



Vestfold
og Telemark
revisjon

Hjemmetjenester

Forvaltningsrevisjon | Horten kommune

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	7
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	7
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier	7
1.3. Avgrensning.....	7
1.4. Metode og kvalitetssikring	7
1.5. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse	8
1.6. Generell informasjon om Hjemmetjenester i Horten kommune	8
2. Problemstilling 1 – Internkontroll	12
2.1. Revisjonskriterier internkontroll.....	12
2.2. Gjennomførte forvaltningsrevisjoner på området	12
2.3. Risikobasert internkontroll – data	13
2.4. Revisors vurdering av risikobasert internkontroll.....	17
2.5. Formalisert internkontroll – data	18
2.6. Revisors vurdering av formalisert internkontroll.....	23
2.7. Kontrollaktiviteter - avvikssystem - data	23
2.8. Revisors vurdering – kontrollaktiviteter - avvikssystemet og oppfølging av meldte avvik ..	31
2.9. Konklusjon problemstilling 1	32
3. Problemstilling 2 – Helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?	33
3.1. Revisjonskriterier – vedtak om helsetjenester i hjemmet.....	33
3.2. Vedtak om helsetjenester i hjemmet – data.....	33
3.3. Revisors vurdering av vedtak om helsetjenester i hjemmet	39
3.4. Revisjonskriterier – utførelse av helsetjenester i hjemmet	40
3.5. Utførelse av helsetjenester i hjemmet.....	40
3.6. Revisors vurdering – utarbeidelse av tiltaksplan og samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt.....	44
3.7. Konklusjon problemstilling 2	45
4. Problemstilling 3 – Hva mener ansatte og brukere om kvaliteten på helsetjenester i hjemmet?	47
4.1. Spørreundersøkelse til ansatte og brukerundersøkelse.....	47
4.2. Tilbakemelding fra tillitsvalgte og verneombud.....	60
4.3. Revisors oppsummering – problemstilling 3	60
5. Anbefalinger	61

Litteratur og kildereferanser	62
Vedlegg.....	63
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse	63
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	65
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring	74

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende tre problemstillinger:

1. I hvilken grad har enhet Hjemmetjenester en forsvarlig internkontroll?

Vi mener at enhet Hjemmetjenester i Horten kommune, innenfor de områdene vi har sett på, har en forsvarlig internkontroll.

Kommunens kvalitetssystem legger til rette for godt internkontrollarbeid. Hjemmetjenestens internkontroll er både risikobasert og formalisert, i samsvar med hva KS' veileder anbefaler.

Horten kommune har et system for avvikshåndtering, hvor alle ansatte i hjemmetjenesten kan melde avvik ved å logge seg på kommunens kvalitetssystem, Compilo. Vi vurderer at hjemmetjenesten i stor grad jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentakende avvik, og for å sikre læring og forbedring. Intervjuer og spørreundersøkelsen til ansatte, viser imidlertid at avdelingene i hjemmetjenesten i varierende grad jobber systematisk med dette.

2. I hvilken grad utføres helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?

Vi mener at Horten kommune i stor grad utfører helsetjenester i hjemmet og i tråd med vedtak.

Ved tildeling av helsetjenester i hjemmet fattes det enkeltvedtak. De fleste vedtakene vi har sett på, viste tydelig hvilke tjenester som skal gis, men to av vedtakene var utydelige på dette.

Vår stikkprøvekontroll viste at hjemmetjenesten utarbeider tiltaksplaner, basert på vedtakene, i fagsystemet CosDoc. Flere av pasientjournalene vi så på, var imidlertid uoversiktlige i forhold til hvilke tjenester som skal gis. Dette gjaldt særlig journaler til pasienter med stort hjelpebehov, hvor det er mye endringer i tiltak underveis. At dette ikke er tydelig, kan være utfordrende for de som skal yte tjenestene, og det er også en risiko for at feil tjenester blir gitt.

Stikkprøvekontrollen viste at pasientenes helsetjenester i hjemmet i stor grad var kvittert utført i pasientjournalen. Vi så imidlertid mangelfull journalføring knyttet til utlevering av medisiner for to pasienter. Manglende journalføring bør ikke bety at medisiner ikke er utlevert, men vi mener likevel at dette er alvorlig.

Det varierte mellom avdelingene hvordan besøkene hos pasientene ble journalført/ dokumentert. Dette kan ha sammenheng med utfordringer knyttet til saksbehandlingssystemet. Hjemmetjenesten jobber med å utvikle en ny løsning for ny elektronisk journal.

3. Hvordan opplever ansatte og brukere/pårørende kvaliteten på helsetjenester i hjemmet levert av Horten kommune?

For å få svar på hva ansatte mener, har vi sendt en spørreundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten i Horten kommune. Vi har også hatt et gruppeintervju med to tillitsvalgte og et verneombud i hjemmetjenesten. For å få svar på hva brukere/pårørende mener, har vi brukt resultater fra kommunens brukerundersøkelse 2021.

Svarene fra begge respondentgruppene er i hovedsak positive. Et forhold som skilte seg noe negativt ut, var de ansattes vurdering av om de har tid nok til å utføre oppgavene de skal gjøre hos den enkelte pasient. Dette var 46 % av de ansatte helt eller litt uenig i. Mange benyttet også kommentarfeltet i spørreundersøkelsen, til å uttrykke at de generelt opplever at de har dårlig tid ute hos brukerne. Hovedandelen av brukerne, 75 %, mente imidlertid at de ansatte hadde nok tid. Dette kan tyde på at de ansatte strekker seg langt for å utføre gode tjenester ute hos pasientene. Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og verneombud, viser også at ansatte har fokus på å levere gode tjenester.

På spørsmålet om de ansatte vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til en pasient, er 70 % helt enige og 21 % litt enige. Blant brukerne er ca 50 % helt enige og ca 35 % litt enige. På oppfølgingsspørsmål omkring dette, svarer enhetsleder i hjemmetjenesten at det bør være et samspill mellom den ansatte og pasienten rundt de daglige tjenestene som skal gis. Vi vil i denne sammenheng også vise til utfordringene med uoversiktlige pasientjournaler.

Sett i sammenheng tyder spørreundersøkelsen og brukerundersøkelsen på at både ansatte og brukere i hovedsak er tilfredse med kvaliteten på Horten kommunes helsetjenester i hjemmet. Vi mener likevel det er viktig å fange opp og ta tak i de områdene der ansatte og brukere ikke er så fornøyd.

Anbefalinger

Vi anbefaler Horten kommune å

- Vurdere å iverksette tiltak for å sikre at alle avdelinger i hjemmetjenesten jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentakende avvik, og for å sikre læring og forbedring
- Sikre at alle vedtak om helsebaserte tjenester i hjemmet er tydelige på hvilke tjenester som skal gis
- Sørge for at pasientjournaler er oppdatert og tydelige på hvilke tjenester (BRP og tiltak), som skal gis til enhver tid
- Iverksette tiltak for sikre felles praksis/ prosedyre for journalføring
- Vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelse

Horten, 8. november 2022

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Horten kommune i sak 9/22. Bakgrunnen for bestillingen er plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll som ble godkjent av kommunestyret i sak 056/20.

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 enhet Hjemmetjenester en forsvarlig internkontroll?
2. I hvilken grad utføres helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?
3. Hvordan opplever ansatte og brukere/pårørende kvaliteten på helsetjenester i hjemmet levert av Horten kommune?

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er i hovedsak hentet fra kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven, KS' veileder «orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll» og veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

1.3. Avgrensning

Problemstilling 2 og 3 er avgrenset til å gjelde helsetjenester i hjemmet, og ikke praktisk bistand.

Forvaltningsrevisjonen vil i hovedsak omfatte årene 2021 og 2022.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Hanne Britt Nordby Sveberg, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet ansatte i kommunen, og gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i hjemmetjenesten. Vi har også brukt resultater fra kommunens brukerundersøkelse i 2021. Videre har vi gjennomgått sentral dokumentasjon.

¹ 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.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 3 til rapporten.

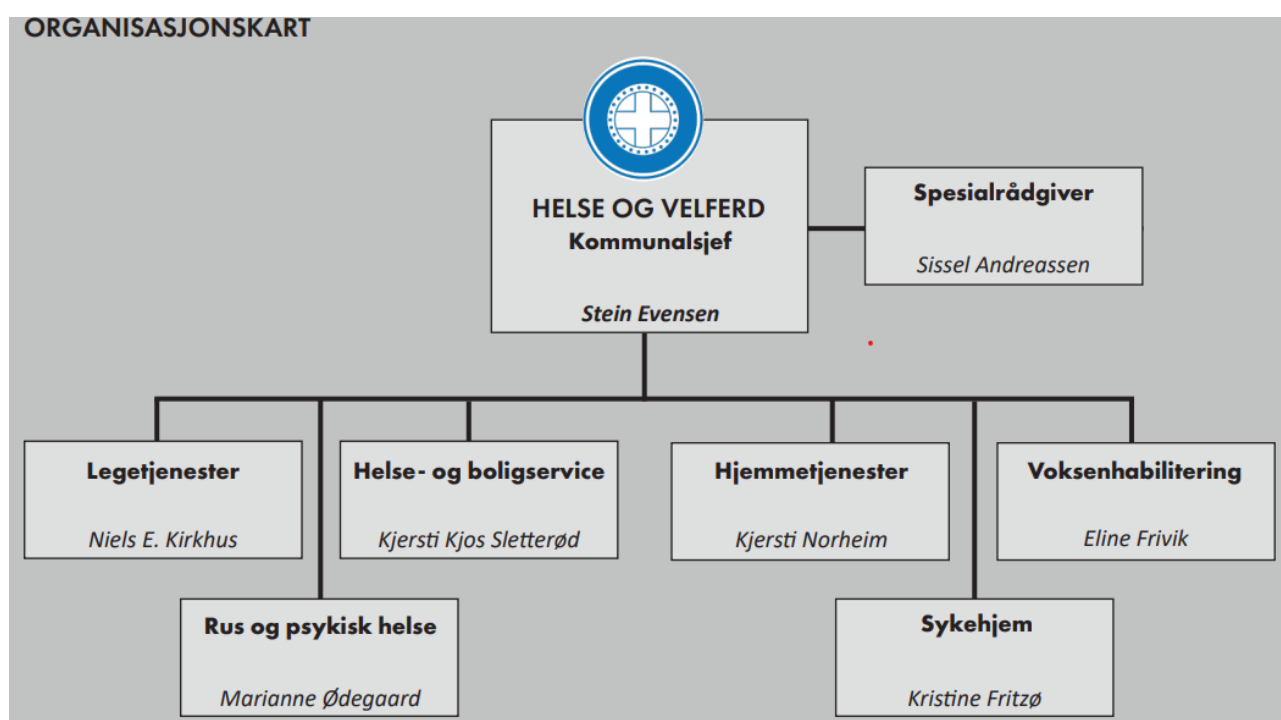
1.5. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 8.11.22, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

1.6. Generell informasjon om Hjemmetjenester i Horten kommune

1.6.1. Organisering

Hjemmetjenester i Horten kommune er en enhet under kommunalområde Helse og velferd:



Figur 1 - Organisasjonskart - Helse og velferd – Horten kommune

Hele enheten består av ca. 240 ansatte, fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Mer om hjemmetjenestens organisering, mål og oppgaver framgår av punkt 2.5.1.

