



Internkontroll- Avvikssystemet Råde kommune

Forvaltningsrevisjonsrapport

Rolvøy
4. september 2018

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	5
2.1	Bakgrunn	5
2.2	Problemstilling og avgrensing	5
2.3	Metode og gjennomføring	6
2.4	Revisjonskriterier	7
2.5	Litteratur- og dokumentliste	7
3	I HVILKEN GRAD HAR RÅDE KOMMUNE ETABLERT ET TILFREDSSTILLEND AVVIKSSYSTEM?	9
3.1	Revisjonskriterier	9
3.2	Fakta	9
3.3	Vurderinger	19
4	I HVILKEN GRAD SIKRER BEHANDLINGEN OG OPPFØLGING AV AVVIK KONTINUERLIG FORBEDRING AV PRAKSIS?	22
4.1	Revisjonskriterier	22
4.2	Fakta	22
4.3	Vurderinger	31
5	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	33
6	RÅDMANNENS UTTALELSE	34
7	REVISJONSKRITERIER	36

1 SAMMENDRAG

God internkontroll skal bidra til å fremme forbedringsarbeid i organisasjonen. Det innebærer systematisk arbeid og dokumentasjon av egen praksis, forbedring av arbeidsmetoder og samhandling for å unngå uønskede hendelser.

Hensikten med avvikrapportering er å dokumentere tilfeller hvor internkontrollen ikke fungerer godt nok. Det er imidlertid ikke nok å avdekke og rapportere avvik dersom de ikke følges opp. Avvikrapportering og – håndtering skal følges opp slik at det enkelte avviket blir lukket. I tillegg skal den også bidra til at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges. Det innebærer at avvikrapportering får merverdi for å styrke internkontrollen når avvikene, enkeltvis eller samlet, brukes til læring og utvikling.

Østfold kommunerevisjon IKS har i dette prosjektet vurdert i hvilken grad Råde kommune har et tilfredsstillende avvikssystem. Videre har vi vurdert om meldte avvik, ved to utvalgte virksomheter, har resultert i endring av rutiner og praksis.

Kontrollutvalgets bestilling når det gjelder å få med en «forenklet» totaloversikt over praksis i hele kommunen er besvart gjennom en spørreundersøkelse sendt ut til alle ansatte med en stillingsprosent på 50 eller mer.

Revisjonens gjennomføring

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i perioden mars- juni 2018. Vurderingene er gjort med bakgrunn i kommuneloven og internkontrollforskriften. Kriteriene er oppsummert i kapittel 3 og 4, og i helhet i eget vedlegg i kapittel 7. Fakta er innhentet ved bruk av intervjuer, spørreundersøkelse og dokumentanalyse. Kapittel 2.3 gir en nærmere redegjørelse for anvendt metodikk og gjennomføring.

Revisjonens funn og konklusjoner

Revisjonen finner at kommunen i stor grad har etablert et tilfredsstillende avvikssystem gjennom at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer. Gjennomgangen viser også at det er iverksatt flere hensiktsmessige tiltak for å sikre at disse holdes oppdatert og blir gjort kjent blant de ansatte. Ved bruk av systemet har den ansatte også enkel tilgang på oppdatert informasjon og gjeldene retningslinjer. På den andre side viser fakta at denne muligheten ikke benyttes fullt ut. Resultat fra spørreundersøkelsen viser også at det er et forbedringspotensial knyttet til å gjøre ansatte kjent med innholdet i avvikrutinene.

Vi finner at kommunen har fokus på opplæring knyttet til avviksmeldinger og det er tilfredsstillende systematikk i opplæringen som gis ved virksomhet Sykehjem. Ved virksomhet Hjemmebaserte tjenester er det ikke gjennomført tilsvarende opplæring. Videre viser resultat fra spørreundersøkelsen at er det en forholdsvis stor andel som oppgir at de har behov for mer opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen. Dette er noe kommunen, etter vår vurdering, bør etterstrebe å følge opp.

Vi finner at kommunens behandling og oppfølging av avvik i stor grad sikrer forbedring av praksis. Kommunen bør fortsette å ha fokus på å få inn flere avviksmeldinger generelt, med et ekstra fokus på virksomhetene hvor det ikke er meldt avvik. Videre bør det sikres et enhetlig system og praksis når det gjelder å melde inn klager fra innbyggere som avvik, og på denne måten sikre en helhetlig oversikt over denne type henvendelser.

I lys av våre vurderinger og konklusjoner anbefaler vi at kommunen:

- I større grad etablerer bruk av leselister
- Sikrer at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutiner
- Sikrer tilstrekkelig opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen
- Arbeider aktivt for å få inn flere avviksmeldinger
- Etablerer en helhetlig oversikt over klager fra kommunens innbyggere

Avslutningsvis finner revisjonen det relevant å vise til at virksomhet Sykehjem og Hjemmebaserte tjenester ble slått sammen til én virksomhet 1. april 2018. Vi anbefaler i denne forbindelse at rutiner og praksis som har vist seg mest hensiktsmessig videreføres og gjøres gjeldende for den nyetablerte virksomheten.

Revisjonen takker kommunen for godt samarbeid og tilrettelegging i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Det fremgår av kontrollutvalgets vedtak 11.12.2017 sak PS 17/27:

*«Internkontroll- Avvikssystemet
Avviksrapportering i Kvalitetsloven kan representere svakheter ved kommunens internkontroll. Selv om avvik i utgangspunktet ikke er ønskelige, så kan rapportering av avvik bidra til å synliggjøre svakheter ved internkontrollen som kan forbedres. Hvordan gjennomgås avvik og klager i Råde kommune, og sikrer behandlingen og oppfølgingen av avvik at det skjer kontinuerlig forbedring av praksis? Kontrollutvalget ønsker et prosjekt som beskriver og vurderer kommunens avvikssystem generelt. Prosjektet bør også innrettes slik at en får med en "forenklet" totaloversikt over praksis i hele kommunen, og videre bør en gå i dybden på praksisgjennomgang avgrenses til tjenesteyting rettet mot brukere og innbyggere.»*

Faktaboks 1: Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3. Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak.

Når det gjelder kontrollutvalgets bestilling tolker revisjonen «klager» fra brukere og pårørende også som avvik. Det innebærer at vi forutsetter at klager som registreres i kommunen også meldes inn som avvik i kommunens kvalitetssystem. For å besvare kontrollutvalgets bestilling når det gjelder å få en «forenklet» totaloversikt over praksis i hele kommunen valgte revisjonen å sende ut en spørreundersøkelse til alle fast ansatte i kommunen med en stillingsprosent på over 50.

2.2 Problemstilling og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har Råde kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?
2. I hvilken grad sikrer behandlingen og oppfølging av avvik kontinuerlig forbedring av praksis?

Problemstilling 1:

I forbindelse med denne problemstillingen har vi kontrollert om kommunen har etablert nødvendige rutiner og prosedyrer når det gjelder å melde avvik. Videre har vi undersøkt om disse er oppdaterte og gjort kjent blant de ansatte. Vi har også undersøkt om det er gjennomført opplæring i å melde avvik og om virksomhetene legger til rette for å melde avvik. De ansattes kjennskap til rutiner og prosedyrer og deres bruk av systemet er belyst gjennom en spørreundersøkelse.

Problemstilling 2:

Når det gjelder problemstilling 2 har vi undersøkt hvordan avvik har blitt behandlet og fulgt opp ved å analysere avviksrapporter fra kvalitetssystemet. Vi har også kontrollert om meldte avvik har resultert i endring av rutiner og praksis. I forbindelse med denne problemstillingen ønsket kontrollutvalget at revisjonen skulle se på virksomheter hvor tjenesten er rettet mot brukere og innbyggere. På bakgrunn av sistnevnte ble Virksomhet Sykehjem og Hjemmebaserte tjenester valgt.

2.3 Metode og gjennomføring

Prosjektet er gjennomført med intervjuer, spørreundersøkelse og dokumentanalyse

Det er gjennomført intervju med følgende personer/funksjoner:

- Kirsten Piil - Virksomhetsleder Sykehjem
- Jørn Vold - Avdelingsleder Sykehjem
- Camilla Brarud - Avdelingsleder Sykehjem
- Roshild Solfjell - Avdelingsleder Sykehjem
- Eva-Britt Hansen - Virksomhetsleder Hjemmebaserte tjenester
- Tone Marit Nordhagen - Avdelingsleder Hjemmebaserte tjenester
- Hans Moan- Organisasjonssjef

I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informanten. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

Spørreundersøkelse

I møte med administrasjonen 1. mars 2018 ble det enighet om å inkludere respondenter som innehar en stillingsprosent på 50 eller over. Ansatte med lavere stilling utgikk fordi de naturlig nok ville sjekke e-post sjeldnere. Det var også usikkert om denne gruppen ansatte ville være på jobb i løpet av tiden undersøkelsen var tilgjengelig. I møtet ble det videre enighet om at revisjonen skulle få oversendt en liste over aktuelle respondenter fra virksomhetene Sykehjem og Hjemmebaserte tjenester.

Den 6. mars 2018 oversendte revisjonen pr. e-post en påminnelse til organisasjonssjef, som kontaktperson for prosjektet, om kontrollutvalgets bestilling hvor det fremgikk at spørreundersøkelsen skulle sendes ut til alle ansatte i kommunen. I samme e-post bad revisjonen om å få oversendt en liste over aktuelle respondenter fra alle virksomheter i kommunen med en stillingsprosent på 50 eller høyere.

Spørsmålene, utarbeidet av revisjonen, ble gjennomgått og kvalitetssikret i møte med organisasjonssjef 20. mars 2018. Han ga tilbakemelding på at alle spørsmålene var relevante, og at han forventet en gjennomsnittskåre på minimum 4 på alle påstandene¹ hvor skala gikk fra 1 til 6². Revisjonen fikk oversendt liste over aktuelle respondenter fra Virksomhet Sykehjem 22. mars 2018. Liste over respondenter fra de øvrige virksomhetene ble oversendt fra kommunen 26. mars 2018.

Undersøkelsen ble sendt ut til 423 respondenter 27. mars 2018, tirsdag før påske. Hensikten med å sende den ut i forkant av påskeferien var for å fange opp flest mulig ansatte som jobbet turnus. Det ble sendt ut en påminnelse til de som ikke hadde besvart tirsdag 3. april, torsdag 5. april og tirsdag 17. april. Undersøkelsen ble avsluttet 30. april 2018.

Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom fakta, og revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Fakta plasseres under egen overskrift, og er en gjengivelse av informasjon som revisjonen har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen. Informasjonen bygger på beskrivelser hentet fra skriftlige dokumenter, mappegjennomgang, spørreundersøkelse og/eller verifiserte intervjuer. Det gjøres oppmerksom på at fakta i noen tilfeller kan gjengi kommunens egen vurdering eller opplevelse av en gitt tilstand. Fakta kan også være enkeltpersoners meninger, erfaringer eller holdninger.

¹ Unntatt påstand «Jeg har behov for mer opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen»

² 1= «Helt uenig» 6= «Helt enig»

Det er ikke alle respondenter som har svart på alle spørsmål/påstander. Antall respondenter fremgår av «N=».

Svarstatus pr. 30. april 2018 viste at 215 respondenter hadde fullført undersøkelsen, ni hadde status «Ufullført» og 11 status som «Permanent avvist». Sistnevnte hadde ikke mottatt undersøkelsen på grunn av tre mulige årsaker:

- Mailadressen eksisterer ikke
- Mailadressen er feil
- Undersøkelsen blir blokkert og kommer ikke gjennom

Leveranse til 412 respondenter hvor 215 fullførte undersøkelsen gir en svarprosent på 52.

Dokumentanalyse

Revisor hadde tilgang til kommunens kvalitetssystem og hentet selv ut de fleste dokumenter for analyse.

I forbindelse med gjennomføringen av prosjektet ble revisjonen orientert om at Virksomhet Sykehjem og Hjemmebaserte tjenester skulle slå seg sammen til en virksomhet 1. april 2018.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Lena Longva-Stavem i perioden mars- juni 2018.

2.4 Revisjonskriterier

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Forskrift om systematisk helse, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)

Utleddning av revisjonskriteriene følger under hver enkelt problemstilling.

Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/ eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

2.5 Litteratur- og dokumentliste

Følgende dokumenter ligger til grunn for faktafremstillingen:

- «1. Tertialrapport» utarbeidet av Råde kommune, datert 18.05.2017
- «Velkommen til Råde kommune Introduksjon for nyansatte i Råde kommune» datert 19.01.2018
- Manual for ansatte, Kvalitetslosen AS- veien til kvalitetsstyring, datert 21. 05.2012
- «Rapport fra tilsyn med forebygging og behandling av underernæring ved Råde sykehjem 2017» Helsetilsynet datert 03.08.2017
- «Virksomhetsplan Råde sykehjem 2018» Ikke datert
- «Internkontroll Råde sykehjem» Datert oktober 2017
- Diverse kursplaner (Kvalitetslosen- Gerica) Ikke datert
- Prosedyre «Kvalitetsgruppen Råde sykehjem» Sist revidert 27.2.2018
- Prosedyre «Saksbehandling i Kvalitetslosen» Sist endret/revidert 6.12.2017
- Prosedyre «Avvikshåndtering» Sist endret/revidert 29.11.2016
- Prosedyre «Avviksbehandling» Sist endret/ revidert 22.12.2017

- Prosedyre «Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp» Sist endret/revidert 6.12.2017
- Prosedyre «Prosedyre for avviksmelding ved bruk av tvang» Sist endret/revidert 6.12.2017
- Prosedyre «Prosedyre når pasienter med kognitiv svikt forlater avdelingen» Sist endret/revidert 11.1.2018
- Prosedyre «Tilbakemelding/klage fra brukere/beboere og pårørende» Sist endret/revidert 26.2.2018
- Prosedyre «Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp» Sist endret/revidert 6.12.2017
- Prosedyre «Sjekkliste for nytilsatt» Sist endret/revidert 2.3.2018
- Sjekkliste/ skjema «Dokumentasjon for gjennomgåtte rutiner for nyansatte ved Råde sykehjem» Ikke datert
- Sjekkliste/Skjema «Dokumentasjon for gjennomgåtte interne rutiner ved avdeling» Ikke datert
- «Sjekkliste/dokumentasjon for statusmøter avdelingsledere» Ikke datert
- «Sjekkliste/dokumentasjon for ledelsensgjennomgang» Ikke datert
- PowerPoint/opplæring «Internkontroll i Råde kommune- Ansattopplæring» Ikke datert
- Rutine «Stille rapport» Ikke datert

3 I HVILKEN GRAD HAR RÅDE KOMMUNE ETABLERT ET TILFREDSSTILLENDENDE AVVIKSSYSTEM?

3.1 Revisjonskriterier

Et tilfredsstillende avvikssystem innebærer at kommunen har:

- Etablert nødvendige rutiner og prosedyrer
- Rutiner og prosedyrer er oppdaterte og gjort kjent blant de ansatte
- Det er gjennomført opplæring i å melde avvik
- Virksomhetene legger til rette for å melde avvik

3.2 Fakta

3.2.1 Rutiner og prosedyrer

Kommunen har etablert en overordnet avviksprosedyre, «Avvikshåndtering³». Prosedyren gjelder alle ansatte i kommunen og formålet med all avvikshåndtering er å rette feil, lære av egne feil og unngå å gjøre samme feil flere ganger.

