

Oppfølgingsundersøkelse tilrettelagte tjenester

Ås kommune

Sammendrag

Bestilling	Formål	Problemstillinger
KST-møte 21.6.2023, i sak 57/23	Formålet med undersøkelsen er å undersøke om Ås kommune har gjennomført tilstrekkelig med endringer og forbedringer (tiltak) i enhet bolig for voksne i samsvar med de anbefalinger som ble gitt i tidligere forvaltningsrevisjoner, slik at det sikres at tjenestetilbudet er forsvarlig	<ol style="list-style-type: none">1. Hva er status på iverksatte tiltak som følge av funn i gjennomførte forvaltningsrevisjoner?2. I hvilken grad er krav til dokumentasjon ivaretatt, herunder kartlegginger, evalueringer og løpende journalføring?3. I hvilken grad sikrer kommunen at pasienter og brukere får ivaretatt retten til medvirkning og selvbestemmelse, herunder at det er utarbeidet individuell plan, tildelt koordinator og opprettet brukerråd og gjennomført brukerundersøkelser?4. I hvilken grad sikrer kommunen at enhet bolig for voksne har tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppgavene?

Oppsummering

Oppfølgingsundersøkelsen av tilrettelagte tjenester i Ås kommune viser at det samlet sett har vært en forbedring i alle områdene som er undersøkt i denne forvaltningsrevisjonen. Revisjonen vil trekke frem som særlig positivt at tjenesten jobber systematisk med forbedringsarbeid, fra risiko og vesentlighetsvurderinger på overordnet nivå til tiltak på den enkelte avdeling.

På bakgrunn av revisjonens vurdering har ledelsen tilstrekkelig oversikt over områdene som fortsatt krever innsats og de sårbarheter som finnes i tjenestekvaliteten. Revisjonen mener at administrasjonen har gjennomført nødvendige endringer og forbedringer i enhet bolig for voksne, i tråd med anbefalingene fra tidligere forvaltningsrevisjoner. Eksisterende svakheter er godt kjent for kommunen, og det er iverksatt tiltak for å redusere risiko og forbedre kvaliteten på disse områdene. Revisjonen oppfordrer imidlertid kommunen til å fortsette innsatsen for å sikre en god utvikling på følgende områder:

- Kontinuerlig vurdere ressursbehov opp mot innbyggers faktiske og endrede hjelpebehov
- Sikre at kartlegginger og evalueringer gjøres i tråd med rutiner
- Sikre at rutiner og praksis for dokumentasjon er kjent og følges av alle ansatte
- Vurdere om systemet for dokumentasjon i god nok grad gir en beskrivelse av tjenestetilbudet den enkelte har mottatt
- Kontinuerlig sikre at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse om brukermedvirkning og selvbestemmelse, og hvordan dette skal ivaretas hos den enkelte tjenestemottager
- Sikre at det legges til rette for et konstruktivt pårørendesamarbeid

Kommunedirektørens hørings svar

Kommunedirektør takker for en fylldig rapport om oppfølgingsrevisjonen for tjenestekvalitet i enhet tilrettelagte tjenester, tidligere boliger voksne. Kommunedirektør ser også i likhet med revisor nødvendigheten av kontinuerlig å jobbe med områdene omfattet av revisjonene. Det er derfor en prioritert oppgave for kommunen å fortsette det systematiske forbedringsarbeidet for å sikre forsvarlig tjenestekvalitet til våre tjenestemottakere.

Innhold

1.	Innledning.....	7
1.1.	Bakgrunn for prosjektet	7
	Formål og problemstillinger	7
1.2.	Revisjonskriterier	7
1.3.	Avgrensning undersøkelsen	7
1.4.	Nåværende organisering av tilrettelagte tjenester.....	8
2.	Metode	9
2.1.	Dokumentanalyse	9
2.2.	Intervjuer	9
2.3.	Spørreundersøkelse.....	9
2.4.	Kontradiksjon	10
2.5.	Validitet og reliabilitet.....	10
2.6.	Personvern	11
2.7.	Kvalitetssikring	11
3.	Revisjonskriterier.....	12
3.1.	Kommunestyrets etter forvaltningsrevisjon	12
3.2.	Kompetanse og ressurser	13
3.3.	Krav til dokumentasjon.....	14
3.4.	Medvirkning og selvbestemmelse	15
4.	Beskrivelse av kommunens forbedringsarbeid	17
	Innspill til videre forbedring fra pårørende	21
5.	Kompetanse og ressurser	22
5.1.	Oversikt og planlegging av kompetanse	22
5.2.	Opplæring og kompetanseutvikling.....	22
5.3.	Ressursbehov	25
5.4.	Revisors vurdering	27
6.	Dokumentasjon.....	29
6.1.	Kartlegging og evaluering av vedtak.....	29
6.2.	Oppdatert dokumentasjon rundt innbygger	33
	Dokumentasjon av tilbudet som er gitt.....	36
6.3.	Internkontroll dokumentasjon	39
6.4.	Revisors vurdering	41
7.	Brukermedvirkning og selvbestemmelse.....	43
7.1.	Rutiner og praksis for brukermedvirkning og selvbestemmelse	43
7.2.	Individuell plan og koordinator	45
7.3.	Pårørendesamarbeid	46
7.4.	Pårørendeundersøkelser	51
7.5.	Revisors vurdering	51
8.	Revisjonens konklusjon	52
	Vedlegg 1 Kommunedirektørens høringssvar	54

Vedlegg 2 Metode.....	55
Vedlegg 3 Mottatt dokumentasjon.....	57
Tabelloversikt	
Tabell 1 Gjennomførte intervjuer	9
Tabell 2 Svarprosent for spørreundersøkelsene?	10
Tabell 4 Matrise tiltak etter anbefalinger	17
Tabell 6 Vedtakstimer og årsverk.....	25
Tabell 8 Oversikt over kartlegginger og vedtak fra Gerica	31
Tabell 10 Matrise med siste evalueringer i tiltaksplan.....	35
Tabell 11 Matrise oppføringer per døgn 1. - 15. oktober	37
Tabell 12 Skjerm bilde oppsummering fra brukerrådsundersøkelsen 2024	47
Figuroversikt	
Figur 1 Organisering tilrettelagte tjenester Ås kommune	8
Figur 2 Spørreundersøkelse pårørende tiltak om forbedring	21
Figur 3 Spørreundersøkelse ansatte opplæring (n=38)	24
Figur 4 Spørreundersøkelse ansatte kompetanse	25
Figur 5 Spørreundersøkelse ansatte kapasitet.....	26
Figur 6 Spørreundersøkelse pårørende kapasitet og kompetanse.....	27
Figur 7 Spørreundersøkelse ansatte dokumentasjon	36
Figur 8 Spørreundersøkelse pårørende avvik opplegg	38
Figur 9 Spørreundersøkelse ansatte samtykkekompetanse og bruk av tvang	44
Figur 10 Spørreundersøkelse pårørende om brukermedvirkning(n=19)	45
Figur 11 Spørreundersøkelse pårørende brukerråd	47

Figur 12 Spørreundersøkelse pårørende informasjon (n=19).....	50
Figur 13 Spørreundersøkelse pårørende om informasjon	51

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kommunestyret i Ås kommune vedtok i kommunestyremøte 21. juni 2023 (sak 57/23) at det skal gjennomføres en oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten «Tjenestekvalitet i institusjoner», rapportert august 2024.

Videre håndtering av bestilling til VKR ble gjennomført av kontrollutvalget. Det ble i møte 12. 10.2023 vurdert som hensiktsmessig å avvente oppstart til sommer 2024 for å få litt lengre avstand mellom revisjon og oppfølging.

Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å undersøke om Ås kommune har gjennomført tilstrekkelig med endringer og forbedringer (tiltak) i enhet bolig for voksne i samsvar med de anbefalinger som ble gitt i tidligere forvaltningsrevisjoner, slik at det sikres at tjenestetilbudet er forsvarlig.

1. Hva er status på iverksatte tiltak som følge av funn i gjennomførte forvaltningsrevisjoner?
2. I hvilken grad sikrer kommunen at enhet bolig for voksne har tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppgavene?
3. I hvilken grad er krav til dokumentasjon ivaretatt, herunder kartlegginger, evalueringer og løpende journalføring?
4. I hvilken grad sikrer kommunen at pasienter og brukere får ivaretatt retten til medvirkning og selvbestemmelse, herunder at det er utarbeidet individuell plan, tildelt koordinator og opprettet brukerråd og gjennomført brukerundersøkelser?

1.2. Revisjonskriterier

Det er en rekke sektorspesifikke lovverk som har med forventinger om forebyggende innsats i kommunene.

Relevante kriterier vil bli hentet fra blant annet;

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om helsepersonell m.v
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming»

1.3. Avgrensning undersøkelsen

Undersøkelsen er avgrenset til å se på de tjenester som var omfattet av opprinnelig revisjon, som var enhetene:

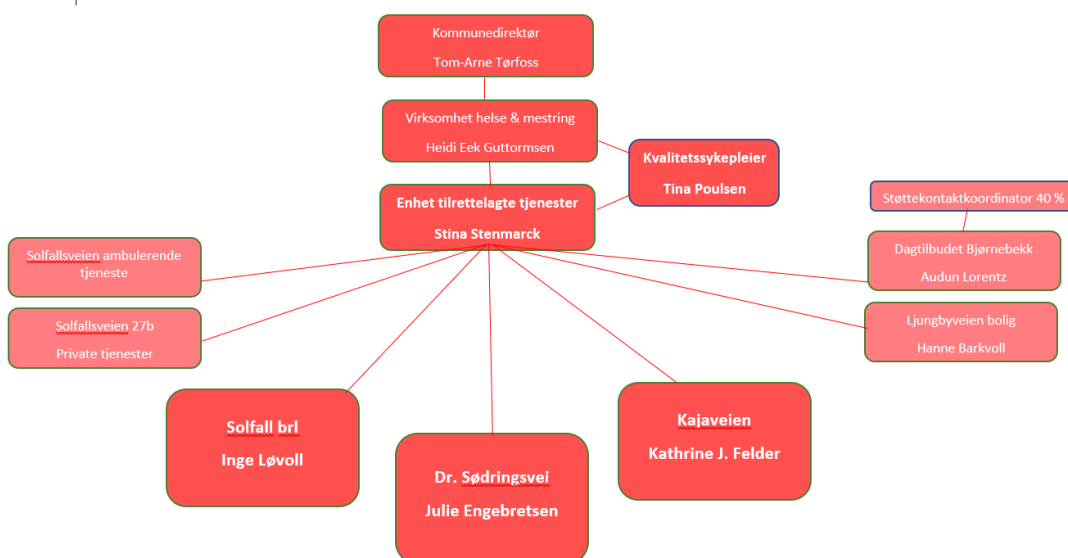
- Kajaveien
- Dr. Sørdringsvei
- Solplassen

- Solfall borettslag
- Ambulerende tjenester

1.4. Nåværende organisering av tilrettelagte tjenester

Ås kommune har 4 boliger i kommunal drift, samt dagtilbud, ambulerende tjeneste og støttekontakter. Det er også kjøp av tjenester for tre innbyggere. Dette utgjør frem avdelinger, med hver sin avdelingsleder.

Figur 1 Organisering tilrettelagte tjenester Ås kommune



- Kajaveien: 11 beboere med ca. 25 ansatte.
- Dr. Sørdringsvei: 11 beboere med 27 ansatte.
- Solfall borettslag: 7 beboere med 19 ansatte.
- Ljungbyveien bolig: 5 beboere med ca. 30 ansatte
- Dagtilbudet Bjørnebekk: 20 brukere med 14 ansatte.

Tilrettelagte tjenester beskrives at består av fire døgnbemannede boliger, et dagtilbud for personer med funksjonshemming og ambulerende miljøarbeidertjeneste. Boligene med døgnbemanning med tverrfaglig sammensatt personalgrupper med blant annet sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

2. Metode

Prosjektet er gjennomført på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på "RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon" som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Det ble gjennomført oppstartsmøte med prosjektets kontaktpersoner. Her deltok seksjonsledere, fagleder og saksbehandlere som jobber i kommunen. Informasjonen som er presentert i dette prosjektet, er hentet inn gjennom metodetriangulering som omfatter dokumentanalyse og intervju.

2.1. Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomgått Ås kommunes prosedyrer og rutinebeskrivelser på området, samt annen relevant oversendt dokumentasjon. Det har også vært en gjennomgang av statistikk og data fra andre instanser, både regionale og nasjonale tall.

Revisjonen sendte over en dokumentbestilling. Ås kommune sendte over dokumenter som kunne besvare alle problemstillingene i revisjonen, se vedlegg 2.

2.2. Intervjuer

Revisjonen har intervjuet til sammen 13 personer i denne revisjonen i Ås kommune. Det ble skrevet referat for alle intervjuene som ble sendt tilbake for verifisering.

Gjennomførte intervjuer er verifisert ved at intervjudeltakerne har fått mulighet til å gi tilbakemeldinger på intervjureferatene. De som ikke gav direkte tilbakemeldinger på intervjureferatene innen gitt frist, fikk påminnelse om å dette og utsatt frist.

Det har blitt gjennomført følgende intervjuer:

Tabell 1 Gjennomførte intervjuer

Enhetsleder	1
Kvalitetssykepleier	1
Avdelingsledere	3
Fagansvarlige ved boligene	3
Pårørende/ leder utvalg	5

2.3. Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble sendt til alle ansatte ved boligene Kajaveien, Dr. Sodringsvei og Solplassen. Pårørende ved de samme boligene fikk også tilsendt en spørreundersøkelse. Ansatte mottok spørreundersøkelsen 18.9.2024 og pårørende mottok undersøkelse 24.09.2024.

Tabell 2 Svarprosent for spørreundersøkelsene?

Spørreundersøkelse	Sendt	Ikke svart/fullført	Fullført	Svarprosent
Pårørende	36	16	19	53
Ansatte	125	87	38	30

Det kan av være ulike årsaker til at en spørreundersøkelse ikke er besvart. I tillegg til de som bare er registrert med «ikke besvart», er det også enkelte som ikke har fullført undersøkelsen og dermed ikke registrert som svar. Det er også mulig, noe noen har gjort, avmeldte seg i tråd med bestemmelser rundt GDPR. For ansatte er en andel som også markert som «not available». Det ble sendt ut 5 påminnelser om å besvare spørreundersøkelsen til ansatte. Det var også kontakt med avdelingsledere om å minne ansatte om å svare. Revisjonen mener at svarprosenten blant pårørende er god, mens svarprosenten blant ansatte er som forventet for denne gruppen. Det er erfaringsmessig krevende å få høye svarprosent generelt, og for helse- og omsorgssektoren spesielt.

Hoveddelen av spørsmålene i spørreundersøkelsen er formulert som påstander, hvor respondenten er bedt om å vurdere påstanden på en skala fra 1 til 6, hvor en dårligst og 6 er best. Enkelte påstander har 5 vurderingspunkter. Skalaen fortolkes i rapport på følgende måte;

- 1- Helt uenig/ i ingen grad
- 2- Uenig/ i liten grad
- 3- Delvis uenig/ verken eller
- 4- Delvis enig/ i noe grad
- 5- Enig/ i stor grad
- 6- Helt enig/ vet ikke

2.4. Kontradiksjon

Revisjonen har sendt et utkast til rapport kommunedirektør til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse av 16.12. 2024 er vedlagt rapporten.

2.5. Validitet og reliabilitet

Med gyldige data (validitet) menes at det skal være samsvar mellom problemstillingene og revisjonskriteriene for undersøkelsen, og de data som er samlet inn. Vi mener at data i denne undersøkelsen er egnet til å svare på problemstillingene ved at vi har relevant og tilstrekkelig informasjon. Gyldighet er sikret gjennom kombinasjon av fakta og funn fra dokumentanalyse, gjennomgang av saksdokumenter, samt muntlig informasjon fra kommunen.

Med pålitelige data (reliabilitet) mener vi at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. For å sikre at data er pålitelige, er det nødvendig å vurdere eventuelle feilkilder. Dette er ivarettatt ved kvalitetssikring av faktaopplysningene som fremkommer i dokumenter, og verifisering av faktaopplysninger fra møte og mottatt informasjon/dokumentasjon.

Revisjonen anser som nevnt deltakelsen på spørreundersøkelsen til ansatte som lav. Revisjonen vil derfor tolke disse resultatene med varsomhet og sammenstille eventuelle funn fra spørreundersøkelsen med data fra intervjuer, saksgjennomgang og dokumentanalyse. I rapportens vurderinger og i konklusjon brukes samlede svar fra tjenesten, og ikke avdelingsvis. Bakgrunnen for dette er å synliggjøre mulig variasjon, og i størst mulig grad bidra til læring.

Revisjonen vurderer at informasjonen som er innhentet i forbindelse med revisjonen er relevant, pålitelig og gyldig. Det er revisjonens vurdering at metodebruk og kildefang i denne forvaltningsrevisjonen har gitt tilstrekkelig grunnlag til å gi svar på problemstillingene som kontrollutvalget har vedtatt.

2.6. Personvern

Eventuelle personopplysninger som blir innhentet i forbindelse med vil være tilstrekkelig sikret og kun være tilgjengelige for dem det er nødvendig for i VKR. VKR tilstreber å kun etterspørre data som inneholder personopplysninger der det er nødvendig. Der det er behov for bruk av lydopptak vil samtykke bli innhentet og personopplysningene behandlet på en måte som tilfredsstillende kravet i ny personvernforordning.

Alle personopplysninger ble under arbeidet med forvaltningsrevisjonen oppfølgingsundersøkelse tilrettelagte boliger, Ås kommune oppbevart på en slik måte at det tilfredsstillende kravene i ny personvernforordning. Når arbeidet er avsluttet vil opplysninger som ikke må oppbevares som revisjonsbevis bli slettet.

2.7. Kvalitetssikring

Kvalitetssikringen av prosjektet er også ivaretatt gjennom diskusjoner internt i Viken kommunerevisjon IKS vedrørende revisjonskriterier, metode, vurderinger og betydningen av funn underveis. Kvalitetssikring av revisjonsrapporten er utført ved at oppdragsansvarlig revisor har gjennomgått og gitt innspill på den endelige rapportens utforming og innhold.

3. Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene¹ har vi i hovedsak benyttet lover med tilhørende forskrifter og utvalgte veiledere, herunder:

- Helsepersonelloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helse og omsorgstjenesteloven
- Forskrifter og nasjonale veiledere
- Nasjonal veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming
- Kommunestyrets vedtak

3.1. Kommunestyrets etter forvaltningsrevisjon

Det ble gjennomført en undersøkelse vår 2022 som omhandlet tjenestekvalitet i institusjoner, med en gjennomgang av etterlevelsen av sentrale krav og rettigheter ved Moer sykehjem, Moertunet og boliger for voksne. Denne gjennomgangen viste at det var størst utfordringer ved boliger for voksne, hvor gjennomgangen viste et forbedringsbehov på alle momentene som var inkludert i undersøkelsen. Undersøkelsen hadde også flere anbefalinger som bare gjaldt enhet for voksne.

