



Vestfold  
og Telemark  
revisjon

# Kvalitet i sykehjem

Forvaltningsrevisjon | Tinn kommune

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1.    Kontrollutvalgets bestilling .....	5
1.2.    Problemstilling og revisjonskriterier .....	5
1.3.    Avgrensning.....	5
1.4.    Metode og kvalitetssikring .....	5
1.5.    Kommunedirektørens uttalelse.....	6
<b>2. Om kommunen</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Internkontroll</b> .....	<b>9</b>
3.1.    Revisjonskriterier .....	9
3.2.    Data – Internkontroll .....	11
3.3.    Revisors vurdering av internkontroll .....	26
3.4.    Konklusjon - internkontroll .....	27
<b>4. Bemanning</b> .....	<b>28</b>
4.1.    Revisjonskriterier .....	28
4.2.    Data – Bemanning .....	28
4.3.    Revisors vurdering av bemanning .....	38
4.4.    Konklusjon – bemanning.....	39
<b>5. Brukerundersøkelser</b> .....	<b>40</b>
5.1.    Innledning .....	40
5.2.    Brukerundersøkelsen .....	41
5.3.    Oppsummering .....	45
<b>6. Konklusjoner og anbefalinger</b> .....	<b>46</b>
6.1.    Konklusjoner.....	46
6.2.    Anbefalinger.....	47
<b>Litteratur og kildereferanser</b> .....	<b>48</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>49</b>
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse .....	49
Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring .....	51

## Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt internkontrollsystemet for sykehjemmene i Tinn kommune. Videre har vi undersøkt om sykehjemmenes bemanningsplaner er gjennomført som planlagt. Vi har også gjennomført en undersøkelse om brukertilfredshet blant beboere på sykehjemmene.

### Internkontrollsystem

**Etter vår vurdering har kommunen delvis et fungerende internkontrollsystem.**

Kommunen bruker internkontrollsystemet Compilo. Enkelte av prosedyrene og funksjonsbeskrivelsene er ikke oppdaterte. Etter vår vurdering bør enheten gå gjennom prosedyrer og rutiner for å sjekke at de er i tråd med gjeldene eller ønsket praksis. Dette er også noe ledelsen for tjenesteområdet levekår i sin årlige evaluering har pekt på som nødvendig.

Ute på avdelingene bruker sykehjemmene et elektronisk pleie- og medisinskfaglig prosedyreverktøy, samt et program for infeksjonskontroll. Etter vår vurdering er dette med på å sikre faglig forsvarlige tjenester på sykehjemmene.

Kommunens avvikssystem ligger i Compilo. Avvikssystemet er kjent og i bruk, men våre undersøkelser viser at det er ulike oppfatninger blant de ansatte av hva avvik er, og hvordan det følges opp av lederne. Enkelte ansatte oppgir at de av og til, av ulike grunner, lar være å melde avvik. Etter vår vurdering bør kommunen sørge for en enhetlig forståelse og oppfølging av avvikshåndteringen på sykehjemmene.

Tjenesteområdet levekår har hatt årlig systematisk gjennomgang av styringssystemet. På sykehjems-/avdelingsnivå er det i liten grad systematisk gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal, og bidra til kontinuerlig forbedring. Det mangler bl.a. virksomhetsplaner med mål og målindikatorer. Bruk av avviksstatistikk m.m., med tanke på forbedringer er lite systematisert. Etter vår vurdering bør kommunen sørge for at også sykehjemmene/avdelingen foretar systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.

### Bemanning

**Sykehjemmene følger ikke bemanningsplanene i praksis.**

Våre undersøkelser viser at sykehjemmene, i perioden vi har undersøkt, ikke følger sine egne bemanningsplaner. I en del tilfeller mangler det personer i forhold til det antallet som var forutsatt i bemanningsplanene. I mange tilfeller bruker sykehjemmene ufaglært arbeidskraft for å dekke opp mangel på sykepleiere og heldefagarbeidere.

### Brukertilfredshet

**Vår undersøkelse viser at et flertall av beboerne på sykehjemmene i hovedsak er fornøyde med tjenestene fra kommunen.**

Vår undersøkelse viser at flertallet av beboerne på sykehjemmene i hovedsak er fornøyde med kommunens tjenester. Selv om undersøkelsen, samlet sett, viser at det er god brukertilfredshet på de to sykehjemmene, mener vi det er viktig å fange opp de beboerne som ikke er så fornøyde for å sikre høyest mulig brukertilfredshet hos alle.

### **Anbefalinger**

Vi anbefaler kommunen å

- sørge for at rutiner og prosedyrer som gjelder sykehjemmene er oppdaterte
- sørge for en felles forståelse av hva som er å betrakte som avvik og hvordan avvik skal følges opp.
- sørge for en systematisk gjennomgang av styringssystemet på sykehjems/avdelingsnivå.
- sørge for at bemanningen på sykehjemmene er i tråd med bemanningsplanene.

Skien, 8. november 2022

# 1. Innledning

## 1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Tinn kommune i møte 30. november 2021 (sak 33/21), med ny behandling om utsatt levering i møte 8. februar 2022 (sak 5/22).

Pleie og omsorg er en del av kommunens vedtatte plan for forvaltningsrevisjon i perioden. I samsvar med vedtatt prosjektplan vil denne revisjonen avgrenses til kommunens to sykehjem, Eldres hus og Tinn helsetun.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

## 1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

- 1. I hvilken grad har sykehjemmene et fungerende internkontrollsystem (system for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten)?**
- 2. I hvilken grad gjennomføres sykehjemmenes bemanningsplaner i praksis?**
- 3. I hvilken grad er brukere/pårørende fornøyde med tjenester som blir gitt?**

Revisjonskriteriene<sup>1</sup> er hentet fra bl.a. helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om en verdig eldreomsorg. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

## 1.3. Avgrensning

Undersøkelsen om bemanning er gjort i en begrenset periode på 12 uker våren 2022.

## 1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Dag Oftung, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet ansatte i kommunen og gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte med pleiefaglige oppgaver på sykehjemmene. Vi har innhentet opplysninger om planlagt og faktisk bemanning på sykehjemmene, og informasjon fra kommunens internkontrollsystem Compilo. Vi

---

<sup>1</sup> Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

har også gjennomført en spørreundersøkelse blant pårørende om brukertilfredshet blant beboere på sykehjemmene.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 2 til rapporten.

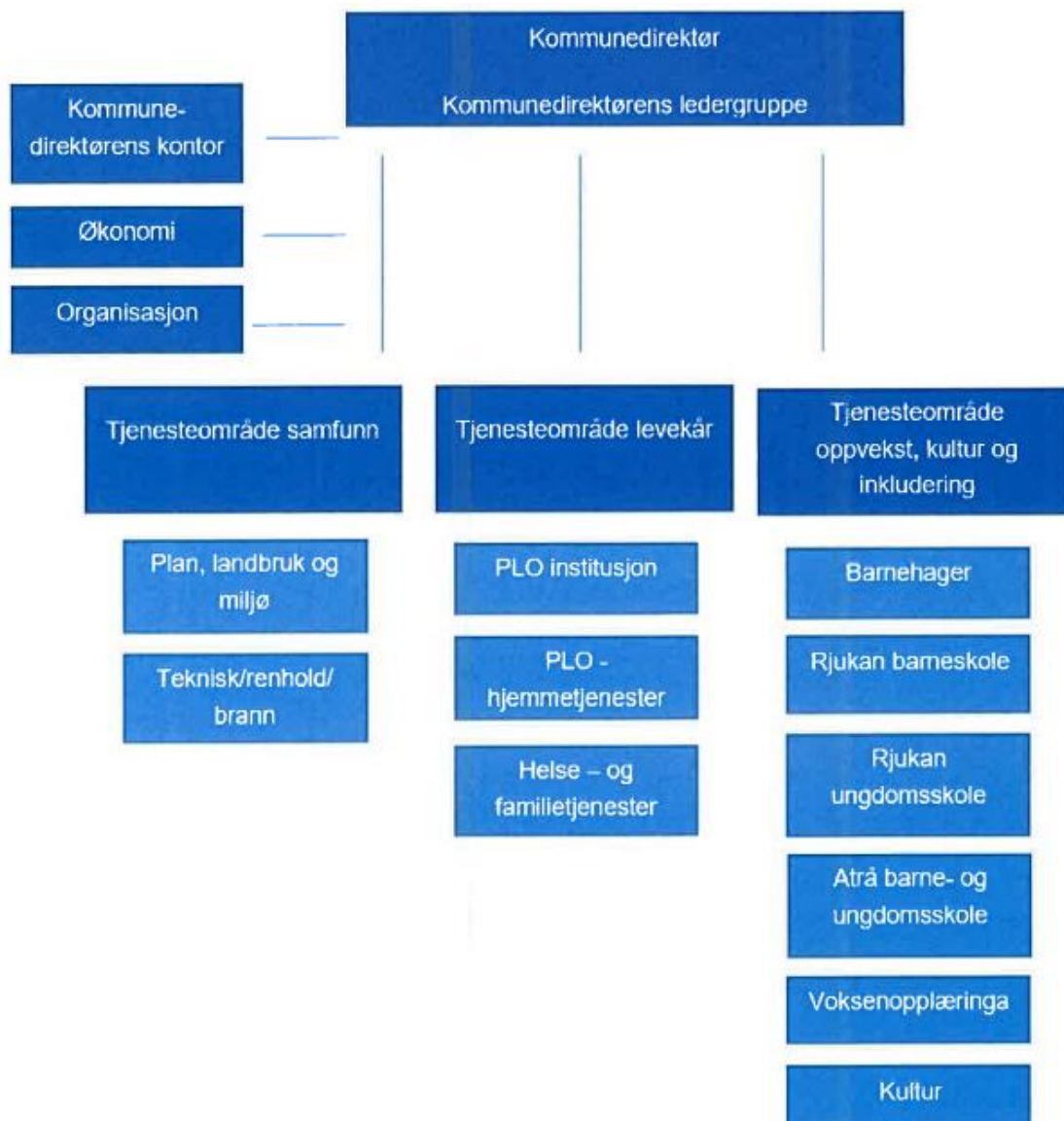
## **1.5. Kommunedirektørens uttalelse**

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 26. oktober 2022, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen fra kommunedirektøren har ikke ført til endring i rapporten. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

## 2. Om kommunen

### Organisering

Tinn kommune har slik organisering:



Tinn kommune er organisert etter tonivåmodellen. Dette er en flat organisasjonsstruktur, der myndighetsområdet og arbeids- og oppgavefordelingen mellom kommunedirektøren med sin ledergruppe og de tjenesteytende enhetene er tydeliggjort gjennom kommunens administrative delegeringsreglement.

Tjenesteområdet levekår består av tre enheter, samt tildelingskontor og koordinerende enhet, og ledes av en kommunalsjef. Kommunens to sykehjem, Eldres hus og Tinn helsehus, ligger administrativt under enhet PLO institusjon. PLO institusjon ledes av en enhetsleder.

**Eldres hus**

Avdelinger	Antall plasser
Pleie og rehabilitering	18
Skjermet avdeling	8
Korttidsavdeling (samlokalisert med legevakt)	12 +1 Kommunal akutt døgnplass plass

Eldres hus ligger i nedre bydel på Rjukan. De to avdelingene som er lokalisert på Eldres hus har en felles avdelingsleder. Korttidsavdelingen, som organisatorisk hører inn under Eldres hus, er lokalisert sammen med legevakt på Rjukan sykehus og har en egen avdelingsleder.

Det er en sansehage i tilknytning til Eldres hus, turmuligheter i boligområdet rundt og Tveitoparken ligger kun minutter unna i gåavstand. Eldres hus har eget kjøkken. Hjemmetjenesten, en frisørsalong og Cafè Maana holder også til i bygget.

**Tinn helsetun**

Avdelinger	Antall plasser
Pleie og rehabilitering	18
Skjermet avdeling	8

Tinn helsehus ligger landlig til, nært sentrum av Tinn Austbygd. Det er en felles avdelingsleder for de to avdelingene som helsetunet består av.

I bygget finner man også hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapeut, legesenter og Cafè Jens Petrus. Tinn helsetun har eget kjøkken og vaskeri. Det er en sansehage i tilknytning til bygningen, og fine turmuligheter rett utenfor døra. I nærområdet ligger det flere omsorgsboliger og ett bofellesskap for aldersdemente.



