

FORVALTNINGSREVISJON FOR KONTROLLUTVALGET I VEGÅRSHEI KOMMUNE

BEMANNING OG KVALITET VED SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER

AUST-AGDER REVISJON IKS, NOVEMBER 2021

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1 INNLEDNING, BAKGRUNN OG FORMÅL	1
1.2 PROBLEMSTILLINGER	2
2. METODISK GJENNOMFØRING	3
Dokumentanalyse	3
Intervjuer	3
Spørreundersøkelse	3
Validitet og reliabilitet	3
3. PROBLEMSTILLINGER	5
3.1. BEMANNING OG OPPGAVER	5
3.1.1. REVISJONSKRITERIER	5
Organisering og styring	5
Bemanning	7
3.1.2. FAKTA	9
Organisering	9
Styring og ledelse	10
Bemanning	15
Fremtidig bemanningsbehov	22
3.1.3 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON	24
3.2. KVALITET	26
3.2.1. REVISJONSKRITERIER	26
Kvalitetsindikatorer	26
Pasient- og brukermidvirkning	27
Legemiddelhåndtering og avvikshåndtering	28
Arbeidsmiljø	29
3.2.2. FAKTA	30
Kvalitet	30
Brukermedvirkning	33
Legemiddelhåndtering	34
Avvikshåndtering	35
Arbeidsmiljø	36
3.2.3 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON	41
4. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	43
4.1 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR	45
5. LITTERATUR	46
6. VEDLEGG	48
VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE	48
VEDLEGG 2 – SPØRREUNDERSØKELSE	51

Bemanning og kvalitet ved sykehjem og hjemmetjenester

Problemstillinger

1. Har Vegårshei kommune organisert bemanning og oppgaver knyttet til institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester på en hensiktsmessig måte?
2. Er tjenestetilbudet organisert på en forsvarlig måte som sikrer kvalitet i henhold til lovkrav? Herunder definerte kvalitetsindikatorer, avvikshåndtering, rapportering, arbeidsmiljø mv.

Revisjonskriterier

- Kommunen skal tilby et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud – med krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.
- Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere virksomhetens aktiviteter.
- Det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse gjennom en god og realistisk bemanningsplan. Turnus skal drøftes i samarbeid med tillitsvalgte.
- Kommunen plikter å følge kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester ved å ha interne prosedyrer som sikrer pasientenes grunnleggende behov for pleie.
- Kommunen skal ha klare prosedyrer for legemiddelhåndtering som er godt kjent blant ledere og ansatte.
- Kommunen skal ha og følge klare rutiner for avvikshåndtering som sikrer medbestemmelse, læring og fremmer kvalitet i tjenesten.
- Kommunens helse- og mestringsenhet skal ha et godt arbeidsmiljø for ansatte og ledere som sikrer kvalitet i planlegging, organisering og gjennomføring av arbeidet.

Revisors vurderinger

- Revisjonen vurderer, med bakgrunn i det som fremgår av intervjuer med ledergruppa, at utskiftningene i ledelsen delvis er et resultat av at oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er å anse som optimal.
- Tjenesten fremstår for revisjonen som tilstrekkelig bemannet, der man på tross av gjennomgått nedbemanningsprosess har en pleiefaktor utover det som danner utgangspunkt for bemanning i Helsedirektoratets beregning på området.
- Evaluering og korrigerende av virksomhetens arbeid med turnusplanlegging fremstår for revisjonen som i henhold til de krav som fremgår av hol § 3-1 og ivaretar medvirkningsmulighet for ansatte.
- Revisjonen vurderer helse- og mestringsenheten som bestående av høy kompetanse og kvalitet i utøvelse av arbeidsoppgaver og tjenestetilbud, der planleggingen og organiseringen ved enheten gjennomføres i tråd med sentrale føringer og lovverk og kravet til skriftlige prosedyrer og rutiner vedrørende brukers grunnleggende behov innfris.
- Det fremgår for revisjonen som at enheten har mangelfulle systemer for å følge opp brukermedvirkning.
- Revisjonen registrerer at kommunen har gode rutiner og system knyttet til arbeidet med legemiddelhåndtering i enheten.
- Revisjonen registrerer at det er nødvendig med bedre rutiner for avvikshåndtering, men enda viktigere med en kultur for å forstå avvik og en transparent oppfølging.
- Revisjonen bemerker reelle arbeidsmiljøutfordringer som har preget enheten er lederutskiftningene, samt nedbemanningsprosessene og kutt i administrasjonen.

Revisjonens anbefalinger

- Revisjonen anbefaler at ansvars- og oppgavefordelingen i ledergruppen tydeliggjøres ved at dette defineres gjennom et felles styringsdokument, og at det arbeides med å synliggjøre dette blant de ansatte i tjenesten.
- Revisjonen anbefaler at det utarbeides klare og tydelige rutiner for avvikshåndtering som fremmer økt forståelse og transparens i enheten.
- Revisjonen anbefaler at brukermedvirkning settes i system, ved at det gjennomføres brukerevaluering og utarbeides rutiner som implementeres blant de ansatte.
- Revisjonen anbefaler at det tillegges et økt fokus på arbeidsmiljøarbeid, inkludert ledelse, transparens kultur, trygghet og tilhørighet.

1. INNLEDNING

1.1 INNLEDNING, BAKGRUNN OG FORMÅL

Vegårshei kommune har etter helse- og omsorgstjenesteloven et ansvar for å gi nødvendig helsehjelp og bistand til personer som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. hol. § 3-1.¹ Helse- og omsorgstjenestene skal ifølge kommunen være forsvarlige, helhetlige, koordinerte, verdige og tilpasses den enkeltes behov.² Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3 regulerer kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester og brukergrupper de har ansvaret for. Kommunens ansvar innenfor pleie- og omsorgssektoren omfattes for øvrig av en rekke andre lover og forskrifter, blant annet knyttet til pasient- og brukerrettigheter, internkontroll, ledelse og særlovgivning om kvalitet i tjenestene.

Enhet for Helse og mestring er den største enheten i Vegårshei kommune, med i underkant av 70 årsverk og et regnskapsmessig resultat på ca. 68 millioner kroner i 2020. Enheten ble med virkning fra 01.01.2021 sammenslått med tidligere «Nav og oppfølging», hvor tjenestene med ny organisering er fordelt på tre seksjoner ledet av én felles enhetsleder og to seksjonsledere. Sykehjemstjenestene er samlet på Vegårshei bo- og omsorgssenter (VBO) som med ny organisering utgjør seksjon for institusjon. Hjemmetjenester er tilsvarende organisert under seksjon for hjemmebaserte tjenester. Seksjonsleder for institusjon leder også seksjon for friskhet og mestring. Sykehjem og hjemmetjenester i Vegårshei kommune har vært preget av flere større endringer de siste årene gjennom både omorganiseringsprosesser, kutt i budsjetter og nedbemanningsprosesser samt en endring i omfanget av tjenestemottakere. Budsjettrammer og prioriteringer fra kommunestyret er med på å innvirke på blant annet organisering av personalressurser, som igjen vil kunne gi utslag på eksempelvis arbeidsbelastning, sykefravær og arbeidsmiljø. Det pekes også i flere forskningsrapporter på en sterk sammenheng mellom arbeidsmiljø og kvaliteten på omsorgstjenestene som leveres.³

Formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet vil være å se på hvordan enheten gjennom seksjon for institusjon og hjemmetjenester organiserer sine personalressurser og hvilken sammenheng organiseringen har på kvaliteten i kommunens helsetjenester. Det vil herunder være hensiktsmessig å vurdere om bemanning og oppgaver er organisert på en god måte ved sykehjem og hjemmetjenester, både når det gjelder turnus, kapasitet, brukertid og tildeling. Prosjektet vil videre ha til hensikt å vurdere hvordan de ulike endringsprosessene har hatt innvirkning på tjenestetilbudet, målt opp mot ulike kvalitetsindikatorer. Det vil herunder være aktuelt å vurdere etterlevelse av et forsvarlig og lovpålagt tjenestetilbud, samtidig som det vil vurderes faktorer som ansattes opplevelse av arbeidsmiljø og tjenestekvalitet, avvikshåndtering mv. Gjennomgående vil prosjektet fokusere på balansen mellom

¹ LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Heretter forkortet hol.

² <https://www.vegarshei.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/tjenester-i-hjemmet/hjemmesykepleie/serviceerklaring-hjemmesykepleie.26181.aspx>

³ NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*

hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, og i hvilken grad enheten ivaretar en drift som en samordnet tjeneste til det beste for brukerne.

Forvaltningsrevisjonsprosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Vegårshei 04.02.2021 (sak 4/21). Bakgrunnen for bestillingen er de funn som fremgår av revisjonens risiko- og vesentlighetsvurdering 2020-2023 for Vegårshei kommune, hvor sykehjem og hjemmetjenester ble vurdert som det området med høyest risiko.

Revisjonens funn og anbefalinger er utledet gjennom grundig metodisk gjennomføring av både dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse, vurdert opp mot rapportens revisjonskriterier. Prosjektet er for øvrig gjennomført etter gjeldende standard for forvaltningsrevisjon, RSK001.

1.2 PROBLEMSTILLINGER

Kontrollutvalget vedtok gjennom prosjektplan 29.04.2021 (sak 15/21) følgende problemstillinger:

- 1) *Har Vegårshei kommune organisert bemanning og oppgaver knyttet til institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester på en hensiktsmessig måte?*
- 2) *Er tjenestetilbudet organisert på en forsvarlig måte som sikrer kvalitet i henhold til lovkrav? Herunder definerte kvalitetsindikatorer, avvikshåndtering, rapportering, arbeidsmiljø mv.*

2. METODISK GJENNOMFØRING

Prosjektets metodiske fremgangsmåte har basert seg på en sammensatt datainnsamling gjennom flere ulike tilnærminger innen både kvalitativ og kvantitativ metode. Arbeidet med forvaltningsrevisjonen har i hovedsak foregått i perioden juni 2021 – Oktober 2021, gjennomført av forvaltningsrevisorer Stine Norrøne Ask, Bjørn Nilsen Fjermedal og Marlene Kvåle, med Kristian Fjellheim Bakke som ansvarlig forvaltningsrevisor.

Dokumentanalyse

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

Intervjuer

For å danne et mest mulig deskriptivt bilde av sykehjem og hjemmetjenester i Vegårshei kommune, fikk revisjonen sikret seg samtaler med avtroppende ledere i enheten. Det ble avholdt omfattende intervju med enhetsleder som fratrådte stillingen i juni 2021, for å sikre vedkommendes oppfatninger og erfaringer om de temaene revisjonen ønsket å få belyst. Det ble i etterkant av dette gjennomført dybdeintervjuer med seksjonsleder for hjemmebaserte tjenester samt seksjonsleder for institusjon, friskhet og mestring. Sistnevnte fratrådte sin stilling i løpet av sommeren. Intervjuene ble avholdt som semi-strukturerte intervju, bygd opp rundt en felles utarbeidet intervjuguide for alle informantene. Revisjonen har i tillegg til ovennevnte intervjuer, gjennomført en samtale med kommunedirektør.

Spørreundersøkelse

For å få større innsikt i de ansattes opplevelser og synspunkter, valgte revisjonen å gjennomføre en spørreundersøkelse blant alle ansatte ved både institusjon og hjemmesykepleie. Revisjonen har kun tatt utgangspunkt i oversikt som enhetsleder har oversendt med liste over alle ansattes e-poster, og tar derfor forbehold om potensielle feil eller mangler i den oversendte listen. Undersøkelsen ble gjennomført i august 2021.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt 74 respondenter. Av utvalget var det totalt 34 respondenter som svarte på hele undersøkelsen, hvilket innebærer en svarprosent på totalt 46 prosent. 2 respondenter gjennomførte kun deler av undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble for øvrig distribuert gjennom SurveyXact, som revisjonen også anvendte i sin analyse av datagrunnlaget knyttet til spørreundersøkelsen.

Validitet og reliabilitet

Vurderingen av det metodiske arbeidets validitet og reliabilitet, handler om å belyse dataenes troverdighet og gyldighet. Validiteten handler om hvorvidt de innsamlede dataene er aktuelle for å besvare problemstillingene, og om revisjonens funn er autoritative og representative i forhold til fenomenet som er undersøkt. Dokumentene som er analysert for å gi et bedre

grunnlag for konklusjonene har vært offentlig tilgjengelig dokumenter, eller dokumenter som er forelagt revisjonen direkte av kommunen.

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

Spørreundersøkelsens svarprosent på 46 % er etter revisjonens vurdering en representativ oppslutning med hensyn til intensjonen om å få løftet frem de ansattes synspunkter. Andelen utgjorde 34 respondenter, med en jevn spredning blant både institusjon og hjemmetjenester samt blant sykepleiere og helsefagarbeidere. Metodiske svakheter ved et slikt datasett er at ansatte med negative erfaringer kan ha en motivasjon for å komme til uttrykk med sine erfaringer. Alle variablene er derfor ikke direkte overførbare og generaliserbare. Bryter man derimot opp undersøkelsen i antall respondenter, får en likevel frem synspunkter og erfaringer til over nærmere halvparten av alle ansatte ved sykehjem og hjemmetjenester. Det gir videre en anledning til å se korrelasjoner mellom variabler, sett opp mot data som fremkom av intervjuer. Datasettenes validitet styrkes også ved at revisjonen har hatt anledning til å sette resultatene fra de ansatte opp mot de opplevelser som er presentert av enhetsleder og seksjonsleder gjennom intervjuer.

Reliabilitetsvurderingen omhandler hvorvidt de innsamlede dataene er pålitelige, og om dataene er gjenstand for etterprøvbarehet. Rapporten har både på detaljert og overordnet nivå vært gjenstand for intern og ekstern kvalitetskontroll. Gjennomgående i rapportens arbeid har flere forvaltningsrevisorer vært involvert i prosessen, og den metodiske innsamlingen av data har vært grundig forankret og kvalitetssikret internt. Dette har bidratt til et godt fundament for dataenes reliabilitet. Reliabiliteten vil likevel kunne svekkes noe med tanke på at enhetens ledelse og følgelig rutiner, møtestruktur og arbeidsmetoder er blitt endret underveis i rapportens arbeid. Da enheten i løpet av revisjonens arbeid har hatt fratreden av både enhetsleder og seksjonsleder for institusjon, hvor to nye og eksterne har overtatt stillingene fra høsten 2021, vil det være avgjørende å ha disse forholdene med i de vurderingene og konklusjoner som trekkes.

3. PROBLEMSTILLINGER

3.1. BEMANNING OG OPPGAVER

- 1) *Har Vegårshei kommune organisert bemanning og oppgaver knyttet til institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester på en hensiktsmessig måte?*

3.1.1. REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de krav, normer og standarder som utgjør grunnlaget for de vurderinger objektet skal måles opp mot og i forhold til. I følgende delkapittel vil det presenteres de krav og normer som stilles til institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester, både med hensyn til styring, organisering og oppgaver samt bemanning.

Organisering og styring

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.⁴

Etter lovforarbeidene⁵ innebærer kravet til *planlegging* at kommunen må vurdere behovet for tjenestene og planlegge hvordan behovet skal dekkes. Spesielt viktig er her kommunens ansvar for å vurdere behovet for nødvendig personell og kompetanse og legge planer for rekruttering for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen. Kravet til *gjennomføring* innebærer at kommunen har ansvar for at tjenestene blir organisert og gjennomført i henhold til vedtatte planer, og at tjenestene som tilbys er forsvarlige. Krav til *evaluering* går ut på at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk, og kravet til *korrigering* innebærer at kommunen er ansvarlige for å korrigere uforsvarlige og uønskede forhold.⁶

De ovennevnte pliktene reguleres nærmere i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og defineres under samlebegrepet «styringssystem», jf. forskriftens § 4.⁷ I forskriftens § 3 heter det at den med det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette. I forskriftens §§ 6-9 presenteres styringssystemet slik:

⁴ LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*
Heretter forkortet hol.

⁵ Prop. 91 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. S. 140

⁶ *Ibid* side 141-142

⁷ FOR-2016-10-28-1250 *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Plikten til å planlegge (jf. § 6)	Innebærer at kommunen skal ha oversikt over og beskrive mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, og hvordan det systematisk skal arbeides for kvalitetsforbedring og brukersikkerhet. Kommunen skal ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. Sistnevnt skal kommunen ha oversikt over avvik som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen ⁸
Plikten til å gjennomføre (jf. § 7)	Innebærer å sørge for at oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres, samt sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet. Videre skal kommunen iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner osv. for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovverket. Det skal også sørges for bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.
Plikten til å evaluere (jf. § 8)	Innebærer å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, samt vurdere om gjennomføringen er egnet til å etterleve lovkrav. Videre skal det evalueres om iverksatte tiltak ivaretar kravene i lovgivning, samt vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. Det skal gjennomgås avvik, og minst en gang i året systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet
Plikten til å korrigere (jf. § 9)	Innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at regelverket etterleves samt forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen.

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

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene reguleres videre av lovens krav til *forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet*, jf. hol. kap. 4. Kommunen skal herunder tilby forsvarlige tjenester etter § 4-1, og tilrettelegge slik at:

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

Forsvarlighetskravet defineres nærmere i helsepersonelloven kapittel 2 om krav til helsepersonells yrkesutøvelse.⁹ I lovens § 4-1 heter det at:

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

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

⁸ Herunder helse- og omsorgslovgivning, inkludert kravet til forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

⁹ LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven) Heretter forkortet hpl.

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgifter, jf. hpl. § 6.

Av helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det av § 6-1 en plikt til å inngå en samarbeidsavtale mellom kommunen og det regionale helseforetak, der målsetningen med samarbeidet skal være å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud på helse- og omsorgstjenester. Blant annet omfatter dette krav om avtale vedrørende utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra helseforetak.

Bemanning

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, ved å blant annet sikre tilstrekkelig fagkompetanse blant de ansatte.¹⁰ I forskrift om sykehjem stilles det flere krav til bemanning og personell, hvor det heter at boformen blant annet skal ha det antall personell som er nødvendig for å sikre beboere nødvendig omsorg og bistand, jf. § 3-2 d.¹¹

Det foreligger for øvrig ingen nasjonale bemanningsnormer eller eksplisitte krav knyttet til bemanning på sykehjem eller hjemmesykepleien. Gjennom statsbudsjettet 2021 lanserte regjeringen et nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester.¹²

«Kompetanseløft 2025» er en tiltakspakke fra regjeringen med om lag 60 tiltak for å øke kompetanse innen blant annet omsorgstjenesten, allmennlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten mv. Kompetanseløftet 2025 beskriver utfordringsbildet innen bemanning som følger:

«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt en betydelig årsverksvekst de siste årene, og framskrivninger viser at årsverksbehovet vil øke i årene fremover. Samtidig preges tjenestene av høyt sykefravær, høy turnover, høy avgang, høyt omfang av deltidsstillinger og høy vikarbruk. Samlet legger dette et stort press på kommunene i deres arbeid med å sikre tjenestene tilstrekkelig og kompetent bemanning. En reduksjon i sykefraværet, turnover og avgang og ikke minst i omfanget av deltid, vil kunne redusere rekrutteringsbehovet og stabilisere personellet i tjenestene.»

Av en studie fremkommer det at en *god og realistisk* bemanningsplan er avhengig av de økonomiske rammene som vedtas av politisk ledelse i kommunen og administrasjonens fordeling av ressurser blant tjenestene og at turnus er satt opp på en slik måte at den tar hensyn til sykefravær, ferieavvikling og annet fravær.¹³ Ved utarbeidelse av ny turnus, skal dette i henhold til arbeidsmiljøloven gjøres i samarbeid med tillitsvalgte. Turnusen skal da drøftes med tillitsvalgte så tidlig som mulig, og senest to uker før iverksettelse, jf. aml. § 10-3.¹⁴

¹⁰ Jf. Hol. § 4-1 bokstav d og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6 bokstav f

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

¹² «Kompetanseløft 2025». Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025

¹³ Gautun 2012, gjengitt i NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*

¹⁴ LOV-2005-06-17-62 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven) Heretter aml.