I sammendraget er det beskrevet følgende:

Revisjonens gjennomgang av rutiner og praksis ved boliger for voksne på noen sentrale områder viser at det er risiko for at det tjenestetilbudet som gis ikke er forsvarlig. Dette begrunner revisjonen med funn på at det mangler tilstrekkelig og nødvendig kompetanse. Det fremkommer blant annet at det regelmessige blir utøvd tvang og makt uten at nødvendige kompetanseressurser for drøft og evaluering av dette. På samme måte viser gjennomgangen at det mangler lederressurser ved enheten. Etter revisjonens mening vil dette alene gi en risiko for at alle oppgaver og tjenester ikke er innen forsvarlige standarder, og at det ikke følges opp.

Gjennom dokumentasjon, intervjuer og spørreundersøkelser bekreftes det at det er behov for forbedringer innen de fleste oppgaver og krav som har vært omfattet i denne undersøkelsen. Revisjonen finner særlig sårbarheter knyttet til medikamenthåndtering, dokumentasjon rundt brukere, brukermedvirkning og pårørendemedvirkning.

Anbefalinger knyttet spesielt til enhet bolig for voksne:

- Kommunen må sikre at det er tilstrekkelig fagkompetanse ved alle avdelinger, slik at oppgaver kan gjennomføres i tråd med lov og forskrift
- Kommunen må vurdere om alle avdelinger har tilstrekkelige med lederressurser for å kunne gjennomføre tilstrekkelig oppfølging og utvikling
- Kommunen må sikre at det er etterlevelse av de krav som er bestemt rundt medikamenthåndtering, dokumentasjon og brukermedvirkning
- Kommunen må sikre at tiltaksplaner for alle beboere er evaluert og oppdaterte

Kommunestyret i Ås behandlet rapport 21. juni 2023. I kommunestyrets vedtak om oppfølging av rapport fremkommer det krav om at kommunestyret forventer rapportering og kommunikasjon om kommunedirektørs arbeid med rapportens funn og anbefalinger. Overordnet legger kommunestyret en

¹ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

forventning om at tjenesten leverer gode og trygge tjenester i tråd med lovverket. Videre presiseres det av kommunestyret at tjenesten bør legge til rette for dialogmøter mellom tjenesten, pårørende og politikere.

Hva er status på iverksatte tiltak som følge av funn i gjennomførte forvaltningsrevisjoner?

Problemstillingen er beskrivende, og vil følgelig ikke ha kriterier eller vurderinger

3.2. Kompetanse og ressurser

Helsepersonelloven § 16 slår fast at virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Nasjonale veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» oppgir at kommunen skal sørge for nok personell med rette kompetanse i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming. Dette innebærer at de skal ha en oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov, sett opp mot brukernes behov for tjenester og de oppgavene som skal løses.

Kompetansekartlegging, planlegging og prioritering bør omfatte:

- utfordringsbildet og kompetansebehov
- ansattes kompetanse
- kompetanse kommunen har behov for
- dagens personellbehov opp mot framskrevet personellbehov
- innsatsområder for kompetanseutvikling
- kompetansetiltak som kurs, veiledning, utdanning og etterutdanning
- rekrutteringsstrategi
- ansvarlig for oppfølging av tiltak

Veilederen understreker at dette betyr tilstrekkelig personell med høyskoleutdanning innen helsefag, sosialfag og spesialpedagogikk, og tilstrekkelig personell med fag- og yrkesspesifikk kompetanse. Virksomhetsledere bør legge til rette for og understøtte at personell med spesifikk kompetanse kan brukes på tvers av tjenesteområder og sektorer.

Vernepleiere er særlig sentrale, med bred kunnskap om utviklingshemming, miljøterapeutisk arbeid, habilitering, rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. Leder/faglig ansvarlig for virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming bør både ha vernepleierutdanning eller annen relevant helse- eller sosialfaglig høyskoleutdanning, og lederkompetanse.

Kommunen må sørge for at alle tjenesteytere har felles grunnleggende kompetanse innenfor sentrale kompetanseområder og at de får nødvendig veiledning. Kommunen må legge til rette for kompetanseheving, som kurs, videreutdanning og etterutdanning.

Følgende kriterier er utledet til problemstilling 2 - I hvilken grad sikrer kommunen at enhet bolig for voksne har tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppgavene?

- Kommunen skal ha oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov
- Kommunen skal legge til rette for opplæring og kompetanseutvikling

3.3. Krav til dokumentasjon

Kartlegging og evaluering av vedtak

Helse- og omsorgstjenesteloven §2-1 slår fast at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b. I Helsedirektoratets kommentarer til lovteksten² utdypes det at begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» skal tolkes slik at det gir rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov. Kravet om forsvarlighet følger både av helse- og omsorgstjenesteloven og av helsepersonelloven. Det er vanskelig å angi presist på et overordnet nivå hva som tilfredsstillende kravet til nødvendig og forsvarlig hjelp. Omfang og nivå på hjelpen må vurderes konkret, og ulike momenter knyttet til den enkeltes situasjon vil være relevante i vurderingen.

Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven.⁹ Eventuelle endringer i tjenestetilbudet må det etter helse- og omsorgsloven fortsatt påses at tjenestetilbudet er forsvarlig, dette gjelder også gjennomføringen av eventuelle endringer i tjenestetilbudet.¹⁰

Krav til pasientinformasjon og journalføring

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 slår fast at kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.

Helsepersonelloven pålegger helsepersonell som yter helsehjelp å nedtegne opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en pasientjournal, se helsepersonelloven § 39 og § 40. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger. Nærmere regler om krav til journalens innhold, oppbevaring av opplysningene og videre håndtering av opplysningene fremgår i pasientjournalloven og pasientjournalforskriften.

Nasjonal veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» fra 2022 legger en forventning om at kommunen skal ha rutiner for dokumentasjon av relevante og nødvendige opplysninger knyttet til helsehjelp og annen tjenesteyting. Helsepersonell har plikt til å dokumentere nødvendige og relevante opplysninger i pasientjournalen når de yter helsehjelp. Men også for andre tjenester enn helsehjelp, for eksempel praktisk bistand og avlastning, må tjenesteyteren dokumentere relevant og nødvendig informasjon for at tjenesten skal være forsvarlig.

Dokumentasjon skal bidra til at:

² <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport-/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport>

- tjenestemottakere kan gis forsvarlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, inkludert effektive og gode tjenesteforløp
- personvernet ivaretas, inkludert tjenestemottakers rett til informasjon og medvirkning
- helsehjelp kan kontrolleres i ettertid³

Tjenesteytere må vite hvor de kan finne nødvendige opplysninger og må kunne stole på at informasjonen de finner er oppdatert og gyldig. Journalføring skal skje fortløpende. Det må være avklart hvem som har ansvar for å dokumentere, hva som skal dokumenteres og hvor. Det er avgjørende at tjenesteytere vet hvordan de skal melde endringer i tjenestemottakers behov.

Kontroll av dokumentasjon

Forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har som mål å sikre faglig forsvarlige tjenester, kontinuerlig kvalitetsforbedring og høy pasient- og brukersikkerhet. For å oppnå dette, må den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av alle aktiviteter i tråd med forskriften. Dette innebærer at medarbeiderne i virksomheten aktivt deltar i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha et omfang som er nødvendig for å oppfylle kravene. Forskriften beskriver flere plikter i § 6-9 som virksomheten må følge for å sikre at alle krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

I hvilken grad er krav til dokumentasjon ivaretatt, herunder kartlegginger, evalueringer og løpende journalføring?

Følgende kriterier utledet:

- Kommunen skal ha et system for internkontroll av dokumentasjon og journalføring, slik at den er i henhold til krav og egne rutiner
- Kommunen skal ha rutiner og praksis for å kartlegge og evaluere behov for innbyggers som mottar tilrettelagte tjenester
- Kommunen skal ha rutiner og praksis for å dokumenter tilbudet som gis

3.4. Medvirkning og selvbestemmelse

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 definerer bruker og pasienters rettigheter til å medvirke i tilbudet som gis dem, herunder tjenesteformer, undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Nasjonal veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» beskriver at i utforming av tjenester og tiltak til voksne tjenestemottakere skal det legges stor vekt på hva personen

³ Nasjonal veileder «Gode helse og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming», 2022

selv og eventuelt nærmeste pårørende mener. Tjenestemottaker og eventuelt nærmeste pårørende skal involveres i alle avgjørelser som gjelder tjenestemottakerens situasjon. Personen selv og eventuelt nærmeste pårørende må få tilpasset informasjon og kunnskap om alternativer, fordeler og ulemper. Tjenestemottaker og eventuelt nærmeste pårørende må inviteres til møter om egen behandling og tjenester, for eksempel: ansvarsgruppemøter, møter i oppfølgingsteam, individuell plan, og liknende møter for å utforme mål og tiltak, dialogmøter og planleggingsmøter med for eksempel fastlegen, fysioterapeuten, spesialisthelsetjenesten, skolen, NAV også videre.

Videre oppgir veileder at hvis personen har en uttrykksmåte som er vanskelig å forstå, må virksomhetsleder sørge for at primærkontakt eller andre som kjenner uttrykksmåten tolker og videreformidler det personen gir uttrykk for. Hvis tjenestemottaker ønsker å involveres, men har problemer med å delta, skal man innhente personens uttrykte ønsker og behov. Hvis personen ikke ønsker å involveres skal dette respekteres og personens antatte ønsker skal legges til grunn.

Nasjonal veileder beskriver at mulighetene til å utøve selvbestemmelse kan for enkelte være begrenset og krever blant annet gode relasjoner, opplæring, tilrettelegging og beslutningsstøtte. For personer med utviklingshemming, omfattende hjelpebehov og begrensede kommunikasjonsferdigheter, kreves det det god kjennskap, kompetanse og godt skjønn for å kunne legge til rette for et liv i tråd med personens ønsker.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 9 omtaler rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. I §9-3 står det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.

Helse og omsorgstjenesteloven §7 1-2 slår fast at kommunen skal utarbeide en individuell plan og koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan skal gjennom medvirkning ta utgangspunkt i pasienters ønsker, mål og behov for helse- og omsorgstjenester, og skal sikre at pasienter og brukere får et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud.

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1- 3-7, gir pasienter og brukere rett til medvirkning og informasjon. Dette innebærer at pasienter og brukere skal få mulighet til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenester, og at deres erfaringer og synspunkter skal tas i betraktning. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester og å sikre at tjenestene holder god kvalitet. Dette inkluderer å innhente tilbakemeldinger fra brukere for å forbedre tjenestene på tvers av fag, nivåer og sektorer.

I hvilken grad sikrer kommunen at pasienter og brukere får ivaretatt retten til medvirkning og selvbestemmelse, herunder at det er utarbeidet individuell plan, tildelt koordinator og opprettet brukerråd og gjennomført brukerundersøkelser?

- Innbyggere med sammensatte og langvarige tjenester skal få tilbud om individuell plan og koordinator
- Kommunen skal ha et system for innhenting av erfaringer og synspunkter fra innbyggere som mottar tjenester og deres pårørende

4. Beskrivelse av kommunens forbedringsarbeid

Det fremkommer av dokumentasjonen som er oversendt at revisjonens anbefalinger og andre avdekkete utfordringer har blitt håndtert som en del av det systematiske forbedringsarbeidet i kommunen. Dette framkommer av handlingsplaner og tiltaksplaner, som detaljert beskriver utfordring, tiltak, ansvar og oppfølging.

Det er blant annet utarbeidet en handlingsplan, som også omfatter tiltak som følge av forvaltningsrevisjon. Til sammen er det rundt 120 tiltak på flere områder. De fleste av disse har fått status utført, resten delvis utført. Det er imidlertid en rekke tiltak som er å forstå som kontinuerlige.

Bilde 1 Skjerm bilde handlingsplan tilrettelagte tjenester

HANDLINGSPLAN TILRETTELAGTE TJENESTER		
"Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming"	Forvaltningsrevisjon av tjenestekvalitet 2022	Tiltak som svar på forvaltningsrevisjonen

Forrige revisjon hadde til sammen 8 anbefalinger, 4 for alle enhetene som ble revidert og 4 for boliger for voksne særskilt. Ås kommune har oversendt en oversikt over tiltak som ble iverksatt for hver av anbefalingene, som vist i tabellen under.

Tabell 3 Matrise tiltak etter anbefalinger

Anbefalinger for alle enheter revidert	
<i>Kommunen må sikre at alle ansatte har kjennskap til hvordan de skal registrere avvik og at dette gjøres, og at dette brukes inn i kvalitetsforbedring ved alle enheter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Alle ansatte har fått opplæring i KSX • Sjekkpunkt i nyansattheftet • Avvik tas opp på personalmøter • Avvik tas opp på enhetsmøter en gang i måneden • Ny mappestruktur i KSX • Lesebekreftelse på retningslinjer • Disse tiltakene bidrar til å gjøre ansatte og ledere kjent med og trygge på avvikshåndtering, og bruke dette i forbedringsarbeid.
<i>Kommunen bør se på om alle ansatte er kjent med og bruker plattformene for intern kommunikasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rutine for internmeldinger i geric • Bruke gat som vaktbok • Opplæring i teams • Alle avdelinger må rydde i teams innen 31.08.24. • Ulike systemer i boligene med egne rutiner. Eks permer, beskjedbøker mm

Kommunen bør vurdere om de har tilstrekkelig oversikt over nåværende og fremtidig kompetansebehov ved enhetene, og sette kompetanseutvikling i system i henhold til dette

- System for kompetanseregistrering, gat og excel.
- Definert enkelte kurs som obligatoriske, følges opp (nyansattheftet)
- Lærings- og utviklingsplan. Analyse av hva vi har, og hva vi trenger av kompetanse.
- Søkt tilskudd i tråd med lærings- og utviklingsplanen.
- Månedens tema
- Lage årshjul for intern opplæring 2025
- Møtepunkter for fagkoordinatorer
- Fag- og kvalitetsutviklingssykepleier skal oversikt over helse og mestrings samlede kompetanse
- Tiltak for å øke refleksjonskompetanse, for eksempel etikkort, månedens tema – både egen for etikk og etikk er i hvert tema.
- Opplæring i helsepersonelloven
- Primærkontaktopplæring, våren 24
- Koordinatoropplæring
- Koordinatorhåndbok skrevet i samarbeid mellom sektorene helse og mestring og barn, unge og familie.

Kommunen bør vurdere om det er behov for tiltak knyttet til språk, forståelse og kommunikasjon internt og eksternt

- Kontakt Ås læringscenter ifht norskopplæring for ansatte i helse
- Krav om B2 ved ansettelser
- Internkontroll dokumentasjon

Anbefalinger for boliger for voksne/ tilrettelagte tjenester

Kommunen må sikre at det er tilstrekkelig fagkompetanse ved alle avdelinger, slik at oppgaver kan gjennomføres i tråd med lov og forskrift

3-årige relevant kompetanse i alle avdelinger. Samt mange helsefagarbeider. Lyses ikke ut etter assistenter.

- Legger til rette for etter- og videreutdanning i tråd med lærings- og utviklingsplanen
- Sikrer kompetanse gjennom obligatorisk opplæring
- Intern opplæring, CRPD, HOL g, helsepersonelloven, månedens tema, legemiddelhåndtering, innhenter spesiell kompetanse ved behov (for eksempel diabetes, demens)

Kommunen må vurdere om alle avdelinger har tilstrekkelige med lederressurser for å kunne gjennomføre tilstrekkelig oppfølging og utvikling

Kommunen må sikre at det er etterlevelse av de krav som er bestemt rundt medikamenthåndtering, dokumentasjon og brukermedvirkning

- Alle avdelinger har avdelingsleder og fagkoordinator.
- Kvalitets- og fagutviklingssykepleier bidrar i hele enheten

- Retningslinje skrevet på legemiddelhåndtering, med tilhørende sjekklister og signeringslister for internkontroll
- Felles rutiner for hele enheten utarbeidet på bakgrunn av forskrift om legemiddelhåndtering og ROS-analyser
- Farmasøytisk tilsyn ved alle dr. S.vei, Kajaveien og Solplassen januar- mars 2024
- Ny retningslinje for dokumentasjon på gang for å sikre krav i lov (hpl) og forskrift om journalføring etterleves.
- Månedens tema om dokumentasjon
- Obligatorisk dokumentasjonskurs
- Kurs i dokumentasjon- og informasjonssikkerhet november 23
- Utarbeide veileder og mal ifht tiltaksplan (fagkoordinatorer mai/juni)
- Internkontroll av dokumentasjon (kommer)
- Opplæring i helsepersonelloven november 23
- Brukerråd
- Husmøter
- Retningslinje for pårørendesamarbeid
- Retningslinje for brukermedvirkning
- Brukermedvirkning i hvert punkt på tiltaksplanen
- Månedens tema
- Obligatorisk opplæring jmf nyansattheftet, blant annet crpd, generelle ferdigheter i arbeid med utviklingshemming, samtykkekompetanse mm.
- Læringsnettverk (USHT) om pårørendesamarbeid
- Etisk refleksjon

Kommunen må sikre at tiltaksplaner for alle beboere er evaluert og oppdaterte

- Alle tiltaksplaner er gjennomgått
- Et større arbeid pågår om å lage veileder og mal for tiltaksplaner for å sikre etterlevelse av veilederen «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming»

Enhetsleder og kvalitetssykepleier oppgir begge i intervju at arbeidet med å forbedre tjenestene var hovedoppgave ved tiltredelse i stilling for begge to. Det ble gjort en del arbeid for å kartlegge og systematisere utfordringene, som også ledet ut til handlingsplanen som var ferdigstilt august 2023.

Det ble blant annet gjennomført møter med pårørende ved alle avdelinger. En styrking og ivaretagelse av ansatte måtte også prioriteres, og det ble blant annet tatt med en organisasjonspsykolog i prosessen. Det ble vurdert som et suksesskriterium at det var en stabil ansattgruppe, samt at hver avdeling hadde sin egen leder.

Av andre områder enhetsleder og kvalitetssykepleier anså som viktige å jobbe videre med var kompetanse, dokumentasjon og selvbestemmelse. Både ansatte og pårørende peker på at ansettelsen av en fag- og kvalitetssykepleier har vært et løft for det systematiske kvalitetsarbeidet i tjenesten, også med revisjonens anbefalinger.

Ledere med fag og personalansvar forteller i intervju at det har vært en stabil ledergruppe over tid, som har vært positivt for mange områder i tjenesten. Det pekes på at lederspennet nå er lavere, som er utelukkende positivt for å følge opp og følge med. Deres opplevelse er at det er jobbet systematisk med funnene fra forrige revisjon.