## 3. Internkontroll

**I hvilken grad har sykehjemmene et fungerende internkontrollsystem (system for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten)?**

### 3.1. Revisjonskriterier

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse og omsorgstjenesteloven) § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette kravet er et grunnleggende prinsipp i helse- og omsorgstjenesten. Mer konkret handler det om at tjenestetilbudet skal være i tråd med god praksis<sup>2</sup>. I dette ligger at tjenesten skal holde tilfredsstillende kvalitet, samt ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere denne virksomheten slik at omfanget av og innholdet i tjenestene er i tråd med lov- og forskriftskrav, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

Nærmere om ansvaret for styringssystemet i kommunen finner vi i veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten:

Det er administrasjonssjefen i kommunen som har det overordnede ansvaret for styringssystemet i kommunen. Dette ligger i kommunelovens system. Administrasjonssjefen vil være ansvarlig for definering og oppfølging av bl.a. styringssystemet langt ned i organisasjonen fordi hun eller han må sørge for at medarbeiderne forstår og følger opp slike oppgaver.

Dette innebærer i praksis at dersom kravene til styringssystemet ikke følges, for eksempel at det ikke arbeides med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet på sykehjem i kommunen, er det administrasjonssjefens ansvar. En sykehjemsbestyrers plikt til å etablere og gjennomføre styringssystemet på sykehjemmet, er et ansvar i relasjonen mellom vedkommende og administrasjonssjefen. Administrasjonssjefen har ansvar for sykehjemmets etterlevelse av styringssystemet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren § 5 sier at pliktene i forskriften skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. I Kommunens sentralforbunds veileder «Orden i eget hus»<sup>3</sup> er det pekt på at formalisering gjennom skriftliggjøring av prosedyrer og rutiner vil være hensiktsmessig for sikre en god internkontroll.

---

<sup>2</sup> Helsedirektoratet gir ut faglige veiledere om hva som regnes som god praksis i helse- og omsorgstjenesten

<sup>3</sup> Kommunenes Sentralforbund, veileder: Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll

Alle som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og for pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring omhandler virksomhetens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin aktivitet slik at kvaliteten sikres og forbedres.

Hvilke plikter som er knyttet til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9:

- § 6 Plikt til å planlegge handler om at kommunen skal ha oversikt over og beskrive mål, organisering og aktiviteter. Ansvar, oppgaver og myndighet skal være klart fordelt. Kommunen skal også ha oversikt over område med risiko for svikt eller mangel på etterleving av regelverk.
- § 7 Plikt til å gjennomføre innebærer at kommunen må sørge for at tjenesten er kjent med oppgaver, organisering og planar og at disse blir gjennomført. Ansatte må ha nødvendig kunnskap og kompetanse på sitt fagfelt og om regelverk, veiledere og styringssystemet. I tillegg skal kommunen utvikle og sette i verk tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge brudd på helse- og omsorgslovgivingen.
- § 8 Plikt til å evaluere handler om at kommunen må kontrollere at planer, tiltak og oppgaver blir gjennomført, og kontrollere at gjennomføringen er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivingen. Kommunen skal gå gjennom avvik for å hindre at liknende hendelser kan forebygges, og ha en årlig gjennomgang av hele styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal og bidra til ei kontinuerlig forbedring.

I veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring<sup>4</sup> finner vi eksempler på interne dokumenter som kan være relevante for ledelsens gjennomgang:

- rutiner for risikostyring
- rutiner for dokumentstyring
- rutiner for håndtering av avvik og uønskede hendelser
- resultater fra interne revisjoner og tilsynsrapporter
- status for HMS-arbeidet, herunder bedriftshelsetjenesten og brudd på arbeidsmiljøloven
- resultater fra medarbeiderundersøkelser
- resultater fra lederevalueringer
- resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelser
- dokumentasjon av pasient- og brukertilfredshet og opplevd kvalitet
- dokumentasjon av pårørendetilfredshet
- egne kvalitetsindikatorer

---

<sup>4</sup> [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

- beredskapsplaner/øvelser
  - virksomhetens miljøregnskap
  - rutiner for informasjonssikkerhet
  - virksomhetens undervisningsaktivitet
  - resultater fra pasientsikkerhetsarbeid
  - prosedyrer for smittevern
  - kompetansekartlegging
  - resultater fra samarbeidsavtaler
- § 9 Plikt til å korrigere vil si at kommunen skal rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold. Kommunen må forbedre sine tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge brudd på helse- og omsorgslovgivingen, inkludert krav til faglig forsvarlige tjenester og til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Hvordan disse pliktene blir oppfylt skal dokumenteres. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig, jf. forskrift om kvalitetsforbedring § 5.

På dette grunnlaget har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering**
- **Kommunen skal ha skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer at mottakerne av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov**
- **Kommunen skal ha system og rutiner for å kunne melde om avvik og uønskede hendelser**
  - **Systemet skal være kjent og i bruk**
  - **Avvik skal følges opp**
- **Kommunen skal ha en årlig gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal og bidra til kontinuerlig forbedring**

## 3.2. Data – Internkontroll

### 3.2.1. Mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

#### Organisering

Kommunen har organisasjonskart som viser overordnet administrativ struktur. Vi har beskrevet dette nærmere i kapittel 2.

Sykehjemmene ligger i enheten PLO institusjon og ledes av en enhetsleder.

Under enhetsleder for PLO institusjon er det tre avdelingsledere; en som har ansvar for to avdelinger på Eldres hus i Rjukan, en som har ansvar for korttidsavdelingen/legevakt i Rjukan og en som er leder de to avdelingene på Tinn helsetun i Austbygd.

## Mål

Tinn kommune har en helse- og omsorgsplan for perioden 2018-2025<sup>5</sup>. Planen peker på utfordringer framover og angir en del strategier for sektoren.

Kommunens økonomiplan er overordnet styringsdokument med målsettinger for årene i planperioden. I plandokumentet for perioden 2022-2025 er det satt følgende mål for tjenesteområdet levekår:

Figur 1 Utklipp fra økonomiplan 2022-2025

Tjeneste område	KILDE	Tekst	Ansvarlig	2022	2023	2024	2025
LEV	Plan	Kompetansekartlegging og revidering av strategisk kompetanseplan	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Plan	Plan for innføring av velferdsteknologi	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Plan	Helhetlig plan for omsorgsboliger mv (nytt krav)	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Plan	Vold og trusler jf aml	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Plan	Plan for selvmordsforebygging	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Plan	Plan for rehabilitering	Kommunalsjef levekår				x
LEV	Plan	Helse- og omsorgsplan	Kommunalsjef levekår				x
LEV	Lov	Følge opp leve hele livet reformen	Kommunalsjef levekår	x	x	x	
LEV	Lov	Gjennomføre prosjekt helhetlig pårørendestøtte (eksterne prosjektmidler), herunder pårørendestrategien	Kommunalsjef levekår	x	x		
LEV	Lov	Implementering av nasjonal veileder for tjenester til personer med utviklingshemming	Kommunalsjef levekår	x	x	x	x
LEV	Lov	Følge opp likeverdsreformen på tjenesteområdet	Kommunalsjef levekår	x	x	x	x
LEV	Lov	Følge opp demensplan 2025, nasjonal ernæringsstrategi og andre veiledere, strategier og satsinger	Kommunalsjef levekår	x	x	x	x
LEV	Lov	Videre arbeid med å systematisere oppfølgingen av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorg	Kommunalsjef levekår	x	x	x	x
LEV	Lov	Gjennomføre bruker/pårørende undersøkelser, som ledd i kvalitetsarbeidet	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Eget	Utvikle arbeidssenter tilbudet til arbeid- og aktivitetssenter	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Lov	Rerkuttere leger, sykepleiere og vernepleiere, jf strategisk kompetanse plan	Kommunalsjef levekår	x	x	x	x
LEV	Lov	Bida til rekruttering til fleksibel sykepleierutdanning	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Lov	Gjennomføre læringsnettverk om gode pasientforløp	Kommunalsjef levekår	x	x		
LEV	Eget	Gjennomføre internt prosjekt for å vurdere ressursbruk og effektivitet	Kommunalsjef levekår	x			
LEV	Lov	Utvikle modell for fleksibel ressursbruk og heltid/deltids	Kommunalsjef levekår	x	x	x	x

Tjenesteområdet levekår har et årshjul som angir en del temaer som ledergruppa (Kommunalsjef og enhetslederne) skal gjennom i løpet av året.

Vi får opplyst at det ikke foreligger noen virksomhetsplan eller årshjul på enhetsnivå (PLO institusjon), eller på det enkelte sykehjem/avdeling. Enhetsleder sier at en skal i gang med en type virksomhetsplan for enheten, men at de avventer en felles mal for slike planer fra kommunedirektøren.

<sup>5</sup> Vedtatt i kommunestyret 20. juni 2018

Når det gjelder målsettinger for PLO institusjon, har kommunen en serviceerklæring som ser slik ut:

### **TJENESTER VED SYKEHJEMMENE:**

#### Sykepleiefaglig pleie og behandling

- Legetilsyn som omfatter medisinsk behandling og oppfølging. Lege er til stede en gang i uka.
- Fysioterapi: Målet er å gjenopptrene og opprettholde så god funksjon som mulig i samarbeid med bruker, pårørende og personalet ved avdelingen.
- Ergoterapi. Bidrar til hjelp med å tilrettelegge for at bruker kan mestre aktiviteter som ikke lenger er en selvfølge i hverdagen. Ergoterapeuten er til stede på sykehjemmet ved behov
- Alle beboere får et variert og godt kosthold
- Grunnleggende behov som hygiene, mat, søvn, hvile og aktivitet opprettholdes
- Hår og fotpleie. Beboerne får tilbud om hår og fotpleie. Disse tjenester må betales av beboeren selv
- Tannpleie. Nødvendig tannbehandling foretas av tannhelsetjenesten, Avdelingen vil orientere om dette. Denne tannbehandlingen er gratis for alle med langtidsplass.
- Vaskeri for privat tøy. Tøyet må være merket, umerket tøy vaskes ikke. Fint tøy/ulltøy kan ikke sykehjemmene ta ansvar for å vaske
- Sosiale aktiviteter
  - Sosiale tiltak skjer ved ulike aktiviteter, underholdning, sanggruppe, andakter og gudstjenester. Sosiale sammenkomster på den enkelte avdeling
- Tilsynslegen bør besøke beboerne på rommet minst en gang i kvartalet

### **DETTE KAN BEBOER OG PÅRØRENDE FORVENTE AV SYKEHJEMMENE:**

- At personalet skal ta utgangspunkt i den enkelte beboers ressurser og på den måten gi hjelp til selvhjelp
- At alle beboere får en primærkontakt
- At det gis hjelp og tid ved måltidene
- At det gis hjelp til å tilrettelegge hjemmesituasjonen før utskrivelse
- At personalet tilstreber å gi brukeren trygghet og tilpasser døgnrytmen etter hver enkeltes behov
- At personalet legger forholdene til rette for at det skal bli lettere å mestre hverdagen slik den enkelte ønsker at den skal være
- At det er mulighet for ro og privatliv At brukeren deltar i de daglige gjøremål så langt det er mulig
- At det legges til rette for en verdig livsavslutning
- At personalet viser beboerne respekt og de har taushetsplikt

### **Mål for beboer**

Vi får opplyst at det lages pleieplaner for alle beboere på sykehjemmene. Dette er individuelt tilpassede planer for den medisinsk- og pleiefaglige oppfølgingen, men det legges i tillegg inn annen aktivitet som beboeren skal tilbys. Dette kan være fysisk aktivitet og/eller fritids- og kulturtiltak.

### **Oppgaver og aktiviteter**

I kommunens internkontrollsystem, Compilo, finnes funksjonsbeskrivelser for henholdsvis avdelingssykepleier (avdelingsleder), sykepleier og hjelpepleier. Hver av funksjonsbeskrivelsene har utfyllende beskrivelser av disse punktene:

- stillingens plass i organisasjonen
- stillingens formål
- kvalifikasjonskrav
- ansvar og myndighet
- ledelse og personalforvaltning
- økonomi/drift
- pasientrettigheter

Funksjonsbeskrivelsene er utarbeidet i henholdsvis 2010 for avdelingssykepleier og 2014 for sykepleier og hjelpepleier/helsefagarbeider. Det går fram av Compilo at de aktuelle funksjonsbeskrivelsene sist er revidert i januar 2022. Vi forstår det slik at «revidert» i denne sammenheng betyr at det er sjekket ut at de fremdeles er gjeldende, ikke at det faktisk har vært en endring/revidering. Dokumentene er faktisk ikke endret siden opprinnelsesåret.

