76] Dok.id. I.2-16

Harstad kommune har også et eget elektronisk meldeskjema for serviceklager som kan benyttes til klager på tjenester eller ansatte. Her kan klager på tjenester kommunen yter, eller skal yte, samt forbedringsforslag til tjenestene registreres.

Meldte avvik

Tabell 35 viser meldte avvik i 2016 i Harstad kommunes hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming, fordelt på de fire enhetene. I perioden ble det meldt totalt 510 avvik innenfor de ni kategoriene som fremgår av tabell 35.[77]

Tabell 35: Meldte avvik, hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming i Harstad 2016

Type avvik	Omsorg Sentrum	Omsorg Nord	Omsorg Sør	Omsorg Stangnes	Sum
Andre avvik	1	36	31	0	**68**
Arbeidsulykke/skade/forulemping/ trussel ansatt	0	164	70	0	**234**
Avvik informasjonssikkerhet	0	1	1	0	**2**
Feilbehandling bruker/pasient	0	1	2	0	**3**
HMS-avvik arbeidstakere	0	0	2	0	**2**
Klage fra tjenestemottaker/ pårørende/foresatt	0	2	1	0	**3**
Ikke utførte oppdrag i h.h.t. vedtak pleie/omsorg	6	15	25	0	**46**
Medikamentavvik	3	54	68	1	**126**
Ulykke/skade/forulemping/trussel tjenestemottaker	0	8	18	0	**26**
Totalt	**10**	**281**	**218**	**1**	**510**

Tabell 35 viser at det er store forskjeller mellom enhetene/avdelingene når det gjelder meldte avvik. Dette må ses i lys av at det er forskjeller i hvor mange tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming hver avdeling yter hjemmetjenester til, samt hvilke diagnoser, utfordringer og behov tjenestemottakerne har.

Revisor har gjennomgått avvikene som fremgår av tabell 35 og gjengir kort hva avvikene i kategoriene det er meldt flest avvik, omhandler. Vi gjengir ikke hva alle avvikene omhandler, men oppsummerer hvilke typer avvik som går igjen. Avvikene i kategoriene *ikke utførte oppdrag i.h.h.t. vedtak pleie/omsorg* og *medikamentavvik* er omtalt tidligere, og vi henviser til kapittel 5.4. og 6 for nærmere informasjon.

I kategorien *andre avvik* er det registrert mange ulike typer avvik, og vi presenterer ikke alle disse. En del av disse avvikene burde etter revisors oppfatning vært registrert under andre kategorier, eksempelvis *medikamentavvik* og *arbeidsulykke/skade/forulemping/trussel ansatt*. Vi ser imidlertid at det i denne kategorien går igjen avvik som dreier seg om at alarmer ikke fungerer som de skal. Dette er alarmer som inneholder sensorer og skal utløses i gitte situasjoner, for eksempel når en tjenestemottaker står opp eller får epilepsianfall. Noen avvik omhandler også oppgaver som ble utført av ikke-autorisert-personell fordi det ikke var autorisert personell tilgjengelig, mens noen avvik omhandler oppgaver som ikke er utførte på grunn av mangel på personell/autorisert personell.

[77] Tabell 35 er ikke uttømmende for meldte avvik i tjenestene, vi har fokusert på kategoriene som etter vår vurdering er av størst betydning for kvaliteten i tjenestene som ytes. Vi har derfor ikke skaffet oversikt over avvik innenfor kategorier som for eksempel «feil på leiebil».

Enkelte avvik i denne kategorien dreier seg også om at drosje kjører tjenestemottaker til feil sted, eksempelvis at tjenestemottaker blir kjørt hjem når h*n egentlig skulle til bofellesskap/avlastning.

I kategorien *arbeidsulykke/skade/forulemping/trussel ansatt* omhandler avvikene ulike former for utagerende atferd fra tjenestemottaker mot tjenesteyter, herunder trusler, spytting, lugging og slag. Vi ser av avvikssystemet til Harstad kommune at det ved registrering av slike avvik automatisk kommer opp melding til den som skriver avviket om at skjema fra NAV også skal fylles ut ved eventuell skade på klær/utstyr eller personskade.

Mange av avvikene i kategorien *ulykke/skade/trussel/forulemping tjenestemottaker* dreier seg om uoverensstemmelser mellom tjenestemottakere, uten at det har ført til alvorlige skader. En del av avvikene i denne kategorien burde etter revisors oppfatning vært registrert under kategorien arbeidsulykke/skade/forulemping/trussel ansatt, da de gjelder utagering fra tjenestemottaker mot personale. Noen av avvikene i denne kategorien dreier seg om uhell som fall i hjemmet eller lignende. Det er også noen få avvik som omhandler uhell i forbindelse med bruk av (elektrisk) rullestol. Ett avvik dreier seg om situasjon hvor tjenestemottaker var uten tilsyn under epilepsianfall i forbindelse med vaktskifte. Det fremgår av avviksbehandlingen at dette ikke hadde skjedd tidligere, og at rutiner for vaktskifte umiddelbart ble endret etter denne hendelsen.