Følgende definisjon på avvik fremgår av prosedyren:

Et avvik er en «uønsket hendelse» og oppstår når det ikke er samsvar mellom den praksisen som blir utøvd og det som følger av lover, forskrifter, regelverk, avtaler, vedtak, reglement, prosedyrer eller andre styringsdokumenter. Avvik omfatter også ulykker og nesten-ulykker. «Uønskede hendelser» kan også omfatte feil og mangler som omfatter teknologi, systemer og verktøy dersom disse ikke fungerer som forutsatt.

Videre fremgår det av flere dokumenter⁴ at registrering av avvik gir verdifull informasjon som benyttes i styring, lærings- og forbedringsarbeid. Ved å registrere avvik bidrar de ansatte til en åpenhet- og forbedringskultur hvor det er akseptert å gjøre utilsiktede feil.

Alle ansatte har et selvstendig ansvar for å melde avvik. Nærmeste enhetsleder har ansvar for at prosedyren for håndtering av avvik blir fulgt og behandlingsansvarlig har ansvar for at rutiner for avvikshåndtering er på plass og kjent i kommunen. Den som oppdager avvik skal snarest melde det til nærmeste leder.

Avviksprosedyren angir at avvik skal meldes elektronisk i kvalitetslosen⁵, og redegjør deretter for seks trinn knyttet til håndteringen:

1. *Innmelder melder inn avvik i kvalitetslosen*
2. *Nærmeste leder håndterer avviksmeldingen innen 14 dager. Om avviket er av middels eller stor alvorsgrad skal tiltak/lukking drøftes med verneombud (om det gjeld AML) eller tillitsvalgte, før nærmeste leder lukker avviket. Om nærmeste leder ikke kan lukke avviket går meldingen videre til overordnet leder. Om avviket er av stor alvorsgrad, skal overordnet leder alltid informeres uansett.*
3. *Den som har meldt avvik kan se hvordan avviket blir håndtert i kvalitetslosen*
4. *Om overordnet leder skal håndtere avviket skal det skje innen 21 dager. Nærmeste leder ser i kvalitetslosen hvordan avviket blir behandlet.*

³ Sist revidert 29.11.2016

⁴ Prosedyren «Avvikshåndtering» og dokument «Velkommen til Råde kommune»

⁵ Kvalitetslosen er kommunens internkontrollsystem

5. *Overordnet leder skal revidere internkontrollsystemet en gang i året, gjennom bl.a å få en samla rapport over avvikhåndteringen i kommunen*
6. *Ved brudd på informasjonssikkerheten som har medført uautorisert utlevering av sensitive personopplysninger, eller ved mistanke om slik utlevering, skal avviket meldes til Datatilsynet.*

I kvalitetslosen ligger det en detaljert brukerveiledning - «Ansatte⁶» - som vedlegg til avviksprosedyren. Her fremgår det blant annet hvordan man går frem for å melde avvik i systemet og hvordan man kan hente frem meldte avvik.

Prosedyren «Saksbehandling i Kvalitetslosen⁷» viser også til definisjon på avvik, hva avviksbehandling innebærer og hvilke retningslinjer som er gjeldene.

Organisasjonssjefen er systemansvarlig for kommunens internkontrollsystem, kvalitetslosen. Det innebærer ansvar for at datasystemet fungerer, og at det inneholder overordnede prosedyrer for internkontroll. Han er kjent med at noen virksomheter, sykehjemmet og ankomstsenteret, har utarbeidet egne rutiner i henhold til overordnet avviksrutine. De nevnte virksomheter har en avviksrutine med tilhørende rutiner for spesifikke avvik.

Virksomhet Sykehjem

Kvalitetslosen inneholder et stort antall rutiner. For å gjøre det enklere for de ansatte å orientere seg er alle rutiner midlertidig⁸ lagt på et eget område. I tillegg til at den overordnede rutinen benyttes har sykehjemmet også utviklet egne rutiner i forbindelse med avviksmeldinger, eksempelvis knyttet til bruk av tvang. I denne prosedyren fremgår det eksempler på episoder det skal meldes avvik på.

De ansatte ved sykehjemmet blir gjort kjent med avviksrutiner gjennom kurs. Det er ikke alltid fullt oppmøte på kursene, men det legges til rette slik at de som ønsker får mulighet til å delta. I noen tilfeller kan ansatte pålegges oppmøte, eksempelvis avviksmeldinger knyttet til tvang. Alle som deltar signerer på oppmøtelister.

Nyansatte skal kvittere ut, på en egen sjekklister⁹, at de har kjennskap til hvordan de skal finne retningslinjer, rutiner og skrive avvik i kvalitetslosen. Sjekklister/skjemaet blir liggende på avdelingen inntil alle områder er gjennomført, for deretter å arkiveres personalmappen til vedkommende. I sjekklister fremgår det at den ansatte har ansvar, og forplikter seg til å sette seg inn i rutinene.

Revisjon av rutiner og prosedyrer er et kontinuerlig arbeid som gjennomføres ca. en gang i året innenfor ulike områder ved sykehjemmet. Kvalitetslosen innehar et varslingsystem og revisjon skjer etter gitt dato, som legges inn manuelt.

Det er etablert en kvalitetsgruppe bestående av deltagere fra alle avdelingene. Gruppas mandat er å utvikle gjeldende rutiner/prosedyrer, i tillegg til å etablere nye. Leder for gruppa, som også er en av avdelingslederne, informerer om at virksomheten har mange rutiner og ansvaret for å revidere disse er derfor fordelt innenfor ulike ansvars-/fagområder. Det siste året har også virksomhetsleder deltatt i arbeidet hvor hun blant annet godkjenner reviderte rutiner.

Deltagelse i gruppa skiftes ut etter behov og interesse, noe som er en fordel fordi det innebærer at flere får inngående kunnskap om rutiner, som igjen videreføres til kollegaer. I henhold til

⁶ Sist endret: 21.05.12

⁷ Sist endret/revidert 6.12.17

⁸ Pr. 8. mars 2018

⁹ Sjekklister/ skjema «Dokumentasjon for gjennomgåtte rutiner for nyansatte ved Råde sykehjem»

virksomhetens internkontrolldokument¹⁰ skal nye og reviderte prosedyrer i kvalitetslosen legges på leseliste. Leselisten kommer opp hver gang ansatte logger seg på systemet, og det jobbes for å gjøre alle kjent med denne.

Den ansatte må kvittere ut at informasjon er lest på lista. Hvor ofte den blir gjennomgått vil naturlig nok henge sammen med bruk av systemet, som igjen avhenger av hvilken stilling/funksjon den ansatte har. Avdelingsledere har ikke oversikt over dette. Avdelingsleder informerer om at praksis knyttet til å legge alle nye og reviderte prosedyrer på leselisten ikke fungerer optimalt pr. mars 2018. Den blir derfor ikke brukt så aktivt.

Faktaboks 4: Kvalitetsgruppa

Formålet til gruppa er arbeid med kvalitetssikring, ved å utarbeide retningslinjer for virksomhet Sykehjem og omsorgsbolig. Hvert av gruppens medlemmer har hovedansvar for å holde rutiner i sin portefølje oppdatert, innhente nødvendige uttalelser fra relevante fagpersoner og foreslå nye rutiner innenfor eget område.

Kilde: Prosedyre «Kvalitetsgruppen Råde sykehjem»

Ikke alle ansatte benytter kvalitetslosen og e-post i like stor grad, dette gjelder i hovedsak assistentgruppa og eldre ansatte. Dersom avdelingslederne ønsker at alle skal lese gjennom rutiner/informasjon gis det derfor også orienteringer muntlig og ved oppslag. Alle avdelingene har valgt å skrive ut særlige relevante rutiner slik at disse ligger lett tilgjengelig. Det ble eksempelvis lagt ut signeringslister ved avdelingene i forbindelse med større endringer i brannrutinene. En av avdelingsledere har også benyttet SMS grupper og internmeldinger gjennom Geric¹¹ for å videreformidle informasjon. Sistnevnte har vært benyttet med varierende hell og hun viser til at det er en utfordring å få alle til å benytte elektronisk kommunikasjon.

Hjemmebaserte tjenester (HBT)

For å sikre at orientering om endring av praksis og rutiner når ut til de ansatte blir informasjon gitt i sykepleiemøter og i personalmøter. Alle som er på jobb møtes til midtrapport daglig og i denne forbindelse gis det også informasjon. Avdelingsleder henger opp og leverer ut «fredagsbrev» som blant annet inneholder orientering om ulike avvik. Hver tirsdag gjennomføres det faglunsj som også er en møteplass hvor det kan gis orienteringer.

Virksomheten har ingen egen kvalitetsgruppe, men avdelingsleder deltok i denne da hun tidligere arbeidet ved sykehjemmet. Avdelingsleder ser sammenslåingen av virksomhetene som en fordel når det gjelder helhetlig arbeid med rutiner og prosedyrer.

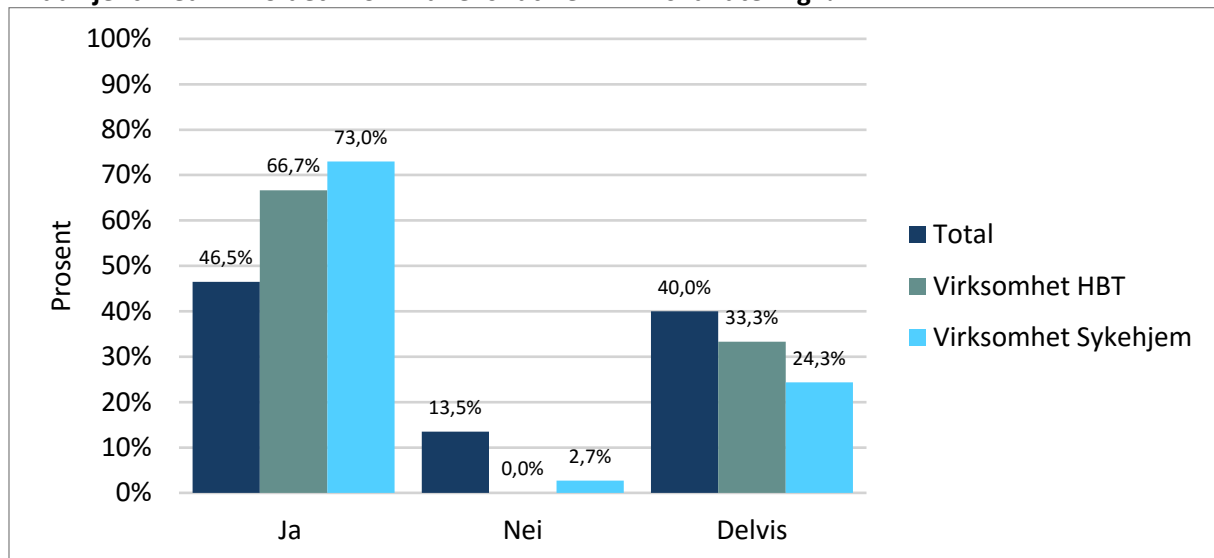
Alle nyansatte ved virksomheten blir informert om avvikshåndtering gjennom dokumentet «Velkommen til Råde kommune, Introduksjon for nyansatte i Råde kommune». I tillegg gjennomføres det felles opplæring i avvik for alle ansatte i kommunen.

Virksomhetsleder og avdelingsleder har inntrykk av at ansatte i liten grad kvitterer på leselisten hvorvidt de har lest rutiner og prosedyrer. Begrunnelsene er manglende tid og det er også flere som ikke anser det å bruke PC som en del av jobben. Avdelingsleder viser til at det i stor grad handler om holdninger og kunnskap. Hun mener at det er et forbedringspotensial på dette området.

¹⁰ «Internkontroll Råde kommune» Oktober 2017

¹¹ Geric er et elektronisk pasientjournalssystem som benyttes innenfor kommunal pleie- og omsorgssektor .

Figur nr. 1
Er du kjent med innholdet i kommunens rutine "Avvikshåndtering"?



Revisors merknad N= 215

Figur nr. 1 viser at 86,5 % av respondentene er kjent eller delvis kjent med innholdet i kommunens avviksrutine.

Ved virksomhet Sykehjem oppgir 36 av 37 respondenter at de er kjent eller delvis kjent med innholdet. Ved virksomhet HBT svarer 9 av 9 respondenter at de er kjent, eller delvis kjent med innholdet.

På spørsmål «Vet du om din virksomhet har egne rutiner for avvikshåndtering?» er det 74,3 % (158) av 214 ansatte som svarer «Ja». Av disse oppgir 93 % (147) at de er kjent, eller delvis kjent med innholdet.

Ved virksomhet sykehjem oppgir 34 av 37 respondenter at de kjenner til at virksomheten har egne rutiner for avvikshåndtering, og 32 er kjent eller delvis kjent med innholdet. Ved HBT oppgir 7 av 10 at de er kjent med at rutinene foreligger, og 6 av disse er kjent eller delvis kjent med innholdet.

3.2.2 Opplæring

Kommunalsjef informerte i forbindelse med høringen at kommunen vil etablere et system slik at gjennomført opplæring registreres automatisk.