Under mappen *PLO institusjon – felles* ligger også funksjonsbeskrivelse for tilsynslege. Oppgavene omfatter både individrettet arbeid og medisinskfaglig rådgivning/kvalitetsarbeid ved sykehjemmene.

Når det gjelder daglige oppgaver/aktiviteter ute på avdelingene vil de individuelle pleieplanene være styrende for de ansatte.

For å sikre aktivitet hos beboerne har kommunen i en periode vært knyttet til «Aktivitetsdosetten», en metode som skal sikre et systematisk arbeid for å tilby individuelt tilpassede aktiviteter for hver enkelt beboer.<sup>6</sup> Hver beboer får sin egen «dosett» basert på interessesjekklisten. Denne skal dokumenteres i journalen, evalueres jevnlig og justeres etter behov. Enhetsleder sier at kommunen nå har sagt opp lisensen på «Aktivitetsdosetten», fordi den er kostbar og fordi avdelingene har kommet godt i gang med individuelle aktiviteter for beboerne.

---

<sup>6</sup> For informasjon se [aktivitesdosetten.no](http://aktivitesdosetten.no)

### 3.2.2. Skriftlig nedfelte prosedyrer

#### Internkontrollsystem

Kommunen bruker internkontrollsystemet Compilo. Systemet er bygget opp med moduler, hvorav en modul er et dokumentbibliotek med en mappestruktur som på overordnet nivå følger kommunens tjenesteområder. Det er en egen mappe for tjenesteområdet levekår. Alle ansatte på tjenesteområdet har tilgang til Compilo.

Under mappen for tjenesteområdet levekår finner vi mapper for ulike virksomheter/ avdelinger, samt noen mapper der innholdet er felles for flere virksomheter/avdelinger. Hver mappe inneholder ulike prosedyrer/dokument. Prosedyrene/dokumentene er enten lagt direkte i Compilo, eller det er lenke til disse, slik at de kan lastes ned. For hver prosedyre kan en se såkalte metadata om prosedyren. Metadata forteller bl.a. noe om hvem som har opprettet prosedyren, når det ble gjort, siste revisjon og dato for neste revisjon.

Figur 2 Eksempel på metadata for en prosedyre i Compilo. Skjermdump fra Compilo

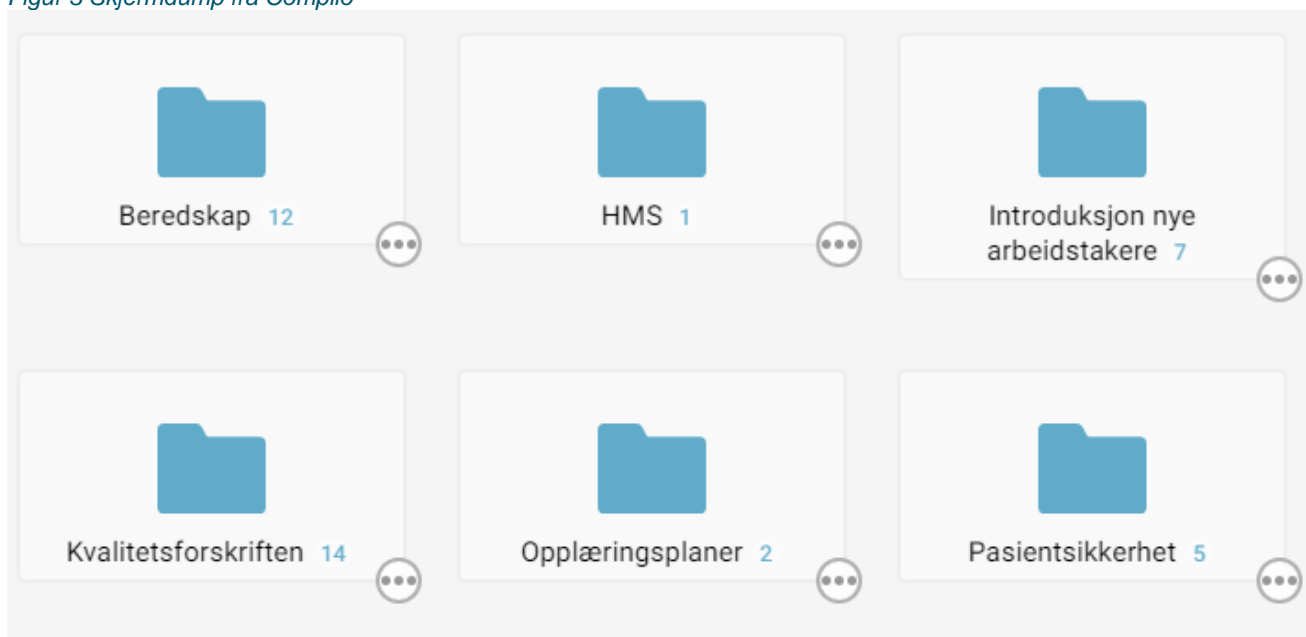
Metadata		
<b>ID:</b> 213989 <a href="#">Versjoner</a>	<b>Forfatter:</b> Olesrud, Grete H	<b>Godkjent av:</b> PLO, Enhetsleder inst. (Olesrud, Grete H)
<b>Status:</b> publisert	<b>Opprettet:</b> 29. apr. 2015	<b>Endret:</b> 2. jun. 2017
<b>Revidert:</b> 12. jan. 2022	<b>Neste revisjon:</b> 12. jan. 2023 (PLO, Enhetsleder inst. (Olesrud, Grete H))	<b>Endringsnivå:</b> Revisjon
<b>Utgaver:</b> 3	<b>Losen-lenke:</b> 257x213989	<b>Søkeord</b> avdelingssykepleier
<b>Dokument-type:</b> Opplastet dokument		

#### Prosedyrer

I Compilo er det, under området *Levekår*, en mappe for *PLO-institusjon*. Avdelingene på sykehjemmene har egne undermapper, men det er kun korttidsavdelingen som har dokumenter liggende i mappen sin.

I all hovedsak er dokumenter samlet i undermappen *PLO institusjon – felles*. Undermappen *PLO institusjon - felles* har denne strukturen:

Figur 3 Skjermdump fra Compilo



I mappen *Kvalitetsforskriften* finner vi følgende 14 prosedyrer:

- Bruker skal gis mulighet for å ivareta egenomsorg
- Bruker skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet
- Bruker skal ha mulighet for å følge normal døgnrytme
- Mulighet for verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Tjenesten skal ha et bevisst forhold til samhandling med pårørende
- Brukerens skal få ivaretatt personlig hygiene
- Mulighet for valgfrihet med hensyn til kosthold og mat
- Mulighet for sosialt samvær, sosial kontakt, felleskap og tilpassede aktiviteter
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering og pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Prosedyre for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv, samt tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- Prosedyre for tilpasset hjelp ved av og påkledning
- Prosedyre for tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Prosedyre for tilrettelagt tilbud i forhold til demens eller i situasjoner der en har vanskeligheter med å formulere sine behov
- Prosedyre for å sikre nødvendig tannbehandling

Prosedyrene skal sikre at tjenestene som leveres er av god kvalitet. Det vises i prosedyrene til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren.<sup>7</sup> Denne forskriften er imidlertid opphevet. Det er

---

<sup>7</sup> Opphevet fra 1. juli 2003, jf. forskrift 27, juni 2003, nr 792



nå forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) som gir tilsvarende føringer for kommunenes tjenester til bl.a. beboere på sykehjem.

Hver prosedyre beskriver formål, omfang/virkeområde, ansvar og aktivitet/beskrivelse. Her er et eksempel:

Figur 4 Skjermdump fra Compilo

## Prosedyre for brukeren får ivaretatt sin personlige hygiene



### Formål

Brukeren opplever verdighet og trivsel ved å få tilpasset hjelp/veiledning i forbindelse med personlig hygiene og naturlige funksjoner. Når bruker har behov for å komme på toalettet gis hjelpen så fort som mulig.

### Omfang/Virkeområde

Gjelder alle ansatte

### Ansvar

Enhetsleder har ansvar for prosedyre

Avdelingssykepleier har ansvar for at det blir gjennomført i avd.

Primærkontakt har ansvar for å kartlegge ressurser/hjelpet behov og nedtegne det i tiltaksplan

Alle ansatte har ansvar for å følge opp tiltaksplan

### Aktivitet/beskrivelse

Brukerens ressurser og hjelpebehov i forhold til personlig hygiene kartlegges og nedtegnes i tiltaksplan.

Det sørges for faglig vurdering og faglig forsvarlig oppfølging

Brukerens opplevelse av frihet til valg skal ivaretas

Brukerens verdighet skal ivaretas

Brukeren skal få dusje ut fra egne ønsker så langt det er mulig - avtale tidspunkt

Brukeren skal få den hjelpen de trenger for å ivareta sin personlige hygiene på de områdene de ikke greier selv.

Brukeren skal få komme på toalettet når han/hun har behov for det.

Tiltak ved eventuelle behov for tiltak ved urinlating/ avføring kartlegges og føres i tiltaksplan. Eventuelle behov for inkontinenshjelpemidler.

Event. behov for følge til toalettet.

Brukeren skal få hjelp for å kompensere for sin funksjonsvikt for å dermed få overskudd til andre aktiviteter

Brukeren skal oppleve respekt ved å få rask tilbakemelding når han/hun ber om hjelp

Vise respekt for brukeren ved å være lydhør, veilede og tilrettelegge.

Gi rask tilbakemelding når bruker ber om hjelp.

### Kompetanse

Kjenne til Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten

Kjenne til prosedyrebok for praktisk utførelse [www.ppsnett.no](http://www.ppsnett.no)

### Hjemmel

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten

Forskrift om en verdig eldreomsorg

- Brukerrettighetsloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl
- Pasientrettighetsloven

Forskrifter

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven - hol
- Kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Omsorgstjenesteloven

§4

Forskrifter

I mappen *Pasientsikkerhet* er det ulike prosedyrer som gjelder akutte hendelser og risikovurderinger:

- Forhindre skader forårsaket av varmt vann -dusj/bad
- Informasjon til pårørende ved uforutsette hendelser
- Risikovurderinga av den enkelte pasient når det gjelder skader/ulykker
- ROS-analyse pasientsikkerhet
- Utbrudd legionella

I tillegg ligger det direkte under mappen *PLO Institusjon- felles* flere prosedyrer, bl.a. disse:

- Dokumentasjon
- Nødprosedyre forsvunnet pasient
- Psykisk belastning ved akutte hendelser
- Responstid for sykepleier med hjemmevakt
- Kriterier for tilkalling av bakvakt

Vi har sett at flere av prosedyrene og dokumentene som ligger i Compilo opprinnelig er produsert mange år tilbake i tid. I ledelsens gjennomgang, gjennomført i begynnelsen av 2022 (nærmere beskrevet i kap. 3.2.4), ble det også pekt på at det er behov for å gå igjennom en del felles prosedyrer for å sørge for at disse er reviderte/oppdaterte.

I forbindelse med vår forvaltningsrevisjon gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant de pleiefaglig ansatte på sykehjemmene. Der spurte vi bl.a. om i hvilken grad de var kjent med aktuelle rutiner og prosedyrer, og om de hadde god nytte av prosedyrer og rutiner som ligger i Compilo. Det var slik svarfordeling:

Figur 5 Svarfordeling fra spørreundersøkelsen blant ansatte på sykehjemmene

	1	2	3	4	5	6
	I svært liten grad					I svært stor grad
<b>Jeg er kjent med rutiner og prosedyrer som er aktuelle for mitt arbeid</b>	0	1	3	10	21	14
<b>Jeg har god nytte av prosedyrer og rutiner som ligger i Compilo</b>	0	5	13	15	8	6

N=49-47

Tendensen er at de ansattes svar er samlet i øvre del av skalaen på spørsmål om de kjenner til aktuelle rutiner og prosedyrer. På spørsmål om hvor god nytte de har av rutine og prosedyrene, havner flertallet nærmere midten av skalaen, men med overvekt i positiv retning.