I NOVA-rapport om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem, ble det undersøkt årsaker til avvik fra planlagt turnus da det fremkommer at pleie- og omsorgstjenestene bærer preg av mye avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.¹⁵ Her fremkommer det at hovedårsaken til avvik i bemanningen ved både hjemmesykepleien og sykehjem begrunnes i «*problemer med å få tak i utdannede vikarer når det oppstår sykefravær*». Nest høyest kom årsaken «*press fra ledelsen om å ikke hente inn vikarer av økonomiske grunner*». Innføring av en standard bemanningsnorm er et tema som diskuteres på flere arenaer. NOVA-rapporten trekker frem at en slik norm vil kunne heve og sikre kvaliteten. Samtidig vil det være fare for at en slik norm vil, selv om den kun blir veiledende, kunne bli brukt som en maksimumsnorm. Det belyses videre at økt kompetanseheving og god planlegging i forhold til pasientgruppens behov vil ha større betydning for kvaliteten enn en bemanningsnorm.

Oppsummert vil revisjonen ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Kommunen skal tilby et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud – med krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.
 - Kommunen plikter å følge krav til styringssystem; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og koordinere virksomhetens aktiviteter.
 - Det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse gjennom en god og realistisk bemanningsplan. Turnus skal drøftes i samarbeid med tillitsvalgte.
-

¹⁵ NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*

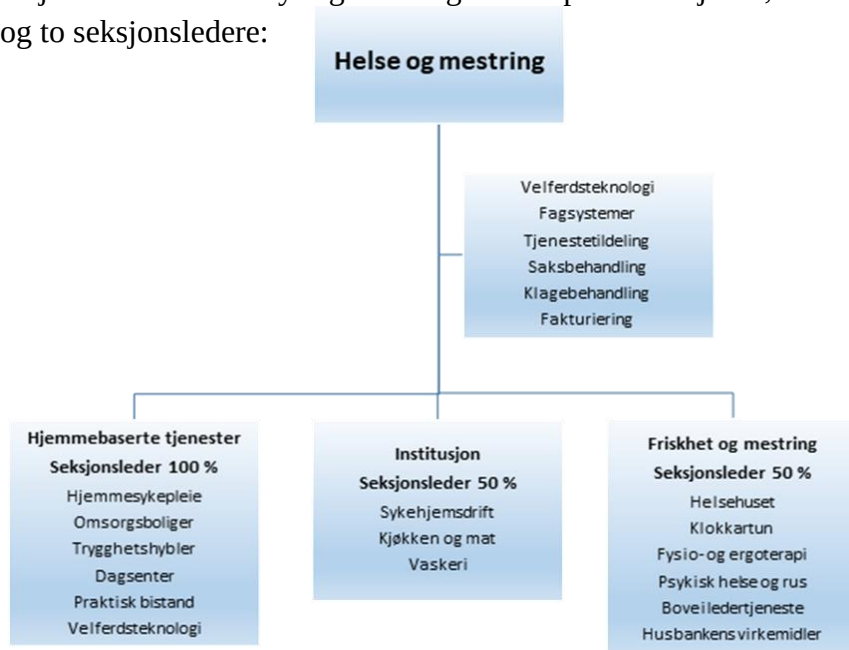
3.1.2. FAKTA

I følgende delkapittel vil det redegjøres for hvordan kommunens helse- og omsorgstjenester er organisert, både sett hen til endringsprosesser, ledelse og styring, organisering av bemanning mv. Det vil presenteres funn som fremgår av intervjuer med ledelsen, forelagt dokumentasjon samt ansattes opplevelse av organisering, bemanning og kapasitet.

Organisering

Sykehjem og hjemmetjenester har de siste årene vært preget av flere endringsprosesser. Tidligere var tjenestene delt inn i to enheter; «Åpen omsorg og helse» og «VBO Institusjon, kjøkken, vaskeri og renhold». Fra 01.01.2018 ble det foretatt en sammenslåing til én felles enhet: «Helse og omsorg». Endringsprosessen i 2018 innebar ny organisering og ny ledelse, men implementeringen ble i årsberetning omtalt som krevende uten ønsket oppnåelse. Prosessen ble videre beskrevet som mer langsom enn både kommunedirektør og organisasjonen forventet og hadde anledning til. Enheten gjennomgikk flere lederskifter både på enhets- og avdelingsnivå i samme periode. Prosessen ble videreført også inn i 2019, gjennom en omstillings- og nedbemanningsprosess. I starten av 2019 var det 16 pasienter på VBO, en betydelig reduksjon fra tidligere år. Dette kom som et resultat av en mer bevisst tjenestetildeling samtidig som det var et stort behov for betydelige kostnads-reduksjoner i enheten. Iht. årsberetning ble samtlige faste ansatte i enheten i 2019 tilbudt frivillige kartleggingssamtaler, og det ble utpekt overtallige i enheten etter gitte kriterier (tjenestetid innenfor fire ulike kompetansegrupper).

Nedbemannings- og omstillingsprosessene er blitt omtalt som svært krevende gjennom årsberetning, med utfordringer som krevende tiltak, streng økonomistyring, negativ innvirkning på arbeidsmiljøet og særdeles høy turnover blant nøkkelpersoner. Med virkning fra 01.01.2021 implementerte kommunen igjen en ny organisasjonsstruktur, hvor sykehjem og hjemmetjenester (enhet for helse og omsorg) ble sammenslått med tidligere «Nav og oppfølging». Tjenesten ble med ny organisering fordelt på tre seksjoner, ledet av én felles enhetsleder og to seksjonsledere:



Pr. juni 2021 har tjenestene knyttet til sykehjem og hjemmetjenesten følgende omfang av brukere ifølge enhetsleder:

- Omsorgsboliger 13-15 brukere
- Sykehjem 10-16 brukere
- Hjemmetjenesten 42-51 brukere

Kommunen har totalt 16 omsorgsboliger der tilnærmet alle per d.d. er i bruk. Boligene finansieres gjennom egenbetaling av brukerne, hvor Vegårshei kun i enkelte tilfeller har hatt ventelister på omsorgsboligene. På VBO er det 16 sengeplasser fordelt på to avdelinger, der man har valgt å ikke begrense antall plasser på langtids, avlastning eller skjermet, men heller forventet behov slik at man i større grad kan være fleksibel mellom plassene. Gjennom omorganiseringsprosessen i 2019 ble antall sengeplasser på VBO redusert fra 25 til 16 sengeplasser. Enhetsleder¹⁶ mener at dersom kommunen skulle redusert plassene ytterligere ville dette generert ventelister. Samtidig er det så stor kapasitet på rom og planløsning på dagens bygningsmasse at man likevel ikke kan være færre personer på jobb enn dagens bemanning tilsier.

Gjennom prosjekt bærekraft gikk kommunen i 2020 til oppsigelse av 9 helsefagarbeidere, hvor kuttene rammet størst på institusjon med omtrent 6 årsverk. Enhetsleder beskriver at nedbemanningen gjorde at VBO gikk fra ca. 18 til 13 årsverk på dag/kveld (ca. 24 til 18 årsverk inkl. nattevakter). I tillegg ble det lagt inn 0,5 årsverk ekstra for å kunne unngå korte vakter, noe som var en viktig faktor for tillitsvalgte. Til tross for store nedbemanninger er enhetsleders oppfatning at man har svært få avvik i tjenesten, noe som gir en indikasjon på at dagens bemanning er på riktig nivå ift. behov.

Seksjonsleder (inst.) opplever at flesteparten av de ansatte forstår behovet for oppsigelse og de kuttene som er gjort, mens andre har noe verre for å ta dette inn over seg. Seksjonsleder beskriver til revisjonen en opplevelse av at flere og flere likevel faller til ro med at man nå har et mer riktig nivå på bemanningen, da det ikke er økonomisk forsvarlig eller hensiktsmessig med høyere bemanning enn det institusjon har i dag.

Styring og ledelse

Revisjonen bemerket seg tidlig at Helse- og mestringsenheten i Vegårshei, parallelt med endringsprosessene, har vært preget av en høy utskiftning blant både ledere og nøkkelpersoner siden 2017. Enhetsleder beskriver i intervju at det de siste årene har blitt skiftet totalt tre enhetsledere inkludert egen fratrede juni 2021, med flere konstitueringer i mellomfaser. Det har i tillegg vært byttet seksjonsledere for både hjemmetjenester og institusjon to ganger under enhetsleders periode, samtidig som «ny» seksjonsleder for institusjon valgte å fratre stillingen i juli 2021 etter under 6 mnd. i stillingen. Kommunen har tilsatt to nye eksterne i stillingene som enhetsleder og seksjonsleder for institusjon og friskhet og mestring, med oppstart fra hhv. august og oktober. Oppsummert har ledergruppen pr. september 2021 totalt

¹⁶ Ved referanse til intervju med enhetsleder, viser revisjonen til enhetsleder Maja Jørgensen – som besatt stillingen frem til juni 2021

hatt: 4 enhetsledere de siste 4 årene, 3 seksjonsledere (institusjon) på 1 år og 2 seksjonsledere (hjemmetjenester) på 1 år.

Seksjonsleder for hjemmetjenester startet i stillingen mars 2021, og har gjennom sommeren alene fungert som konstituert enhetsleder samtidig som seksjonsleder for alle de tre seksjonene. Da seksjonsleder for hjemmetjenester (heretter forkortet seksjonsleder hj.tj.) startet i stillingen i mars hadde tidligere seksjonsleder allerede sluttet, noe som beskrives i samtale med revisjonen som utfordrende. Utfordringene innebar blant annet at hun måtte søke etter en del svar på ting på egenhånd og sette seg inn i en del arbeidsoppgaver alene – hvor det samtidig var behov for opprydning på flere områder. På revisjonens spørsmål om årsaken til hyppige lederskifter i enheten, uttrykker seksjonsleder (hj.tj.) enkelte tendenser og antakelser. Blant årsakene beskrives det en opplevelse av at ikke den enkeltes kompetanse blir utnyttet godt nok, hvor det oppleves noe tilfeldig hvordan ansvar og oppgaver fordeles uten at den enkelte nødvendigvis er egnet til oppgaven eller har kapasitet. Det gjør at man fort kan oppleve at arbeidsoppgavene blir litt verdiløse, og at man ikke får utnyttet den kompetansen man besitter på en god nok måte i jobben. *Seksjonsleder for institusjon samt friskhet og mestring*¹⁷ (heretter forkortet seksjonsleder inst.) viser i samtale med revisjonen til at dersom lederansvaret kun hadde omfattet institusjon, så hadde det ikke vært like aktuelt å slutte i stillingen. Men slik det oppleves i dag, har seksjonslederrollen, som en konsekvens av andre avganger på ledernivå, utskiftninger samt endringer i organisasjonen blitt en stilling med et dels for stort spenn av ansvarsområder ilagt én person.

På bakgrunn av de organisatoriske utfordringer enheten har stått overfor de siste årene med hensyn til utskiftninger mv., ble det avholdt en samtale med kommunedirektør for å løfte frem hans betraktninger og situasjonen per nå og fremover. Kommunedirektøren mener kravene til omstilling for tidligere seksjonsledere og enhetsledere har vært veldig krevende og tøft, samtidig som det er et kjerneproblem at et fåtall ansatte har vært veldig kritiske til de prosessene enheten har gjennomgått. Enkelte ansatte har dermed bidratt belastende på lederne i helse og omsorg, i tillegg til de eksisterende belastninger de har stått overfor. De organisatoriske endringsprosessene ledergruppen har stått overfor i 2021 har også krevd en del arbeid og omstilling av den enkelte leder, og kan føles som ekstra påkjenning. Kommunedirektøren mener det nå er viktig at hele Helse- og mestringsenheten bygges opp på nytt, sammen med ny enhetsleder og nye seksjonsledere. Det er viktig å ta høyde for at slike prosesser tar tid, og viktig å kunne gi ledergruppa i enheten mulighet til å bruke tid for å finne sin egen oppbygning og måter å drive enheten på.

Når det gjelder kommunedirektørens oppfølging av ny ledergruppe, vil det legges opp til at ny enhetsleder i stor grad skal få tillit til å forme sin egen stilling samtidig som det gjelder å etablere god dialog og oppfølging underveis. Kommunedirektøren har blant annet iverksatt et tiltak ved å sette ny enhetsleder på nabokontoret til sitt eget, slik at det blir en nærhet mellom enhetsleder og kommunedirektør fra starten. De nye lederne har ifølge kommunedirektør begge fått informasjon om de utfordringer enheten har stått overfor de siste årene, både med

¹⁷ Ved referanse til intervju med seksjonsleder for institusjon, viser revisjonen til seksjonsleder som besatt stillingen fra januar – juli 2021

hensyn til lederutskiftninger, nedbemanningsprosesser, omorganisering osv. De har begge uttrykt en motivasjon til å ta fatt på de utfordringer enheten står overfor og jobbe med å videreutvikle enheten mot en ny kurs fremover. Når det gjelder seksjonslederne, vil ansvaret for en tett og god oppfølging og dialog med disse ligge hos ny enhetsleder. Seksjonslederne vil i tillegg involveres i kommunens lederutviklingsprogram utover høsten.

Lederutviklingsprogrammet er av ett års varighet med jevnlig fysiske heldagssamlinger gjennom kalenderåret 2021. Det vil totalt være ni samlinger med fokus på diverse faglige temaer knyttet til ledelse, samt praktisk anvendelse av denne teorien til diskusjoner og refleksjoner av reelle problemstillinger. Aktuelle temaer omhandler; strategi og mål, ledelses- og organisasjonsteori, kommunikasjon, endring, konfliktløsning, personlig mestring og teamutvikling. Det faglige innholdet i programmet fokuserer på lederutvikling på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå.

Sett bort fra enhetens hyppige utskiftninger i ledelsen de siste årene, ble samarbeidet internt i ledergruppen gjennom intervjuene beskrevet som å ha gjennomgått en klar forbedring. Enhetsleder forteller at det alltid har vært en ambisjon om godt faglig samarbeid mellom seksjonslederne, noe som har bedret seg i senere tid. Per juni 2021 ble det gjennomført faste ledermøter med enhetsleder og seksjonsleder en gang i uken, samtidig som det ble gjennomført individuelle samtaler mellom enhetsleder og den enkelte seksjonsleder – også på ukentlig basis. Seksjonsleder (hj.tj.) beskriver at de ukentlige møtene gjennomføres med kommunedirektør frem til tiltreden av ny enhetsleder.

Fra 01.01.2021 fikk seksjonslederrollene større myndighet, gjennom blant annet selvstendig budsjettansvar og oppfølging av sykefravær i sin seksjon. Dette innebar ifølge enhetsleder at seksjonslederne ble løftet opp til det som tidligere var enhetsledernivå, mens enhetsleder ble løftet til det som tidligere var kommunalsjefnivå. Dette medførte også at enheten ikke har noen mellomledere utover de nevnte funksjonene. Mangelen på fagstøtte blir også poengtert av seksjonsleder (inst.), hvor det beskrives at det per nå ikke er noen fagansvarlige på institusjon. Dette medfører at seksjonsleder ikke har noen å kunne delegerer oppgaver til eller få bistand hos ved konkrete arbeidsoppgaver. Samtidig fikk seksjonsleder (inst.) økonomi- og budsjettansvar for hele enheten da enhetsleder sluttet i juni 2021, med kun delvis opplæring. Seksjonsleder viser for øvrig til at økonomisjef har bistått og fulgt opp i perioden. Det poengteres at en merkantil ressurs (80% stilling, resterende i pleie) er en opplevd uvurderlig ressurs for seksjonsleder (inst.).

På spørsmål fra revisjonen om utfordringsbildet i enheten med hensyn til styring og ledelse, beskriver seksjonsleder (hj.tj.) en opplevelse av at det ligger mange forventninger til hvordan oppgavene skal løses, uten at det nødvendigvis følger med midler eller rom til å kunne løse dette. Hun opplever at det over lang tid har vært gjennomgående stort fokus på at man skal spare inn, noe som har gjort at man blir litt blendet av det. Samtidig må systemer og rutiner vedlikeholdes, og dette trenger man en plan for. Seksjonsleder beskriver at kommunen gjennom eksterne har fått gode verktøy for å kunne nå målene sine, men opplever samtidig at kommunen svikter noe i å følge opp dette. På grunn av mye utskiftninger i ledelsen mener

seksjonsleder (hj.tj.) at de ansatte er blitt veldig selvdrevne hvor de i stor grad ordner opp selv.

I forbindelse med den store utskiftningen innen tjenestens ledelse beskriver enhetsleder til revisjonen at det er viktig å implementere verneombud og tillitsvalgte i disse periodene. Dette gjøres gjennom faste månedlige møter i MBA (medbestemmelsesapparatet), der det blant annet er fokus på økonomi, avvik, sykefravær og drøftingssaker. Seksjonsleder (inst.) mener MBA-møtene i stor grad fungerer, men han mener samtidig kommunen kan være tydeligere på hvilke nivå som skal løse de ulike ansvarsoppgavene og utarbeide en tydeligere forventningsavklaring til de ulike rollene. Dette poengteres også av seksjonsleder (hj.tj.), som uttrykker at hun savner en oversikt over hva som skal gjøres, hvilke ansvarsoppgaver som ligger i stillingen, hva som forventes til enhver tid – et styringsdokument der man er omforent om de nevnte punktene både ifra administrasjonens side og i seksjonen. Et slikt arbeid mener hun burde gjøres i samarbeid mellom tjenesten og kommuneledelsen.

Spørreundersøkellesdata belyser ansattes perspektiv og bidrar til ytterligere forståelse av kompleksiteten vedrørende styring og ledelse, samt andre relevante temaer knyttet til problemstillingene ved Helse- og mestringsenheten. Ansattes egen oppfatning av dagens organisering, fordeling av ansvar og oppgaver, samt ledelsesstrukturer og samspill skisseres utfra datagrunnlaget i spørreundersøkelsen. Presenterte resultater er representative for ansattes besvarelser relatert til problemstillingene. Videre vil markante forskjeller mellom avdelinger og/eller stillingstittel presenteres og diskuteres i rapporten.

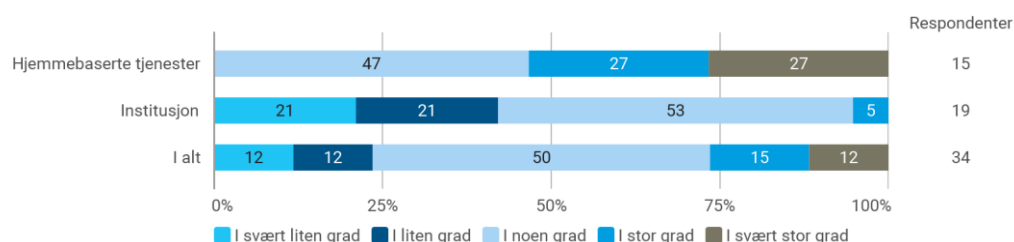
Organiserings- og styringsarbeid omfatter planlegging og utforming av arbeid på ledernivå, og hvordan dette gjøres har en grunnleggende betydning for arbeidsmiljø og helse. Organiseringen av arbeidet har betydelig påvirkning på psykisk og fysisk helse, sykefravær og frafall fra arbeidslivet, og bør derfor organiseres slik at disse risikofaktorene forebygges. Dette har igjen potensielt store gevinster for økonomi, drift og arbeidsmiljø. Organiserings- og styringsarbeidet ved hjemmetjenesten og institusjon ved Vegårshei kommune beskrives av ansatte som å ha et forbedringspotensial. Ansatte ved enheten opplever dagens organisering som lite hensiktsmessig for å sikre et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud (32% = svært liten grad, 56% = liten grad). Den proporsjonele spredningen av svar er også representativt for institusjon og hjemmetjenesten, samt både sykepleiere og helsefagarbeidere.