Tilbakemeldinger fra pårørende forbedringsarbeid

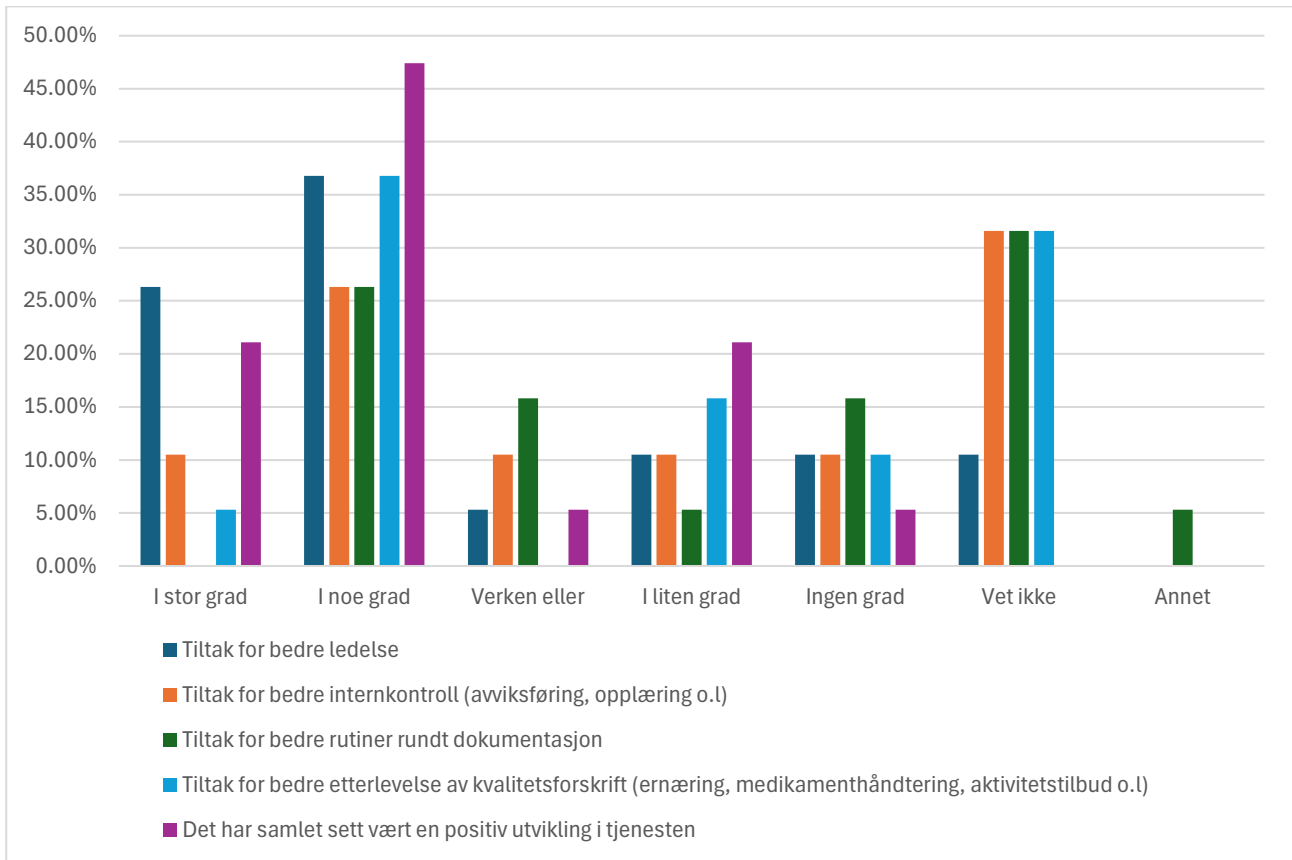
I spørreundersøkelsen til pårørende ble de bedt om å vurdere om det har iverksatt konkrete tiltak for å gjøre tjenesten bedre de siste to årene. Tiltakene som ble vurdert er;

- Tiltak for bedre ledelse
- Tiltak for bedre internkontroll
- Tiltak for bedre rutiner rundt dokumentasjon
- Tiltak for bedre etterlevelse av kvalitetsforskrift
- Det har samlet sett vært en positiv utvikling i tjenesten

Resultatet fra spørreundersøkelsen er at flertallet av respondentene mener at det har vært en positiv utvikling i tjenesten samlet sett, enten i stor eller noe grad. Det er imidlertid også en betydelig andel som mener at det ikke har vært noen positiv utvikling. Flertallet av respondentene mener at tiltak for bedre ledelse har blitt gjennomført i stor eller noe grad. Det er imidlertid en betydelig andel som mener at tiltakene ikke har hatt noen effekt eller som ikke vet.

Vedrørende tiltak for bedre internkontroll ser vi at en stor andel av respondentene er usikre på effekten av tiltakene for bedre internkontroll. De som har en mening, er delt mellom å mene at tiltakene har hatt en viss effekt og at de ikke har hatt det. Tiltak for dokumentasjon er det ingen respondenter mener at tiltakene for bedre dokumentasjonsrutiner har blitt gjennomført i stor grad. Mange er usikre, og de som har en mening, er delt mellom å mene at tiltakene har hatt en viss effekt og at de ikke har hatt det. De fleste respondenter mener at tiltakene for bedre etterlevelse av kvalitetsforskrifter har hatt en viss effekt, men det er også en betydelig andel som er usikre eller mener at tiltakene ikke har hatt noen effekt.

Figur 2 Spørreundersøkelse pårørende tiltak om forbedring



Flertallet av de revisjonen har intervjuet forteller at det har vært en positiv utvikling i tjeneste. Det trekkes frem som særlig positivt at det nå er ledere ved alle avdelinger, og at det ble gjennomført lederbytter i alle ledd. Det trekkes frem av noen at lederne nå oppleves som tilgjengelige og at det er en bedre informasjonsflyt mellom avdeling og kommunens ledelse.

Revisjonen har fått oversendt resultatet fra kommunens egen pårørendeundersøkelse, hvor 75 % av de som svarte på undersøkelsen oppgir at de opplever at pårørende samarbeidet er bedret eller betydelig bedret.

Innspill til videre forbedring fra pårørende

Alle revisjonen har snakket med og flere kommentarer gitt i spørreundersøkelse understreker likevel at det er fortsatt et forbedringsbehov og at det er fortsatt flere områder som gjør tjenesten sårbar. Flere opplever at bemanningen fortsatt er sårbar, både i antall ansatte på jobb og bruk av vikarer. Det fortelles at mangel på ressurser kan redusere kvaliteten i tjenesten, og svekke den positive trenden som har vært.

Flere oppgir i intervju at prosessene med å kartlegge og fastsette vedtakstimer er sendrektig. Dette gjelder særlig samarbeidet med forvaltningsenheten. Enkelte pårørende mener at det er lite forbedring å spore i tjenesten, og at på enkelte punkter, som gjennomføring av planlagte oppgaver har blitt dårligere. Dette gjelder ved særlig en av avdelingene, Solplassen.

5. Kompetanse og ressurser

5.1. Oversikt og planlegging av kompetanse

Revisjonen har fått tilsendt kompetanse- og opplæringsplan for helse og mestring, utarbeidet i 2024. Planen oppgir prioriterte grunnutdanninger, prioriterte etter- og videreutdanninger og prioriterte kompetanse- og læringstiltak. Det er også oversendt en handlingsplan for tilrettelagte tjenester, hvor kompetanse er eget område med påfølgende tiltak, ansvar og frist, samt status på gjennomføring.

Oppgaver innen kompetanse er ifølge Handlingsplan tilrettelagte tjenester;

- Ha oversikt over kompetanse og opplæringsbehov
- Ha tilstrekkelig kvalifisert bemanning på vakt Bruke kompetanse på tvers av tjenesteområdene
- Ha ledere som er vernepleier eller annen relevant utdanning og lederkompetanse
- Legge til rette for kompetanseheving - utdanning/kurs
- Jobbe systematisk med kompetanseheving - utarbeide strategiske kompetanseplaner
- Sørge for etisk kompetanse og bevissthet, og legge til rette for etikkarbeid.
- Jobbe med systematisk etisk kompetanseheving
- Sørge for opplæring og tilrettelegge for primærkontaktens arbeid

Enhetsleder forteller i intervju at kompetansekartlegging var høyt på lista ved hennes tiltredelse. Funn fra den forrige undersøkelsen at alle avdelinger hadde høyskoleutdannede, men det var allikevel behov for en styrking av kompetansen. Videre var det et funn at det var mye bruk av assistenter og at mange ansatte hadde mindre stillingsbrøker. Enhetsleder forteller at alle avdelinger nå har vernepleiere og sykepleiere. Det er ikke praksis lenger å lyse ut assistentstillinger.

Avdelingsledere forteller at de har kartlagt formell kompetanse og gjennomført nødvendig opplæring og kurs. Avdelingsledere forklarer at de bruker ulike kartleggingsverktøy for dette. Administrasjonen har oversendt flere dokumenter som beskriver gjennomførte kartlegginger, samt maler for fremtidige kartlegginger av kompetansebehov og opplæringsbehov.

5.2. Opplæring og kompetanseutvikling

Revisjonen har fått oversendt en rekke beskrivelser og dokumenter på gjennomført opplæring og kompetanseutvikling for tjenesten, Blant annet;

- Kompetanse- og opplæringsplan for Helse og Mestring 2024
 - Prioriterte tiltak etter grunnutdanninger og etter- og videreutvikling og kompetanse- og læringstiltak for hver av tjenestene
- Retningslinje for introduksjon og opplæring
- Retningslinje for opplæring og kompetanseutvikling
- Opplæringshefte nyansatt
- Opplæring sjekklister

- Matriser med gjennomført kurs og videreutdanning per avdeling. Ansatte er krysset ut for gjennomført kurs innen:
 - Jakten på Vi-følelsen
 - Aldring, helse og utviklingshemming
 - Andre kurs
 - Autisme
 - Basale smittevernsrutiner
 - CRPD
 - Dokumentasjon
 - Downs Syndrom mm
 - ABC
- Interne kurs på blant annet
 - Helsepersonelloven
 - Ernæring
 - Tvang og makt
- Månedsbrev sendt ut til alle ansatte på blant annet temaene
 - Etikk
 - Psykiske sykdommer
 - Demens
 - HMS. Vold, trusler
 - Egenmestring

I intervjuer med fag- og personalledere fortelles det at det er lagt godt til rette for utvikling og de ansatte har fått tilbud om kurs. Nesten samtlige ansatte i tilrettelagte tjenester har vært på ett eller flere kurs i løpet av de siste to årene..

Samtlige som er intervjuet forteller at det er en opplevelse at det satses på kurs og økt kompetanse, og at dette gjøres på mange nivåer, også i form av personalmøter og individuelle veiledninger. Det vises også til at det jobbes med å få på plass en kultur hvor ansatte kan hjelpe og veilede hverandre.

På spørsmål om det avdekkes behov for opplæring innen konkrete temaer forteller kvalitetssykepleier og enhetsleder at kompetansen nå skal bli registrert og satt i system. Det skal også innføres en kursoversikt hvor alt registreres automatisk. Revisjonen har fått oversendt kursoversikten for hver av avdelingene.

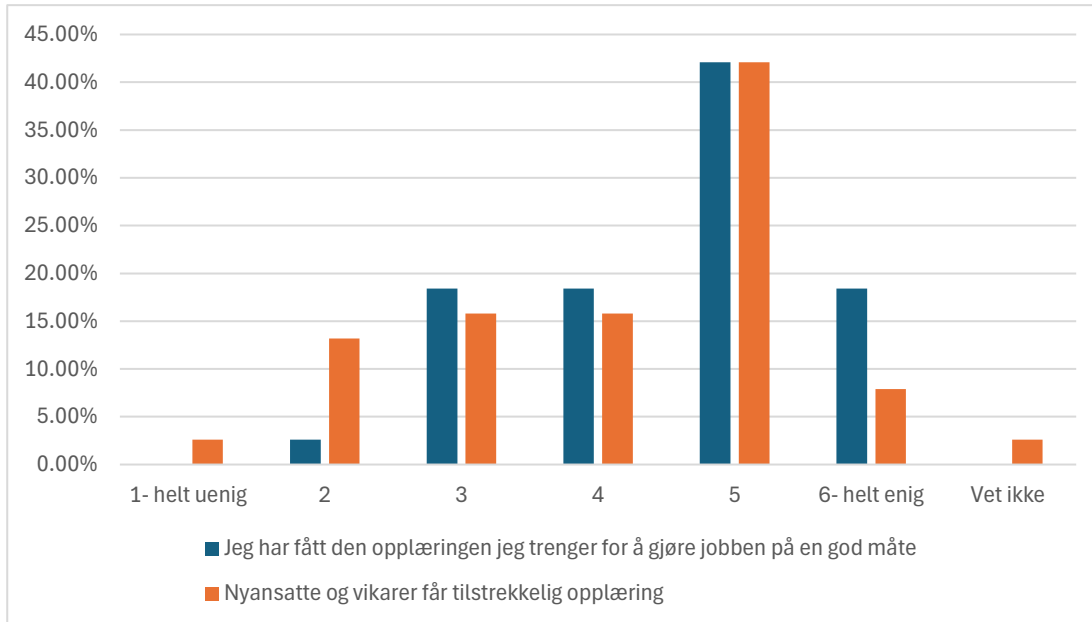
Om behovet nå og veien videre viser ledere i ulike nivåer og ansatte oppsummert på dette:

- Innsats for bedre språkforståelse for alle ansatte
- Få informasjon og kurs ut til alle stillinger
- Natt og helgevakter etterlyser kursing i samtykke og tvang og makt
- Kultur for kompetansedeling, at ervervet kompetanse tas i bruk
- Samkjøring av kultur og rutiner

I spørreundersøkelsen oppgir ansatte at de opplever at de har fått den opplæringen som de trenger for å gjøre jobben på en god måte, hvor det er 20 % oppgir en grad av uenighet med verdi 2 og 3. Det er noe

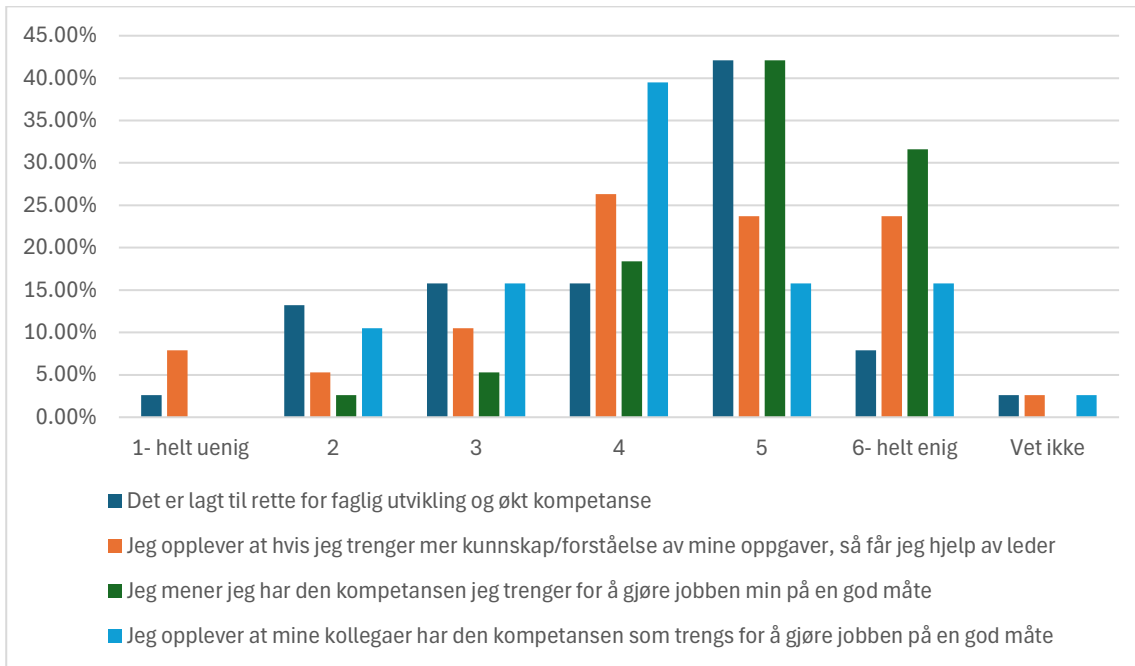
mer delt hvorvidt de vurderer om nyansatte får tilstrekkelig opplæring. Her er det rundt 45 % som oppgir verdi 2 eller 3.

Figur 3 Spørreundersøkelse ansatte opplæring (n=38)



Ansatte er i all hovedsak enige i at det er lagt til rette for kompetanseutvikling, det er en midlertid en betydelig andel som oppgir en grad av uenighet (31,60 %). Det er samme tendens på spørsmålet om leder bistår med veiledning ved behov. Det er rundt 1 av 3 som oppgir en grad av uenighet på disse spørsmålene, med verdiene 1,2 eller 3. Vedrørende kompetanse oppgir ansatte at de opplever å ha den kompetansen de har behov for. I vurderingen av hvorvidt kollegaene har den nødvendige kompetansen oppgir også her en tredjedel av respondentene en grad av uenighet (26,30 %).

Figur 4 Spørreundersøkelse ansatte kompetanse



5.3. Ressursbehov

Revisjonen har fått oversendt en oversikt per avdeling som viser sammenhengen mellom vedtakstimer og årsverk. Oversikten viser at alle avdelinger har et overskudd av vedtakstimer sett opp mot årsverk.

Tabell 4 Vedtakstimer og årsverk

	Vedtaksstid fra boligen per uke	Årsverk (unntatt leder)	Årsverk i timer per uke	Differanse per uke
Solplassen	267 timer og 30 minutter	11,87	375,5 t/uka	108
Dr. Sørdringsvei	424 timer	15,71	496,6 t/ uke	72,6
Kajaveien	480 timer	18,64	589,7 t/uka	109,2

Avdelingsleder Kajaveien forteller at boligen nå har en vernepleier og to sykepleiere. Alle ansatte har tatt kurs om bruk av tvang og makt, enten e-læring eller fysisk. Det utdypes at grunnbemanningen er bra, og vurderes i tråd med vedtakstimer og brukernes behov.

Avdelingsleder Dr. Sørdringsvei forteller at det skal lyses ut tre årsverk høsten 2024. Dette er tre nyopprettede stillinger skal lyses ut. Avdelingsleder bemerker at grunnbemanningen er noe lav. Det er varslet, men dekkes opp med vikarer. De tre stillingene som skal lyses ut dekker ikke bemanningsbehovet fullt ut.

Avdelingsleder Solplassen forteller vedrørende kompetanse og kapasitet at det har vært endringer de siste årene. Det var flere vakante stillinger, og få i fagstillinger i 2022. I februar 2023 ble det satt i gang

prosess med de overtallige på boligen som ble overtatt av privat tilbyder. De fleste ansatte fikk tilbud om stilling ved Solplassen. Fikk da også inn ny fagkoordinator som er sykepleier, samt to vernepleiere og flere fagarbeidere.