For å kartlegge hvorvidt ansatte opplever at avvikssystemet bidrar til å forebygge svikt og forbedre tjenestene, stilte vi to spørsmål om dette i spørreundersøkelsen. Av tabell 36 fremgår det at om lag halvparten av respondentene *i stor* eller *svært stor grad* opplever at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene og å forebygge svikt. Vi ser av gjennomsnittsskårene at det er forskjeller mellom avdelingene.

Tabell 36: I hvor stor grad opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene og forebygge svikt?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=113)	3 %	10 %	33 %	32 %	17 %	**3,54** ***≈ i stor grad***	6 %
Høyeste gjennomsnittsskår: 3,58 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittsskår: 3,08 – Omsorg Sentrum							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Av tabell 37 på neste side ser vi at på spørsmålet om hvorvidt ansatte opplever at avvikssystemet fanger opp eventuell svikt i tjenestene, ble svaralternativet *i middels grad* hyppigst valgt. Også her ser vi forskjeller i gjennomsnittsskåren mellom avdelingene. Informasjonen i tabellene 36 og 37 indikerer at ansatte jevnt over opplever at avvikssystemet fungerer bedre som bidrag til forbedring av tjenestene enn til å fange opp eventuell svikt i tjenestene. Imidlertid viser gjennomsnittskåren at det er forskjeller mellom avdelingene.

I utdypende kommentarer er det én respondent som har uttrykt usikkerhet om hvorvidt avvik følges opp riktig av ledelsen, mens en annen har kommentert at avvik ikke blir gjennomgått med personalgruppen. Tre respondenter uttrykte at det er forbedringspotensial når det gjelder å rapportere avvik. Ifølge en av disse bør det skrives flere avvik på tjenester som blir avkortet eller avlyst på grunn av personalmangel, men at dette ikke gjøres fordi personalet føler at ingenting blir gjort for å få flere stillinger. En annen respondent kommenterte at ansatte ikke skriver avvik, blant annet fordi noen ser på avvik som en klage på utført arbeid fremfor en mulighet til å forbedre noe.

Tabell 37: I hvor stor grad opplever du at avvikssystemet fanger opp eventuell svikt i tjenestene?

Svaralternativer → Respondenter ↓	I svært liten grad	I liten grad	I middels grad	I stor grad	I svært stor grad	**Gj.snittsskår**	*Vet ikke*
Ansatte (n=115)	4 %	16 %	30 %	29 %	16 %	**3,40** ***≈ i middels grad***	6 %
Høyeste gjennomsnittskår: 3,75 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittskår: 3,09 – Omsorg Sentrum							

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Revisors gjennomgang av avvikene viser for øvrig at det er forskjeller avdelingene/enhetene imellom når det gjelder å dokumentere hva som er gjort for å lukke avvik.

Revisors vurderinger

Revisor vurderer at kommunen har oppfylt kriteriet om å ha system for avviksmelding- og håndtering, herunder lukking av avvik og tilbakemelding til ansatte. Vi bemerker imidlertid at resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at ansatte jevnt over opplever at avvikssystemet fungerer bedre som bidrag til forbedring av tjenestene enn til å fange opp eventuell svikt i tjenestene. Vi vurderer at kommunen også har oppfylt kriteriet om å ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottaker/pårørende.

12 OPPLEVELSER AV SAMLET KVALITET I TJENESTENE

I undersøkelsen fikk ansatte og pårørende spørsmål om deres samlede vurderinger av hjemmetjenestene og andre tjenester til personer med psykisk utviklingshemming i Harstad kommune.