1.6.2. KOSTRA – Helse- og omsorgstjenester

Fra Kostra² har vi tatt ut nøkkeltall som beskriver helse- og omsorgstjenestene i Horten kommune, herunder hjemmetjenesten, noe nærmere:

² KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet.

Nøkkeltall	Enhet	Horten		Kostra- gruppe 09	Landet uten Oslo
		2020	2021	2021	2021
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	kr	26801	30576	32115	33077
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	årsverk	308,3	315,6	319,6	319
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	prosent	32,1	33,9	32,8	33,9
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	prosent	76,1	77,6	77,8	78,3
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	årsverk	0,64	0,66	0,58	0,58
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	prosent	22	22,2	29,3	28,8
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	prosent	51,1	52	49,8	48,8
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	prosent	9,4	9,1	9,6	10,9
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	prosent	100	100	92,2	92,5

Tabell 1 - KOSTRA - Helse- og omsorgstjenester

Tabellen viser at Horten kommune har lavere utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger i 2020 og 2021, sammenlignet med snittet for Kostra-gruppe 9 og Landet uten Oslo. Andelen innbyggere over 80 år, som bruker hjemmetjenester, er lavere i Horten i 2020 og 2021, sammenlignet med Kostra-gruppe 9 og Landet uten Oslo. Andel innbyggere 80 år og over i Horten, som er beboere på sykehjem er på tilnærmet på samme nivå som Kostragruppe 9 i 2020 og 2021, og noe lavere enn snittet for Landet uten Oslo. Årsverk per bruker av omsorgstjenester er noe høyere i Horten i 2020 og 2021, sammenlignet med Kostragruppe 9 og snittet for landet uten Oslo.

1.6.3. Spider – hjemmetjenestens system for ruteoptimering

Spider – er et optimeringsprogram som beskriver antall måter å sette opp en besøksrekkefølge på (utarbeidet av Sintef og Spider Solutions AS). Horten var med å utvikle løsningen og har derfor vært den første kommunen i Norge som begynte å bruke systemet. Horten tok selv kontakt med Spider Solutions AS og inviterte til et utviklingsprosjekt. Utviklingen startet i 2012. Kommunen tok i bruk løsningen i 2015 og hadde fullskala implementert løsningen våren 2016. Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten var det veldig krevende å starte opp systemet, men når jobben først er gjort, får man mye igjen. Systemet er integrert med både CosDoc (kommunens journalsystem) og Visma Ressurs (kommunens turnusprogram). Spider henter inn alle relevante data fra disse 2 programmene når en kjørerute skal planlegges. Optimeringsprogrammet benyttes til å planlegge kjøreruter i en helsetjeneste og det er derfor helt avgjørende at det settes regler for programmet. Dette har vært med på å øke de kvalitative gevinstene. De viktigste reglene som er satt for programmet er:

- Alle oppdrag er kodet med kompetansekrav. Spider velger alltid ansatt med rett kompetanse
- Velger pasientens primærkontakt (helsefagarbeider) først hvis den er på jobb. Velger deretter tjenesteansvarlig (sykepleier) hvis den er på jobb. Hvis ingen av disse er tilgjengelig velger den den personen som har vært der mest med rett kompetanse.
- Følger tidsvindu som er satt per pasient (innenfor hvilket tidsrom vi skal være hos pasienten)
- Den skal planlegge for at det trengs 2 pleiere på samme oppdrag. De skal da ankomme pasienten samtidig.
- Til slutt velger programmet den best mulige kjøreruten utfra de reglene som er nevnt ovenfor.

Hun opplyser følgende gevinster, som er tatt ut ved bruk av Spider:

- *betydelig økning i at helsefagarbeidere får fulgt opp sine pasienter (er relatert til reglene i Spider)*
- *økning på sykepleierkontakt for den enkelte pasient, men ikke så mye (Dette kommer som et resultat av reglene i Spider slik at sykepleierkompetansen også prioriteres til avanserte sykepleiefaglige oppgaver/prosedyrer der det er nødvendig).*
- *fått ned antall personer som kommer inn i hjemmet ditt – fra 28 – 17*
- *har ikke hatt så store effekter på spart tid – kjørte ikke så dumt tidligere heller – godt planlagt tidligere også. Kommunen har brukt mye tid på dette, men har fått mange andre gode effekter, se over. Ansatte får nå estimerte ankomsttider som de forholder seg til i sin arbeidsdag.*

Spider brukes av hjemmesykepleieavdelingene og praktisk bistand (sistnevnte avdeling har mindre regler – ingen kompetansekrav). I dag er det flere kommuner som bruker Spider, og det er stor nasjonal interesse for systemet.

1.6.4. Pågående utviklingsarbeid

Enhetsleder Hjemmetjenester opplyser at de deltar i en rekke utviklingsarbeid;

- **Innovasjonssamarbeid med Aidn og Epitel:** Helse og velferd i Horten kommune er med og utarbeider ny elektronisk journal og nytt saksbehandlingssystem. Representanter fra Horten kommune deltar på ukentlige møter med leverandør, for å komme med innspill/tilbakemeldinger. Det har også vært gjennomført workshops der vi benytter ulike metoder for tjenestedesign.
- **Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt:** Hjemmetjenesten har siden 2018 jobbet med å øke kompetansen innenfor palliasjon og hjemmedød. Vi har etablert en egen

ressursgruppe, bestående av en sykepleier fra alle hjemmesykepleiesonene, fagsykepleier og kreftkoordinator. Ressursgruppen har jevnlig samlinger (hver 2. mnd). Det er innført ulike kartleggingsverktøy og palliativ plan i tjenesten. Hjemmetjenesten har mottatt nye tilskuddsmidler for 2022 og vil rette store deler av innsatsen inn mot fastlegene v/bedre samarbeid og felles kompetanseløft.

- **Pakkeforløp kreft – deltagelse** v/Kreftkoordinator Marianne Corneliusen. Estimert oppstart 1 september 2022.
- **Velferdsteknologinettverket i Vestfold og Telemark.** Prosjektsamarbeid, erfaringsutveksling og innkjøpssamarbeid.
- **Gode pasientsforløps læringsnettverk.**
- **Pasientforløp multisyke eldre**
- **Nettverk for ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling.** Kreftkoordinator og ressursgruppe fra hjemmetjenesten deltar.
- Forskningssamarbeid med bl.a. UiO (Universitetet i Oslo) Forskningssamarbeid med bl.a. USN (Universitetet i Sørøst-Norge).
- Forskningssamarbeid med bl.a. USN (Universitetet i Sørøst-Norge).
- **Måltidsvenn** er et samarbeidsprosjekt mellom Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT-V), hjemmetjenesten i Horten kommune og Nykirke Bygdekvinnelag.
- **Brannforebyggende arbeid** – samarbeid mellom VIB (Vestfold interkommunale brannvesen), helse, teknisk og eiendom i Horten kommune. Utarbeidet brannforebyggende rutiner i Horten kommune:
 1. Brannforebyggende arbeid
 2. Tiltak etter kartlagt høy brannrisiko
 3. Opplysningsplikt/-rett og samhandling ved kartlagt høy risiko

2. Problemstilling 1 – Internkontroll

1. I hvilken grad har enhet Hjemmetjenester en forsvarlig internkontroll?

2.1. Revisjonskriterier internkontroll

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal ha internkontroll innenfor hjemmetjenester, som bør inneholde:

- **Risikobasert internkontroll**
 - Kartlegge og vurdere risiko systematisk
 - Iverksette og dokumentere tiltak for å redusere risiko
 - Vurdere effekten av etablerte tiltak og eventuelt endre eller etablere nye tiltak

- **Formalisert internkontroll**
 - En oversikt over og beskrivelse av virksomhetens organisering, mål og oppgaver
 - Rutiner og prosedyrer for hjemmetjenesten er oppdatert og samlet på et sted (i Compilo)

- **Kontrollaktiviteter - Avvik**
 - System for avvikshåndtering
 - Meldte avvik følges opp for å forebygge gjentakende avvik og sikre læring og forbedring

2.2. Gjennomførte forvaltningsrevisjoner på området

Vi har tidligere gjennomført to forvaltningsrevisjoner som er relevante for dette prosjektet. Høsten 2020 leverte vi et prosjekt om overordnet internkontroll i Horten kommune. Vi konkluderte med at Horten kommune har kommet langt innenfor internkontrollarbeidet, men hadde likevel følgende anbefalinger:

Vi anbefaler at kommunen

- *bør sørge for at alle sektorovergripende reglement og rutiner er samlet på et sted*
- *bør etablere et system som i større grad sikrer at enhetenes ROS-vurderinger følges opp på kommunalsjefnivå, og videre følges opp i kommunedirektørens sektorovergripende ROS-vurderinger.*
- *bør sikre at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutine*
- *bør sikre at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde avvik*
- *i større grad håndterer avvik på en systematisk måte, slik at de i større grad bidrar til å forebygge gjentakende avvik og bidrar til læring og forbedring.*

Våren 2022 hadde vi et prosjekt innenfor barnevern i Horten, hvor internkontroll innenfor barnevernområdet var en del av dette. Vår hovedkonklusjon var at barneverntjenesten i Horten kommune, innenfor de områdene vi så på, hadde en forsvarlig internkontroll, men vi hadde likevel følgende anbefalinger innenfor dette området:

Horten kommune bør

- *vurdere å ta inn i prosedyren for Risiko- og sårbarhetsanalyse at ROS-analyser skal gjennomføres systematisk/ årlig.*
- *sørge for at barnverntjenestens dokumentasjon av ROS viser en sammenheng mellom gjennomførte ROS-vurderinger, iverksettelse av tiltak og evaluering av tiltakene.*

2.3. Risikobasert internkontroll – data

2.3.1. Rutiner

Ledelse- og styringssystem i Horten kommune

Kommunen har et dokument som beskriver *Ledelse- og styringssystem i Horten kommune*. Styringssystemet er oppsummert i tabellen nedenfor:

Aktivitet	System
Plan- og rapporteringssystem	Framsikt og arkiveres i Websak
Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS)	Websak
Avvikssystem	Compilo
Dokumentbibliotek	Compilo

Tabell 2 – Horten kommunes Ledelses- og styringssystem

Prosedyre for Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)

Innenfor risikobasert internkontroll har Horten kommune prosedyren *ROS, Risiko- og sårbarhetsanalyse*, sist revidert 17.02.2022. Til prosedyren er det utarbeidet flere maler som skal brukes i ROS-arbeidet.