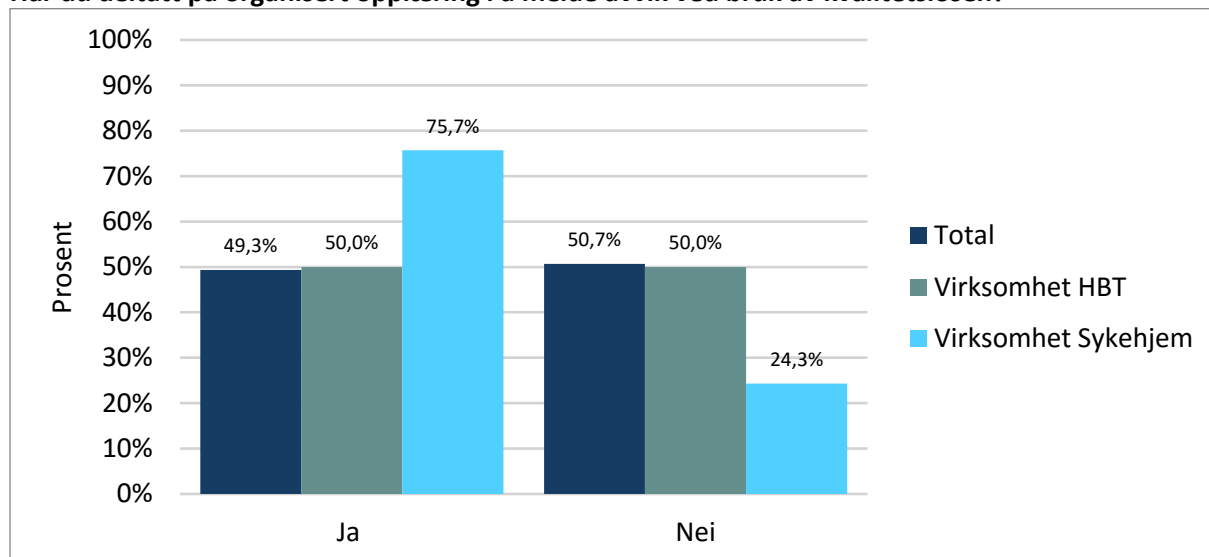
Organisasjonssjef viser til at det er brukt mye tid på å gjøre de ansatte kjent med avviksrutinene. Han har besøkt virksomheter for å holde en orientering/opplæring¹² i bruk av kvalitetslosen og avviksmeldinger. I opplæringen vektlegges det at terskelen for å melde avvik bør være lav, og ikke nødvendigvis knyttet til en rutine eller prosedyre. Han påpeker at det er bedre at det meldes mange avvik enn å risikere underrapportering. Ansatte oppfordres derfor til å melde en hendelse som et avvik dersom de er usikre. En gang i måneden kan de ansatte ta kontakt for å gå gjennom prosedyrer/praksis dersom de har spørsmål knyttet til å melde avvik. Ansatte og ledere tar kontakt fortløpende for avklaringer og opplæring i kvalitetssystemet.

¹² «Internkontroll i Råde kommune - Ansattopplæring»

Organisasjonssjef opplyser at det stadig er utskiftning av ansatte og det vil til enhver tid være behov for opplæring når det gjelder avvik. Dette er noe virksomhetene ivaretar.

Figur nr. 2

Har du deltatt på organisert opplæring i å melde avvik ved bruk av kvalitetslosen?

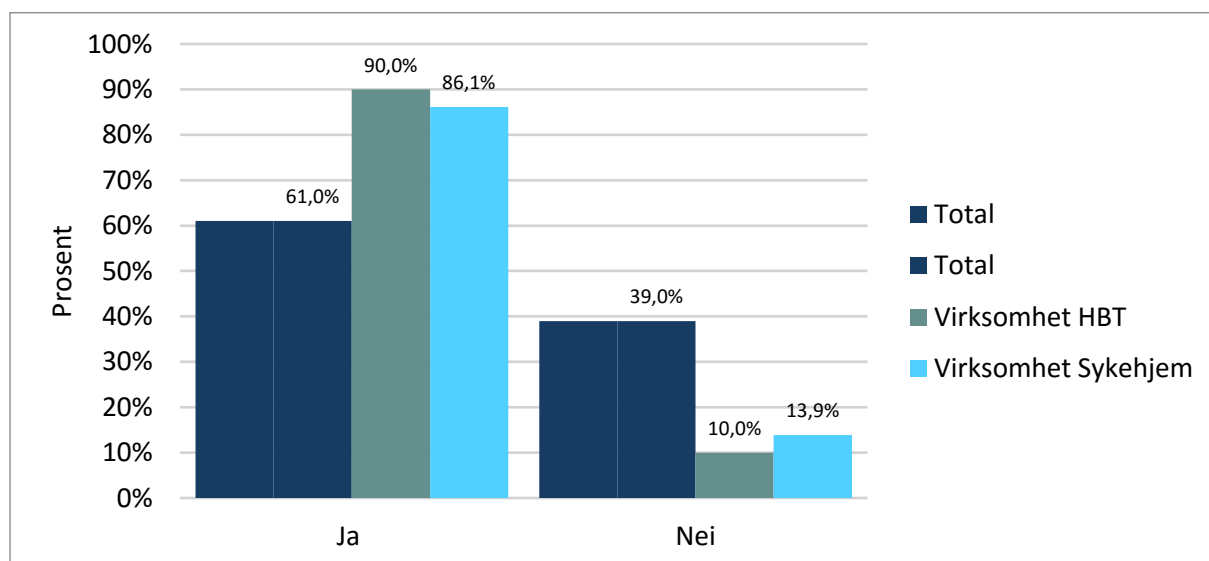


Revisors merknad N= 215

Figur nr. 2 viser at det er rundt halvparten av respondentene som oppgir at de har deltatt på organisert opplæring. For virksomhet Sykehjem svarer 28 av 37 respondenter «Ja» på at de har deltatt på organisert opplæring. Ved HBT svarer 5 av 10 respondenter at de har deltatt på organisert opplæring.

Figur nr. 3

Har du fått opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen av en leder/og eller kollega?



Revisors merknad N= 213

Det fremgår av figur nr. 3 at det er 61 % som svarer ja og 39 % som svarer nei på spørsmål om opplæring er gitt av leder og/eller kollega. Det er 31 av 36 respondenter fra virksomhet Sykehjem

som oppgir at de har fått opplæring av leder og/eller kollega. Ved HBT er det 9 av 10 som oppgir at de har fått opplæring av leder og/eller kollega.

Tabell nr. 1

	Helt uenig	2	3	4	5	Helt enig
Jeg har behov for mer opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen (N=213)	42	27	19	33	35	57

For påstand i tabell nr. 1 er gjennomsnittskåren 3,77 totalt i kommunen. For virksomhet Sykehjem (N= 37) er den 3,35 og 2,90 for HBT (N=10)

«... jeg har aldri meldt avvik...» «...Jeg har ikke fått opplæring i å melde avvik...»

Kommentarer fra spørreundersøkelsen

Virksomhet Sykehjem

Opplæring som gis fra organisasjonssjefen er lik for alle ansatte og basert på denne har blant annet sykehjemmet utviklet en tilpasset opplæring for sine ansatte.

Det gjennomføres internundervisning i bruk av kvalitetslosen, og i å melde avvik. Videre er det etablert flere opplæringsrutiner¹³ som beskriver hvilken kunnskap som forventes på området.

Opplæring avtales etter behov og ulike personer deltar etter ulike tema. Det gjennomføres også opplæring 1-2 ganger årlig, eksempelvis i forbindelse med ansettelse av sommervikarer. En av de som har gitt opplæring påpeker at det er vesentlig at alle nyansatte kan melde avvik fra første dag på jobb. Opplæringen har en praktisk tilnærming og blir gitt av medlem av kvalitetsgruppa ved de respektive avdelingene. Plan for opplæring er beskrevet i kompetanse- og opplæringsplanen for virksomheten.

Nyansatte får individuell opplæring, enten av kollega eller avdelingsleder. De nyansatte får videre oppfølging basert på sjekklister og skjema¹⁴ som dokumenterer hvilke rutiner som er gjennomgått, både knyttet til avdelingen og sykehjemmet.

Noe undervisning er pålagt eksempelvis knyttet til brann. Alle ansatte er pålagt å gjennomgå opplæring/oppfriskning i Gerica og kvalitetslosen en gang i året. Ansatte oppfordres også til å møte på undervisning som ikke obligatorisk. Det gis kompensasjon gjennom lønn eller avspasering dersom den ansatte møter opp på sin fritid, uavhengig av om det er obligatorisk undervisning eller ikke.

Virksomhetsleder informerer om at kurs gjennomføres over flere dager, med samme tema, slik at så mange som mulig får anledning til å delta. Virksomhetsleder har oversikt over signerte deltakerlister, og i møter med avdelingsledere avklares årsak til at ansatte uteblir fra opplæring.

«Fag-snacks» er internundervisning/informasjonsmøter om ulike tema, og gjennomføres ukentlig ved sykehjemmet. Samme tema går over to uker for å sikre at de som arbeider turnus også får mulighet til å delta. Informasjon om «Fag-snacks» gis ved oppslag ved avdelingene. Her fremgår tema, målgruppe, dato, hvem som underviser og hvem som har ansvar for gjennomføringen.

¹³ «Saksbehandling i kvalitetslosen», «Avviksbehandling», «Prosedyre når pasienter med kognitiv svikt forlater avdelingen», «Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp» og «Prosedyre for avviksmelding ved bruk av tvang»

¹⁴ «Dokumentasjon for gjennomgåtte interne rutiner ved avdeling» og «Dokumentasjon for gjennomgåtte rutiner for nyansatte ved Råde sykehjem»

Avdelingslederne oppfordrer sine ansatte til å delta og mener at dette er en god måte å få gjennomført internundervisning på.

Virksomhetsleder og avdelingslederne viser til at kommunen har en klar definisjon av hva avvik er. På den andre side opplever de at ansatte kan være usikre når det gjelder hvilke hendelser det skal meldes avvik på. Noen temaer er enkle, andre mer diffuse og ved behov diskuteres definisjonen med de ansatte.

Hjemmebaserte tjenester (HBT)

Avdelingsleder informerer om at hver enkelt virksomhet i utgangspunktet planlegger sin egen opplæring, fordi det ikke foreligger noen overordnet plan for dette i kommunen.

Det er ikke oppmøteplikt i forbindelse med gjennomføring av opplæring. Det er heller ingen systematikk i opplæringen, hverken for faste ansatte eller vikarer. Årsaken til dette er manglende ressurser. Virksomhetsleder har ikke oversikt over hvilke ansatte som har gjennomgått opplæring

Virksomhetsleder informerer om at de fleste ansatte er kjent med avvikssystemet og har fått opplæring, men dette gjelder ikke alle fordi det har vært stor turnover i virksomheten. Hun viser til at det benyttes vikarer fra vikarbyrå, og det vil derfor alltid være ansatte som ikke er kjent med systemet.

I følge avdelingsleder er det ikke gjennomført opplæring i avvikshåndtering ved avdelingen siden hun startet i jobben i august 2017. I denne perioden har det blitt ansatt flere nye medarbeidere. Hun opplyser om at det siden oktober 2017 har vært fire faste sykepleievikarer, innleid fra vikarbyrå, tilknyttet virksomheten. Avdelingsleder er ikke kjent med om de har fått opplæring i å bruke kvalitetslosen. Vikarer skal i utgangspunktet være inne en kort periode, og opplæring i å melde avvik blir derfor ikke prioritert for denne gruppen forklarer hun.

Alle som har behov blir vist hvordan det skal meldes avvik systemet, og lederne oppfordrer de ansatte til å melde. Virksomhetsleder ser at antall meldte avvik øker i etterkant av gjennomført opplæring, for deretter å synke igjen. Etter hennes oppfatning viser dette at det hjelper å ha fokus på temaet.

Etter virksomhetsleders og avdelingsleders vurdering har det ikke vært tilstrekkelig fokus på avvikshåndtering fra overordnet nivå i kommunen. De savner at det fremmes en felles forståelse av hva et avvik er, og virksomhetsleder oppfatter heller ikke at kommunen har en omforent definisjon på avvik. Virksomhetsleder savner også tydeligere retningslinjer om hva det skal meldes avvik på, og mener at noe av grunnen til at ansatte ikke melder avvik kan tilskrives dette. Etter hennes oppfatning må det gjennomføres mer opplæring for å øke antall avvik.

Som tidligere hovedtillitsvalgt og medlem av kvalitetsgruppa er avdelingsleder opptatt av å arbeide med opplæring. Det har derimot ikke latt seg gjøre fordi hun stort sett har vært alene som avdelingsleder siden august 2017. I denne perioden har daglig drift vært prioritert.

3.2.3 Tilrettelegging

Organisasjonssjef mener det legges tilrette for å melde avvik og viser til at nesten alle har tilgang til datasystemene. For de som ikke har tilgang er lederne blitt instruert til å melde avvik på ansattes vegne. På den andre side påpeker han at det kan legges tilrette enklere slik at det kan meldes avvik

både på det åpne og lukkede nettet, noe kommunen arbeider for å få en løsning på. Det er viktig for de som benytter flere fagsystem at de er sikre på hvilket system avvik skal meldes i. Det kan være en utfordring fordi det i noen tilfeller kan være naturlig å melde avvik i fagsystemet, og ikke i kvalitetslosen.

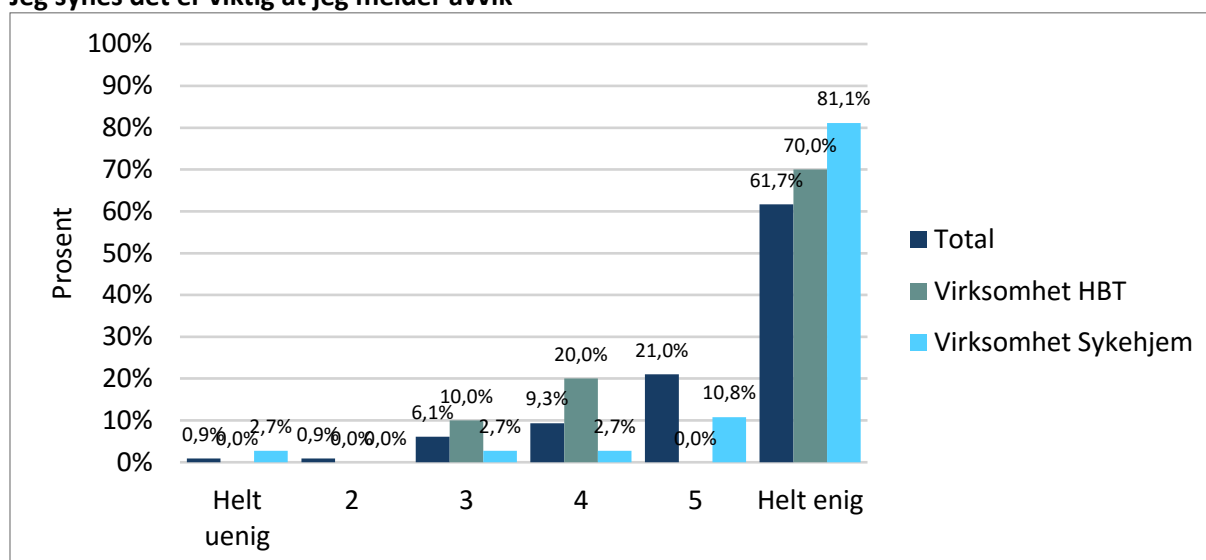
Tabell nr. 2

	Gjennomsnitt skåre
1. Min leder oppfordrer meg til å melde avvik (N=214)	4,12
2. Det er enkelt å melde avvik i kvalitetslosen (N=208)	3,67
3. Det er enkelte å vurdere hvilke situasjoner/hendelser det skal meldes avvik på (N=214)	3,32
4. Jeg registrerer hendelser som avvik selv om jeg er usikker på om det er et avvik (N=209)	2,3
5. Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen (N=210)	3,2
6. Jeg får tilbakemelding på hvordan avviket jeg har meldt er behandlet (N=201)	3,39

Tabell nr. 2 viser gjennomsnittskåren totalt.