Både ansatte og pårørende fikk følgende spørsmål: «**Når det gjelder hjemmetjenestene til tjenestemottaker; er det noe som etter din vurdering ikke fungerer godt nok?**»[78] Tolv pårørende besvarte spørsmålet, og de fleste ga uttrykk for at det er for liten kontinuitet i personalet, og at vikarer ikke har tilstrekkelig kompetanse eller opplæring. Flere pårørenderespondenter pekte på utfordringer med kommunikasjon; både intern kommunikasjon i personalet om tjenestemottaker og mellom personalet og tjenestemottaker/pårørende. Enkelte respondenter ga uttrykk for at avtaler ikke ble fulgt opp, eksempelvis avtaler om når det er hjemmehelg. To respondenter har gitt uttrykk for at tjenestene bør organiseres på en annen måte, herunder at hver enkelt tjenestemottaker ikke skal måtte forholde seg til flere ulike enheter/avdelinger og personale. Flere respondenter etterlyste også flere muligheter for sosial samhandling. Én pårørenderespondent kommenterte at det ikke er tid til å vedlikeholde og utvikle ferdigheter. Enkelte kommenterte også at oppgaver ikke i tilstrekkelig grad blir utført, dette gjelder eksempelvis tannstell, skifte av sengetøy og husvask.

Det var 35 ansattrespondenter som besvarte spørsmålet. Flere respondenter har gitt uttrykk for tidsproblematikk; at det er for lite tid til tjenestemottakerne og at de ansatte har for mange arbeidsoppgaver. Flere ansattrespondenter kommenterte at tidsproblematikk særlig gjør seg gjeldende når det oppstår uforutsette/uplanlagte hendelser. Mange har også påpekt utfordringer tilknyttet kontinuitet og kompetanse i personalet, og noen av disse har gitt uttrykk for at kompetansen til bl.a. vernepleiere og miljøterapeuter bør utnyttes bedre. Tre respondenter har kommentert at rutinene kan bli bedre. Det er også gitt enkeltkommentarer om at det er for lite aktiviteter/stimulering for tjenestemottakerne, at det kan være utfordrende å finne løsninger som er til det beste for tjenestemottaker, utfordringer ved mat/ernæring i forhold til selvbestemmelse/bruk av tvang, at oppdaterte medisinlister kommer sent fra fastlege/UNN, at det bør være bedre transporttilbud for tjenestemottakerne og at det er krevende å jobbe 1:1; respondenten mener situasjoner hadde blitt løst bedre/smidigere med to tjenesteytere tilstede. I tillegg fremkommer det av svarene at enkelte respondenter opplever at alt fungerer bra, mens andre opplever at det er mye som ikke fungerer, uten at dette er utdypet noe nærmere.

Videre fikk både pårørende og ansatte fritekstspørsmålet: «**Når det gjelder hjemmetjenestene til tjenestemottaker; er det noe som etter din vurdering fungerer veldig bra?»** Tolv pårørende besvarte spørsmålet, og fire av disse svarte «*vet ikke*» eller «*nei*». Forhold som ble trukket frem, var at det er ansatte som er svært dyktige i sin jobb med tjenestemottaker og som utviser stor omsorgsevne og at tjenestetilbudet fungerer bra. Andre kommenterte at tjenestemottaker er glad og trygg i sin hverdag og at tjenestemottaker føler trygghet i sin kontakt med hjemmetjenesten og gjennom at hjemmetjenesten er tilgjengelig telefon ved behov. God orientering til verge om tjenestemottakers økonomi ble trukket frem av én pårørende. En annen ga uttrykk for at tjenesteyter og leder ved enheten er lett å kontakte, at de er opptatt av å hjelpe og viser forståelse for situasjonen, men at de også er avhengige av koordinerende enhet for å gjøre endringer i tjenestetilbudet. For øvrig ble det kommentert at Nattjenesten fungerer bra, at hjemmetjenesten er god på sårstell og at de er flinke til å flette hår.

[78] Respondentene ble bedt om å beskrive så konkret som mulig eventuelle forhold ved tjenestetilbudet de mente ikke fungerer godt nok eller burde forbedres.

Spørsmålet om hva som eventuelt fungerer veldig bra når det gjelder hjemmetjenestene til tjenestemottakerne, ble besvart av 24 ansatte. Flertallet av disse kommenterte at det er godt samarbeid i personalet, at de har mange dyktige medarbeidere og at personalet strekker seg langt for å gi et godt tjenestetilbud. To ansatte svarte at tjenestetilbudet til tjenestemottakere med bemanning 1:1 eller 2:1 fungerer bra. Det ble også kommentert at det er positivt med økt fokus på å redusere tvang og makt og på fritidsaktiviteter for tjenestemottakerne. Én respondent har kommentert at innføring av «lean-tavla» har økt effektiviteten og engasjementet blant ansatte. Det er også flere respondenter som har kommentert at tjenestetilbudet er godt.

På spørsmål om hvordan de totalt sett opplever kvaliteten på hjemmetjenestene til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, svarte to av tre ansattrespondenter med alternativene *som nokså god* eller *som svært god*, jf. tabell 38.

Tabell 38: Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på hjemmetjenestene til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming?