Prosedyren sier at formålet med å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) er å etablere en risikobasert internkontroll i Horten kommune, og dermed forebygge uønskede hendelser. Dette skal bidra til trygghet for medarbeidere og oversikt for ledelsen. Det er kommunalsjefen som skal vurdere på hvilket organisasjonsnivå det er riktig å gjennomføre ROS. Hensikten er å forebygge lovbrudd, skader, uhell og uønskede hendelser gjennom å dokumentere at Horten kommune har gjort en vurdering av forholdet mellom risiko og risikoreducerende tiltak, samt å dokumentere hvordan dette skal følges opp.

Prosedyren sier at det skal gjennomføres ROS årlig i 1. tertial på følgende temaer i alle kommunalområder:

- Måloppnåelse i virksomhetsplanen
- Personvern og informasjonssikkerhet - (Egen mal og veileder)
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Kvalitet på tjenester og forvaltning
- HMS - Helse, miljø og sikkerhet - (Egen mal og veileder)

Prosedyren sier at listen ikke er uttømmende, og at det kan være andre risikoområder innen kommunalområdene som må vurderes i tillegg. Løpende risikovurderinger skal gjøres etter behov, når leder vurderer det som nødvendig.

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen om Barneverntjenesten i Horten kommune, levert tidligere i år, anbefalte vi kommunen å *vurdere å ta inn i prosedyren for ROS, at ROS-analyser skal gjennomføres systematisk/ årlig*. Det er nå tatt inn i den reviderte prosedyren, at ROS-analyser skal gjennomføres årlig, hver 1. tertial.

Prosedyren viser at kommunen baserer sin metode for risikovurdering på KS' modell for risikobasert internkontroll. Denne prosessen består av fem steg:

1. Kartlegge risiko
2. Vurdere risiko
3. Identifisere og dokumentere tiltak
4. Oppfølging av tiltak
5. Vurdere risiko etter igangsatte tiltak

Kartlegging og vurdering av risiko er en systematisk fremgangsmåte for å analysere hvor sannsynlig det er for at en hendelse oppstår, og graden av konsekvens hendelsen kan føre til. Resultatet av ROS analysen vil indikere om det er nødvendig å sette inn tiltak, og behov for oppfølging av tiltak for å redusere risiko for en hendelse. Prioriterte tiltak skal synliggjøres i kommunens virksomhetsplan.³ Iverksatte tiltak skal evalueres for å sikre ønsket effekt og måloppnåelse. Alle gjennomførte ROS analyser skal lagres i Websak, med minimum en sak pr.

³ Kommunens internrevisor, som er ansvarlig for utarbeidelse og revidering av denne prosedyren, har opplyst at dette betyr at tiltakene som er **prioritert** skal inn i virksomhetsplanen, ikke nødvendigvis alle. Hun opplyser at det viktigste punktet er den siste setningen; Iverksatte tiltak skal evalueres for å sikre ønsket effekt og måloppnåelse. Flere virksomheter bruker også ROS analysene som mer dynamiske arbeidsdokumenter hvor tiltak følges opp der. Videre

kommunalområde eller tjenesteområde årlig. Malen ligger tilgjengelig både med link fra prosedyren og i fulltekst som vedlegg til prosedyren.

Prosedyren sier at enhetsleder har følgende ansvar innenfor ROS-arbeidet:

- Følge opp identifiserte tiltak i sektorovergripende ROS - internkontroll.
- Identifisere hvilke ROS-vurderinger som er nødvendige innenfor eget kommunalområde i tråd med linjeleders ansvar og faglige vurderinger.
- Gjennomføring av ROS-vurderinger i henhold til aktuelle lover og forskrifter med krav om internkontroll innen eget ansvarsområde.
- Sikre at prioriterte tiltak etter ROS vurderingene følges opp og evalueres.
- Sikre at ansatte deltar i arbeidet med ROS-vurderinger som er relevante for dem.
- Sikre at de aktuelle møtearenaer benyttes i prosessene (eks. HMS og kvalitetsutvalg)

2.3.2. ROS-analyser

Ifølge enhetsleder gjennomføres hjemmetjenestens ROS-analyser både systematisk (årlig) og ved behov. Analysene består av kartlegging og vurdering av risiko, beskrivelse av tiltak for å redusere risiko, hvem som er ansvarlig for tiltakene og frist for oppfølging av hvert tiltak.

Vi har mottatt dokumentasjon som viser at hjemmetjenesten både i 2021 og i 2022 har gjennomført ROS-analyser innenfor alle temaer som prosedyren krever, rettere sagt:

- Samfunnssikkerhet og beredskap
- HMS - Helse, miljø og sikkerhet
- Måloppnåelse i virksomhetsplanen
- Personvern og informasjonssikkerhet
- Kvalitet på tjenester og forvaltning

opplyser hun at noen ROS analyser er mer ad-hoc, eller knyttet til konkrete hendelser (f.eks. Covid) og som ikke er aktuelle å legge inn i en virksomhetsplan.

Hun skriver også at dette er et område i rutinen som de stadig har oppe til vurdering (og som er justert fra sist revisjon), men som er utfordrende i praksis fordi ROS analyser gjøres på ulike nivåer og områder og hvor det ikke nødvendigvis er riktig å legge det inn i virksomhetsplanen.

Ifølge enhetsleder er analysene dokumentert i Websak.

ROS-analysene tar utgangspunkt i sjekklisten for internkontroll i Framsikt, og enhetsleder rapporterer årlig i Framsikt på at ROS er gjennomført på disse områdene.

ROS – Kvalitet på tjenesten

I 2021 ble det gjennomført ROS på følgende områder knyttet til manglende eller lav kvalitet på tjenesten:

- Manglende pasientoppfølging pga tidspress eller manglende tilgjengelig fagpersonell
- Svikt i samhandling/overganger
- Ansatte ikke leser BRP (tiltaksplan) eller utilfredsstillende dokumentasjon
- Manglende opplæring
- Manglende rutiner

Tiltak for å redusere risiko, hvem som er ansvarlig for å følge opp hvert tiltak og frist for oppfølging fremgår av analysedokumentet.

I 2022 ble det gjennomført ROS på disse områdene knyttet til manglende eller lav kvalitet på tjenesten:

- Høy avviksfrekvens på legemiddelhåndtering (45% andel av tjenesteavvikene i 2021)
- Ansatte ikke leser BRP (tiltaksplan) eller utilfredsstillende dokumentasjon
- Manglende opplæring
- Manglende rutiner

Tiltak, ansvarlig og frist for oppfølging av hvert tiltakene fremgår også.

Vi ser at flere områder vurderes som risikoområder begge årene, mens *Høy avviksfrekvens på legemiddelhåndtering* er et nytt risikoområde i 2022, som følge av høy avviksfrekvens på legemiddelhåndtering i 2022. Dette er et eksempel på sammenheng mellom håndtering av avvik som gjentar seg og hjemmetjenestens rullerende risikovurdering.

Et område knyttet til kvalitet på tjenesten, som ble risikovurdert i både 2021 og 2022, er risiko for at ansatte ikke leser BRP (tiltaksplan) eller utilfredsstillende dokumentasjon. Dette området ble vurdert til høy risiko i 2021, og det ble da satt i gang tiltak som opplæring og forbedringsarbeid i alle avdelinger for å redusere risiko. Temaet ble også vurdert i ROS-analysen i 2022, med tiltak om at forbedringsarbeidet på dokumentasjon i alle avdelinger skal videreføres. Arbeidet skulle evalueres innen 8.9.22. Enhetsleder opplyser at det har vært en evaluering på dette, hvor ledergruppen har blitt enige om at de har kommet så langt med å hente god praksis fra de ulike avdelingene, at det nå skal lage et felles, førende overordnet dokument (rutine).

Virksomhetsplan 2022

I tillegg til ovennevnte ROS-analyser med tiltak, ansvar og frister, viser Virksomhetsplanen for 2022 at det skal utføres tiltak fra gjennomførte ROS-analyser vedrørende HMS-plan.

Virksomhetsplanen spesifiserer hvem som er ansvarlig, frist, status og statusbeskrivelse. Vi har mottatt dokumentasjon som viser at det er gjennomført oppfølging av HMS-ROS-analyser i begge hjemmetjenesteavdelingene, Freia og Gannestad, i september 2022. Referat fra HMS-møter i september viser at oppfølging av ROS-analyser har vært tema.

Virksomhetsplanen for 2022 viser også prioriterte tiltak som Forbedringsarbeid dokumentasjon - et risikoreduserende tiltak (til risikoområdet *Ansatte ikke leser BRP (tiltaksplan) eller utilfredsstillende dokumentasjon*) - som startet i 2021. Det står i planen at alle avdelinger i 2021 startet med et forbedringsarbeid på dette området, som skulle videreføres i 2022. *Gevinster så langt er:*

- *Alle beskjeder/ekstra oppdrag legges nå direkte inn i elektronisk arbeidsplan. Tidligere ble det benyttet egne bøker (svartebok)*
- *Mer systematisk journalføring med gode beskrivelser av pasientsituasjon og ikke kun arbeidsoppgaver*
- *Brannkartlegging er tilrettelagt i journalsystemet og benyttes (tidligere på papir). Dette gir god oversikt over tjenestemottakere i høy risiko og som er i behov av risikoreduserende tiltak og oppfølging.*
- *Majoriteten av helsefagarbeiderne har fått ny opplæring og deltar nå aktivt inn i arbeidet med å holde journaler oppdatert - Tiltaksplaner/IPLOS/Brannkartlegging osv.*

Bakgrunnen for at dette tiltaket er tatt inn i virksomhetsplanen for 2022, er at ansvar for iverksetting og rapportering legges ut i aktuell tjenestene, der hvor problemet er. Avdelingsledere må da rapportere på dette i månedsrapporteringen i Framsikt.

Virksomhetsplanen viser også andre prioriterte tiltak/oppdrag, som er relatert til gjennomførte ROS-analyser. Alle ROS-analyseområdene med tiltak er ikke tatt inn i planen, men ifølge enhetsleder brukes også ROS-analysene i seg selv som arbeidsdokumenter, og følges opp der. Vi har mottatt dokumentasjon som viser at hjemmetjenesten har fulgt opp og evaluert tiltak.

2.4. Revisors vurdering av risikobasert internkontroll

KS' anbefaler at internkontrollen skal være risikobasert. Dette innebærer at det bør kartlegges hva som kan gå galt i kommunen - både innenfor HMS og mer tjenestespesifikt. I forlengelsen av kartleggingen av risikoområder bør risikoreduserende tiltak dokumenteres, iverksettes og evalueres.

Horten kommune har en prosedyre som sier at det årlig skal gjennomføres ROS-vurderinger på utvalgte temaer i alle kommunalområder. Prosedyren sier også at løpende risikovurderingen skal gjøres etter behov, når leder vurderer det som nødvendig. Det foreligger maler som skal benyttes

for ROS-vurderinger. Ledere skal årlig rapportere på at ROS-vurderinger er gjennomført i kommunens rapporteringssystem, Framsikt.

