

Verdighet og kvalitet i tjenestene ved

Grue Sykehjem

(Rapport – Den 13.6.2019 - innarbeidet rådmannens uttalelse)



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Verdighet og kvalitet i tjenestene ved Grue Sykehjem. Rapportutkastet har blitt verifisert av ansatte i kommunenes administrasjon, og rapporten er sendt på høring til rådmann. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Grue kommune.

Utøvende forvaltningsrevisor Mathias Grendahl Sem har ført rapporten i pennen. Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Lina Kristin Høgås-Olsen har medvirket under møter og utført kvalitetssikring av arbeidet.

Revisjonen ønsker å takke kommunens administrasjon for nødvendighet tilrettelegging og bistand i prosjektforløpet. Vi vil også takke de ansatte i kommunens administrasjon som vi har gjennomført intervjuer med. Intervjuene ble gjennomført med åpenhet rundt temaene som ble tatt opp.

Kongsvinger, den 13.juni 2019



Lina Kristin Høgås-Olsen

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Mathias Grendahl Sem

Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	7
3.1	OM HELSE OG OMSORG I GRUE KOMMUNE	8
3.1.1	OM GRUE SYKEHJEM	9
3.1.2	ARBEIDSMILJØET PÅ SYKEHJEMMET OG DE GREP SOM ER TATT	10
3.1.3	TIDLIGERE UTREDNINGER	11
4	FORMÅL	13
5	AKTUALITET	13
6	AVGRENSNINGER	14
7	METODE FOR REVISJONEN	14
8	PROBLEMSTILLING 1, KVALITETEN PÅ TJENESTEYTINGEN	17
8.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	18
8.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	20
8.3	FUNN	20
8.3.1	SKRIFTLIGE RUTINER OG PROSEDYRER	20
8.3.2	KVALITETSINDIKATORENE	20
8.3.3	KVALITET UT IFRA KVALITETSFORSKRIFTENS INNHOLD.	26
8.4	REVISORS VURDERING	28
9	PROBLEMSTILLING 2, INTERNKONTROLL OG AVVIKSREGISTRERING	30
9.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	30
9.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	31
9.3	FUNN	32
9.3.1	INTERNKONTROLL	32
9.3.2	AVVIKSREGISTRERING OG HÅNTERING	33
9.4	REVISORS VURDERING	35
10	PROBLEMSTILLING 3, OPPFØLGING AV STATLIGE TILSYN.	37
10.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	37
10.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	38
10.3	FUNN	38
10.3.1.	GJENNOMFØRTE TILSYN	38

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

10.3.2. OPPFØLGING AV AVVIK FRA TILSYN	39
10.4 REVISORS VURDERING	40
11 PROBLEMSTILLING 4, BRUKERMEDVIRKNING.	41
11.1 BAKGRUNNSINFORMASJON	41
11.2 REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	42
11.3 FUNN	42
11.3.1 BRUKERMEDVIRKNING	42
11.3.2 INFORMASJON TIL PÅRØRENDE	43
11.4 REVISORS VURDERING	45
12 PROBLEMSTILLING 5, RISIKOVURDERINGER OG RESSURSTYRING	47
12.1 BAKGRUNNSINFORMASJON	47
12.2 REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	48
12.3 FUNN	48
12.3.1 RISIKOVURDERING	48
12.3.2 RESSURSTYRING	49
12.4 REVISORS VURDERING	51
13 KONKLUSJON	53
14 ANBEFALINGER	53
15 RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	54
16 REFERANSER	56
VEDLEGG A: REVISJONSKRITERIER	57
OM UTLEDNINGEN AV REVISJONSKRITERIER	58
BAKGRUNN	58
UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	58
UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	60
REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	61
UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	62
REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	65
UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	66
UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 4	67
REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 4	68
UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 5	69
REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 5	70

2 Sammendrag

Rapporten er sluttproduktet på vår gjennomgang av Grue Sykehjem, med fokus på verdighet og kvalitet i tjenestetilbudet. Rapporten har svart opp følgende fem problemstillinger:

1. *Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. Krav i Kvalitetsforskriften?*
2. *Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?*
3. *Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet opp?*
4. *Har kommunen et tilfredsstillende system for brukermedvirkning?*
5. *I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?*

Rapporten har kommet med følgende konklusjon:

Vi ser en rød tråd gjennom vårt arbeid der manglende helhetlige rutiner og styringssystemer går igjen. Det kan se ut som om sykehjemmet er drevet fra dag til dag, der det ikke er tid eller ressurser til å løfte blikket for å se helheten. Dette har ført til at en ukultur har fått grobunn og at tjenesteytingen ikke alltid har vært av tilfredsstillende kvalitet.

Problemstilling 1, om kvalitet ved tjenesteytingene, har avdekket at kvaliteten på sykehjemmet, målt med tilgjengelige kvalitetsindikatorer er god. På de målbare indikatorene, der det finnes et sammenligningsgrunnlag ligger sykehjemmet bra plassert. Man vet dog gjennom medieoppslag, tilsyn og tidligere utredninger at den opplevde kvaliteten til tjenestene ikke er like bra. Videre undersøkelser av den opplevde kvaliteten på tjenestene, må avdekkes gjennom bruker/pårørendeundersøkelser. Det er ikke etablert et sett av prosedyrer som sikrer etterlevelse av kvalitetsforskriften.

Problemstilling 2, om internkontroll og avviksregistrering, har avdekket at det ikke er gjennomført en systematisk internkontroll ved sykehjemmet på lengere tid. Det mangler ett helhetlig styringssystem som gir de overordnende rammer rundt driften. Avvik registreres på to forskjellige plattformer og det forekommer trolig en underrapportering. Det er mangelfull opplæring i de tekniske systemer som brukes, samt definering av hva som legges i et avvik. Håndtering av leverte avvik er ikke i tråd med kommunens internkontrollrutiner.

Problemstilling 3, om oppfølging av tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet, viser at tilsyn blir svart opp på de områder Fylkesmannen krever, men det blir ikke implementert ned i organisasjonen. Det vil si at avvik i et tilsyn kan bli registret også ved senere tilsyn.

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

Problemstilling 4, om brukermedvirkning, har avdekket at det ikke er etablert et system som sikrer god brukermedvirkning. En bruker/pårørendeundersøkelse ble gjennomført i 2016, men resultatene ble ikke fulgt opp, og undersøkelsen ser ut til å ha vært glemt. Det er videre få treffpunkter mellom sykehjem og pårørende. Det tilbyr en oppstartsamtale, men dokumentasjonen på om dette blir gjennomført er manglende. Videre er det slik at de pårørende som er mest på, mottar mest informasjon.

Problemstilling 5, om risikovurderinger og ressursstyring, har kommet frem til at det er gjennomført risikovurderinger med forslag til risikodempende tiltak i 2017 og 2018. Vurderingene virker å være grunne og dårlig gjennomført. De følger ikke opp de rettingslinjer for denne typen arbeid som internkontrollrutinene til kommunen legger opp til. Ressursstyring har vi definert som personalstyring og da i stor grad turnus. Her er det planlagt en gjennomgang av turnusen til høsten for å dekke opp eventuelle svakheter. Vi ser at det oppstår problemer ved innleie av personell. Det er videre lite flyt i personalet mellom etasjene på sykehjemmet.

3 Bakgrunn for prosjektet

I henhold til forskrift om kontrollutvalg av 15. juni 2004, skal kontrollutvalget påse at kommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon i samsvar med bestemmelsene i forskriften.

Kommunestyre i Grue kommune vedtok den 10.12.2018 følgende:

KS- 100/18 Vedtak:

Forslag til plan om kvalitetsforbedringsarbeid ved Grue sykehjem vedtas med oppstart fra januar 2019.

En viktig forutsetning for planen er å forankre arbeidet i organisasjonens ulike nivåer samt ha god dialog med beboere og pårørende. Planen har oppstart i januar 2019, og det rapporteres kontinuerlig til formannskap/kommunestyre om utvikling i prosjektet. Tiltak for planen skal framlegges kommunestyret senest april 2019.

Anita Madshus, Kaja Sillerud Haugen og Gunn Elin Krav Bakke oppnevnes til å sitte i styringsgruppa.

Forvaltningsrevisjon Grue sykehjem - situasjonen ved sykehjemmet i Grue.

- Grue kommunestyre ber om forvaltningsrevisjon av grue sykehjem.
- Grue kommunestyre ber kontrollutvalget finne løsninger innen
 1. utvalgets budsjettamme eller som
 2. medfører minimale ekstra kostnader for Grue kommune.

Dette førte til at det kontrollutvalget i sitt møte den 15.1.2019 fattet følgende vedtak:

Vedtak

1. Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Grue kommune for 2019-2020 og bestiller en forvaltningsrevisjon med utgangspunkt i «Verdighet og kvalitet i sykehjemstjenestene» ved Grue sykehjem.
2. Prosjektet har følgende problemstillinger:

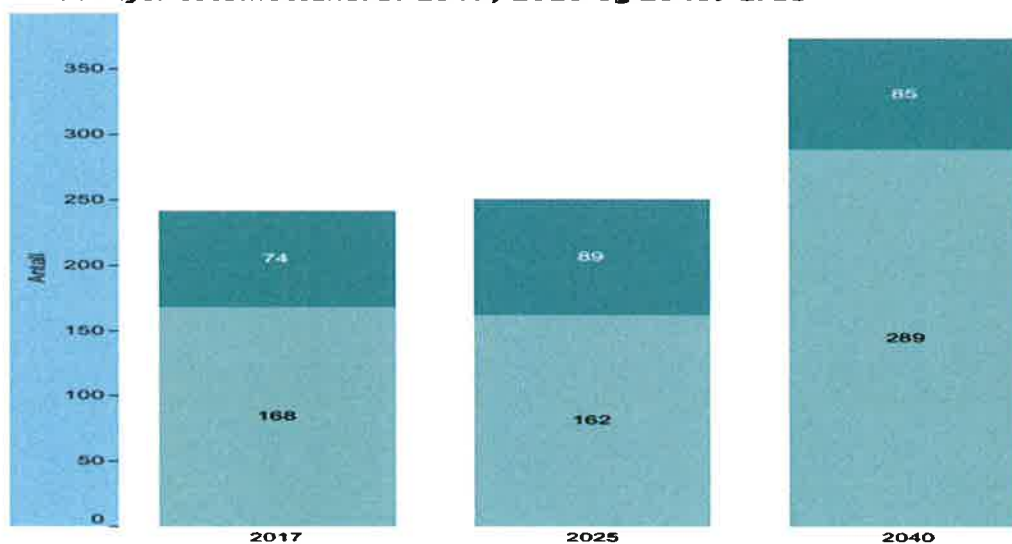
1. *Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. krav i kvalitetsforskriften?*
2. *Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?*
3. *Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet opp?*
4. *Har kommunen et tilfredsstillende system for brukervedvirkning?*
5. *I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?*

3.1 Om helse og omsorg i Grue Kommune

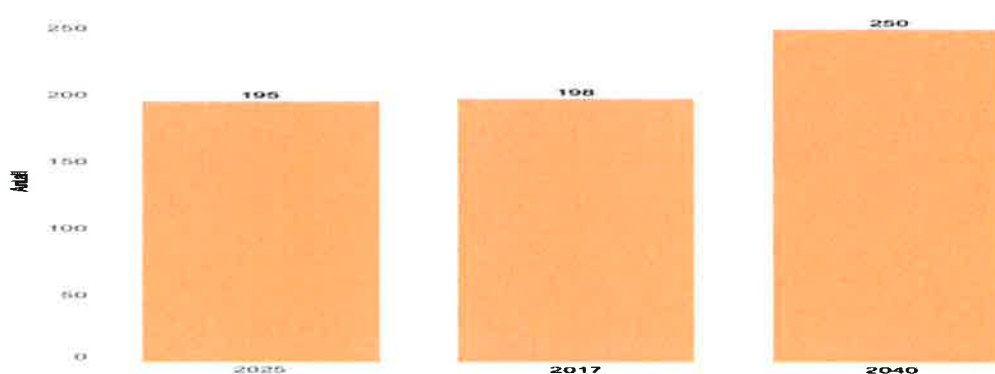
Grue kommune har en demografisk utvikling som tilsier at de vil få et økt press på helse og omsorgssektoren. De demografiske utfordringene til kommunen er et velkjent tema for politikerne og er dekket blant annet av PWC sin rapport fra 2017.

Framskrivinger basert på tall fra KOSTRA og hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivninger fra juni 2018, der lysegrønn er alder 67-79 år, mørkegrønn er 80 år og eldre, gir følgende bilde av forventet utvikling innen tjenestemottakere av institusjonstjenester og hjemmetjeneste samt et estimat over fremtidig behov for årsverk:

Antall tjenestemottakere. 2017, 2025 og 2040. Grue



Årsverk. 2017, 2025 og 2040. Grue



Et annet verktøy for å belyse kommunens situasjon er en effektivitetsanalyse¹. Her får kommunen en score på 71 innen Pleie og omsorg. Den mest effektive kommunen innen samme KOSTRA gruppe

¹ Utført ved Kommunedata på Regjeringen.no

oppnår 100, så for Grues del tilsier det 30 prosentpoeng lavere effektivitet enn den mest effektive kommunen. Merk at dette er basert på tall fra KOSTRA og må ikke sees som endelig sannhet, men som en indikasjon om kommunens status. Spesielt innenfor pleie og omsorg må resultatene tolkes med forsiktighet, da det inngår mange forskjellige innsatsfaktorer og produkter som gjør resultatet komplisert. Resultatet blir i hovedsak et utgangspunkt for videre og mer dyptgående analyser.