Av de som svarte på undersøkelsen var det bare fire personer som hadde jobbet på sykehjemmet i mindre enn 2 år. Av disse svarte alle at de hadde fått opplæring i å finne fram til prosedyrer og rutiner da de ble ansatt. Når det gjaldt spørsmålet om de hadde fått opplæring i å registrere avvik i Compilo svarte tre ja, mens en svarte nei.

### Prosedyrer/rutiner - fag

Vi får opplyst fra avdelingslederne at pleieplanene fungerer som prosedyrer for oppfølging av den enkelte beboer. Pleieplanene blir utarbeidet på bakgrunn av inntakssamtale, samt vurderinger fra lege og sykepleier på avdelingen. Det gjennomføres også halvårsundersøkelser med lege, og pleieplanene blir eventuelt justert i henhold til det som kommer fram der. Journalsystemet Profil

benyttes for å følge opp planene. Planene blir endret fortløpende dersom det er endringer i pasientens behov. Oppfølging av pleieplanene skal dokumenteres i journalsystemet.

For å sikre riktig pleie/behandling bruker sykehjemmene det elektroniske programmet VAR Healthcare.<sup>8</sup> Dette er en database med oppdatert prosedyrer for ulike oppgaver som skal utføres på eller for beboeren. Eksempler kan være stell av en bestemt type sår, innsetting av kateter, intravenøs væsketilførsel m.m. Link til de aktuelle prosedyrene som skal brukes på en bestemt beboer kan legges inn i pleieplanen, slik at alle ansatte bruker samme prosedyre for oppfølging av den aktuelle beboer.

Tinn kommune har også knyttet seg til et elektronisk program utviklet i Viken fylkeskommune; *Infeksjonskontrollprogrammet*. Dette er, på lik linje med VAR, en database der en finner prosedyrebeskrivelser, her for forebygging og håndtering av infeksjoner. Avdelingslederne gir uttrykk for at dette er et svært egnet verktøy.

### **3.2.3. Avvikshåndtering**

Kommunen bruker Compilo til registrering og oppfølging av avvik. I *Sjekkliste for opplæring* av nyansatte er introduksjon til Compilo og avvikssystemet ett av punktene som skal gjennomgås. Sjekklisten ligger i Compilo:

- Tinn kommune > 02 Levekår > 02 PLO-institusjon > PLO institusjon - felles > Introduksjon nye arbeidstakere > *Sjekkliste for opplæring*

Avvik kan meldes via hovedmenyen *avvik*, eller direkte fra hver og en prosedyre. Dersom en står inne i en prosedyre er det også mulig for å foreslå forbedringer (uten at en melder avvik).

I Compilo vises statistikk over meldte avvik etter mange dimensjoner:

- Antall pr periode (måned, kvartal og år)
- Alvorlighet
- Kategori (type avvik, f. eks ulykke/skade, nesten-uhell, tjenesteproduksjon)
- Avdeling avviket er skjedd
- Status (om avviket er lukket)
- Dager før lest
- Dager før lukket

Fra statistikk i Compilo har vi laget en oversikt over antall avvik på sykehjemmene de siste tre årene:

---

<sup>8</sup> [Praktiske prosedyrer på nett | VAR Healthcare Norge](#)

Figur 6 Oversikt over meldte avvik i Compilo. Fordelt på sykehjemsavdeling. Årene 2020-2022

	Totalt	Pleie og rehab Tinn helsetun	Skjernet Tinn helsetun	Pleie og rehab Eldres hus	Skjernet Eldres hus	Syrinveien Eldres hus*	Korttidsavdelingen
<b>2020</b>	244	26	57	67	45	19	30
<b>2021</b>	270	24	32	74	55	18	67
<b>2022</b>	201	35	53	56	31	-	26

\*Avdelingen Syrin veien er lagt ned

Når det meldes avvik i Compilo mottar nærmeste leder en e-post om at det ligger et avvik til behandling. Den ansatte som har meldt avviket får beskjed (på e-post) når avviket er behandlet og lukket.

På sykehjemmene er det avdelingslederne som følger opp meldte avvik. Av statistikken i Compilo ser vi at det kan gå en viss periode fra avvik er meldt til det blir behandlet av leder.

Avdelingslederne sier grunnen til dette kan være at de ikke har vært på jobb (pga ferie, sykdom eller helg), eller at avviket også er meldt muntlig, og at avdelingsleder vurderer det slik at det ikke haster med å kvittere det ut i systemet.

Vi har laget en oversikt over antall meldte avvik i perioden januar til september 2022, og sett på status for behandlingen av disse. Avvikene kan gjelde alle kategoriene av avvik; tjeneste/bruker, organisasjon/internt og HMS.

Figur 7 Avvik meldt i Compilo pr. mnd. i 2022. Antall avvik, antall lukkede avvik, antall under behandling og antall uleste.

	Antall avvik	Lukket	Under behandling	Uleste
<b>Januar</b>	26	24	2	0
<b>Februar</b>	47	46	1	0
<b>Mars</b>	21	21	0	0
<b>April</b>	16	16	0	0
<b>Mai</b>	20	15	1	0
<b>Juni</b>	17	17	0	0
<b>Juli</b>	18	16	2	0
<b>August</b>	16	15	1	0
<b>September</b>	19	14	3	2

Med unntak av februar har det vært forholdsvis stabile tall for meldte avvik fra begynnelsen av året til september. I all hovedsak er avvik lukket.

I Compilo ligger det *Rutiner for avvik og avvikshåndtering* i Tinn kommune. Rutinen gjelder for alle kommunens tjenesteområder og ligger på et fellesområde:

- Tinn kommune > 00 Administrasjon-fellesområde > Avvik > Introduksjon nye arbeidstakere > *Rutiner for avvik og avvikshåndtering*.

I våre samtaler med lederne i enheten om avvikshåndtering var det ingen som henviste til de overordnede rutinene for avvik og avvikshåndtering. Avdelingslederne peker på at det kan være vanskelig å oppnå en felles forståelse av hva som er avvik. Det er et tema som stadig har vært opp til diskusjon. En avdelingsleder peker på at det kan være litt vanskelig å plassere avviket i riktig «bås», og at det kan være utfordringer med selve utfyllingen. En annen gir uttrykk for at det er ulikheter mellom avdelingene i hva en oppfatter som nødvendig å rapportere som avvik. Avdelingslederne sier de er opptatt av avviksproblematikk, og at dette er et tema på avdelingsmøter og i andre fora i avdelingene.

I vår spørreundersøkelse ba vi de ansatte vurdere i hvilken grad de er enige i noen utsagn om avvikshåndtering på egen arbeidsplass.

Figur 8 Svarfordeling fra spørreundersøkelse blant ansatte på sykehjemmene

	1	2	3	4	5	6
	I svært liten grad					I svært stor grad
<b>Jeg er trygg på hva som defineres som et avvik</b>	0	1	4	25	8	11
<b>Jeg er trygg på hvordan jeg registrerer et avvik i Compilo</b>	2	1	2	15	15	14
<b>Jeg opplever at vi har en felles forståelse av hva avvik er på min arbeidsplass</b>	3	5	11	15	8	8
<b>Det er god kultur for å registrere avvik i min avdeling</b>	2	1	12	18	8	9

N= 46 - 50

Av tabellen ser vi at det for alle utsagnene er svært få personer som ligger i helt nedre del av skalaen.

Svarfordelingen viser at flertallet, 25 respondenter, mener de i noen grad er trygge på hva som defineres som avvik. Det er 19 respondenter som mener de i stor eller svært stor grad er trygge på hva som defineres som avvik.

På spørsmål om de er trygge på hvordan avvik registreres i Compilo, ligger flertallet jevnt fordelt på de tre øverste kategoriene.

Når det gjelder utsagnene om det er felles forståelse av hva avvik er, og kultur for å registrere avvik, er svarene fordelt nærmere midten skalaen. Dette indikerer at flere ansatte opplever at det bare i mindre eller noen grad er en felles forståelse av hva avvik er. Det er også ganske mange som mener at det bare delvis er en god kultur for å registrere avvik i egen avdeling.

Figur 9 Svarfordeling fra spørreundersøkelsen blant ansatte på sykehjemmene

	1	2	3	4	5	6
	I svært liten grad					I svært stor grad
<b>Jeg opplever at min leder har stort fokus på at avvik skal registreres</b>	4	5	6	18	5	10
<b>Min leder ta initiativ til å drøfte praksis for avvikshåndtering på interne møtearenaer</b>	9	8	7	11	5	6
<b>Jeg opplever at registrerte avvik blir fulgt opp på en forsvarlig måte av leder</b>	3	6	11	9	9	10
<b>Jeg opplever at vi jevnlig går gjennom registrerte avvik på fellesmøter på min arbeidsplass</b>	11	12	10	5	6	4

På utsagnene som dreier seg om hvordan leder forholder seg til avvikshåndtering, er det forholdsvis stor spredning i hva respondentene svarer.

På spørsmålet om leder har stort fokus på at avvik skal registreres ligger hovedvekten av respondentenes svar i øvre del av skalaen, men et flertall av disse igjen ligger mot midten.

På spørsmålet om i hvilken grad leder drøfter praksis for avvikshåndtering på møter er det ganske jevn fordeling på svarkategoriene, men en overvekt mot nedre del av skalaen.

På spørsmålet om resiterte avvik blir fulgt opp på en god måte er det også forholdsvis stort sprik i svarene, men her er hovedvekten i øvre del av skalaen.

Flertallet ligger i nedre del av skalaen på spørsmålet om de opplever at registrerte avvik jevnlig blir gjennomgått på arbeidsplassen.

Som nevnt er det mulig for ansatte å legge inn forslag til endringer/forbedringer i rutiner Compilo. Dette kan være forslag både til endringer i rutiner/prosedyrer og forbedringer i tjenesten. Vi spurte de ansatte om praksis omkring dette.

Figur 10 Svarfordeling fra spørreundersøkelsen blant ansatte på sykehjemmene

	1	2	3	4	5	6
	I svært liten grad					I svært stor grad
Jeg har foreslått endringer/forbedringer i rutiner/prosedyrer	16	9	5	8	7	1
Jeg har kommet med forslag til forbedringer i tjenesten	14	9	9	8	3	3

N=46

Tabellen viser at hovedvekten av svarene ligger på den nedre halvdel av skalaen på begge spørsmålene, dvs. at det er begrenset hvor mange av de ansatte som sier de selv bidrar med forbedringsforslag.

Vi får opplyst fra enhetsleder at sykehjemmene ikke har noen systematisk gjennomgang av avviksstatistikk. I skjemaet for ledelsen gjennomgang i 2022 (se kap. 3.2.4) kommer det fram at avvik lukkes fortløpende, men at det mangler en systematisk jobbing med avvikshåndteringen. Dette skal, ifølge gjennomgangen, følges opp av ledergruppen.

Enhetsleder viser til at kommunalsjefen har avvik som tema på de månedlige møtene med enhetslederne. I årshjulet for tjenesteområdet er dette et tema som er satt opp i januar («ledelsens gjennomgang»), mai og september. Enhetsleder sier videre at en kanskje ikke får læring på tvers av sykehjemmene siden avvikene behandles lokalt.

Av de 50 ansatte som svarte på spørreundersøkelsen, var det litt under halvparten som svarte at de hadde observert avvik på arbeidsplassen, men latt være å registrere dette i Compilo. Vi ba de ansatte som svarte at de hadde latt være å registrere avvik om å ta stilling til noen påstander om hvorfor de ikke hadde registrert avviket i Compilo.

Figur 11 Svarfordeling fra spørreundersøkelsen blant ansatte på sykehjemmene

	Har aldri skjedd	Har skjedd noen ganger	Har skjedd en del ganger	Har skjedd mange ganger
Jeg rakk ikke å registrere avvike og glemte det etterpå	4	12	6	1
Jeg lot være fordi det er vanskelig å registrere i Compilo	15	6	3	0
Jeg håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det	10	11	3	0
Jeg var usikker på om det var et avvik så jeg unnlot å melde det	10	11	3	0
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne bli ubehagelig for den som var skyld i hendelsen	16	6	2	0
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for meg	21	2	0	1
Avviket var lite, og jeg så det som unødvendig å registrere	11	10	3	0
Den type avvik er meldt mange ganger før så jeg lot det være	9	8	4	3
Jeg hadde ikke tro på at det å registrere avviket ville ført til tiltak som gjør at det ikke hadde skjedd igjen	9	9	2	4

N=24

### 3.2.4. Årlig gjennomgang av virksomhetens styringssystem

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten heter det at virksomheten:

*... 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».*

Fra enhetsleder og avdelingslederne har vi fått opplyst at det ikke er en årlig systematisk evaluering av virksomhetens styringssystem på sykehjems-/avdelingsnivå.