Vi vurderer at hjemmetjenesten gjennomfører ROS-analyser, både systematisk (årlig) og ved behov, og jobber aktivt med risikoreducerende tiltak. Vi vurderer at hjemmetjenesten i 2021 og 2022 har gjennomført ROS-analyser på områdene som kommunens prosedyre krever, og dokumentert disse i WebSak. ROS-analysene viser både kartlegging og vurdering av risiko, og en beskrivelse av iverksatte/ nye tiltak for å redusere risiko i tråd med kommunens prosedyre og mal.

Basert på gjennomgang av dokumentasjon fra 2022, vurderer vi at hjemmetjenesten har et system for å iverksette, følge opp og evaluere tiltakene fra ROS-analysene. Prioriterte tiltak er synliggjort i hjemmetjenesten Virksomhetsplan, og blir fulgt opp gjennom månedrapportering i Framsikt.

2.5. Formalisert internkontroll – data

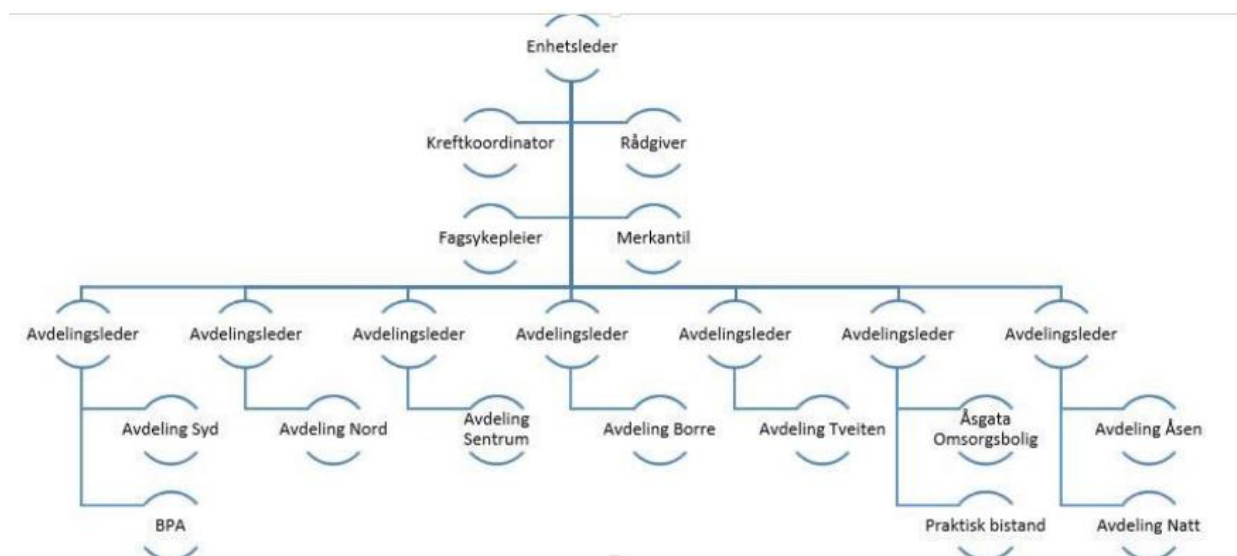
2.5.1. Organisering, mål og oppgaver

Organisering

Hjemmetjenestens virksomhetsplan for 2022 beskriver hvordan enheten er organisert. Enheten består av hjemmesykepleie, praktisk bistand, Åsgata omsorgsbolig og Brukerstyrt Personlig Assistent (BPA);⁴

Det er 6 avdelinger for hjemmesykepleie, fordelt på Nord, Syd, Sentrum, Åsen, Borre og Tveiten. Det er også en egen nattavdeling som håndterer hjemmesykepleieoppgaver og trygghetsalarmer/annen sensorteknologi i hele kommunen.

⁴ Kilde: Virksomhetsplan 2022 - Hjemmetjenesten



Figur 2 – Organisasjonskart – Enhet for Hjemmetjeneste – Horten kommune

I 2021 startet hjemmetjenesten et utviklingsprosjekt der målet var å organisere sykepleieressursene hensiktsmessig utfra planlagte sykepleieoppgaver og uforutsette pasienthendelser som krevde sykepleievurdering. 1. februar 2022 ble det etablert en sykepleieenhet der bemanningen er 3 sykepleiere på dag og 3 på kveld. 2 stk har planlagte pasientoppdrag på sin arbeidsliste og 1 har ansvar for uforutsette pasienthendelser. Alle sykepleierne i hjemmetjenesten (ca. 50 stk) veksler mellom å rullere i sykepleieenheten og sin respektive avdeling. På denne måten skal de sikre:

- Regelmessig håndtering av sykepleieprosedyrer/-oppgaver
- Kollegastøtte (hvis en er usikker på prosedyren, så kan de reise 2 stk)
- Kompetanseøkning
- Bakvakt ved fravær av sykepleier i egen avdeling
- Tilgjengelig sykepleiekompetanse ved ferieavvikling, helligdager osv.
- Erfaringsdeling på tvers av avdelingene i hjemmetjenesten

Sykepleieenheten har også vist seg å være veldig attraktiv for sykepleiestudentene når de er i praksis, og bidrar dermed til økt rekruttering.

Majoriteten av sykepleieoppgavene fra avdelingene overføres til en egen arbeidsplan for sykepleieenheten og blir deretter optimert ved bruk av Spider. Dette gjør at personkontinuiteten opprettholdes da Spider velger tjenesteansvarlig eller den som har vært der mest.

Mål

Hjemmetjenestens virksomhetsplan for 2022 viser *Mål og satsinger* og *Måltabell*. Mål og satsinger er operasjonaliserte målsettinger fra strategiplanen for helse og velferd:

Mål og satsinger

Hovedmål	Delmål	Satsingsområde
02. Attraktivitet - Horten kommune er det mest spennende og innovative stedet å arbeide og drive næringsvirksomhet i Oslofjord-regionen	Helse og velferd er en attraktiv arbeidsplass	Attraktivitet
	Hjemmetjenesten er en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere	
11. Trygghet for innbyggerne - Lokalsamfunnet er i stand til å møte morgendagens behov	Helse og velferd utvikler tjenester i samsvar med innbyggernes behov	Trygghet for innbyggerne
12. Trygghet for innbyggerne - Tjenester tilbys i nødvendig omfang og kvalitet i alle livsfaser og befolkningsgrupper	All tjenesteutøvelse skal understøtte egenmestring og pasientens egen målsetting for tjenesten	Trygghet for innbyggerne
	Helse og velferd har riktige tjenester	
	Hjemmetjenesten skal sikre et helhetlig palliativt forløp, samt implementere hjelpe og kartleggingsverktøy for å sikre best mulig livskvalitet til palliative pasienter og for identifisering av pårørendes behov.	

Måltabell

Hovedmål	Delmål	Indikator	Resultat 2021	Resultat 2022
02. Attraktivitet - Horten kommune er det mest spennende og innovative stedet å arbeide og drive næringsvirksom	Hjemmetjenesten er en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere	Ansattes trivsel, målt i medarbeiderundersøkelsen 10-faktor hvert 2. år		
	Hjemmetjenesten er en attraktiv	Etablere sykepleierenhet		Enhet er implementert og i drift

het i Oslofjord-regionen	arbeidsplass for sykepleiere	Tilstrekkelig antall søkere per ledig sykepleierstilling		
11. Trygghet for innbyggerne - Lokalsamfunnet er i stand til å møte morgendagens behov	Helse og velferd utvikler tjenester i samsvar med innbyggernes behov	Implementering av digitalisering og velferdsteknologi		>5 teknologier i drift
12. Trygghet for innbyggerne - Tjenester tilbys i nødvendig omfang og kvalitet i alle livsfaser og befolkningsgrupper	All tjenestutøvelse skal understøtte egenmestring og pasientens egen målsetting for tjenesten		0	
	Helse og velferd har riktige tjenester	Gjennomføre brukerundersøkelser		Gjennomføre brukerundersøkelse
	Hjemmetjenesten skal sikre et helhetlig palliativt forløp, samt implementere hjelpe- og kartleggingsverktøy for å sikre best mulig livskvalitet til palliative pasienter og for identifisering av pårørendes behov.			0

Ifølge enhetsleder for hjemmetjenesten har de per nå få målindikatorer for hjemmetjenesten. Dette har de gått bort fra, da de har funnet ut at det er utfordrende å finne valide data på indikatorene. De forholder seg nå til Helsedirektoratets indikatorer og egne målsettinger (gjennom kommunedirektørens forventningsbrev). Målene henger også sammen med en rullering av Kommuneplanens Samfunnsdel. Det rapporteres på mål for hele kommunalområdet Helse og Velferd (per tertial) og i kommunens Årsrapport.

Oppgaver

Kommunes dokument Vilkår og retningslinjer for tildeling av Helse og omsorgstjenester i Horten kommune, beskriver hvilke Helse- og omsorgstjenester som ytes etter enkeltvedtak, herunder oppgavene som helsetjenester i hjemmet skal utføre. Dokumentet er nærmere beskrevet under punkt 3.2.2.

Hjemmetjenestens virksomhetsplan for 2022 beskriver hvilke oppgaver de ulike avdelingene i hjemmetjenesten har:

Hjemmesykepleie yter nødvendig helsehjelp til personer med akutt skade eller sykdom, personer med kronisk sykdom eller som har en funksjonssvikt som medfører behov for personlig bistand. Alle som bor eller oppholder seg i Horten kommune har rett til å motta nødvendig helsehjelp.

Åsgata omsorgsbolig, er en døgnbemannet omsorgsbolig med 18 leiligheter, tilpasset personer med kognitiv svikt.

Praktisk bistand er en betalbar tjeneste og gis til personer som ikke mestrer å utføre praktiske gjøremål av medisinske og/eller psykososiale grunner.

Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og personlig assistanse på. Ordningen er beregnet for personer med fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse.

2.5.2. Rutiner og prosedyrer for hjemmetjenesten - data

Hjemmetjenesten har utarbeidet en rekke rutiner for etterlevelse av aktuelle lover og annet regelverk.

Horten kommunes kvalitetssystem, Compilo, ligger tilgjengelig for de ansatte på kommunens intranett. Compilo består av flere moduler, blant annet et dokumentbibliotek.

Vi har undersøkt om hjemmetjenestens rutiner lå i dokumentbiblioteket, og fant at de lå i en egen mappe under kommunalområdet Helse og velferd - Administrasjon og drift - Hjemmetjenester. Rutinene/ dokumentene var sortert alfabetisk, og det lå totalt 50 rutiner/ instruksjer/ sjekklister/stillingsbeskrivelser der.

Vi så nærmere på et tilfeldig utvalg rutiner/ instruksjer, hvor alle var datert, og sist revidert i 2022.

2.6. Revisors vurdering av formalisert internkontroll

Vi vurderer at hjemmetjenestens internkontroll er formalisert, ved at virksomhetenes organisering, mål og oppgaver er beskrevet i enhetens virksomhetsplan. Videre har hjemmetjenesten rutiner for etterlevelse av gjeldende lover og annet regelverk. Rutinene er samlet i Horten kommunes kvalitetssystem, Compilo, de er oppdaterte og tilgjengelige for ansatte i hjemmetjenesten.