3.1.1 Om Grue Sykehjem

Grue sykehjem gir tjenester til brukere med omfattende pleie- og omsorgsbehov. Enheten har langtidsplasser (somatikk og demens), korttidsplasser, avlastningsplasser og rulleringsplasser. Sykehjemmets ansatte er hovedsakelig på faggruppene sykepleier, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere. Noen ansatte er ufaglærte og noen er under utdanning. Det har vært følgende utvikling innen antall ansatte siden 2017:

Tabell 1. Ansatte ved Sykehjemmet

År	Antall Ansatte	Antall Årsverk	Antall deltidsstillinger
2017	65	50,185	53
2018	74	56,118	62
2019	73	53,501	64

Sykehjemmet har 54 plasser fordelt på 2 avdelinger. 1. etasje har 27 langtidsplasser for demente. 2. etasje har 15 somatiske langtidsplasser og 13 korttidsplasser med fokus på rehabilitering. 2 av disse er forbeholdt alvorlige syke/døende. En sykehjemspasient bor i Kommunegården bofelleskap og 1 til 1 bemanning hele døgnet.

Soltun bofelleskap for demente ble avvirket i juni 2018 og demensavdelingen er styrket med 3 årsverk. Totalt er bemanningen redusert med 7 årsverk etter nedleggelsen av Soltun fra 1.1.19 og det er kuttet 20 årsverk i strategisk område helse- og velferd siden 2014.

Sykehjemmet har siden 2016 hatt en lederstruktur med en enhetsleder, en assisterende enhetsleder i 60 % stilling som leder og 40 % som sykepleier, samt to teamledere med 20 % tid til ledelse og 80 % som sykepleiere. Assisterende enhetsleder hadde enkelte faste administrative oppgaver, samt løpende avlastning av enhetsleder. De to teamlederne har hatt ansvaret for veiledning og administrering av de andre ansatte på avdelingene, sikre dokumentasjonen i det daglige, samt utføre

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

medarbeidersamtaler. Teamlederstillingene fikk stillingsbeskrivelse i 2017, og ble da mer spisset. Før den tid hadde stillingens innhold vært løsere og mer diffust. Det oppgis i intervjuer at den reelle tiden til å utøve ledelse er langt lavere enn den dagen i uken som er satt av. I stor grad går tiden bort til vanlige sykepleieroppgaver, så ledelseelementet forsvinner.

Det er til dels stor forskjell mellom 1. og 2. etasje. Brukergruppen er til dels forskjellig, men også rutiner og arbeidsmetoder kan variere. Selv om det utenifra er ett sykehjem, så er det de facto delt inn i to adskilte enheter.

Sykehjemmet har følgende beboersammensetning og plasstyper:

Tabell 2. Sammensetting av beboere på sykehjemmet

År	Beboere over 80 år	Beboere på tidsbegrenset opphold	Beboere på langtidsopphold	Beboere med omfattende bistandsbehov	Beboere i alt
2017	46	10	48	39	58
2016	49	10	54	45	64
2015	49	5	54	48	61

²

Tabell 3. Plasstyper på sykehjemmet

År	Disponible plasser	Demensplasser	Rehabiliteringsplasser	Tidsbegrensede plasser
2018	54	27	8	12
2017	62	35	10	14
2016	62	11	4	12
2015	54	8	1	11

³

3.1.2 Arbeidsmiljøet på sykehjemmet og de grep som er tatt

Medieoppslagene og den påfølgende oppmerksomheten fra nasjonale politikere, førte med seg et stort press på de ansatte. Under intervju gir de uttrykk for at de følte seg uglesett i lokalmiljøet og det var tungt å motivere seg for å dra på jobb. Enkelte unngikk å bruke den lokale butikken i en periode,

³ Tall er hentet fra KOSTRA

mens andre igjen følte at alle ble skåret over en kam. Arbeidsmiljøet er nå i større grad normalisert, ettersom presset fra utsiden også har roet seg ned. Enkelte tilbakemeldinger til revisor, gikk på at oppslagene har vært positivt for sykehjemmet. Det har vært en vekker for alle ansatte, samt at kommunens ledelse og politikere nå må ta grep for å forbedre situasjonen.

Kommunen har tatt flere grep for å bedre den situasjonen som media beskrev. Bemanningen i helgene ble økt med en ekstra vakt mellom kl. 8.00 og 12.00, for bedre å kunne utføre morgenstellet. Det er videre gjeninnført postkjøkkenassistenter, en stilling som var kuttet i en tidligere innsparingsprosess. Det skal ansattes to stykker som skal ha ansvar for hvert sitt postkjøkken⁴. De skal da ta seg av all tilrettelegging og servering rundt måltidene. Dette skal frigjøre tid for de andre ansatte til pleierelaterte oppgaver.

Ledelsesstrukturen er også i endring. Stillingene som assisterende enhetsleder og teamledere fjernes. Det er ansatt 2 avdelingsledere, som får ansvaret for en etasje hver. Stillingsbeskrivelsene for avdelingslederne er ikke ferdig utarbeidet, men oppgavene vil være knyttet til ledelse av avdelingen, samt personalansvar. Tanken bak er at mer synlig og dedikert ledelse, vil kunne føre til bedre kvalitet på de utførte tjenestene.

Til slutt er det begynt et omfattende internt kartleggingsarbeid. Det er gjennomført samtaler med pårørende, ansatte og brukere, for å danne et helhetlig bilde av situasjonen. Dette skal videre benyttes i arbeidet med å gjennomføre ytterligere konkrete endinger.

3.1.3 Tidligere utredninger

Helsesektoren i Grue kommune har vært belyst gjennom flere kartlegginger. I 2014 ble Frisk Kompetanse innleid for å komme med rapport i forbindelse med et planlagt omstillingsprosjekt i helse- og omsorgstjenesten. Det ble avdekket at kommunen hadde et betydelig forbedringspotensial på kvalitet i sektoren. Høyt sykefravær, avvik etter tilsyn, klager og bekymringsmeldinger bygget opp under dette synet. Kommunen hadde videre et kvalitetssystem som ikke ble benyttet godt nok, da spesielt med tanke på rapportering til overordnet nivå. Avvikssystemet fungerte heller ikke på en forsvarlig måte. Rapporten konkluderte med 6 hovedmål som måtte endres/gjennomgås:

1. Styrings- og kvalitetssystemet
2. Bruker- og tjenestefordeling, definering av kvalitetsnivå og faglig forsvarlighet

⁴ Postkjøkken er avdelingens kjøkken, der det varmes opp og serveres mat som er laget ved sykehjemmets hovedkjøkken.

3. Ressursfordeling og organisering
4. Ledelsesstruktur, roller, ansvar og myndighet
5. Stab- og støttefunksjoner
6. Medarbeiderskap, lederskap, kultur, arbeidsmiljø og sykefravær

Mål 1 ble anbefalt å starte opp hurtig. Mål 2 til 5 ble definert som en omorganiseringsprosess og må sees i sammenheng. Mål 6 kan kjøres separat og gjerne samtidig med de øvrige prosessene, men har et mer langvarig og kontinuerlig virke. I etterkant av rapporten ble det nedsatt en styringsgruppe som skulle jobbe videre med tematikken. I den gruppen satt det politikere, kommunalt ansatte og en brukerrepresentant. Det ble gjennomført jevnlig møter fra 2014 til midten av 2016, hvor det ble orientert om hvilke tiltak som var igangsatt og hva som sto igjen. I etterkant blir det opplevd at prosessen gikk over fra en helhetlig omstilling til et innsparingsprosjekt i løpet av virkeperioden

I januar 2017, leverte PWC sin rapport angående Helse- og omsorgssektoren i Grue. De så på hvordan tjenesten kunne bli dimensjonert frem mot 2030, for å håndtere de utfordringer kommunen ville møte. De kartla blant annet arbeidsmiljøet ved Sykehjemmet og kom frem til følgende som er relevant for den situasjonen som sykehjemmet nå har vært i:

«Det er beskrevet at arbeidsmiljøet i 1. etasje ved sykehjemmet har et forbedringspotensial. Det har utviklet seg en kultur med uformelle ledere. Dette er svært uheldig fordi det undergraver både arbeidsmetodikk og arbeidsmoral. I 2 etasje beskrives arbeidsmiljøet som bedre med mer samhold blant personalet. Samhold blant personalet. Felles for teamledere er at det ikke alltid er lett å stå imot press fra både ansatte og behov for flere plasser. Dette gir seg utslag i at beslutninger ofte skyves oppover i organisasjonen.

I kommunen finnes stillingsbeskrivelser som er utarbeidet for noen år tilbake, men bare for en del av de ansatte. Det kan virke som om ansvarsforhold og roller på enhetsledernivå til tider kan virke noe uklart. Noen av enhetslederne arbeider ned i drift, mens andre har avdelingsledere under seg som har ansvar for at driften går som den skal. Felles er at de alle har et overordnet ansvar for drift i sin enhet.

Det ble også beskrevet en atferdskultur blant enkelte ansatte som egenrådig. Med dette menes at ansatte gjør stort sett som de vil, og er ikke villig til å endre hverken arbeidsrutiner, atferd eller holdninger. Det var enighet om at det er en ledelsesoppgave å håndtere medarbeidere som har en negativ fremtreden i arbeidsmiljøet, men at dette ble beskrevet som utfordrende, og at ledere håndterte situasjoner ulikt»

Rapporten kom videre med til 42 anbefalinger til kommunen. I den videre oppfølgingen ble det utarbeidet en fremdriftsplan fra Komité for omsorg og miljø som ble vedtatt av kommunestyret den 22.5.2017. Den inneholdt 36 av 42 anbefalingene fra PWC. Det skulle blant annet jobbes med kultur og atferdsendringer, opprettes kompetanseteam på tvers av enheter samt utvikles rutine- og prosedyrebeskrivelser. Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe på sykehjemmet som jobbet med de forbedringspunkter som PWC kom frem til.

4 Formål

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å gi kontrollutvalget og kommunestyret en ekstern gjennomgang av informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet og interne rutiner knyttet til driften ved sykehjemmet.

5 Aktualitet

Rapporten om Grue sykehjem er aktuell med bakgrunn i de medieoppslagene som startet i november 2018.

Den 20.11.2018 kom NRK med det første oppslaget om forholdene på Grue sykehjem. Oppslaget omhandlet uverdigg behandling av beboere, med manglete mulighet for toalettbesøk, bekymringer rundt næringsinntak og dårlige muligheter for å stå opp til en akseptabel tid.

Deretter fulgte Glåmdalen opp den 11.12.2018, med en artikkel i stor grad basert på NRK sin, med intervjuer av politikere, samt informasjon om bestillingen av en forvaltningsrevisjonsrapport.

Glåmdalen hadde så artikler den:

- 21.12.2018
- 14.1.2019
- 15.1.2019
- 16.1.2019
- 18.1.2019
- 9.1.2019
- 21.1.2019
- 8.2.2109
- 9.2.2019
- 28.2.2019

- 9.4.2019
- 14.5.2019

Artiklene gikk på nye beskrivelser fra pårørende om deres opplevelser med sykehjemmet, samt hvordan kommunen svarte opp kritikken og hvilke grep som ble tatt.

NRK fulgte opp saken med artikler den 9.2.2019 og 1.3.2019.

6 Avgrensninger

Rapporten er avgrenset til kun å omhandle sykehjemmet i Grue, og med det ikke andre deler av kommunens helse og omsorgstilbud.

Problemstilling nummer 2, «Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og – håndtering?» er åpen for tolkning av hva som legges i ordet forskriften. Det kan enten peke tilbake på problemstilling 1, og *kvalitetsforskriften*. Eventuelt, og slik har revisor sett det, menes *det forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgsektoren*.⁵

På problemstilling 5, «I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?», så har vi definert ressursstyring til å omhandle hvordan sykehjemmet disponerer sine personalressurser. Med det menes i hovedsak hvordan turnus er satt opp.

7 Metode for revisjonen

Datamaterialet til rapporten er innhentet gjennom bruk av følgende metoder:

- Dokumentstudier
- Dybdeintervju

De benyttede metodene befinner seg alle under den grenen av samfunnsvitenskapelige metoder som heter kvalitative metoder. I de kvalitative metoder er det, kort forklart, et fokus på å opparbeide seg mye data om et lite utvalg, mens det i kvantitative metoder et fokus på lite data, men et stort utvalg. Det er problemstillingene som avgjør hvilken metode man bør velge. I denne

⁵ Denne forskriften erstatter Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

forvaltningsrevisjonen var det et ønsket å finne informasjon på en begrenset del av Grue kommunens administrasjon og det var da naturlig for revisor å benytte seg av kvalitative metoder.

Dokumentstudier

Dokumentstudier er ikke-påtrengende metoder. Det vil si at det ikke involverer informanter. Metoden brukes til å studere eksisterende materiale, og er mye brukt for anskaffelse av bakgrunnsinformasjon. Det er innhentet dokumentasjon om internkontrollrutiner, skriftlige rutiner ved sykehjemmet, tidligere utredningsrapporter og møtereferater. Vi har også gjennomført omvising på sykehjemmet og stikkprøver av permstrukturen i basene.

Dybdeintervjuer

I et dybdeintervju er målet å skape en intervjusituasjon som ligner på en fri samtale. Informanten blir oppfordret til å snakke fritt rundt et forhåndsbestemt tema. God tid til intervjuet og en lite rigid intervjuguide er nyttig for å få et maksimalt utbytte av denne typen intervjuer. I arbeidet med rapporten er det foretatt 6 intervjuer med nøkkelpersonell i tillegg til oppstartsmøte og verifiseringsmøte. Vi har intervjuet hovedtillitsvalgt for DELTA, plasstillitsvalgt for Fagforbundet, konstituert enhetsleder, begge teamledere samt verneombud i 2. etasje.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet sier noe om dataenes pålitelighet, det vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle. Betegnelsen sikter til nøyaktigheten i de ulike operasjonene i denne prosessen, herunder utformingen av undersøkelsesopplegget og hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført. Høy reliabilitet betyr at uavhengige målinger skal gi et tilnærmet identisk resultat om en gjennomfører en identisk undersøkelse flere ganger.