Svaralternativer → Respondenter ↓	Som svært dårlig	Som nokså dårlig	Som middels	Som nokså god	Som svært god	**Gj.snittsskår**
Ansatte (n=111)	2 %	4 %	27 %	44 %	23 %	**3,83** ***≈ som nokså god***
Høyeste gjennomsnittsskår: 4,02 – Omsorg Nord Laveste gjennomsnittsskår: 3,67 – Omsorg Sør						

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

I tabell 39 og 40[79] ser vi at begge respondentgruppene gjennomsnittlig opplever kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet tjenestemottakeren får fra Harstad kommune, *som nokså god*. Selv om flertallet av både ansatt- og pårørenderespondentene har svart at de samlet sett opplever kvaliteten som *nokså* eller *svært god* (jf. tabell 39 og 40), ser det også ut for at noen opplever tilbudet som dårlig; svaralternativene *som svært* eller *nokså dårlig* er benyttet av både pårørende og ansatte. At enkelte ansatte og pårørende vurderer tjenestetilbudet som dårlig, tyder på at kommunen har et forbedringsbehov i tjenestene til personer med psykisk utviklingshemming. Dette ser vi også av tabell 38, som viser ansattes opplevelser av kvaliteten på hjemmetjenester til personer med psykisk utviklingshemming.

Tabell 39: Totalt sett, hvordan opplever du/dere kvaliteten på tjenestetilbudet tjenestemottakeren får fra Harstad kommune?

Svaralternativer → Respondenter ↓	Som svært dårlig	Som nokså dårlig	Som middels	Som nokså god	Som svært god	**Gj.snittsskår**
Pårørende (n=22)	9 %	5 %	27 %	41 %	18 %	**3,63** ***≈ som nokså god***

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Tolv ansattrespondenter ga utdypende kommentarer til spørsmålene om opplevd kvalitet i det samlede tjenestetilbudet, og noen skrev at de ikke kjenner kommunens tjenestetilbud utenfor avdelingen de arbeider ved. Noen ansatte har trukket frem gode tilbud som dagsenter, fritidsaktiviteter og tilbud fra frivillige organisasjoner, mens andre mener at transport og/eller følge til

[79] Vi ba respondentene ta utgangspunkt i det **samlede tjenestetilbudet** til personer med psykisk utviklingshemming i Harstad kommune. Det vil si alle kommunale tjenestetilbud som mottas i forbindelse med skole, jobb, fritidsaktiviteter, støttekontakt, hjemmetjenester, tilrettelegging, samordning med videre.

fritidsaktiviteter kan være en utfordring og at det er vanskelig å få stabile støttekontakter[80]. Én respondent kommenterte at tjenester til personer med lettere psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser samlet sett kunne vært bedre dersom psykiatritjenesten ikke var organisert under hjemmetjenesten; respondenten pekte på at det er ulik arbeidsmetodikk.

Tabell 40: Hvordan opplever du kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemming i Harstad kommune?

Svaralternativer → Respondenter ↓	Som svært dårlig	Som nokså dårlig	Som middels	Som nokså god	Som svært god	**Gj.snittsskår**
Ansatte (n=110)	1 %	7 %	31 %	46 %	16 %	**3,68** ***≈ som nokså god***

Kilde: QuestBack/KomRev NORD

Syv pårørende ga utdypende kommentarer. To av disse ga uttrykk for at organiseringa av tjenestetilbudet kan bli bedre. En av disse skrev at det er organiseringen som er problemet; de er fornøyde med personalet som gjør en god jobb og viser stor respekt for tjenestemottaker. To respondenter ga uttrykk for at tjenestemottaker har det bra, og at de er fornøyde med tjenestetilbudet. Hyppige endringer i personalet er også kommentert her, mens to respondenter har kommentert at tjenestetilbudet ofte uteblir. Én pårørenderespondent har kommentert at de savner tilbakemelding på om ting blir gjort eller ikke.

Helt til slutt i undersøkelsen hadde respondentene anledning til å legge til eventuelle andre kommentarer de måtte ha om kvaliteten på hjemmetjenestene til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming.[81] Én pårørende uttrykte ønske om flere aktiviteter i hverdagen, mens en annen ønsket bedre muligheter for ferie for tjenestemottaker og viste til at pårørende synes det er vanskelig å reise bort i lengre perioder i feriene fordi de er redde for at tjenestemottaker da blir sittende alene uten aktivitetstilbud. Det ble av én respondent også kommentert at pårørende må følge opp svært mye og at det må være mulig å organisere tjenestetilbudet bedre. Andre pårørenderespondenter uttrykte ønsker om mer fleksibilitet i tjenestetilbudet slik at det kan gjøres individuelle tilpasninger ut fra eksempelvis tjenestemottakers dagsform. Én respondent skrev at kontinuitet og forutsigbarhet er svært viktig for tjenestemottaker, og at kommunen ikke har tatt grep når mangel på kontinuitet og forutsigbarhet har hatt negative konsekvenser for tjenestemottaker. Én respondent ønsket at kommunen skal ha fokus på og ta stilling til hvor mange ansatte som skal være på vakt fordi psykisk utviklingshemmede er en svært sårbar gruppe med tanke på overgrep, og at man bør søke å redusere risikoen for overgrep.