Figur nr. 4

Jeg synes det er viktig at jeg melder avvik



Revisors merknad N= 214, Virksomhet HBT N= 10, Virksomhet sykehjem N= 37

Det fremgår av figur nr. 4 at de fleste respondenter mener det er viktig å melde avvik. Gjennomsnittskåren er 5,62 for sykehjemmet og 5,30 for HBT. Totalt for kommunen er gjennomsnittskåren 5,34.

Virksomhet Sykehjem

Virksomhetsleder og avdelingslederne informerer om at det legges tilrette for å melde avvik gjennom ulike tiltak. Det har over flere år vært arbeidet for å skape en positiv kultur for avviksregistrering ved at ledere oppfordrer sine ansatte til å melde. Det er heller ingen avvik som avvises som «feil» og fokus på å melde avvik er jevnlig tema på ulike møter. Avdelingslederne påpeker overfor sine ansatte at det er viktig å melde avvik for å avdekke fokusområder hvor det er aktuelt å iverksette tiltak.

Ansatte har mulighet til å få hjelp av kollegaer, eller leder, i tillegg til at det er mulig å melde avvik skriftlig. Ved en av avdelingene er det også utviklet en rutine¹⁵ som blant annet henviser til at ansatte skal melde avvik daglig. En av avdelingslederne påpeker at dersom mangel på tid gjør det utfordrende å melde er det viktig at dette også dokumenteres som et eget avvik. På ekstra travle dager oppfordres de ansatte til å notere ned avviket for så å melde det inn påfølgende dag, fremfor å jobbe overtid.

Lederne er av den oppfatning at det generelt er mange som melder avvik. På den andre side opplever de noen utfordringer, og kan derfor ikke se bort fra at det kan være en underrapportering. En av avdelingslederne viser til at hun har etterspurt avvik som ikke har blitt meldt. Utfordringene knyttes også til manglende kjennskap og bruk av kvalitetslosen. Veksling mellom åpent og lukket nett¹⁶, usikkerhet knyttet til hvilke hendelser det skal meldes avvik på, samt manglende kjennskap til prosedyrer nevnes også som årsaker til at det ikke meldes avvik.

Alle ansatte bruker PC til å dokumentere gitt helsehjelp i fagsystemet Gerica, men det er utfordrende å få ansatte til å benytte PC utover det som er pålagt i forbindelse med dokumentasjon. Det kan i tillegg være en utfordring å få ansatte med små stillingsprosjenter til å melde avvik. Dette er gjerne studenter som naturlig nok ikke benytter systemet så ofte, de har også sjeldent mulighet til å delta på kurs.

I følge virksomhetsleder handler om å få avviksmeldinger implementert som endel av arbeidsoppgavene. Det er også vesentlig at de ansatte ser at avvikene fører til positiv endring, at det har en hensikt å melde.

«... Motivasjonen blir mindre av å skrive avvik da man ikke ser hensikt med å skrive avvik når man ofte må skrive avvik hver vakt og over lengre perioder som gjør at man slutter å skrive.»

Kommentar fra spørreundersøkelsen

Tabell nr. 3

	Helt uenig	2	3	4	5	Helt enig
1. Min leder oppfordrer meg til å melde avvik (N=36)	2	1	6	2	3	22
2. Det er enkelt å melde avvik i kvalitetslosen (N=37)	2	2	4	6	10	13
3. Det er enkelt å vurdere hvilke situasjoner/hendelser det skal meldes avvik på (N=37)	2	5	11	10	7	2
4. Jeg registrerer hendelser som avvik selv om jeg er usikker på om det er et avvik (N=37)	14	8	4	3	5	3
5. Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen (N=37)	8	7	9	0	6	7
6. Jeg får tilbakemelding på hvordan avviket jeg har meldt er behandlet (N=37)	7	1	2	5	9	13

Det fremgår av tabell nr. 3 at de fleste respondenter er enige i at leder oppfordrer til at det meldes avvik og at det er enkelt å bruke systemet. Når det gjelder å vurdere hvilke situasjoner det skal meldes avvik på viser gjennomsnittskår 3,57. Det er større spredning i svarene knyttet til påstand 4 og 5, og her viser gjennomsnittskåre henholdsvis 2,67 og 3,27. For påstand 6 er gjennomsnittskåre 4,27.

¹⁵ Rutinen «Stille rapport»

¹⁶ Fra 27. mars 2018 ble det gjort en endring slik at ansatte kan nå kvalitetslosen fra lukket/sikkert nett.

Hjemmebaserte tjenester (HBT)

På samme måte som ved sykehjemmet har det vært arbeidet for å fremme en god kultur for å melde avvik ved virksomheten. De ansatte oppfordres til å melde og ingen avvik avvises som «feil». Virksomhetsleder har i tillegg fokus på å gi de som melder avvik en positiv tilbakemelding på at hendelsen er registrert. Hun anser avvik som en mulighet til å gjøre forbedringer og ønsker seg flere innmeldte avvik.

Selv om det ikke er satt av mye tid i løpet av dagen legges det tilrette dersom noen har behov for dette. Mangel på tid fremheves særlig innenfor hjemmesykepleien.

«Systemet er tungt og tidkrevende. Dermed nedprioriteres det å melde avvik, fordi arbeidsbyrden ellers er så stor»

Kommentar fra spørreundersøkelsen

Også ved denne virksomhetene opplever både virksomhetsleder og avdelingsleder at det er en underrapportering av avvik. De ansatte har ikke vært vant til å skrive avvik, og det er en oppgave som ikke har vært prioritert. Avdelingsleder opplyser at det særlig er ansatte med små stillingsprosenter som ikke er kjent med hvordan man skal melde avvik. Videre er det mange som ikke benytter PC i løpet av en arbeidsdag, og ansatte er også ofte usikre på hvilke hendelser som kan inngå i kategorien avvik. I slike tilfeller diskuteres hendelsen og avdelingsleder oppfordrer den ansatte til å melde dersom de er i tvil. Ved behov bistår hun med å melde avviket, og på denne måten får også ansatte erfaring med å bruke systemet. Avdelingsleder opplever at det meldes flere avvik fra enkeltansatte i etterkant av at hun har bistått vedkommende. Hun tolker dette som at de ikke lengre er så usikre på hvordan det skal gjøres, og at det derfor er enklere å melde.

Noen ansatte ønsker ikke å melde avvik på kollegaer av frykt for konflikter. I denne forbindelse har virksomhetsleder påpekt at det er viktig at rutinene følges for å forhindre unødig ekstraarbeid på kollegaer som overtar bilene. Ansatte bruker PDA¹⁷ og har mulighet til å melde avvik direkte på denne. Dette blir imidlertid ikke gjort, både fordi det ikke er gitt tilstrekkelig opplæring, i tillegg er det vanskelig å skrive utfyllende om avviket via PDA en.

Avdelingsleder mener det foregår mye «løpende avvikshåndtering». Det skjer gjennom at fagarbeiderne og assistenter tar kontakt, og får avklart spørsmål og situasjoner, med sykepleiere, uten at disse hendelsene registreres. Hun påpeker at det i denne forbindelse kan skje at de ulike faggruppene begge antar at den andre melder inn avviket.

Tabell nr. 4

	Helt uenig	2	3	4	5	Helt enig
1. Min leder oppfordrer meg til å melde avvik (N=10)	3	0	0	3	0	4
2. Det er enkelt å melde avvik i kvalitetslosen (N=9)	0	0	1	2	1	5
3. Det er enkelt å vurdere hvilke situasjoner/hendelser det skal meldes avvik (N= 10)	1	0	5	2	1	1
4. Jeg registrerer hendelser som avvik selv om jeg er usikker på om det er et avvik (N= 10)	6	1	2	0	1	0
5. Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen (N= 10)	1	2	0	4	1	2
6. Jeg får tilbakemelding på hvordan avviket jeg har meldt er behandlet (N= 10)	2	2	1	1	1	3

¹⁷ Personal digital assistent, PDA er en håndholdt mobil enhet som fungerer som en personlig informasjonsmanager Kilde: Wikipedia

Det fremgår av tabell nr. 4 at de fleste respondenter er enige i at leder oppfordrer til at det meldes avvik og at det er enkelt å bruke systemet. Når det gjelder å vurdere hvilke situasjoner det skal meldes avvik på viser gjennomsnittskåren 3,50. For påstand 4 er gjennomsnittskåre 1,90 mens det er 3,80 for påstand 4. Gjennomsnittskåre for påstand 6 er 3,60.

3.3 Vurderinger

Rutiner og prosedyrer

Gjennomgangen viser at kommunen har etablert en rekke rutiner og prosedyrer som omhandler avvikshåndtering som ligger tilgjengelig kommunens internkontrollsystem, kvalitetslosen. Det fremgår av flere dokumenter at registrering av avvik gir verdifull informasjon som benyttes i styring, lærings- og forbedringsarbeid. Videre fremgår det av dokumentene at ansatte gjennom å registrere avvik bidrar til en åpenhet- og forbedringskultur hvor det er akseptert å gjøre utilsiktede feil. Det foreligger også brukerveiledning som henviser til hvordan avvik skal meldes, og hvordan ansatte kan hente frem meldte avvik i systemet. Revisjonen finner kommunens system tilfredsstillende.

Etter vår vurdering har kommunen også iverksatt flere hensiktsmessige tiltak for å sikre at rutiner og prosedyrer holdes oppdaterte og gjøres kjent blant de ansatte. Vi viser i denne forbindelse til at det gjennom kvalitetssystemet gis varsel om tidspunkt for revisjon. Videre finner vi det positivt at arbeid med å utvikle gjeldende rutiner og prosedyrer, i tillegg til å etablere nye, er satt i system gjennom kvalitetsgruppa ved virksomhet Sykehjem.

Kvalitetslosen inneholder et stort antall rutiner. For å gjøre det enklere for de ansatte å orientere seg i disse har virksomhet Sykehjem samlet alle rutiner på et eget område i systemet. Etter vår vurdering er dette i utgangspunktet et positivt tiltak. På den andre side finner vi grunn til å bemerke at dersom kommunens internkontrollsystem skal fungere hensiktsmessig er det vesentlig at systemet generelt er oversiktlig og enkelt å finne frem i.

På leselisten, som kommer opp når ansatte logger seg på kvalitetslosen, fremgår viktig informasjon og/eller eventuelle endringer av rutiner/prosedyrer. Den ansatte må kvittere på listen at informasjon er lest. Etter vår vurdering er det positivt at det gjennom listen er mulig å sikre at oppdatering av rutiner og prosedyrer blir gjort kjent blant de ansatte.

På den andre side viser fakta at systemet ikke fungerer optimalt på revisjonens tidspunkt, og derfor ikke brukes aktivt. Fakta viser også at det kan være utfordrende å få alle ansatte til å benytte elektronisk kommunikasjon.

Revisjonen er av den oppfatning at kommunen bør etterstrebe større bruk og oppfølging av leselister og PC generelt. På den ene side vil økt bruk av elektronisk kommunikasjon gi den ansatte en mulighet til enkelt å holde seg oppdatert, i tillegg til at det er mulig å sjekke at relevant informasjon har blitt videreformidlet og lest.

Videre viser gjennomgangen at virksomhetene benytter en rekke andre virkemidler for å gjøre de ansatte kjent med rutiner og prosedyrer, blant annet opplæring/ kurs, møter, oppslag, signerings- og sjekklister. Etter vår vurdering viser tiltakene at virksomhetene har fokus på området, noe vi finner tilfredsstillende.

Resultat fra spørreundersøkelsen viser at nærmere 86,5 % av alle som har svart er kjent eller delvis kjent med innholdet i kommunens avviksrutine. Når det gjelder svar fra de to utvalgte virksomhetene fremgår det at kun én av respondentene ikke er kjent med innholdet.

Det er 34 av 37 som er kjent med at virksomhet Sykehjem har egne rutiner for avvikshåndtering. Av disse er det 32 som er kjent eller delvis kjent med innholdet. Ved Hjemmebaserte tjenester er det 7 av 10 som oppgir at de er kjent med at rutineforeligger, og 6 oppgir at de er kjent eller delvis kjent med innholdet.

Selv om dette er forholdsvis høye tall er det revisjonens vurdering at kommunen bør etterstrebe å høye tallene ytterligere, med mål om at alle ansatte blir gjort kjent med innhold i rutiner som er relevante for egen virksomhet. Vi viser i denne forbindelse også til at ansatte med stillingsprosent under 50 ikke har deltatt i spørreundersøkelsen. Det er nærliggende å tro at ansatte med lav stillingsprosent generelt er mindre kjent med innholdet i rutiner og prosedyrer fordi de naturlig nok benytter dem sjeldnere.

Opplæring

Det er positivt at det er gjennomført opplæring i å melde avvik, både fra sentralt hold i kommunen og på virksomhetsnivå.

Videre viser fakta at det gis internundervisning ved virksomhet Sykehjem hvor opplæring avtales etter behov. Det gjennomføres også opplæring 1- 2 ganger årlig, eksempelvis i forbindelse med ansettelse av sommervikarer. Opplæringen har en praktisk tilnærming og blir gitt av medlemmer av kvalitetsgruppa ved de respektive avdelingene. Etter vår vurdering er dette tilfredsstillende.