Reliabilitet har en noe annen betydning for innsamling av de mer kvalitative data. Her er troverdighet en mer hensiktsmessig betegnelse. Troverdighet er knyttet opp mot, om undersøkelsen er utført på en tillitsvekkende måte. De kvalitative data i undersøkelsen er innhentet ved en grundig gjennomgang av dokumentasjonen og intervjuer av flere personer i kommunen. Etter vår oppfatning er dataenes troverdighet høy da det har vært tydelig for intervjuobjektene hva datamaterialet skulle brukes til. De har i tillegg hatt muligheten til å verifisere referater fra intervjuene. Det kommer også klart frem i rapporten hva som er datagrunnlaget og hva som er revisors sine vurderinger. Dette virker styrkende på dataens reliabilitet.

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

Validitet sier noe om hvor treffende eller relevante dataene er for det vi har tenkt å undersøke. For en forvaltningsrevisjon referer begrepet til datamaterialets gyldighet i forhold til de problemstillinger som skal belyses, og forutsetter at det er samsvar mellom problemstillinger, revisjonskriterier, data og dataanalyse. En enkel vurdering av validitet tilsier, at den er tilfredsstillende dersom det er åpenbart at de innsamlede data er gode og treffende i forhold til undersøkelsens intensjoner.

I denne rapporten er det benyttet dokumentasjon som etter revisors vurderinger kommer fra troverdige og seriøse kilder. Informantene er valgt ut på grunnlag av deres faglige posisjon i den reviderte enhet. Med dette anser revisor at rapportens data tilfredsstillende kravene til validitet.

Henvisningen til krav om samsvar mellom revisjonskriterier og data, viser til det man i samfunnsvitenskapelig metode betegner som begrepsvaliditet eller definisjonsmessig validitet. Denne formen for validitet er knyttet til hvorvidt undersøkelsen måler det den har til hensikt å måle. En forutsetning for dette er at begrepene man bruker er klarlagt.

Etter revisors vurderinger er det i denne rapporten en lav grad av tvetydige begreper. Der det er brukt fremmedord som er viktige for rapportens innhold, er de forklart i påfølgende fotnote. Utledningene av revisjonskriterier viser at det som blir målt i rapporten blir målt opp mot autoritative kilder. Dette er, slik revisor ser det, med på å styrke rapportens begrepsvaliditet.

8 Problemstilling 1, kvaliteten på tjenesteytingen

Sykehjemmene har utviklet seg de siste 50 årene fra hovedsakelig et botilbud, til helseinstitusjoner som gir avansert helsehjelp. Sykehjemsbeboere har til dels komplekse problemstillinger og kan være avhengig av avansert sykepleie. Med dette dukket opp et økt behov for å kunne måle kvaliteten på de leverte tjenestene og en diskusjon om hva som har betydning for målingen.

Begrepet «kvalitet» brukes for å beskrive egenskaper ved en tjeneste, ofte sammenlignet med bestemte krav. Kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven er en minstestandard for akseptabel kvalitet. Tjenester med god kvalitet kjennetegnes i tillegg av at de

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt ansvaret for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse og omsorgstjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.

Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten. Ved utgangen av 2017 var det utarbeidet 171 indikatorer, hvor 25 gjelder for kommunale helse og omsorgstjenester. Av disse 25 er 16 relevante for eldreomsorgen. Indikatorene er følgende:

- ventetid på sykehjems plass
- ventetid på hjemmetjenester
- oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- oppfølging av ernæring hos hjemmeboende
- legetimer per beboer i sykehjem
- beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder
- beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder
- legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem
- fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten

- sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt
- ventetid på dagaktivitetstilbud
- enerom med eget bad og WC
- forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem
- sykehjem som deltar i undersøkelsen om helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-PIAH)
- reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune

En studie fra 2012 utført av førsteamanuensis Sigird Narkem ved NTNU, viser at kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem omfatter minst fire hovedområder: Bokkvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial kvalitet, og disse påvirkes i tillegg av en rekke eksterne faktorer.

Videre leverte Riksrevisjonen leverte i 2018 en rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Rapportens hovedfunn var blant annet at det mangles nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen. Dette er et området hvor det finnes lite forskning og få gode kvalitetsindikatorer. De indikatorene som finnes har ofte dårlig datakvalitet.

Problemstilling 1:

Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. Krav i Kvalitetsforskriften?

8.1 Bakgrunnsinformasjon

Kvalitetsforskriften er knyttet til lov om helsetjenester i kommunene av 1982 og lov om sosiale tjenester av 1991. Forskriften ble fatstatt i 2003. Formålet er følgende:

«Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.»

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

Forskriftens paragraf 3 omhandler hvilke oppgaver og innhold i tjenestene kommunen skal ha etablert prosedyrer om, som sikrer at de blir utført. Oppgavene og innholdet i tjenestene er følgende:

- *«Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *Selvstendighet og styring av eget liv*
- *fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.»*

Med andre ord så skal Grue sykehjem sikre beboerne sine grunnleggende behov, med vekt på selvbestemmelsesrett, egenverd og livsglede. Dette skal de ha dokumentert i skriftlige prosedyrer.

Videre vil rapporten benytte seg av de kvalitetsindikatorene som anses som relevante for driften av et sykehjem. Det vil si at følgende indikatorer vil bli undersøkt:

- oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- legetimer per beboer i sykehjem
- beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder
- beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder

- legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem
- fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
- sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- enerom med eget bad og WC
- forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem
- sykehjem som deltar i undersøkelsen om helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-PIAH)

8.2 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Full utledning av revisjonskriterier befinner seg i vedlegg A.

- **Kommunen bør ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov**

8.3 Funn

Datamaterialet for å besvare denne problemstillingen er innhentet ved intervjuer, dokumentstudier, samt tilgjengelig offentlig statistikk.

8.3.1 Skriftlige rutiner og prosedyrer

Grue kommune har en rekke skriftlige prosedyrer, rutiner og sjekklister som er knyttet til Helse- og velferd sektoren. Felles for dem er at de i hovedsak omhandler spesifikke områder, eksempelvis rutiner for oppbevaring av verdisaker til beboere, sjekklister for infeksjonsperm og prosedyrer for engangskateterisering. Det er ikke utarbeidet en helhetlig oversikt over hvordan sykehjemmet skal sikre beboernes rettigheter. Dokumentene er også til dels gjellende for andre deler av kommunen enn sykehjemmet, for eksempel alle som jobber som helsepersonell eller alle som jobber i Grue kommune. De er med andre ord ikke spesifikt utarbeidet for sykehjemmet.

8.3.2. Kvalitetsindikatorer

Som nevnt er det utarbeidet kvalitetsindikatorer fra helsedirektoratet. På tross av at Riksrevisjonen kommer med kritikk av datakvaliteten, så er disse det beste utgangspunktet man har når man skal måle kvalitet. Helse og omsorgsdepartementet har uttalt at kvalitet er vanskelig å måle, men at indikatorer sier noe om utviklingstrekkene. Det blir videre opplyst at kvaliteten på indikatorer kan variere grunnet underrapportering, feilregistrering, mangler ved kommunenes journalsystemer og

feil eller manglende bruk av veiledningene for registrering i IPLOS⁶. Helsedirektoratet konstaterer at mange kommuner ikke har etablert gode nok rutiner for å sikre komplett registrering av IPLOS-variabler. Det er derfor foreløpig få kvalitetsindikatorer som har høy datakvalitet. De indikatorene som har høy datakvalitet er:

- legetimer per beboer i sykehjem
- sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
- enerom med eget bad og WC

Legetimer per beboer i sykehjem

I KOSTRA er det registret følgende tall vedrørende sykehjemmet i Grue:

Tabell 4. Fysioterapi og legetilbud på sykehjemmet⁷

	År	Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer	Legetimer pr. uke pr. beboer	Belegg på sykehjemmet i posent
Grue kommune	2017	0,37	0,52	94.4
	2016	0,34	0,29	95.1
	2015	0,31	0,31	114.4
KOSTRA gruppe 2	2017	0,41	0,46	91.6
	2016	0,39	0,39	92.4
	2015	0,40	0,41	93.1

Gjennomsnittet for Hedmark i 2017 var på 0,47, mens landsgjennomsnittet ligger på 0,55. Beboerne på Grue sykehjem fikk da i 2017 bedre tilgang på legetimer enn andre sammenlignbare grupper. For 2016 og 2015 var tilbudet i Grue dårligere enn i resten av KOSTRA gruppe 2.

⁶ IPLOS er Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, et offentlig register som drives av Helsedirektoratet.

⁷ Tall for 2018 er ikke ferdige enda og det var ikke resitert noen tall knyttet til om beboerne ble vurdert av tannhelsepersonell.

Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Revisor har fått tilgang på statistikk for sykefraværet ved Grue sykehjem fra 2015 og til og med 1 kvartal 2019. Statistikken omfatter alle avdelingene ved sykehjemmet.

Tabell 5. Sykefravær på sykehjemmet

År	Antall ansatte	Egenmeldinger i %	Sykemeldinger 1-16- dager i %	Sykemeldinger 17 – 40 dager i %	Sykemeldinger mer enn 41 dager i %
1.kvartal 2019	117	3	0,9	0,6	10,4
2018	205	2,0	0,8	0,9	8,8
2017	202	1,5	1,1	1,1	10,3
2016	184	1,8	1,0	1,2	8,9
2015	181	1,9	1,4	1,2	8,5

Det er utfordrende å sammenligne med resten av fylket/landsgjennomsnittet på dette området, da dette er tall som går på sykehjemmet, mens de tall som er offentlig tilgjengelig går på alle kommuners helse- og omsorgstjenester i sin helhet. Det er dermed mest verdi med en sammenligning med seg selv og da over tid.

Tabellen viser en økning i det egenmeldte sykefraværet de siste to år. Det er samtidig en nedgang i korttidssykemeldinger, mens andel for mer enn 41 dager, er stabil høy. I kvartal 2019, bør plukke opp eventuelle virkinger av medieoppstyret, noe som kan forklare økningen på 1 % i egenmeldinger.

Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten

Som for sykefraværstatistikken, er det her lite å hente på sammenligninger med andre, da man ikke har samme sammenligningsgrunnlag.

Vi har mottatt følgende oversikt over sykehjemmets kompetansesammensetting per 1.1.2019:

Tabell 6. Formal kompetansen på ansatte.

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

Yrkesgruppe	Eventuell spesialisering	Antall	
Sykepleiere	Videreutdanning i rehabilitering	1	
	Videreutdanning i geriatri	1	
	Intensiv	1	
	Kreft	1	
	Palliativ	1	
	Demens	1	
	Ernæringsfysiolog	1	
	Ingen	9	
	Helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere	Rehabilitering	2
		Tverrfaglig miljøarbeid	1
Ingen		33	
Ufaglærte		13	

Det er da oppsummert 16 sykepleiere, 35 helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeidere og 13 ufaglærte som arbeider på sykehjemmet.

Enerom med eget bad og WC

I KOSTRA er det registrert følgende tall vedrørende sykehjemmet i Grue:

Tabell 7. Romtyper på sykehjemmet

År	Rom i alt	Enerom	Brukertilpassede enerom med bad og WC
2018	54	54	54
2017	62	62	62
2016	62	62	62
2015	54	54	54

Som vi ser ut ifra tabellen er alle sykehjemmets rom brukertilpassende enerom med bad og WC. Snittet for Hedmark fylke var 87,9 % i 2017 mens det for landet lå på 84 %. Sykehjemmet i Grue ligger med dette høyere enn sammenlignbare grupper.

De resterende kvalitetsindikatorer

- **oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem**

Det finnes ikke tilgjengelig tallmateriale som sier noe om andel beboere på Grue sykehjem som mottar spesifikk oppfølging av ernæring. Kvaliteten på det innrapporterte materiale fra kommunene er forbundet med for mye usikkerhet til at SSB kan publisere dette på kommunenivå. De håper at kvaliteten vil ta seg opp slik at dette kan publiseres.

Revisor har fått tilgang på en prosedyre om kartlegging og oppfølging av ernæring for pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet. Det er uvisst om denne også er gjeldene for sykehjemmet, den er planlagt brukt på sykehjemmet også. Revisor for opplyst at det for beboere som er i risikozonen for underernæring blir fulgt opp med legevisitt, beriket drikke, samt månedlige veiinger for å ha oversikt over vektutvikling.

Sykehjemmet har tilgang på ekspertkompetanse i form av sykepleier som også er utdannet ernæringsfysiolog. Vedkommende får frigitt noen dager innimellom til å jobbe ernærings rettet. Det er dog kun den ene avdelingen som får dra nytte av denne kompetansen. For sykehjemmet som en helhet er det nå opprettet en ernæringsgruppe som skal kartlegge matinntak, vekt og lignende for beboerne. På sikt skal alle kartlegges på denne måten.

Sykehjemmet er også med i et nasjonalt prosjekt, I trygge hender 24/7, der et av innsatsområdene går på forebygging og behandling av underernæring. Sykehjemmet har også hatt besøk av matgledekorpsset, som bidrar med veiledning, tips og inspirasjon rundt mat og måltidsøyeblikket.