Sykefravær og vakanse

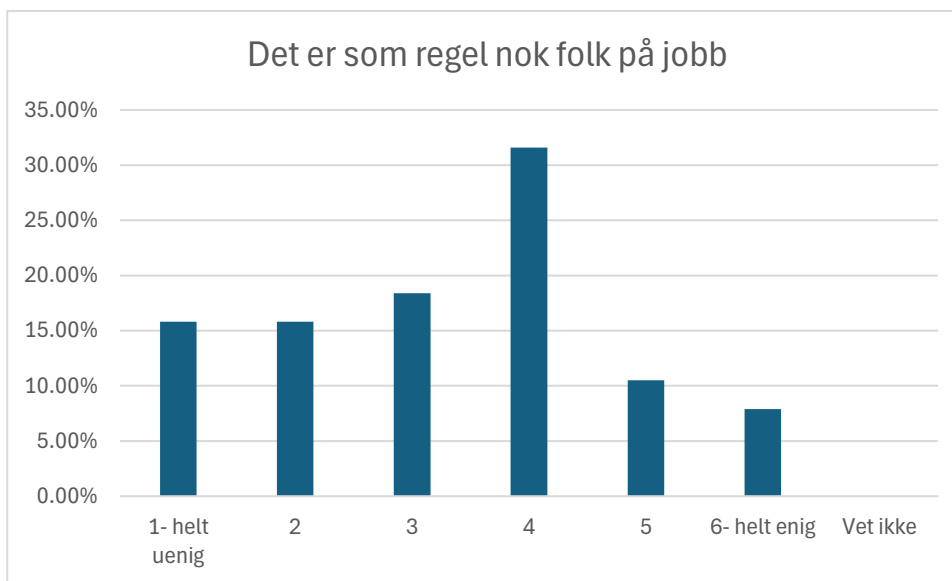
Ledere forteller i intervju at det er perioder med høyt sykefravær, som setter et press på tjenesten.

Enhetsleder oppgir i intervju at tjenesten har ansatte tilkallingsvikarer, men ikke i formen som en vikarpool. Hver avdeling har rekruttert sine tilkallingsvikarer, mens noen brukes flere steder. Sparer opplæring på dette og det er en fordel at det ikke er mange ulike på hver bruker. Relasjonene er så viktige, og kontinuitet rundt innbyggerne er en verdi som bør ivaretas.

Vedrørende vakanser er det noen stillinger som er vakante, og som det av ulike årsaker er krevende å fylle. Blant annet er det langvarige sykemeldinger og permisjoner, hvor det ikke er mulig å lyse ut stilling for ny ansettelse. Dette dekkes opp med vikarer, det er krevende å få ansatt noen i vikariat med kort varighet.

Resultatet fra spørreundersøkelsen til ansatte viser at det i varierende grad opplever at det er nok folk på jobb.

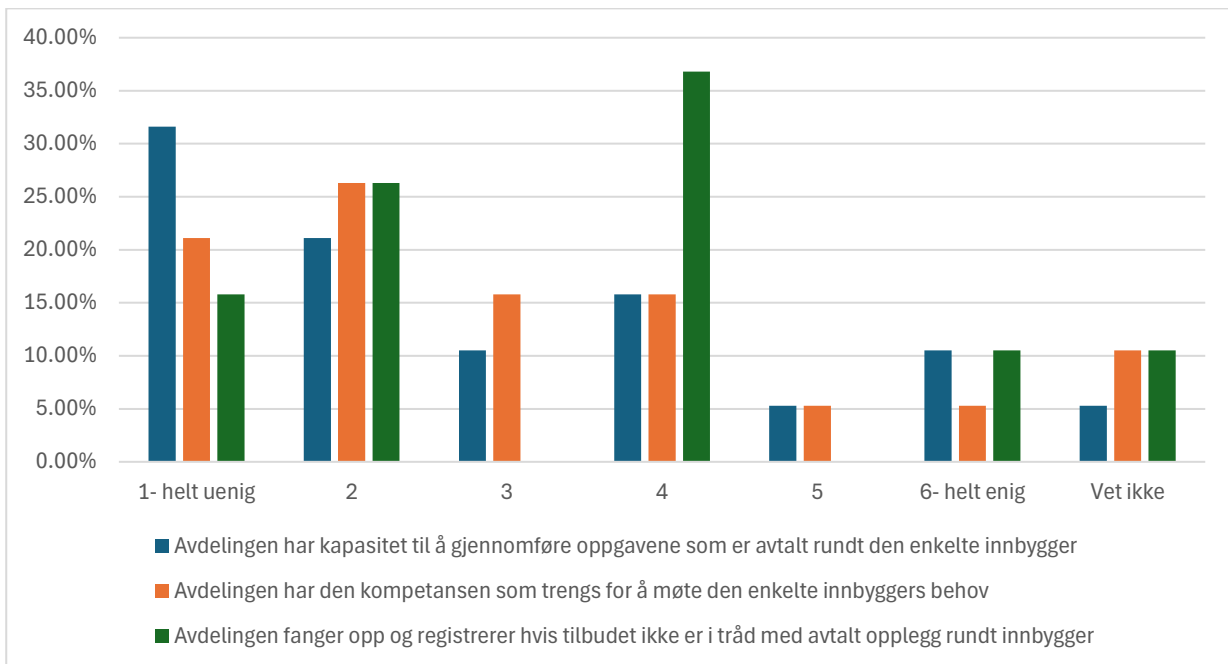
Figur 5 Spørreundersøkelse ansatte kapasitet



Innspill pårørende om kompetanse og kapasitet

Hovedparten av pårørende er uenig i at avdelingen har den kompetansen som trengs for å møte den enkelte innbyggers behov. 63 prosent oppgir å være uenig (1-3), mens 26 prosent er enig (4-6). 10 prosent oppgir å ikke vite.

Figur 6 Spørreundersøkelse pårørende kapasitet og kompetanse



Det utdypes i intervjuer og kommentarfelt at det oppleves at det er variasjoner i kompetansen mellom de ansatte. Noen peker også på at det ikke er en kultur for å dele kompetanse, og at den kollegiale støtten og veiledningen er for svak.

I kommentarfelt og i intervjuer fortelles det at det fortsatt er en bekymring rundt kapasitet. Det vises til at det tidvis er for få folk på jobb, og det er ingen automatikk å få inn vikar ved behov. Dette gir seg utslag i at oppgaver forskyves og avlyses, herunder kartlegginger og planer rundt innbygger.

Pårørende forteller også at de mener det er en relativt høy andel med vikarer på lave stillinger. Disse vil naturlig nok ha mindre eierskap til både boligen og tiltakene til den enkelte beboer. For noen beboere er det viktig med kjente ansatte for å trives og for å få ytt riktig omsorg. Flere peker også på at det er store forskjeller i kompetansenivå mellom de ulike ansatte.

Pårørende peker på at det er et moment med ressursbruk ved Solplassen som må tas inn i beregning, og det er at avdelingen yter tjenester til en innbygger som ikke bor ved avdelingen, men får tjenesten hjemme. Dette fremkommer ikke i oversikten.

5.4. Revisors vurdering

Revisjonen mener at tilrettelagte tjenester i Ås kommune har sørget for at det er tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppgavene i tjenesten.

Kommunen har utarbeidet en kompetanse- og opplæringsplan for helse og mestring, som inkluderer prioriterte grunnutdanninger, etter- og videreutdanninger, og kompetanse- og læringstiltak. Handlingsplanen for tilrettelagte tjenester inneholder spesifikke oppgaver som å ha oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov, sikre tilstrekkelig kvalifisert bemanning, og legge til rette for

kompetanseheving. Etter revisjonens mening har kommunen har en strukturert tilnærming til å kartlegge og planlegge kompetansebehov, noe som er positivt for å sikre at personellet har nødvendig kompetanse. Det er også positivt at ledelsen legger til rette for kurs og videreutdanning for de ansatte.

Kommunen har gjort betydelige fremskritt i å sikre at enhet for bolig for voksne har tilstrekkelig og kompetent personell. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til sykefravær, vakanser, og opplæring av nyansatte. Dette kan være risikofaktorer for tjenestekvaliteten, og er en bekymring hos flere pårørende. Dette er utfordringer som gjør seg gjeldende ved mange sektorer i mange kommuner, og ikke en særskilt utfordring i Ås kommune. Revisjonen mener at kommunen bør fortsette arbeidet med kompetanseutvikling, ressursplanlegging, og kontinuitet i tjenestene.

6. Dokumentasjon

6.1. Kartlegging og evaluering av vedtak

Ås kommune bruker blant annet IPLOS/ ADL som kartleggingsverktøy. Ifølge kommunens egne retningslinjer skal denne kartleggingen brukes i forbindelse med;

- Søknad eller endring av behov
- Vedtak
- Tildeling av tjenester
- Tilrettelegging av tjenester
- Dokumentasjon av effekten av tiltak
- Evaluering av tiltak

I rutinebeskrivelsene til Ås kommune er det beskrevet at registreringer av helse- og omsorgsdata, IPLOS, skal gjøres minst en gang i året og alltid ved store endringer av helsetilstand. I interne retningslinjer for dokumentasjon fremkommer det at alle tiltak som et minimum evalueres en gang i måneden, og alltid ved endringer hos innbygger og i forbindelse med årlig vedtaksgjennomgang. Dette er også konkretisert i handlingsplanen til tilrettelagte tjenester under området personsentrerte tjenester.

Det er også et krav at ADL-kartleggingene skal rapporteres nasjonalt til IPLOS⁴. ADL er en funksjonskartlegging med en gradering av innbyggers funksjonsnivå fra 1- ingen behov til bistand til 5- fullt behov for bistand.

Bilde 2 Skjermklipp opplæring ADL i Gerica

⁴ Forklartelse for Activities of daily living

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	50	51	52	Skår	Registrert	Gyldig til
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,50	20.06.2020	
4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	02.12.2019	08.2020
4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	01.04.2019	12.2019
3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	31.03.2019	03.2019
3	1	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	28.03.2018	03.2019
3	1	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	21.03.2018	03.2018
3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	20.03.2018	03.2018
3	3	4	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	01.08.2017	03.2018
2	3	4	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	05.02.2017	07.2017
2	2	4	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,00	06.11.2016	03.2017

Det fortelles i intervju at rutine og praksis er at primærkontakter og fagkoordinator er ansvarlig for kartlegginger og evalueringer (inkludert ADL/IPLOS), hvor primærkontakt er utfører og fagkoordinator veileder. De er også ansvarlige for å formidle informasjon om endringer til de øvrige ansatte. Alle ansatte har et ansvar for å se etter endringer, men primærkontakt og fagkoordinator har et ekstra ansvar for sine pasienter.

Ved en av avdelingene, Kajaveien, var det forsinkelser i ADL-kartleggingene, og disse ble derfor ikke ferdig innen fristen i 2023. Løsningen denne gangen ble å gå igjennom hver enkelt bruker med forvaltningsenheten, for å gi et innblikk i avdelingens vurderinger før evalueringer av vedtak.

Kvalitetssykepleier forteller at det er kontinuerlig arbeid med å øke forståelsen av ADL og IPLOS - kartlegginger og sammenhengen med tiltaksplan. For ADL- kartlegging gjøres av fagkoordinator, men det skal gjøres i samarbeid med av primærkontaktene. Dette går igjennom ved veiledning av primærkontaktene. Tiltaksplanveilederen som er under utarbeidelse, vil hjelpe til å gi en bedre beskrivelse av innbygger og dennes tjenestebehov.

Evalueringer av vedtak

Enhetsleder forteller at alle innbyggere har hatt en gjennomgang av sine vedtak i løpet av de siste 12 månedene.

Alle revisjonen har intervjuet oppgir at det er en fast praksis med årlige gjennomganger av vedtak som et minimum, og ved behov. Det presiseres at det er ulikt hvor mye og hurtige endringer det er i funksjon og hjelpetiltak. Noen har uendrede behov over lengre perioder, mens andre har hurtig skiftende behov.

Det er forvaltningskontoret som har vedtaksmyndighet og formelt fatter nye/endrede vedtak. Enhetsleder forteller at det har vært endringer i dette samarbeidet, og det nå er avtalt at avdelingene skal bidra mer i revurderingsvedtak og samarbeider tettere med forvaltningen. Etter en runde med dette i fjor har kommunen tatt lærdom for å gjøre gode revurderinger, samt at det skal stå i vedtaket at avdelingen også har vært med på å revurdere vedtaket.

Gjennomgangen i sakssystemet viste at det har blitt gjennomført ADL-kartlegginger for alle innbyggere i løpet av det siste året. Revisor finner data i gjennomgangen i Gerica, at kartleggingen er gjennomgått av fagkoordinatorene ved de ulike boligene.

Tabell 5 Oversikt over kartlegginger og vedtak fra Gerica

ID	Antall vedtak og år	Er dato satt for neste vurdering	Dato for siste ADL-registrering	Nest siste dato for ADL-registrering
A	4 vedtak. Fra 2023/2024. Mat og bolig fra 2001	Ja, for praktisk bistand og støttekontakt. Ikke bolig og mat.	15.11.2023	09.11.2022
B	2 vedtak. Fra 2023/2024	Ja	16.11.2023	14.07.2022
C	6 vedtak. Praktisk bistand og støttekontakt 2023/2024. Bolig fra 2015.	Ja	06.11.2024	16.11.2024 (årlig)
D	5 vedtak. Alle utenom bolig fra 2023/2024	Ja, for støttekontakt og praktisk bistand. Ikke IP.	01.12.2023	08.12.2022
E	4 vedtak. Alle fra 2023/ 2024	Kun for ett vedtak, og det er ikke gjennomført (15.10.2024)	01.11.2024	22.11.2023
F	3 vedtak. Praktisk bistand vedtatt sist 2023. Øvrige fra 2001/2022	For praktisk bistand, ikke gjennomført (15.10.2024)	15.11.2023	05.06.2022 (årlig før det)
G	3 vedtak. Alle fra 2024	Ja	16.07.2024	17.12.2020
H	4 vedtak. 2023/2024. Ett om bolig fra 2007.	Ja	16.07.2024	18.12.2020

	Vedtaket oppgir kartlegging fra avdelingens om årsak til økte timer.			
I	4 vedtak. 2023/2024. Oppgis kontakt med avdelingen.	Ja	09.07.2024	05.12.2019
J	3 vedtak. Alle revidert i 2023.	Ja, men ikke gjennomført (1.10.2024)	16.07.2024	05.12.2019
K	2 vedtak. Praktisk bistand 2023. IP fra 2011	Ja, men ikke gjennomført	16.07.2024	05.12.2019
L	2 vedtak. Fra 2024	Ja	20.12.2023	20.12.2022
M	2 vedtak. Fra 2024	ja	19.08.2024.	09.07.2024. Flere kartlegginger/revideringer registrert i 2024, og årlig før det.
N	2 vedtak. Fra 2024	ja	05.07.2024	20.12.2023. gjennomført årlig
O	3 vedtak. 2 fra 2024. IP 2021.	Ja, men ikke for IP	20.12.2023	21.12.2022 (gjennomført årlig)

Gjennomgangen bekreftet også funnet fra forrige forvaltningsrevisjon, hvor det ble påpekt et etterslep på kartlegginger og registrering av disse, særlig ved Kajaveien og Dr. Sørdringsvei. Den bekrefter også informasjon gitt i intervju om at det har blitt jobbet med å få gjennomført dette hos alle innbyggere det siste året.

Innspill fra pårørende om kartlegging og evaluering

Pårørende utdyper i intervju og i merknader til spørreundersøkelse at det fortsatt går tid fra observasjoner om innbyggers endrede behov til reell endring i tilbudet. Noen pårørende oppgir at det er for få folk på jobb og det er ingen automatikk i å få inn vikar ved fravær. Dette fører til at oppgaver forskyves og/eller avlyses, hvor kartlegging trekkes frem som et konkret eksempel.

Videre forteller enkelte pårørende at ADL-kartlegginger har blitt utsatt på grunn av for lite kapasitet, da særlig ved Kajaveien. En pårørende mener at siste kartlegging ble gjennomført tidlig 2024, men vedtakstimen er fortsatt ikke i samsvar med reelle miljøterapeutiske og fysiske behov for oppfølging.

Av andre forhold som tas opp av pårørende er behovet for at alle innbyggere ved tilrettelagte tjenester får tilsyn av lege fast en gang i året, utover legebesøk satt opp ved behov. Dette kan være viktig for å avdekke endringer i fysisk form, som innbyggerne selv ikke rapporterer om eller tilfeldigvis blir fanget opp.

6.2. Oppdatert dokumentasjon rundt innbygger

Om føring i pasientjournal er det beskrevet i interne retningslinjer at helsepersonell plikter å nedtegne og registrer opplysninger om helsehjelpen de yter i innbyggernes journal. Dette innebærer alle opplysninger som er nødvendige for å sikre forsvarlig helsehjelp og etterprøvnbarhet i den helsehjelpen som er gitt. Det skilles i retningslinjen mellom ulike former for dokumentasjon.

I internt kursmaterieell på temaet dokumentasjon og informasjonssikkerhet er det presisert at det som menes med relevant og nødvendige opplysninger handler om at;

- Du skal kunne dokumentere at du har gjort jobben din
- Du skal dokumentere at innbyggeren har fått tjenestene den skal ha
- Du skal sørge for at neste tjenesteyter kan ta over

Pasientjournal

Vedrørende innhold i pasientjournal viser retningslinjen om gjennomføring av dokumentasjon i tilrettelagte tjenester at det skal gi en oversikt over innbyggernes ønsker, helsetilstand og behov for helsehjelp. Minimumskravene for journal er ifølge kommunens retningslinje;

- Kontaktinformasjon om innbygger, pårørende og samhandlende personell
- Innbyggernes egne beskrivelser av behov for ønsker for helsehjelp, samt reserverasjoner
- Opplysninger om tilstand, symptomer og vurderinger
- Opplysninger om diagnoser, legemidler og livs- og sykehistorie
- Behandlingsplan (tiltaksplan)
- Råd og informasjon som er gitt til innbygger og eventuelt pårørende
- Kritisk informasjon, som for eksempel opplysninger om allergier
- Opplysninger om melding av opplysninger til annet helsepersonell (henvisninger, epikrise o.l)

En gjennomgang av pasientdokumentasjon viser at alle innbyggere har den informasjonen som retningslinjen oppgir.

Tiltaksplan

Tiltaksplanen skal være en beskrivelse av innbyggers behov, mål og hvordan helsehjelpen skal gis (tiltak). Det skal være et arbeidsberedskap for å planlegge, gjennomføre, dokumentere og evaluering av helsehjelp.

Situasjonsbeskrivelsen skal inneholde:

- Beskrivelse av innbyggernes egne ønsker og behov for helsehjelp
- Beskrivelse av faglige vurderinger/ kartlegginger av behov for helsehjelp
- Beskrivelse av innbyggernes ressurser/ evne til egenmestring og utfordringer

Målbekrivelsen skal inneholde:

- Alle mål skal være konkrete, målbare og beskrive en ønsket situasjon frem i tid
- Beskrivelse hva innbyggeren selv ønsker å oppnå med helsehjelpen

- Målbeskrivelse ut fra et faglig perspektiv
- Tidsangivelse for evaluering/vurdering av om målene er oppnådd

Prosedyrebeskrivelsen (tiltakene) skal inneholde:

- Beskrivelse av oppgaver som utføres av innbygger selv
- Beskrivelse av tilrettelegging, beslutningsstøtte, kommunikasjonsstøtte, veiledning for at innbygger skal kunne mestre oppgaven selv og sikres forutsigbarhet og trygghet
- Beskrivelse av helsehjelp/ oppgaver som helsepersonell utfører

I retningslinjen om brukermedvirkning og selvbestemmelse er det også oppført at individuelle avtaler om samhandlingspunkter mellom innbygger og primærkontakt skal beskrives i tiltaksplan, og møtepunkter journalføres.