Lederne viser til at kommunen har en klar definisjon av hva avvik er. På den andre side opplever de at ansatte kan være usikre når det gjelder hvilke hendelser det skal meldes avvik på. Ved behov diskuteres definisjonen med de ansatte. Etter vår vurdering er det positivt at lederne gir rom for å drøfte avvikene med den ansatte fordi det er med på å redusere usikkerhet knyttet til hvilke hendelser det skal meldes avvik på. Det er også nærliggende å tenke at denne tilnærmingen vil føre til en økning i antall meldte avvik.

Det er ikke tilsvarende systematikk i opplæringen ved HBT (Hjemmebaserte tjenester). Vi viser i denne forbindelse til fakta hvor det fremgår at det ikke gjennomført opplæring i avvikshåndtering ved den ene avdelingen siden august 2017, selv om det i denne perioden ble ansatt flere nye medarbeidere. Det har heller ikke vært prioritert å gi vikarer opplæring fordi de i utgangspunktet ikke skal jobbe over en lengere tidsperiode. Etter vår vurdering er ikke dette tilfredsstillende.

Etter vår vurdering viser resultat fra spørreundersøkelsen at er det en forholdsvis stor andel som oppgir at de har behov for mer opplæring i å melde avvik i kvalitetsloven, noe kommunen bør etterstrebe å følge opp.

Virksomhetene legger til rette for å melde avvik

Generelt i kommunen har det over flere år vært arbeidet for å skape en positiv kultur for avviksregistrering, hvor ledere oppfordrer sine ansatte til å melde avvik, samt at ingen avvik avises som «feil». Etter vår vurdering gjenspeiles dette tildels gjennom spørreundersøkelsen hvor de fleste respondenter oppgir at de synes det er viktig å melde avvik.

På den andre side viser resultatene fra spørreundersøkelsen at en rekke påstander knyttet til det å melde avvik oppnår en lavere gjennomsnittskåre enn forventet, under 4. Etter vår vurdering viser dette at kommunen også fremover må ha fokus på å legge tilrette for avviksmeldinger.

Gjennom bruk av PDA, en håndholdt mobil enhet, har ansatte ved HBT mulighet til å melde avvik direkte. Dette blir ikke gjort fordi det ikke er gitt tilstrekkelig opplæring, i tillegg til at det er vanskelig å skrive utfyllende via denne. Etter vår vurdering bør kommunen sikre tilstrekkelig opplæring slik at denne i større grad benyttes.

4 I HVILKEN GRAD SIKRER BEHANDLINGEN OG OPPFØLGING AV AVVIK KONTINUERLIG FORBEDRING AV PRAKSIS?

4.1 Revisjonskriterier

For å sikre at behandling og oppfølging av avvik resulterer i kontinuerlig forbedring av praksis bør kommunen:

- Behandle og lukke avvik
- Sikre at avvik meldt fra innbyggere blir registrert og fulgt opp
- Håndtere avvik systematisk slik at de bidrar til å forebygge tilsvarende eller andre avvik
- Vurdere behov for endring av rutiner og praksis som oppfølging av meldte avvik

4.2 Fakta

Det meldes avvik på en eller flere av tre kategorier; HMS (helse, miljø og sikkerhet), Organisasjon/internt og Tjeneste/bruker. Disse kategoriene har også underkategorier som det kan krysses av på. Det kan meldes flere avvik på en situasjon, eksempelvis når det meldes avvik på tvang kan dette inkludere både tjeneste- og HMS avvik. Det innebærer at ett avvik kan registreres på flere kategorier. Tall som viser avviksmeldinger pr. måned for en virksomhet vil derfor være lavere enn summen av avvik som fremkommer når det tas ut tall for avvik fordelt på kategoriene. Som beskrevet i forrige kapittel innebar den tidligere tekniske løsningen at ansatte måtte skifte mellom lukket og åpent nett for å melde avvik.

Avviksmeldingen ligger på startsidene i kvalitetslosen, og den som har meldt avviket kan gå inn i systemet for å se hvordan dette har blitt håndtert. Ingen avvik kan sendes videre uten at det blir lagt inn en kommentar. Det gjelder også dersom avviket videresendes til en annen leder. Leder har mulighet til å endre avvikskategori dersom det er nødvendig, og alle endringene loggføres i systemet.

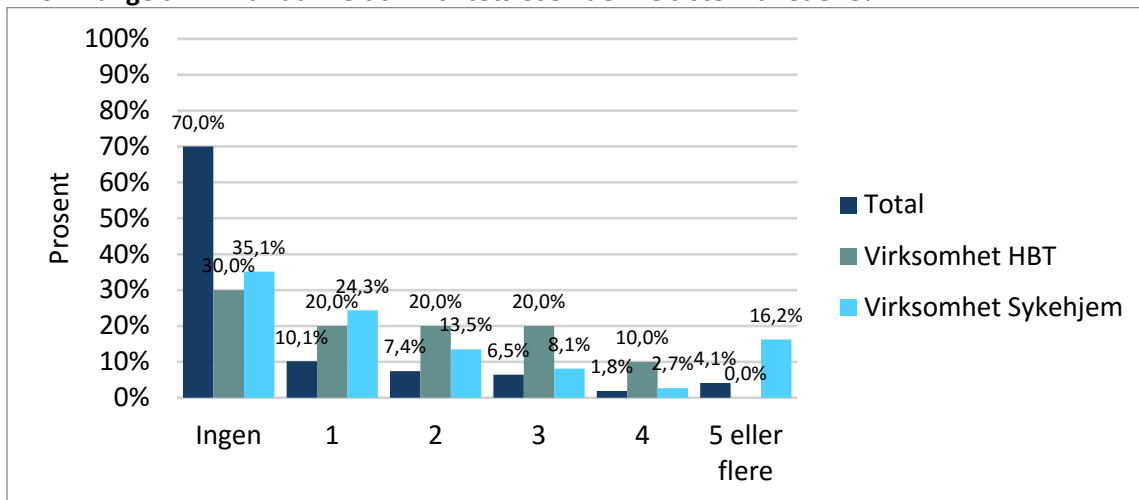
Organisasjonssjef er av den oppfatning at de ansatte innenfor helse er flinke og melder avvik i kvalitetslosen. Ved andre virksomheter meldes det flere avvik muntlig eller gjennom e-post til nærmeste leder.

«Føler det er en god kultur for å melde avvik i Råde kommune. Avvikene jeg har meldt har ført til en god dialog mellom meg som meldte avvik, og virksomheten som avviket ble meldt til. Vet at meldte avvik har ført til endringer i prosedyrer»

Kommentar fra spørreundersøkelsen

Figur nr. 5

Hvor mange avvik har du meldt i kvalitetslosen de fire siste månedene?



Revisors merknad N= 217, Virksomhet HBT N= 10, Virksomhet Sykehjem N= 37

Figur nr. 5 viser at de fleste respondentene oppgir at de ikke har meldt inn noen avvik de fire siste månedene.

For sykehjemmet er det 18 av 37 som oppgir at de har meldt inn mellom 1 og 4 avvik, 6 respondenter oppgir at de har meldt inn 5 eller flere. Det er 13 respondenter som oppgir at de ikke har meldt inn avvik i denne perioden.

For hjemmebaserte tjenester er det 7 av 10 respondenter som oppgir at de har meldt inn mellom 1 og 4 avvik, de tre øvrige oppgir at de ikke har meldt inn noen avvik i perioden.

4.2.1 Melding, behandling og lukking av avvik

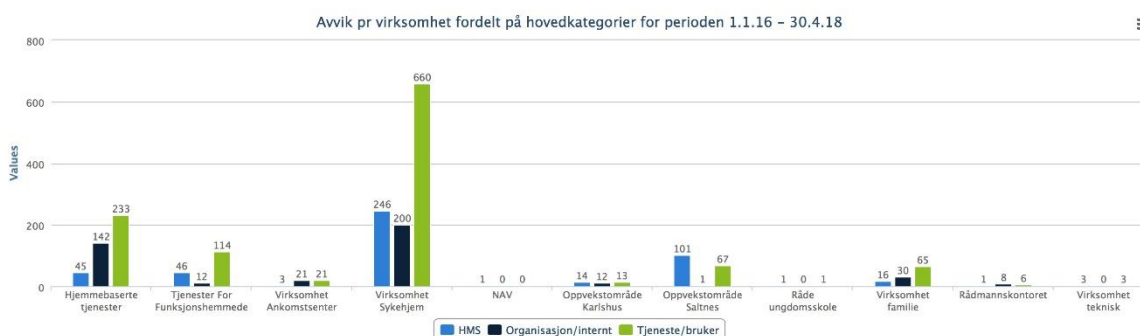
Avdelingsledere har en frist for å behandle/lukke avviket på 14 dager. Virksomhetsledere har frist på 21 dager. Avvik som ikke er lukket innen totalt 35 dager videresendes til rådmannsnivå.

Avdelingslederne ved begge virksomhetene er behandlingsansvarlig for avvik fra sine ansatte, og de får beskjed om innkomne avvik på e-post. De kontrollerer om avvikene ligger innenfor riktig kategori og alvorlighetsgrad, for deretter å lukke eller videresende dem. Virksomhetsleder ved sykehjemmet er behandlingsansvarlig for avvik fra sykehjemslegene, merkantil og sine avdelingsledere.

Ved sykehjemmet dekker ikke avdelingsledere automatisk opp for hverandre ved ferie/fravær, men virksomhetsleder viser til at ved fravær over lengere tid kan det endres i kvalitetslosen slik at avvik meldes til de som er konstituert i stillingen. Eventuelle avvik som blir skrevet og ikke fanget opp vil gå til overordnet leder som returnerer avviket for behandling i etterkant. Akutte hendelser som må avklares raskt skjer ved muntlig tilbakemeldinger i forbindelse med at avvik registreres.

Ved HBT får virksomhetsleder tilsendt enkelte avvik direkte når disse er stilet rett til henne, samt i forbindelse med avdelingsleders fravær.

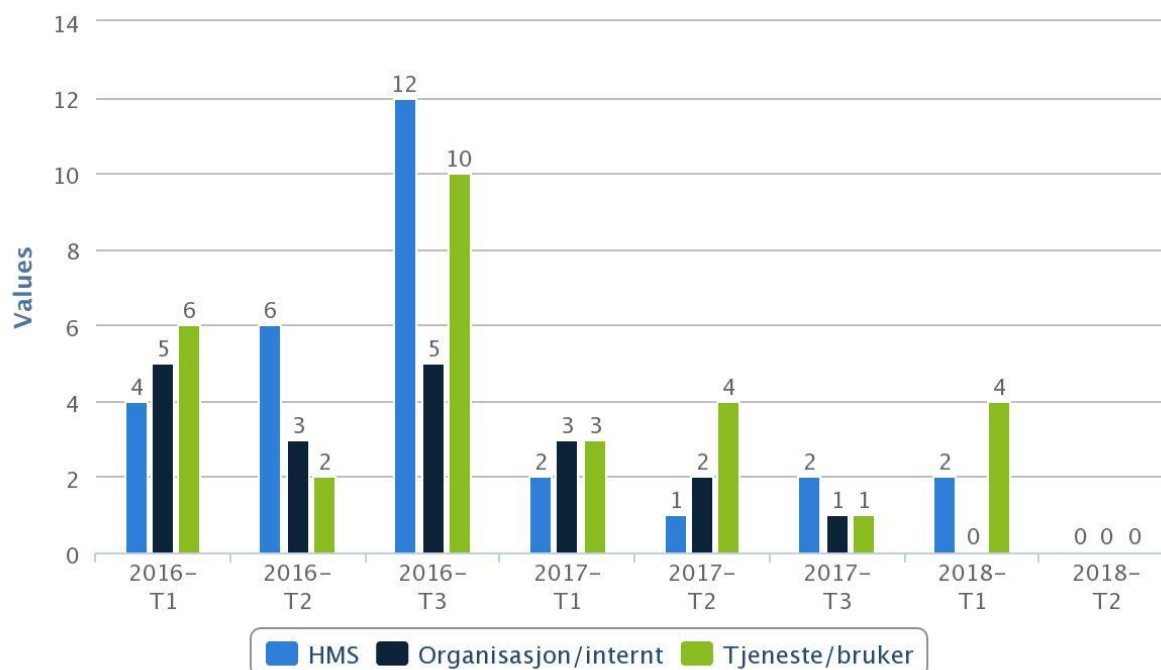
Figur nr. 6



Figur nr. 6 viser antall avvik pr. virksomhet hvor det fremgår at virksomhet Sykehjem har meldt flest avvik i perioden 1.1.16 - 30.4.18

Figur nr. 7

Automatiske videresendinger til Rådmann pr tertial fordelt på hovedkategorier



Figur nr. 7 viser antall avvik totalt i kommunen som ikke ble lukket på virksomhetsnivå innen 35 dager.

Virksomhet Sykehjem

Lederne ønsker ikke å pålegge ansatte å melde avvik kun på prosedyrer fordi det er tidkrevende å finne frem i kvalitetslosen, og de frykter det vil føre til færre avviksmeldinger. Å kun melde avvik på prosedyrer/rutiner vil også føre til at mye viktig informasjon går tapt. Virksomhetsleder gir eksempel på at fall registreres som et avvik, noe det etter hennes mening ikke er. På den andre side viser hun

til at det er nyttig å få denne type hendelser dokumentert og registrert, så de ansatte oppfordres likevel å melde dette som et avvik.