- **beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder**

Når det gjelder statistikk over langtidsbeboere og deres vurdering av lege siste 12 måneder, så mangler SSB innleverte tall fra Grue kommune for 2017 og 2018. For 2015 ble 13 langtidsbeboere vurdert og i 2016 var tallet 6.

- **beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder**

Her er det ikke registret noen tall for Grue kommune i KOSTRA. Det er således vanskelig å si noe om hva som eventuelt blir gjort. I Hedmark var det i 2017 35.3 % av beboerne på langtidsopphold i institusjon som ble vurdert av tannhelsepersonell.

På sykehjemmet blir beboere tilsett av tannpleier 1 gang i året. Ved videre behov benyttes tannklinikken som er tilknyttet sykehjemmet.

- **legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem**

Som for indikatoren om ernæring, så finnes det ikke tilgjengelig tallmateriale her på kommunenivå. Igjen er kvaliteten på tallmaterialet for dårlig til at det kan publiseres.

For sykehjemmet så blir det gjennomført årskontroller på alle pasienter. Det er sykehjemmets turnuslege som har ansvaret for denne gjennomgangen. Ved endringer i medisinbruken, eventuell bivirkninger i løpet av året, skal sykepleier gi beskjed til legen

- **sykehjem som deltar i undersøkelsen om helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-PIAH)**

Sykehjemmet deltar i denne undersøkelsen. Det er hygiesykepleier i kommunen som sender inn kommunens svar.

- **forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem**

Sykehjemmet sender inn informasjon om helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) til folkehelseinstituttet. Det er målinger to ganger i året, på våren og høsten. Måletsetingen er å ikke liggere høyere enn 4,7 % på skalaen *prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner*. Fra 2015 og frem til siste innsamlingsuke (uke 21.2019, som ikke er ferdig kartlagt), så har sykehjemmet ved to anledninger ligget over 4,7 %. Dette var i 2015 og i 2017. I 4 av 9 målte uker har sykehjemmet ligget på 0,0%. Tallene for Hedmark (som kun har regissert 6 målinger) viser at 4 av de seks målingene ligger på over 4,7 %.

8.3.3 Kvalitet ut ifra kvalitetsforskriftens innhold.

I de punkter som fremkommer i kvalitetsforskriften er det til dels overlapp med kvalitetsindikatorene. De punkter fra kvalitetsforskriften som ikke er direkte dekket er listet opp under:

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.»

Av de som er igjen, så er det ikke alle som lar seg tilfredsstillende måle uten at det blir gjennomført egne brukerundersøkelser som direkte spør om opplevelser av respekt, forutsigbarhet og trygghet med tjenestetilbudet og grad av selvstendighet og styring av eget liv, hjelp ved måltider og følge av en normal døgnrytme.

Det som til dels kan måles om det tilbys et eget tilbud til demens pasienter, tilbud om aktivitet og verdig livsavslutning.

Demenstilbud

Grue kommune hadde tidligere et eget bofelleskap, Soltun, som var spesialisert for beboere med demens. Dette tilbudet ble kuttet grunnet økonomiske innstramminger og beboerne ble så flyttet inn på sykehjemmets 1. etasje. Inndelingen i to avdelinger på sykehjemmet fører med seg en spesialisering av driften, noe som igjen gjør at 1. etasje er den avdelingen som har demenstilbudet.

Verdig livsavslutning

Sykehjemmet har plasser i 2. etasje som er avsatt til palliativ pleie. Disse plassene benyttes for hjemmeboende som er i den palliative fasen. Sykehjemmets langtidsbeboere benytter seg ikke av dette tilbudet.

Aktivitetstilbud

Det er det et begrenset aktivitetstilbud i egenregi på sykehjemmet. Det blir foretatt turer ut hvis vær og bemanning tillater dette, samt markeringer av alle høytidsdager. Utenom dette er det El-taxisyklar som kan benyttes ved turer ute, for å få et større aksjonsradius. For ytterligere aktiviteter er sykehjemmet avhengig av frivillig hjelp. Sykehjemmets støttegruppe⁸ arrangerer hyggekvelder en gang i måneden, med underholdning. Det er videre sang arrangementer, med Demensforeningen, også en gang i måneden, samt at Grue frivillighetsentral arrangerer Møteplassen den 3. tirsdagen i måneden på sykehjemmet med blandete aktiviteter.

⁸ Utfyllende informasjon om støttegruppen befinner seg i kapittel 11.3.2

8.4 Revisors vurdering

Kvalitet er et komplisert område å måle. Helse og omsorgsdepartementet har uttalt at det er utfordrende å finne gode kriterier for å få målt kvaliteten innen helse- og omsorgstjenester. I kapittelet over er det presentert informasjon som fra forskjellige vinkler er med på å danne et helhetlig bilde av hvordan kvaliteten er på de tjenester som blir ytt. Merk at dette er en måling ut ifra målbare indikatorer og ikke hvordan bruker/pårørende opplever kvalitet. Opplevd kvalitet er vel så viktig for et sykehjem, da det er brukerne som bør være i fokus og det er da deres formening om tjenestetilbudet som bør være veiledende. Mer informasjon om brukermedvirkning befinner seg i kapittel 11.

Det er fire kvalitetsindikatorer som Helsedirektoratet mener at har god kvalitet. Dette er:

- legetimer per beboer i sykehjem
- enerom med eget bad og WC
- sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten

For Grue sykehjem viser disse indikatorene en bedre legedekning i 2017, enn KOSTRA gruppe 2. Det er beklageligvis ikke blitt publisert nyere tall. Sykehjemmet har bare enkeltrom, noe som er bedre enn både fylke og landsgjennomsnittet. For sykefravær og kompetanse er det vanskelig å si noe om tallene, da man ikke har noe å sammenligne med. Det man kan si er at det nå er rekruttert flere sykepleiere, så de har styrke seg på dette feltet. Sykefraværet er høyt, men dette er ikke uvanlig innen helserelevante yrker.

For de resterende indikatorer så er datagrunnlaget noe dårligere. En del av indikatorene har ikke offentlig tilgjengelig statistikk, så det er utfordrende å trekke konklusjoner. Oppsummert så er sykehjemmet med i den landsdekkende undersøkelsen om helsetjenesteassosierte infeksjoner, og har lavere forekomster av denne typen infeksjoner enn snittet for Hedmark fylke. I de fleste målinger ligger sykehjemmet under grenseverdien.

Det oppgis at det blir gjennomført sjekk av tannhelse årlig, samt legemiddelgjennomgang. På indikatoren om ernæring, *oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem*, så er dette et av de felt der sykehjemmet fikk kritikk av pårørende. Det kan se ut som om det ikke har vært rutiner som sikrer at alle beboere mottar målrettet oppfølging av sin ernæring, men det er blitt tatt grep som skal sikre dette fremover. Sykehjemmet har tilgang på ekspertise på området, og det kan være lurt å benytte seg av dette i større grad enn nå, og helst for hele sykehjemmet.

Tilsammen gir kvalitetsindikatorne et relativt positivt bilde av kvaliteten. Sykehjemmet ligger på flere av de målbare indikatorene over lands/fylke gjennomsnitt og det er ingen som trekket kraftig ned. Også de målbare delene av kvalitetsforskriften, så har sykehjemmet et tilbud som dekker forskriftens innhold. På tross av dette har det jo kommet frem kritikkverdige forhold som tilsier at kvaliteten ikke er gjennomgående god. Det kan tyde på at det er faktorer på sykehjemmet som man ikke får målt, som kulturen blant da ansatte, eller at problemene ikke er av et så stort omfang som medieoppslagene skulle tilsa. Revisor vurderer det slik at det nok er en blanding av begge deler som er tilfellet her. Det er helt klart vært situasjoner, der de ansatte ikke har levert de tjenester som de skal og til den kvaliteten som er nødvendig. Samtidig er det sannsynlig at mesteparten av den pleien som blir gitt på sykehjemmet er av en tilfredsstillende karakter.

Det utledede revisjonskriteriet for denne problemstillingen er følgende, *Kommunen bør ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.* Det er hentet fra kvalitetsforskriften og sier noen om hvordan lovgiver ser for seg at forskriftens innhold kan realiseres. Sykehjemmet i Grue kommune har ikke utarbeidet et tilstrekkelig sett med skriftlige prosedyrer knyttet til ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov. Med dette er kriteriet ikke oppfylt.

9 Problemstilling 2, internkontroll og avviksregistrering

Problemstilling 2

Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?

9.1 Bakgrunnsinformasjon

1.januar 2017 trådte ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten i kraft. Den tidligere forskriften om internkontroll ble samtidig opphevet. Grunnen til at det ble utarbeidet en ny forskrift var at den gamle internkontrollforskrift ikke ble etterlevd godt nok. Tilsyn viste svikt i oppfyllelse av grunnleggende krav til styring og internkontroll. Mange virksomheter arbeidet ikke systematisk nok med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. *Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten tydeliggjør oppgaver og ansvar.*

Forskriften tydeliggjør kravene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter.

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet:

- Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Tydelige ansvarsforhold og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- Ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt. Det bør planlegges hvordan slik risiko kan minimaliseres og særlig legges vekt på å avdekke risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- Ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- Ha oversikt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet:

- Sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere, og styringssystemet
- Ha nødvendige rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen
- Sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet:

- Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak og planer gjennomføres
- Vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen
- Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet:

- Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- Sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves
- Forbedre nødvendige rutiner

9.2 Revisjonskriterier for problemstilling 2

- **Det skal være etablert et styringssystem som blant annet sikrer:**
 - **Oversikt over avvik og klager**
 - **Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring**
- **Det skal finnes skriftlig, oppdatert og tilgjengelig informasjon for sentrale deler av styringssystemet.**
- **Styringssystemet skal minst en gang i året systematisk gjennomgås**

9.3 Funn

Datamaterialet for å besvare denne problemstillingen er innhentet ved intervjuer og dokumentstudier, samt begrensede stikkprøver.

9.3.1 Internkontroll

Grue sykehjem har ikke et helhetlig styringssystem som etterlever de krav som forskriften stiller. Det er utarbeidet en del rutiner, som nevnt i kapittel 8.3.1, men det er ikke en rød tråd gjennom dokumentasjonen. Revisor foretok et enkelt utplukk i den permstrukturen som er etablert på basene i hver avdeling. Strukturen var ulik på basene, enkelte rutiner var i en annen mal enn den revisor fikk oversendt som den gjeldende, samt det var rutiner/prosedyrer som ikke lenger var aktuelle.

Under intervjuene ble vi informert om at det er etablert en del rutiner, og at de er lagt inn i kommunens kvalitetssystem, KF. Den videre oppfølgingen er mer uklart. En teamleder oppgir at det ligger til teamleders ansvarsområde å foreta kontroll med innholdet i KF, samt at det er kjent for alle ansatte. Dette er dog ikke satt inn i et system, så eventuelle kontroller blir da foretatt tilfeldig. Fra en annen blir vi informert om at tidligere enhetsleder gjennomførte kontroll med journalinnføringer, men at heller ikke dette var satt i system.

Felles for alle respondenter var en enighet rundt at det ikke har vært utført noen systematisk internkontroll på sykehjemmet på lang tid. Alle vet at det finnes enkelte skriftlige rutiner og prosedyrer lagret i permer og i KF, men dette er ikke levende dokumenter som blir brukt og oppdatert. Kommunens overordnede internkontrollrutiner fra 2014, blir ikke gjenkjent hos de ansatte. Dette dokumentet har med et eget underkapittel om helse og omsorgsektoren, der det blant annet vises til den nå opphevede forskriften om internkontroll i sosial og helsetjenesten. Det er blant annet trukket frem at *«for å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov»*.

Det som er utført av internkontrollrelaterte oppgaver er knyttet til medisinsk utstyr og hygienerunder utført av hygienesykepleier. Enkelte av de medisinske utstyrene som blir brukt, som blodprøveutstyr, er omfattet av kontroll fra leverandør. Det kjøres da dummytester der leverandører sitter med fasitsvar på prøven, og kan kontrollere at utstyret kommer frem til samme resultat.

9.3.2 Avviksregistrering og håndtering

Hvordan avvik blir registret på sykehjemmet har blitt tatt opp i tidligere rapporter knyttet til sykehjemmet. Frisk Kompetanse kom i 2014 frem til følgene i sin kartlegging:

«Det er åpenbart at dagens styrings- og kvalitetssystem ikke fungerer etter intensjonen og heller ikke ivaretar kravene fra aktuell lovgivning. Det systemet som primært og konkret ble omtalt under intervjuene var avvikssystemet, et system som i svært liten grad anvendes i det hele tatt. Årsakene til at dette systemet ikke har fungert er flere og disse henger delvis sammen. Under er hovedårsakene til at systemet ikke fungerer trukket frem med utgangspunkt i de ansattes oppfatning:

- Systemet oppleves som komplekst og lite tilpasset virksomheten
- En betydelig del av de ansatte mangler opplæring
- En betydelig del av de ansatte mangler brukertilgang
- Det oppleves at det eksisterer en kultur som har liten forståelse for, og vilje til å benytte kvalitetssystemet»

Levering av avvik

Hvor avvik skal registreres varierer mellom hvilken type avvik det er snakk om, og noen typer skal registreres dobbelt. Avvik som er brukerorientert, det vil si som direkte angår bruker, skal registers i Profil som er kommunens journalsystem. Andre typer avvik, som personalmangel eller tekniske problemer, skal registreres i KF. Noen avvik skal føres begge steder hvis det angår både bruker og personell. I kommunens overordnede internkontrollrutiner er det vedtatt at avvik i Helse- og omsorgssektoren som omhandler beboer/tjenestemottaker skal resiteres både i Profil og i kommunens kvalitetssystem. Alle avvik skal da med andre ord føres dobbelt.