Det er tydelig at dagens oppfattelse av organisering i tjenestene er en fremtredende utfordring. Ledelsens rolle i denne problemstillingen er høyst relevant, og utforskes videre gjennom utfyllende spørreskjemadata. Et skille mellom hjemmetjenesten og institusjon er hensiktsmessig for å illustrere et mest mulig riktig bilde. Ansatte rapporterer en utydelig ansvars- og oppgavefordeling, som er mindre kjent i institusjon (16% = svært liten grad, 58% = liten grad) enn i hjemmetjenesten (13% = svært liten grad, 33% = liten grad). En slik utydelig fordeling kan være utslagsgivende i en opplevd rollekonflikt, en viktig arbeidsmiljøfaktor. Det er en større grad av opplevd utydelighet for sykepleiere (78%) enn helsefagarbeidere (52%).

Ledelsens samarbeid og samspill med interne og eksterne aktører er tillagt vekt i analysen av styring, ledelse og organisering. Spørreundersøkelsen betrakter også her disse forholdene fra ansattes perspektiv. Det er en betydelig oppfatning at ledelsen ikke samarbeider godt og opptrer helhetlig blant de ansatte i institusjon (47%) og hjemmetjenesten (27%).

Samarbeidet mellom ansatte og nærmeste leder oppleves mer utfordrende i institusjon, en betydelig forskjell som skisseres i følgende graf:

«I hvilken grad opplever du at det er et godt samarbeid mellom ansatte og nærmeste leder/seksjonsleder?» (N = 34)

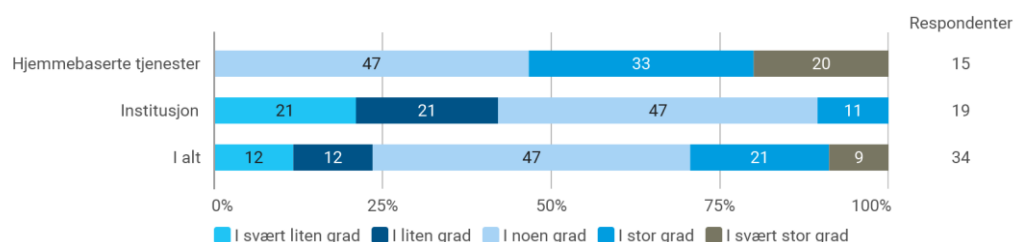


Funn fra spørreundersøkelsen viser et opplevd bedre samarbeid med og mellom ledelsen i hjemmetjenesten sett i forhold til institusjon. Revisjonens intervju med ledelsen i Helse- og mestring skisserer en utfordring knyttet til tidspress og et for stort ansvarsområde, også med oppgaver som ikke samsvarer med fagkompetanse og tidligere erfaring. Dette kan bidra til en overbelastning hos ledelsen, men også en distansering mellom ansatte og ledelsen.

Leders kompetansenivå oppleves relativt godt blant ansatte, men 37% av ansatte ved institusjon og 7% ved hjemmetjenesten rapporterer at det mangler tilstrekkelig kompetanse i ledelsen.

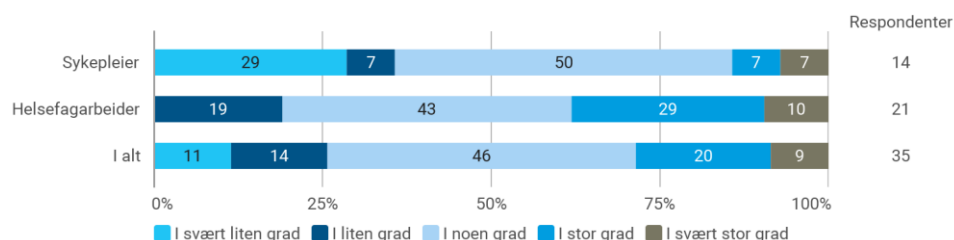
Det er også ulik grad av ansattes opplevde mulighet for å ta opp ting med ledelsen:

«I hvilken grad opplever du at det er en lav terskel for å kunne ta opp ting med nærmeste leder, og føle det blir tatt tak i?» (N = 34)



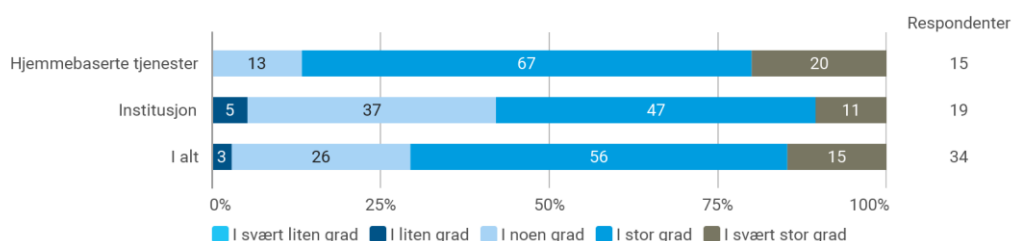
Ansatte ved hjemmetjenesten rapporterer i noen grad en opplevd åpenhet og tilgjengelighet til nærmeste leder, men fortsatt med et betydelig forbedringspotensial (47%). Ansatte ved institusjon meddeler en lav grad av opplevd åpenhet og tilgjengelighet til nærmeste leder. I tillegg registrerer revisjonen at helsefagarbeidere i større grad opplever en lav terskel for å ta opp ting med nærmeste leder enn det sykepleiere opplever. Revisjonen bemerker at helsefagarbeidere utgjør 53% av besvarelsesgrunnlaget ved hjemmetjenesten og 63% av besvarelsesgrunnlaget ved institusjon i denne spørreundersøkelsen. Skillet mellom sykepleiere

og helsefagarbeidere vedrørende opplevd tilgjengelighet og åpenhet hos leder er skissert i følgende graf (N = 35):



Den spesielle situasjonen med hyppige utskiftninger i ledelsen er en sentral problematikk som gjør styring og ledelse mer utfordrende. Gjennom intervju med enhetsleder og avdelingsleder fremkommer det en klar utfordring knyttet til arbeidsbelastning, oppgavekonflikt, samt krav og forventning. Dette er faktorer som bidrar til lavere opplevd mestring, potensiell utbrenthet og hyppige utskiftninger. Dette påvirker igjen kvaliteten på tjenestene, som illustreres gjennom følgende graf:

«I hvilken grad opplever du at de hyppige utskiftningene i ledelsen har påvirket kvaliteten på tjenestene?» (N = 34)

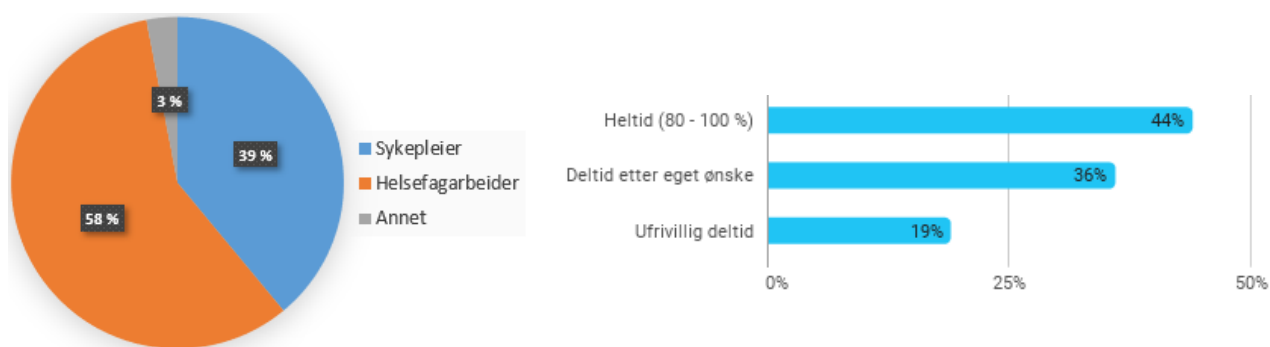


Det rapporteres i høy grad at lederutskiftningene har påvirket kvaliteten i enheten. Hjemmetjenesten kommuniserer at utskiftninger i ledelsen er utslagsgivende for lavere kvalitet i tjenesten. Det samme gjelder institusjon, i noe lavere grad. Det er essensielt å ta problematikk knyttet til styring og ledelse på alvor så tidlig som mulig for å forebygge videre kvalitetsbrudd, og fremme gevinster knyttet til økonomi, drift og arbeidsmiljø. Det er nødvendig å se dette i lys av de andre punktene i rapporten som en sammensatt problematikk.

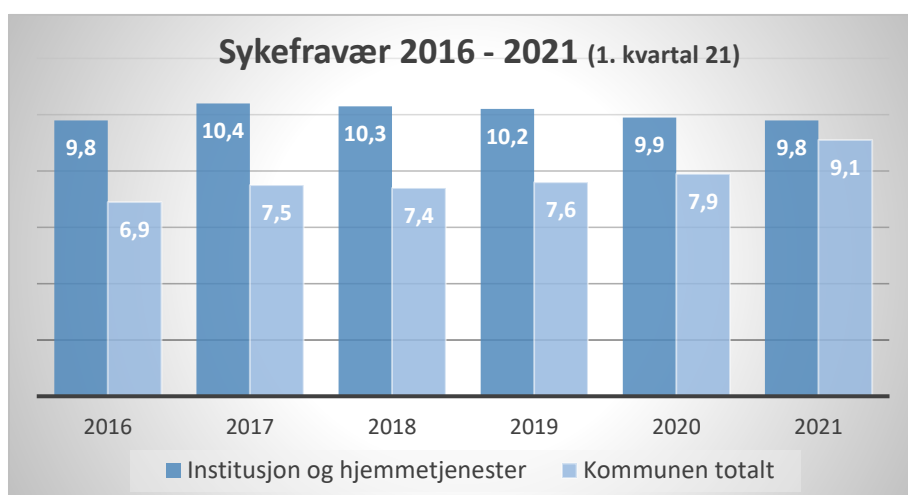
Bemanning

Innenfor tjenestene ved sykehjem og hjemmetjenester i Vegårshei, er det pr. juni 2021 i overkant av 80 ansatte fordelt på ca. 47 årsverk. Årsverk fordeler seg nokså likt blant hjemmebaserte tjenester og sykehjem/VBO, med noe flere årsverk på VBO. Omtrent 30 % av bemanningen utgjør sykepleiere, i overkant av 35 % utgjør helsefagarbeidere og ca. 33 % utgjør hjelpepleier, omsorgsarbeidere, læringer og assistenter. Det er kun et fåtall ansatte som arbeider på tvers av seksjonene.

Av de 36 ansatte som besvarte hele eller deler av revisjonens spørreundersøkelse, utgjorde 42 % ansatte fra seksjon for hjemmebaserte tjenester og 53 % fra institusjon (6 % svarte «annet»). Av disse var det kun noen få respondenter som oppgav å være midlertidig ansatt. På spørsmål om stillingstittel og stillingsprosent, fordelte de ansatte seg følgende:



Revisjonen har blitt forelagt sykefraværet i enheten, for perioden 2016 – 2021. Av oversikten fremgår det at sykefraværet totalt for enheten har vært et ganske stabilt, men gjennomgående noe høyt fra 2016 til i dag.¹⁸



Fordelt på enhetene fremgår det at seksjon for institusjon ligger en del høyere på sykefraværet sammenlignet med seksjon for hjemmebaserte tjenester. Totalt i 2020 hadde institusjon et sykefravær på 10,81 % mot hjemmetjenester med 8,03 %. Første kvartal 2021 utgjorde tilsvarende hhv. 12 % og 7,71 %. Enhetsleder beskriver til revisjonen at helseenheten alltid har ligget noe høyt, hvor sykehjem på nasjonal basis ofte ligger høyest– noe som også er tilfelle i Vegårshei. Helsedirektoratet rapporterer et landsgjennomsnitt på 11% i kommunale helse- og omsorgstjenester.¹⁹

I januar 2021 ble det innført årsturnus, der ansatte i større grad kan sette seg opp på de vaktene de selv ønsker – dette hadde gode effekter på sykefraværet ifølge enhetsleder. Samtidig kom det effekter av koronavaksinen som slo uheldig ut på korttidsfraværet. Seksjonsleder institusjon bemerker også at sykefraværet er høyt, og forteller at enhetsleder over tid har hatt dette som et fokusområde, der det særlig jobbes med å holde korttidsfraværet nede da dette omtales som viktig ift. kultur og forventninger overfor de ansatte. Både

¹⁸ Revisjonen tar forbehold om noe variasjoner i tallene, da enheten i denne perioden har vært gjennom flere endringer. Revisjonen har i hovedsak sett på summen av hjemmetjenester og institusjon for perioden

¹⁹ Helsedirektoratet 2021. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

enhetsleder og seksjonsleder (hj.tj.) trekker for øvrig frem en forekomst av sykefravær som har vært arbeidsrelatert den siste tiden, pga. blant annet utbrenthet, stress på jobb og lignende. Seksjonsleder opplever at enheten har vært ganske «på felgen» ved fravær av sykepleiere.

I forbindelse med organisering av bemanning, har kommunen oversendt bemanningsplan og turnus for både VBO og hjemmetjenesten, samt kompetanseplan som pr. 2021 er under revisjon. Bemanningsplanen viser en oversikt over hvordan seksjonene har fordelt døgnbemanningen på hhv. dag/kveld mellom faggruppene:

VBO bemanning	Dag			Kveld		
	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Total	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Total
Mandag, onsdag, torsdag, fredag	2	3	5	2	2	4
Tirsdag	3	3	6	2	2	4
Lørdag - søndag	2	2	4	2	2	4

Hjemmetjenesten bemanning	Dag			Kveld		
	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Total	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Total
Mandag, tirsdag, onsdag, fredag	3	2	5	2	2	4
Torsdag	3	3	6	2	2	4
Lørdag - søndag	2	2	4	2	2	4

Merknad. 6 ansatte fra nedbemanningsprosess kommer på toppen av grunnturnusen.

Slik det fremgår av tabellene ovenfor, har institusjon og hjemmetjenesten en grunnbemanning på 5 på dagtid med unntak av dagene med legevisitt hvor grunnbemanningen er 6 stk. Seksjonsleder (inst.) opplever at dette er noe mer enn nødvendig, da man ikke bør trenge en hel dag til visitt av ca. 12 brukere og følgelig heller ikke behov for et ekstra dagsverk til dette. Samtidig opplever seksjonsleder at det ikke vil være gunstig med mindre enn fem på dagvakt, da man ofte må være to i stell og dermed risikere at fire pleiere står opptatt samtidig hos to brukere, uten at man da har noen som kan bistå i resten av avdelingen. Både institusjon og hjemmetjenesten deler turnus for natt. Det er en helsefagarbeider og to sykepleiere på hver nattevakt.

Bemanning av pleiepersonell anses som den største kostnaddriveren når det kommer til institusjonsplasser. Det finnes enkle utregninger som kan nyttiggjøres av kommuner for å effektivt sammenligne egen utnyttelse av bemanning per bruker av institusjon med andre kommuner. Både pleiefaktor og bemanningsfaktor er vanlige begreper i denne sammenheng. En pleiefaktor beregnes ved å ta antall årsverk i turnus dividert med antall brukere. Ved beregning av bemanningsfaktor tar man også med årsverk utenfor turnus, noe som omfatter ansatte i pleien, kjøkken- og vaskeripersonell, ledere og merkantilt personale. Beregning av pleie- og bemanningsfaktor inngår ikke av nasjonal statistikk på kommunenivå, og forrige nasjonale kartlegging skjedde så langt tilbake som i 1995 og angav en gjennomsnittlig pleiefaktor på 0,68. Denne rapporten har derfor tatt utgangspunkt i en beregning utført av Helsedirektoratet i 2019, i forbindelse med deres forsøk med statlig finansiering av

kommunale omsorgstjenester. Av beregningen fra 2019, fremkommer det at ved ordinær sykehjemsplass forventes en pleiefaktor på 0,87. Innen rehabiliterings- og avlastningsplasser er pleiefaktoren forventet å være omkring 1, mens det for skjermet sykehjemsplass er forventet pleiefaktor på 1,28.²⁰

Av Telemarksforsknings *analyseoppdrag for Vegårshei kommune* (2021) fremgår det at VBO, etter turnusreduksjon i mars/april 2021, har en pleiefaktor på omkring 1,43. I tillegg har sykehjemmet en bemanningsbuffer tilsvarende ca. 2 årsverk.²¹ VBO har med dette en pleiefaktor som ligger vesentlig over hva Helsedirektoratet legger til grunn i sine beregninger, på 0,87-1,28. Revisjonen gjennomførte nylig en tilsvarende gjennomgang i Åmli kommune, der pleiefaktor ble beregnet til å være på omkring 1,2 for institusjon.

Kommunedirektør viser i intervju med revisjonen til at bemanning sett opp mot opplevd belastning i veldig mange år har vært en utfordring og «ukultur» i kommunen ved helse og omsorg. Kommunens pleiefaktor er tilpasset 16 pasienter på sykehjemmet, mens det for sommeren 2021 kun har vært hhv. 10 og 11 pasienter. Mange ledere har over flere år forsøkt å gjøre noe med denne kulturen uten helt å lykkes. Kommunedirektør mener likevel det er en liten endring på gang, påvirket av både nedbemanning, fokuset på økonomi, utskiftninger i ansatte mv.

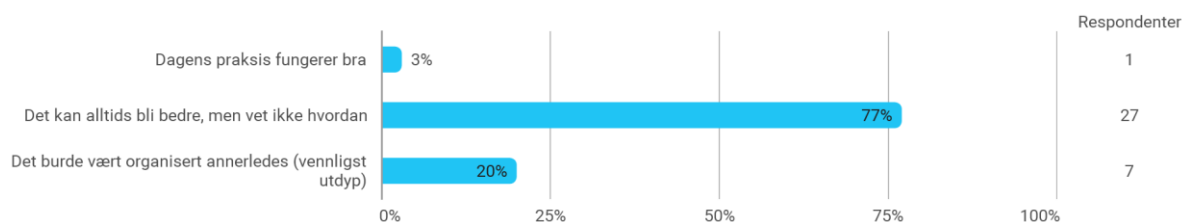
Selve utarbeidelsen av forslag til turnus er det seksjonsleder i samarbeid med merkantil som gjennomfører. Dagens turnusordning baserer seg på en årsturnus som ble innført i 2021, bestående av en form for kombinasjon av ønsketurnus og årsturnus. Den enkelte ansatte fikk «utdelt» antall timer man skulle jobbe samt antall helger, og kunne deretter fordele selv hvordan disse skulle jobbes. Fra 2022 vil enheten etter planen innføre grunnturnus, en ordning hvor man innbyrdes kan bytte med hverandre frem til grunnturnusen lukkes. Både seksjonsleder (inst.) og enhetsleder viser til at de ansatte ikke opplevde å bli godt nok hørt ved innføringen av årsturnus, hvor endringen til grunnturnus nå blir satt i verk som følge av innspill fra de ansatte knyttet til forbedring av dagens ordning. Tillitsvalgte ga uttrykk for å ikke være fornøyd med årsturnus da de opplevde at ordningen førte til mye ekstraarbeid på de ansatte. Enhetsleder poengterer likevel nytten årsturnus har gitt enheten gjennom eksempelvis reduksjon i sykefravær, besparelse på 2-300.000 kr. i året pga. utnyttelse av halvtimer mv.