Bilde 3 Skjermklippopplæring tiltaksplan

Vi oppfylder pasientjournalforskriften når vi bruker tiltaksplan

Plan: Behandlingsplan for pasienten og status i gjennomføringen av planen

Journal: Opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger

Prosedyre: Opplysninger om pågående behandling

Mål: Ønsker for helsehjelpen

Situasjon: Opplysninger om overveielser som har ledet til tiltak

Brugerstatus: Bakgrunn for helsehjelpen og beskrivelse av brukers situasjon

Avdelingsledere og fagkoordinatorer oppgir at alle innbyggere i tilrettelagte tjenester i Ås har tiltaksplan i Geric. Kvalitetssykepleier har gjennomgått alle tiltaksplanene med fagkoordinator og primærkontakter. Kvalitetssykepleier peker på at fagkoordinatorene har gjort en stor jobb i forkant, og nå gjennomgås de også med primærkontaktene. Særlig dette med selvbestemmelse kommer tydeligere frem i de gjennomgåtte tiltaksplanene.

Det fremkommer i intervjuer at det har blitt, og fortsatt jobbes med, forbedringer i hvordan tiltaksplaner utformes og formuleres. Det forklares at klare og gode formuleringer er viktig for at praksis med at dokumentasjonsplikten er ivaretatt ved «Lagring uten fritekst», altså at tiltaksplanene er å forstå som fulgt med mindre noe annet er skrevet. Det presiseres at noen tiltak trenger bedre beskrivelser.

Revisjonens gjennomgang av dokumentasjonen knyttet til 15 innbyggere som får tilrettelagte tjenester viser at de alle fleste har hatt en revidering av tiltak i løpet av det siste året. Det varierer noe hvor mange tiltak av alle tiltak i tiltaksplanen som står registrert endret det siste året. Solplassen skiller seg ut med regelmessige og hyppige endringer for sine innbyggere.

Tabell 6 Matrise med siste evalueringer i tiltaksplan

Person	Endringer i tiltaksplan	Avdeling
A	Tiltak 2019-2024. De fleste fra 2024.	Dr. Sødringsvei
B	Tiltak 2019-2023	Dr. Sødringsvei
C	Tiltak fra 2017-2023	Dr. Sødringsvei
D	Tiltak fra 2023/2024	Dr. Sødringsvei
E	Tiltak fra 2024	Dr. Sødringsvei
F	Tiltak fra 2017- 2024	Dr. Sødringsvei
G	Tiltak fra 2023-2024	Kajaveien
H	Tiltak fra 2023-2024, flest i 2023.	Kajaveien
I	Tiltak fra 2019-2023. Flest fra 2023	Kajaveien
J	Tiltak fra 2020-2024.	Kajaveien
K	Tiltak fra 2018-2024. De fleste fra 2020.	Kajaveien
L	Tiltak fra 2019-2024. Flest fra 2024.	Solplassen
M	Alle tiltak sist endret i 2024	Solplassen
N	Alle tiltak sist endret i 2024. Noen tiltak er på andre ansvarsområder (medisinansvarlig) ikke revidert.	Solplassen
O	Tiltak fra 2024.	Solplassen

Ledere og fagkoordinatorer oppgir at ansatte gjør seg kjent med tiltaksplanene til den enkelte innbygger, og at dette er en del av opplæringsrutinene. Alle nyansatte blir oppfordret til å gjennomgå alle tiltaksplaner og prosedyrer. Øvrige ansatte blir opplyst om at det kommer informasjon om endringer i tiltaksplaner ved bruk av internmeldinger. Alle som går inn på Gericia får varsel om at det er noe nytt. Det er en uttalt forventning, ifølge avdelingsledere, om at når ansatte kommer på jobb skal de inn på Gericia og lese eventuelle endringer. Hvis en ansatt skal inn til innbygger de ikke har kjennskap til fra før, er det krav å lese seg opp på tiltaksplanen til denne.

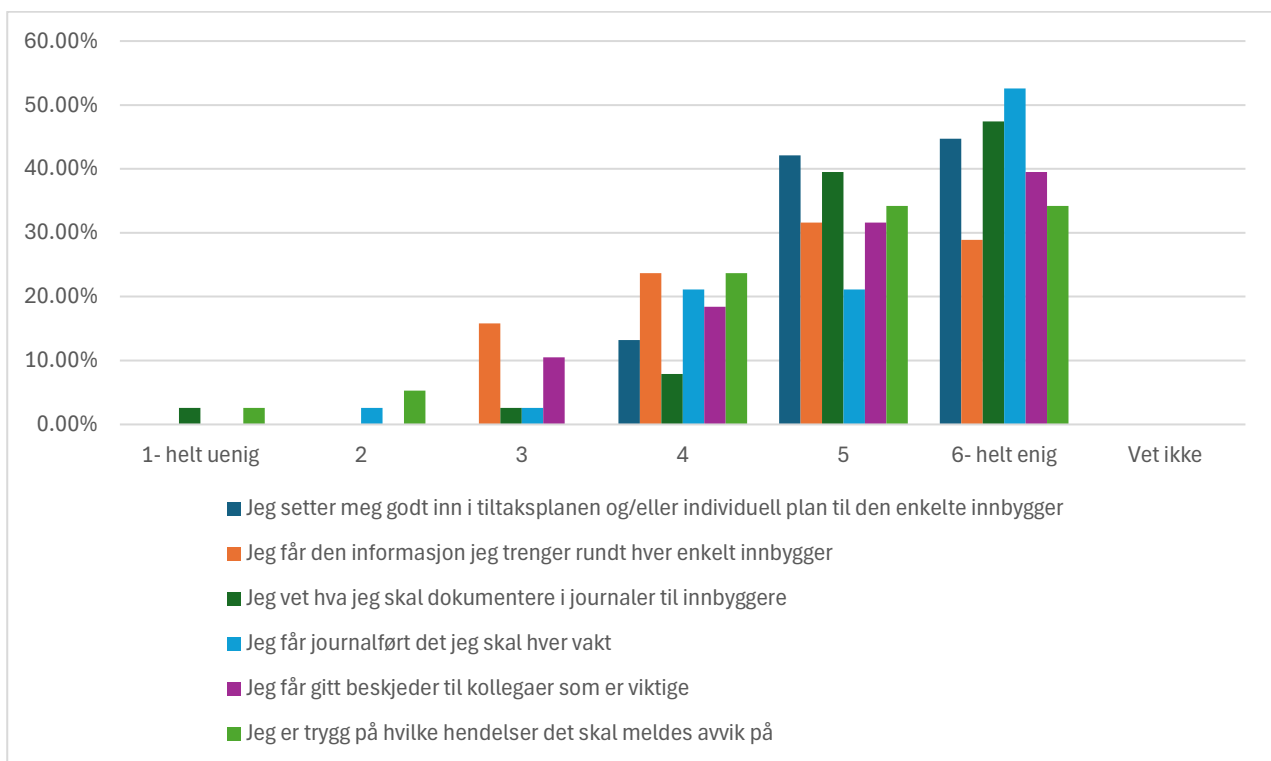
Ansatte ble gjennom spørreundersøkelse bedt om å vurdere hvorvidt de var enig eller uenig i en rekke påstander knyttet til dokumentasjon. Følgende påstander ble besvart;

- Jeg setter meg godt inn i tiltaksplanen og/eller individuell plan til den enkelte innbygger
- Jeg får den informasjon jeg trenger rundt hver enkelt innbygger
- Jeg vet hva jeg skal dokumentere i journaler til innbygger
- Jeg får journalført det jeg skal hver vakt
- Jeg får gitt beskjeder til kollegaer som er viktige
- Jeg er trygg på hvilke hendelser det skal meldes avvik på
- Jeg vet hvordan jeg skal melde avvik.

Resultatet fra spørreundersøkelsen er at flertallet av respondentene er enige (42.1% for 5 og 44.7% for 6) i at de setter seg godt inn i tiltaksplanen og/eller individuell plan til den enkelte innbygger. Flertallet av respondentene er enige (31.6% for 5 og 28.9% for 6) i at de får den informasjon de trenger rundt hver enkelt innbygger. Dette indikerer en god informasjonsflyt, selv om det er noen som er usikre (15.8% for 3).

Flertallet av respondentene er enige (39.5% for 5 og 47.4% for 6) i at de vet hva de skal dokumentere i journaler til innbyggere, at de får journalført det de skal hver vakt (21.1% for 5 og 52.6% for 6), at de får gitt beskjeder til kollegaer som er viktige (31.6% for 5 og 39.5% for 6) og at de er trygg på det skal meldes avvik på.

Figur 7 Spørreundersøkelse ansatte dokumentasjon



Dokumentasjon av tilbudet som er gitt

Revisjonen får forklart at dokumentasjon av tilbudet som gis den enkelte innbygger er tett knyttet til tiltaksplanen. Tilbudet som er gitt er dokumentert ved at ansatte logger inn og lagrer uten ytterligere kommentarer. Det betyr at tiltaksplanen er fulgt, og dermed er tilbudet gitt i henhold til innbyggers behov og det som er avtalt.

Revisjonen får også forklart at det som da skal journalføres er de tilfellene hvor tiltaksplanen av ulike årsaker *ikke* er fulgt.

Kvalitetssykepleier forklarer at det er noen elementer i tjenesteytingen som kan kreve ytterligere dokumentasjon. For eksempel vil situasjoner hvor det er bruk av tvang av makt vil det være naturlig å beskrive dette med tekst i journal. Ansatte skal kunne beskrive innbyggers egne ønsker og muligheter til å ta valg/bestemme selv, og tiltakene skal gjenspeile at man faktisk får det tilbudet. Dette krever godt

formulerte tiltak i planen, slik at lagring uten fritekst også omfatter hvordan brukermedvirkning er sikret. Dette fordrer også god kjennskap til tiltaksplanene hos de ansatte, for å kunne vite hva avviket er.

Fagkoordinatorene og avdelingsledere viser til at opplevelsen er at det dokumenteres når noe ikke blir gjort som avtalt. Det pekes også på at det har blitt arbeidet med formuleringene i tiltaksplanene, som er til god hjelp. Det vises imidlertid til at det er ulik praksis mellom avdelingene. En av avdelingene har ikke fullt ut en praksis med lagring uten fritekst, da dette ikke møter behovene som pårørende har for å kunne få oversikt over tilbudet som er gitt.

En avdelingsleder forteller i intervju at pårørende i noen av boligene ofte ber om innsyn i journal. De forventer å finne svar i journalen på om ansatte gjør det som står i tiltakene, men dette er ikke lett å lese ut fra Gerica slik dette systemet er bygget opp. Avdelingsleder Solplassen har gitt beskjed om å journalføre årsak til at planene ikke blir fulgt, for å kunne dokumentere overfor pårørende at tilbudet er gitt som avtalt.

Det ble sett på tre momenter med journal i saksgjennomgangen; at den beskrev eventuelle avvik fra tiltaksplan, at det kunne forstås hva avviket fra tiltaksplan var og antall merknader/føringer i journal per døgn i en periode på 15 dager (1.-15. oktober 2024).

Tabell 7 Matrise oppføringer per døgn 1 - 15. oktober

ID-nummer	Antall oppføringer per døgn	Avdeling
A	11 oppføringer per døgn	Dr. Sørdringsvei
B	Fra 5-10 oppføringer per døgn	Dr. Sørdringsvei
C	Fra 8-20 oppføringer per døgn	Dr. Sørdringsvei
D	Fra 0- 5 oppføringer per døgn	Dr. Sørdringsvei
E	Ikke relevant	Dr. Sørdringsvei
F	Fra 5-13 oppføringer per døgn	Dr. Sørdringsvei
G	Fra 6- 16 oppføringer per døgn	Kajaveien
H	Fra 5-9 oppføringer per døgn	Kajaveien
I	Fra 8- 14 oppføringer per døgn	Kajaveien
J	Fra 12- 16 oppføringer per døgn	Kajaveien
K	7 for hele perioden 1- 15. oktober	Kajaveien
L	Fra 6-12 oppføringer per døgn	Solplassen
M	Fra 12-15 oppføringer per døgn	Solplassen
N	Fra 8-13 oppføringer per døgn	Solplassen
O	Fra 12-15 oppføringer per døgn	Solplassen

Det er variasjoner i hvor ofte det journalføres per innbygger per døgn. Det er noe høyere gjennomsnitt for Solplassen, som oppgir at de har en praksis med utvidet journalføring. Det er imidlertid ikke markant høyere enn antall oppføringer i Kajaveien og Dr. Sørdringsvei, som oppgir at det i utgangspunktet skal lagres uten fritekst.

Hoveddelen av oppføringene kan leses som bekreftelse av gjennomført tiltaksplan. Dette gir seg uttrykk i at alle journalene som er gjennomgått har opptegnelser, ofte flere ganger om dagen, som:

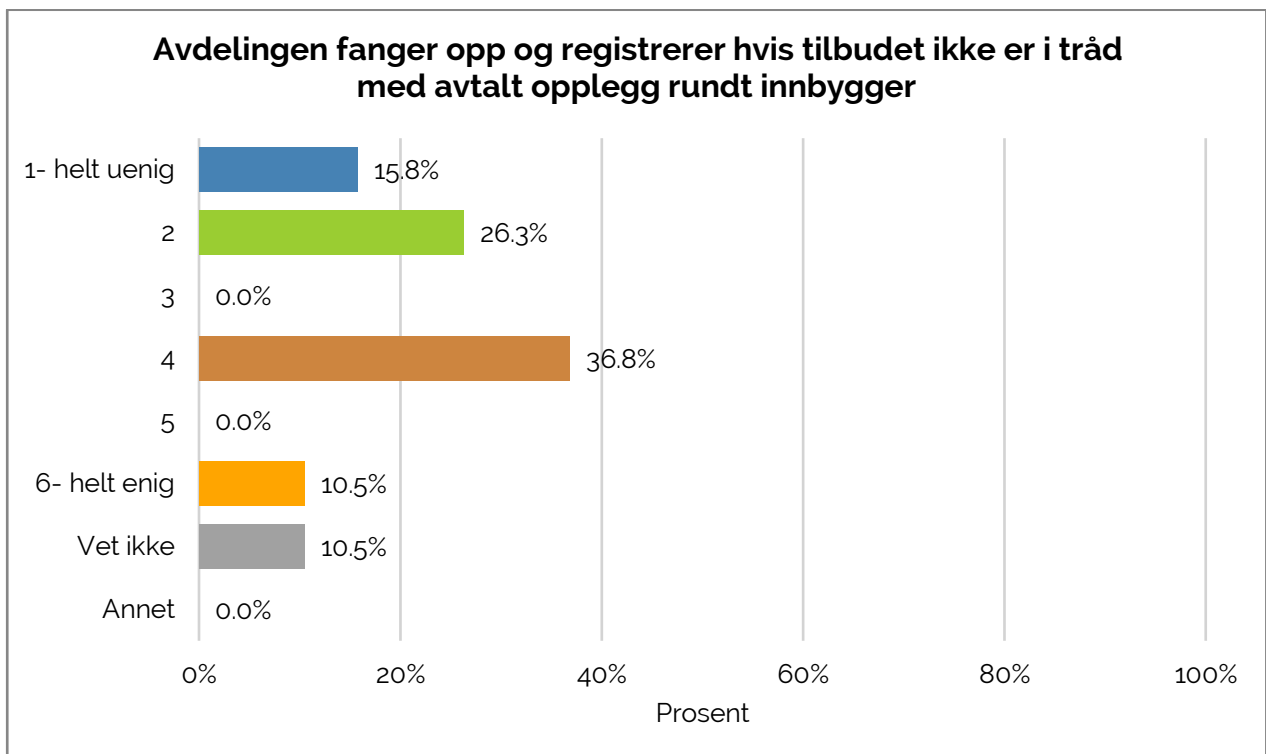
- Utført
- Gitt
- Fulgt til
- Stille og rolig natt
- Mat og væskeinntak (oppramsing)

Det finnes imidlertid også beskrivelser av medisin som gis i form av kurer, samt også beskrivelser av konkrete hendelser og samtaler. Det er også eksempler på at innhold fra ansvarsgruppemøte er beskrevet i journal.

Pårørendes innspill om dokumentasjon

I spørreundersøkelsen til pårørende er det delt oppfatning om hvorvidt avvik rundt avtalt opplegg til innbygger fanges opp og registreres. 42 % oppgir å være uenig med verdiene 1 og 2, mens 36 % oppgir delvis enig (verdi 4). Kun 10 % er helt enig i påstanden om at avvik fanges opp.

Figur 8 Spørreundersøkelse pårørende avvik opplegg



Pårørende forteller i intervju og i spørreundersøkelse om ulike erfaringer knyttet til dokumentasjon. Noe av tilbakemeldingene er tett knyttet til tilbakemeldingene vedrørende informasjon, som blir omtalt på side 44.

Om dokumentasjon av tilbudet som gis, er det flere som peker på at det er krevende som pårørende å vite om tilbudet blitt gitt som avtalt. Det presiseres av noen at de mener det ytes god omsorg i det store,

og noen viser til at det er team som har god kontroll på behov og oppfølging av den enkelte. Det bemerkes imidlertid at omsorgen som gis ikke lar seg lese ut av dokumentasjonen, og dermed heller ikke hva som eventuelt ikke er gjort i henhold til avtale.

Noen forteller at de har flere og gjentatte eksempler på at avtaler, som ukeplan og økonomiplan ikke er laget eller hengt opp for innbygger. Flere forteller at innbygger selv forteller pårørende at de ikke har gjort aktiviteter eller planlagte oppgaver. Dette rapporteres sjelden fra avdelingen selv. Det presiseres av pårørende at forutsigbarhet og planmessighet er en sentral del av miljøarbeidet for noen av innbyggerne, og bør følgelig være en prioritert oppgave.

Mange pårørende, fra flere avdelinger, forteller at det kan stilles spørsmålsteget ved om alle vikarer, i helger og ferier, har så god kjennskap til tiltaksplanen som er nødvendig for god dokumentasjon.

Flere peker på at brukerpermen for den enkelte innbygger er svært viktig. Det forklares at personalet skal ta med denne inn til beboeren, og den dekker mer enn det som står i tiltaksplanen. Noen viser til at denne er viktig for at nye ansatte og vikarer skal kunne få informasjon de trenger, andre stiller spørsmål til hvorvidt denne brukes aktivt av personalet.

6.3. Internkontroll dokumentasjon

I rutinedokumentet "Retningslinje for dokumentasjon" er gjennomføring, ansvarsfordeling og internkontroll for alle typer dokumentasjon i enheten beskrevet. Her er det blant annet oppgitt at avdelingsledere har ansvar for at retningslinjen er fulgt og gjort kjent for ansatte, og har det delegerte ansvaret for pasientjournalene. Det er videre beskrevet at avdelingsleder og fagansvarlige har ansvar for at alle ansatte og vikarer får nødvendig kunnskap om at dokumentasjonen er i henhold til lovkrav, forskrift og nasjonale forskrifter. Av innsendt dokumentasjon er et månedsbrev sendt ut til alle ansatte med informasjon om dokumentasjon og IPLoS.

Det fremkommer av kommunens retningslinje at avdelingsleder skal minst to ganger i året og ved behov gjennomgå journalføringen for å sikre at alle ansatte etterlever sin journalføringsplikt.