Revisor får opplyst at det skal ha blitt levert skriftlige avvik direkte til tidligere enhetsleder. Dette var da på avvik direkte knyttet til lignende hendelser av det media tok opp. Revisor har ikke mulighet til å dobbeltsjekke dette, da tidligere enhetsleder nå har sluttet i kommunen, samt at det ikke er bevart noen skriftlig dokumentasjon på dette.

Når det kommer til antall avvik som leveres så varierer dette. Revisor får opplyst at en del ansatte var demotivert over det de opplevde som manglende behandling av innleverte avvik. De følte at det ikke ble tatt tak i det de rapporterte om.

En annen forklaring på variasjoner i avviksmengden er at det ikke er gitt opplæring i bruken av KF, samt hva som defineres som et avvik. Angående KF, så oppleves dette til dels som et komplisert system, der det ikke er rom for å forske seg frem på egenhånd. Manglende definisjon av hva som er

et avvik, har vært forsøkt tatt opp av teamledere tidligere, men har ikke blitt fulgt opp i tilstrekkelig grad. For bruken av Profil, så er det oppdaget at avvikene er registrert, men ikke markert som avvik. I Profil må man krysse av for at det man beskriver er et avvik. Hvis dette ikke blir gjort, så er avviket dokumentert, men ikke registrert. Om dette er en bevisst ukultur eller skyldes uvitenhet er ikke opp til revisor å bedømme. At det er en underrapportering er det ingen tvil om. Tjenesten hadde blant annet i en periode, ingen registrerte avvik på fall på tros av at fall helt klart forekom. Sykehjemmet er nå med i en nasjonal kampanje for å forebygge fall.

Avvikshåndtering

De overordnede internkontrollrutinene slår fast at et avvik som er mottatt av leder skal vurderes med hensyn til alvorlighetsgrad. Dette skal gjøres gjennom en risikovurdering der hendelsens sannsynlighet og mulig konsekvens skal scores fra 1-5 på begge faktorer. Dette kan vi ikke se at har blitt gjort til nå.

Det er etablert en egen avviksgruppe, sammensatt av fem ansatte. Deltagerne er de to teamlederne, to verneombud, samt enhetsleder. Gruppen har vært operativ siden 2017, og har som rolle å følge opp de avvik som er registrert i Profil. Gruppen skal i utgangspunktet møtes omtrent en gang i måneden, men dette varierer etter mengden avvik som er registrert. Som nevnt over kan det være en underrapportering som må rettes opp. For avvik registeret i KF, så er det enhetsleder som har ansvaret med å følge opp avviket.

Kommunens omsorgsboliger har utarbeidet et kvalitetsutvalg for behandling av alle typer avvik, ikke bare de fra Profil. Kvalitetsutvalget er bredt sammensatt og det er en ønske fra sykehjemmet å utvikle sine egne rutiner ved å tilnærme seg omsorgsboligene sin løsning.

9.4 Revisors vurdering

Til denne problemstillingen er det utarbeidet tre revisjonskriterier:

- *Det skal være etablert et styringssystem som blant annet sikrer:*
 - *Oversikt over avvik og klager*
 - *Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.*
- *Det skal finnes skriftlig, oppdatert og tilgjengelig informasjon for sentrale deler av styringssystemet.*
- *Styringssystemet skal minst en gang i året systematisk gjennomgås*

Basert på rapportens innsamlede datamateriale vurderer revisor at det ikke er etablert et styringssystem som i stor nok grad sikrer oversikt over avvik og klager, samt systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Vi kan heller ikke se at det blir foretatt årlige gjennomganger av styringssystemet, samt at den informasjonen som finnes i form av rutiner og prosedyrer ikke blir oppdatert. Med dette vurderer revisor det dithen at ingen av problemstillingens revisjonskriterier er oppfylt.

En fungerende internkontroll er et viktig verktøy i arbeidet med å avdekke områder i en tjeneste der det er rom for forbedring. Grue kommune har utarbeidet overordnede internkontrollrutiner som skal fungere som en veileder for det videre arbeidet i den enkelte enhet. Denne rutinen er fra 2014, og inneholder således en del utdatert informasjon. For helse- og omsorgssektoren vises det blant annet til den nå opphevede internkontrollforskriften for helsevesenet. Den er tross dette, det utgangspunktet sykehjemmets ledelse har for å selv gjennomføre en god internkontroll. Den manglete gjenkjennelsen av dokumentet er med på å underbygge det informasjonen revisor fikk under intervjuer på at det ikke har blitt gjennomført en internkontroll på sykehjemmet. Det er således ikke utført en systematisk arbeid med å avdekke svakheter i tjenestetilbudet, samt å kunne forbedre tjenesten.

Et styringssystem skal også sikre oversikt over klager og avvik. Dagens avviksregistrering er todelt, der det føres både i Profil og i KF, som er kommunens kvalitetssystem. Det skal skilles på type avvik og enkelte typer avvik skal registreres begge steder. Slik revisor vurderer det har det vært manglende opplæring i bruk av avvikssystemene. KF er et relativt nytt (høsten 2017) system for kommunen, og det bør da settes inn ressurser for å sikre at alle ansatte i kommunen er kjent med hvordan systemet skal brukes. Mangelen opplæring kan medfører manglete/feil bruk, som igjen kan føre til dårligere verdi på det som blir ført. Føring av avvik er viktig i arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenestene.

Man kan se på avviksregistrering som en muligheten administrativ ledelse har for holde oversikt over tilstanden til tjenesten. Dårlig avviksføring vil således gi feil signaler til ledelsen.

Det har også kommet frem at hva som ligger i selve begrepet avvik er manglende avklart. Hvis det ikke er klart hva et avvik er, kan man heller ikke registrere avvik. Revisor ser det som positivt at kommunen nå har fått midler fra fylkesmann til opplæring, utvikling og implementering av kvalitetssystemet KF. Det er ansatt to medarbeidere i 50 % stillinger som skal jobbe med dette. Dette er videre rettet mot hele kommunen. Mangler med styringssystemet er ikke nytt, og ble påpekt av Frisk kompetanse i 2014. De trakk også den gang frem manglende opplæring i kvalitetssystemer og et avvikssystem som ikke i tilstrekkelig grad blir brukt. Det er med andre ord ikke alt som har blitt bedre etter fem år.

Det er i veilederen til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten*, trukket frem at det ikke er nødvendig å skriftliggjøre hele styringssystemet, samt at styringssystemets omfang og detaljgrad skal tilpasset virksomhetens omfang. Slik revisor vurderer det er ikke sykehjemmet i Grue av en så stor omfang til at hele styringssystemet må skriftliggjøres. Det er midlertidig ikke mange skriftlige rutiner som omfatter daglig drift som er forelagt revisor. Dette tilsier at store deler av hvordan det daglige arbeidet på sykehjemmet foregår slik det alltid har blitt gjort. Dette kan fungere hvis driften leverer de ønskede tjenester. Det ser ikke ut til å være tilfellet her, med bakgrunn i klager og medieoppslag.

Sykehjemmet er som nevnt nå med i et nasjonalt prosjekt knyttet til forebygging av fall. I den forbindelsen blir det hengt opp informasjon om fallforebygging både på basene og i pasientrommene. Dette er et eksempel på levende dokumentasjon, der rutiner blir lest og brukt fordi de er tilgjengelige og ikke gjemt bort i en perm.

10 Problemstilling 3, oppfølging av statlige tilsyn.

Problemstilling 3:

Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektorat opp?

10.1 Bakgrunnsinformasjon

Det er fylkesmann som fører tilsyn med helse- og omsorgstjenester i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. Fylkesmannen er underlagt Statens helsetilsyn som har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester i Norge. Fylkesmannen har myndighet til å påpeke pliktbrudd, samt gi veiledning, mens det er Statens helsetilsyn som kan gi administrative reaksjoner til helsepersonell og virksomheter.

Fylkesmannen har to roller i behandlingen av en tilsynssak:

- a) de er avgjørende instans og avslutter tilsynssaker eller
- b) de er saksforberedende instans for Statens helsetilsyn som skal treffe avgjørelser/avslutte saken

I det første tilfellet skriver fylkesmannen ett eller flere avsluttende brev i tilsynssaken til partene. I disse sakene skal fylkesmannen selv ta stilling til om det foreligger brudd på helselovgivningen, de kan gi råd og veiledning og de kan iverksette oppfølging for å sjekke at eventuelle avvik lukkes/forhold rettes.

Hvis fylkesmannen mener at saken er av en slik karakter at det bør gis administrative reaksjoner til helsepersonell og/eller virksomheter opptrer fylkesmannen som saksforberedende instans siden det bare er Statens helsetilsyn som kan gi administrative reaksjoner. En administrativ reaksjon kan f. eks være en advarsel, et tilbakekall av autorisasjon, en begrensning av autorisasjonen eller et pålegg.

I disse tilfellene skriver fylkesmannen et oversendelsesbrev til Statens helsetilsyn der de redegjør for bakgrunnen for saken, saksforholdet de mener er sannsynliggjort, hvilke tilsynsmessige

problemstillinger saken reiser og hvilke lovhjemler det er aktuelt å vurdere saken opp mot. Fylkesmannen skal i disse sakene ikke selv ta stilling til om helselovgivningen er brutt og kan heller ikke ilegge administrativ reaksjon.

Fylkesmannen skriver på sine hjemmesider at: «*formålet med tilsyn først og fremst ser å sikre kvalitative gode tjenester til befolkningen*».

10.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Det er ikke relevant med revisjonskriterier for denne problemstillingen, da det i tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet er lagt inn egne oppfølgingsmekanismer.

10.3 Funn

Datamaterialet for å besvare denne problemstillingen er innhentet ved intervjuer og dokumentstudier.

10.3.1. Gjennomførte tilsyn

I den perioden 2015 til 2018 er det gjennomført følgende tilsyn fra fylkesmannen:

- Tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A i tidsrommet 21.10.2016 – 2.1.2017.
- Miljørettet helsevern ved Grue sykehjem i tidsrommet 27.3.2019- 6.5.2019.

Tilsynet om Tvungen helsehjelp var ett stikkprøvetilsyn, der ble avdekket avvik fra *pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og kapittel 4A*. Grue kommune ble bedt om å følge opp avvikene på følgende måte:

1. «gjør en analyse av hvor i styringen av tjenesten det har sviktet, og som har ført til de påpekte avvikene
2. lager en plan for hvordan avvikene skal rettes»

Fylkesmann viser også til et tidligere tilsyn i 2013 der det ble avdekket lignede avvik, og minner kommunen om at «*internkontroll er en kontinuerlig prosess jf. Internkontrollforskriften.*» Kommunen har levert tilbakemeldinger som førte til at fylkesmann vurderte avvikene som lukket.

Tilsynet om Miljørettet helsevern, er den del av et nasjonalt tilsyn, der Samfunnsmedisin Solør deltok. Tilsynet hensikt var å vurdere om sykehjemmet tilfredsstilte *forskrift om miljørettet helsevern*

sitt formål om bl.a. å bidra til gode miljømessige forhold for beboerne. Tilsynet avdekket ingen avvik, men kom med tre merknader, blant annet en knyttet til internkontroll og prosedyre.

10.3.2. Oppfølging av avvik fra tilsyn

I kommunens delegasjonsreglement er det fastsatt at rådmann er delegert myndighet i forhold til internkontroll og kvalitet og forsvarlighetskrav etter *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, paragraf 3-1. Rådmann har videre delegert personal-, økonomi- og fagmyndighet til kommunalsjefer/personalsjefer/økonomisjef enhetsledere/leder NAV innenfor fagenhetene. Oppfølging av tilsyn blir ikke spesifikt nevnt i delegasjonsreglementet, men det tas høyde for at det faller under kategorien fagmyndighet.

Under intervjuer blir vi opplyst om at det ligger under ansvarsområdet til enhetsleder og kommunalsjef å svare opp de større tilsynene fra Fylkesmann og Helsedirektorat. I forbindelse med tilsynet om tvungen helsehjelp ble det gitt utstrakt opplæring av ansatte for å kunne lukke avviket på en tilfredsstillende måte. Det ble gjennomført møter hos fylkesmann, samt opplæring i kommunen fra fylkesmann.

Tilsynssaker fra Fylkesmann som kommer i forlengelse av klager er opp til enhetsleder å svare på. Per dags dato arbeides det med å svare opp to av denne typen tilsyn.

10.4 Revisors vurdering

I de tilsyn, både klagebasert og mot en spesifikk del av kommunens tjenestegiving, er det beskrevet områder der kommunen skal levere tilbakemelding, samt områder der det er muligheter for forbedring. Dette er til dels på områder der sykehjemmet fremdeles har utfordringer, som risikovurderinger, internkontroll og kommunikasjon med pårørende. Slik revisor vurderer det, kan dette tyde på at selv om kommunen svarer opp de punkter som fylkesmannen krever, så fører det ikke til varige endringer.

Fylkesmannen etterspør i stor grad planer som inneholder hvilke tiltak kommunen vil iverksette for å lukke de avvik som er avdekket. Det er i liten grad oppfølgingskontroller, noe som fører til at samme avvksområder kan dukke opp ved senere tilsyn.

11 Problemstilling 4, Brukermedvirkning.

Problemstilling 4:

Har kommunen et tilfredsstillende system for brukermedvirkning?

11.1 Bakgrunnsinformasjon

Det finnes flere definisjoner og beskrivelser av hva brukermedvirkning er. Helsedirektoratet beskriver begrepet på følgende måte:

Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

Brukermedvirkning kan sees på ut fra tre ulike nivå, som reguleres av ulike lovverk. De tre nivåene er følgende:

1. Individnivå
2. Tjeneste-/systemnivå
3. System-/politisk nivå

Individnivå reguleres av *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, og gjelder uavhengig av om tjenestene tilbys i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Loven regulerer blant annet retten til informasjon og retten til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det betyr at den som benytter seg av et tjenestetilbud skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære økt mestring og kontroll over eget liv.