2.7. Kontrollaktiviteter - avvikssystem - data

2.7.1. Avvikssystemet i Compilo – data

Fra 1.1.2021 har Horten kommune benyttet avvikssystemet i Compilo.

Kommunen har en overordnet prosedyre for Avvikshåndtering, som ligger tilgjengelig for alle ansatte i dokumentbiblioteket i Compilo, under kommunens sektorovergripende dokumenter. Prosedyren er sist revidert 16. mars 2022, og neste revisjon er satt til 16. mars 2023. Om prosedyrens formål sies følgende:

Horten kommune skal til enhver tid legge til rette for tydelig ledelse og gode systemer for å unngå brudd på rutiner, skader og svikt i tjenestene.

Med avvik menes praksis som ikke er i samsvar med lover, forskrifter eller egne styrende dokumenter og rutiner. Manglende eller mangelfulle rutiner er også avvik. Opplevd avvik ut fra egen faglig vurdering skal meldes.

- *Fremskaffe fakta for å lære, håndtere, forbedre og systematisere beste praksis*
- *Når svikt skjer, har kommunen et system for å fange opp hendelser slik at vi reduserer risiko og har evne til forbedring og læring*
- *Informasjon fra avviksrapporteringen sammenstilles, analyseres og integreres i kommunens rapporteringssystem*
- *Oppmerksomheten skal rettes mot hendelsen og ikke personen*

Det framgår av prosedyren at den gjelder for alle ansatte i kommunen, og at alle ansatte kan melde avvik i kommunens kvalitetssystem. Avvik kan også meldes på mobil. Prosedyren viser

ansvaret til de ulike rollene i kommunen:

Rolle	Ansvar
Kommunedirektør	Overordnet ansvar for internkontroll og tilstrekkelige systemer.
Kommunalsjefer	Ha oversikt over avvikstendenser i eget kommunalområde Sikre god meldekultur og tilstrekkelig opplæring Sikre at avvik i eget kommunalområde behandles og evt løftes til overordnet nivå/tilsynsmyndigheter.
Ledere	Ha oversikt over avvikstendenser i eget ansvarsområde Sikre god meldekultur og tilstrekkelig opplæring (spesielt for nyansatte) Sikre at avvik i eget ansvarsområde behandles og evt løftes til overordnet nivå Sikre at læring og endrer praksis på bakgrunn av innmeldte avvik
Ansatte	Har plikt til å sette seg inn i gjeldende regler og benytte avvikssystemet som forutsatt

Hovedverneombud skal ha innsyn i alle HMS-avvik, og lokalt verneombud skal ha innsyn i alle lokale HMS-avvik.

Videre sier prosedyren at ledere skal:

- *Behandle og følge opp avvik fortløpende - kontinuering*
- *Gjennomgang av avvikstendenser i HMS- og kvalitetsutvalg - månedlig*
- *Ta opp som tema i personalmøter/avdelingsmøter – ved behov*
- *Rapportere i Framsikt - månedlig*

Meldte avvik i hjemmetjenestene

Vi har mottatt statistikk som viser alle meldte avvik i hjemmetjenesten i perioden 1.1. – 31.12.21 og 1.1. – 31.08.22. Statistikken er hentet fra Compilo. Tabellene og figuren nedenfor viser avviksstatistikk for 2021 og 2022.

Kategorier avvik	Totalt antall meldte avvik		
	1.1.21- 31.8.21	1.1.21- 31.12.21	1.1.22- 31.8.22
HMS	32	46	28
Organisasjon/internt	6	7	4
Personvern / Informasjonssikkerhet	4	6	2
Tjeneste – tjenestemottaker	197	285	189
Ytre miljø	0	0	0

Totalt	231	332	216
Antall lukkede avvik per 31.08.			194
Antall åpne avvik per 31.08.			22
Gjennomsnittlig behandlingstid	15 dager	25 dager	11 dager

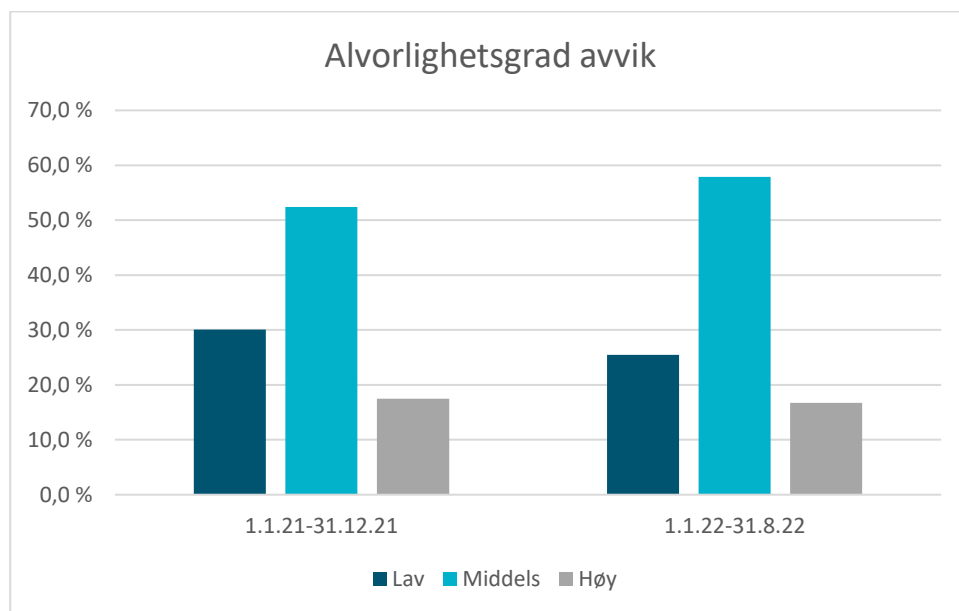
Tabell 3 - Antall meldte avvik fordelt på kategorier – Hjemmetjenesten - 2021 og 2022

Tabellen viser at det i 2021 var meldt 332 avvik i hjemmetjenesten. Hovedandelen, 86 %, gjelder tjeneste – tjenstemottakeravvik. Eksempler på slike avvik er vedtak som ikke fulgt opp/ manglende iverksetting av tjenester, manglende dokumentasjon i journalen, manglende informasjon/ kommunikasjon, saksbehandlingstid/fristbrudd mm.

Tabellen viser også at det ikke er stor forskjell på antall meldte avvik i hjemmetjenesten per 31.08.21 (231) og 31.08.22 (216).

Vi ser at gjennomsnittlig behandlingstid på meldte avvik er mye høyere i hele 2021 (25 dager) enn per 31.8.21 og per 31.8.22. Kommunen forklarer at dette delvis skyldes korona, men også noen brukerfeil, ved at ledere slet med å lukke oppdrag. Avvikssystemet i Compilo var dessuten nytt i 2021.

Figuren nedenfor viser fordeling av alvorlighetsgraden i avvikene i hele 2021 og avvikene per 31.08.22.



Figur 3 – Alvorlighetsgrad avvik – Hjemmetjenesten – 2021 og 2022

Som vi ser har over halvparten av meldte avvik middels alvorlighetsgrad både i 2021 og 2022. Andelen middels alvorlighetsgrad er noe høyere, og andelen lav alvorlighetsgrad er noe lavere i 2022, sammenlignet med 2021. Høy alvorlighetsgrad har lavest andel for begge årene, på under 20 %.

Tabellene nedenfor viser avvik fordelt på hjemmetjenestens soner i 2021 og 2022:

Kategorier avvik	Fordelt pr. hjemmetjenestesone							
	Tveiten		Nord		Syd		Borre	
	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22
HMS	4	5	14	0	3	2	17	8
Organisasjon/internt	2	0	1	0	1	2	2	0
Personvern / Informasjonssikkerhet	2	1	0	0	2	0	1	0
Tjeneste – tjenestemottaker	40	43	29	5	60	15	73	46
Ytre miljø	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	46	49	42	5	65	17	88	52
Antall lukkede avvik per 31.08		37		4		17		52
Antall åpne avvik per 31.08		12		1		0		0
Alvorlighetsgrad Avvik								
Lav	33,3 %	38,8 %	20,0 %	0,0 %	62,0 %	29,4 %	30,9 %	32,7 %
Middels	61,1 %	55,1 %	56,0 %	60,0 %	34,0 %	58,8 %	47,1 %	51,9 %
Høy	5,6 %	6,1 %	24,0 %	40,0 %	4,0 %	11,8 %	22,1 %	15,4 %

Tabell 4 - Antall meldte avvik fordelt på kategorier og soner i Hjemmetjenesten - 2021 og 2022

Kategorier avvik	Fordelt pr. hjemmetjenestesone							
	Sentrum		Åsen		Åsgata/praktisk bistand		Natt	
	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22	1.1.21-31.12.21	1.1.22-31.8.22
HMS	4	5	2	6	1	0	1	2
Organisasjon/internt	0	1	24	1	0	0	1	0
Personvern / Informasjonssikkerhet	0	0	0	0	1	0	0	0
Tjeneste – tjenestemottaker	17	28	0	7	36	45	4	0
Ytre miljø	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	21	33	26	12	37	45	5	2

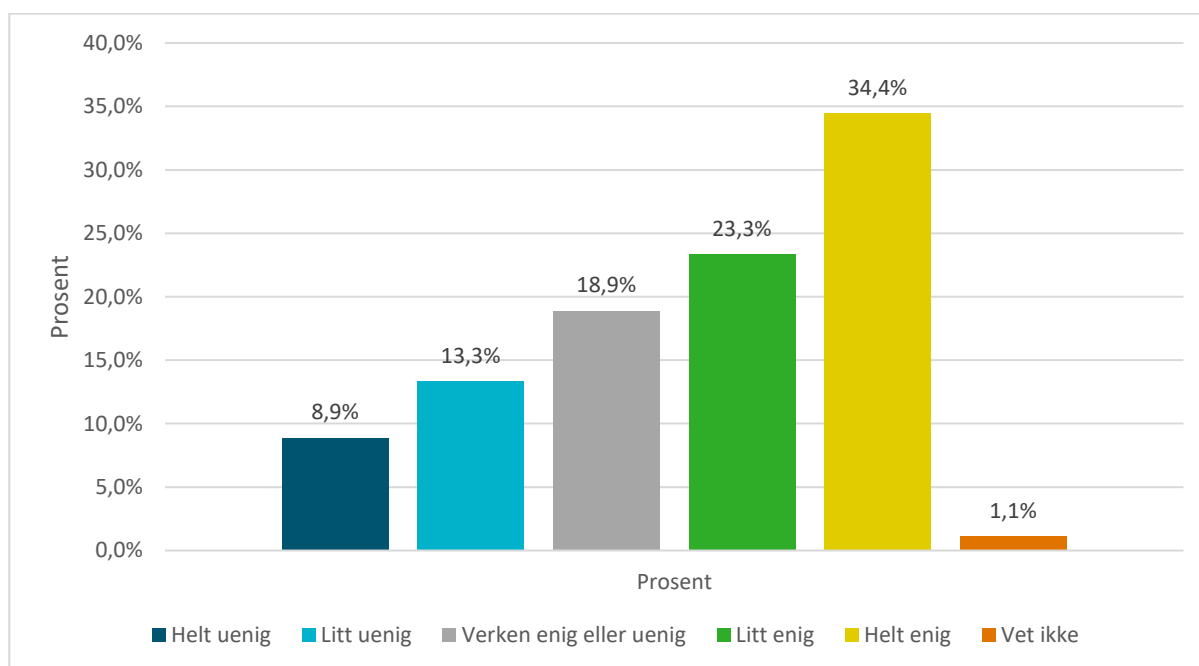
Antall lukkede avvik per 31.08		32		8		44		2
Antall åpne avvik per 31.08		1		4		1		0
Alvorlighetsgrad Avvik								
Lav	33,3 %	30,3 %	28,6 %	8,3 %	13,0 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %
Middels	44,4 %	57,6 %	64,3 %	33,3 %	65,2 %	71,1 %	25,0 %	100,0 %
Høy	22,2 %	12,1 %	7,1 %	58,3 %	21,7 %	22,2 %	75,0 %	0,0 %