Videre skal avdelingsleder og fagkoordinator ha ansvar for gjennomføring av internkontroll av dokumentasjon per innbygger, som også skal inneholde en vurdering av språk og innhold. Det er utarbeidet et skjema for denne kontrollen som skal brukes.

Bilde 4 Skjermbilde internkontroll dokumentasjon

INTERNKONTROLL DOKUMENTASJON – TILRETTELAGTE TJENESTER

Gerica ID: _____

Dato: _____

Punkt 1-15 vurderes av fagkoordinator, punkt 16-22 vurderes av avdelingsleder

	Kontrollpunkter	I orden		Kommentar – nye tiltak
		Ja	Nei	
1	Er ADL og IPLOS oppdatert?			
2	Er diagnoser ført inn?			
3	Er kontaktopplysninger om innbygger korrekt?			
4	Er nærmeste pårørende og kontaktinfo oppgitt?			
5	Er opplysninger om verge m/kontaktinfo oppgitt?			
6	Er primærkontakt oppgitt?			
7	Er fastlege og kontaktinfo oppgitt?			
8	Er brukerstatus oppdatert?			
9	Inneholder tiltaksplanen alle aktuelle situasjoner med relevante tiltak og er den evaluert?			
10	Beskrives brukermedvirkning, ønsker og ressurser i tiltakene?			
11	Er journalføring relevant ift vedtak og tiltaksplan?			
12	Registreres vekt/labsvar iht tiltak i tiltaksplan?			
13	Er samtaler/avtaler med beboer dokumentert/fulgt opp?			
14	Er tiltakene evaluert månedlig?			
15	Benyttes journaltyper som beskrevet i retningslinjene korrekt?			
16	Er journalføringen lett å forstå? (språk/innhold)			
17	Har primærkontaktene fulgt opp og utført oppgaver iht retningslinje primærkontakt?			
18	Er journalansvarlig oppgitt?			
19	Er samtaler/avtaler med pårørende dokumentert/fulgt opp?			
20	Foreligger det utskrifter iht føringer for nedetid for Gerica og er de oppdatert?			
21	Er ansvarsgruppe/samarbeidsmøter avholdt som planlagt og referatført?			
22	Er dokumentasjon ift Hol9 og Kap.4a vedtak tilfredsstillende?			

Revisjonen får opplyst at kontrollskjemaet for dokumentasjon er nytt, og ikke fullt implementert på revisjonstidspunktet.

Avdelingslederne forteller at god nok dokumentasjon er et kontinuerlig arbeid og med et stadig forbedringspotensial. Det må sikres at det gis opplæring til alle ansatte uavhengig av stillingsform og at man har et system for kvalitetssikring. Avdelingsledere forteller at de gjør kontroller i form av stikkprøver av journalføring, men at det ikke har vært rutine for å dokumentere denne kontrollen. Avdelingsledere forteller at det også må gjøres avveininger om detaljnivået og informasjon som deles i journal. Det er derfor et behov for brukerperm i tillegg til dokumentasjonssystemet Gerica.

Tjenesten har utarbeidet risiko -og vesentlighetsvurderinger knyttet til dokumentasjon. Her er risikomomentene oppbevaring, tilgang, kompetanse, tiltaksplan og journalføring. Av disse risikoene er det tilgang, tiltaksplan og journalføring som hadde både sannsynlighet for at det kunne skje, og med høy konsekvens.

Tjenesten har også gjennomført en intern gjennomgang av forbedringspunkter for tiltaksplaner og journalføring sommer 2024. Oppsummeringen av denne viser at det er en rekke områder i dokumentasjonen som må følges opp og forbedres. Tjenesten har gjennomført en kartlegging av sårbarheter knyttet til dokumentasjon og tiltaksplaner. Oppsummert er det følgende forbedringspunkter avdekket i 2024:

- IPLOS
- ADL-skår
- Medisinlister
- Labsvar
- Brukerstatus
- Brukermedvirkning
- Kommunikasjon
- Journalføring

Punkter for videre arbeid er å få på plass en veileder om dokumentasjon og tiltaksplaner. Videre oppgis det at det må jobbes videre med opplæring innen ADL/IPLOS, tiltaksplanskriving og journalføring.

Det oppgis også som punkter for videre arbeid i intervjuer med kvalitetssykepleier og enhetsleder. Nå skal det arbeides videre med tiltaksplaner og dokumentasjon, og få gode systemer for kartlegging på plass. Selv om noen av tiltakene i handlingsplanen er satt som utført, må det fremdeles holdes i og følges opp oppfølging. Særlig må det tas stikkprøver av journalføringen. Kvalitetssykepleier vil fortsette å gå ut i avdelingene for veiledning og undervisning, det er også ønsket fra avdelingene og ansatte som ønsker individuell veiledning.

Enhetsleder presiserer i intervju at arbeidet og forbedringer knyttet til dokumentasjon er ikke tjenesten i mål med, og det kommer den ikke til å bli heller. Dette er et kontinuerlig forbedringsarbeid som aldri kan bli ukvitterte som ferdig. Men det er gjort en stor jobb med dokumentasjonen. Fagkoordinator har tatt ansvar i hver avdeling og tatt dette videre med ansvarlige. Det er blant annet jobbet med en tiltaksveileder.

6.4. Revisors vurdering

Revisjonen konkluderer med at tjenesten tilrettelagte tjenester har på plass rutiner som skal sikre at kravene til dokumentasjon er ivaretatt. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til kjennskap til disse rutinene for alle ansatte.

Revisjonen mener det er positivt at kommunen i all hovedsak gjennomfører kartlegginger og endringer av vedtak i tråd med egne rutiner. Det er likevel viktig at kommunen fortsatt sikre at dette forblir en prioritert oppgave, da den er avgjørende for å sikre en god sammenheng mellom planlegging av ressurser og tiltak og innbyggers hjelpebehov.

Undersøkelsen viser at alle innbyggere har tiltaksplan med konkrete beskrivelser av ulike oppgaver og målsetninger. Alle innbyggere som ble undersøkt i saksgjennomgangen hadde tiltak som var revidert det siste året. Dette er etter revisjonens mening positivt.

Revisor vil imidlertid bemerke noen oppgitte ulemper med nåværende praksis for journalføring. Dette dreier seg først og fremst om at journalføringen i liten/varierende grad gjør det sporbart om tiltaksplan ikke er fulgt. Revisjonen får opplyst at tjenesten er bevisst disse sårbarhetene og at det tiltak for å redusere risikoene vurderes kontinuerlig. Påørende oppgir også at dokumentasjon av tilbudet som er gitt er lite sporbart, også ved informasjon om at aktiviteter og oppgaver ikke er gjort som avtalt.

Revisjonen mener at internkontrollen av om dokumentasjonen fremstår noe tilfeldig. Revisjonen får imidlertid opplyst at det er laget nye rutiner for å kvalitetssikre dokumentasjonen knyttet til den enkelte bruker. Dette er etter revisjonens mening et viktig og riktig tiltak for så sikre riktig dokumentasjon og journalføring. For å opprettholde og forbedre kvaliteten på dokumentasjonen bør kommunen fortsette å fokusere på opplæring, internkontroll, og kommunikasjon med påørende.

7. Brukermedvirkning og selvbestemmelse

7.1. Rutiner og praksis for brukermedvirkning og selvbestemmelse

Tilrettelagte tjenester i Ås kommune har en laget en retningslinje for brukermedvirkning og selvbestemmelse. Den skisserer blant annet at ansatte i tilrettelagte tjenester skal i all samhandling, kommunikasjon og dialog støtte innbyggerens rett til å ta egne avgjørelser og treffe egne valg. Dette innebærer også å hjelpe innbyggere til å forstå hva et valg handler om, til å avveie konsekvenser og til å velge mellom ulike alternativer.

Brukermedvirkning og selvbestemmelse skal tjenesten løse ved blant annet;

- Samhandling med primærkontakt
- Vurdering av samtykkekompetanse
- Samhandling med pårørende
- Møte kompetansekrav med hensyn til brukermedvirkning/ selvbestemmelse
- Husmøter
- Felles informasjon

I handlingsplanen til tilrettelagte tjenester er brukermedvirkning og selvbestemmelse et eget område med påfølgende tiltak og statusvurderinger. Oppsummert har tjenesten bestemt at det skal jobbes med følgende oppgaver:

- Sørge for ansatte har kompetanse på å gi beslutningsstøtte og gir dette etisk forsvarlig
- Sikre selvbestemmelse gjennom å legge til rette for godt samarbeid og kritisk refleksjon
- Involvere tjenestemottaker/ pårørende i alle avgjørelser som gjelder tjenestemottakers situasjon
- Ha systemer for medvirkning på systemnivå
- Legge til rette for at den enkelte deltar i og mestrer dagliglivets gjøremål
- Sikre kompetanse/ opplæring i samtykkevurderinger

I intervjuer med ledere og fagpersoner i kommunen oppgis det at det har vært en økt bevissthet rundt selvbestemmelse og brukermedvirkning. Dette diskuteres jevnlig og er en del av den daglige praksisen.

Enhetsleder forteller at tilrettelagte tjenester jobber etter de krav som er satt i lovverk, hva gjelder brukermedvirkning. I praksis er det ofte pårørende som yter medvirkning og påvirkning på tjenesten som gis til innbyggerne. Selvbestemmelse derimot er noe som alle innbyggere ved tilrettelagte tjenester skal få oppleve og som skal tilbys. Et tiltak rundt dette er å få selvbestemmelse og innbyggers tilbud om valg inn i tiltaksplan, som det jobbes med fortsatt.

Et annet satsningsområde er, ifølge enhetsleder, å få etisk refleksjon som en fast praksis ved avdelingene. Det er viktig å huske på at enkelte utviklingshemmede har alltid blitt bestemt over, og bevisstgjøring om hvordan vi skal jobbe med innbygger og dens ønsker er viktig i utførelsen.

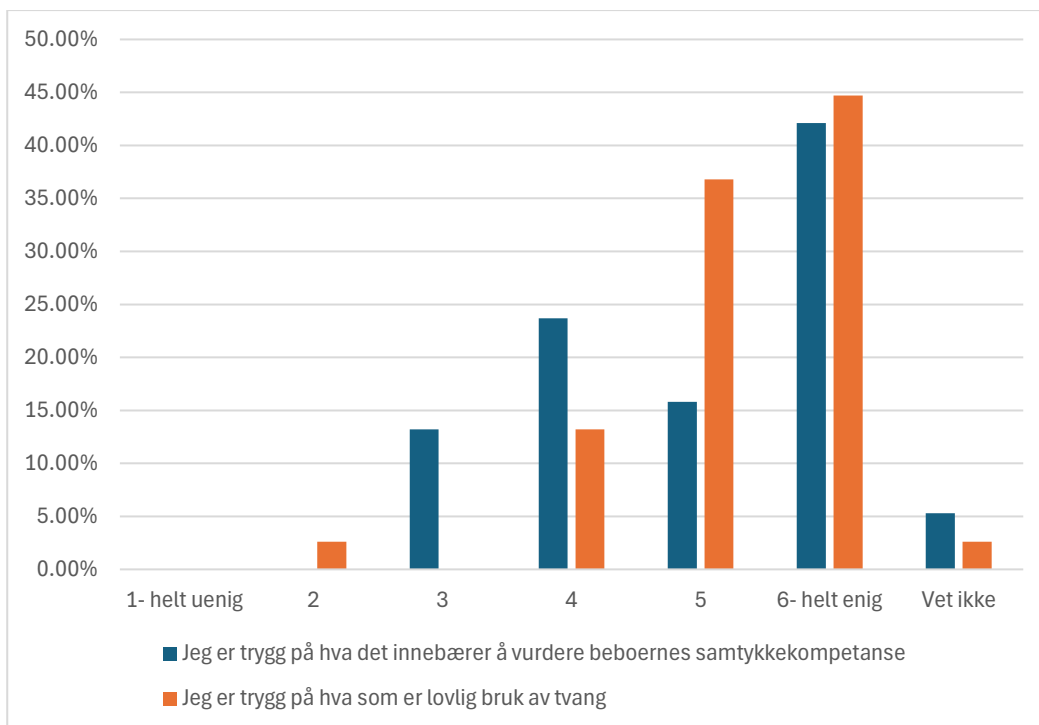
Det fortelles av avdelingsledere at brukermedvirkning er et komplekst tema, spesielt når det gjelder brukere som ikke har språk. Det er utfordringer knyttet til å sikre at det er brukerens egentlige ønsker som blir ivaretatt, og ikke bare pårørendes. Det har blitt snakket mye om å yte beslutningsstøtte.

Avdelingsledere oppgir også i intervju at det skal vises i dokumentasjonen at brukeren har fått velge. Avdelingsledere har arbeidet med få brukermedvirkning til å være en naturlig del av overlapp og samtaler, og bevisstheten av å skrive at de har fått av valgene i journal. Av andre forbedringspunkter vises det til at det er behov for å inkludere brukermedvirkning i tiltaksplaner og å forbedre journalføringen slik at det tydelig fremgår hva som er gjort helt konkret for å sikre brukermedvirkning.

Det oppgis at i intervjuer at alle ansatte har vært på kurs innen tema tvang og makt, (kapittel ga i helse og omsorgstjenesteloven) og at de har mottatt e-læringskurs i samtykkekompetanse. Dette bidrar til å øke kompetansen og bevisstheten rundt brukermedvirkning og selvbestemmelse. Revisjonen har mottatt kursoversikter, som også oppgir hvilke ansatte som har deltatt og gjennomført.

I spørreundersøkelsen oppgir hovedvekten av respondentene at de er trygge på hva det innebærer å vurdere beboernes samtykkekompetanse. Det er enkelte som oppgir at det er rom for forbedring. Det samme resultat på spørsmål om lovlig bruk av tvang. 13,20 % er uenige i vurderingen av beboernes samtykkekompetanse, mens 2,60 % er uenige i hva som er lovlig bruk av tvang

Figur 9 Spørreundersøkelse ansatte samtykkekompetanse og bruk av tvang



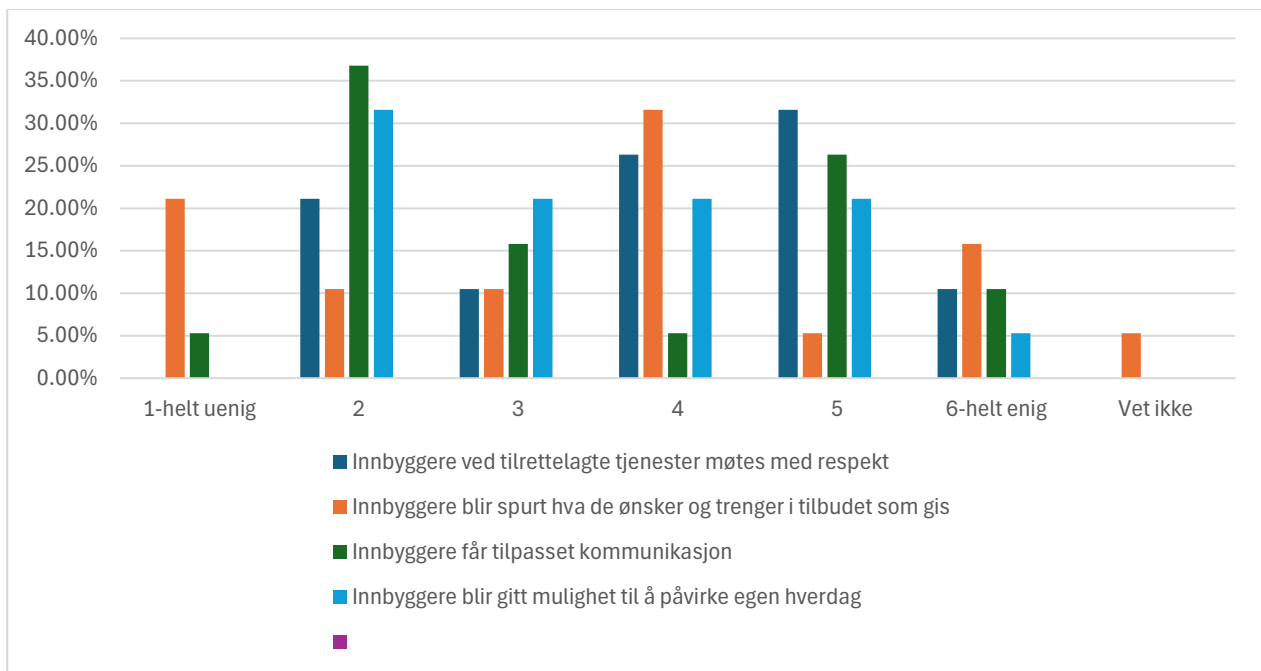
Innspill fra pårørende om selvbestemmelse og brukermedvirkning

Resultatet fra spørreundersøkelsen til pårørende er mer delt i oppfatningen om innbyggerne de er pårørende for får ivaretatt selvbestemmelse og brukermedvirkning. Det er en betydelig andel som er usikre (26.3%) på om avdelingen har praksis som sikrer brukermedvirkning og selvstyre. Flertallet av de som har en mening er enige i varierende grad, men det er også en betydelig andel som er helt uenige

(15.8%). Flertallet av respondentene er enige (31.6% for 5 og 26.3% for 4) i at innbyggerne møtes med respekt, mens uenige (21.1%). Flertallet av respondentene er enige (31.6%) i at innbyggerne blir spurt om hva de ønsker og trenger, men det er også en betydelig andel som er helt uenige (21.1%).

En betydelig andel av respondentene er uenige (36.8%) i at innbyggerne får tilpasset kommunikasjon, mens en god del er enige (26.3% for 5 og 10.5% for 6). Flertallet av respondentene er delt mellom å være uenige (31.6%) og enige (21.1% for både 3, 4 og 5) i at innbyggerne har mulighet til å påvirke sin egen hverdag.

Figur 10 Spørreundersøkelse pårørende om brukermedvirkning(n=19)



7.2. Individuell plan og koordinator

Ås kommune har en retningslinje for individuelle planer og samarbeid om felles brukere, som er under revidering. Den skisserer bruksområde, beskrivelse av saksgang og ansvarsområder, samt krav til innhold og oppfølging. Det foreligger også retningslinjer for koordinatorene og koordinerende enhet. Det er også utarbeidet en koordinatorhåndbok, samt opplæring og undervisningsmaterieell for koordinatorrollen.

Det ble gjennomført en koordinatorssamling i kommunens regi februar 2024. Revisjonen har fått oversendt tilbakemeldingene og innspill som kom etter denne samlingen. Det vises til et behov for felles forståelse og retningslinjer, samt kompetanse om utarbeidelse og riktig bruk av individuell plan.

Samtlige revisjonen har intervjuet av ledere med fag- og personalansvar oppgir at det er på plass systemer som ivaretar en koordinering av tilbudet rundt brukere. Alle innbyggere i tilrettelagte tjenester har oppnevnt en koordinator.

Vedrørende bruk av individuell plan oppgis det at noen innbyggere har vedtak om dette, men det er en vurdering om hvorvidt disse skal videreføres. Det presiseres i intervju at selv om man ikke har individuell

plan skal det gjøres avklaringer. Alle innbyggere har et team på to som er primærkontakter og skal avklare hvem som har koordinatrollen. Noen ønsker møte to- tre ganger i året, og noen ønsker mer, noen mindre.