På tjenestenivå reguleres brukermedvirkning i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*: Pasientenes, brukernes og de pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene

På systemnivå i kommunene reguleres brukermedvirkning i *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10*: Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Brukerorganisasjonene er representert på ulike måter for å ivareta brukernes erfaringer med basis i brukerkompetansen. Dette skjer gjennom brukerutvalg, møter, høringer og deltakelse i prosjekter.

11.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

- **Kommunen skal ha etablert et system som sikrer at brukerens meninger blir hørt.**
- **Kommunen bør ha etablert et system som sikrer bruker/pårørende tilgang på relevant informasjon**

11.3 Funn

Datamaterialet for å besvare denne problemstillingen er innhentet ved intervjuer og dokumentstudier.

11.3.1 Brukermedvirkning

Brukerundersøkelse

Grue sykehjem gjennomførte sin siste brukerundersøkelse i 2015/2016. Daværende enhetsleder på sykehjemmet fullførte undersøkelsen som noe av det siste vedkommende gjorde i stillingen som leder. Undersøkelsen var rettet mot brukere, men det var lagt opp til at pårørende kunne svare, samt komme med en skriftlig kommentar på slutten. Det er noe uvisst hva som videre skjedde med resultatene av undersøkelsen, men nåværende enhetsleder oppga i intervju med revisjonen at hun nærmest ved en tilfeldighet fant undersøkelsen da det ble ryddet på forrige enhetsleders kontor. Ved en tidligere revisjonsrapport (2017) ble blant annet brukermedvirkning ved sykehjemmet behandlet. Den gangen ble det ikke opplyst til revisjonen at det nylig var gjennomført en brukerundersøkelsen. Det var planlagt en brukerundersøkelse høsten 2018 som ikke ble gjennomført. En eventuell ny brukerundersøkelse er ikke fastsatt, men det blir ikke avvist at behovet er tilstede. I KOSTRA er det registrert at Grue kommune har et system for brukerundersøkelser i institusjonen. Dette har revisor ikke sett noe bevis på.

Resultatene av den utførte brukerundersøkelsen, viser at sykehjemmet på spørsmålet om en alt i alt opplever at beboeren er fornøyd med sykehjemmet, scorer sykehjemmet 4,7 av 6, mens landsgjennomsnittet ligger på 4,9. Undersøkelsen hadde videre med et eget avsnitt om

brukermedvirkning. På spørsmål om faste situasjoner som valg av leggetid, stå opp tid og tilgang på mat når enn selv ønsker, så samsvarer svarene fra sykehjemmet med den gjennomsnittlige tilfredsheten i Norge. På alle tre spørsmål ligger svarene rundt 5 av 6. Større forskjeller kommer på spørsmål direkte knyttet til bruker og pårørendes medvirkning på planer (som tiltaksplan, pleieplan og individuell plan). Beboerens medvirkning scorer 1,6 mens landsgjennomsnittet er 2,6. Pårørende scorer 2,4, landet 2,7. Alle spørsmål knyttet til brukermedvirkning scorer 3,8 mot en landsgjennomsnitt på 4,1.

Medvirkning i det daglige

Revisor blir under intervjuene informert om at beboerne nok ikke har stor innflytelse over hvordan arbeidslistene blir satt opp. Det er arbeidslistene som legger opp rammene for hvilke tjenester den enkelte bruker skal motta hver dag. Beboerne gis kun en viss grad medvirkning over hvem som skal kunne få pleie dem. Hvis noen nekter at enkelte av de ansatte skal pleie dem, så blir dette forsøkt gjennomført. Det blir videre informert om at det er forskjell mellom de forskjellige beboergruppene, på hvor mye innvirkning over de daglige gjøremål som de har. For beboere på korttidsplassene blir det i større grad lagt opp til at de kan utføre dagligdagse gjøremål selv.

11.3.2 Informasjon til pårørende

I forbindelse med forvaltningsrevisjonsrapporten 2017, ble det stilt spørsmål til enhetsleder om hvordan man sikret informasjon til de pårørende. Det ble da svart at det arbeides med et årshjul over aktiviteter på sykehjemmet, som ikke var ferdigstilt. Dette arbeidet ser ut til å vært stoppet. I tillegg skulle det avholdes informasjonsmøter med pårørende, der de skulle få tilgang på relevant informasjon. Til slutt skulle alle nye beboere få tilbud om en oppstartsamtale. Der ser det ut til at bare oppstartsamtales blir gjennomført.

Brukerundersøkelse

Brukerundersøkelsen fra 2015/2016 hadde med seg en rekke spørsmål knyttet til informasjon. På spørsmål om beboer får god informasjon om tjenestene han/hun får, scorer sykehjemmet 3,4 mens landsgjennomsnittet er på 4,2. Spørsmål om beboer er kjent med mulighetene til å klage havner på 3,2, landsgjennomsnittet var på 3,8. Alle spørsmål under informasjon ender opp med en score på 3,7 mot et landsgjennomsnitt på 4,3.

Kontaktpunkter

Det er ikke etablert andre faste kontaktpunkter med de pårørende enn en oppstartsamtale ved tildeling av plass. Ved denne samtalen er også lege tilstede, og sykehjemmet har en egen rutine for hvordan mottak av nye beboere skal gjøres. Oppstartsamtalet skal dokumenteres ved et eget skjema, som skal underskrives av pårørende. Det blir oppgitt ulike svar rundt hvem som har ansvar for dette skjema, samt hvor det skal oppbevares. I en avdeling får revisor beskjed om at det er legen som er ansvarlig for skjemaet, mens det i den andre avdelingen blir gitt informasjon om at sykepleier er ansvarlig. Det ble forsøkt å gjennomføre en stikkprøvekontroll av underskrevne skjemaer, men de var ikke å oppdrive på noen av basene.

Etter at oppstartsamtale er gjennomført, er det ikke etablert flere faste kontaktpunkter. Ved rullerende korttidsplasser tilbys det ikke en ny samtale ved hver innleggelse. Videre kontakt og informasjonsutveksling med pårørende foregår da i hovedsak enten ved endringer i medisinsk tilstand/pleiebehov hos beboer eller ved uforutsette hendelser. Pårørende som er mer tilsted og mer «på» får en bedre tilgang på informasjon enn andre.

De ansatte som vi har snakket med opplever de pårørende som mer «på» nå etter medieoppslagene. De mener også selv at de er bedre til å ta seg tid til å snakke med pårørende om beboerne og at den løpende kommunikasjonen i det store og hele oppleves som god.

Sykehjemmets ledelse ser at de mangler treffpunkter og at de systemer som nå er etablert for informasjonsflyt er for dårlige og lite funksjonelle. De ser at tidlig avklaring av forventinger og en bedre kartlegging av situasjonen til bruker og pårørende vil være hensiktsmessig. Også for brukere på rullerende korttidsplasser vil det i fremtiden være viktig å få avklart målsettinger for oppholdet tidlig. Dette mener ledelsen kan føre til bedre resultater og færre misforståelser.

Pårørendeforening

Det finnes i dag ikke en egen pårørendeforening for sykehjemmet. Ledelsen ved sykehjemmet opplyser i intervju at de ønsker å opprette en pårørendegruppe og at de vil ta initiativ til et møte i den anledning i nærmeste fremtid.

Det er etablert en støtteforening for sykehjemmet i kommunen, Støtteforeningen ved Grue alders- og sykehjem (SGAS), som har i vedtaksfestet sitt formål som:

«Foreningen har til formål å bidra til best mulig trivsel for beboere ved Grue alders- og sykehjem.»

Formålet skal bl.a. oppnås gjennom følgende:

- *Arrangere hyggekvelder for beboere og pårørende.*
- *Arrangere og/eller deltakelse på dugnader.*
- *Bidra med økonomisk støtte til spesielle velferdstiltak.*
- *Avholde møter med ledelsen i Grue kommune til beboernes og pårørendes beste.»*

Støtteforeningen anser alle beboere og pårørende ved sykehjemmet som sine medlemmer, samt andre som ønsker å engasjere seg i støtteforenings arbeide. Det innkreves ikke kontingent. Foreningen arrangerer hyggekvelder med underholdning siste torsdag i måneden. I tillegg har de utført flere dugnader. Foreningen har ingen systematisk undersøkelse vedrørende pårørendes oppfattelse av de tjenester som blir levert på sykehjemmet eller resten av huset.

Samarbeidet mellom Støtteforeningen og ledelsen i Grue kommune har vært fraværende i flere år. De håper nå at den nye ledelsen tar Støtteforeningen på alvor, foreningen ønsker et bedre samarbeid og større påvirkning.

11.4 Revisors vurdering

Til denne problemstillingen er det utledet to revisjonskriterier, *Kommunen skal ha etablert et system som sikrer at brukerens meninger blir hørt og Kommunen bør ha etablert et system som sikrer bruker/pårørende tilgang på relevant informasjon.*

Slik revisor vurderer det er ikke kriteriet om å ha etablert et system som sikrer at brukerens meninger skal bli hørt, oppfylt. Brukerne ved et sykehjem har et stort spenn i sine evner til å kunne komme med konstruktive meninger rundt egen situasjon. Sykehjemmet favner brukere på korttidsplasser, langtidsplasser, brukere med demens, samt palliative plasser. Dette er ikke en brukergruppe man kan forvente at har ensartede meninger om situasjonen, men slik det er nå, er det ikke etablert noen systemer som sikrer at meningene blir hørt. Det er ingen faste rutiner rundt bruker/pårørende undersøkelser, og den siste som ble utført, ser ikke ut til å ha blitt tatt tak i.

Resultatene fra undersøkelsen, som man må være forsiktig med å legge for mye velt på, da den begynner å bli gammel, ga tydelige signaler på manglete mulighet til å bli involvert i egen situasjon. Dette var også gjeldene for landsgjennomsnittet, men Grue la seg langt under. Vi kan ikke se at det er blitt tatt grep for endre situasjonen. Revisor stusser over at kommunen har rapportert inn til KOSTRA at det er etablert et system for brukerundersøkelser i institusjonen. Dette er noe vi ikke har sett i vår gjennomgang.

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

Det er nå satt i gang et kartleggingsarbeid fra kommunes side som blant annet har snakket med enkelte pårørende⁹. Dette kan sees på som en måte å få oversikt over brukernes/pårørendes meninger, men omfanget og utvelgelsen av hvem som har fått mulighet til å si noe er for snevert til at det kan sies å være representativt for alle.

Når det gjelder kriteriet om informasjonsflyt til pårørende, så har ikke sykehjemmet et system som sikrer annet enn en samtale. Dokumentasjonen vedrørende gjennomføring av oppstartsamtaler er manglende, og det er interne uenigheter om hvem som har ansvaret for å sikre denne dokumentasjonen. Videre virker det for revisor, opp til den enkelte pårørende å få tilgang på relevant informasjon. Pårørende som er aktive vil få vite mer enn andre. Eventuelt er man prisgitt at de ansatte følger opp det de skal, med å gi informasjon om større hendelser/endringer i tilstand. I brukerundersøkelsen fra 2015/2016 scorer sykehjemmet lavere enn landsgjennomsnittet på informasjon. Spesielt for informasjon om tjenestetilbudet ligger de lavt. Igjen kan revisor ikke se at det er blitt foretatt grep for å endre på denne situasjonen.

Det er positivt at sykehjemmets ledelse ser at de har en utfordring, og at dette er noe de må ta tak i. Opprettelsen av en pårørende forening, eventuelt et tettere samarbeid med støtteforeningen, vil således være et skritt i riktig retning. Revisor vurderer kriteriet til ikke å være oppfylt, da det bør være på plass flere treffpunkter/informasjonsrutiner enn et enkelt møte for å kunne kalle det et system som sikrer *bruker/pårørende tilgang på relevant informasjon*.

⁹ Det var ønskelig fra styringsgruppa sin side at revisor ikke skulle få innsyn i deres arbeid. Revisor har rett til å se all relevant informasjon i tilknytning til sine undersøkelser, men har i dette tilfellet valgt å ikke presse igjennom sin rett. Dette ville bare føre til uønsket frustrasjon, og det innsamlede datamateriale er tilstrekkelig til å kunne konkludere på problemstillingen.

12 Problemstilling 5, Risikovurderinger og ressursstyring

Problemstilling 5:

I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?

12.1 Bakgrunnsinformasjon

Helsetjenesten må lære av uønskede hendelser for å forsøke å hindre at det samme skjer igjen. For å forstå årsakene til de uønskede hendelsene må hendelsene analyseres. Noen ganger kan det være enkelt. Andre ganger er det vanskelig å finne alle bakenforliggende årsaker uten å gjøre en grundig analyse. Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet har holdt kurs i risiko og hendelsesanalyser over lengere tid og har identifisert følgende erfaringsfaktorer som bidrar til gode analyser:

- Styringssystemet fungerer.
- Ledelsen tar et tydelig ansvar for og er pådriver i pasientsikkerhetsarbeidet.
- Sikkerhetskulturen er sterkt utviklet med åpen kommunikasjon om risiko og uønskede hendelser.
- Virksomheten har en organisasjon for analyseledere, for eksempel en sentralt plassert gruppe i kombinasjon med ressurser ute i organisasjonen.
- Virksomheten har medarbeidere med høy kompetanse og erfaring med å gjøre risiko- og hendelsesanalyser.
- Medarbeidere fra alle yrkeskategorier deltar i arbeidet.
- Pasienter og pårørende involveres i analysearbeidet.
- Virksomheten har et system for å spre og lære av analyseresultatene.