Tabell 5 - Antall meldte avvik fordelt på kategorier og soner i Hjemmetjenesten - 2021 og 2022

Tabellene viser at det har vært meldt avvik i alle hjemmetjenestens soner både 2021 og 2022. Det er variasjon i omfang av meldte avvik i sonene – og også variasjoner mellom årene 2021 og 2022. Graden av alvorlighet i avvikene varierer også.

Spørreundersøkelse – hva mener ansatte om å melde avvik/ avvikshåndtering?

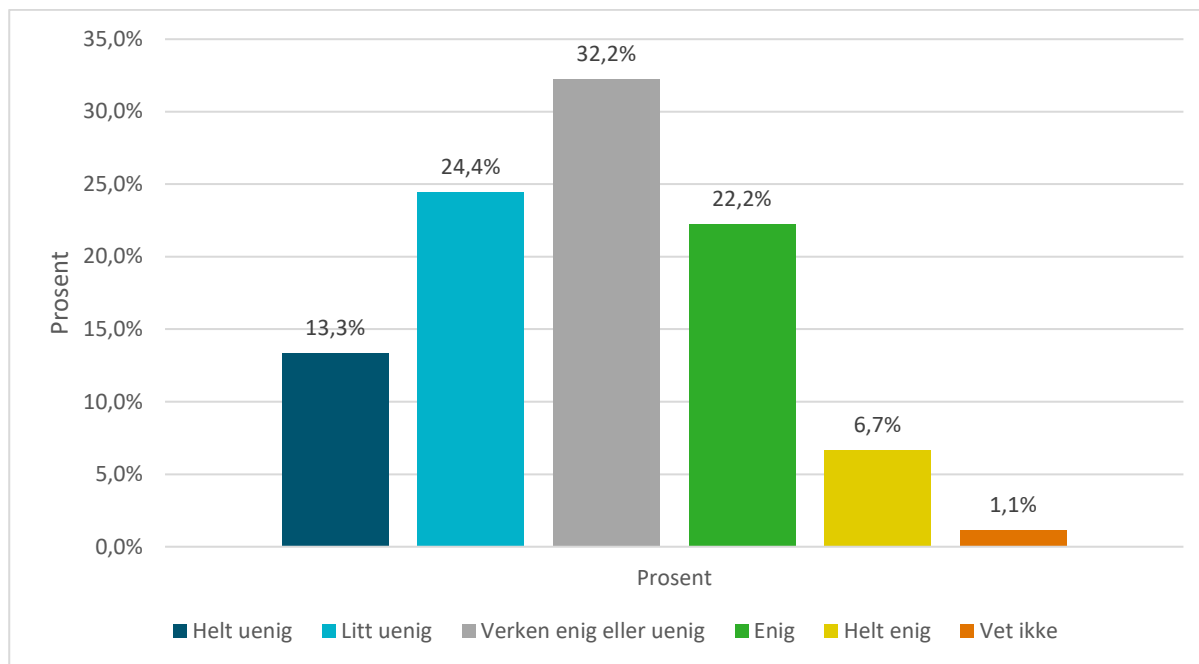
Vi har bedt alle de ansatte i hjemmetjenesten om å svare på ulike påstander om avvikshåndtering. Vi spurte først om de ansatte opplevde at deres ledere oppfordret dem til å skrive avvik.



Figur 4 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Min leder oppfordrer meg til å melde avvik N= 90

Figur 4 viser at hovedandelen av ansatte (58 %), er litt eller helt enig i at leder oppfordrer til å melde avvik, mens 22 % er litt eller helt uenig i dette og 19% er verken enig eller uenig.

Videre spurte vi om det ble lagt til rette for at de ansatte kunne få meldt avvik i løpet av arbeidsdagen:



Figur 5 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen N= 90

Figur 5 viser at det er stor variasjon i svarene på dette området. 29 % er litt eller helt enig i at det legges til rette slik at de har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen. 38 % er litt eller helt uenige, mens 32 % svarer at de verken er enig eller uenig i påstanden.

Hva mener tillitsvalgte og verneombud?

Vi har hatt gruppeintervju med to tillitsvalgte og et verneombud, som jobber på ulike avdelinger i hjemmetjenesten, om temaene i denne forvaltningsrevisjonen.

En av de tre vi snakket med mener at hennes leder oppfordrer til å melde avvik og at det legges til rette slik at man har tid til å melde avvik, mens de to andre mente at det ikke var tilfelle på deres avdelinger. Alle opplever at det i praksis er liten tid til å melde avvik. Dersom avvikene gjelder pasienter, så kan de ikke meldes på telefonen, noe som i praksis gjør det enda vanskeligere å melde avvik.

Alle de tre forteller at de skriver avvik, men de opplever at kolleger ikke skriver avvik, fordi de ikke har tro på det. Kolleger sier de føler at avvikene stopper hos egen leder, og at det ikke skjer tiltak og endringer, f.eks. ved brudd på bemanningsplaner. De tre vi snakket med oppfordrer sine kolleger til å skrive avvik, for å vise mangler ved tjenesten.

2.7.2. Oppfølging av meldte avvik - data

Kommunens prosedyre for avvikshåndtering, nevnt under pkt. 3.7.1, sier at ledere skal

- Ha oversikt over avvikstendenser i eget ansvarsområde
- Sikre god meldekultur og tilstrekkelig opplæring (spesielt for nyansatte)

- Sikre at avvik i eget ansvarsområde behandles og evt løftes til overordnet nivå
- Sikre at læring og endrer praksis på bakgrunn av innmeldte avvik

Videre sier prosedyren at ledere skal:

- Behandle og følge opp avvik fortløpende.
- Gjennomgang av avvikstendenser i HMS- og kvalitetsutvalg.
- Ta opp som tema i personalmøter/avdelingsmøter.
- Rapportere i Framsikt.

Enhetsleder for hjemmetjenesten forteller at det er en systematikk i hvordan hjemmetjenesten skal jobbe med oppfølging av meldte avvik, men at noen soner/avdelinger bruker avvikssystemet mer aktivt enn andre.

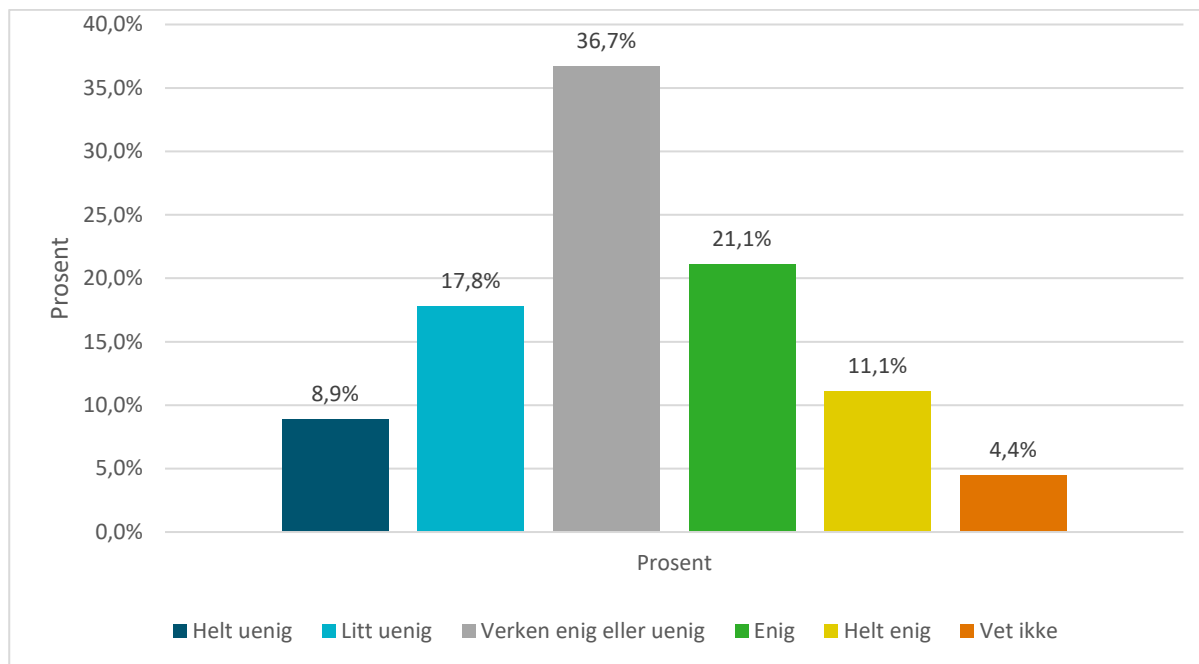
De kan benytte en funksjon i avvikssystemet, der den som har mottatt avviket (for eksempel avdelingsleder), oppretter et *Oppdrag* for avviket, og hvor en eller flere personer blir involvert for å få til samarbeid rundt forbedringsforslag/løsninger. Per 30.9.22 var det opprettet Oppdrag for ca. 29 % av avvikene i 2022, mens 71% av avvikene var uten oppdrag.

Videre opplyser enhetsleder:

- *Avvikssystemet kan gjøre at de kan se på: Antall oppdrag: forklarer hvor mange som har vært involvert i avvikshåndtering – synliggjøre for personalgruppa*
- *Alle HMS-møter, både lokale og felles – skal gå gjennom omfang avvik + HMS-avvikene*
- *Enhetsleder har jobbet med medisinrutsrutiner, pga høy avviksfrekvens på legemiddelhåndtering i 2021*

Spørreundersøkelse – hva mener ansatte om oppfølging av meldte avvik?