Kvalitetssykepleier bekrefter at det er en diskusjon om bruk av individuell plan. Enkelte har vedtak om dette, men disse er ikke i bruk, også etter eget ønske. Det skal jobbes med å øke kompetanse om hva individuell plan er, og hvordan den skal brukes. Det presiseres at mye av jobben som individuell plan skal ivareta gjøres likevel. En individuell plan kan ofte oppleves mer som en pårørendeplan for denne gruppen. Noen vil sikkert trenge det, men kan bli for avansert for andre. Det forklares videre at det viktigste er at alle innbyggere har en koordinator, noe de har. Fordelen med en individuell plan er at denne er utenfor Gerica og er et verktøy alle samarbeidende aktører kan jobbe i.

To av innbyggerne hvor det ble gjennomgått dokumentasjonen til hadde vedtak om individuell plan. Disse var vedtatt sist i henholdsvis 2011 og 2021, og dato for revurdering var ikke satt opp i fagsystemet.

På spørsmål fra revisjonen om hva pårørende mener om individuell plan, er det delte meninger. Noen oppgir at de tenker dette kunne være et nyttig verktøy, brukt riktig. Det forventes at ledere har forståelse for IP-ens virkeområde og hensikt, noe de opplever ikke er tilfelle nå. Det pekes på at det for eksempel med fordel kunne vært laget en IP, hvor fastlege var inkludert. Andre viser til at de opplever at tjenestene er godt koordinert rundt innbygger, og at det ikke er noe behov for IP. Det pekes på at innbygger har et team, bestående av koordinatører, som er sentralt for å følge opp den enkelte.

7.3. Pårørendesamarbeid

Brukerråd/ pårørenderåd

Det er etablert brukerråd ved alle avdelingene i tilrettelagte tjenester. Brukerrådene består av pårørende ved den enkelte avdeling. Ifølge mandatet som er utarbeidet skal Brukerrådet;

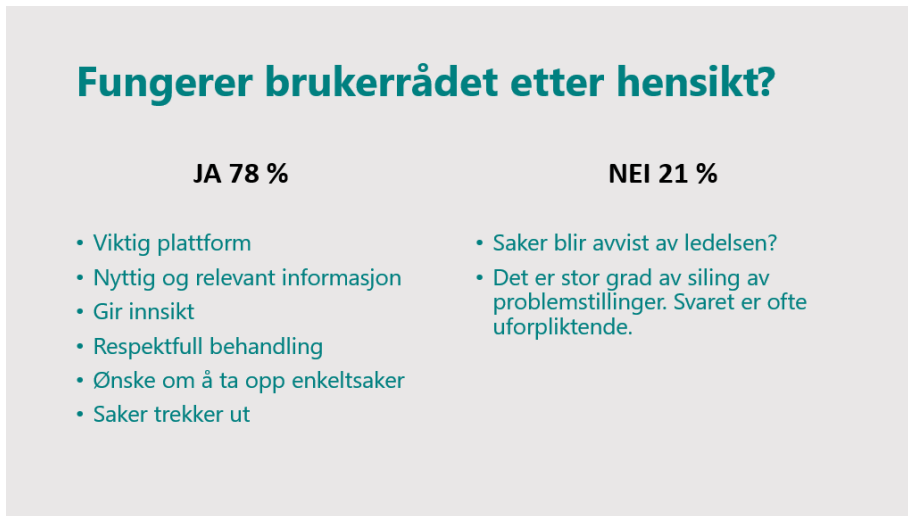
- Være et samhandlingspunkt preget av likeverdighet og gjensidig respekt.
- Drøfte og gi råd i saker som angår kvalitet og innhold i tjenestene.
- Fremme forslag til tiltak og få tilbakemelding på oppfølgingen av disse.
- Ivareta beboernes og pårørendes generelle interesser.
- Ikke behandle enkeltsaker eller personalsaker.

Det bekreftes i intervju at alle avdelinger har et brukerråd. Opplevelsen er at disse fungerer godt og etter hensikten. Enhetsleder peker på at det er ulike krav hos de pårørende om informasjon. Opplevelsen er at det fungerer som et godt fora for informasjonsdeling for de fleste, mens særlig Solplassen oppgir behov for mer og tettere informasjon.

Det er også opprettet et felles brukerråd, hvor representanter fra alle avdelingene møter, samt tjenesteleder og en politiker. Enhetsleder forteller at dette er en god diskusjonsarena som er konstruktiv og utviklende. Tjenesten får både ris og ros. Det fine er at utvikling kan diskuteres. Man diskuterer eksempelvis tvang og makt, taushetsplikt og lovverk rundt dette

Ås kommune gjennomførte en brukerrådsundersøkelse i 2024. Her svarte 78 % at de opplevde at brukerrådet fungerte etter hensikten.

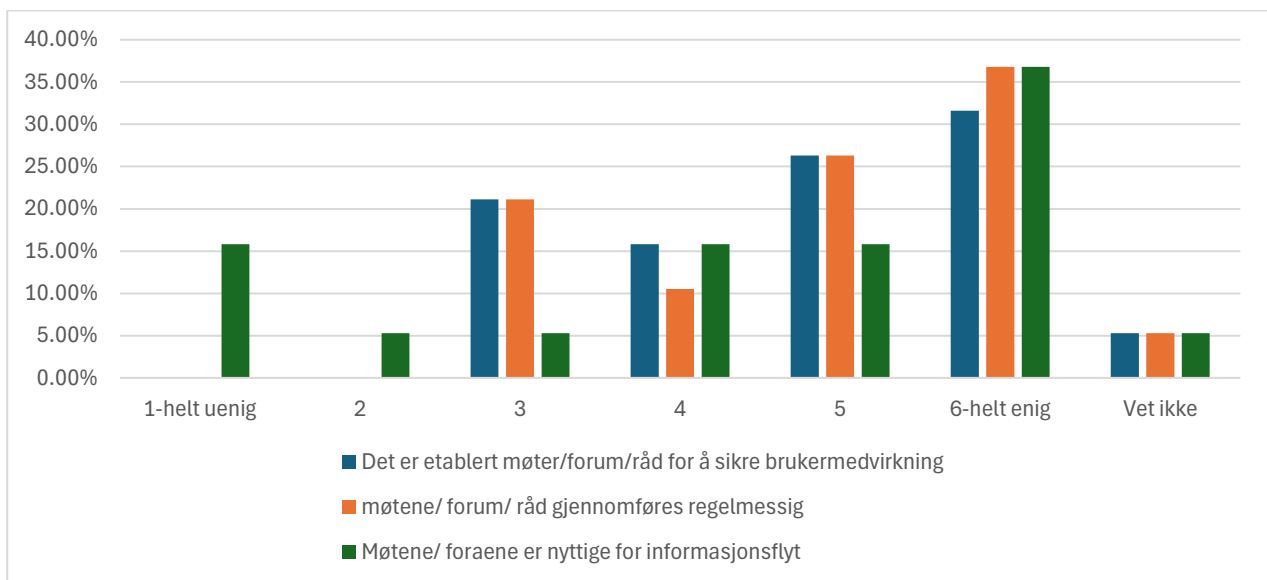
Tabell 8 Skjerm bilde oppsummering fra brukerrådsundersøkelsen 2024



Resultatet fra brukerrådsundersøkelsen er sammenfallende med spørreundersøkelsen pårørende besvarte i forbindelse med denne revisjonen.

I spørreundersøkelsen oppgir nær alle, dog i varierende grad fra verdi 4 til 6, at det er etablert møte/forum/råd og at disse gjennomføres regelmessig. Om lag en av fem er uenige i påstanden om at møtene/ foraene er nyttige for informasjonsflyt.

Figur 11 Spørreundersøkelse pårørende brukerråd



Det utdypes i intervjuer at det felles brukerrådet har vært en styrking av pårørendesamarbeidet generelt, hvor det gis og fås informasjon. Det er fem felles brukerråd i året. En politiker er også med i brukerrådet, Leder for helse og sosialutvalget i kommunen. Har fått aksept for å invitere inn andre ut fra typer saker som skal behandles.

Brukerrådene har fått til mye i Ås de siste to årene, men det gjenstår mye. En stor endring er at man nå blir hørt, dette var ikke opplevelsen tidligere.

Av forbedringspunkter viser det til at fortsatt, særlig ved enkelte avdelinger, bør jobbes med tydelige beskjeder og informasjon. Videre er det ønsket om at fagkoordinator stiller i brukerrådet fordi daglig leder ikke har like god kjennskap til tilbudet som gis beboerne som er der. Fagkoordinator har innsikt i beboerne.

Informasjon til pårørende fra tjeneste

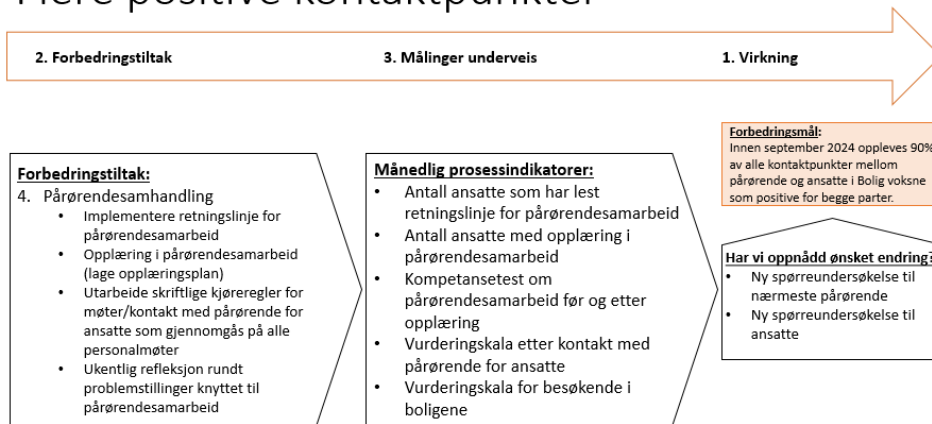
Revisjonen har fått oversendt eksempler på informasjonsskriv som sendes ut til pårørende fra ledelse ved tilrettelagte tjenester. Det fremkommer at dette er et prioritert område i tjenestenes forbedringsarbeid. Tiltakene som er oppgitt er:

- Systematisk opplæring og oppfølging av alle primærkontaktene for å sikre at alle er kjent med sine oppgaver og ansvar
- Gjennomføre forventningsavklaring og lage klare avtaler med pårørende
- Etablere bedre systemer for informasjonsutveksling mellom ansatte
- Opplæring og kompetanseheving knyttet til pårørendesamarbeid
- Etablere kjøreregler for kommunikasjon/ møter med pårørende

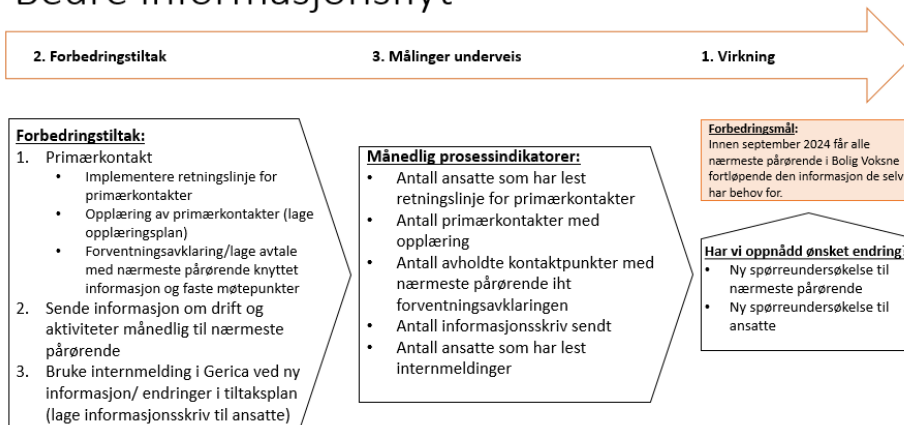
Tjenesten har sendt over forbedringsmålene for pårørendesamarbeidet, som vist i skjermdroppene under.

Bilde 5 Skjermdropp forbedringsprosess pårørendekontakt

Flere positive kontaktpunkter



Bedre informasjonsflyt



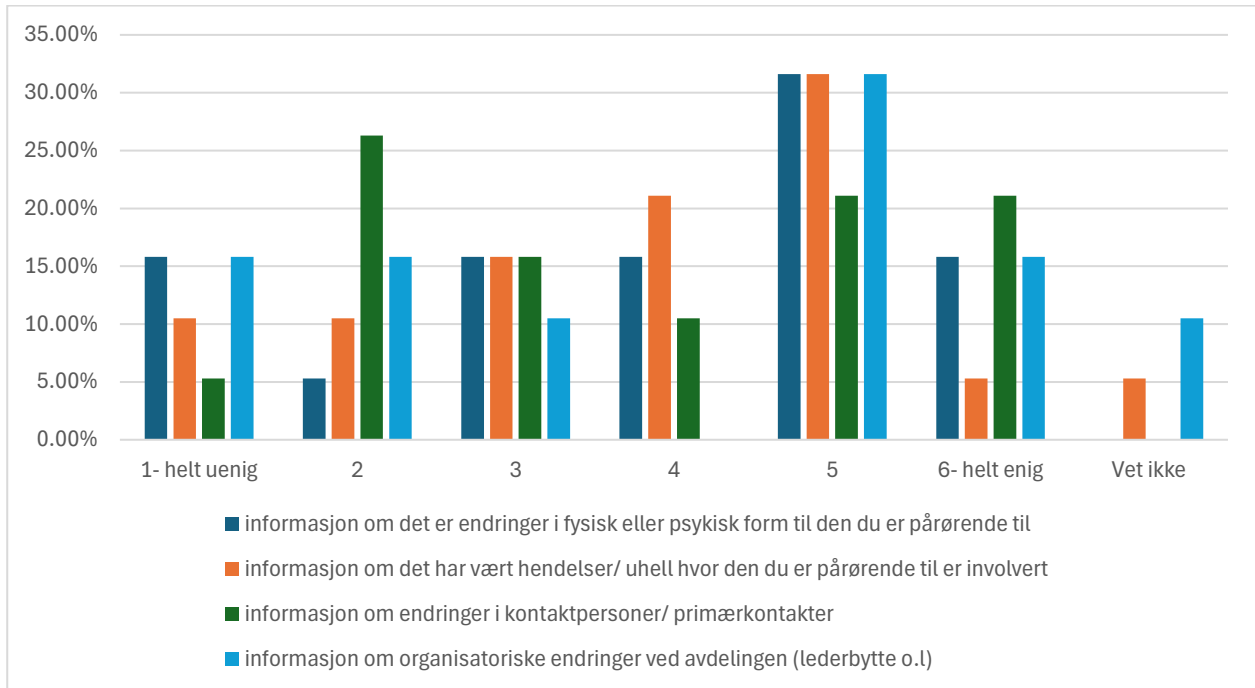
Pårørende ble i spørreundersøkelsen bedt om å vurdere hvorvidt de mener de mottar relevant og oppdatert informasjon fra avdelingene vedrørende den de er pårørende for. Pårørende ble bedt om å vurdere hvorvidt de er enige om de får informasjon om;

- Endringer i fysisk eller psykisk form
- Informasjon om hendelser/uhell
- Informasjon om organisatoriske endringer

Resultatet fra spørreundersøkelsen er at flertallet av respondentene er enige (31.6% for 5 og 15.8% for 6) i at de får informasjon om endringer i fysisk eller psykisk form til den de er pårørende til. Det er imidlertid også en betydelig andel som er helt uenige (15.8%). Flertallet av respondentene er enige (31.6% for 5) i at de får informasjon om hendelser/uhell hvor den de er pårørende til er involvert, her er rundt 10 % helt uenige. Det er en blandet oppfatning blant respondentene om de får informasjon om endringer i

kontaktpersoner/primærkontakter. En betydelig andel er uenige (26.3% for 2), mens en god del er enige (21.1% for både 5 og 6). Flertallet av respondentene er enige (31.6% for 5) i at de får informasjon om organisatoriske endringer ved avdelingen. Det er imidlertid også en betydelig andel som er helt uenige (15.8%).

Figur 12 Spørreundersøkelse pårørende informasjon (n=19)



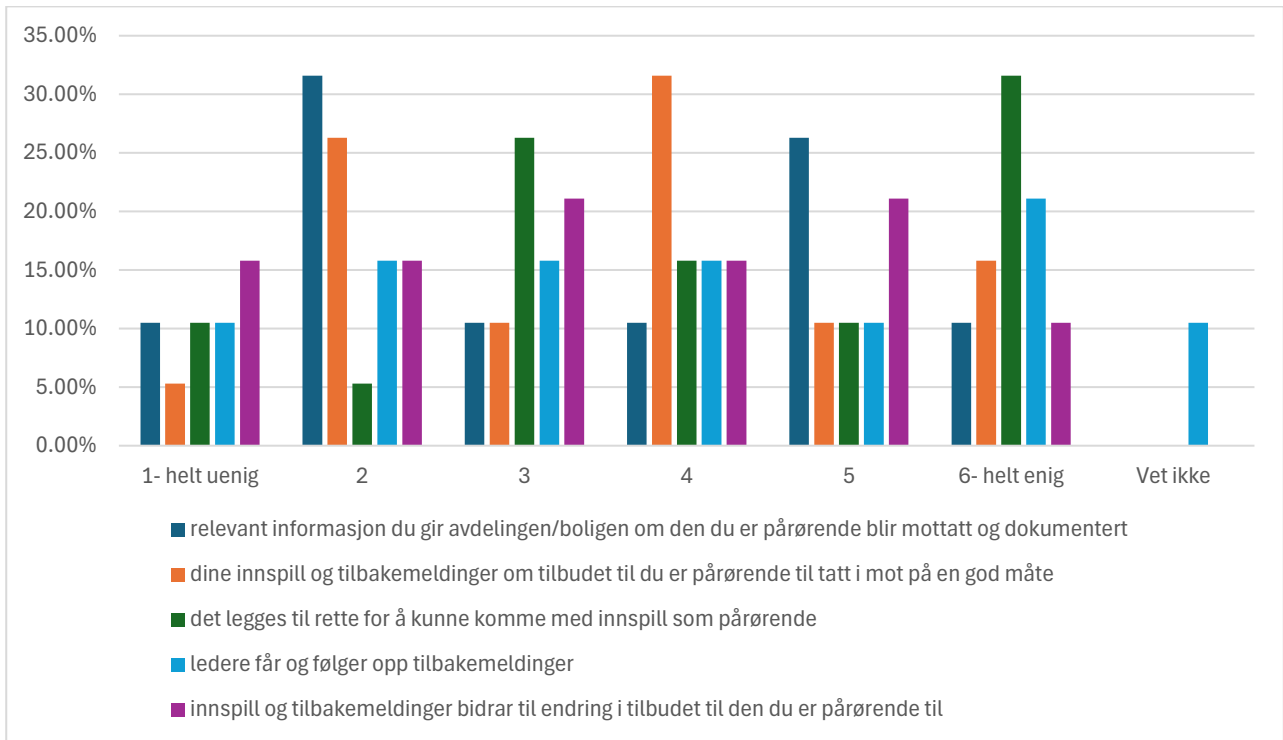
Informasjon fra pårørende til tjeneste

Spørreundersøkelsen viser at det er større variasjoner i hvordan pårørende opplever at informasjon fra dem til avdelingene tas imot og følges opp. Men også her fordeler svarene seg på alle verdiene, og det er ikke en samlet oppfatning blant de pårørende om dette.