Blant ansatte var det flere respondenter som kommenterte at det gjøres mye bra i hjemmetjenestene, og at kvaliteten på tjenestetilbudet er god. Én ansatt skrev om økende ensomhet blant hjemmeboende og at det bør være mer fokus på dette i utformingen av bygg og av tjenestetilbudet. Det ble også kommentert at systemet utenfor avdelingen har for liten forståelse og innsikt i at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming ikke er en homogen gruppe, men at det er snakk om mennesker med en egen identitet. Enkelte ansattrespondenter har i spørreundersøkelsen gitt uttrykk for at leder ikke i tilstrekkelig grad følger opp sitt ansvar. Flere ansatte kommenterte at det er for lite tid til å yte gode tjenester og at økonomiske innsparinger går utover kvaliteten i tjenestetilbudet.

[80] Ikke vanskelig å få innvilget søknad om støttekontakt, men vanskelig å finne støttekontakter som ikke slutter etter kort tid.

[81] Her presenterer vi også kommentarer som ble gitt i tilknytning til andre spørsmål i undersøkelsen, men som vi vurderer som mest hensiktsmessig å presentere her.

13 OPPSUMMERING OG SAMLET KONKLUSJON

På bakgrunn av revisors funn og vurderinger konkluderer vi med at Harstad kommune i stor grad har dokumenterte systemer som skal bidra til å sikre etterlevelse av krav og målsetninger for kvaliteten i hjemmetjenester til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, men systemene er på noen områder mangelfulle. Manglene gjelder brukermedvirkning, kompetanse, samarbeid med organisasjoner, risiko og sårbarhet, å yte tjenester i tråd med vedtak og tjenestemottakers kartlagte behov samt å fange opp endringer i tjenestemottakers behov.

Gjennom spørreundersøkelser har revisor kartlagt hvordan ansatte og pårørende/tjenestemottakere opplever kvaliteten i tjenestene. Resultatene fra spørreundersøkelsene tyder på at både ansatte og pårørende opplever at tjenestetilbudet fungerer tilfredsstillende på noen områder, mens det er behov for forbedring på andre områder. Utstrakt vikarbruk og til dels mangelfull kompetanse blant vikarer ble av både ansatte og pårørende pekt på som utfordringer. Særlig pårørende trakk frem manglende kontinuitet i personalet som en svakhet for kvaliteten i hjemmetjenestetilbudet. Undersøkelsene avdekket at relativt mange ansatte og pårørende opplever at personalet har for lite tid til tjenestemottakerne, og at mottakerne ikke får tjenester iht. skriftlig vedtak. Videre indikerer undersøkelsesresultatene, spesielt for pårørende, forbedringsbehov når det gjelder brukermedvirkning, kommunikasjon og informasjonsutveksling. Resultatene tilsier at legemiddelhåndtering er en del av tjenestetilbudet både ansatte og pårørende synes fungerer relativt bra. Flertallet av ansatte og pårørende som besvarte spørreundersøkelsen, opplever at hjemmetjenesten tar hensyn til tjenestemottakers privatliv og behandler tjenestemottaker med respekt.

14 HØRING

Rapporten fra forvaltningsrevisjonsprosjektet ble sendt på høring til Harstad kommune v/rådmann 24.3.17, med frist for tilbakemelding 7.4.17. Kommunen ba om utsatt høringsfrist, og revisor imøtekom forespørselen. Harstad kommune avga høringssvar 20.4.17. Revisor har innarbeidet deler av kommunens høringsuttalelse og lagt til enkelte presiseringer i rapporten som følge av uttalelsen. Kommunens høringssvar er i sin helhet gjengitt på de neste sidene.

Harstad kommune
Attraktiv hele livet

Fag stab
20. april 2017

KomRev NORD IKS
Sjøgata 3
9405 Harstad

Høringsuttalelse på rapportutkast– Kvalitet i hjemmetjenester til tjenestemottaker med psykisk utviklingshemming

Harstad kommune takker for revisjonsarbeidet som er utført. Rapporten gir innblikk i viktige vurderinger og forbedringspunkter.
Rapporten vil være et viktig bidrag som kommunen vil kunne jobbe videre med for utvikling i tjenesten til denne brukergruppen.