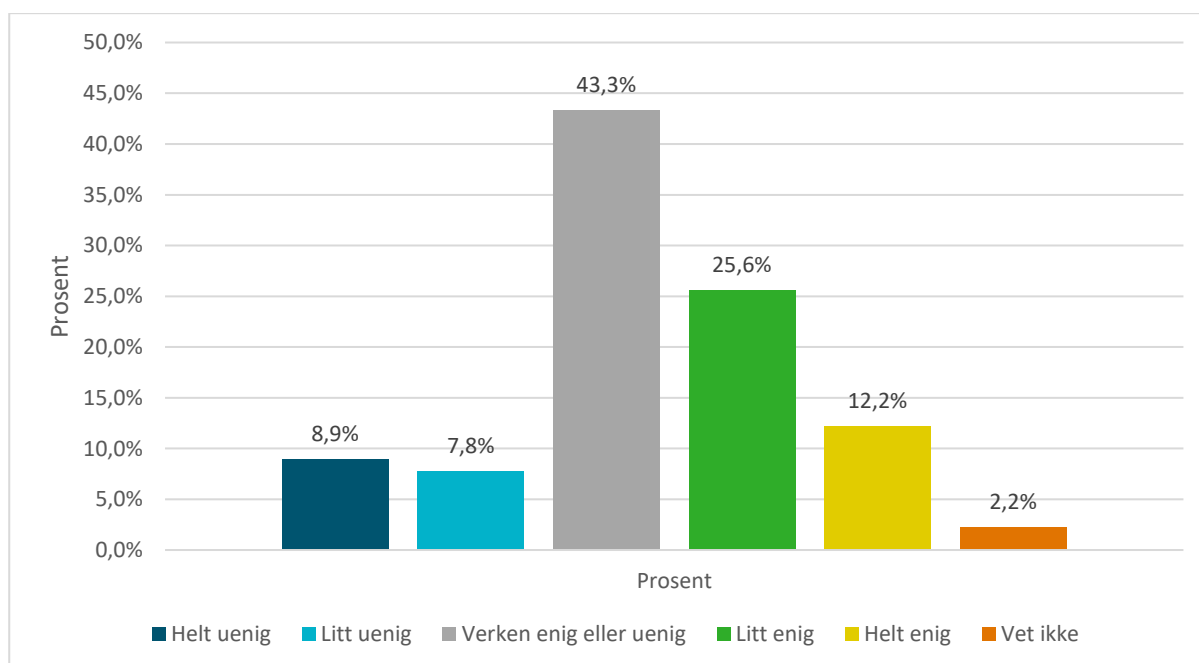
De ansatte ble bedt om å svare på to påstander om oppfølging av meldte avvik. Den første gikk på om meldte avvik har ført til endring/forbedring av rutiner/prosedyrer.



Figur 6 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/ rutiner N= 90

Det er stor variasjon i svarene. Hovedandelen av ansatte (36,7 %), svarer at de verken er enig eller uenig i påstanden om at meldte avvik har ført til endringer/forbedring av prosedyrer/ rutiner, mens 15,5 % er litt eller helt enig i påstanden og 27 % er helt eller litt uenig i påstanden.

Vi spurte også om meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis.



Figur 7 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis N= 90

Også her er den største andelen av ansatte (43,4 %), verken er enig eller uenig i påstanden om at de er kjent med at meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis. 38 % er litt eller helt enig i påstanden, mens 17 % er helt eller litt uenig i dette.

Hva mener tillitsvalgte og verneombud?

Alle de tre vi intervjuet, svarte nei på vårt spørsmål om meldte avvik har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/ rutiner.

To av de tre mener at meldte avvik heller ikke har ført til læring og forbedring av praksis, da det som regel bare er enkeltsaken som lukkes. De presiserte likevel at de innimellom går ut en melding på områder der det har vært mye avvik. De har fått tilbakemelding om at korona delvis har vært årsaken til at de ikke kunne samles for å lære.

En av de tre fortalte at hun har vært med på å gå igjennom avvik med ledere i sin avdeling, ROS-analysert dem og evaluert. Hun opplever læring og forbedring av praksis som følge av meldte avvik. Noen ting tar kanskje litt tid, men det blir tatt tak i, mener hun.

De tre var enige om at det er ganske stor forskjell på hvilken avdeling man jobber på når det kommer til både oppfølging av avvik, og at det ikke burde komme an på hvilken leder man har når det kommer til forsvarlig og gode tjenester.

2.8. Revisors vurdering – kontrollaktiviteter - avvikssystemet og oppfølging av meldte avvik

Horten kommune har etablert et system for avvikshåndtering, i tråd med KS' anbefalinger. Kommunen har en overordnet prosedyre for avvikshåndtering. Alle ansatte i hjemmetjenesten kan melde avvik ved å logge seg på kommunens kvalitetssystem, Compilo, og registrere avvik der.

Statistikk over meldte avvik i 2021 og 2022 (per 31.08.) viser at alle sonene i hjemmetjenesten har tatt i bruk avvikssystemet i Compilo.

Spørreundersøkelsen til ansatte og gruppeintervju, tyder på at ledere i ulik grad oppfordrer til å melde avvik og legger til rette for at den enkelte har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen.

Avviksstatistikken viser at hjemmetjenesten følger opp og lukker meldte avvik. Noen soner/avdelinger bruker avvikssystemet mer aktivt enn andre.

Vi vurderer at hjemmetjenesten i stor grad jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentakende avvik, og for å sikre læring og forbedring. Det er positivt at vi kan se en sammenheng mellom ROS-vurderinger (i 2021 og 2022) på områder med høy avviksfrekvens disse årene (f.eks. legemiddelhåndtering og utilfredsstillende dokumentasjon/Ansatte leser ikke

BRP (tiltaksplan)), og at tiltak for å redusere risiko er tatt inn som prioriterte oppdrag i hjemmetjenestens virksomhetsplan. Vi vurderer at dette er et eksempel på at det er en sammenheng mellom håndtering av avvik som gjentar seg og hjemmetjenestens rullerende risikovurdering, slik at forbedring og læring kan skje og risiko på området reduseres.

Intervjuer og spørreundersøkelsen til ansatte, viser imidlertid at avdelingene i hjemmetjenesten i ulik grad jobber systematisk med å følge opp avvik for å sikre læring og forbedring. Vi mener at systematisk oppfølging av avvik ute i avdelingen er viktig, for å redusere risiko for at avvik gjentar seg.

2.9. Konklusjon problemstilling 1

I hvilken grad har enhet Hjemmetjenester en forsvarlig internkontroll?

Vi konkluderer med at enhet Hjemmetjenester i Horten kommune, innenfor de områdene vi har sett på, har en forsvarlig internkontroll.

Vi vurderer at hjemmetjenestens internkontroll er risikobasert, i samsvar med hva KS' veileder anbefaler. Hjemmetjenesten gjennomfører ROS-analyser, både systematisk (årlig) og ved behov, og jobber aktivt med risikoreduserende tiltak.

Vi vurderer også at hjemmetjenesten internkontroll er formalisert. Enhetenes organisering, mål og oppgaver er beskrevet i enhetens virksomhetsplan, og hjemmetjenesten har rutiner for etterlevelse av gjeldende lover og annet regelverk. Rutinene er oppdaterte og samlet i kommunes kvalitetssystem, Compilo, og tilgjengelige for ansatte i hjemmetjenesten.

Horten kommune har et system for avvikshåndtering. Alle ansatte i hjemmetjenesten kan melde avvik ved å logge seg på kommunens kvalitetssystem, Compilo. Statistikk over meldte avvik i 2021 og 2022 viser at hjemmetjenesten har tatt i bruk avvikssystemet. Vi vurderer at hjemmetjenesten i stor grad jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentakende avvik, og for å sikre læring og forbedring. Intervjuer og spørreundersøkelsen til ansatte, viser imidlertid at avdelingene i hjemmetjenesten i varierende grad jobber systematisk med dette.

3. Problemstilling 2 – Helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?

2. I hvilken grad utføres helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?

3.1. Revisjonskriterier – vedtak om helsetjenester i hjemmet

- Ved tildeling av helsetjenester i hjemmet skal det fattes enkeltvedtak. Vedtaket skal være skriftlig, begrunnet, angi hva som er målsetningen med vedtaket, og inneholde opplysning om klageadgang og klageinstans. Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet
 - hvilke tjenester som skal gis
 - i hvilket omfang og til hvilken tid tjenester skal gis
 - for hvor lang tid vedtaket gjelder

3.2. Vedtak om helsetjenester i hjemmet – data

3.2.1. Hvordan få vedtak om helsetjenester i hjemmet?

Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten er det i hovedsak to innganger som gir vedtak om helsetjenester i hjemmet:

1. Søknad om helsetjenester i hjemmet til Helse- og boligservice

Etter mottatt søknad er det opp til Helse og Boligservice (forvaltningskontoret) å kartlegge og eventuelt innhente flere opplysninger, sjekke om vilkår er oppfylt og fatter vedtak. Det sendes kopi av vedtaket, med innhold og målsetting for tjenesten, til innbygger.

Forvaltningskontoret legger innholdet i tjenesten, med estimert tid til de forskjellige bistandsbehovene. Det er en egen fane i CosDoc (kommunens fagsystem) der bistandsbehovene fremkommer med estimer for tidsbruk, f.eks. 30 min. for dusj mm. (den estimerte tiden kan deretter enkelt endres i arbeidsplan på den enkelte pasient, dersom det f.eks. er behov for mer/mindre tid etter at tjenesten er startet opp i Hjemmesykepleien).

Forvaltningskontoret oppretter tjenesten med vedtak til hjemmetjenester i CosDoc, og sender beskjed om ny pasient på e-post i CosDoc. Det er nøkkelpersoner i hjemmetjenesten, som mottar dette - går til flere – sikkerhetsnett. Ansvaret for oppstart av tjenesten er nå overlatt til hjemmetjenesten.

Ifølge enhetsleder kommer de færreste pasientene inn i tjenesten denne veien. De fleste kommer via korttidsopphold på sykehjem, fra sykehuset eller pga en akutt problemstilling i hjemmet.

2. Hastevedtak:

- a. **Pasienter fra Braarudåsen**, (senter for lindrende, korttids- og rehabiliteringspasienter).

For disse pasienten er mye av tjenesten allerede satt. De er kartlagt og vurdert av et tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Der pasienten er ny for hjemmetjenesten, eller en «kjent pasient» har fått et vesentlig endret funksjonsnivå, gjennomføres et samarbeidsmøte med personell fra Braarudåsen, pasienten selv, veldig ofte pårørende og en representant fra hjemmetjenesten. Pasientens bistandsbehov drøftes, og referat skrives. Så starter tjenesten opp på samme måte som nevnt over.

- b. **Pasienter direkte fra sykehuset eller som følge av noe akutt i hjemmet.**

Hjemmetjenesten får melding om dette fra Helse- og boligservice. For disse pasientene legges det mye ansvar for kartlegging på hjemmetjenesten.

Også for pasientene i gruppe 2 fatter forvaltningskontoret vedtak, men de bygger i stor grad dette på kartlegginger som hjemmesykepleien har gjort.