Kommunalsjef for sektor levekår har siden 2020 hatt «ledelsens gjennomgang» for hele tjenesteområdet. Gjennomgangen skjer i januar/februar, og har tidligere vært gjennomført sammen med enhetsledere på sektoren. Fra og med 2022 har avdelingsledere på sykehjem også vært involvert i prosessen. Kommunalsjefen sier at de framover ønsker å bruke tilsvarende metodikk på lavere nivå; dvs. for enheter og institusjoner/avdelinger.

Vi har fått tilsendt referat fra sist gjennomgang (februar 2022).

I malen for ledelsens gjennomgang er det følgende overskrifter.

Figur 12 Utklipp fra kommunalsjefens mal for ledelsens gjennomgang

Tema. (stikkord):	Status. Grunnlag for gjennomgangen. (tall/prosa, fylles ut av leder før møtet):	Vurderinger. Hva fungerer / er målene nådd / hva må forbedres? Oppfylles lover og andre krav?	Beslutninger om tiltak på bakgrunn av gjennomgangen, inkludert ressursbehov og vurdering av hvilken virkning /effekt endringene vil ha:	Frist for gjennomføring / ansvarlig for oppfølging:
----------------------	---	---	---	---

Av malen ser vi at følgende emner (stikkord) skal vurderes/gjennomgås:

- Avvikssystemet
- Varsling
- Klager
- Compilo
- Resultat tilsyn/revisjon
- Medvirkning/brukerundersøkelser
- Tjenestebeskrivelser
- Informasjonssikkerhet/GDPR
- Kjemikalier og miljøgjennomgang
- Beredskap
- Resultater siste års drift
- Virksomhetsplan
- Interne forhold
- Status prosjekter
- Økonomi
- Årsevaluering
- Endringer i rammebetingelser

Det er lagt opp til et sammendrag og en konklusjon med anbefalinger til kommunedirektør, og videre en oppsummering av gjennomgangen:

**Oppsummering i forhold til selve kvalitets- og miljøstyringssystemet (ledelsessystemet).**

Her tas det stilling til om systemet er velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt, sett i forhold til å:

- ✓ nå enhetens mål
- ✓ oppfylle lover og andre krav
- ✓ ha fokus på behov for endring og utvikling for å oppnå kontinuerlig forbedring (forbedring av muligheter, ressurstilgang, integrering med andre driftsprosesser, forbedring av organisasjonens strategiske retning mv.)

Nedenfor skal systemstatus og forbedringstiltak skrives inn:

Status	Tiltak	Frist/ansvar

### 3.3. Revisors vurdering av internkontroll

#### Mål, oppgaver, aktiviteter og organisering

Etter vår vurdering har kommunen oversikt over, og skriftlig beskrevet overordnede mål, oppgaver, aktiviteter og organisering innenfor kommunens sykehjem. I hovedsak ligger dette i internkontrollsystemet Compilo. Som vi beskriver nedenfor, er enkelte funksjonsbeskrivelser av gammel dato.

#### Skriftlige nedfelte prosedyrer

Etter vår vurdering har enheten PLO Institusjon i stor grad skriftlig nedfelte prosedyrer. Disse ligger i internkontrollsystemet Compilo.

Tall fra vår spørreundersøkelse viser at et flertall av de som svarte sier de er kjent med rutiner og prosedyrer som er aktuelle for dem. Et flertall av respondentene sier imidlertid at de har middels/moderat nytte av prosedyrer og rutiner som ligger i Compilo.

I Compilo legges det opp til at en med jevne mellomrom skal gjennomgå og sjekke ut at rutiner er oppdaterte. Vi ser at dette i enkelte tilfeller ikke er fulgt opp. Vi ser også at det er enkelte dokumenter som ikke er endret på mange år, f.eks. arbeidsinstruksene for avdelingssykepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere. Kommunen bør gå gjennom prosedyrer og rutiner for å sjekke at de er i tråd med gjeldene eller ønsket praksis. Dette er også noe ledelsen i sin årlige evaluering har pekt på som nødvendig.

Etter vår vurdering kan det også være hensiktsmessig å rydde i oppbygningen i områder og mapper i Compilo slik at det framstår logisk og er enkelt å finne fram i.

Ute på avdelingene bruker sykehjemmene et elektronisk pleie- og medisinskfaglig prosedyreverktøy samt et program for infeksjonskontroll. Etter vår vurdering er dette med på å sikre faglig forsvarlige tjenester på sykehjemmene

### **Avvikshåndtering**

Etter vår vurdering har kommunen har et anerkjent og egnet avvikssystem, Compilo. Systemet er i bruk, og det er mulig å ta ut statistikk for analyse og oppfølging. Statistikk fra Compilo viser at avvik som er registrert blir behandlet og lukket.

Kommunen har overordnende rutiner for avvik og avvikshåndtering. Til tross for det er det både ledere og ansatte som gir uttrykk for at det er kan være ulik forståelse av hva som er avvik.

Det er ikke entydig hvordan de ansatte vurderer at ledelsen på sykehjemmene følger opp arbeid med avvikshåndtering. Jmfør kapitlet om systematisk gjennomgang mener vi kommunen i større grad kan bruke avviksstatistikken til systematisk forbedringsarbeid.

### **Systematisk gjennomgang**

På kommunalsjefnivå er det gjennomført årlige gjennomgang av styringssystemet som forutsatt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

På sykehjems-/avdelingsnivå er det i liten grad systematisk gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal, og bidra til kontinuerlig forbedring. Det mangler bl.a. virksomhetsplaner med mål og målindikatorer. Bruk av avviksstatistikk m.m., med tanke på forbedringer er lite systematisert. Etter vår vurdering bør kommunen sørge for at også sykehjemmene/avdelingen foretar systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.

## **3.4. Konklusjon - internkontroll**

Etter vår vurdering har kommunen delvis et fungerende internkontrollsystem.

## 4. Bemanning

I hvilken grad gjennomføres sykehjemmenes bemanningsplaner i praksis?

### 4.1. Revisjonskriterier

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp til personer som oppholder seg i kommunen, og at behovet dekkes på forsvarlig måte. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse.

Det foreligger ingen fast eller veiledende bemanningsnorm for sykehjem i Norge. Det betyr at det er opp til den enkelte kommune å vurdere hvor stor bemanning, og med hva slags kompetanse, som er nødvendig å ha for å yte pleie og omsorgstjenester i tråd med lov og forskrift

Vi legger til grunn at Tinn kommunes planlagte bemanning, med antall personer og fordeling på type kompetanse (spesialsykepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere, pleiemedhjelpere og annet/ufaglærte) i utgangspunktet er vurdert til å tilfredsstillende kravet til forsvarlig drift.

Videre legger vi til grunn at det, på generelt grunnlag, er sammenheng mellom kvaliteten som ytes i pleie og omsorgssektoren og bemanningen som er til stede, både når det gjelder antall personer på jobb og kompetanse.

På dette grunnlaget har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Sykehjemmene i Tinn kommune bør sørge for å ha en bemanning som planlagt**

### 4.2. Data – Bemanning

#### 4.2.1. Innledning

I Tinn kommune gjøres vurderingene av bemanningsbehovet på de aktuelle sykehjemmene av avdelingslederne i samarbeid med enhetsleder. Ifølge enhetsleder har det i liten grad vært endringer i bemanningen de siste årene. Enhetsleder sier hun tror det er enighet om at grunnbemanningen er tilfredsstillende. Hun sier det vil være topper, men at det i slike tilfeller leies inn ekstra personell. Det er lav terskel for å leie inn ekstra personell ved behov f.eks. hvis en har ekstra utagerende beboere, eller ved terminalpleie.

Én av de tre avdelingslederne mener grunnbemanningen dekker normale forhold, men sier det kan være topper der det er behov for flere personer. Det kan f.eks. i perioder være særlig krevende beboere på en avdeling. En av avdelingslederne mener at hun har snau bemanning, og peker særlig på bemanningen på nattskift på en av avdelingene. Leder av korttidsavdelingen peker på at grunnbemanningen i helgene er snau med hensyn til type pasienter avdelingen har, og at de har ansvaret for KAD-plassen.<sup>9</sup> Det har vært en økning i antall helger hvor det har vært behov for

---

<sup>9</sup> Kommunal akutt døgnplass

ekstra innleie av personell. Kompetansebehovet er primært fagarbeidere, men til tider også sykepleiere.

De viktigste årsakene til avvik fra planlagt bemanning er sykefravær, ferier og vakanser. For å dekke opp for fravær tar ansatte ekstravakter og/eller det blir brukt faste vikarer, studenter og i noen tilfeller personell fra bemanningsbyråer. Det er også tilfeller der avdelingene har flere personer på jobb enn forutsatt i bemanningsplanene. Dette kan være i forbindelse med opplæring, ved særlig krevende forhold (utagering) og/eller ved terminalpleie.

På Tinn helsetun og korttidsavdelingen/legevakten er for tiden alle stillinger besatt, mens det over en lengre periode har vært flere ledige sykepleierhjemler på Eldres hus. Pr oktober 2002 er det fremdeles tre ubesatte stillinger der. Som et ledd i å rekruttere arbeidskraft har kommunen forsøkt flere tiltak:

- Høyere lønn til sykepleiere
- En ordning med en stønad til sykepleierstudenter mot at disse binder seg til å arbeide i kommunen etter endt utdanning.
- Oppfordret ansatte med realkompetanse til å begynne på desentralisert sykepleieutdanning

Vi få opplyst at kommunen har satt i gang et pilotprosjekt på Eldres hus, med tanke på å gå fra tradisjonell rullerende turnus til det som kalles årsplan/kalenderplan. Mens de ansatte i en rullerende turnus går samme turnus flere ganger i løpet av et år, innebærer årsplan at man utarbeider en arbeidsplan for hele året. Arbeidsplanen kan inkludere all arbeidstid, ferie, fridager, arbeid i helg og høytid, møter, kompetansehevingstiltak og eventuelle planlagte permisjoner. Hensikten med årsplaner skal være å fremme heltidskultur, lette planleggingen og ta hensyn til individuelle ønsker hos ansatte.

På ett av sykehjemmene er det satt i gang en aktivitetskartlegging (TØRN-prosjektet) for å få en bedre oversikt over arbeidsoppgaver, tidsbruk og hvem som kan utføre oppgavene. Målsettingen er å finne rett kompetanse til oppgavene. Med mangel på sykepleiere og fagarbeider kan det være behov for flere assistenter som kan ta oppgaver som det er unødvendig at disse faggruppene utfører.

Vi har undersøkt bemanningen på sykehjemmene over en periode på 12 uker fra 4. april til 26. juni 2022. Fra kommunen har vi fått oversikter med informasjon om planlagt bemanning og faktisk tilstedeværelse. I etterkant har vi systematisert og sammenstilt tallene i tabellform.

Utgangspunktet er antall planlagte vakter på en avdeling på de ulike skiftene: dag, ettermiddag og natt. Videre har vi skilt mellom de ulike kompetansekategoriene: sykepleiere, fagarbeidere (helsefagarbeidere/hjelpepleiere) og ufaglærte. En avdeling kan f.eks. ha planlagt for et dagskift med fire sykepleiere og seks fagarbeidere, til sammen ti «personvakter». Dersom f.eks. to personer er borte uten at det er hentet inn erstattere blir avvirket to vakter. I mange tilfeller erstattes den som skulle hatt vekten med en annen person. I de tilfeller blir det ikke avvik på antallet

personvakter, men det kan være at den som erstatter har lavere kompetanse. Det vil i så fall være et avvik fra planlagt kompetanse.

#### 4.2.2. Eldres hus

Eldres hus består av to avdelinger. Vi har fått opplyst at av praktiske grunner ble alle sykepleier-vakter registrert som om de har tilhørt avdelingen plei/rehab i listene vi har fått oversendt. Sykepleierne på huset benyttes imidlertid på tvers av de to avdelingene.

Fra kommunen får vi opplyst at på grunn av pandemien gjenspeiler ikke registreringsperioden normale forhold når det gjelder bemanning. På grunn av koronaen hadde sykehjemmet i en periode færre beboere enn normalt. Med færre beboere var også behovet for å leie inn hjelp ved fravær mindre.