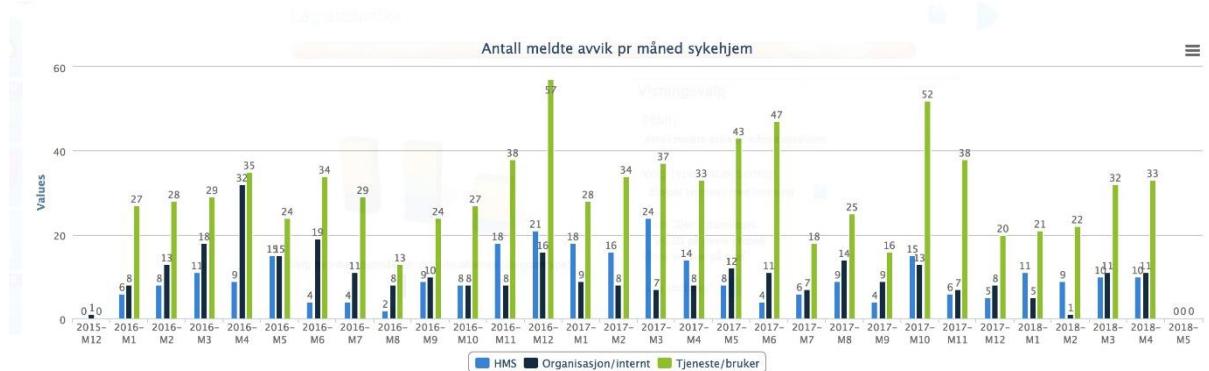
At avvik i utgangspunktet er brudd på en prosedyre/rutine er likevel noe avdelingsledere er opptatt av å gjøre de ansatte oppmerksom på. Dette fokuset fører til at den ansatte blir gjort kjent med innholdet i gjeldene rutine/prosedyre, samt hvor denne ligger i kvalitetslosen. Målet er å komme dithen hvor ansatte kun melder avvik på prosedyrer. Indirekte vil en slik praksis også føre til en kartlegging av manglende rutiner.

Verneombud involveres alltid ved HMS avvik og disse behandles i en egen HMS gruppe månedlig hvor også virksomhetsleder deltar. Gjennom møtereferat¹⁸ fremgår det hvilke tiltak som er igangsatt for denne type avvik. For å ha oversikt over øvrige avvik har virksomhetsleder etablert møteplassene «Ledelsens gjennomgang», hvor virksomhetsleder og avdelingslederne møtes hver fjerde måned, og «Statusmøter», hvor hun har en til en møter med avdelingslederne. Sistnevnte gjennomføres månedlig.

En av avdelingslederne opplever at de fleste skriver både tjenesteavvik og HMS-avvik når det oppstår situasjoner som omfatter begge områder, og at dette er noe som har blitt stadig bedre. En annen avdelingsleder informerer at hun savner flere HMS-avvik som omhandler de ansatte selv, som slag, spark osv. Hun viser til at det er viktig at denne type hendelser dokumenteres slik at belastningen for de ansatte på dette området blir synliggjort og dokumentert.

Gjennomgang av avviksrapporter viser at avvik på sykehjemmet fordelt på kategorier for perioden 1.1.16-30.4.18 utgjør 246 registrert innenfor HMS, 200 innen organisasjon/internt og 660 innenfor tjeneste/bruker. Det totale antall avvik for samme perioden utgjør 986.

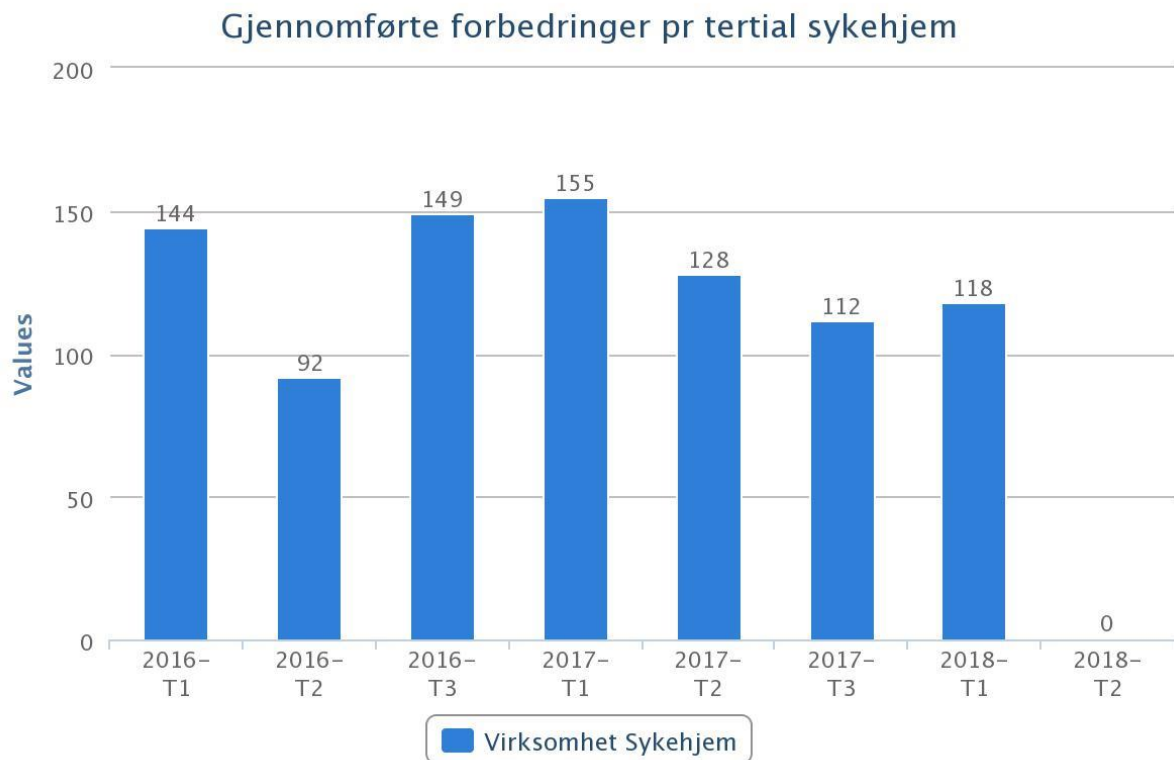
Figur nr. 8



Figur nr. 8 viser utviklingen pr. måned for perioden 1.1.16- 30.4.18

¹⁸ «Råde sykehjem- HMS-møte møtereferat- 15.5.2017»

Figur nr. 9



Figur nr. 9 henviser til antall lukkede avvik som er gjennomført innenfor virksomhetens maksimaltid på 35 dager.

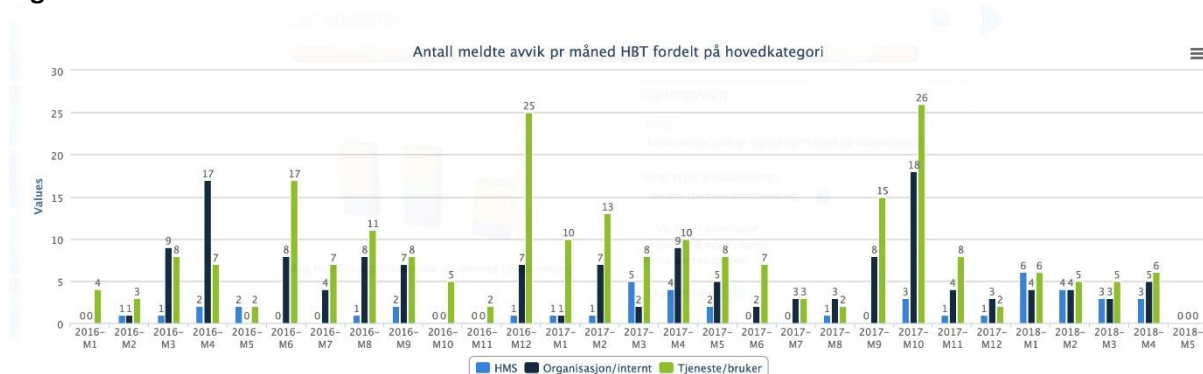
Hjemmebaserte tjenester (HBT)

Ved virksomheten er det to avdelingsledere men på grunn av sykdom mottar avdelingsleder avvik fra to avdelinger på revisjonens tidspunkt.

De ansatte ved virksomheten skriver sjelden avvik direkte på en rutine. Både virksomhetsleder og avdelingsleder snakker ofte med den som har meldt avviket for å være sikker på at de har forstått alt riktig, og for å sjekke bakgrunnen for avviket. De gir også en muntlig tilbakemelding på hvordan avviket har blitt håndtert. Melder oppfordres til å gå inn i systemet for å se hvordan det har blitt behandlet, men avdelingsleder er usikker på om det blir gjort. Avdelingsleder informerer om at dersom avviket omhandler en annen ansatt har ikke den som har meldt avviket en mulighet til å lese hvilke tiltak som iverksettes. De ansatte oppfordres til å melde avvik selv om de fortløpende håndterer selve situasjonen.

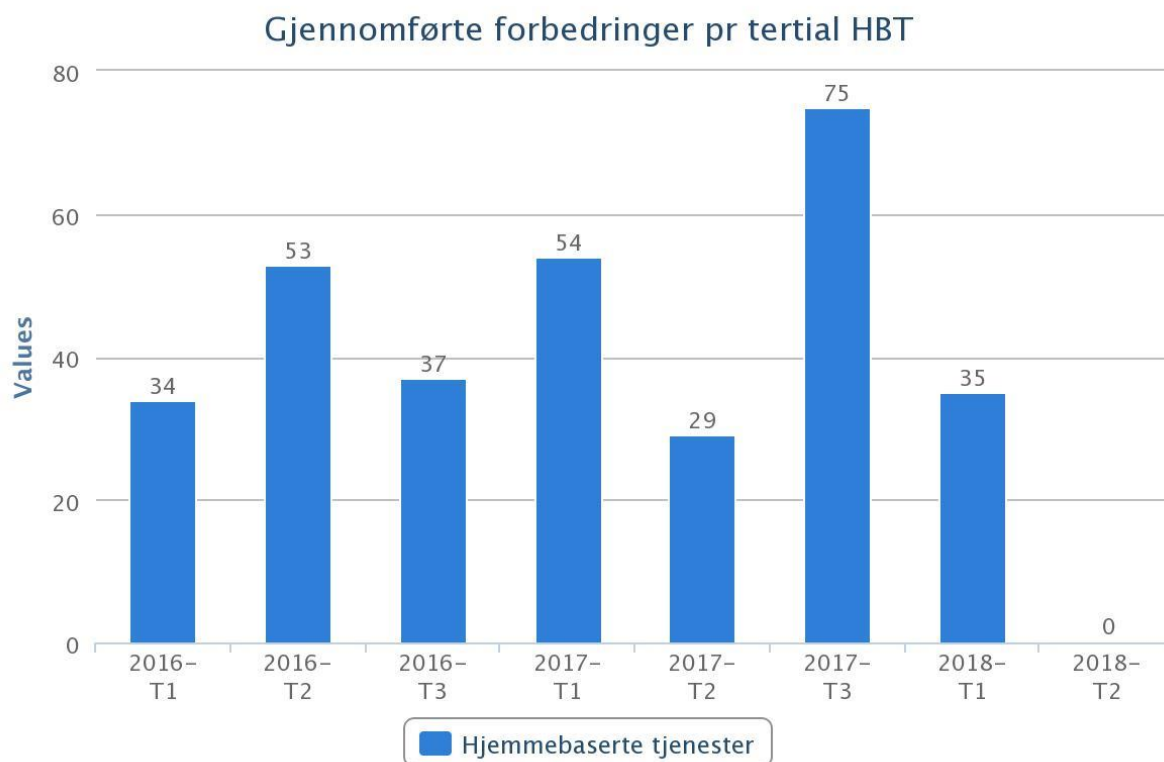
Gjennomgang av avviksrapporter for hjemmebaserte tjenester fordelt på hovedkategorier for perioden 1.1.16 - 30.4.18 utgjør 45 registrerte avvik innenfor HMS, 142 innenfor organisasjon/internt og 233 innenfor tjeneste/bruker. Det totale antall avvik for samme perioden er 348.

Figur nr. 10



Figur nr. 10 viser utviklingen pr. måned for perioden 1.1.16- 30.4.18

Figur nr. 11



Figur nr. 11 henviser til antall lukkede avvik som er gjennomført innenfor virksomhetens maksimaltid på 35 dager.

4.2.2 Avvik fra innbyggere

Organisasjonssjef er kjent med at hjemmebaserte tjenester melder avvik fra pårørende inn som avvik i kvalitetslosen, mens eksempelvis klager på vedtak fra teknisk ikke meldes inn som avvik i systemet. Når det gjelder sistnevnte er det etter hans oppfatning viktig er at denne type hendelser blir registrert, ikke nødvendigvis at de registreres i kvalitetslosen.

Tallene totalt viser at det er 48 av 215 respondenter som svarer «Ja» og 167 som svarer «Nei» på spørsmål om de har mottatt klager fra innbyggere/brukere/pårørende. På oppfølgingsspørsmålet «*Har du meldt inn klager fra innbyggerne/brukere/pårørende som avvik i kvalitetslosen?*» svarer 8 respondenter «Ja», det er 26 som svarer «Nei» og 14 oppgir at disse registreres i eget fagsystem.

Virksomhet Sykehjem

Virksomhetsleder informerer om at det ble etablert en prosedyre¹⁹ 9. februar 2018 som henviser til at tilbakemelding/klage fra brukere og pårørende skal registreres i avviksmodule i kvalitetslosen. Virksomhetsleder skal lukke denne type avvik for å sikre en samlet oversikt. Her fremgår det også at virksomhetsleder skal ha oversikt over forbedringer som er gjennomført på bakgrunn av meldingene. Formålet med prosedyren er å sikre at tilbakemeldinger og klager blir registret, og brukt aktivt i forbedringsarbeidet.

Det fremgår også av virksomhetens internkontrolldokument²⁰ at pasientklager skal registreres på en felles oversikt. Videre vises det til at systematisk gjennomgang vil sikre at virksomheten har faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I følge virksomhetsleder ble disse hendelsene tidligere registrert på et eget område i kommunens sak- og arkivsystem, Websak. At disse nå registreres som avvik i kvalitetslosen, gjør det mye enklere å holde oversikt.

En av avdelingsledere informerer om at pårørende også får tilbakemelding om hvordan disse avvikene blir håndtert, samt eventuelt hvilke tiltak som iverksettes. Hun viser også til at virksomhetsleder orienteres om denne type avvik.

Resultat fra spørreundersøkelsen viser at det av 36 respondenter er 15 som svarer «Ja» og 21 som svarer «Nei» på spørsmål om de har mottatt klager fra innbyggere/brukere/pårørende. På oppfølgingsspørsmålet «*Har du meldt inn klager fra innbyggerne/brukere/pårørende som avvik i kvalitetslosen?*» svarer 5 respondenter «Ja», det er 9 som svarer «Nei» og 1 oppgir at disse registreres i eget fagsystem.

Hjemmebaserte tjenester (HBT)

Ved HBT informerer virksomhetsleder og avdelingsleder at klager/henvendelser fra pårørende legges inn i Geric på den enkelte beboer/bruker. Det foreligger derfor ingen overordnet oversikt over antallet. Virksomheten har heller ingen skriftlig rutine på denne praksisen.