Harstad kommune ønsker å gi innspill på noen av revisjonens konklusjoner. Dette da kommunen ønsker å signalisere at konklusjonene fra undersøkelsen kan forstås på flere ulike måter.

Kommentarene og innspillene fra Harstad kommune settes opp punktvis. Det henvises til delkapitler i høringsutkastet.

Del 5 – systemer for å ivareta tjenestemottakers behov

Pkt 5.3 – Forståelsen av tidsbruk og vedtak
Revisor viser til begrepet «for liten tid til tjenestemottaker» og «tjenestemottaker får ikke tjenester iht. skriftlige vedtak»

Harstad bemerker;

- Harstad kommune viser til at kvalitet på tjenesten ikke utelukkende henger sammen med tidsbruk (timer/minutter). Bruker skal ha et faglig relevant og kvalitetsmessig godt innhold i tjenestene, der fokus ikke kun skal være på timer/minutter. Det vil således ikke bare være tidsbruken som er avgjørende – men det faktiske innholdet i tjenesten som blir gitt.
- Det er ikke krav i lov om å beskrive tidsbruk (timer/minutter) for vedtak om tjenester som ikke er betalingstjenester.
- De fleste tjenester som ytes innenfor denne brukergruppen er hjemmesykepleie. Det vil si tjenester som det ikke kreves egenbetaling for.

Revisor har referert til spørsmål og kommentarer fra ansatte og pårørenderespondenter på side 33.

Opplever du at tjenestemottaker(ne) får tjenester i henhold til skriftlig vedtak?
I hvor stor grad opplever du at tjenestene ytes til de tidspunktene de skal?

Det fremkommer svar som at bruker «*ikke får de timene/tjenesten de har vedtak om*»

Dette er tilbakemeldinger som kommunen vil følge opp i dialog med både tjenesteyter og pårørende.

Svarene som fremkommer i dette punktet, vil etter Harstad kommunes vurdering også henge sammen med Del 11 (avvik/klager), side 55-58 i høringsutkast.
Ansatte skal registrere avvik når og dersom det ikke utføres *tjenester/oppdrag* i henhold til vedtak.
Ansatte oppfordres til å skrive avvik når tjenester ikke leveres i henhold til vedtak.

- Revisor referer til at det fremkommer 46 avvik i 2016 av denne kategorien.

Harstad kommune yter ca 400 forskjellige tjenester hver dag til denne brukergruppen.
Harstad kommune vurderer at det ikke er et unormalt høyt avvikstall i forhold til omfang på de tjenester som ytes.

Harstad kommune har undersøkt de avvik som er registrert i 2016 på *«ikke utført oppdrag i henhold til vedtak»* er. Som eksempler på avvik og forklaring kan nevnes;

- Husvask ikke utført
- Forskjøvet bistand til senere – dette er avklart med bruker
- Ikke utført bistand til middag – bruker ordner middagen selv
- Forlater bruker for å bistå akutt situasjon – bruker fikk tilsyn fra annet personell
- Bistand til handling ble ikke gitt – bruker ville ikke ha bistand til dette

Avvikene som er registrert vurderes til ikke å ha alvorlig karakter. Det at eksempelvis praktisk bistand/husvask, ikke ytes på aktuelt tidspunkt som er oppsatt i en brukers dagsplan oppfattes som et mindre avvik. Vedtak på praktisk bistand/husvask gir ikke føring på hvilken dag tjenesten skal gis. Vedtaket gir føringer på innholdet per uke.

Harstad kommune mener at det er viktig at tjenesteleverandør kan ha mulighet til å gjøre justeringer dersom uforutsette hendelser oppstår. Det gjøres faglige vurderinger på hva som er nødvendig helsehjelp og tjenestene planlegges ut fra dette.

Pkt 5.3 – Forståelsen av Informasjonsutveksling
Det vises til tabell 11, side 31, samt konklusjon side 34.
Revisor vurderer at det er forbedringspotensial i forhold til informasjonsutveksling mellom ansatte.
Harstad kommune ønsker å kommentere dette slik:
En konklusjon om manglende informasjonsutveksling mellom personalet kan gi rom for flere tolkninger.

1. Signaliserer det manglende informasjonsutveksling vedrørende den enkelte brukers helseopplysning mellom vaktskift?
2. Er det annen praktisk informasjon som mangler, for eksempel beskjeder som ansatte skal gi vedrørende overtagelse av arbeidsoppgaver, eks «ta med plasthansker», «ta med skrivepapir», «husk å vanne blomster»?