En betydelig andel av respondentene er uenige (31.6%) i at relevant informasjon blir mottatt og dokumentert, mens en god del er enige (26.3% for 5 og 10.5% for 6). Flertallet av respondentene er enige i at innspill og tilbakemeldinger mottas på en god måte, men det er også en betydelig andel som er uenige (26.3% for 2). Flertallet av respondentene er enige (31.6% for 6) i at det legges til rette for å komme med innspill, men det er også en betydelig andel som er uenige (10.5% for 1 og 26.3% for 3).

Respondentene er delt mellom å være enige (21.1% for 5) og uenige (15.8% for 1 og 2) i at tilbakemeldinger bidrar til endring i tilbudet.

Figur 13 Spørreundersøkelse pårørende om informasjon



7.4. Pårørendeundersøkelser

Revisjonen har fått oversendt resultatet fra pårørendeundersøkelsen tjenesten gjennomførte vår/sommer 2023. Spørsmålene i denne undersøkelsen er sammenfallende med spørsmålene sendt av revisjonen i forbindelse med denne undersøkelsen. Det fremstår som at resultatet også er sammenfallende med revisjonens resultater fra spørreundersøkelsen.

7.5. Revisors vurdering

Revisjonen mener at tjenesten i stor grad sikrer at pasienter og brukere får ivaretatt retten til medvirkning og selvbestemmelse, etter de kriterier som er lagt til grunn i denne undersøkelsen.

Et verktøy for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester er individuell plan og koordinator. Det uklart om verktøyet individuell plan er hensiktsmessige for målgruppen for denne undersøkelsen, og på hvilken måte det eventuelt skal tas i bruk. Undersøkelsen viser at brukerne har en koordinator/primærkontakt. Både ansatte og pårørende oppgir at dette sikrer kontinuerlige og helhetlige tjenester, med god kjennskap til den enkelte innbygger. Revisjonen mener at brukerne i all hovedsak får koordinerte tjenester, selv om de ikke nødvendigvis får individuell plan og koordinator etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Det er innført brukerråd ved alle avdelinger som fungerer etter hensikten, og som er en arena for informasjon og samarbeid mellom pårørende og avdeling. Pårørende har innspill til videre forbedringer særlig i kommunikasjon rundt oppfølging av innspill som tas opp her. Revisjonen mener det er positivt at kommunen har fått på plass fungerende brukerråd ved alle avdelinger, og oppfordrer kommunen til å se

på fortsatte forbedringspunkter for dette møtepunktet for samarbeid med pårørende. Det er også positivt at kommunen gjennomfører pårørendeundersøkelser.

Det er også etablert et felles brukerråd, hvor alle avdelingene samles sammen med ledere av tjenesten og en politikerrepresentant. Revisjonen vurderer dette som et løft for å sikre bedre informasjonsflyt, enhetlige tjenester og mulighet for tjenestene for å bli sett og hørt med sine utfordringer. Dette var en tydelig mangel ved revisjonene som ble gjennomført i 2022.

Det er samlet sett et inntrykk at pårørendesamarbeid har blitt forbedret. Det er imidlertid fortsatt ulike oppfatninger og opplevelser rundt dette, hvor enkelte pårørende fortsatt er kritiske. Det er viktig at kommunen forsetter å jobbe for å sikre gode avtaler og rammer for et gode pårørendesamarbeid, til beste for tjenestemottaker.

8. Revisjonens konklusjon

Oppfølgingsundersøkelsen av tilrettelagte tjenester i Ås kommune viser at det samlet sett har vært en forbedring i alle områdene som er undersøkt i denne forvaltningsrevisjonen. Revisjonen vil trekke frem som særlig positivt at tjenesten jobber systematisk med forbedringsarbeid, fra risiko og vesentlighetsvurderinger på overordnet nivå til tiltak på den enkelte avdeling.

På bakgrunn av revisjonens vurdering har ledelsen tilstrekkelig oversikt over områdene som fortsatt krever innsats og de sårbarheter som finnes i tjenestekvaliteten. Revisjonen mener at administrasjonen har gjennomført nødvendige endringer og forbedringer i enhet bolig for voksne, i tråd med anbefalingene fra tidligere forvaltningsrevisjoner. Eksisterende svakheter er godt kjent for kommunen, og det er iverksatt tiltak for å redusere risiko og forbedre kvaliteten på disse områdene. Revisjonen oppfordrer imidlertid kommunen til å fortsette innsatsen for å sikre en god utvikling på følgende områder:

- Kontinuerlig vurdere ressursbehov opp mot innbyggers faktiske og endrede hjelpebehov
- Sikre at kartlegginger og evalueringer gjøres i tråd med rutiner
- Sikre at rutiner og praksis for dokumentasjon er kjent og følges av alle ansatte
- Vurdere om systemet for dokumentasjon i god nok grad gir en beskrivelse av tjenestetilbudet den enkelte har mottatt
- Kontinuerlig sikre at alle ansatte har god kjennskap til brukermedvirkning og selvbestemmelse, og hvordan dette skal ivaretas hos den enkelte tjenestemottager
- Sikre at det legges til rette for et konstruktivt pårørendesamarbeid

Drammen, den 20.12.2024

Morten L. Kallevig
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Hanne Ingeborg Tømte
prosjektleder – forvaltningsrevisor

Line Galston
forvaltningsrevisor

Vedlegg 1 Kommunedirektørens hørings svar

Ås kommune takker for en fylldig rapport om oppfølgingsrevisjonen for tjenestekvalitet i enhet tilrettelagte tjenester, tidligere boliger voksne. Revisjonen har gjennom fire problemstillinger undersøkt Ås kommunes forbedringsarbeid etter anbefalingene fra revisjonen i 2022. Vi merker oss at revisjonen omtaler det betydelige arbeidet som er nedlagt og konkluderer med at undersøkte områder samlet sett er betydelig forbedret i tråd med anbefalinger/merknader fra gjennomførte forvaltningsrevisjoner i 2022. Samtidig som vi er glade for revisjonsrapportens konklusjon, ser vi i likhet med revisor nødvendigheten av kontinuerlig å jobbe med områdene omfattet av revisjonene. Det er en prioritert oppgave for kommunen å fortsette det systematiske forbedringsarbeidet for å sikre forsvarlig tjenestekvalitet til våre tjenestemottakere.

Med vennlig hilsen



Tom-Arne Tørfoss
Kommunedirektør
Ås kommune
920 13 827 / 64 96 20 00
E-post: tom-arne.torfoss@as.kommune.no

[Ås kommune - Facebook - LinkedIn](#)

*Vær oppmerksom på at dette ikke er en privat e-postadresse.
Både inngående og utgående e-post blir vurdert for evt.
journalføring i kommunens sak- og arkivsystem.*

Vedlegg 2 Metode

Prinsipper for metodebruk i forvaltningsrevisjon følger av *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon*⁹ som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Denne bygger i stor grad på samfunnsvitenskapelig metode om etterprøvbarehet av funn, og rettslige prinsipper om at revidert enhet skal kunne få frem sitt syn (kontradiksjon) ut fra vår gjennomgang og vurdering av område vi ser på. Sett i lys av en forvaltningsrevisjons begrensede ressursramme, samt hensiktsmessigheten i forhold til dens formål, er dokumentasjonen og sikring av denne ikke så omfattende som kravene som settes til vitenskapen og domstolene.

I forvaltningsrevisjon tilstreber vi at vurderinger og anbefalinger skal gjøres på et objektivt og etterprøvbart grunnlag. Ofte er problemstillingene i en forvaltningsrevisjon mer lukkede og definerte enn forskning og etterforskning. Dette påvirker også våre valg av metode. En av hovedhensiktene med forvaltningsrevisjon er å få til læring og endring om det vurderes behov for dette. Ofte vil dette også skje gjennom prosessen når vi gjennomfører en forvaltningsrevisjon. Ved at det settes fokus på et tema og/eller område, vil ofte den reviderte selv se behov for endring.

Gjennom å fremme vurderinger, og eventuelt anbefalinger, som er relevante for problemstillingene søker vi å bidra til utvikling i den reviderte enhet.

I prosjekter kan vi benytte oss av kvalitative og kvantitative metoder¹⁰. Kvalitativ metode vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte. De er viktige for å utvikle bedre forståelse av individer, i forhold til for eksempel motivasjon, følelser, holdninger og kognitive prosesser. Kvantitativ metode består av opptelling av fenomener eller kjennetegn ved en gruppe individer. Det brukes for å analysere et stort antall enheter, som for eksempel land, personer eller bedrifter. Kvalitative og kvantitative metoder er supplerende metoder som ikke kan erstatte hverandre.

Eksempler på aktuelle metoder for innsamling og analyse av informasjon / fakta ved forvaltningsrevisjon:

- Dokumentanalyse
- Samtaler / intervju / gruppeintervju
- Spørreundersøkelser
- Statistiske analyser
- Trendanalyser
- Økonomiske analyser (som regnskapsanalyse)
- Case
- Scenarioanalyse
- Observasjon

I denne revisjonen har vi i hovedsak benyttet følgende metode:

- Dokumentanalyse
- Samtaler / intervju / gruppeintervju (epostintervjuer og samtale i form av oppstartsmøte)

Dokumentanalyse

Dokumentanalyse består av å hente informasjon fra planer, rapporter, rutiner, vedtak, referater og lignende.

Styrkene ved dokumentanalyse er at informasjonen er skriftlig, og i mange tilfeller har flere personer vært involvert i utarbeidelsen av den. Er dokumentasjonen utarbeidet av den reviderte kan den antas å ha stor

grad av pålitelighet. Er dokumentasjonen utarbeidet av, eller på vegne av, noen med en saksinteresse, er det grunn til å være mer forsiktig i bruken av dem.

Dokumentanalyse er ofte hensiktsmessig i forvaltningsrevisjon, siden det ofte finnes mange dokumenter med relevante data for våre undersøkelser. Svakheten er at dokumentanalyse i seg selv bare fanger opp det som er skriftlig dokumentert. For å motvirke dette vil dokumentanalyse ofte benyttes i kombinasjon med andre metoder.

Samtaler / intervju / gruppeintervju

Samtaler, intervju og/eller gruppeintervju egner seg godt til å undersøke åpne, beskrivende problemstillinger, og særlig der det er begrenset med skriftlig informasjon / dokumentasjon. Utfordringer er å vurdere om det i tilstrekkelig grad gir et helhetlig og «korrekt» bilde av virkeligheten. Utvalgets størrelse og hvordan man velger ut hvem som skal intervjues vil ha betydning for påliteligheten.

Ved gjennomføring av intervjuer skal det føres referat fra samtalen, og de som er intervjuet skal i ettertid verifisere at referatet gir en riktig fremstilling av deres syn på et tema og/eller område.

Vedlegg 3 Mottatt dokumentasjon

1. Hva er status på iverksatte tiltak som følge av funn i gjennomførte forvaltningsrevisjoner? Overordnede dokumenter

Skriftlig redegjørelse

Dokumenter vedlagt:

1.01	Organisasjonskart
1.02	Prosess for tjenester til personer utviklingshemming
1.03	Anbefalt tjenestekvalitet – arbeid med de 8 anbefalingene fra siste revisjon
1.04	Handlingsplan tilrettelagte tjenester
1.05	Liste over ansatte stilling, stillingsstørrelse og mail Dr.Sødringsvei
1.06	Liste over ansatte stilling, stillingsstørrelse og mail Kajaveien
1.07	Liste over ansatte stilling, stillingsstørrelse og mail Solfall Br.lag

2. I hvilken grad er krav til dokumentasjon ivaretatt, herunder kartlegginger, evalueringer og løpende journalføring?

- Rutiner for kartlegging (hvem, når og på hvilken måte?)
- Rutiner for evaluering (hvem, når og på hvilken måte)
- Rutiner på løpende journal (hva skal den inneholde, hvem)
- Rutiner for kvalitetssikring av dokumentasjon
- Opplæringsmateriell

Dokumenter vedlagt:

2.01	Retningslinje dokumentasjon
2.02	Internkontroll dokumentasjon
2.03	ROS-analyse dokumentasjon
2.04	Funn internkontroll tiltaksplan vår 24
2.05	NHI - Kursbeskrivelse Dokumentasjon
2.06	PPT – Dokumentasjonskurs nov 23

Veileder for tiltaksplaner er under utarbeidelse og skal etter planen ferdigstilles innen 30.08. Denne vil inneholde skriftlige retningslinjer for kartlegging av innbygger etter oppstart av tjenester hos oss.

3. I hvilken grad sikrer kommunen at pasienter og brukere får ivaretatt retten til medvirkning og selvbestemmelse, herunder at det er utarbeidet individuell plan, tildelt koordinator og opprettet brukerråd og gjennomført brukerundersøkelser?

Rutiner for ivaretagelse av medvirkning av tjenestetilbudet

Dokumenter vedlagt:

3.01	Retningslinje for brukermedvirkning og selvbestemmelse
------	--

	3.02	Retningslinje pårørendesarbeid
	3.03	Husmøter
Rutiner for personsentrerte tjenester til alle	Dokumenter vedlagt:	
	3.04	Retningslinje for primærkontakt
	3.05	Retningslinje for samtykkevurdering
Rutiner for å tilby individuell plan og koordinator	Dokumenter vedlagt:	
	3.06	Retningslinje for individuelle planer og samarbeid om felles brukere
	3.07	Retningslinje for koordinerende enhet
	3.08	Retningslinje for koordinator i habiliterings og rehabiliteringsforløp
	3.09	Retningslinje for ansvarsgrupper
	3.10	Koordinatorhåndboka
	3.11	PPT – Koordinatorrollen feb 24
	3.12	Innspill fra koordinatorsamling feb 24 som er meldt til virksomhetsledere
Oversikt over hvor mange som har IP, koordinator eller begge deler	Oversendes senere	
Beskrivelser av brukerråd og deres virksomhet (møtehyppighet, agendaer, ledere og lignende)	Dokumenter vedlagt:	
	3.13	Mandat brukerråd
	3.14	Liste over medlemmer brukerråd
Gjennomførte brukerundersøkelser	Dokumenter vedlagt:	
	3.15	Brukerrådsundersøkelse vår 24
Rutiner for å motta bruker og pårørende-innspill	Dokumenter vedlagt:	
	3.16	Læringsnettverk Fremdriftsplan
	3.17	Læringsnettverk Funn etter spørreundersøkelse høst 23
	3.18	Læringsnettverk undervisning om pårørendesamarbeid vår 24
	3.19	Læringsnettverk undervisning om primærkontaktrollen vår 24
	3.20	Læringsnettverk infoskriv pårørende des. 23
	3.21	Læringsnettverk infoskriv ansatte des. 23
	2.22	Læringsnettverk infoskriv april 24
4. I hvilken grad sikrer kommunen at enhet bolig for voksne har tilstrekkelig og kompetent personell for å løse oppgavene?		
Kompetanseplaner		
	4.01	Kompetanse og opplæringsplan 2024 Helse og mestring
	4.02	Lærings og utviklingsplan ny mal 2025

	4.03	Årshjul m/ fokusområder tilrettelagte tjenester	<ul style="list-style-type: none"> Læring- og utviklingsplan malen for 2025 er endret for å kartlegge og legge til rette for kompetansedeling/opplæring på tvers av enhetene i Helse og mestring
Vurderinger/ analyser av behov for opplæring eller kompetanseutvikling	Dokumenter vedlagt:		
	4.04	Lærings og utviklingsplan Bolig voksne 2024	
	4.05	ROS analyse kompetanse	
	4.06	Mal medarbeidersamtale	
Rutiner for opplæring og kompetanseutvikling	Dokumenter vedlagt:		
	4.07	Retningslinje for introduksjon og opplæring av nytilsatte - Ås kommune	
	4.08	Retningslinje for opplæring og kompetanseutvikling - tilrettelagte tjenester	
	4.09	Velkommen som nyansatt - hefte	
	4.10	Sjekkliste opplæring innbygger	
Oversikt over ansatte med utdanningsbakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> Dette kommer frem i oversikt over ansatte, vedlegg 1.05, 1.06 og 1.07 		
Lederdekning	<ul style="list-style-type: none"> Lederdekning kommer frem i organisasjonskart, vedlegg 1.01 		
Årsverk sammenlignet med vedtakstimer.	Dokumenter vedlagt:		
	4.11	Oversikt over årsverk/vedtakstimer	
Rutiner for kvalitetssikring	Dokumenter vedlagt:		
	4.12	Kompetanse – kursoversikt Dr.Sødringsvei	
	4.13	Kompetanse – kursoversikt Kajaveien	
	4.14	Kompetanse – kursoversikt Solfall Br.lag	
	4.15	Videreutd. Dr.Sødringsvei	
	4.16	Videreutd. Kajaveien	
	4.17	Videreutd. Solplassen	
	4.18	ABC Dr.Sødringsvei	
	4.19	ABC Kajaveien	
	4.20	ABC Solplassen	
Opplæringsmaterieill/rutiner	Dokumenter vedlagt:		
	4.21	Planer for internopplæring høst 24	
	4.22	NHI Kursbeskrivelse Samtykke	
	4.23	NHI Kursbeskrivelse Tvungen somatisk helsehjelp	
	4.24	NHI Kursbeskrivelse Forebygging av tvang og makt ved utviklingshemming (HOL 9)	

4.25	NHI Kursbeskrivelse Observasjonskompetanse
4.26	NHI Kursbeskrivelse Basale smittevernrutiner
4.27	NHI Kursbeskrivelse Matomsorg og ernæringstiltak
4.28	Månedsbrev etikk
4.29	Månedsbrev palliasjon
4.30	Månedsbrev dokumentasjon
4.31	Månedsbrev demens
4.32	Månedsbrev Psykiske lidelser og rus
4.33	Månedsbrev HMS og vold/trusler
4.34	Månedsbrev egenmestring, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi
4.35	Månedsbrev ernæring
4.36	Månedstema smittevern
4.37	Månedstema observasjon / legemiddelhåndtering
4.38	PPT – Kurs Helsepersonelloven høst 2023
4.39	PPT – Kurs CRPD høst 2024
4.40	PPT – Kurs HOL 9 vår 2024
4.41	PPT – Kurs Ernæring vår 2024
4.42	PPT – Kurs Teams vår 2024



Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS

Org.nr.: 985 731 098 MVA

post@vkrevisjon.no | vkrevisjon.no

Hovedkontor - Drammen

Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen

Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen

Avdelingskontor - Hønefoss

Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss

Besøksadresse: Osloveien 1, 3511 Hønefoss

Avdelingskontor - Follo

Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski

Besøksadresse: Parkaksen 7, 1400 Ski

Avdelingskontor - Hallingdal

Besøksadresse: Alfarvegen 117, 3540 Nesbyen