Resultat fra spørreundersøkelsen viser at det av 10 respondenter er 5 som svarer «Ja» og 5 som svarer «Nei» på spørsmål om de har mottatt klager fra innbyggere/brukere/pårørende. På oppfølgingsspørsmålet «*Har du meldt inn klager fra innbyggerne/brukere/pårørende som avvik i kvalitetslosen?*» svarer 2 respondenter «Ja», det er 2 som svarer «Nei» og 1 oppgir at disse registreres i eget fagsystem.

¹⁹ «Tilbakemelding/klage fra brukere/beboere og pårørende»

²⁰ «Internkontroll Råde kommune» Oktober 2017

4.2.3 Håndtering av avvik

Organisasjonssjef mener det er viktig å etablere en kultur for kontinuerlig forbedring, fordi avviksmeldinger i denne sammenheng vil få en naturlig plass som starten på en forbedringsprosess. Klarer kommunen å etablerte en slik kultur vil det bli naturlig for ansatte å melde avvik.

Det fremgår av 1. tertialrapport 2017 at Råde kommune utvikler tjenestene gjennom kontinuerlige forbedringsprosesser. Innmeldte avvik er grunnlag for å starte forbedring. Når avvik lukkes er forbedringsprosessen gjennomført.

Virksomhet Sykehjem

Det fremgår av flere dokumenter²¹ at avvik skal gjennomgås for å sikre læring og kvalitetsforbedring. Det blir også gjort ved systematisk gjennomgang av HMS avvik hver måned, samt gjennomgang av andre avvik i «Ledelsens gjennomgang» og i «Statusmøter» som beskrevet tidligere. Tiltak gjennom endring av praksis og/eller rutiner, eventuelt andre løsninger de blir enige om, bringes deretter videre til avdelingene gjennom personalmøter. Virksomheten har utviklet sjekklister²², som også fungerer som referat for møtene. Referatene benyttes som dokumentasjon på hvilke områder som skal følges opp til neste møte, og avdelingslederne informerer om at dette er et velfungerende system.

Virksomhetsleder har sendt ut en samlet oppsummering til alle ansatte om hvilke avvik som ble meldt i 2017, samt hvilke tiltak som er igangsatt på bakgrunn av disse. Hun følger også opp hvorvidt tiltakene som iverksettes reduserer antall avvik. I tillegg til at oppsummeringen blir sendt ut pr. e-post, blir den også hengt opp på avdelingene. Alle referater, fra ledermøter og HMS møter blir også sendt ut pr. e-post, i tillegg til at de henges opp slik at alle får anledning til å bli kjent med innholdet.

Fra april 2018 vil det bli laget en oversikt over alle avvik og disse skal gjennomgås hver fjerde måned. Virksomhetsleder informerer om at disse oversiktene også gir de ansatte en tilbakemelding på hva som er gjort på de ulike områdene for å forhindre nye avvik.

Avdelingslederne har oversikt over ulike avviksområder på sin gruppe. En av avdelingslederne informerer om at rapporter av avvik har blitt benyttet som et verktøy for å synliggjøre type avvik, og da har rapportene i seg selv vært en del av tiltaket. Sammenstilling av avvik blir også gjennomgått i forbindelse med utarbeidelse av virksomhetsplaner.

For virksomhet Sykehjem fremgår det av 1. tertialrapport 2017 følgende: «Antall innmeldte avvik i virksomheten siste tertial: 168

Gjennomførte forbedringsprosesser siste tertial: 158

Beskrivelse av de viktigste endringene og resultatene som følge av disse forbedringene:

Virksomhet sykehjem bruker avviksrapporteringen aktivt og ansatte er gode på å melde avvik.

Innhold i avvikene strekker seg fra småting til alvorlige avvik. Avviksmeldingene er viktige for at lederne skal få tak i feil og forbedringsområder som avdekkes i driften døgnet rundt på en systematisk måte. Mange av avvikene går på å skjerpe prosedyrer eller utvikle nye prosedyrer når det avdekkes at dette er nødvendig. Avvik har også ført til andre måter å utføre ting på og andre måter og samhandle på.»

²¹ Virksomhetsplan 2018, «Internkontroll Råde kommune» Oktober 2017, «Meldte avvik i tjenesten i virksomhet Sykehjem» og «Avvik 2017»

²² «Sjekklister/dokumentasjon for statusmøter avdelingsledere» og «Sjekklister/dokumentasjon for ledelsensgjennomgang»

Hjemmebaserte tjenester (HBT)

Det fremgår av referat fra HMS møter, som avholdes ca. 5-6 ganger i året, hvordan det skal arbeides for å unngå nye avvik. I disse møtene deltar ledere, tillitsvalgte og verneombud. Virksomhetsleder orienterer om hvilke avvik som har kommet inn og hvordan disse har blitt lukket. Ledermøter gjennomføres hver mandag hvor avdelingsledere og virksomhetsleder møtes. Faste temaer er gjensidig informasjon, økonomi og virksomhetsplan. I disse møtene kan også avvik drøftes. Dersom det er mange avvik på et område er dette også tema i daglige rapporter.

Fra 1. tertialrapport 2017 For hjemmebaserte tjenester: «Antall innmeldte avvik i virksomheten siste tertial: 62 Gjennomførte forbedringsprosesser siste tertial: 58

Beskrivelse av de viktigste endringene og resultatene som følge av disse forbedringene:

Innmeldte avvik fra HBT i første tertial 2017 er i stor grad avvik rundt medisinhandtering og avvik fra prosedyrer knyttet til utførelse av tjenester. Det er også noen meldte avvik på fysiske arbeidsforhold og svikt av utstyr. Forbedringsforslag på avvikene er i stor grad knyttet til at hver enkelt arbeidstaker må ha større fokus på prosedyrer. Hver enkelt arbeidstaker må utføre tjenester etter nedskrevne prosedyrer og til enhver tid vite hvilke prosedyrer som er gjeldende. Avviksrapportering er et godt verktøy for å avdekke områder der virksomheten har utfordringer. En god kultur for avviksregistrering vil øke fokus på områder med utfordringer og derav bevisstgjør den enkelte arbeidstaker.»

4.2.4 Oppfølging av meldte avvik

Organisasjonssjef informerer om at virksomhetene ofte viser til at de har endret prosedyrer på bakgrunn av meldte avvik. Han oppfatter også at antall avvik på disse områdene reduseres, noe som tyder på økt fokus og læring.

Tabell nr. 5

	Helt uenig	2	3	4	5	Helt enig
1. Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer i prosedyrer/rutiner (N=212)	46	41	47	31	14	33
2. Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer i praksis(N=212)	43	36	48	29	21	35

Det er forholdsvis stor spredning i svarene på påstandene i tabell nr. 5 for hele kommunen hvor gjennomsnittskåren for første påstand er 3,12 og 3,25 på den andre.

Virksomhet Sykehjem

Både virksomhetsleder og avdelingslederne viser til at meldte avvik ved flere tilfeller har resultert i endring av praksis/rutiner, og at ansatte lærer av feil. Det har eksempelvis blitt kjøpt inn store medisintraller som har forenklet utleveringen på bakgrunn av flere meldte avvik. Ved en annen avdeling ble det innført en oversikt over medisinsansvar som en følge av gjentagende avvik knyttet til manglede signering for gitt medisin. I følge avdelingslederne har antall avvik på begge områdene blitt redusert.

En av avdelingsledere gir også eksempel på at det kan settes inn direkte tiltak gjennom å snakke med den enkelte. Hun viser i denne forbindelse til at alle ansatte har gjennomgått medisinkurs, og i de tilfeller avvik kan relateres til dette ansvaret blir det tydeliggjort overfor den det gjelder. Dersom antall avvik likevel ikke reduseres blir konsekvensen at vedkommende ikke får dele ut medisin. I slike tilfeller vil avdelingsleder dokumentere tiltaket i den ansattes personalmappe. Avdelingsleder opplever at de ansatte lærer av avvikene gjennom at det skjer en endring. Tydeliggjøring av ansvar bidrar også til økt fokus og læring.

Virksomhetsleder gir eksempel på endring av praksis: Ansatte melder avvik på manglende bemanning, noe som i seg selv ikke er et avvik fordi grunnbemanningen er satt. Tiltaket fra avdelingsleder kan da være å få ansatte til å omdisponere tiden sin, eksempelvis ved å tilby en bruker dusj på kveld/ettermiddag istedenfor på morgenen.

Tabell nr. 6

	Helt uenig	2	3	4	5	Helt enig
1. Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer i prosedyrer/rutiner (N=37)	8	6	6	5	6	6
2. Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer i praksis(N=36)	7	7	4	3	8	7

Det er forholdsvis stor spredning i svarene på påstandene i tabell nr. 6 hvor gjennomsnittskåren for første påstanden er 3,35 og 3,53 på den andre.

Hjemmebaserte tjenester (HBT)

Virksomhetsleder viser til at både praksis og rutiner har blitt endret som følge av mange avvik knyttet til medisinbehandling, og hun opplever at meldte avvik bidrar til læring. Avdelingsleder har ikke skrevet noen nye rutiner som følge av avvismeldinger, men er kjent med at praksis har blitt endret som følge av meldte avvik, eksempelvis knyttet til medisinutlevering.

Tabell nr. 7

	Helt uenig	2	3	4	5	Helt enig
1. Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer i prosedyrer/rutiner (N=10)	0	1	4	2	1	2
2. Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer i praksis(N=10)	0	0	5	2	1	2

Gjennomsnittskåren for påstand nr. 1 i tabell nr. 7 er 3,9 og 4,0 på nr. 2.

4.3 Vurderinger

Behandle og lukke avvik

Avdelingsledere har en frist for å behandle/lukke avvik på 14 dager. Virksomhetsledere har frist på 21 dager. Avvik som ikke er lukket innen totalt 35 dager videresendes til rådmannsnivå. Ingen avvik kan sendes videre i systemet uten at det blir lagt inn en kommentar. Avdelingslederne ved begge virksomheter er behandlingsansvarlige for avvik for sine ansatte. Avvik som ikke lukkes på dette nivået sendes videre til overordnet nivå. Etter revisjonens vurdering er dette et tilfredsstillende system hvor i tillegg alle endringer loggføres i systemet.

Avvik er per definisjon et brudd på en rutine eller prosedyre. Det er likevel sjelden de ansatte ved virksomhetene melder avvik direkte på en rutine eller prosedyre. Som det fremgår av fakta ønsker ikke lederne ved virksomhet Sykehjem å pålegge ansatte å melde avvik kun på prosedyrer fordi det er tidkrevende å finne frem i kvalitetslosen, og de frykter det vil føre til færre avvismeldinger.

På den andre side er avdelingsledere opptatt av å gjøre ansatte oppmerksom på avviksdefinisjonen for å bidra til økt kjennskap til rutinene. Etter vår vurdering er dette en hensiktsmessig tilnærming og vi deler denne oppfatningen

I tall fra kommunen fremgår det at flere virksomheter har meldt få eller ingen avvik i perioden 1.1.16 til 30.4.18. Videre viser resultat fra spørreundersøkelsen at de fleste respondenter oppgir at de ikke har meldt inn noen avvik de fire siste månedene. Det er 13 av 37 respondenter ved virksomhet sykehjem og 3 av 10 ved HBT som oppgir å ikke ha meldt inn avvik den samme periode.

Revisjonen påpeker at selv om det ikke er meldt inn avvik, kan det ikke utelukkes at det har skjedd. Det er vår oppfatning at kommunen bør fortsette å ha fokus på å få inn flere avviksmeldinger generelt, med et ekstra fokus på virksomhetene hvor det ikke er meldt noen avvik.

Avvik fra innbyggere

Vi finner det positivt at virksomhet Sykehjem i februar 2018 etablerte en prosedyre som henviser til at tilbakemelding/klage fra brukere og pårørende skal registreres i avviksmodule i kvalitetslosen. I prosedyren fremgår det også at virksomhetsleder skal ha oversikt over forbedringer som er gjennomført på bakgrunn av meldingene. Formålet er å sikre at tilbakemeldinger og klager blir registrert, og brukt aktivt i forbedringsarbeidet. Dette systemet innebærer også at virksomhetsleder får en helhetlig oversikt over denne type henvendelser, noe revisjonen finner tilfredsstillende.

På den andre side finner vi grunn til å bemerke at resultat fra spørreundersøkelsen viser at kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder å registrere klager som avvik.

Det er 48 av 215 respondenter som oppgir at de har mottatt klager fra innbyggere/brukere/pårørende. Av disse er det 8 som oppgir at de har meldt disse som avvik i kvalitetslosen og 14 oppgir at klagen er registrert i eget fagsystem. For virksomhet Sykehjem er det 15 av 36 som oppgir at de har mottatt klager, og 5 som har meldt de inn som avvik i kvalitetssystemet. En oppgir at klager registreres i eget fagsystem. For HBT er det 5 av 10 respondenter som oppgir å ha mottatt klager, 2 av har registrert disse i kvalitetssystemet og 1 viser til at klage er registrert i eget fagsystem.

På revisjonens tidspunkt hadde ikke kommunen en enhetlig praksis knyttet til å melde inn klager som avvik i kvalitetslosen. Etter vår vurdering bør kommunen etterstrebe å innføre et enhetlig system og praksis knyttet til å melde inn klager som avvik, og på denne måten sikre en helhetlig oversikt.

Forebygging og endring som følge av meldte avvik

Gjennomgangen viser til flere konkrete eksempler på at oppfølging av meldte avvik har resultert i endring av rutiner og praksis, i tillegg til at antall avvik på noen områder har blitt redusert. På den andre side viser spørreundersøkelsen at det er stor spredning i svarene for påstander om hvorvidt respondentene mener at meldte avvik har ført til endringer av rutiner og praksis.

Revisjonen finner det positivt at virksomhetene håndterer avvik for å sikre læring og kvalitetsforbedring. Vi viser i denne forbindelse til fakta hvor det fremgår at avvik systematisk blir gjennomgått, i tillegg til at det redegjøres for hvilke tiltak som igangsettes. Avviksrapporter blir også benyttet som verktøy for å forhindre nye avvik i tillegg til at de benyttes i forbindelse med utarbeidelse av virksomhetsplaner.