Ansattes perspektiver vedrørende organisering og bemanning er illustrert gjennom spørreskjemadata. På spørsmål om dagens organisering av personalressurser gjennom turnusarbeid, skisseres det stor grad av forbedringspotensial:

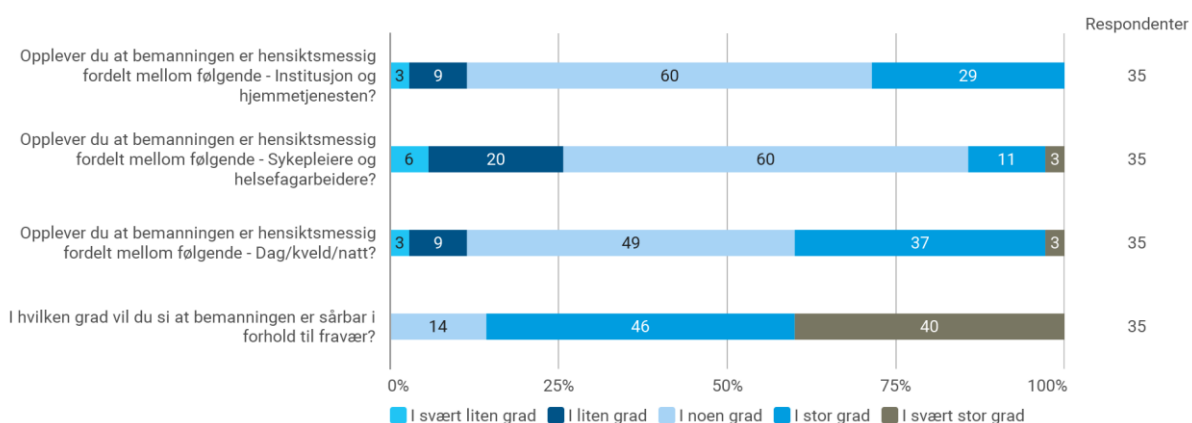
²⁰ Helsedirektoratet (2019). Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester – En finansieringsmodell for omsorgstjenester.

²¹ Telemarksforskning (2021) Analyseoppdrag for Vegårshei kommune

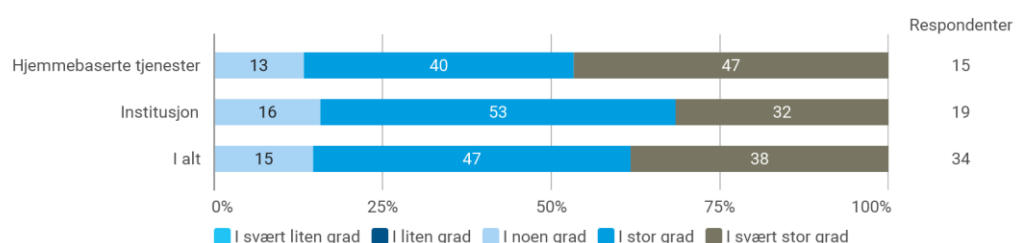
«Hvordan vil du beskrive dagens organisering av personalressurser gjennom turnusplanlegging/turnusordning?» (N = 35)



Ansattes utdypende kommentarer angående organisering av turnus omhandler i stor grad et ønske om en grunnturnus i bunn for alle ansatte. Det fremkommer også et ønske om økt sykepleierkompetanse på vakt, da flere pasienter trenger denne kompetansen og det er sårbart ved fravær. Grafen nedenfor skisserer respondentenes oppfattelse av fordelt bemanning vedrørende avdeling, fagbakgrunn, turnus og sårbarhet i forhold til fravær (N = 35):



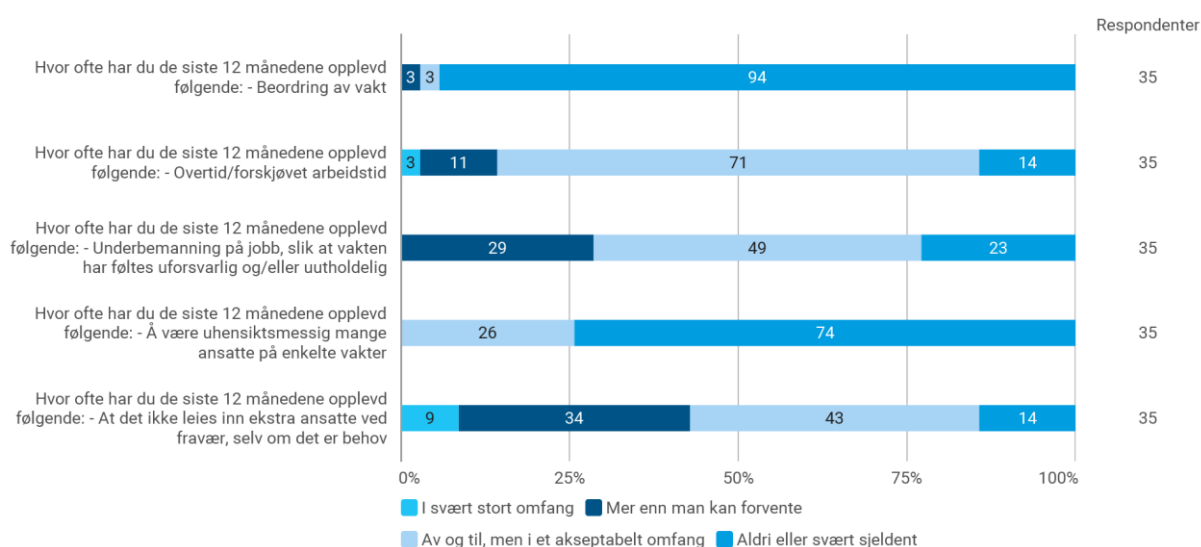
Fordeling av bemanningen på tvers av avdeling, fagkompetanse og turnusskift rapporteres av de ansatte i varierende grad ift. hensiktsmessighet. Ansattes oppfatning av dagens bemanningsfordeling viser et bilde med forbedringspotensial på flere nivå. Totalen av bemanningsfordelingen kan ses i lys av siste punkt på grafen ovenfor. Ansatte opplever at sårbarheten knyttet til fravær potensielt kan medføre uheldige virkninger på drift. Ansatte ved hjemmetjenesten opplever i sterkere grad sårbarhet i tjenesten ved fravær, slik det er illustrert i følgende graf (N = 34):



På spørsmål om overtidarbeid, opplyser enhetsleder at dette fordeler seg ulikt mellom institusjon og hjemmetjenesten – med høyere tendenser i hjemmetjenesten og blant sykepleiere. Samtidig vises det til en bevissthet rundt seksjonsledernes overtidsbruk, hvor det blant annet jobbes for at de ansatte i større grad må prioritere hvilke oppgaver som kan

avvente. Overtidsbruk gjennomgås på hvert MBA-møte, hvor de har systemer hvor en kan kartlegge overtidsbruk på den enkelte ansatte. Når det gjelder innleie, poengterer enhetsleder viktigheten av å ta en reell vurdering av behovet før man leier inn ekstravakter. Hun uttrykker at det på eksempelvis kveld og natt i hovedsak ikke skal leies inn, men at man ved uforutsette hendelser kan leie inn etter en vurdering av belastningen fraværet vil medføre. På revisjonens spørsmål om det foreligger rutiner i enheten for innleie ved fravær, svarer seksjonsleder (hj.tj.) at hovedregelen er at man skal erstatte en til en.

Spørreundersøkellesdata som gjelder diverse bemanningsproblematikk, er presentert i følgende graf (N = 35):



Ansatte i Helse- og mestringsenheten opplever i svært sjelden grad beordring av vakt. Revisjonen bemerker at det er kun noen få ansatte ved institusjon som opplever dette. Vedrørende opplevd overtid/forskjøvet arbeidstid samt underbemanning på jobb, rapporterer ansatte ved institusjon en høyere grad av dette enn ansatte i hjemmesykepleien, som i hovedsak rapporterer at dette er innenfor et akseptabelt omfang. Videre fremkommer det i spørreundersøkelsen at 93 % av ansatte i hjemmesykepleien aldri eller svært sjeldent opplever å være uhensiktsmessig mange på jobb, mens 63 % på institusjon rapporterer det samme. 37 % av de ansatte på institusjon viser til at de av og til er uhensiktsmessig mange ansatte på jobb. Det rapporteres også fra de ansatte at det i relativt stor grad ikke leies inn ekstra ansatte ved fravær, selv om det er behov (inst. = 53%, hj.tj. = 27%). Totalbildet fra det siste året viser at det er en liten grad av opplevd beordring på vakt, mindre grad av overtid, noen grad av underbemanning, mindre grad av å være for mange ansatte på enkelte vakter, og større grad av opplevde tilfeller hvor det ikke leies inn ekstra ansatte ved behov. Opplevd problematikk knyttet til bemanning er at ansatte ved både hjemmetjenesten og institusjon har opplevd de siste 12 månedene som gradvis mer belastende.

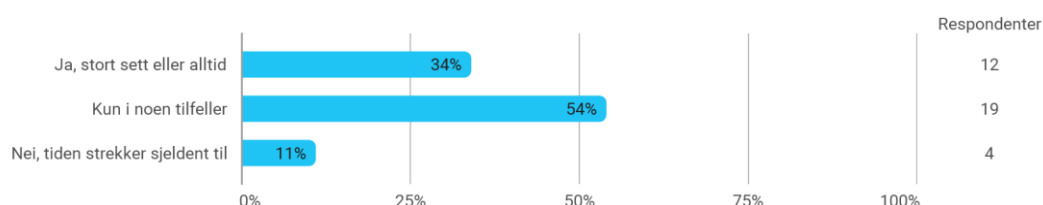
Kommunen har i liten grad praksis på at ansatte jobber på tvers av seksjonene, hvor det kun er 2-3 sykepleiere som p.t på eget initiativ jobber i både hjemmesykepleien og inne på institusjon. Seksjonsleder (hj.tj.) beskriver det som unntaket fra regelen at ansatte jobber i begge seksjoner. Hun beskriver til revisjonen at bruk av ansatte på tvers både kan gi en

fleksibilitet, samtidig som det kan gi utfordringer ift. ansattes opplevelse av tilhørighet mv. Seksjonsleder for institusjon understøtter også dette, og mener det knytter seg både fordeler og ulemper ved å ha ansatte jobbene på tvers. Han mener at man ved å bruke personalressurser på tvers, enklere vil kunne overflytte krevende brukere fra en seksjon til en annen uten at dette i så stor grad påvirker ressursbehovet for de ulike seksjonene. Seksjonsleder kunne gjerne sett at man var en felles avdeling, slik at ressursutnyttelsen ble bedre og kunne lette på arbeidstrykket i seksjonene. Det trekkes herunder frem viktigheten av å være klar over egen kompetanse og mulighetsrommet som ligger i enheten totalt. Ved evaluering av bruk av ansatte på tvers har tilbakemeldingene ifølge enhetsleder vært at tjenestene jobber så forskjellig mht. prosedyrer, arbeidsmiljø etc. at det ikke alltid oppleves som hensiktsmessig rent kvalitetsmessig.

Når det gjelder kapasitet og belastning, beskriver ansatte ifølge enhetsleder en opplevelse av høyere belastning nå enn før på institusjon, der man tidligere var opp mot dobbelt bemanning på samme antall brukere på enkelte vakter. Enhetsleder opplevde selv bemanningen og pleiefaktoren som høy, sett i forhold til omfanget av tjenesten. På institusjon er enhetsleders oppfatning at man begynner å oppleve at kapasiteten går seg mer til. Lenge var det opprør mot endringsprosessene, men så har man stått i dette, og lykkes med det. Enhetsleder uttrykker at hun ikke er enig i at det er for travelt på institusjon slik det er per i dag. Samtidig trekkes det frem en oppfatning om at de ansatte i hjemmesykepleien nok ville oppgitt at de har tid nok til arbeidsoppgavene sine, men at dersom man spør det samme på institusjon så vil det nok være litt mer 50/50 om man opplever dette eller ikke. Ved å spørre de ansatte på institusjon om hvilke arbeidsoppgaver de mangler ressurser til, er det etter enhetsleders oppfatning ofte uklart hva dette faktisk omfatter. Det er en opplevelse av at sykepleierne i større grad definerer hva de mangler ekstra hender til, noe som er nødvendig for å ha mulighet til å gjøre noe med situasjonen. Enhetsleder viser til at de ansatte i større grad må forstå realiteten av arbeidshverdagen. Sykepleierne skulle nok gjerne hatt mer tid, men opplevelsen er at de klarer å prioritere arbeidsoppgavene i henhold til kapasitet. Enhetsleder oppgir å ha jobbet mye for at de ansatte, særlig på institusjon, skal forstå sammenhengene mellom ressurser og behov.

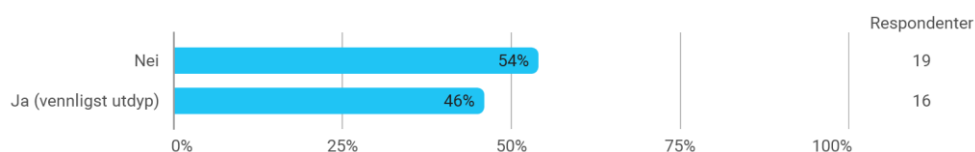
Ansattes opplevde kapasitet og brukertid på jobb er illustrert i grafen nedenfor. Revisjonen bemerker at ansatte ved institusjon har noe større oppfatning om at tiden sjeldent strekker til for forsvarlig kapasitet og brukertid i tjenesten (16% av inst., 7% av hj.tj.):

«Opplever du å ha en forsvarlig kapasitet og brukertid når du er på jobb?» (N = 35)



Resultatene angående forsvarlig kapasitet og brukertid må sees i lys av følgende graf:

«Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukerne?» (N = 35)



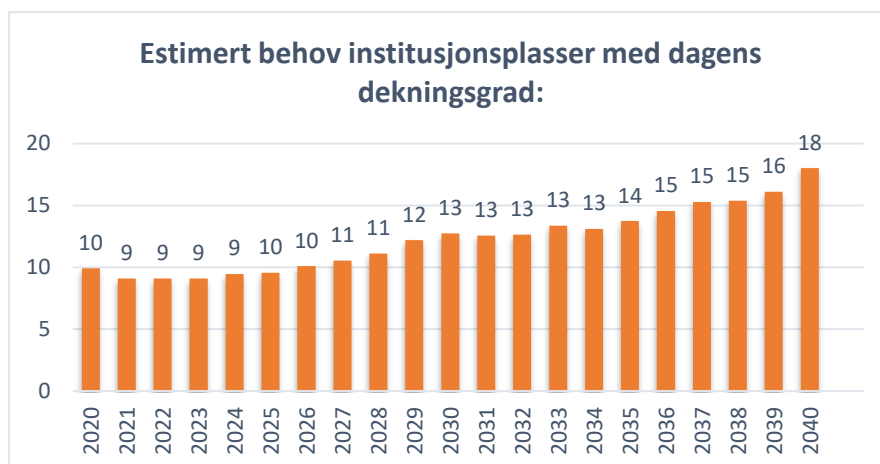
Ansattes kommentarer vedrørende kritiske situasjoner for brukerne som et resultat av bemanningssituasjonen handler i stor grad om mangel på tilstedeværelse ved fall og akutte hendelser. Ansatte beskriver også at pasientgruppen med demens kan bli urolige og noen ganger resultere i konflikter med andre pasienter når personell er opptatt med andre oppgaver. Dette oppleves som utfordrende blant flere ansatte, og i noe høyere grad ved institusjon (inst. = 53%, hj.tj. = 40%).

Fremtidig bemanningsbehov

Behovet for omsorgstjenester i kommunen er ifølge begge seksjonslederne endret hos brukerne, da man i dag ser sykere brukere som er inne i kortere tid enn tidligere. Flere betjenes hjemme i henhold til nasjonale føringer hvor man skal tilstrebe at brukere skal bo hjemme lengst mulig, som samtidig legger listen for å få en plass på institusjon høyere. I forhold til planlegging for fremtiden viser enhetsleder til at de har forholdt seg mye til statistikk fra Statsforvalter, der fremtidsdimensjonering fra dem gir en god oversikt.

Revisjonen har fått oversendt omtalt dimensjonering gjennomført av Statsforvalteren, som tar utgangspunkt i tall fra KOSTRA. Basert på at det i 2020 var 9,1 % av innbyggerne i Vegårshei over 80 år som var beboere på institusjon, og at man hadde 109 beboere over 80 år, ble beregnet behov for institusjonsplass estimert til å være på 10. Med den forventede økningen i aldersgruppen 80 år og eldre, er det estimert at man i 2040 har et behov for 18 institusjonsplasser. Av estimatet fremgår det også at behovet for institusjonsplass er forventet å holde seg tilsvarende dagens behov, eller lavere, frem til omkring 2027.

Figur 1 - Dimensjonering av fremtidig institusjonsbehov (Statsforvalteren)



Dette viser også enhetsleder til i intervju, der det påpekes at man har blitt observante på at kommunen i henhold til statistikken vil ha et stabilt tjenestebehov de neste 5-10 årene. Dette har ifølge enhetsleder vært litt utfordrende fordi det innebærer at man må starte planleggingen i dag, selv om eldrebølgen i Vegårshei ikke ser ut til å treffe helt ennå. Seksjonsleder (inst.) beskriver en opplevelse av at enheten sliter med rekruttering av sykepleiere.

Ved tildeling av tjenester, viser enhetsleder til at man for å imøtekomme fremtidige behov er nødt til å forholde seg til innsatstrappa. Her er saksbehandler for tjenestetildeling en nøkkelperson. Det er viktig at denne personen kan opptre så objektivt som mulig i tildelingen, samtidig som personen kjenner lovverket slik at man leverer tjenester i tråd med overordnede krav. Før var det sykepleier på vakt som tildelte tjenesten, noe som gjorde at likhetsperspektiv ikke ble ivarettatt på samme måte. Seksjonsleder (hj.tj.) beskriver at det gjerne avholdes møte sporadisk et par ganger i uken med den ansatte på tjenestekontoret, hvor det drøftes både sykepleierfaglige problemstillinger samtidig som seksjonsleder for institusjon involveres på hans kjennsapsområder. Alle tre samarbeider for øvrig for å kvalitetssikre vedtakene.

Enhetsleder beskriver å ha jobbet for å få ansatte til å forstå kostnaden ved tjenestene, for eksempel at kostnader ved institusjonsplass (ca. 1,2 mill. kr) ikke favner like mange brukere som dersom man gir tjenesten som hjemmetjeneste. Når det gjelder tidsvindu for vedtak presiserer seksjonsleder (hj.tj.) viktigheten om at man setter dato for når dette skal evalueres slik at vedtakene ikke blir evigvarende. Eksempelvis kan brukeren bli bedre, mens pårørende likevel har en forventning til at brukeren skal motta samme type tjeneste. Seksjonsleder opplever gjerne å bli sittende i krysningen mellom brukerbehovet og forventninger/behovet til pårørende.

3.1.3 REVISORS VURDERINGER

Enhet for helse og mestring ble opprettet 01.01.2021 ved at sykehjem og hjemmetjenester (Enhet helse og omsorg) ble slått sammen med tidligere Nav og oppfølging. Før 2018 var hjemmetjenester og institusjon delt inn i ytterligere to enheter. Omorganiseringene har medført flere lederskifter blant nøkkelpersoner i enheten, der man totalt har hatt fire enhetsledere de siste fire årene, tre seksjonsledere for institusjon på ett år og to seksjonsledere for hjemmetjenester det samme året.