Helsepersonell er i henhold til lovkrav pliktig til å dokumentere helseopplysninger. Helsepersonell som overtar ansvaret for den aktuelle bruker ved neste vakt er således ansvarlig for å være oppdatert på det som er dokumentert.

Det synes derfor noe uklart hva som legges til grunn i revisors sin konklusjon vedrørende at

> *«informasjonsutvekslingen om den enkelte tjenestemottaker innad i personalet ikke er tilfredsstillende».*

Del 7 Brukererfaring og – medvirkning
Svarprosenten på spørreundersøkelsen blant pårørende er i følge revisor på 32%.
Revisor vurderer at denne delen av spørreundersøkelsen ikke er helt tilstrekkelig. Det kommenteres videre at data likevel gir interessante indikasjoner på hvordan pårørende opplever kvaliteten i hjemme-tjenestene.

Konklusjonen om at kommunen ikke fyller kravene til brukermedvirkning kan likevel virke svakt begrunnet kun basert på undersøkelsen og på så lav svarprosent.

Ved alle endringer i tjenestene skal det dokumenteres at brukermedvirkning er ivaretatt. Harstad kommune har utarbeidet prosedyren «Samhandling mellom koordinerende enhet og utøvende enhet». Både koordinerende enhet og utøvende enhet skal sjekke og dokumentere at medvirkning er ivaretatt.

Rita Johansen
Kommunalsjef

Tone Skoglund
Omsorgsfaglig rådgiver

Revisors kommentarer til enkelte punkter i høringssvaret fra Harstad kommune

Til Pkt. 5.3- Forståelsen av tidsbruk og vedtak
Harstad kommune bemerker at kvalitet i tjenesten ikke henger sammen utelukkende med tidsbruk; bruker skal ha et faglig relevant og kvalitetsmessig godt innhold i tjenestene, der fokus ikke skal være på timer/minutter. Revisor støtter kommunen i at det er mye som avgjør tjenestekvaliteten, men vi betrakter tilstrekkelig tid til tjenestemottaker som én av flere faktorer som har betydning for kvaliteten i tjenestene.

Ifølge Harstad kommune oppfordres ansatte til å skrive avvik når tjenester ikke leveres i henhold til vedtak, og i 2016 ble det meldt 46 avvik innenfor denne kategorien. Kommunen viser til at det ytes ca. 400 forskjellige tjenester hver dag til denne brukergruppen, og at det dermed ikke er et unormalt høyt avvikstall i forhold til omfanget på de tjenester som ytes. Kommunen viser i høringssvaret også til at de registrerte avvikene ikke vurderes å ha alvorlig karakter. Revisors funn i gjennomgang av avvikene tilsier også at de meldte avvikene innenfor denne kategorien ikke er av alvorlig karakter.

Til Pkt. 5.3 – Forståelsen av Informasjonsutveksling
Ifølge kommunen er det uklart hva som legges til grunn i revisors vurdering av at «informasjons-utvekslingen om den enkelte tjenestemottaker innad i personalet ikke er tilfredsstillende». Vi presiserer at *vurderingen* vår er at kommunen i hovedsak oppfyller revisjonskriteriet om å ha system

for å fange opp endringer i tjenestemottakers behov. I vurderingen bemerker vi imidlertid at enkelte ansatte i spørreundersøkelsen har gitt uttrykk for at informasjonsutvekslingen om den enkelte tjenestemottaker innad i personalet ikke er tilfredsstillende.

Til Del 7 Brukererfaring og -medvirkning
Harstad kommune viser i sitt høringssvar til at konklusjonen om at kommunen ikke fyller kravene til brukermedvirkning, kan virke svakt begrunnet kun basert på spørreundersøkelsen blant pårørende pga. lav svarprosent (32 %). Vi presiserer at vår vurdering er at kommunen i hovedsak har system for brukermedvirkning. Årsaken til at vi ikke vurderer det som fullt ut oppfylt, er at noen ansatte og spesielt pårørende i liten grad opplever brukermedvirkning for tjenestemottakerne.

15 ANBEFALINGER

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjon anbefaler vi Harstad kommune å videreutvikle systemene som skal bidra til å sikre kvalitet i hjemmetjenestene til psykisk utviklingshemmede tjenestemottakere. I forbindelse med dette arbeidet anbefales kommunen å se hen til resultatene fra spørreundersøkelsen, spesielt de områdene der resultatene indikerer rom for forbedring.