#### Eldres hus – pleie/rehab

For sykepleiervakter ser tallene slik ut:

Tabell 1 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for sykepleiervakter på Eldres hus, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Sykepleiervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	265	199	-66	75 %
Ettermiddag/kveld	84	89	+5	106 %
Natt	0	0	0	-

I løpet av perioden vi undersøkte manglet det 66 sykepleiervakter på dagskiftene, dvs. at dekningsgraden var 75 %. På ettermiddagsskiftene var det en liten overdekning av sykepleiervakter. Dette kan være reell overdekning, men det kan også være at disse dekket opp for manglende fagarbeidervakter, vi har ikke undersøkt det nærmere. På denne avdelingen var det ikke planlagt med sykepleiere på nattevaktene.

Eldres hus har hatt flere vakanser i sykepleierstillinger i perioden vi har undersøkt. Det har derfor vært omfattende innleie fra vikarbyrå. I 157 tilfeller var vakter dekket opp av sykepleiere innleid fra vikarbyrå.

For fagarbeidere ser tallene slik ut:

Figur 13 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for fagarbeidervakter på Eldres hus, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Fagarbeidervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	492	166	-326	34 %

<b>Ettermiddag/kveld</b>	314	134	-180	43 %
<b>Natt</b>	147	145	-2	99 %

På dagskiftene var det planlagt 493 vakter med fagarbeidere. Det var 166 av de 492 som faktisk var dekket opp med fagarbeidere. Det vil si at det manglet fagarbeidere på 326 dagvakter, dvs. en dekningsgrad på 34 %. For ettermiddagsskiftene var dekningsgraden noe mer, 43 %. Her var det fagarbeidere til stede på 134 av de 314 planlagte fagarbeidervaktene. På nattevaktene var det et lite avvik på to vakter.

Tallene for ufaglærte ser slik ut:

Figur 14 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for ufaglærtvakter på Eldres hus, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

<b>Ufaglærtvakter</b>	<b>Planlagt</b>	<b>Faktisk</b>	<b>Avvik antall</b>	<b>Dekning i prosent</b>
<b>Dagvakter</b>	0	263	263	-
<b>Ettermiddag/kveld</b>	0	162	162	-
<b>Natt</b>	0	5	5	-

Avdelingen hadde ikke planlagt noen vakter med ufaglærte. Som vi ser, ble det likevel hentet inn ufaglærte i 263 tilfeller på dagskiftene, 162 på ettermiddagene og 5 på nattskift.

Tabellen under viser de totale antall vakter som avdelingen pleie/rehab hadde planlagt, og hvor mange av vaktene som faktisk var dekket opp. Tallene er fordelt på dagvakter, ettermiddags-/kveldsvakter og nattevakter. Videre viser vi differansen mellom planlagt og faktisk tilstedeværelse, samt dekningsgrad i prosent.

Figur 15 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for alle vakter på Eldres hus, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

<b>Alle yrkesgrupper</b>	<b>Planlagt</b>	<b>Faktisk</b>	<b>Avvik antall</b>	<b>Dekning i prosent</b>
<b>Dagvakter</b>	757	628	-129	83 %
<b>Ettermiddag/kveld</b>	398	385	-13	97 %
<b>Natt</b>	147	150	3	101 %

Ett hovedtrekk i tallene er at det mangler personer på vakter. Det var til sammen 142 dag- og ettermiddagsvakter som ikke var dekket opp. På nattevaktene har det vært full dekning av planlagte vakter i den aktuelle perioden. Relativt sett var det større avvik på dagvaktene enn på ettermiddagsvaktene.

Et annet hovedtrekk er at det i de tilfeller en mangler sykepleiere og/eller fagarbeidere er det i all hovedsak ufaglærte som dekker opp for fraværet. På dagskift var det 263 tilfeller der vaktene var dekket opp med personer med lavere kompetanse enn forutsatt. For ettermiddagsskiftene var tallet 162.

### Eldres hus – skjermet avdeling

Som beskrevet innledningsvis i dette kapitlet ligger tallene for sykepleiervakter for denne avdelingen registret ovenfor sammen med sykepleiervakter i avdeling pleie/rehab.

For fagarbeidere ser tallene slik ut:

Figur 16 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for fagarbeidervakter på Eldres hus, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Fagarbeidervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	190	104	-86	55 %
Ettermiddag/kveld	166	93	-73	56 %
Natt	84	76	-9	89 %

Av 190 planlagte fagarbeidervakter på dagtid manglet 86. Det gir en dekningsgrad på 55 %. På ettermiddagene manglet det 73 av 166 planlagte fagarbeidervakter, noe som gir om lag samme dekningsgrad som på dagtid, 56 %.

For fagarbeidere ser tallene slik ut:

Figur 17 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for ufaglærtvakter på Eldres hus, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Ufaglærtvakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	2	86	84	
Ettermiddag/kveld	2	77	75	
Natt	0	8	8	-

Det var praktisk talt ikke planlagt med ufaglært bemanning på avdelingen. Likevel ble det brukt ufaglærte i 86 tilfeller, det vil si 84 flere tilfeller enn hva som var planlagt, på dagskiftene, og i 77 flere tilfeller enn planlagt på ettermiddagsskift. På nattskiftene var det 8 tilfeller der ufaglærte var på jobb uten at det var planen.

De samlede tallene for denne avdelingen ser slik ut:



Figur 18 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for alle vakter på Eldres hus, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Alle yrkesgrupper	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	192	190	-2	99 %
Ettermiddag/kveld	168	170	2	101 %
Natt	84	84	0	100 %

Avdelingen har i all hovedsak dekket opp vaktene med det antall personer som var forutsatt. For om lag 45 % av vaktene manglet det fagarbeiderkompetanse. Fraværet av fagarbeidere ble dekket opp av ufaglært arbeidskraft.

### Eldres hus - Korttidsavdelingen

Tallene for sykepleiere ser slik ut:

Figur 19 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for sykepleiervakter på Eldres hus, Korttidsavdelingen. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Sykepleiervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	144	162	18	112 %
Ettermiddag/kveld	133	125	-8	94 %
Natt	84	84	0	100 %

På dagtid har det vært en høyere bemanning av sykepleiere enn planlagt. Vi får opplyst at deler av dette gjelder ekstra innleie av sykepleier på legevakt for å høyne beredskapen gjennom påsken. På ettermiddagene har det i noen få tilfeller vært færre sykepleiere på jobb enn det som var forutsatt i planene. Nettene har vært dekket opp som planlagt.

Tallene for fagarbeidere ser slik ut:

Figur 20 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for fagarbeidervakter på Eldres hus, Korttidsavdelingen. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Fagarbeidervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	228	228	0	100 %
Ettermiddag/kveld	168	162	-6	96 %
Natt	0	0	0	-

I all hovedsak har de planlagte fagarbeidervaktene vært dekket opp som forutsatt.

Tallene for ufaglærte ser slik ut:

Figur 21 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for ufaglærtvakter på Eldres hus, Korttidsavdelingen. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Ufaglærtvakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	0	39	39	-
Ettermiddag/kveld	0	33	33	-
Natt	0	0	0	-

Avdelingen hadde ikke planlagt for vakter med ufaglærte. Både på dagskift og på kveldsskift ble det i noen grad brukt ufaglært arbeidskraft.

De samlede tallene for denne avdelingen ser slik ut:

Figur 22 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for alle vakter på Eldres hus, Korttidsavdelingen. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Alle vakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	372	429	57	115 %
Ettermiddag/kveld	301	320	19	106 %
Natt	84	84	0	100 %

I motsetning til de andre avdelingene har korttidsavdelingen hatt et høyere antall personer på jobb enn planlagt. Vi får opplyst at forklaringen ligger i type pasienter som avdelingen får inn, samdrift med legevakt og økt beredskap i påsken. På dagvaktene har det vært kompetanse som forutsatt i planene. På ettermiddagen har det også vært høyere bemanning enn planlagt, men i noen få tilfeller har avdelingen manglet planlagt kompetanse. Ufaglærte har vært brukt i begrenset grad. Det har ikke vært avvik på nattevaktene

### 4.2.3. Tinn helsetun

#### Tinn helsetun – pleie/rehab

Tallene for sykepleiere ser slik ut:

Figur 23 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for sykepleiervakter på Tinn helsetun, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Sykepleiervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	154	142	-12	92 %
Ettermiddag/kveld	77	65	-12	84 %
Natt	0	0	0	-

På avdelingen plei/rehab på Tinn helsehus har en hatt en forholdsvis høy dekning hva angår sykepleiere. Dekningsgraden har vært 92 % på dagskift og 84% på ettermiddagsskift. Avdelingen hadde ikke planlagt at sykepleiere skulle gå nattevakter.

Tallene for fagarbeidere ser slik ut:

Figur 24 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for fagarbeidervakter på Tinn helsetun, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Fagarbeidervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	319	153	-166	48 %
Ettermiddag/kveld	178	75	-103	42 %
Natt	84	83	-1	99 %

For fagarbeiderne er dekningsgraden på 48 % på dagskift og 42 % på ettermiddagsskift. Det betyr at en for mer enn halvparten av vaktene manglet den planlagte kompetansen.

Tallene for ufaglærte ser slik ut:

Figur 25 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for ufaglærtvakter på Tinn helsetun, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022

Ufaglærtvakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	0	169	169	-
Ettermiddag/kveld	0	120	120	-
Natt	0	1	1	-

Det var ikke planlagt bruk av ufaglærte i perioden vi undersøkte. Det ble likevel benyttet ufaglært arbeidskraft i for å dekke opp 169 vakter på dagskift og 120 vakter på ettermiddagsskift.

De samlede tallene for denne avdelingen ser slik ut:

*Figur 26 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for alle vakter på Tinn helsetun, avdeling pleie/rehab. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022*

Alle vakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	473	464	-9	98 %
Ettermiddag/kveld	255	260	5	102 %
Natt	84	84	0	100 %

I hovedsak har avdelingen hatt det antall personer på vaktene som var forutsatt i bemanningsplanene. Som for en del av de andre avdelingene har det også her vært avvik fra planlagt kompetanse. Dette gjelder i hovedsak mangel på fagarbeidere. Ved fravær av sykepleiere og fagarbeidere er det i hovedsakvært ufaglærte som har dekker opp.

### Tinn helsetun – Skjermet avdeling

Tallene for sykepleiervakter ser slik ut

*Figur 27 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for sykepleiervakter på Tinn helsetun, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.*

Sykepleiervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	101	63	-38	62 %
Ettermiddag/kveld	67	56	-11	84 %
Natt	1	1	0	100 %

Av 101 planlagte sykepleiervakter på dagtid var det sykepleiere til stede på 63 av disse. Det gir en dekningsgrad på 62 %. På ettermiddagsskiftene er dekningsgraden noe høyere, 84 %.

Tallene for fagarbeiderne ser slik ut:

Figur 28 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for fagarbeidervakter på Tinn helsetun, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Fagarbeidervakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	151	118	-33	78 %
Ettermiddag/kveld	102	82	-20	80 %
Natt	83	74	-9	89 %

Også for faglærte er det et negative avvik fra bemanningsplanene. Dekningsgraden ligger på om lag 80 % for både dagskiftene og ettermiddagskiftene.

Tallene for ufaglærte ser slik ut:

Figur 29 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for ufaglærtvakter på Tinn helsetun, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Ufaglærtvakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	0	80	80	-
Ettermiddag/kveld	0	45	45	-
Natt	0	11	9	-

Det var ikke planlagt for å bruke ufaglærte i perioden vi undersøkte. Ufaglærte ble brukt i 80 tilfeller for å dekke opp dagvakter og i 45 tilfeller for å dekke opp ettermiddagsvakter. Antall nattevakter som ble dekket opp av ufaglærte var 10.

De samlede tallene for denne avdelingen ser slik ut:

Figur 30 Oversikt over planlagt og faktisk bemanning i absolutte tall for alle vakter på Tinn helsetun, avdeling skjermet. Avvik i absolutte tall og dekningsgrad i prosent. Perioden 4. april – 26. juni 2022.

Alle vakter	Planlagt	Faktisk	Avvik antall	Dekning i prosent
Dagvakter	252	261	9	103 %
Ettermiddag/kveld	169	183	14	108 %
Natt	84	86	0	102 %

Både på dagskift og ettermiddagsskift har avdelingen samlet sett hatt flere personer på vakt enn planlagt. Men også her har det vært (negativt) avvik fra planlagt kompetanse på skiftene. Igjen dekkes fravær av sykepleier- og fagarbeiderkompetanse med ufaglærte.