Det fremstår for revisjonen som at den høye utskiftningen i ledelsen delvis skyldes naturlige utskiftninger som følge av omorganiseringsprosessene enheten har gjennomgått. Revisjonen vurderer imidlertid, med bakgrunn i det som fremgår av intervjuer med ledergruppa, at utskiftningene også delvis er et resultat av at oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er å anse som optimal. Seksjonslederne beskriver forhold som for stort spenn i ansvarsområder ilagt én person, og at arbeidsoppgavene man får tildelt er et resultat av forventninger som fremgår av stillingsbeskrivelse, fremfor faktisk kompetanse hos den enkelte leder. Videre fremgår det av intervjuer at seksjonslederne savner en tydeliggjøring over hvilke ansvarsoppgaver som skal gjøres og hva som forventes til enhver tid – et styringsdokument der man er omforent om de nevnte punktene både ifra administrasjonens side og i seksjonen.

Revisjonen bemerker seg at ansvars- og oppgaveområder, i spørreundersøkelsen blant tjenestens ansatte, fremgår som manglende definert ved at 63 % av de ansatte svarte at de i liten eller svært liten grad opplever at ledergruppen har en ansvars- og oppgavefordeling som er godt kjent. De hyppige utskiftningene blant ledelsen og den opplevde uklare ansvars- og oppgavefordeling i ledergruppa kommer også til uttrykk her, og 71 % av de ansatte viser til at de i stor eller svært stor grad opplever at dette har påvirket kvaliteten på tjenestene.

Av samtale med kommunedirektør fremgår det at man er kjent med at de organisatoriske endringsprosessene ledergruppen har stått overfor i 2021 har vært krevende for den enkelte leder, og det vil ifølge kommunedirektør vektlegges at den nye ledergruppa i enheten gis mulighet til å bruke tid til å finne sin egen oppbygning og måter å drive enheten på. Som det fremgår av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, § 3, skal den med det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Revisjonen ser det i denne sammenheng som positivt at det er igangsatt arbeid med et felles lederutviklingsprogram, der diverse faglige temaer knyttet til ledelse, samt praktisk anvendelse av denne teorien, står i fokus.

Når det gjelder bemanning har tjenesten den senere tid gjennomgått en omstillings- og nedbemanningsprosess i forbindelse med prosjekt bærekraft. Kommunen gikk i 2020 til oppsigelse av ni helsefagarbeidere, hvor kuttene rammet hardest på VBO, og medførte en årsverksreduksjon fra 24 til 18 ansatte. På tross av denne nedbemanningsprosessen fremstår det for revisjonen som at tjenesten fortsatt har en grunnbemanning som er å anse som relativt høy. Gjennom Telemarksforsknings analyseoppdrag for Vegårshei kommune fremgår det at VBO etter nedbemanningen har en pleiefaktor på omkring 1,43, mot pleiefaktor lagt til grunn

i beregninger av Helsedirektoratet på 0,87-1,28. Revisjonen gjennomførte også nylig en tilsvarende beregning av pleiefaktor på institusjon i Åmli kommune, der denne ble vurdert til å være på omkring 1,2, noe som indikerer en vesentlig høyere bemanning på VBO.

Det fremgår i revisjonens intervju med kommunedirektør at bemanning sett opp mot opplevd belastning i veldig mange år har vært en utfordring i kommunen innen helse- og omsorgssektoren. Kommunedirektør mener likevel det er en liten endring på gang, påvirket av både nedbemanning, fokuset på økonomi, utskiftninger av ansatte mv. Dette støttes etter revisjonens vurdering opp gjennom intervjuer med ledelsesgruppe, der det beskrives at flere og flere av de ansatte har forståelse for nedbemanningen og de kuttene som er gjort. Blant annet fremgår det av intervju med seksjonsleder for institusjon at de ansatte begynner å falle til ro med at man nå har et mer riktig nivå på bemanningen, og at det ikke er økonomisk forsvarlig eller hensiktsmessig med høyere bemanning enn det institusjon har i dag. At bemanningen på VBO oppleves som tilstrekkelig fremgår også etter revisjonens vurdering delvis gjennom spørreundersøkelsen, der det på spørsmål om personalressurser fremkommer at 37 % av de ansatte på institusjon av og til, men i et akseptabelt omfang, opplever å være uhensiktsmessig mange ansatte på jobb. Til sammenligning svarte 7 % det samme i hjemmesykepleien. Den samme trenden fremgår på spørsmål om sårbarhet ved fravær, der en signifikant høyere andel svarte at de i svært stor grad opplevde dette i hjemmesykepleien, enn på institusjon.

Enheten innførte årsturnus i 2021, blant annet etter ønske fra ansatte. Dette har ifølge enhetsleder bidratt til å redusere sykefravær samtidig som det gir større rom for å utnytte hele stillingsstørrelsen til de ansatte – uten at halvtimer hos den enkelte forsvinner for å få turnus til å gå opp. Som følge av tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og ansatte om at dette ikke fungerte godt nok, ble ordningen revurdert, og turnusplanleggingen vil fra 2022 gjennomføres ved at de ansattes grunnturnus legges til grunn ved utarbeidelse av årsturnus. Denne formen for evaluering og korrigerende av virksomheten fremstår for revisjonen som i henhold til de krav som fremgår av hol § 3-1, der kommunens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, beskrives.

3.2. KVALITET

- 2) *Er tjenestetilbudet organisert på en forsvarlig måte som sikrer kvalitet i henhold til lovkrav? Herunder definerte kvalitetsindikatorer, avvikshåndtering, rapportering, arbeidsmiljø mv.*

3.2.1. REVISJONSKRITERIER

I følgende delkapittel vil det presenteres de formelle krav, normer og standarder innenfor kvalitet, som vil utgjøre grunnlaget for de vurderinger og konklusjoner som trekkes av revisjonen. Herunder revisjonskriterier innenfor ulike krav og indikasjoner til kvalitet og forsvarlighet, styringssystem for avvikshåndtering og rapportering, brukermedvirkning, legemiddelhåndtering, arbeidsmiljø mv.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester²² skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. § 1. For å sikre dette, ilegges kommunen etter forskriftens § 3 flere krav til oppgaver og innhold i tjenesten. Kommunen skal blant annet etablere et system av prosedyrer som skal forsøke å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester de har behov for til rett tid, at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Kommunen skal også forsøke å sikre at brukere eller eventuelt pårørende/verger medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

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

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

Pasienter som omfattes av pleie- og omsorgstjenester omfattes videre av verdighetsgarantien, som reguleres i forskrift om en verdig eldreomsorg.²³ Formålet med verdighetsgarantien er å

²² FOR-2003-06-27-792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften)

²³ FOR-2010-11-12-1426 Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)

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

Helsedirektoratet har utarbeidet et sett med kvalitetsindikatorer, med den hensikt å gi pasienter, pårørende og publikum bedre kunnskap om hva en kan forvente av kvalitet i helsetjenestene. Innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester lister helsedirektoratet opp følgende kvalitetsindikatorer: oppfølging av ernæring, ventetid på sykehjemsplass og hjemmetjenester, sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, dagaktivitetstilbud, fagutdanning, legemiddelgjennomgang, langtidsbeboeres vurdering av lege, enerom på sykehjem m.m.²⁴

I NOVA-rapport om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien, fremkommer det gjennom forskning en «*meget sterk korrelasjon mellom arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for pasientene*».²⁵ Analysen viser at det foreligger en sammenheng mellom bemanning på sykehjem (antall pleiere pr. pasient) og pasientenes opplevde kvalitet på tjenesten, hvor stor arbeidsbelastning og høyt sykefravær vises til som gjentakende årsaker. Når det gjelder kvalitetsindikatorer, trekker NOVA-rapporten frem spesielt ernæring, hygiene og andre omsorgsbehov som sårbare elementer.

Pasient- og brukarmedvirkning

Som et viktig ledd innen kvalitet, ligger retten til *pasient- og brukarmedvirkning*. Kommunen skal sørge for at tjenesten arbeider systematisk for både kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. hol. § 4-2. Kravet til pasient- og brukarmedvirkning reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1²⁶, hvor det heter at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. I retten til medvirkning ligger blant annet valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal videre tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, jf. pbrl. § 3-1.

Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal ilegges stor vekt på hva vedkommende mener ved utforming av tjenestetilbud, jf. pbrl. § 3-1 andre ledd. Pasientens nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten, dersom vedkommende ikke har samtykkekompetanse. Pasienten/brukeren skal gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og samtidig motta informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter, jf. pbrl. § 3-2.

²⁴ Helsedirektoratet – Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

²⁵ NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*

²⁶ LOV-1999-07-02-63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)* Heretter pbrl.

Legemiddelhåndtering og avvikshåndtering

En viktig indikator på kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten omfatter kommunens håndtering av legemidler i henhold til lovverket. Forskrift for legemiddelhåndtering²⁷ har til formål å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering, jf. § 1. Virksomhetsleder har ansvaret for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig iht. lov og forskrift. Virksomhetsleder skal sørge for at helsepersonell som håndterer legemidler, har tilstrekkelig kompetanse, samtidig som det skal sørges for at det foreligger rutiner som kvalitetssikrer informasjon om pasientens legemiddelbruk, jf. § 4 ledd 3 og 5. Ved sykehjem skal legemiddelgjennomgang sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, hvor sykehjemmet skal sørge for en systematisk gjennomgang for pasienter med langtidsopphold ved ankomst, minst én gang i året og når det ellers er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling, jf. § 5a.

Virksomhetsleder skal sørge for at virksomhetens internkontrollsystem har rutiner som kvalitetssikrer informasjonen om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse og utskriving, og ved overføring innen virksomheten. Virksomhetsleders krav til internkontroll innebærer iht. forskriftens § 4 ledd 6 å:

- a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer blant annet prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.
- b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.
- c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.
- d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, settes det krav til at pleie- og omsorgstjenesten skal drive med systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid, jf. § 1.²⁸ Her stilles det blant annet krav til at de ansvarlige for virksomheten skal *«utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen»*, jf. § 4 ledd 2 bokstav g). Til dette forutsettes det blant annet at det skal meldes avvik for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser, og at avviksmeldingene blir fulgt opp med nødvendige tiltak.

²⁷ FOR-2008-04-03-320 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (Forskrift om legemiddelhåndtering)

²⁸ FOR-2002-12-20-1731 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Arbeidsmiljø

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) definerer arbeidsmiljø til å omhandle organiseringen, planleggingen og gjennomføringen av arbeidet. Godt arbeidsmiljø avhenger i stor grad av arbeidsplassen, dens kontekst, hensikt, oppgaver og mål. Dermed krever arbeidsmiljøarbeid ulike tilnærminger basert på hvilken arbeidsplass det gjelder. Arbeidsmiljø er utslagsgivende for ansatte og leders helse og engasjement, samt tjenestens drift og produktivitet. Helse- og mestringsenheten ved Vegårshei kommune opererer i en kompleks kontekst og skal forholde seg til sentrale føringer, lover og forskrifter, interne rutiner og prosedyrer, høyt dokumentasjons- og styringskrav på ledernivå, samt forventninger fra brukere og pårørende med individuelle behov. Derfor er arbeidsmiljø en utslagsgivende faktor for tjenestens robusthet og bærekraftighet i en kompleks og stadig dynamisk kontekst.

Klare roller er nødvendig for god organisering og planlegging av arbeidet. En arbeidssituasjon hvor arbeidstakere opplever uavklarte ansvarsforhold og roller er belastende for den enkelte arbeidstaker og for hele arbeidsmiljøet. Forutsigbarhet er en annen viktig arbeidsmiljøfaktor, spesielt ved omstillingsprosess hvor rammebetingelsene endres.

En god balanse mellom arbeidskrav og mulighet for kontroll over egen jobbsituasjon bidrar til økt engasjement, tilhørighet og effektive arbeidsprosesser. Videre vil en god balanse mellom innsats og belønning være hensiktsmessig for et godt arbeidsmiljø. Belønning her relaterer til annerkjennelse, tilbakemeldinger og positiv oppmerksomhet fra kolleger, leder og organisasjonen for jobben man utfører.

Lederskap er en betydelig faktor for et godt arbeidsmiljø. Rettferdig og støttende ledere som gir tillit og ansvar i tråd med ressurser og muligheter for å løse oppgavene er et tungtveiende positivt bidrag inn i arbeidsmiljøet. En synlig og tilstedeværende leder vil være verdifullt for arbeidsmiljøet ved både hjemmetjenesten og institusjon. Dermed vil det være nødvendig å identifisere nåværende arbeidssituasjon for ledere; hvor ligger handlingsrommet for å utøve lederskap med et opplevd stort krav til administrativ leveranse?

Oppsummert vil revisjonen ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Kommunen plikter å følge kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester ved å ha interne prosedyrer som sikrer pasientenes grunnleggende behov for pleie.
 - Kommunen skal ha klare prosedyrer for legemiddelhåndtering som er godt kjent blant ledere og ansatte.
 - Kommunen skal ha og følge klare rutiner for avvikshåndtering som sikrer medbestemmelse, læring og fremmer kvalitet i tjenesten.
 - Kommunens Helse- og mestringsenhet skal ha et godt arbeidsmiljø for ansatte og ledere som sikrer kvalitet i planlegging, organisering og gjennomføring av arbeidet.
-

3.2.2. FAKTA

Ledelsen opplever det som en styrke at institusjon og hjemmetjenesten samarbeider godt på leder- og ansattnivå. Likevel skisserer ledelsen og ansatte noen utfordringer relatert til opplevd kvalitet, brukermedvirkning, arbeidsmiljø, samt håndtering av legemidler og avvik. Perspektiver fra ledere og ansatte i hjemmetjenesten og VBO er kartlagt og presentert i rapporten for å gi et representativt bilde av enhetens styrker og utfordringer.

Kvalitet

Som skissert i revisjonskriteriene, ilegges kommunen etter kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester krav om å blant annet etablere et system med prosedyrer for å sikre kvalitet i tjenesten. I henhold til dette stilles kommunen ansvarlig for å ha utarbeidet skriftlige prosedyrer og rutiner vedrørende brukers grunnleggende behov. Revisjonen vil vurdere datagrunnlaget fra ledere og ansatte opp mot strukturer og praksis som skal sikre kvalitet ved tjenestene, samt ivareta *verdighetsgarantiforskriften* for en verdig, trygg og meningsfull alderdom for brukerne.

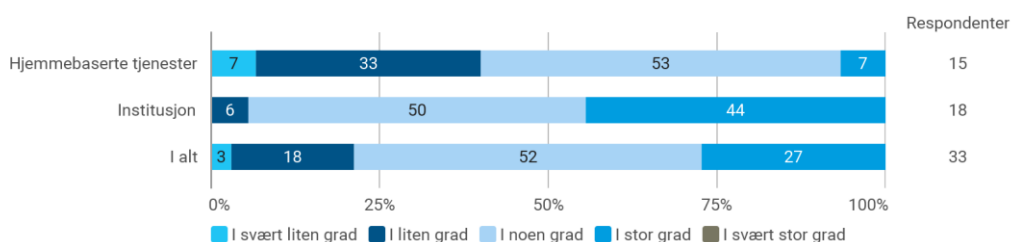
Helhetlig kvalitet for tjenestene institusjon og hjemmetjenesten er kartlagt gjennom systemer og kultur for boform, ernæring, sosialt samvær, døgnyrte, hygiene/stell og lindrende behandling. Ledelsen og ansatte skisserer gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen et helhetsbilde av høy opplevd kvalitet i tjenestene. Enhetsleder opplever de ansatte som viktige bidragsytere til høy kvalitet og servicetilbud til brukerne. Det formidles av enhetsleder at ansatte ofte gir det lille ekstra, og at en mer reell problemstilling er om de ansatte yter for mye for at det på sikt kan være kapasitet til å holde et slikt nivå. Et opplevd bidrag til økt kvalitet er forståelse gjennom ansattes ofte gode kjennskap til brukerne. Det presiseres at denne gode kjennskapen mellom ansatte og brukere er naturlig i en liten kommune med møtepunkter på både profesjonelle og private arenaer. Enhetsleder opplever denne kjennskapen som en styrke for samhandling med pårørende og brukere, men også for å tidlig identifisere riktig behov og tiltak. Det er en gjennomgående enighet om en generell god kvalitet i tjenestene blant ledelsen og ansatte, men likevel skisseres det noen forbedringsområder relatert til brukers medvirkning og behov for pleie.

Vedrørende boform, formidler enhetsleder at det er uproblematisk å tildele enerom til alle beboere. Dette er grunnet et lokale som er større og har flere enerom enn dagens behov. Seksjonsleder (inst.) opplever at det eksisterer bygningsmessige utfordringer relatert til lange ganger og store arealer som skal driftes. Byggets lange utforming bidrar til flere opplevde utfordringer i institusjon, noe som vanskeliggjør å gi brukerne tett oppfølging i daglig pleiepraksis. Sykehjemsplassene i Vegårshei kommune er ifølge seksjonsleder (inst.) blant de dyreste i landet, og mye av dette kan ifølge seksjonsleder (inst.) forklares med den altfor store bygningsmassen man må drifte og vedlikeholde. Ser man nærmere på de økonomiske nøkkeltall knyttet til oppholdsdøgn institusjon viser disse at Vegårshei kommune i 2020 hadde en kostnad på kr 5 360,- per døgn, en nedgang fra 2018 hvor kostnaden var kr 6 258,- per døgn. Til sammenligning var kostnaden for oppholdsdøgn kr 10 284,- i Åmli kommune i 2020, mens Gjerstad hadde kr 5 434,- per oppholdsdøgn i 2020.

Vedrørende ernæringsarbeidet i institusjon og hjemmetjenesten er det noen ulike oppfatninger av kvaliteten. I institusjon opplever enhetsleder at arbeidet med ernæring er av særlig høy kvalitet, da tjenesten har et eget kjøkken med mulighet for å spesialtilpasse mat etter behov. Enhetsleder formidler at ansatte ved institusjon er bevisste på miljøarbeid relatert til ernæring, samt lukt, smak og presentasjon av måltider. Det gjennomføres regelmessige veiinger av beboere og det journalføres data hos beboere med redusert ernæringsinntak. Seksjonsleder (inst.) presiserer at primærkontakt har ansvar for å gjennomføre ernæringskartlegging, men at det likevel er forbedringspotensial i oppfølgingen av dette arbeidet. Brukere ved institusjon opplever ifølge seksjonsleder (inst.) også lite valgfrihet knyttet til middagsalternativer, som følge av liten og samtidig dyr drift. Seksjonsleder (inst.) påpeker her en potensiell gevinst av samarbeid med andre kommuner i regionen.

Ansatte ved institusjon opplever i noen grad (50%) og svært stor grad (44%) en god kvalitet knyttet til ernæringsarbeid, kartlegging, oppfølging og mulighet for medvirkning på mat og tidspunkt. Hjemmetjenesten tilbyr også måltidspakker til brukere mot betaling, og ansatte ved hjemmetjenesten opplever i noe lavere grad god kvalitet knyttet til ernæringstilbudet (21% = liten grad av god kvalitet). Dette er illustrert i følgende graf:

I hvilken grad mener du det er god kvalitet knyttet til ernæring (kartlegging, oppfølging samt mulighet for medvirkning på mat og tidspunkt)? (N = 33)



Videre er brukeres mulighet for sosialt samvær et meget viktig stimuleringsbehov i pleie og omsorg. Ansatte ved Helse- og mestringseenheten skisserer gjennom spørreundersøkelsen tilfredsstillende kvalitet knyttet til arbeidet med sosialt samvær. Dette arbeidet oppleves spesielt godt ved institusjon, da ansatte rapporterer 88% noen/stor grad av kvalitet i sosialt arbeid. Enhetsleder kommuniserer et godt tilrettelagt miljø for sosialt samvær blant beboere ved institusjon, med inkludering fra diverse aktører (eks. menigheten, frivillighetssentralen). Det er også jevnlig besøk av barnehage, som oppleves positivt. Videre formidler enhetsleder at de i 2021 har økonomiske midler for en aktivitetskoordinator. Kommunen har gått til innkjøp av el-sykler og ergometersykler med video fra Vegårshei kommune. Enhetsleder presiserer likevel at det ofte oppleves tilstrekkelig å samles i fellesstua eller gå tur i nærområdet. Ansatte ved hjemmetjenesten opplever sosialt arbeid noe mer utfordrende (34% = liten grad, 67% = noen grad opplevd god kvalitet). Etter revisjonens oppfatning basert på intervju- og spørreskjemadata, eksisterer det i dag ikke dagsentertilbud for hjemmeboende.