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Revisjonen finner at kommunen i stor grad har etablert et tilfredsstillende avvikssystem gjennom at det er etablert nødvendige rutiner og prosedyrer. Gjennomgangen viser også at det er iverksatt flere hensiktsmessige tiltak for å sikre at disse holdes oppdatert og blir gjort kjent blant de ansatte. Ved bruk av systemet har den ansatte også enkel tilgang på oppdatert informasjon og gjeldene retningslinjer. På den andre side viser fakta at denne muligheten ikke benyttes fullt ut. Resultat fra spørreundersøkelsen viser også at det er et forbedringspotensial knyttet til å gjøre ansatte kjent med innholdet i avviksrutinene.

Vi finner at kommunen har fokus på opplæring knyttet til avviksmeldinger og det er tilfredsstillende systematikk i opplæringen som gis ved virksomhet Sykehjem. Ved virksomhet Hjemmebaserte tjenester er det ikke gjennomført tilsvarende opplæring. Videre viser resultat fra spørreundersøkelsen at er det en forholdsvis stor andel som oppgir at de har behov for mer opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen. Dette er noe kommunen, etter vår vurdering, bør etterstrebe å følge opp.

Vi finner at kommunens behandling og oppfølging av avvik i stor grad sikrer forbedring av praksis. Kommunen bør fortsette å ha fokus på å få inn flere avviksmeldinger generelt, med et ekstra fokus på virksomhetene hvor det ikke er meldt avvik. Videre bør det sikres et enhetlig system og praksis når det gjelder å melde inn klager fra innbyggere som avvik, og på denne måten sikre en helhetlig oversikt over denne type henvendelser.

I lys av våre vurderinger og konklusjoner anbefaler vi at kommunen:

- I større grad etablerer bruk av leselister
- Sikrer at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutiner
- Sikrer tilstrekkelig opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen
- Arbeider aktivt for å få inn flere avviksmeldinger
- Etablerer en helhetlig oversikt over klager fra kommunens innbyggere

Avslutningsvis finner revisjonen det relevant å vise til at virksomhet Sykehjem og Hjemmebaserte tjenester ble slått sammen til én virksomhet 1. april 2018. Vi anbefaler i denne forbindelse at rutiner og praksis som har vist seg mest hensiktsmessig videreføres og gjøres gjeldende for den nyetablerte virksomheten.

Rolvøy, 4. september 2018

Lena Longva-Stavem (sign.)
forvaltningsrevisor

Bjørnar B Holmedahl (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

6 RÅDMANNENS UTTALELSE

Rådmannens uttalelse er mottatt pr. e-post 3.9.2018.

Rådmannens uttalelse

Råde kommune har gjennomført en omorganisering med virkning fra 01. april 2018. Et av målene med omorganiseringen er å få etablert systematiske og helhetlige internkontrollrutiner for å fremme forbedringsarbeid for alle virksomheter i kommunen.

Av kontrollutvalgets vedtak av 11.12.2017 sak PS 17/27 kommer det fram at kontrollutvalget ønsker et prosjekt som beskriver og vurderer kommunens avvikssystem generelt. Samtidig skulle prosjektet også innrettes slik at en får med en "forenklet" totaloversikt over praksis i hele kommunen, og videre gå i dybden på praksisgjennomgang avgrenset til tjenesteyting rettet mot brukere og innbyggere. Dette har vært grunnlaget for at ansatte i alle kommunenes virksomheter har vært respondenter i denne gjennomgangen. Samtidig er det spesielt det tidligere sykehjemmet og virksomhet for hjemmebaserte tjenester som er løftet frem med eksemplifisering. Rådmannen mener dette danner et godt grunnlag for å synliggjøre utfordringer og muligheter for forbedring av kommunens avvikssystem.

Når det gjelder forvaltningsrevisjonens påpekte forbedringspunkter er opplæring i virksomhet Helsehuset Råde, tidligere sykehjem og hjemmebaserte tjenester, en kontinuerlig prosess. Virksomheten har mange ansatte, ansatte i deltidsstillinger og i turnus, noe som betyr at det er utfordrende å samle ansatte. For å imøtekomme denne utfordringen gjennomføres internundervisning flere ganger med samme tema for å nå en størst mulig gruppe.

Opplæring i bruk av avviks rutiner og kjennskap til kvalitetslosen er en del av opplæring for nyansatte og temaene gjentas som del av internundervisningen. Virksomheten skal fremover ha fokus på bruk av leseliste i kvalitetslosen for å sikre at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviks rutiner og at ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde avvik i kvalitetslosen. Bruk av leselister vil også synliggjøre områder der den enkelte ansatte ikke benytter systemet for å få nødvendig oppdatert informasjon og gjeldende retningslinjer. Virksomheten har etablert en kvalitetsgruppe bestående av deltagere fra alle avdelingene. Gruppas mandat er å utvikle gjeldende rutiner/prosedyrer, i tillegg til å etablere nye. Gjennom kvalitetsgruppa skal virksomheten øke bruken av leseliste når rutiner revideres.

Virksomheten Helsehuset Råde jobber aktivt med å få ansatte til å melde avvik. Ansatte oppfordres av sine ledere til å melde avvik som et viktig ledd i vår internkontroll. Virksomheten jobber bevisst med å gi ansatte tilbakemelding på meldte avvik, vise hvordan disse brukes i forbedringsarbeidet ved å presentere oversikter over avvikene og hva disse har ført til. Ansatte oppfordres til å meldes avvik når man muntlig gjøres kjent med hendelser som bør i avvikssystemet. Internundervisning om avvik vil også øke ansatte bevissthet rundt viktigheten av å melde avvik.

Helsehuset Råde har etablert rutiner for melding av klager fra brukere og pårørende som avvik i kvalitetsystemet. De fleste klager/tilbakemelding kommer til leder, enten fra ansatte eller direkte fra bruker/pårørende og det er leder som melder det i systemet. Virksomhetsleder får alle avvik til behandling som omhandler dette og har derved oversikt over meldte klager/tilbakemeldinger.

Hele Helsehuset Råde omfattes nå av internkontrollrutiner som ble påbegynt i Råde sykehjem. Det betyr blant annet at det gjennomføres individuelle statusamtaler mellom avdelingsledere og virksomhetsleder hver måned og ledelses gjennomgang (LGG), gjennomføres strukturert hver tertial.

LGG er en strukturert gjennomgang av virksomhetens drift pr tertial. Her går det i dybden på økonomi, sykefravær, status i måloppnåelse på vedtatte planer, avvik, ROS-analyser og status på planlagte internkontroller i virksomheten. LGG er et viktig element i virksomhetens internkontroll. Både på statusamtaler og LGG er avvik tema. Avvik lukkes hos nærmeste leder, men ved LGG oppsummerer virksomhetsleder alle avvik og de gjennomgås med fokus på forbedringsarbeid som er gjennomført. HMS avvik behandles hver måned i HMS-møter. Struktur fra statusmøter og LGG videreføres i personalmøter på den enkelte avdeling. Ansatte får referat fra alle møter.

Rådmannen vurderer at rutiner innført ved sykehjemmet og videre implementert i Helsehuset Råde er tilfredsstillende.

Rådmannen vil etablere rutiner for helhetlig oversikt over alle klager/avvik som meldes fra kommunens innbyggere. Dette vil være en del av det videre helhetlige kvalitetsarbeidet i kommunen. Temaet klager/avvik fra kommunens innbyggere vil løftes som tema i Rådmannens strategiske ledergruppe, og kommunens avdeling for kvalitet og utviklingsarbeid vil videre jobbe systematisk med helhetlige rutiner for alle kommunens virksomheter.

Rådmannen tar forvaltningsrapporten til etterretning.

7 REVISJONSKRITERIER

God internkontroll inkluderer et tilfredsstillende avvikssystem

Følgende fremgår av kommunelovens § 23.2 «... *Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.*»

Det fremgår av forarbeidene²³ at administrasjonssjefen har et ansvar for å føre kontroll med virksomheten. Selv om administrasjonssjefen, etter kommuneloven, ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av ledelsesansvaret i en kommune. Videre er det i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder etablerer rutiner og systemer som blant annet skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt.

Mer detaljert krav til internkontroll fremgår av forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften). Formålet med forskriften er å fremme forbedringsarbeid i virksomheten, noe som blant annet innebærer å forebygge uønskede tilsiktede hendelser. I forskriftens § 3 defineres internkontroll som: «*Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.*»

I samarbeid med arbeidstakerne skal den som er ansvarlig sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten i henhold til forskriftens § 4.

Forskriftens § 5 henviser til at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen. Her fremgår også følgende krav til dokumentasjon:

Internkontroll innebærer at virksomheten skal:	Dokumentasjon
1. sørge for at de lover og forskrifter i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet for virksomheten	-
2. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, herunder informasjon om endringer	-
3. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes	-
4. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet	må dokumenteres skriftlig
5. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt	må dokumenteres skriftlig

²³ Ot. prp. nr 70 (2002-2003) (endringslov) Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon), s. 105.

Internkontroll innebærer at virksomheten skal:	Dokumentasjon
6. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene	må dokumenteres skriftlig
7. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhets- lovgivningen	må dokumenteres skriftlig
8. foreta systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt	må dokumenteres skriftlig

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

I «Kontrollutvalgsboken»²⁴ defineres internkontroll som «(...) de systemer og rutiner som administrasjonssjefen etablerer for å sikre tilstrekkelig styring, måloppnåelse og regeletterlevelse». Her fremgår det at internkontrollsystemet i kommunen blant annet omfatter følgende sentrale elementer:

- et godt kontrollmiljø
- hensiktsmessige rutiner og prosedyrer som skal sikre måloppnåelse, regeletterlevelse og riktig rapportering
- hensiktsmessige informasjons- og rapporteringsrutiner
- rutiner for oppfølging av at internkontrollsystemet fungerer som forutsatt

Definisjonen av internkontroll tar utgangspunkt i et internasjonalt anerkjent rammeverk for internkontroll kalt COSO. Rammeverket definerer internkontroll som en prosess utført av de ansatte og utformet for å gi rimelig sikkerhet for oppnåelse av målsettinger relatert til drift, rapportering og etterlevelse²⁵.

Til tross for at COSO modellen er et rammeverk for å forstå internkontroll, kan den være utfordrende å sette inn i en praktisk kommunal virkelighet. KS har derfor utgitt ideheftet «Rådmannens internkontroll - Hvordan få orden i eget hus²⁶» til hjelp for kommuner som skal utarbeide et helhetlig internkontrollsystem. Heftet bygger på kommunelovens bestemmelser om betryggende kontroll og etablerte modeller, eksempelvis nevnte modell. Formålet kan sies å være tydeliggjøring av at internkontroll i praksis handler om systematisk arbeid og dokumentasjon av egen praksis, forbedring av arbeidsmetoder og samhandling for å sikre måloppnåelse, og for å unngå lovbrudd og andre uønskede hendelser.

KS velger i heftet å skille mellom sektorovergripende og tjenestespesifikk internkontroll, samt internkontroll i støtteprosesser. Den sektorovergripende internkontrollen skal ivareta

²⁴ «Kontrollutvalgsboken – Om kontrollutvalgets rolle og oppgaver, 2. utgave», Veileder utgitt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet desember 2015, s. 32.

²⁵ COSO er en forkortelse for «The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission» som i 1992 ga ut rapporten *Interkontroll- et integrert rammeverk* (det opprinnelige rammeverket) utgitt på norsk i 1996. Det opprinnelige rammeverket ble oppdatert i 2013 gjennom tydeliggjøring av komponentene. Kilde: COSO *Internkontroll- et integrert rammeverk Sammendrag, Mai 2013*.

²⁶ 2013

det strategiske perspektivet, altså de etablerte styringssystemene og de verktøy ledelsen har innført for å nå de ulike målsettingene, mens de to øvrige skal ivareta det operasjonelle perspektivet. Det operasjonelle perspektivet henviser til de løpende prosessene og aktivitetene som gjøres i tjenesteproduksjonen. Dette betyr at den sektorovergripende nettopp er sektorgripende, mens at de øvrige internkontrollaktivitetene skal ivareta og bidra til å realisere denne. COSO rammeverket strukturerer et helhetlig internkontrollsystem rundt fem nødvendige elementer: kontrollmiljø, risikovurdering, kontrollaktiviteter, informasjon og kommunikasjon, samt oppfølging.

Avvikshåndtering bør resultere i læring og forbedring

En god avvikskultur innebærer blant annet å ha klare definisjoner på hva et avvik er og hva som skal registreres. Avvik oppstår gjerne på bakgrunn av avgjørelser og handlinger ansatte tar og gjør, og hver enkelt ansatt må selv vurdere om hendelser bør meldes som avvik. Dersom handlingen bryter med bestemmelser i lover og forskrifter bør det oppfattes som et avvik. Læring er et viktig aspekt ved å melde avvik. Medarbeidere som erfarer at avviksmeldinger bidrar til at organisasjonen lærer av hendelser og feil vil være mer tilbøyelige til å melde avvik enn om erfaringene brukes til å henge ut enkeltpersoner. I denne forbindelse er det viktig å ha rutiner for tilbakemelding til den som melder og det bør innføres rapportering på avvik mellom virksomhetsnivå og ledelse.

Risikobasert internkontroll handler om å forebygge uønskede hendelser, og avvikshåndtering supplerer denne. Mens risikokartlegging fører til tiltak basert på vurderinger i forkant, genererer avvikshåndtering tiltak basert på erfaring. I lys av dette handler ikke avvikshåndtering direkte om å redusere risiko, men om å lære av feil slik at risikoen i neste omgang blir mindre. Systematisk håndtering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir registrert og brukt til læring og utvikling.

Hensikten med avviksrapportering er å dokumentere tilfeller hvor internkontrollen ikke fungerer godt nok. Det kan være fordi rutiner og prosedyrer ikke blir fulgt eller at en risiko ikke er oppdaget. Det er imidlertid ikke nok å avdekke og rapportere avvik dersom de ikke følges opp. Avviksrapportering og – håndtering skal følges opp slik at det enkelte avviket blir lukket. I tillegg skal den også bidra til at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges. Det innebærer at avviksrapportering får merverdi for å styrke internkontrollen når avvikene, enkeltvis eller samlet, brukes til læring og utvikling. Som et ledd i oppfølging av avvik bør det vurderes om det er behov for å presisere eller utvikle rutiner.

Avvik kan meldes fra flere aktører, blant annet innbyggere, brukere og ansatte. Et avvikssystem bør håndtere de ulike kategoriene. Avvik som meldes av innbyggere skal alltid registreres og følges opp.

God praksis på området kan bidra til at kommunens omdømme forbedres.