Helsedirektoratet har gitt ut en håndboken *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten*, som i detalj beskriver en metode for å gjøre gode risikoanalyser.

12.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

- **Det skal utføres risikovurderinger ved sykehjemmet**
- **Det skal planlegges hvordan avdekket risiko kan minimaliseres**
- **Ved utarbeidelse av nye arbeidsplaner skal tillitsvalgte involveres i prosessen.**

12.3 Funn

Datamaterialet for å besvare denne problemstillingen er innhentet ved intervjuer og dokumentstudier.

12.3.1 Risikovurdering

I kommunens overordnede internkontrollsystem er det slått fast at «internkontrollens hovedfunksjon er å forebygge uønskede utvikling og tankegangen i internkontrollen er basert på vurdering av risiko. Risiko må derfor identifiseres i hele organisasjonen både fra rådmannens ståsted og på den enkelte virksomhet». Hver avdeling i kommunen skal hvert år i januar ta sin risikoanalyse opp til vurdering. Analysen skal avdekke hva som kan gå galt i virksomheten. Dette kan være forhold knyttet til myndighetsutøvelse og forvaltning, skade/ulykke/uhell for brukere og ansatte, samt skade og uhell knyttet til materielle forhold. Det ligger vedlagt et skjema som skal benyttes og de forskjellige risikoelementet skal legges inn og scores fra 1-5 på sannsynlighet og konsekvens. I sammenhengen med risikovurderingene skal det også gjennomføres en systematisk gjennomgang om virksomheten har full oversikt over hvorvidt det er innarbeidet gode nok prosedyrer og kontrollaktiviteter. I den sammenheng er det et eget skjema, (kontrollmatrise) som skal utfylles

Det er blitt foretatt en risikovurdering for sykehjemmet i både 2017 og 2018. Arbeidet ble utført av daværende enhetsleder, assisterende enhetsleder samt to ansatte. Tanken bak sammensettingen av gruppen var å få innspill fra de ansatte i hva som kunne være mulige risikofaktorer. Daværende enhetsleder ledet arbeidet. Det ble ikke gitt opplæring i hvordan man skal utføre risikoanalyser. Selve arbeidet ble utført gjennom dialogmøter, der mulige risikoområder i felleskap ble diskutert. Verneombud og teamledere var ikke involvert i prosessen og har således ikke kommet med innspill til risikovurderingens innhold. Dette førte til at det var gruppens medlemmer som i felleskap kom frem til hva som ble vurdert til å være risikoområder.

Resultatet fra vurderingen er ført inn i en matrise som ligner på den som er vedlagt i de overordnede internkontrollrutiner, men sykehjemmet scorer sine risikoområder på en skala fra 1-3.

Kontrollmatrise kan revisor ikke se at har blitt utfylt. De utførte risikovurderingen for 2018 er datert i

april. Det er avdekket fire risikoområder, brann, tidspress/stress/lav konsentrasjon blant ansatte, fare for brudd taushetsplikt grunnet lytt mellom vaktrom og gang og fare for feilmedisinering. Brann kommer ut som høyest prioritet med en score på 4, grunnet alvorlig konsekvens, men lav sannsynlighet for at det skjer. De tre andre risikoområdene er satt til score 3. Her er det gjort en regnefeil i vurderingen, der 2 + 2 har blitt til 3. Revisor for opplyst at det var samme resultater i 2017 som i 2018.

Når det kommer til oppfølging av de avdekkede risikoområder, så har den utførte vurderingen med foreslåtte tiltak for å redusere risikoen. Det er usikkert på om de foreslåtte tiltak faktisk er iverksatt på andre områder enn brann. Brannrisikoen er håndtert med øvelser, samt brannvernansvarlige i begge etasjer som går kontrollrunder.

12.3.2 Ressursstyring

Vi har definert ressursstyring til å omhandle hvordan sykehjemmet disponerer sine personalressurser. Med det menes i hovedsak hvordan turnus er satt opp.

Det er ansatt en egne ressurskoordinator som er tilknyttet sykehjemmet i en 95 % stilling, der 5 % er knyttet opp mot HDO. Mye av arbeidstiden går med til vikar innleie. Kommunen har ikke en vikarpool å ta fra, men de har noen faste vikarer som de bruker. Er til dels utfordrende å få ta i vikarer med spesialisert kunnskap, som sykepleiere. I stillingen inngår også arbeidsoppgaver av merkantil karakter som post, arkiv og fakturering. I tillegg har vedkommende ansvar for oppsett av turnus. Stillingen ble opprettet for ca 7 år siden og var i utgangspunktet et prøveprosjekt for å se om en dedikert merkantil stilling og vikarinneleide, kunne skape bedre flyt i arbeidsdagen for den resterende delen av arbeidstokken på sykehjemmet.

Turnusen endres i utgangspunktet omtrent hvert andre år, eventuelt ved større utskiftninger av personell. Det er i første rekke fordelingen av sykepleierne som er utgangspunkt for oppsettet. Det skal være sykepleiere på vakt for å håndtere fagspesifikke oppgaver. Utenom dette er det mulig å komme med innspill fra den enkelte arbeidstaker rundt oppsettet av turnusen. Det forsøkes å ta hensyn til innkommende ønsker, men viktigheten av en helhetlig turnus er prioritert.

Blant de ansatte som vi har snakket med er det delte meninger om turnusen. Grunnturnusen er i utgangspunktet balansert oppsatt, men problemer forekommer ved innleie av personell. Det er ikke automatikk i at innleid personell har den samme vakten som den fraværende ansatte. Dette kan føre til problemer som manglende overlapp mellom vaktene. Det har det kommet innspill på at

dette forekommer. Det skal videre være et problem som har eksistert over lang tid. Sykehjemmet manglet i lengere tid turnusavtaler, men det er på plass nå.

Det var startet et arbeid med gjennomgang av turnusen. Førrige enhetsleder nedsatte en gruppe på 6-7 ansatte som skulle se på hvordan turnusen var satt opp. Dette arbeidet er nå stoppet. Det er nå planlagt en større gjennomgang av turnusen til høsten, når den runden med bemanningen som nå pågår er ferdigstilt. Det er ikke bestemt hvem som skal delta i høstens gjennomgang.

Som nevnt i kapitel 3.2 er Grue sykehjem inndelt i to avdelinger, 1. og 2. etasje. Mellom etasjene er det «tette skott» når det kommer til personalflyt. Selv om alle er ansatt i Grue kommune, så jobber man i sin etasje. Det «lånes» da i hovedsak med andre ord ikke ansatte mellom etasjene ved kriser eller akutte situasjoner. De ganger dette har blitt gjort, så er det delte erfaringer på hvor vellykkede det var.

12.4 Revisors vurdering

Til denne problemstillingen er det tilknyttet følgende tre revisjonskriterier, det skal utføres risikovurderinger ved sykehjemmet, det skal planlegges hvordan avdekket risiko kan minimaliseres og ved utarbeidelse av nye arbeidsplaner skal tillitsvalgte involveres i prosessen.

Det er blitt utført risikovurderinger i både 2017 og 2018. Problemet, slik revisor ser det, er at kvaliteten på vurderingene ikke er gode nok. I de overordnede internkontrollrutinene til kommunene som vi også tok opp i kapittel 9, er det utarbeidet overordnede retningslinjer for hvordan risikovurderinger skal utføres, når det skal gjøres og en mal som skal benyttes. Dette har slik revisor vurderer det i liten grad blitt benyttet i de risikovurderingene som er utført.

Vurderingen er like to år på rad, dette på tross av at de kommer med forslag til utbedringer. Hadde utbedringene blitt gjennomført skulle man da i teorien finne i alle fall noen nye risikoområder året etter. Den manglende involveringen av teamlederne, de som er nærmest på de ansatte i deres daglige virke og således tette på områder der risiko kan oppstå, fremstår som merkelig. Man bør snakke med relevante nøkkelpersonell under et sik arbeid. En enkel regnefeil i vurderingen, bidrar heller ikke til å styrke kvaliteten på det utførte arbeid.

Revisjonskriteriene lyder det skal utføres risikovurderinger ved sykehjemmet og det skal planlegges hvordan avdekket risiko kan minimaliseres. Dette er i utgangspunktet oppfylt ved de to vurderinger som foreligger. Revisor vurderer derimot vurderingenes innhold til å være såpass grunt, at det bør gjøres et bedre arbeid fremover for å få mer verdi ut av arbeidet. Risikovurderinger som gjøres fordi man må, har liten reel verdi i arbeidet med å forbedre tjenestene.

Vi har også sett å ressursstyring, og da i hovedsak personalstyring og turnusoppsett. Det er utfordringer rundt innleie, og hvordan de innplasseres i turnusen. Revisor er klar over at arbeid med oppsett av turnus er komplisert og innviklet med en rekke hensyn som må tas. Det har vært startet opp et arbeid med å lage en ny turnus, og det er etter revisor vurderinger fornuftig at dette ble stoppet med tanke på de nyansettelser som nå blir gjort. Det er dog viktig at arbeidet blir tatt opp i høst, da dette er naturlig område å belyses i forbindelse med de andre endringer som sykehjemmet skal utføre. Revisjonskriteriet gikk på at tillitsvalgte skal være involvert i prosessen med utarbeidelse av nye arbeidsplaner¹⁰. Siden prosessen har stoppet opp, har revisor ikke grunnlag for å konkludere

¹⁰ Ordet turnus er ikke i lovverket, der brukes arbeidsplaner

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

på dette kriteriet, men anbefaler sykehjemmet å involvere tillitsvalgte i arbeidet med utarbeidelse av ny turnus.

Revisor finner den i hovedsak mangelen flyten mellom avdelingene som merkelig. Personellressursen kan sees på under ett, da alle er ansatt i Grue kommune. Det kan undersøkes om det er hensiktsmessig med mer arbeid på tvers av avdelingene, for bedre å kunne dra nytte av personalet. Dette gjelder spesielt der det finnes ekspertise som hele sykehjemmet kan dra nytte av.

13 Konklusjon

Rapporten har sett på driften av Grue sykehjem gjennom fem problemstillinger som er vinklet litt forskjellig. Felles for dem alle er at de undersøker hvilket styringssystemer, rutiner og prosedyrer som er utarbeidet for sykehjemmet og hvordan disse eventuelt blir fulgt.

Vi ser en rød tråd gjennom vårt arbeid der manglende helhetlige rutiner og styringssystemer går igjen. Det kan se ut som om sykehjemmet er drevet fra dag til dag, der det ikke er tid eller ressurser til å løfte blikket for å se helheten. Dette har ført til at en ukultur har fått grobunn og at tjenesteytingen ikke alltid har vært av tilfredsstillende kvalitet.

Det er bestilt og gjennomført to utredninger som peker på flere av de samme områdene som også denne rapporten peker på. Det mangler da ikke på kunnskap om hvor det er utfordringer, men på ressurser til å gjennomføre endringene. Det har vært jobbet med korrigerende av driften etter begge rapportene, men spørsmålet er om kommunen ble ferdig med en omstilling før de fikk nye råd. Vi ser at mye av den tiden som skulle vært avsatt til å drive ledelse på førstelinjenivå på sykehjemmet, nok har gått bort til løpende oppgaver. Mangelfull ledelse, kan føre til mangelfull oppfølging av de ansatte. Dette kan igjen føre til en kultur der man gjør det man alltid har gjort, uten å reflektere over om det faktisk er den beste måten å løse oppgavene på.

14 Anbefalinger

Revisor ønsker å komme med følgende anbefalinger som baserer seg på rapportens funn:

- **Kommunen bør vurdere å utarbeide et helhetlig sett med rutiner og arbeidsbeskrivelser for sykehjemmet som blant annet sikrer:**
 - Etterlevelse av kvalitetsforskriften
 - Tilgang på relevant informasjon til pårørende
 - Riktig føring av avvik
- **Det bør gjennomføres systematiske internkontroller på sykehjemmet**
- **Det kan vurderes å legge mer arbeid i utarbeidelsen av risikovurderinger**
- **Det bør gjennomføres jevnlige brukerundersøkelser der man drar lærdom av resultatene**
- **Den planlagte gjennomgangen av turnusen bør gjennomføres**

15 Rådmannens høringsuttalelse



Hedmark Revisjon IKS

Dato: 14.06.2019
Deres ref.:
Arkiv: FA - H00
Saksbeh. tlf.: 62 94 20 07
Saksbeh. epost:
erik.otterdahlmoller@grue.kommune.no
Vår ref.: 18/827-7 / EOM

Uttalelse til forvaltningsrevisjonsrapport

Viser til brev fra Hedmark Revisjon IKS av 13. juni 2019 med vedlagt rapport etter forvaltningsrevisjon «Verdighet og kvalitet i tjenestene ved Grue Sykehjem» (Rapport datert 13.6.2019). Rapporten er bestilt av Kontrollutvalget i Grue kommune den 15.1.2019. Revisjonen ber om rådmannens uttalelse som skal tas inn som eget punkt i rapporten.

Innledningsvis vil administrasjonen takke Hedmark Revisjon IKS for et godt samarbeid gjennom prosessen. Rapporten peker på viktige forbedringsområder når det gjelder drift av Grue sykehjem. Et gjennomgående tema er manglende helhetlige rutiner og styringssystemer. Dette er et område som i utgangspunktet gjelder hele kommunens virksomhet. Grue kommune må som organisasjon få på plass et gjennomgående kvalitets-/styringssystem for å sikre kvalitet i tjenestene. Det er allerede igangsatt et arbeid med dette. Kommunen har etter å ha fått skjønnsmidler fra Fylkesmannen utlyst to 50% stillinger som fag- og kvalitetsutviklere som skal bistå med å få på plass kommunens kvalitetssystem. Kapasiteten til å gjennomføre dette arbeidet har vært for liten tidligere.