En annen indikator på kvalitet i pleie- og omsorgsarbeid omhandler brukeres valgfrihet knyttet til døgnrytme. Ansatte ved tjenestene rapporterer en god opplevd kvalitet knyttet til praktisk arbeid og brukers valgfrihet knyttet til døgnrytme, der bare 7% fra hjemmetjenesten

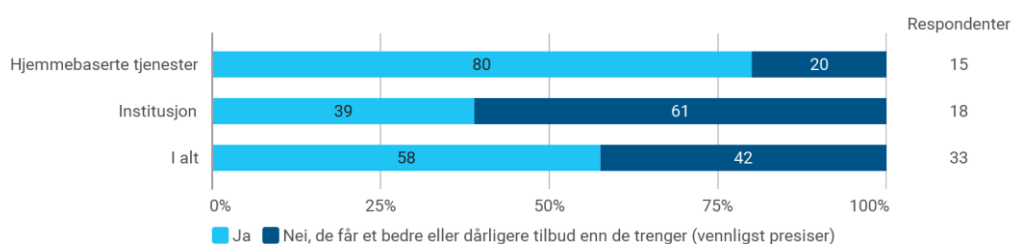
opplever liten grad av kvalitet. Alle ansatte ved institusjon kommuniserer noen til stor grad av valgfrihet knyttet til døgnrytme for brukere. Enhetsleder kommuniserer en tydelig prioritert praksis med å inkludere brukeres individuelle behov og ønsker for egen døgnrytme og vekking. Ifølge enhetsleder har det tidligere vært en utfordring i VBO at noen ansatte har ønsket felles vekking for å skape en mer håndterlig struktur for pleiearbeidet. Det har ifølge samtlige i ledelsen tidligere vært en oppfatning i personalet at hvis en beboer sover lenger etter eget ønske enn skissert plan er dette et avvik. Det er nå en økt bevissthet og forståelse for individuelle tilpasninger relatert til brukeres døgnrytme i enheten.

Tidspunkt for stell oppleves av ansatte som godt forankret og med god kvalitet. Morgen- og kveldsstell, samt dusjing og annen rutinebasert pleie gjennomføres på en hensiktsmessig måte i tråd med interne og sentrale føringer. Seksjonsleder (inst.) opplever at det er, og rapporteres, lite avvik på stell og hygiene, som anses som en klar styrke for kvaliteten på det daglige arbeidet som utføres. Ledelsen kommuniserer en hyppigere grad av tilbakemeldinger relatert til forbedring fra ansatte, enn det forekommer fra brukere og pårørende. Dette er ifølge ledelsen ofte et resultat av ønsket om en høy standard fra tjenestenes ansatte, fremfor behov basert på brukers egen forespørsel og ønske.

Enhetsleder formidler også en opplevelse av at man har god praksis på palliativ behandling, hvor det også har blitt utarbeidet en intern rutine for informasjonsdeling blant ansatte vedrørende beboer på dødsleie eller nylig dødsfall for å sikre kvalitet og profesjonalitet i slike situasjoner. Ansatte ved både institusjon og hjemmetjenesten opplever meget god kvalitet i arbeidet med tilrettelegging for en verdig livsavslutning.

Det er en generell oppfatning av god kvalitet og ivaretagelse av brukeres grunnleggende behov for pleie og omsorg. Det er likevel noe ulik oppfatning blant ansatte om dagens tjenestetilbud møter brukernes behov på riktig nivå. Grafen nedenfor viser at ansatte ved institusjon i mindre grad opplever at brukerne får hjelp på riktig nivå.

Opplever du at brukerne får hjelp på riktig nivå? (N = 33)



Flere ansatte rapporterer utfordringer relatert til sykehjemsplass, da det er en oppfatning at brukere kan være for syke og trenger tettere oppfølging. Dette gjelder også i stor grad at dagens opplevde praksis for å stimulere brukernes sosiale og kognitive behov ikke strekker til. Viktigheten av å skape trygghet og ivareta omsorgsbehov er gjennomgående nevnt av ansatte som et fokusområde for at tilbudet treffer på et riktig nivå.

Enhetsleder presiserer at saksbehandler jobber bevisst med å tildele tjenester på et lavere nivå og heller bygge opp ressursallokasjonen ved behov. Tidligere har det vært et problem i

tjenesten at brukere blir tildelt tjenester på et for høyt nivå fra begynnelsen, og det oppleves vanskeligere å deretter justere ned ressurstildelingen. Enhetsleder kommuniserer at saksbehandler er trygg på definerte kriterier og rammer selv i en krevende rolle, og at saksbehandler har kontinuerlig støtte hos ledelsen. Enhetsleder konstaterer en god og effektiv prosess for tjenestetildeling, der det kun har vært én klage på tildeling fra og med februar 2020. Det er usikkert om dette relateres til en fortsatt for høy grad av tjenestetildeling eller en indikasjon på at tjenestetilbudet treffer behovet godt.

Kvaliteten på tjenestene oppleves helhetlig som god av ledelsen og ansatte, og at det sjeldent fremkommer klager fra brukere eller pårørende. Likevel forekommer det sjeldne tilfeller hvor en bruker er for frisk for institusjon og for syk for hjemmetjenesten, noe som oppleves utfordrende i arbeidet med å sikre et tilfredsstillende tilbud. Det er en oppfatning av at tjenestene oppleves meget gode av brukere og pårørende. Likevel skisseres det en endring i behov da noen brukere har svært krevende medisinske diagnoser. Seksjonsleder (inst.) meddeler at samarbeidet med KØH har vært spesielt verdifullt i disse tilfellene for å sikre kvalitet i tilbudet til denne komplekse brukergruppen.

Brukermedvirkning

Brukeres og pårørendes mulighet for å medvirke til tjenestetilbudet er et meget viktig fokusområde for å ivareta kvalitet og transparens. Kommunen planlegger en felles brukerundersøkelse for kommende år, noe som har blitt satt på vent grunnet fravær og utskiftninger i ledelsen.

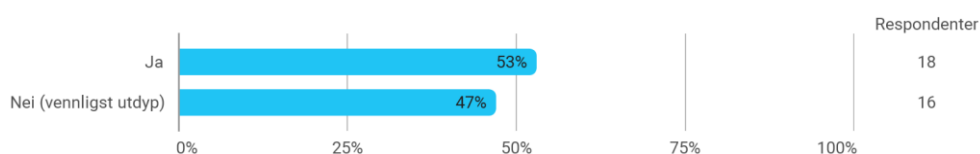
Enhetsleder formidler at dagens praksis for brukeres mulighet til å påvirke tjenestetilbudet ivaretas gjennom kartleggingsbesøk. Det er saksbehandler som gjennomfører disse kartleggingsbesøkene hos bruker og gjør vurderinger av tjenestetildeling. Brukermedvirkningen er strukturert på individnivå, hvor saksbehandler gjennomgår flere faktorer og ønsker med bruker og pårørende. Kommunen planlegger å gjennomføre ny bruker- og pårørendeundersøkelse, samt et folkemøte med pårørende for å adressere behov for bolig, arbeid og helse. Det vil også være en forventningsavklaring vedrørende kommunens rolle og tilbud.

Seksjonsleder (inst.) beskriver en god kontinuerlig kontakt med pårørende, selv i en utfordrende situasjon med Covid-19. Brukermedvirkning med et brukerrettet fokus anses som meget viktig ved institusjon, men seksjonsleder (inst.) opplever at det eksisterer lite skriftlige rutiner og dokumentasjon på dette i tjenesten. Selv om tjenesten i stor grad har god og jevnlig dialog med de fleste pårørende, vurderes det som hensiktsmessig med utarbeidelse av flere formelle rutiner for å kvalitetssikre brukermedvirkning for alle beboere i institusjon. Seksjonsleder (inst.) påpeker at dette også skal bidra til at nyansatte med riktig kompetanse skal komme inn i kommunen og kunne gjøre en god jobb, nettopp fordi strukturen og de formelle rammene er på plass. Det skisseres en viktighet av å utforme disse rammene og rutinene i journalsystemet tydelig, men også at de bør være lett tilgjengelige.

Videre beskriver seksjonsleder (hj.tj.) at det per dags dato ikke finnes skriftlige rutiner for brukermedvirkning, men at dette er på agendaen. Det skriftlige arbeidet som gjelder brukermedvirkning, kommer i dag i stor grad frem gjennom journalføring og kommunikasjon med pårørende. Ifølge seksjonsleder (hj.tj.), anvendes det en bok for føring av planer og pårørendes/brukers ønsker, og dette er dagens praksis for å ivareta brukermedvirkning. Det kommuniseres fordelaktig å operere hjemmetjeneste i en liten bygd hvor man oppleves å ha en høy grad av kontroll og oversikt, samt lav terskel for tilbakemeldinger fra pårørende og brukere.

Ansatte ved Helse- og mestringsenheten har en delt oppfatning omkring hvorvidt det er gode rutiner for brukermedvirkning i tjenestene, noe som fremgår av grafen nedenfor:

Vil du si det er gode rutiner for brukermedvirkning i tjenestene? (N = 34)



Ansatte meddeler gjennom åpne svar i spørreundersøkelsen at dagens system og rutiner vedrørende brukermedvirkning er ukjent, og at dette burde tydeliggjøres i større grad. Flere ansatte beskriver også en utilstrekkelig tidsressurs for fokusert arbeid med å kontinuerlig sjekke ut og ivareta brukermedvirkning. Det etterspørres en klarere ramme og struktur rundt dette arbeidet.

Legemiddelhåndtering

Håndtering av legemidler ihht. lovverket er en viktig indikator på kvalitet i pleie- og omsorgsarbeidet. Seksjonsleder (inst.) kommuniserer at systemet for legemiddelhåndtering ved institusjon har gjennomgått en stor kvalitetsforbedring. Der det tidligere ble brukt kompliserte brukermapper, er det nå vektlagt synliggjøring og tydeliggjøring av informasjon om *hvem, hva, når* i tiltaksplanene. Det er også i senere tid innført et signeringsskjema der medikamentadministreringen skal signeres for dobbelt, for å minske risiko for feiladministrering. Videre er dette signeringsskjemaet supplert med et system som registrerer når bruker får tildelt medisinen, når bruker har tatt medisinen og eventuelt tilfeller hvor bruker selv nekter å ta medisinen. Den systematiserte praksisen bidrar til økt oversikt og færre feil, noe som medfører færre avvik.

Enhetsleder forklarer i intervju at hjemmetjenesten disponerer og har ansvar for et medisinrom på VBO. Medisinrommet gjennomgås ukentlig, og bare kvalifiserte ansatte med utdanning eller kurs håndterer legemidler. Det er ønskelig å ha færrest mulig med dispensasjon for medikamenthåndtering, slik at det i hovedsak utføres av faglærte. Hjemmetjenesten opererer med medisinlister for å kvalitetssikre medisiner som skal kjøres ut til bruker, hvor eventuelle endringer tas opp hver morgen og endres direkte i medisinlistene. Seksjonsleder (hj.tj) opplever medisinrommet og legemiddelhåndtering som ivaretatt av et trygt system med gode rutiner og praksis.

Avvikshåndtering

Som det fremgår av forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, settes det krav til at pleie- og omsorgstjenesten skal omfatte systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. For å videreutvikle tjenesten, samt minske sårbarheter, er det nødvendig med et kontinuerlig fokus, forståelse og behandling av avvik.

Enhetsleder kommuniserer at til tross for nedbemanningsprosessen man har vært gjennom har man få avvik i tjenesten, noe som igjen gir et uttrykk for at dagens bemanning er riktig. Likevel kommuniserer enhetsleder en forståelse av at flere avvik ikke blir meldt, grunnet et opplevd tungvint system. Seksjonsleder (inst.) opplyser om at systemet for avvikshåndtering (QM+) har vært drevet med tre ulike versjoner (gammel, ny og prøveversjon), som dermed medførte at ansatte logget inn i forskjellige versjoner som hadde ulike brukergrensesnitt. Det var spesielt problematisk at innholdet i versjonene ikke samstemte, da for eksempel den nye versjonen mangler innhold vedrørende rapportering på områder som truende atferd og skader. En app-løsning ble deretter innført og oppleves i dag som enklere å bruke.

Ansatte ved hjemmetjenesten opplever avvikssystemet QM+ som brukervennlig ifølge seksjonsleder (hj.tj.), til tross for en periodevis systemendring som nå har blitt korrigert.

Seksjonsleder (hj.tj.) formidler at det har vært avholdt personalmøte med avvikshåndtering som hovedtema og hensiktsmessig behandling av avvik for fremtidig forebygging. Det eksisterer ikke rutiner for hva og hvordan man skal melde avvik, samt håndtering og oppfølging, ifølge seksjonsleder (hj.tj.). Likevel opplever leder det praktiske arbeidet med avvikshåndtering som godt i hjemmetjenesten, da ansatte registrerer de avvik som seksjonsleder (hj.tj.) mener bør registreres og hvor utfordringer diskuteres fortløpende for å gjøre gode vurderinger.

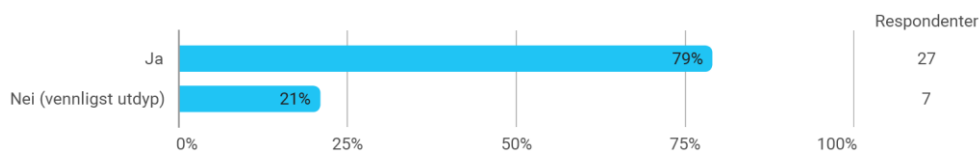
Enhetsleder tydeliggjør en prioritering i tjenestene på bevisstgjøring om hva som konstituerer et avvik, og i respons oppleves personalet som å ha en god forståelse for dette nå. Seksjonsleder (inst.) skisserer også utfordringer relatert til avviksrapportering, da det kan oppleves som tysting å skrive avvik, samtidig som det er en mindre helhetsforståelse for hensikten med avviksrapportering. Seksjonsleder (inst.) vektlegger likevel verdien av kontinuitet i arbeidet med avviksrapportering, og har sett forbedrede endringer i praksis som følge av avviksbehandling på medisinhåndtering.

De avvikene som oppstår, blir ifølge ledelsen tatt opp på månedlige medbestemmelsesmøter med tillitsvalgt og verneombud til stede. Disse møtene ble avholdt med ukentlige intervaller i omstillings- og nedbemanningsprosess og prosjekt bærekraft. Ledelsen og AMU får inn alle avvik som skal behandles fortløpende etter behov. Enhetsleder gjør oppmerksom på at de mest alvorlige avvikene har omhandlet administrering av legemidler og fall hos bruker. Det konstateres en enighet i ledelsen at arbeid med avvik er en kontinuerlig prosess for å styrke kvaliteten i tjenesten.

Av spørreundersøkelsen fremkommer det at ansatte ved helse- og mestringsenheten selv opplever at avvik i relativt stor grad blir rapportert i QM+, hvor 79% av de ansatte meddeler

at de aktivt rapporterer avvik i systemet. 21% melder at de av ulike årsaker ikke rapporterer avvik.

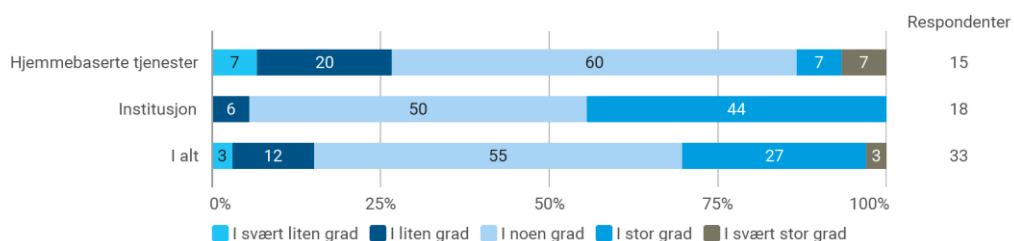
Når du oppdager avvik, rapporterer du disse i QM+? (N = 34)



På utdypende oppfølgingsspørsmål vedrørende årsaken til at ansatte ikke melder et avvik på forhold det bør meldes på, rapporterer ansatte; tidspress, at avviket ikke følges opp, det er vanskelig å logge inn i systemet, og det er usikkert hva som konstituerer et avvik.

Ansatte i tjenestene formidler også at det forekommer avvik som ikke blir registrert, noe som spesielt gjelder for institusjon (44% = stor grad, 50% = noen grad) og i mindre grad i hjemmetjenesten (14% = stor grad, 60% = noen grad).

I hvilken grad oppstår det avvik som ikke blir registrert? (N = 33)



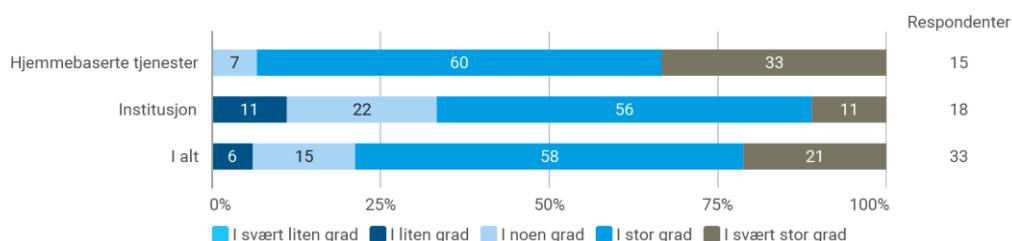
De avvik som oppstår i høyere grad ifølge ansatte omhandler; glemte og forsinkede medisiner, utagerende oppførsel, vold og trusler. De avvik som oppstår i lavere grad rapporteres av ansatte å være; forsinket stell, ernæring, mangel på rutiner, teknisk og fysiske skader. Det kommuniseres i tjenestene at ledelsen i liten grad legger til rette for at ansatte får tid til og opplæring i å melde avvik (18% = svært liten grad, 52% = liten grad). Det etterspørres også i stor grad en oppfølging og tilbakemelding fra ansatte på status på meldt avvik. 40% av ansatte i hjemmetjenesten og 61% av ansatte i institusjon rapporterer en opplevelse av å ikke få tilbakemelding fra ledelsen eller medbestemmelsesarenaer på avvik som er meldt.

Arbeidsmiljø

I henhold til revisjonskriteriene for hva som konstituerer godt arbeidsmiljø, er forutsigbarhet, kontinuitet, tydelighet og struktur viktige elementer. Helse- og mestringsenheten ved Vegårshei kommune har utført en omstillings- og nedbemanningsprosess relatert til bærekraft-prosjektet. I tillegg har tjenesten vært preget av hyppige utskiftninger på enhets- og seksjonsledernivå. Dette er områder som blir diskutert i følgende avsnitt, der ledes og ansattes oppfatning av arbeidsmiljøet, i denne sammenheng, vektlegges.