### 4.3. Revisors vurdering av bemanning

I denne rapporten har vi undersøkt faktisk bemanning mot planlagt bemanning på sykehjemsavdelinger i Tinn kommune. Tallene er hentet inn i en periode med koronapandemi og dette har hatt påvirkning på fraværet. Vi må derfor ta et forbehold om hvor gyldige dataene er under mer normale forhold. Informasjon fra kommunen tyder uansett på at det er en generell utfordring å dekke opp bemanningsbehovet på grunn av sykefravær og mangel på fagpersonell.

Våre undersøkelser viser at det på enkelte avdelinger på sykehjemmene i Tinn kommune manglet det antall personer som var forutsatt i bemanningsplanene i det tidsrommet vi undersøkte. Det var også et betydelig avvik mellom den planlagte kompetansen på personellet som skulle dekke vaktene og kompetansen som faktisk var på vaktene.

#### Mangel på personer

Det er ganske store forskjeller mellom avdelingene på sykehjemmene. To av avdelingene hadde ikke mangel på personer på vaktene. Dette gjaldt skjermet avdeling på Tinn helsetun og korttidsavdelingen (Eldres hus). Særlig skilte korttidsavdelingen seg ut med en forholdsvis høy overdekning. Vi har fått forklart at denne avdelingen har et noe annet pasientgrunnlag enn de andre avdelingene, og at samlokaliseringen med legevakten spiller inn. Det betyr at det til tider ble hentet inn ekstra personell for å ha nødvendig beredskap og kunne gi et forsvarlig tjenestetilbud.

På de tre andre avdelingene var det i perioden mangel på personer på jobb. På avdelingen med det høyeste fraværet av personer på dagskiftene var dekningsgraden 83 %. Dekningsgraden på dagskiftet i de to andre avdelingene var henholdsvis 98 % og 99 %. På ettermiddagene var det en liten overdekning på to av avdelingene, mens en avdeling hadde en dekningsgrad på 97 %. Det var ikke mangel på personell på noen av nattskiftene. Tallene over kan være litt unøyaktig i den forstand at det i noen tilfeller kan ha vært ekstra personell på vakt på et skift i forbindelse med f.eks. opplæring, utagering eller terminalpleie. Dette kan i tilfelle «skjule» at det har vært mangel på personer på noen av de andre vaktene.

#### Mangel på kompetanse

I perioden vi undersøkte var det samlet for alle avdelingene planlagt 3821 vakter på dag-, ettermiddag- og nattskift. Praktisk talt alle disse var planlagt med sykepleiere eller fagarbeidere. For å dekke opp for fravær av personell fra disse yrkesgruppene ble det brukt ufaglærte på 1093 vakter. Det betyr at sykehjemmene manglet kompetansen som var forutsatt i bemanningsplanene for nær 30 % av alle vaktene. Andelen ufaglærte som ble benyttet på de ulike skiftene var slik:

- Dagvaktene 37 %
- Ettermiddagsvakter 34 %
- Nattevakter 5 %

Det litt forenklede bilde er at ufaglærte i stor grad dekker opp forfravær både av sykepleiere og fagarbeidere. Vi må ta et forbehold om at det kan være en intern «rotering» av kompetanse; dersom en sykepleier er borte erstattes denne av en fagarbeider som er på jobb, og fagarbeideren som dekker opp sykepleieren erstattes av en ufaglært som blir kalt inn.

#### **4.4. Konklusjon – bemanning**

Sykehjemmenes bemanningsplaner blir ikke gjennomført i praksis.

## 5. Brukerundersøkelser

### 5.1. Innledning

Dette kapitlet er beskrivende, og det er derfor ikke utledet revisjonskriterier.

Vi har fått opplyst at kommunen gjennomførte en brukerundersøkelser blant beboerne på sykehjem i 2014. Vi har ikke sett på resultatene fra den undersøkelsen.

I 2022 ble det gjennomført en undersøkelse blant pårørende, der de pårørende gav tilbakemelding på hvordan de opplever å bli involvert og ivaretatt i kommunen. Kommunen brukte i denne forbindelse verktøyet IVARETATT. Verktøyet er utviklet av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, i samarbeid med Senter for Omsorgsforskning Øst og Pårørendesenteret. Hensikten med verktøyet er å bistå kommuner i å innhente informasjon til kvalitetsarbeid om pårørende. En person i 20% prosjektstilling har bistått med administrering av undersøkelsene, men det er det enkelte sykehjem ved enhetsleder og avdeling som skal følge opp arbeidet videre. Det foreligger resultater fordelt på ulike tjenesteområder, deriblant for pårørende til beboere på sykehjem. Vi har ikke gått nærmere inn på resultatene fra undersøkelsen. Med bakgrunn i tilbakemeldingene fra de pårørende er det laget en handlingsplan. Vi får opplyst at kommunen har planer om å fortsette å delta på IVARETATT-undersøkelsen fremover.

På kommunens hjemmesider er det informasjon om forskjellige brukerråd.

*Gjennom brukerrådene kan brukerne påvirke innholdet og kvaliteten på tjenestene de mottar fra kommunen. Alle skoler, barnehager, sykehjem, hjemmetjenesten med flere, skal ha hvert sitt brukerråd.*

Formålet med brukerrådene er beskrevet slik:

*Brukerrådet er et rådgivende organ for enhetsleder. Brukerrådet skal behandle og gi råd i saker som vedrører tjenestens kvalitet og innhold og brukere og ansatte som grupper, men ikke som enkeltpersoner.*

I retningslinjene for brukerråd er det gjort greie for hvordan det skal rekrutteres til brukerrådene:

*På sykehjem, enheter for hjemmetjenester, boliger, dagsentra og andre tjenesteområder velges brukerrepresentantene blant de som mottar tjenestene, pårørende og blant brukerorganisasjonene.*

Vi har fått opplyst at det ikke er noen brukerråd på tjenesteområdet levekår. Enhetsleder opplyser at det er satt i gang et arbeid med å opprette et pårørendeutvalg med representanter fra de to sykehjemmene, og at dette vil fungere som et brukerråd. Arbeidet har blitt utsatt på grunn av pandemien. Det er utarbeidet et mandat for et slikt utvalg og en ser for seg at de skal møtes



halvårlig. Det er, i oktober 2022, sendt ut invitasjon til møte til pårørende for beboerne på de to sykehjemmene.

## 5.2. Brukerundersøkelsen

For å undersøke brukertilfredsheten blant beboere på sykehjem i Tinn har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant pårørende av beboere på fire sykehjemsavdelingene. Fordi korttidsavdelingen har en mer «flyktig» beboer/pasientgruppe valgte vi å ikke inkludere den avdelingen i undersøkelsen.

De pårørende kunne enten la beboeren fylle ut spørreskjemaet selv, fylle ut skjemaet sammen med beboeren, eller fylle ut skjemaet på vegne av beboeren (der beboeren selv ikke var i stand til å svare relevant). Det var i alt 37 pårørende som fikk undersøkelsen. Vi fikk svar fra 21 pårørende, noe som gir en svarprosent på 57.

Spørsmålene i spørreskjemaet er utviklet av «Bedrekommune.no»<sup>10</sup>, men vi har gjort en forenkling av svarkategoriene. Mer om gjennomføringen og metodiske utfordringer ved spørreundersøkelsen er beskrevet i vedlegg 2, Metode og kvalitetssikring.

Spørsmålene i undersøkelsen er relatert til kvalitetsforskriften, som sier at brukere av pleie- og omsorgstjenester skal få tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.
- selvstendighet og styring av eget liv.
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, 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 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.

---

<sup>10</sup> Bedrekommune.no er.....

- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

### Svarfordeling fra Eldres hus på Rjukan

På Eldres hus var det syv som svarte på undersøkelsen. Fordelingen i måten skjemaene ble fylt ut på er vist i tabellen nedenfor:

Figur 31 Fordeling av på hvilken måte svarskjema i spørreundersøkelsen ble fylt ut. Beboere på Eldres hus

	Beboer fylte ut skjemaet selv	Pårørende fylte ut skjemaet sammen med beboer	Pårørende fylte ut skjemaet på vegne av beboer	Totalt
Antall		4	3	7

Det er ingen beboere som har fylt ut skjemaet selv. Fire av de pårørende har fylt ut skjema sammen med beboer, og tre har fylt ut på vegne av beboer.

I tabellen nedenfor vises svarfordelingen på spørreundersøkelsen:

Figur 32 Svarfordeling på spørreundersøkelse for beboer på sykehjem. Eldres hus

	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Jeg er fornøyd med maten jeg får			2	5	
Jeg synes måltidene er hyggelige		1	3	3	
Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det		2	2	2	1
Jeg får den hjelpen jeg har behov for		1	4	2	
Jeg får hjelpen jeg trenger for personlig hygiene			3	4	
Jeg har mulighet for privatliv	2	1		4	
Jeg har mulighet for å komme ut i frisk luft	1	2	1	3	
Jeg får legehjelp når jeg trenger det		1		6	
Jeg får mulighet for å komme til tannlege				5	2
Jeg er fornøyd med kultur/underholdningstilbudet	2		1	4	
Jeg trives på rommet/leiligheten	1	2	2	2	

Jeg føler meg trygg her			1	5	
Jeg trives sammen med ansatte		2	2	3	
Jeg trives sammen med de andre beboerne	1		3	2	1
Jeg står opp og legger meg når jeg vil			2	5	
De ansatte behandler meg med respekt		1	2	4	
Min verdighet blir ivaretatt			2	5	
Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det		1	3	3	
Jeg får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud	2	1	1	2	1
De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem		3		4	
Alt i alt er jeg fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen der jeg bor		2	1	4	

N=7

### Svarfordeling på Tinn helsetun, Austbygd

På Tinn helsehus var det 14 som svarte på undersøkelsen. Fordelingen i måten skjemaene som ble fylt ut på fremgår i tabellen nedenfor:

Figur 33 Fordeling av på hvilken måte svarskjema i spørreundersøkelsen ble fylt ut. Beboere på Tinn helsetun

	Beboer fylte ut skjemaet selv	Pårørende fylte ut skjemaet sammen med beboer	Pårørende fylte ut skjemaet på vegne av beboer	Totalt
Antall		7	8	15

På Tinn helsetun var det heller ingen beboer som fylte ut skjemaet på egen hånd. Syv pårørende hadde fylt ut skjemaet sammen med beboer, og syv hadde fylt ut skjemaet på vegne av beboer.

Selve svarfordelingen for Tinn helsetun var slik:

Figur 34 Svarfordeling på spørreundersøkelse for beboer på sykehjem. Tinn helsetun

	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke
Jeg er fornøyd med maten jeg får	1	1	6	6	1
Jeg synes måltidene er hyggelige		1	4	8	2
Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det	1	1	4	7	2
Jeg får den hjelpen jeg har behov for	1	1	2	11	
Jeg får hjelpen jeg trenger for personlig hygiene	1		3	11	
Jeg har mulighet for privatliv	1		3	11	
Jeg har mulighet for å komme ut i frisk luft		4	3	8	
Jeg får legehjelp når jeg trenger det	1	1	5	7	1
Jeg får mulighet for å komme til tannlege	1		2	10	2
Jeg er fornøyd med kultur/underholdningstilbudet	1	4	3	3	4
Jeg trives på rommet/leiligheten	1	1	5	8	
Jeg føler meg trygg her	1	2	1	11	
Jeg trives sammen med ansatte	1		2	12	
Jeg trives sammen med de andre beboerne	1		4	5	5
Jeg står opp og legger meg når jeg vil	1	2	4	8	1
De ansatte behandler meg med respekt	1			13	1
Min verdighet blir ivaretatt	1		1	12	1
Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det	1	2	3	8	1
Jeg får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud	1	2	3	4	5

De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem	1	2	2	10	
Alt i alt er jeg fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen der jeg bor	1		4	10	

N=15

### 5.3. Oppsummering

Det stilles krav til brukermedvirkning i pleie og omsorgssektoren. I forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) er den enkeltes selvbestemmelsesrett et sentralt element. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene er i brukererfaringer pekt på som ett av flere element i det systematiske arbeidet med å forbedre tjenestetilbudet.