16 REFERANSER

Lov, forskrift, veileder

- Lov av 24.juni 2011 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov av 30.mars 1984 nr. 15: statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.
- Forskrift 28.oktober 2016 nr. 1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, gjeldende f.o.m. 1.1.17
- Forskrift 20.desember 2002 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesteloven, opphevet f.o.m. 1.1.17
- Forskrift 27.juni nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Forskrift 3.april 2008 nr. 320: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosial tjenesteloven, IS-1201, Sosial- og helsedirektoratet, 2004

Harstad kommune – fellesprosedyrer

- Tildeling av pleie- og omsorgstjenester (Dok.id.: I.3.3.2-15)
- Første hjemmebesøk (Dok.id.: I.3.3.6.3.-2)
- Tildeling av boliger til behandling, pleie og omsorgsformål (Dok.id.: I.3.3.2-14)
- Primær og sekundærkontakt i hjemmetjenesten (Dok.id.: I.3.3.6.3-7)
- Dokumentasjon i Visma Unique Profil (Dok.id.: I.3.3.2-4)
- Samhandling mellom koordinerende enhet og øvrige enheter i helse, pleie og omsorg (Dok.id.: I.3.3.2-7)
- Samhandling mellom hjemmetjenesten og nattjenesten (Dok.id.: I.3.3.6.3-12)
- Legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten (Dok.id.: I.3.3.6.3-1)
- Informasjon og opplæring til bruker og pasient ved bruk av multidoser (Dok.id.: I.3.3.2.1-1)
- Oppstart av multidose til hjemmeboende (Dok.id.: I.3.3.2.1-3)
- Legemiddelforskrivning, bestilling, levering, endring og betaling av multidose (Dok.id.: I.3.3.2.1-5)
- Utlevering og kontroll av multidoseforpakkede legemidler (Dok.id.: I.3.3.2.1-6)
- Oppbevaring av multidoser (Dok.id.: I.3.3.2.1-8)
- Avvikshåndtering ved multidoseforpakkede legemidler (Dok.id.: I.3.3.2.1-10)
- Ansvarsvakt (Dok.id.: I.3.3.2-1)
- Forbedringsarbeid og avviksbehandling (Dok.id.: I.2-12)
- Klageprosedyre (Dok.id.: I.2-16)

Harstad kommune – annen dokumentasjon

- Frivillighetsstrategi for helse og omsorg, Harstad kommune 2017
- Driftsplan Omsorg Nord 2016, Harstad kommune 2016
- Driftsplan Omsorg Sør 2016, Harstad kommune 2016
- Driftsplan Omsorg Stangnes 2016, Harstad kommune 2016
- Driftsplan Omsorg Sentrum 2015, Harstad kommune 2015
- www.harstad.kommune.no
- Dokumentasjon fra avdelingene mottatt per e-post/post, herunder informasjon om sykefravær, lokale prosedyrer, møtereferater m.m.

Annet

- Meldte avvik i hjemmetjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie f.o.m. 1.1.16 t.o.m. 31.12.16.

- Overordnet samarbeidsavtale mellom Harstad kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2012)
- Tjenesteavtale nr. 2 mellom Harstad kommune og UNN – samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for pasienter med behov for koordinerte tjenester (2012)
- *Bedre måling av kvalitet i kommunene*, SØF-rapport nr. 02/12, Senter for økonomisk forsking AS

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms fylkeskommune, alle kommunene i Troms, ni kommuner i Nordland og fire kommuner i Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontor i Tromsø, Narvik, Sortland, Finnsnes, Storslett og Sjøvegan.

Vi har 36 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av ni medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Pedagogikk
- Samfunnsplanlegging
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjonsprosjekter i Harstad kommune:

- *Offentlige anskaffelser, 2004*
- *Barnevernstjenesten, 2005*
- *Areal- og byggesakstjenesten, 2005*
- *Arbeidsmiljø og skader i hjemmetjenesten, 2006*
- *Iverksetting av politiske vedtak, 2006*
- *Forvaltning, drift og vedlikehold av kommunale bygninger, 2007*
- *Offentlige anskaffelser, 2008*
- *Harstad kommunes kjøp av tjenester fra Sama Maskin og Stenhaug transport AS, 2011*
- *Selvkost VA, 2012*
- *Ressursbruk PLO, 2013*
- *Selvkost på avfallstjenester i Hålogaland Ressurs-selskap IKS med underliggende selskaper, 2015*
- *Kvalitet ved sykehjemmene Slottet og Stangnes, 2015*
- *Regeletterlevelse og saksbehandling ved Koordinerende enhet, 2015*
- *Legemiddelhåndtering og medikamentavvik ved sykehjemmene, 2017*