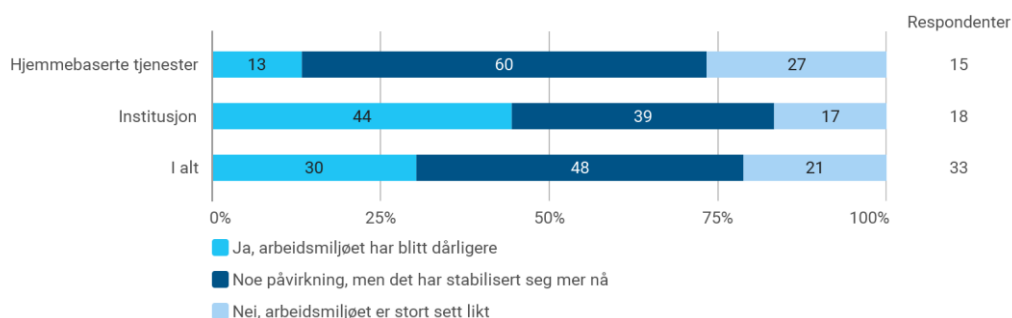
Ansatte ved Helse- og mestringsenheten opplever i stor grad et godt arbeidsmiljø ved institusjon (56% = stor grad, 11% = svært stor grad) og i enda høyere grad ved hjemmetjenesten (60% = stor grad, 33% = svært stor grad).

I hvilken grad mener du det er et godt arbeidsmiljø på din arbeidsplass? (N = 33)



Det formidles en større arbeidsmiljøutfordring i personalet hos institusjon, som har vært tettere involvert i nedbemanningsprosessen, noe som også støttes av rapportering fra ansatte i spørreskjema. Det er flere som rapporterer om at nedbemanningen har bidratt til dårligere arbeidsmiljø (inst. = 44%, hj.tj. = 13%). Det er også en gjengående formening om at nedbemanningen har hatt noe påvirkning på arbeidsmiljøet, men at det har stabilisert seg mer nå (inst. = 39%, hj.tj. = 60%).

Opplever du at endrings- og nedbemanningsprosessene de siste årene har påvirket arbeidsmiljøet? (N = 33)



Enhetsleder opplever arbeidsmiljøet ved Helse- og mestringsenheten som overordnet godt, men supplerer ansattes oppfatning om at omstillings- og nedbemanningsprosessen har preget arbeidsmiljøet i noen grad. Enhetsleder kommuniserer at ansatte som er direkte involvert i kuttet står i rød skrift i turnusen i påvente av saksbehandling i lagmannsretten, men personalet opptrer likevel støttende ovenfor disse ansatte samtidig som lojale ovenfor kommunen. Enhetsleder presiserer at personalet i enheten oppleves som å ha god kommunikasjon og samhandling, samt lite personlige utfordringer.

Sammensetningen av personell og arbeidsmiljøet anses som forholdsvis godt av seksjonsleder (inst.), men det har vært noe økning i fravær blant ansatte relatert til rettsaken selv om de ikke er direkte involvert. Seksjonsleder (inst.) formidler et økt fokus på åpenhet og transparens, med et ønske om at opplevde utfordringer i arbeidsmiljøet skal tas opp med ledelsen for å håndtere dette på en hensiktsmessig måte. Seksjonsleder (inst.) meddeler at det er en stadig større forståelse og aksept i personalgruppen av hensikten med nedbemanningen.

Seksjonsleder (hj.tj.) beskriver personalet ved hjemmetjenesten som tilpasningsdyktige, fleksible og gode i arbeid med brukergruppen. Individuell mangfoldighet og forskjellige bidrag til arbeidsmiljøet preger personalsammensetningen, men det er ifølge seksjonsleder (hj.tj.) likevel stor grad av løsningsorientert fokus. De ansatte oppleves som å ha god kontroll og oversikt over brukere og arbeidsoppgaver, noe som bidrar til trygghet hos seksjonsleder (hj.tj.). Den nye organiseringen gir utslag i arbeidsmiljøet i likhet med andre endringsprosesser, og seksjonsleder (hj.tj.) presiserer viktigheten av å kommunisere mål og mening for å skape en felles forståelse i personalet.

Siden 2017 har arbeidsmiljøet i større grad vært preget av problematikk knyttet til besparelser og økonomi, ifølge seksjonsleder (hj.tj.). Seksjonsleder (hj.tj.) kommuniserer at dette har hatt liten effekt på arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten, da personalet oppleves robust og sykefraværet har hatt en nedgang i senere tid. Likevel har dette gitt utslag i en omorganisering i ledelse og administrasjon, noe som oppleves utfordrende for seksjonsleder (hj.tj.). Lederrollen er blitt mer utydelig som et resultat av kutt i administrasjon, og det er derfor flere arbeids- og ansvarsoppgaver som kan oppleves utilstrekkelig eller irrelevant for seksjons- og enhetslederrollen.

Rolleklarhet, på leder- og ansattnivå, er en meget viktig og relevant arbeidsmiljøfaktor, slik det skisseres i revisjonskriteriene. Ledere og ansatte ved enheten formidler gjennom svar i intervju og spørreskjema en manglende grad av tydelig ansvars- og oppgavefordeling (se punkt *Styring og ledelse* i problemstilling 1). Sykepleier- og helsefagarbeiderrollen utmerker seg som spesielt uklar i institusjon, men dette er likevel gjenkjennbart i hele enheten. Hjemmesykepleien har også en tydeligere avgrensning av rolleavklaringen mellom fagarbeider og sykepleier, noe man ikke har lykkes like godt med å definere på institusjon. Dette understøttes også av seksjonsleder (hj.tj.) som viser til at det er en liten forståelse på VBO blant ansatte for sykepleier versus fagarbeider/assistent-rollene. Seksjonsleder (hj.tj.) opplever også at ansatte på VBO i større grad søker seg over til hjemmetjenesten. Det nevnes for øvrig av enhetsleder at flere sykepleiere har ytret ønske om å jobbe i hjemmetjenesten, blant annet fordi man ser dette som mer faglig utfordrende, men også fordi de mener man har et bedre fagmiljø her.

Statistikk fra sykefraværet viser en sykefraværspersent betydelig høyere i Helse- og mestringsenheten enn resten av kommunen. Dette er en nasjonal gjenkjennbar statistikk. Siden 2016 har sykefraværet vært relativt stabilt i enheten, som presentert i problemstilling 1 under bemanning. Revisjonen bemerker at institusjon har en høyere sykefraværspersent gjennom perioden 2016-2021, og ved 1. kvartal 2021 er institusjon = 12% og hjemmetjenesten = 7,7%. Det fremkommer også at helsefagarbeidere utgjør en større grad andel av totalt sykemeldte med 58%, mens sykepleiere utgjør 39%. Dette helhetsbildet samstemmer med ledelsens og ansattes oppfattelse av opplevde utfordringer ved arbeidsmiljøet i tjenestene.

Møtestruktur er en nødvendig faktor å utforske relatert til arbeidsmiljø, planlegging, organisering og gjennomføring av arbeidet. Enhetsleder presiserer at det er regelmessige møtestrukturer for å fremme samarbeid i ledelsen og med ansattes representanter. De

månedlige medbestemmelsesmøtene tar opp avvik, men sykefravær, økonomi og drøftingssaker er også aktuelle for felles gjennomgang og diskusjon.

Personalmøtene ble tidligere ledet av enhetsleder for hele enheten i helse og mestring. Nå er disse møtene delt opp på hver tjeneste og seksjonsleder har ansvar for å styre disse møtene. Seksjonsleder (inst.) formidler at personalmøter og fagmøter ved institusjon har stort forbedringspotensial med kontinuitet og kvalitet, som et resultat av utskiftningene og den usikre organiseringen på leder- og organisasjonsnivå.

Møter med ledelsen i Helse- og mestringsenheten; enhetsleder og to seksjonsledere, gjennomføres ukentlig med gjennomgang av sykefravær, personal og arbeidsmiljø. Enhetsleder opplever et bedre faglig samarbeid enn tidligere mellom ledelsen da de nå har arbeidsplass med fysisk nærhet av hverandre. Dette har etter enhetsleders oppfatning bidratt til å styrke samarbeidet på tvers av enheten og bistå hverandres seksjoner med ekstra ressurser i tyngre perioder.

Medarbeidersamtaler gjennomføres årlig. Enhetsleder meddeler at tilliten til leder er en grunnforutsetning for en god samtale, og at dette varierer litt ihht omstillings- og nedbemanningsprosessen. Ny ledelse vil jobbe med å sette en god og hensiktsmessig struktur på medarbeidersamtaler. Enhetsleder sender i tillegg ut ukentlig felles informasjon på epost til alle ansatte i enheten. Denne informasjonen har i stor grad omhandlet situasjonen rundt Covid-19 pandemien.

Enhetsleder formidler at tidligere bemanningsplan har tillatt ansatte å gå mellom to turnuser. Denne bemanningsorganiseringen ble ikke vellykket da ansatte opplevde manglende tilhørighet, en viktig arbeidsmiljøfaktor. Noen av tilbakemeldingene fra ansatte som arbeider ved hjemmetjenesten og institusjon er at tjenestene jobber forskjellig, også med prosedyrer og arbeidsmiljø. Det oppleves ifølge enhetsleder av flere ansatte dermed ikke hensiktsmessig for kvaliteten å jobbe i begge tjenestene samtidig. Enhetsleder formidler at sykepleiere på institusjon opplever å stå litt alene, og at dette er tatt opp med tillitsvalgte. Hjemmetjenesten har tilsynelatende ikke den samme utfordringen. Videre konstaterer enhetsleder at turnover ikke er betydelig påvirket av omstillings- og nedbemanningsprosess, og at sykefraværet ikke har sett særlig endring utover effektene fra koronavaksinen.

Geografien spiller en spesiell rolle i Vegårshei kommune. Til tross for å være en liten kommune, har organiseringen av kjøreruter blitt ytterligere utfordrende, da flere hytter har blitt tillatt bruk som helårsbolig og det gis tilskudd for å bygge bolig i «grendene». Resultatet er ifølge enhetsleder ytterligere komplisert og lengre kjørerute for ansatte i hjemmesykepleien. Seksjonsleder (inst.) viser til rekruttering som en av de største utfordringene for kommunen, hvor en ny E-18 kan bli avgjørende for å bli en mer tilgjengelig og attraktiv arbeidsplass. Seksjonsleder (hj.tj.) presiserer viktigheten av å satse på sykepleierstudenter i praksis, og gi en god og trygg ramme for vekst, også med mål om rekruttering når flere ansatte går av med pensjon. Det presiseres i høy grad, ifølge ledelsen og ansatte, et ønske med en reell satsing på kompetanseplanen og utdanning av egne ressurser.

Dette er et arbeid som ønskelig skal prioriteres og definere fremtidig arbeid med kontinuerlig forbedring og arbeidsmiljø.

Nedbemanningen viser gjennom datagrunnlaget å ha påvirket arbeidsmiljøet i ulik grad basert på spørreskjema- og intervjudata. Seksjonsleder (inst.) opplever selv at prosjekt bærekraft har vært hensiktsmessig og nødvendig. Enhetsleder formidler at den største utfordringen for Helse- og mestringsenheten er knyttet til organisasjons- og lederstruktur. Grunnet diverse kutt i administrasjon og merkantile ressurser, oppleves det ifølge enhetsleder utfordrende å jobbe forebyggende for å sikre en robust tjeneste som skal møte komplekse utfordringer i det fremtidige behovsbildet til kommunen.

3.2.3 REVISORS VURDERINGER

Gjennom intervju med enhetsleder og seksjonsledere, oppfattes Helse- og mestringsenheten å ha høy kompetanse og kvalitet i utøvelse av arbeidsoppgaver og tjenestetilbud, der planleggingen og organiseringen ved enheten, etter revisjonens vurdering, gjennomføres i tråd med sentrale føringer og lovverk. Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester setter krav til at kommunen skal ha utarbeidet skriftlige prosedyrer og rutiner vedrørende brukers grunnleggende behov, noe revisjonens vurderer at Helse- og mestringsenheten i Vegårshei kommune innfrir. Revisjonen bemerker en gjengående positiv anerkjennelse fra ledelsen, brukere og pårørende for den opplevde kvaliteten utført av de ansatte i sitt arbeid. Det skisseres likevel en grad av utilstrekkelig tid og ressurser til gjennomføring av oppgaver, spesielt på ledernivå.

Ledelsen formidler at tjenestene er gode på å treffe brukers behov på riktig nivå. Likevel er det flere ansatte som rapporterer om utfordringer relatert til tildeling av sykehjemsplass, da det er en oppfatning at brukere kan være for syke og trenger tettere oppfølging. Revisjonen oppfatter at det er en høy grad av bevissthet og forståelse i tjenestene for å involvere og ivareta de komplekse behovene til bruker og pårørende, men det fremgår for revisjonen som at enheten har mangelfulle systemer for å følge opp brukermedvirkning. I henhold til det som fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, skal kommunen sørge for at tjenestetilbudet så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal ilegges stor vekt på hva vedkommende mener ved utforming av tjenestetilbud. Av samtale med ledelsen fremgår det at man har fokus på brukermedvirkning i det daglige, men at dette ikke er satt i system i tilstrekkelig grad. Dette støttes opp av ansattes åpne svar i spørreundersøkelsen, der det beskrives at dagens system og rutiner vedrørende brukermedvirkning er ukjent, og at dette burde tydeliggjøres i større grad.

Vedrørende legemiddelhåndtering, oppfatter revisjonen dette som et kritisk fokusområde i utøvelsen av pleiarbeid, og har potensielt høy grad av konsekvens ved feiladministrasjon. Institusjon har gjennomgått en stor kvalitetsforbedring med et system som synliggjør og tydeliggjør informasjon og tar i bruk dobbeltsignering for å kvalitetssikre at riktig medisiner administreres til riktig bruker. Hjemmetjenesten disponerer medisinerom på VBO der det brukes medisinalister og faglærte administrerer medisinerne i et opplevd trygt system. Revisjonen registrerer at kommunen har gode rutiner og system knyttet til arbeidet med legemiddelhåndtering i enheten.

Avvikshåndtering er et viktig kvalitetskriterium for en robust og bærekraftig tjeneste. Revisjonen bemerker ledelsens og ansattes oppfatning av et eksisterende forbedringspotensial i arbeidet med melding, forståelse, behandling og oppfølging av avvik. Ifølge leder for hjemmetjenesten eksisterer det ikke nødvendige rutiner for melding, behandling og oppfølging av avvik. Systemet for avviksrapportering, QM+, har tidligere opplevdes tungt å bruke, men dette har blitt bedre. Noen ansatte rapporterer også at de ikke registrerer avvik da de føler det ikke blir fulgt opp. Det er en nødvendig forutsetning å ha tilstrekkelig ramme og

kontinuitet på organisasjons- og ledernivå, samt et arbeidsmiljø som prioriterer kontinuerlig forbedring og utvikling av tjenesten. Revisjonen registrerer at det er nødvendig med bedre rutiner for avvikshåndtering, men enda viktigere med en kultur for å forstå avvik og en transparent oppfølging.

Kontinuitet og forutsigbarhet i ledelsen er helt nødvendig i en kompleks kontekst med uforutsigbare brukere og arbeidsdager slik det er i Helse- og mestringsenheten. Det er nødvendig å identifisere risikofaktorer knyttet til arbeidsbelastning for ledere for å implementere forebyggende tiltak og sikre robusthet og kontinuitet for nåværende ledelse. Data fra ansatte, ledelsen i Helse- og mestring og kommunedirektør gir revisjonen et godt grunnlag for å vurdere lederrollen som en prekær arbeidsmiljøfaktor ved enheten. En tydelig og trygg ledelsesstruktur med kontinuitet er nødvendig for å imøtekomme organisatoriske, systematiske og arbeidsmiljørelaterte utfordringer.

En arbeidsmiljøutfordring som har preget enheten er nedbemanningsprosessene og kutt i administrasjonen. Som skissert i vurderingene for problemstilling 1 fremstår enheten å ha en økende forståelse for at nåværende bemanning er i samsvar med det reelle bemanningsbehov. Revisjonen bemerker at ledere bør kommunisere tydelige mål og meningen med den nye organiseringen for å sikre eierskap og felles forståelse i hele enheten. Dette er en nødvendig forutsetning for å skape et transparent arbeidsmiljø som drar i felles retning. Ansatte formidler generelt et meget godt arbeidsmiljø og samhold i enheten, men i noe lavere grad ved institusjon hvor nedbemanningen har påvirket arbeidsmiljøet i forskjellig grad og det rapporteres lavere grad av tilhørighet.

Kuttene i administrasjon har resultert i en økt påkjenning i oppgave- og rolleansvar for ledere i enheten. Det er utfordrende å utøve lederskap for en stor personalgruppe med ulike roller og arbeidstid, spesielt ved stor grad av administrative oppgaver og forpliktelser. Dermed vil det bli vanskeligere for ledere å være tilgjengelige og imøtekommende for ansatte, som er viktige lederbidrag inn i arbeidsmiljøet. Gjennom intervju med ledelsen, beskrives merkantil ressurs som meget verdifull og viktig å bevare. De hyppige utskiftningene i ledelsen har preget arbeidsmiljøet, men det vil nå bli nødvendig å legge til rette for den nye ledelsen å lykkes i sin rolle, blant annet gjennom kommunens aktuelle satsing på lederutvikling.

4. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

4.1 KONKLUSJON

Revisjonen har i rapportens første problemstilling undersøkt om Vegårshei kommunes tjenestetilbud innen institusjon- og hjemmebaserte tjenester er organisert på en hensiktsmessig måte sett opp mot de myndighetskrav som er gjeldende, gjennom følgende problemstilling:

1) *Har Vegårshei kommune organisert bemanning og oppgaver knyttet til institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester på en hensiktsmessig måte?*

Tjenesten fremstår for revisjonen som tilstrekkelig bemannet, der man på tross av gjennomgått nedbemanningsprosess har en pleiefaktor utover det som danner utgangspunkt for bemanning i Helsedirektoratets beregning på området. Tjenesten har, i tråd med ønsker fra de ansatte, organisert bemanningen gjennom en årsturnus, som senere er evaluert og korrigert i henhold til tilbakemeldinger fra ansatte og tillitsvalgte. Det fremstår for revisjonen som at tjenesten den senere tid er mer omforent om at man har en bemanning som er på riktig nivå, der lav bemanning ikke fremstår som hovedutfordringen når det gjelder kvaliteten på tjenestene.

I denne forbindelse bemerker revisjonen at ansvars- og oppgavefordelingen på ledelsesnivå ikke er å anse som optimal, der både ledergruppe og ansatte peker på utydelige og uhensiktsmessige avklaringer omkring denne fordelingen. Av intervju med ulike nøkkelpersoner i ledergruppa vises det til at for omfattende og udefinert oppgave- og ansvarsfordeling er å anse som en viktig årsak til at man ikke blir stående i stillingen som leder. I spørreundersøkelse fremgår det at syv av ti ansatte opplever at denne typen utydeligheter medfører redusert kvalitet på kommunens helsetjenester.

Revisjonen har i rapportens andre problemstilling undersøkt hvorvidt enheten er organisert på en måte som sikrer kvalitet på tjenestetilbudet i henhold til lovkrav, gjennom følgende problemstilling:

2) *Er tjenestetilbudet organisert på en forsvarlig måte som sikrer kvalitet i henhold til lovkrav? Herunder definerte kvalitetsindikatorer, avvikshåndtering, rapportering, arbeidsmiljø mv.*

Helse- og mestringsenheten ved Vegårshei kommune oppleves i stor grad som organisert på en forsvarlig måte som sikrer kvalitet i henhold til lovkrav. Kommunen har gode rutiner vedrørende definerte kvalitetsindikatorer; boform, ernæring, sosialt samvær, døgnrytme, hygiene/stell og lindrende behandling for verdig livsavslutning. Legemiddelhåndteringen gjennomføres med høy kvalitet, men det er et forbedringspotensial i arbeidet med håndtering av avvik og sikring av brukermedvirkning.