I tråd med verdighetsgarantien har Tinn kommune vektlagt valgfrihet og tilpassede tjenester i egne tjenestebeskrivelser/prosedyrer. Kommunen har gjennomført en pårørendeundersøkelse, og arbeid med brukerråd på sykehjemmene er i gang. Dette er tiltak som kan brukes til systematisk gjennomgang og evaluering av tjenestene.

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse på sykehjemmene for å måle brukertilfredshet blant beboerne. Det er noen praktiske og metodiske utfordringer forbundet med slike undersøkelser, men vi mener undersøkelsen kan gi en pekepinn på hvordan beboere opplever tjenestetilbudet de får.

Respondentene skulle vurdere i hvilken grad de var enige i en del positive utsagn som gjelder egen situasjon og tjenestetilbud. På begge sykehjemmene ligger svarene i hovedsak på øvre del av skalaen, dvs. svarkategoriene *litt enig* eller *helt enig*, og det var gjennomgående flest svar i kategorien *helt enig*. Det er også en del respondenter som gir uttrykk for at de er *litt uenig* i noen av utsagnene. Det er forholdsvis få svar i svaralternativet *helt uenig*. Av de forholdene som ikke fikk så god skår på undersøkelsen var informasjon om, og tilbud om kulturaktiviteter, samt muligheter for å komme ut. I en kommentar fra enhetsleder blir det pekt på at aktiviteter og kulturtilbud i stor grad har opphørt helt, eller vært sterkt redusert gjennom hele pandemiperioden. Dette er i ferd med å normaliseres utover høsten 2022.

Selv om en samlet oppsummering kan være at det er god brukertilfredshet på de to sykehjemmene mener vi det er viktig å fange opp de beboerne som ikke er så fornøyde for å sikre høyest mulig brukertilfredshet hos alle.

## 6. Konklusjoner og anbefalinger

### 6.1. Konklusjoner

#### Internkontrollsystem

**Etter vår vurdering har kommunen delvis et fungerende internkontrollsystem.**

Kommunen bruker internkontrollsystemet Compilo. Enkelte av prosedyrene og funksjonsbeskrivelsene er ikke oppdaterte. Det kan være hensiktsmessig at enheten går gjennom prosedyrer og rutiner for å sjekke at de er i tråd med gjeldene eller ønsket praksis. Dette er også noe ledelsen for tjenesteområdet levekår i sin årlige evaluering har pekt på som nødvendig.

Ute på avdelingene bruker sykehjemmene et elektronisk pleie- og medisinskfaglig prosedyreverktøy, samt et program for infeksjonskontroll. Etter vår vurdering er dette med på å sikre faglig forsvarlige tjenester på sykehjemmene.

Kommunens avvikssystem ligger i Compilo. Avvikssystemet er kjent og i bruk, men våre undersøkelser viser at det er ulike oppfatninger av hva avvik er, og hvordan det følges opp av lederne. Enkelte ansatte oppgir at de av og til, av ulike grunner, lar være å melde avvik. Etter vår vurdering bør kommunen sørge for en enhetlig forståelse av avvikshåndteringen på sykehjemmene.

På sykehjems-/avdelingsnivå er det i liten grad systematisk gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer slik det skal, og bidra til kontinuerlig forbedring. Det mangler bl.a. virksomhetsplaner med mål og målindikatorer. Bruk av avviksstatistikk m.m., med tanke på forbedringer er lite systematisert. Etter vår vurdering bør kommunen sørge for at også sykehjemmene/avdelingen foretar systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.

#### Bemanning

**Sykehjemmenes bemanningsplaner blir ikke gjennomført i praksis.**

Våre undersøkelser viser at sykehjemmene i perioden vi har undersøkt ikke følger sine egne bemanningsplaner. I en del tilfeller mangler det personer i forhold til det antallet som var forutsatt i bemanningsplanene. I mange tilfeller bruker sykehjemmene ufaglært arbeidskraft for å dekke opp mangel på sykepleiere og heldefagarbeidere. Vår vurdering er at kommunen må sørge nok personell og riktig kompetanse på sykehjemmene.

#### Brukertilfredshet

**Vår undersøkelse viser at et flertall av beboerne på sykehjemmene i hovedsak er fornøyde med tjenestene fra kommunen.**

Selv om en samlet oppsummering er at det er god brukertilfredshet på de to sykehjemmene mener vi det er viktig å fange opp de beboerne som ikke er så fornøyde for å sikre høyest mulig brukertilfredshet hos alle.

## 6.2. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å

- sørge for at rutiner og prosedyrer som gjelder sykehjemmene er oppdaterte
- sørge for en felles forståelse av hva som er å betrakte som avvik og hvordan avvik skal følges opp.
- sørge for en systematisk gjennomgang og evaluering av tjenesten på sykehjems-/avdelingsnivå.
- sørge for at bemanningen på sykehjemmene er i tråd med bemanningsplanene.

## Litteratur og kildereferanser

### Lover og forskrifter

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenesten m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerloven)
- Forskrift 10. oktober 2019 nr. 1412 om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner (KOSTRA-forskrifta)
- Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift 12. november 2010 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- (Opphevet) Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse



**TINN KOMMUNE**

Vestfold og Telemark revisjon IKS  
Postboks 311  
3701 SKIEN

Offl. § 5, 1. ledd

Dag Oftung

Deres ref:

Vår ref

Saksbeh:

Arkivkode:

Dato:

2022/3309 - 2

H12/&13

04.11.2022

### Forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjem til uttalelse

Kommunedirektøren har gjennomgått rapporten og har noen innspill. Generelt sett oppleves rapporten og gi et bilde av tjenesten som er gjenkjennbart. Rapporten blir et viktig bidrag videre for arbeidet med å heve kvaliteten på tjenestene.

Det er noen forhold kommunedirektør ønsker å kommentere.

#### Generelt:

Revisjonen er gjennomført i en periode hvor tjenestene i over to år i svært stor grad har vært preget av pandemi håndtering. Det er i nesten hele denne perioden ikke vært lov eller mulig å samle personalgrupper til blant annet felles opplæring, systematisk arbeid, gjennomganger mv.

#### Internkontrollsystem

##### Sammendrag og 3.4 Konklusjon- internkontroll

Her er vurderingen at kommunen har et delvis fungerende internkontrollsystem

##### Kommentar:

Kommunedirektør mener at det er mer presist å si at kommunen har en delvis fungerende *bruk* av internkontrollsystemet

#### Brukertilfredshet

##### Sammendrag og 5.2 Oppsummering, siste setning og innledende sammendrag

Her beskrives det en samlet oppsummering av brukertilfredshet til å være god. Det er da med noe undring at fokuset synes å ligge på at noen få ikke er fornøyd. Dette er også gjengitt i innledende sammendrag.

## **Bemanning**

### **Sammendrag – bemanning**

Sykehjemmene følger ikke bemanningsplanene i praksis

#### **4.4. Konklusjon -bemanning**

Sykehjemmenes bemanningsplaner blir ikke gjennomført i praksis

#### **6.2 Anbefalinger, punkt 4**

Sørge for at bemanningen er i tråd med bemanningsplanene

#### **Kommentar:**

- Bemanningsplanene følges, men fravær fører til avvik.
- Bemanningsplanene er ikke statiske, slik at ved lavere pasientbelegg så vil det være lavere bemanning enn planlagt, og ved behov utover det ordinære vil det være høyere bemanning enn planlagt. Dette styres av 1: fokus på faglig forsvarlighet og 2: drift innenfor sunne økonomiske rammer.
- Det å sørge for at bemanningsplanene følges ved avvik, som blant annet fravær representerer, er en svært krevende jobb. På daglig basis ift å leie inn nødvendig arbeidskraft og forsøke å unngå brudd på arbeidsmiljøloven. Som beskrevet i rapporten er flere tiltak igangsatt på systemnivå, både vedtak om å rekruttere og beholde sykepleiere og vernepleiere, deltakelse i TØRN prosjekt, innføring av alternative turnusordninger. Dette viser at det arbeides svært mye med å sikre forsvarlig drift.

Med hilsen

Anne Tove Sandal Teigenes  
kommunedirektør

*Brevet er sendt elektronisk og inneholder derfor ingen signatur.*

## Vedlegg 2: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev 1. desember 2021. Oppstartsmøte på Teams ble holdt 14. desember 2021 med kommunedirektør, kommunalsjef for tjenesteområdet levekår, enhetsleder for PLO institusjon og avdelingslederne på sykehjemmene til stede.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

### Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskrivning har foregått i perioden mai – oktober 2022.

Vi har hatt tilgang til kommunens internkontrollsystem Compilo. Dette er et elektronisk verktøy for bl.a. å legge inn reglement, rutiner, prosedyrer og annen dokumentasjon innenfor de ulike tjenesteområdene. Compilo brukes også som avvikssystem. Vi har hentet ut avviksstatistikk.

Vi har fått opplyst at det ikke er mulig å hente ut informasjon om eventuelt avvik fra planlagt bemanning direkte fra kommunens turnussystem (GAT). For å undersøke eventuelt avvik fra planlagt bemanning fikk kommunen derfor tilsendt et skjema for manuell utfylling. Perioden vi undersøkte er fra 4. april til 26. juni 2022, dvs. 12 uker. Vi mener en periode på 12 uker gir oss tilstrekkelig data for også å kunne trekke noen generelle slutninger om forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning. I og med at det i perioden var koronapandemi er det rimelig å være noe restriktiv i generaliseringen. En generell svakhet ved denne form for egenrapportering er at vi ikke kan kontrollere at opplysningene som er lagt inn fra kommunen side stemmer. Vi har imidlertid ingen grunn for å betvile at data er rapportert riktig. Vi har i etterkant lagt dataene inn i et Excel-regneark og brukt pivotering for å utarbeide ulike former for tabeller. I den prosessen er det en viss risiko for feilpunching, men vi mener eventuelle feil ikke vil påvirke tendensen i materialet på en slik måte at de ikke er gyldige.

Vi har intervjuet tre avdelingsledere på sykehjemmene, enhetsleder for PLO institusjon. Det er skrevet referat fra intervjuene som er verifisert av intervjuobjektene i etterkant. Personene som er intervjuet, er sentrale personer i driften av sykehjem i kommunen. Vi har i tillegg innhentet en del opplysninger på e-post. Korrespondansen er arkivert i vårt journalsystem.

Vi har hatt to spørreundersøkelser i forbindelse med rapporten:

En spørreundersøkelse gikk til pleiefaglig ansatte ved de to sykehjemmene. Basert på en liste fra kommunen ble det sendt ut en elektronisk spørreundersøkelse (Questback) til 101 e-postadresser.

Av ulike grunner (sluttet, permisjon, sykemeldt og feil på e-postadresser) var det 11 personer som ikke er å regne som mulige deltakere. Av de 90 personene som vi betrakter som mulige respondenter i undersøkelsen var det 50 som svarte. Det gir en svarprosent på 55. I all hovedsak var det sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere som svarte på undersøkelsen. Vi mener dette er en tilfredsstillende svarprosent for å kunne si noe om tendenser i svarfordelingen.

Den andre spørreundersøkelsen gikk til pårørende til beboere på de to sykehjemmene. Vårt spørreskjema tok utgangspunktet i et skjema som brukes av Bedrekommune.no. Dette er standardiserte spørsmålsett som brukes til brukerundersøkelser i kommunesektoren. Spørreskjemaet ble sammen med frankert svarkonvolutt sendt ut med posten. De pårørende kunne enten levere skjemaet til beboer som fylte ut på egen hånd, fylle ut sammen med beboer eller fylle ut på vegne av beboer der beboer ikke var i stand til å bidra selv. Det at pårørende fyller ut på vegne av beboer kan være en feilkilde. Det ble sendt ut skjema til 37 pårørende. Vi fikk tilbake 22 skjemaer. Det gir en svarprosent på 59. Vi mener dette er en tilfredsstillende svarprosent for å kunne si noe om tendenser i svarfordelingen.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

## Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Vi har også fått navn og adresser til pårørende til beboere på sykehjem.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring.

Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside [vtrevisjon.no](https://vtrevisjon.no).

## God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.<sup>12</sup> Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

---

<sup>12</sup> ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester



# På vakt for felleskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av  
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 33 07 13 00

E-post: [post@vtrevisjon.no](mailto:post@vtrevisjon.no)

[www.vtrevisjon.no](http://www.vtrevisjon.no)

22: 3818 402