Kommunestyret vedtok den 10.12.2018 en plan for oppstart av forbedringsarbeid ved sykehjemmet. Det ble vedtatt å etablere en partssammensatt styringsgruppe bestående av representanter for politisk ledelse, administrativ ledelse og tillitsvalgte. Det ble også vedtatt at beboere, pasienter, pårørende og faglig samarbeidspartnere skulle involveres i dette arbeidet. I tillegg har rådmannen prioritert ressurser i egen stab til prosjektledelse. På grunnlag av kartleggingsresultatene og de krav som gjelder for tjenestetilbud i sykehjem er det lagt en plan for igangsetting og gjennomføring av et hovedprosjekt som skal gi bedre kvalitet i tjenesten og økt livskvalitet for den enkelte pasient. Revisjonsrapporten påpeker i stor grad de samme forbedringsområdene som kommunen har funnet i sin interne kartlegging.

Rådmannen registrerer at det i rapporten påpekes manglende tid og ressurser til å drive ledelse. God ledelse krever at det er mulighet til å være «tett på» og en synlig leder. Revisjonen konkluderer med at mye av den tiden som skulle ha vært avsatt til å drive ledelse har gått bort til løpende daglige oppgaver. Det er lett å kjenne seg igjen i at det i hverdagen er vanskelig å løfte blikket for å se helheten og ha ressurser til å gjennomføre nødvendige endringer. Mange ansatte, stort faglig ansvar, døgntilvarende drift og mye administrativt



Grue kommune
Postboks 94, 2261 Kirkeneer
Telefon: 62 94 20 00
E-post: post@grue.kommune.no

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

arbeid gjør dette meget krevende. Det vil derfor fremover være viktig å prioritere tid og ressurser til å drive ledelse og utviklingsarbeid. I sammenheng med det allerede igangsatte forbedringsarbeidet ved sykehjemmet er det derfor besluttet å styrke ledelsen. Det er nå ansatt 2 avdelingsledere i tillegg til enhetsleder.

Rådmannen tar rapporten og dens anbefalinger til etterretning. I forbedringsarbeidet som er igangsatt ved sykehjemmet vil anbefalingene fra Hedmark Revisjon IKS bli lagt til grunn og være et viktig bidrag i det videre arbeidet for å bedre tjenestekvaliteten ved Grue Sykehjem.

Med hilsen

Erik Otterdahl Møller
Konstituert rådmann

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke underskrift

16 Referanser

Beskrivelse av system for Risikobasert virksomhetsstyring (Internkontroll) i Grue kommune

Dimensjonering av helse- og omsorgsektoren mot 2030. *PWC* (2017)

Kommunedata effektivitetsanalyse. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/id2415955/>

Måling av kvaliteten på pleie i sykehjem - hva har betydning? Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/04/maling-av-kvaliteten-pa-pleie-i-sykehjem-hva-har-betydning>

Nasjonale kvalitetsindikatorer. *Helsedirektoratet*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>

Rapport omstillingsprosjekt helse- og omsorgsektoren i Grue kommune. *Frisk Komeptanse* (2014)

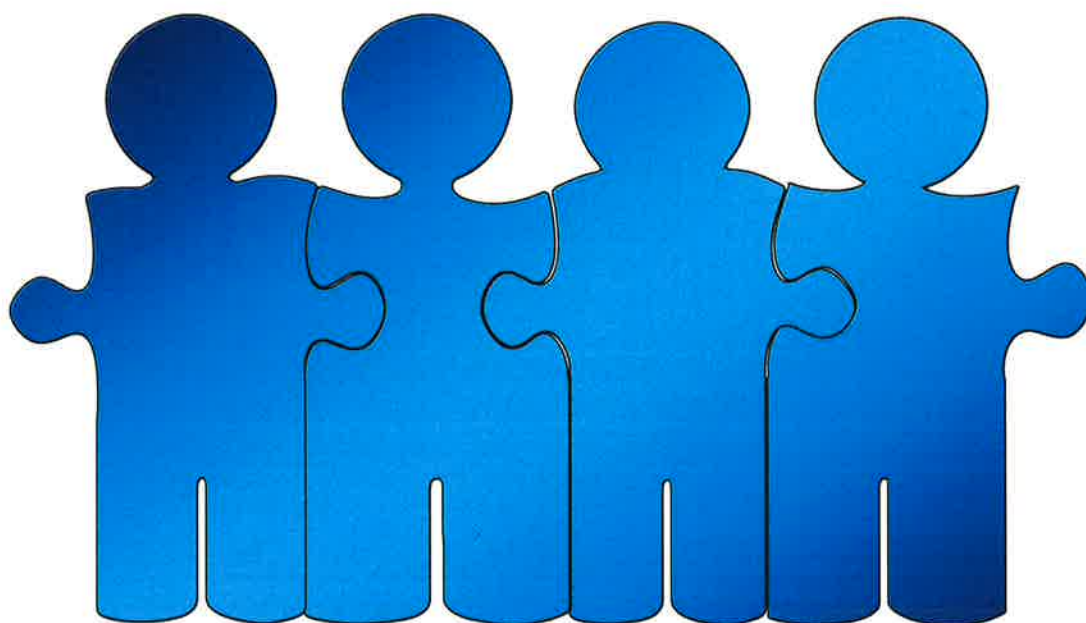
Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten. *Helsedirektoratet*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/risiko-og-hendelseanalyse-handbok-for-helsetjenesten>

Statistikk fra KOSTRA. Hentet fra: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>

Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. *Riksrevisjonen* (2018)

Vedlegg A: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier for forvaltningsrevisjon: Grue kommune – Sykehjemmet



Om utledningen av revisjonskriterier

I dette dokumentet presenterer vi grunnlaget for de revisjonskriterier vi anvender i forvaltningsrevisjonen av sykehjemmet i Grue kommune. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Ved utledning av revisjonskriterier har revisjonen tatt utgangspunkt i lovverk med forskrift samt nasjonale veiledninger og rundskriv. Kildene omtales ytterligere under de enkelte problemstillinger. Av hensyn til revisjonens omfang, kan det bli aktuelt å avgrense hva vi undersøker, og vi vil derfor ikke nødvendigvis foreta vurdering av samtlige av de fremsatte kriterier. I tillegg kan det bli relevant å endre eller tilføye revisjonskriterier underveis i prosjektet. I så fall, vil vi orientere revidert enhet om aktuelle endringer.

Bakgrunn

I henhold til kommuneloven § 77 fjerde ledd skal kontrollutvalget påse at det skal gjennomføres forvaltningsrevisjon i kommunen. Kontrollutvalget i Grue kommune fattet i møte den 15.1.2019 vedtak om oppstart av et forvaltningsrevisjonsprosjekt rettet mot sykehjemmet Prosjektet har følgende problemstillinger:

- 1. Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. Krav i Kvalitetsforskriften?*
- 2. Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?*
- 3. Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet opp?*
- 4. Har kommunen et tilfredsstillende system for brukermedvirkning?*
- 5. I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?*

Utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier skal begrunnes i/utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Autoritative kilder kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak/mål/føringer, administrative retningslinjer/mål/føringer, statlige føringer/veiledere, andre myndigheters praksis, teori og reelle hensyn som vurderinger av hva som er rimelig/ formålstjenlig/effektivt.

Forvaltningsrevisjon: Kvalitet i Grue sykehjem
2019

Revisjonskriteriene utledes med utgangspunkt i problemstillingene og danner grunnlaget for hva de innsamlede data vurderes opp mot. I og med at revisjonskriteriene er uttrykk for en norm eller et ideal for hvordan tilstanden bør være på området, danner kriteriene også utgangspunkt for revisjonens anbefalinger.

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Veileder til Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v

Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. Krav i Kvalitetsforskriften?

Kvalitetsforskriften er knyttet til lov om helsetjenester i kommunene av 1982 og lov om sosiale tjenester av 1991. Forskriften ble fatstatt i 2003. Formålet er følgende:

«Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.»

Forskriftens paragraf 3 omhandler hvilke oppgaver og innhold i tjenestene kommunen skal ha etablert prosedyrer om, som sikrer at de blir utført. Oppgavene og innholdet i tjenestene er følgende:

- *«Opplive respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *Selvstendighet og styring av eget liv*
- *fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.»*

Revisjonskriterier for problemstilling 1

Med bakgrunn i kvalitetsforskriftens innhold er det utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen bør ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov**

Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?

Det fremgår av kommunelovens § 20.2 at kommunerådet «skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.»

I Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) fremgår det at administrasjonssjefen har et selvstendig ansvar for å føre kontroll med kommunens virksomhet. Det er ledelsen i en organisasjon som har ansvaret for å etablere et tilfredsstillende internkontrollsystem. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regelverk

Spesifikt for kommunale sykehjem så fantes det frem til 1.1.2017 var det en egen forskrift som kun omhandlet *internkontrollen i helse og omsorgstjenestene*. Forskriften ble da erstattet av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Denne tydeliggjør kravene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter.

Forskriftens § 5 sier noe om omfanget og dokumentasjonen som er nødvendig. Ordlyden er følgende:

«Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.»

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.»

Pliktene som det vises til er plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Ordlyden i paragrafene er følgende:

«§ 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*

- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften. Der står det blant annet om §5, at forskriftens paragrafer 6-9 er minimumskrav for styringssystemet. Det er videre ikke nødvendig å skriftlig gjøre alle rutiner og gjøremål. Dette skal henge sammen med risikograden til den handlingen som beskrives. Det er dog et krav om at dokumentasjonen til enhver tid skal være oppstartet og tilgjengelig. Det må etableres rutiner for å sikre at styrende dokumenter til enhver tid er i tråd med krav i gjeldende lovverk, beslutninger, organisatoriske løsninger, rutiner og andre relevante styringsdokumenter.

Revisjonskriterier for problemstilling 2

Med bakgrunn i de overnevnte utdrag fra lov og forskrift er det utledet følgende revisjonskriterier:

- **Det skal være etablert et styringssystem som sikrer:**
 - **Oversikt over avvik og klager**
 - **Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring**
- **Det skal finnes skriftlig, oppdatert og tilgjengelig informasjon for sentrale deler av styringssystemet.**
- **Styringssystemet skal minst en gang i året systematisk gjennomgås**

Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 3

Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet opp?

Tilsynsrapporter fra Fylkesmann og Helsedirektoratet som har avdekket avvik, krever at kommunen dokumenterer lukking av avvikende, og har således egne mekanismer som sørger for oppfølgingen. Problemstillingen vil derfor kun være av beskrivende grad, og det er da ikke relevant å knytte revisjonskriterier til den.

Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 4

Har kommunen et tilfredsstillende system for brukermedvirkning?

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) har i paragraf 3-10 slått fast at:

«Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.»

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) har i sin paragraf 3-1 tatt for seg pasienter og brukeres rett til medvirkning.

«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester....Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har i sin paragraf 6 punkt g slått fast at plikten til å planlegge virksomhets aktiviteter innebærer blant annet følgende oppgaver:

«ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

Forskriftenes paragraf 7, plikten til å gjennomføre, har med at virksomhetens plikt til å gjennomføre sine aktiviteter innebærer blant annet å:

«sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.»

For å kunne ta beviste valgt rundt sin egen tilstand må man ha tilgang til relevant informasjon. Helse og omsorgstjenestelovens paragraf 4-1a slår fast at: «Kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens og brukers nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.»

Pasient og brukerrettighetslovens paragraf 3-2 og 3-3 som det vises til har følgende relevant innhold:

«Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter»

Og:

«Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukers nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukers helsetilstand og den helsehjelp som ytes. (104)

Er pasienten eller brukeren over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i §3-2»

Revisjonskriterier for problemstilling 4

Med bakgrunn i de overnevnte utdrag fra lov og forskrift har revisor utledet følgende konkrete revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha etablert et system som sikrer at brukers mening blir hørt.**
- **Kommunen bør ha etablert et system som sikrer bruker/pårørende tilgang på relevant informasjon**

Utleiding av revisjonskriterier for problemstilling 5

I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?

Problemstillingen er todelt, der første del omhandler risikovurderinger/sårbarhetsanalyser, mens del to er om ressursstyring.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), har i sin § 3-1, Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, slått fast at

«Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold»

Det vil si at det skal gjennomføres planlegging og evaluering av tjenesten. En aktuell forskrift som uttyper hva som skal planlegges er *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. I den § 6, plikten til å planlegge står det i led d og e følgende:

«d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

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

Det vil si at kommunen skal ha oversikt over mulige risikoområder og hvordan det kan jobbes for å begrense denne risikoen.

For problemstillingens del to, om ressursstyring, så har vi avgrenset dette til å omhandle oppsett av turnus. Turnus er ikke er ord som brukes i *Arbeidsmiljøloven*, der arbeidsplan er aktuelle. Følgende står i loven om endringer i arbeidsplanen:

«Arbeidsplanen skal utarbeides i samarbeid med arbeidstakernes tillitsvalgte. Dersom ikke annet fremgår av tariffavtale, skal arbeidsplanen drøftes med arbeidstakernes tillitsvalgte så tidlig som mulig og senest to uker før iverksettelsen.»

Revisjonskriterier for problemstilling 5

Med bakgrunn i de overnevnte utdrag fra lov og forskrift har revisor utledet følgende konkrete revisjonskriterier:

- **Det skal utføres risikovurderinger ved sykehjemmet**
- **Det skal planlegges hvordan avdekket risiko kan minimaliseres**
- **Ved utarbeidelse av nye arbeidsplaner skal tillitsvalgte involveres i prosessen.**