Det er flere bevaringspunkter ved enheten revisjonen ønsker å presisere. Det systematiske arbeidet med kvalitet gjennomføres i det vesentligste på en tilfredsstillende måte. Det er en

bevissthet rundt hensikt og mening med kvalitetsarbeid i ledelsen. Kvaliteten i selve arbeidet oppleves også som meget godt, noe som de ansatte ved tjenestene er store bidragsyttere til. Dette bekreftes av revisjonens intervjuer med ledelsen i enheten, samt oppfatningen hos brukere og de ansatte selv. Ansatte oppleves i stor grad som dyktige og lojale ovenfor hverandre og kommunen. Revisjonen bemerker at det er en enhet som i dag utøver god kvalitet i leveransen av tjenester til kommunens innbyggere som responderer med dagens behov.

Revisjonens utpekte forbedringspunkter er i størst grad relatert til rutiner på avvikshåndtering og brukermedvirkning, men også ledelse og arbeidsmiljø. Det er en utfordring i enheten at ledere kan bli utilgjengelig fra arbeidsplassen som et resultat av flere administrative oppgaver. Dette ble tidligere skissert i problemstilling 1 som å være bidragsytende til lederutskiftninger. Revisjonen vurderer et fokusert arbeid på intern kvalitet, rammer og roller for ledelse, samt å fremme transparens og åpenhet i arbeidsmiljøet, som hensiktsmessig for enheten.

4.2 ANBEFALINGER

Revisjonen har følgende anbefalinger til Vegårshei kommune:

- Revisjonen anbefaler at ansvars- og oppgavefordelingen i ledergruppen tydeliggjøres ved at dette defineres gjennom et felles styringsdokument, og at det arbeides med å synliggjøre dette blant de ansatte i tjenesten.
- Revisjonen anbefaler at det utarbeides klare og tydelige rutiner for avvikshåndtering som fremmer økt forståelse og transparens i enheten.
- Revisjonen anbefaler at brukermedvirkning settes i system, ved at det gjennomføres brukerevaluering og utarbeides rutiner som implementeres blant de ansatte.
- Revisjonen anbefaler at det tillegges et økt fokus på arbeidsmiljøarbeid, inkludert ledelse, transparens kultur, trygghet og tilhørighet.

4.1 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektøren takker revisjonen for en grundig og god rapport som vil ha stor verdi for videre utviklings- og forbedringsarbeid i Enhet for helse og mestring. Det er flott å se at ansatte og ledelse i enheten får velfortjent kreditt og anerkjennelse for at kommunen har vært,- og er i stand til å levere gode tjenester til brukerne våre selv om vi har vært gjennom en lang periode med krevende omstilling.

Fakta grunnlaget som er fremskaffet fremstår som klart gjenkjennelig, og samsvarer bra med kommunedirektørens oppfatning av situasjonen i enheten. Vurderingene og anbefalingene som presenteres i rapporten vurderes også som gode, og i samsvar med det kommunedirektøren mener er viktig å jobbe videre med. Ny enhetsleder og seksjonsledere er nå på plass, og har allerede iverksatt prosesser som samsvarer svært godt med rapportens anbefalinger. Vi ser frem til å kunne orientere kontrollutvalg og kommunestyret om dette i forbindelse med behandlingen av rapporten.

Vegårshei 101121

Med vennlig hilsen

Ole Petter Skjævestad
Kommunedirektør
Vegårshei kommune
Tlf: 95777273

5. LITTERATUR

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

LOV-2005-06-17-62 *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven)*

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

LOV-1999-07-02-64 *Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)*

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

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

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

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

FOR-2002-12-20-1731 *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.*

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

Prop. 91 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. S. 140

Jf. Hol. § 4-1 bokstav d og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6 bokstav f

NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem.*

Gautun (2012). Gjengitt i NOVA Rapport 14/2014 *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem.*

Helsedirektoratet – Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Helsedirektoratet (2021). Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). *Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.*

Helsedirektoratet (2019). Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester – En finansieringsmodell for omsorgstjenester.

Herunder helse- og omsorgslovgivning, inkludert kravet til forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

«Kompetanseløft 2025». Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) (2021).

Telemarksforskning (2021). Analyseoppdrag for Vegårshei kommune

<https://www.vegarshei.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/tjenester-i-hjemmet/hjemmesykepleie/serviceerklaring-hjemmesykepleie.26181.aspx>

VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE

Sammenfattet intervjuguide for samtaler med enhetsleder og seksjonsledere, anvendt som grunnlagsdokument.

Intervjuguide ledergruppen Enhet for Helse og mestring

Organisering

1. Hvordan vil du innledningsvis beskrive dagens organisering av enheten med hensyn til samspill mellom seksjonene, medbestemmelsesapparatet og ny organisering fra 01.01?
2. Hvordan vil du beskrive forventede effekter av ny organisering sett opp mot tidligere organiseringer? Hva er de største endringene (fordeler/ulempen)?
3. Dere som seksjonsledere har fra dags dato delt ansvar som enhetsleder frem til ny tilsetning. Hvordan vil du beskrive arbeidskapasiteten ift. dette ansvaret? Blir det en periode med mye overbelastning og lite tid til seksjonsleder-oppgaver?
4. Kan du si noe om omfang av brukere ift. endret brukerbehov fra institusjon til hjemmetjenester de siste årene? Hvordan planlegger enheten å møte fremtidens omsorgsbehov i kommunen med hensyn til dagens ressursituasjon?
 - a. Hvordan opplever du at endringen i omfang av brukere har påvirket kapasiteten og belastningen for de ansatte?
5. Hvordan jobber tjenesten ifm. utskrivningsklare brukere fra spesialisthelsetjenesten?
 - a. Jobbes det for å ha ledig kapasitet til å ta imot, eller belager man seg i større grad på å betale dagmulktene?
 - b. Hvor stort er omfanget av utskrivningsklare pasienter tjenesten ikke har hatt plass til?
6. Hvordan opplever du organiseringen med hensyn til styring og ledelse? Herunder ansvarsdeling, rapportering mellom dere seksjonsledere og enhetsleder, personaloppfølging, budsjett, ledermøter mv.?
 - a. Hvordan vil du beskrive det faglige samarbeidet og samspillet mellom dere seksjonsledere og enhetsleder? Forventninger til ny enhetsleder
7. Dere har som seksjonsledere fått delegert et selvstendig budsjettansvar for egen avdeling. Anser du å ha nok kjennskap til kostnader på eksempelvis innleie av ekstra vikarer, overtidbruk, forskyvning av vakter for en god økonomistyring? Og hvordan arbeides det for å sikre lavest mulig kostnader på området?
8. Enhetsleder beskrev et arbeid med omdisponering slik at dere som seksjonsledere får mer fagstøtte i daglig drift – hvordan går dette arbeidet? Og hvordan oppleves fagstøtten i dag?
9. Kan du beskrive hvordan samarbeidet og praksisen er knyttet til medbestemmelsesapparatet (MBA)?
10. Gjennomføres det felles personalmøter på tvers av seksjonene, evt. kun med sykepleiere mv.?
 - a. Opplever du at det bidrar til en mer helhetlig tjeneste og fungerer møtene etter hensikten?
 - b. Hva er typiske temaer som tas opp på slike møter?
11. Hvordan opplever du praksisen omkring tildeling av tjenester / tjenestekontoret?

- a. Hvordan er tjenestens arbeid med tanke på å tildele tjenester på lavest mulig kostnadseffektive nivå? (eks. hjemmesykepleie fremfor institusjon, eller omsorgsbolig fremfor institusjonsplass?)
- 12. Har du inntrykk av at dere har kapasitet til å tilby brukere hjelp på riktig nivå? Eks. hjemmesykepleie vs. omsorgsbolig vs. institusjon.
- 13. Hvordan arbeides det med å legge opp hensiktsmessige kjørerutiner i hjemmesykepleien, og ser du forbedringspotensialer i hvordan dette er organisert?

Bemanning og personalressurser

- 14. Hvordan har enheten organisert personalressursene med hensyn til kompetanse blant de ulike tjenestene? (bruk av personale på tvers?)
 - a. Mye bruk av vikarinnleie? Kriterier for når det skal anvendes og ikke?
 - b. Sykepleierdekning på seksjonen
- 15. Hvordan vil du beskrive sykefraværet i seksjonen?
 - a. Arbeidsrelatert fravær? hvordan jobbes det forebyggende evt., ser man negativ utvikling etter omorganisering og nedbemanning?
- 16. Hvordan hensyntas sykefravær i den løpende bemanningsvurderingen? Og hvordan håndterer dere korttidsfravær vs. langtidsfravær (spesielt knyttet til sykepleierne)?
 - a. I hvilken grad arbeides det med å ligge i forkant ved forventet fravær, slik som ved svangerskapspermisjoner, langtidsfravær etc., for å unngå kostnader ved overtidarbeid.
- 17. Opplever enheten utfordringer med å få tak i samt beholde nødvendig og rett kompetanse for å ivareta et forsvarlig tjenestetilbud?
 - a. Sårbarhet ift. å sikre nødvendig kompetanse
- 18. Hvordan foregår prosessen knyttet til planlegging og oppsett av turnus?
 - a. Turnus / oppsett av vakter på tvers av seksjonene
 - b. Samarbeid mellom seksjonsledere, MBA etc.?
- 19. Hvordan mener du turnusordningen fungerer? Og hvordan fungerer grunnbemanningen i forhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø? (for å unngå overbelastning eller følt press til å måtte møte på jobb etc.)
 - a. Opplever du at de ansatte er fornøyde med dagens ordning v/ turnus?
- 20. Hvordan oppleves bemanning knyttet til nattvaktene? Og hvordan håndteres akutt sykdom/fravær på nattvaktene?
- 21. Er det stor forekomst av forskjøvet arbeidstid eller overtidarbeid?
- 22. Hvordan vil du anta at de ansatte opplever sin opplevde arbeidskapasitet sett i lys av ansvar og oppgaver, brukertid mv. på hver vakt?
 - a. Anser du at de ulike seksjonene i dag har en tilstrekkelig grunnbemanning?
 - b. Opplever belastningen som hensiktsmessig fordelt mellom institusjon/hjemmesykepleie, og de ulike avdelingene?

Arbeidsmiljø og avvikshåndtering

- 23. Hvordan vil du beskrive arbeidsmiljøet blant ansatte med hensyn til de prosessene enheten har vært gjennom de siste årene?
 - a. Oss og dem kultur?
 - b. Før vs. nå

24. Hva gjør ledelsen av tiltak / bruk av verktøy for å jobbe videre med å bygge opp igjen kulturen i enheten blant ansatte?
 - a. Gjennomført noen medarbeiderundersøkelse de siste par årene?
 - b. Medarbeidersamtaler? Kartleggingssamtaler? (SL ansvar?)
25. Hvordan jobber enheten ift. avvikshåndtering? Opplever du at de ansatte aktivt anvender avvikssystemet? Herunder:
 - a. Hva meldes det mest avvik på
 - b. Avviksrapportering – hvilke rutiner følger ansatte for melding av avvik? (når ila. vakta gjøres det, system for melding, underrapportering?)
 - c. Hvordan følges avvik opp?
 - d. Hvordan jobbes avvik med i etterkant dersom man ser at det er gjentakende problemer? Orienteres det om avvik på noen fellesarenaer?

Kvalitet på tjenestene

26. Hvordan vil du beskrive kvaliteten på tjenestene? Noen gjentakende utfordringer, som hindrer tjenestene i å levere god kvalitet?
 - a. Hvordan jobber ledelsen aktivt med å følge opp kvalitet i tjenestene?
27. Hvilke oppfatninger har du knyttet til hvordan brukerne og pårørende opplever kvaliteten i tjenesten?
 - a. Er det gjennomført noen bruker-/pårørendeundersøkelser de siste årene?
 - b. Systematiske samtaler/møtepunkter ift. evaluering fra brukere/pårørende?
28. Hvilke rutiner og praksis jobber dere etter for å ivareta brukermedvirkning? Hvordan inkluderes brukerne ved medvirkning/valg mellom tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder? Pårørendesamtaler etc.
 - a. Skriftlige rutiner for brukermedvirkning?
29. Hva slags rutiner har dere knyttet til legemiddelhåndtering? Og hvordan følger dere opp typiske avvik?
 - a. Får brukerne årlig medikamentgjennomgang?
 - b. Hvordan jobber ledelsen for å sikre korrekt håndtering blant ansatte? Har dere system for å sertifisere for eksempel ufaglærte til å kunne håndtere medikamenter?

Hvordan foregår rutiner ved følgende (kvalitetsindikatorer) – endringer før vs. nå?

- a) Hvordan vurderes boform med hensyn til den enkeltes behov og tilstand? (eks. om alle sover på enkeltrom)
- b) Hvordan fungerer rutiner og valgfrihet ift. ernæring - mat/måltider? (valgfrihet mat, variert og tilstrekkelig kosthold, tidspunkt - spesielt på hjemmesykepleien)
 - a. Ernæringskartlegging, fare for underernæring
 - b. Hvor ofte fylles ut rutine for oppfølging av ernæring/tiltaksplan?
- c) (Sykehjem) Hvordan arbeides det med hensynet til sosiale behov, og brukernes mulighet for samvær, aktiviteter og fellesskap?
- d) Hvordan foregår rutine knyttet til normal døgnrytme, og å unngå uønsket og unødige sengeopphold? (eks. forsinkelser morgen/kveld)
- e) Hvordan fungerer rutiner for personlig hygiene/stell? (eks. avvik på forsinkelser ved stell morgen/kveld)
- f) Hvordan fungerer rutine knyttet til lindrende behandling og en verdig livsavslutning? (eks. slurv/ikke god nok tid til verdig avslutning)

Avslutningsvis – Utfordringsbildet nå og fremover, hvor er det størst risiko i tjenesten

VEDLEGG 2 – SPØRREUNDERSØKELSE

Hei

Vi i Aust-Agder revisjon IKS (Vegårshei kommunes revisor) arbeider for tiden med et prosjekt om bemanning og kvalitet ved sykehjem og hjemmetjenester i Vegårshei. Prosjektet er bestilt av kommunens kontrollutvalg og den endelige rapporten vil behandles i kommunestyret og sendes til kommunens ledelse.

Vårt formål er å undersøke om seksjon for institusjon og hjemmetjenester har organisert sine personalressurser på en hensiktsmessig måte og hvordan de ulike endringene enheten har gjennomgått evt. har påvirket kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet både på VBO og i hjemmetjenesten. Vi har vært i samtale med både tidligere enhetsleder (Maja) og seksjonslederne (Linda og Torkil), og gått igjennom en del rutiner. Vi mener det er viktig at også ansattes synspunkter blir vektlagt i dette prosjektet, og har derfor utarbeidet noen spørsmål vi håper dere vil svare på.

Deres svar vil være et viktig bidrag for våre konklusjoner. Undersøkelsen vil kun ta 5-10 minutter. Alle besvarelser vil være anonyme. All personlig data som fremkommer gjennom undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt i revisjonen iht. GDPR og personvern, og vil ikke bli overlevert kommunen.

Dersom dere har noen konkrete spørsmål, er det bare å ta direkte kontakt. Undersøkelsen vil være åpen for svar frem til **25. august**

På forhånd tusen takk.

1. I hvilken tjeneste i Helse- og mestringsenheten tilhører du? (hvis begge, velg der du tilbringer mest tid)
 - Hjemmebaserte tjenester, Institusjon, Annet
2. Hva slags stilling er du ansatt i?
 - Fast ansatt, Midlertidig ansatt, Sommer-/tilkallingsvikar
3. Hva er din stillingstittel?
 - Sykepleier, Helsefagarbeider, Ufaglært/assistent, Annet
4. Hva slags stillingsprosent har du?
 - Heltid (80-100 pst), Deltid etter eget ønske, Ufrivillig deltid

Bemanning, organisering og ledelse

Enheten har vært igjennom flere større endringer de siste årene, både i form av endring i omfang av brukere på institusjon og hjemmebaserte tjenester, omorganisering og budsjettkutt/nedbemanningsprosesser.

5. Opplever du dagens situasjon som hensiktsmessig for å sikre et mer helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud?
6. I hvilken grad opplever du:
 - at ledergruppen har en ansvars- og oppgavefordeling som er godt kjent blant ansatte?
 - At ledelsen samarbeider godt og opptrer helhetlig?
 - At ledelsen har tilstrekkelig kompetanse på sine arbeidsområder?
 - At de hyppige utskiftningene i ledelsen har påvirket kvaliteten på tjenestene?
 - At det er et godt samarbeid mellom ansatte og nærmeste leder/seksjonsleder?
 - At det er en lav terskel for å kunne ta opp ting med nærmeste leder, og føle det blir tatt tak i?
7. Mener du at arbeids- og ansvarsdelingen mellom sykepleiere og fagarbeidere er klar og tydelig?
8. Hvordan vil du beskrive dagens organisering av personalressurser og turnusplanlegging/turnusordning?
 - Dagens organisering av ressurser fungerer bra

- Det kan alltid bli bedre, men vet ikke hvordan
 - Det burde vært organisert annerledes (vennligst utdyp)
9. Opplever du at bemanningen er hensiktsmessig fordelt mellom
- institusjon og hjemmesykepleie?
 - Sykepleiere og helsefagarbeidere?
 - Dag/kveld/natt?
10. I hvilken grad vil du si at bemanningen er sårbar i forhold til fravær?
11. Opplever du å ha forsvarlig kapasitet og brukertid når du er på jobb?
12. Har du opplevd at bemanningssituasjonen har ført til kritiske situasjoner for brukere?
13. Hvor ofte har du de siste 12 månedene opplevd følgende:
- Beordring av vakt
 - Overtid/forskjøvet arbeidstid
 - Underbemannet på jobb slik at vekten har føltes uforsvarlig og/eller uutholdelig
 - Å være uhensiktsmessig mange ansatte på enkelte vakter
 - At det ikke leies inn ekstra ansatte ved fravær, selv om det er behov

Arbeidsmiljø og kvalitet

14. I hvilken grad vil du si det er et godt arbeidsmiljø på din arbeidsplass?
15. Opplever du at endrings- og nedbemanningsprosessene de siste årene har påvirket arbeidsmiljøet?
16. Mener du at dagens bemanning og organisering sikrer tilstrekkelig kvalitet på tjenestene?
17. Vil du si det er gode rutiner for brukermedvirkning i tjenestene?
18. I hvilken grad mener du det er god kvalitet knyttet til følgende:
- Ernæring – kartlegging, oppfølging samt mulighet for medvirkning/selvbestemmelse på mat og tidspunkt
 - Mulighet for sosialt samvær
 - Valgfrihet knyttet til døgnrytme
 - Tidspunkt for stell (morgen/kveld, dusjing etc.)
 - Tilrettelegging for en verdig livsavslutning
19. Opplever du at brukerne får hjelp på riktig nivå?

Avvik

20. Når du oppdager avvik, rapporterer du disse i QM+?
21. I hvilken grad oppstår det avvik som ikke blir registrert?
22. Legger ledelsen til rette for at ansatte både får tid og opplæring til å melde avvik?
23. Dersom det oppstår et forhold som det bør meldes avvik på, men du lar være å melde avviket. Hva er årsaken? (mulighet for å velge flere alternativer)
- Har ikke tid
 - Det blir ikke håndtert eller fulgt opp uansett
 - Får ikke logget meg inn på systemet
 - Jeg er usikker på hva det skal meldes avvik på og ikke
 - Det er ikke ønskelig fra leder at vi skal melde avvik
 - Jeg melder alltid avvik der det er grunnlag for det

24. Hva forekommer det mest avvik på? (mulighet for å velge flere alternativer)

- Forsinkede medisiner
- Glemte medisiner
- Forsinket stell
- Ernæring
- Verdig livsavslutning
- Teknisk
- Fysiske skader
- Annet (vennligst beskriv)

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

Har du avslutningsvis noen utfyllende kommentarer eller forhold du anser som nyttig for revisjonen å vite om?