Ifølge enhetsleder skjer det ofte endringer i tjenestefanget underveis.

3.2.2. Rutiner for saksbehandling av Helse- og omsorgstjenester i Horten kommune

I Horten kommune er det enhet Helse- og boligservice som har ansvar for å behandle søknader om helse- og omsorgstjenester (inkludert helsetjenester i hjemmet) for innbyggere over 18 år.

Kommunen har **retningslinjer** og **rutiner** for tildeling og saksbehandling av helse- og omsorgstjenester. Nedenfor har vi beskrevet de viktigste retningslinjer/ rutiner i dette arbeidet:

Vilkår og retningslinjer for tildeling av Helse- og omsorgstjenester i Horten kommune 2022

Dokumentet viser hvilke lover, forskrifter, vilkår og retningslinjer, som er førende for tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Tjenester tildeles med bakgrunn i kartlagte individuelle behov.

Dokumentet sier at følgende er hensikten med Helse- og boligservice:

- Ivareta innbyggernes rettssikkerhet og sikre lik saksbehandling og oppfølging
- Tydeliggjøre kommunens ansvar som forvalter og tjenesteyter
- Oppnå bedre styring mellom behov og bruk av ressurser
- Sikre helhet og sammenheng i tjenester og pasientforløp

Intensjonen med brukernes tjenesteforløp er at bistanden og tjenesten skal ha et klart formål. Tjenesteforløp skal være brukerorienterte, likeverdige, forutsigbare, målrettet, virksomme og effektive.

Hvert forløp har de samme fasene, hvor søker/tjenestemottaker skal være i sentrum:

- Saksbehandler kartlegger, beslutter, beskriver formål og skriver vedtak.
- Tjenesteansvarlig helsepersonell starter opp tjenesten, lager tiltaksplaner, kartlegger og evaluerer.
- Tjenesteansvarlig helsepersonell og saksbehandler avslutter tjenesten ved måloppnåelse, eller viderefører tjenesten med et annet forløp.

Kommunen skal yte riktig tjeneste, på riktig nivå til rett tid. Helsetjenestene har hverdagsmestring som grunntanke og skal alltid vurdere hjelpemidler og velferdsteknologi før personbistand. For å motta helsetjenester etter enkeltvedtak, må det oppfylles ulike vilkår.

Kartlegging med IPLOS

IPLOS (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk) er et sentralt helseregister som danner grunnlag for nasjonal helsestatistikk. Det inneholder et kartleggingsverktøy som innebærer scoring av funksjonsevne til de som mottar ulike helse- og omsorgstjenester.

Det står i dokumentet at tjenestemottaker skal vite om, og være delaktig i denne kartleggingen, samt være informert om innsending av anonymiserte data til Kommunalt pasientregister (KPR). Bistandsbehov er delt opp i 5 nivåer:

1. Utgjør ingen problem/utfordring
2. Redusert standard, men ikke behov for bistand
3. Middels behov for bistand
4. Store behov for bistand
5. Fullt behov for bistand

For å motta bistand fra kommunen, må den som søker ha et bistandsbehov som ligger i området fra 3 til 5.

Helsetjenester i hjemmet er beskrevet i dokumentet, og omfatter følgende tjenester og vilkår som alle må oppfylles for å få tildelt tjenesten:

- Hjemmesykepleie
 - *Vilkår:*
 - *Søker har behov for nødvendig helse- og omsorgshjelp for å ivareta basale behov*

- *Søker er så medisinsk avklart som mulig av fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten, og nødvendig informasjon/epikrise foreligger for kommunen*
- *Søker har i hovedsak ikke tilsvarende rettighet eller tilbud i spesialisthelsetjenesten*
- *Hjelpemidler og velferdsteknologi som kan gjøre søker mer selvhjulpne og selvstendig blir brukt og/eller er forsøkt*
- *Søker har i en periode behov for opplæring eller bistand for å bli selvstendig*
- Velferdsteknologi
 - Trygghetsalarm med røykmelder
 - Søkere som er over 80 år får innvilget trygghetsalarm
 - *Vilkår for å få tjenesten for de under 80 år:*
 - *Søker har en funksjonsnedsettelse som hindrer søker i å bruke telefon*
 - *Søker er spesielt utsatt for fall*
 - *Søker har en sykdom hvor behov for rask hjelp kan oppstå*
 - *Søker har helseutfordring som vanskeliggjør egen evakuering ved brann*
 - *Søker har medisinskteknisk utstyr som kan medføre behov for å tilkalle hjelp raskt*
 - *Søker tillater montering av e-lås på utgangsdør*
 - *Forutsetning hos søker:*
 - *Søker har etter opplæring evne til å benytte teknologien*
 - *Søker som ikke har evne til selv å varsle kan tildeles sensor- og sporingsteknologi*
 - *Søker må samtykke til bruk av teknologien*
 - *Søker som ikke har samtykkekompetanse kan også få velferdsteknologi, etter egne retningslinjer og lovhemler*

Rutine - Oppstart, revurdering og avslutning av tjeneste

- Formålet med rutinen er å sikre samarbeid mellom Helse- og boligservice og utførelsenhetene i Helse og velferd for kvalitetssikret tjenestetildeling, revurdering av tjeneste og vedtak, samt avslutning av tjeneste. Videre å sikre at innbyggerne mottar nødvendig bistand med riktig omfang til riktig tid, og at rettsikkerheten er ivaretatt.

Rutinen viser ansvarsfordelingen ved NYE vedtak/ tjenester:

- Helse- og boligservice:

- 1) Helse- og boligservice er ansvarlige for å gjøre en funksjonskartlegging (IPLOS) og brannkartlegging av nye brukere
 - 2) Helse- og boligservice fatter enkeltvedtak i samråd med pasienten og/eller pårørende/verge etter gjeldende lover, forskrifter og kommunale vilkår
 - 3) Helse- og boligservice beslutter ansvarlig utførerenhet
- Utførerenheter: (f.eks. hjemmetjenesten)
 - 1) Utførerenheter mottar nye oppdrag fra Helse- og boligservice
 - 2) Arbeidsoppdrag/vedtak søkes opp og fordeles etter intern rutine
 - 3) Tjenesteansvarlig gjør seg kjent med vedtak, tiltak og målsetting
 - 4) Tjenesten iverksettes ut ifra grad av hast, eller etter avtale med pasient og/eller pårørende/verge

Rutine - Kartlegging ved mottatt søknad

- Formålet med rutinen er å kartlegge behov for tilrettelegging og/ eller tjenester sammen med søker, med formål om bistand som fører til størst mulig grad av selvstendighet.

Rutinen viser bl.a. at Helse- og boligservice har et utredningsansvar, som betyr ansvar for:

 - at saken er tilstrekkelig opplyst, og omfanget av nødvendige opplysninger avhenger av sakes kompleksitet
 - om søker oppfyller vilkårene i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og momentene i det lokale vilkårsdokumentet

Videre står det i rutinen at kartleggingsverktøyet IPLOS og ev. annet fagspesifikt relevant kartleggingsverktøy skal brukes.

Rutine - IPLOS registrering

- Formålet med rutinen er å sikre medvirkning og riktig bruk av IPLOS som kartleggingsverktøy. IPLOS er et nasjonalt kartleggingsverktøy for å sikre medvirkning og viktig informasjon til helsepersonell og medvirker til helhetlige pasientforløp og tildeling av tjenester på riktig nivå til rett tid.

Rutinen viser at ansatte skal gjøre seg kjent med IPLOS- veilederen fra Hdir. og hvis det er mulig gjøre registreringen sammen med tjenestemottakeren. IPLOS-vurderingen ligger under hovedfane Vurderinger i CosDoc. Alle tre fanene skal gjennomgås ved ny eller revurdert IPLOS:

- Bistandsvariablene
- Tilleggsopplysningene
- Notat

IPLOS skal oppdateres når det er endringer som tilsier endringer i bistandsbehov, og minst en gang i året.

De fem nivåene i bistandsbehovene er nærmere beskrevet under Vilkår og retningslinjer for tildeling av helse- og omsorgstjenester, nevnt over.

Rutine - Kartlegging ernæringsstatus

- Formålet med rutinen er å sikre at pasientens ernæringsstatus blir kartlagt, vurdert og dokumentert. Videre skal rutinen sikre at målrettede ernæringstiltak blir iverksatt, fulgt opp og evaluert. Ernæringsstatus skal kartlegges gjennom bruk av MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), hvor risiko for underernæring skal kartlegges og vurderes.

Følgende skal kartlegges:

- Høyde, vekt og BMI
- Ufrivillig vekttap/vektendring
- Akutt sykdom

Ernæringsstatus skal registreres i IPLOS, fane tilleggsopplysninger, ved endring av status/minst 1 gang årlig.

Mal for utforming av vedtak

Ifølge enhetsleder for Helse og boligservice har de en mal for utforming av vedtak. Hun opplyser at de har forsøkt å forbedre både malen og «hva» og «hvordan» de skriver de siste årene og at det er et kontinuerlig forbedringsarbeid på dette området.

3.2.3. Revisors stikkprøvekontroll – vedtak om helsetjenester i hjemmet

Av totalt seks avdelinger, som leverer helsetjenester i hjemmet i kommunen, omfattet vår stikkprøvekontroll tre av dem; Nord, Syd og Borre. Vi har sett på fem saker fra hver av de tre avdelingene, til sammen 15 saker. Vi valgte de fem første pasientene i hver sone - sortert alfabetisk etter pasientenes navn – og som hadde helsetjenester i hjemmet i uke 10, 2022. En primærkontakt og enhetsleder i hjemmetjenesten bistod oss i kontrollen.

Vedtakene som lå til grunn for hjemmetjenestene i de 15 sakene, fikk vi oversendt fra enhetsleder Helse- og boligservice.

Vi undersøkte om vedtakene er skriftlige og begrunnet, om de angir målsettingen med vedtaket, og om de inneholder opplysning om klageadgang og klageinstans. Vi undersøkte også om vedtaket er utformet slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder for.

Vår gjennomgang viste at det var fattet enkeltvedtak i alle de 15 sakene. Alle vedtakene var skriftlige og begrunnet. 13 av 15 vedtak viste tydelig hvilke tjenester som skulle gis, (dvs. hva tjenesten vil innebære) mens to vedtak var noe utydelige på dette.

De 15 undersøkte vedtakene viste i liten grad omfang av tjenesten, eller til hvilken tid tjenesten skulle gis. Ved gjennomgang av sakene i hjemmetjenestens saksbehandlingssystem, CosDoc, så vi at Helse- og boligservice utdyper vedtakene mer konkret i CosDoc, med stipulert omfang av de ulike tjenestene som er gitt i vedtaket, som f.eks. hvor mange tjenester og besøk pasienten skal få per dag/ uke, og stipulert tid til hver tjeneste/ besøk. Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten brukes disse, sammen med vedtakene, når hjemmetjenesten skal lage tiltaksplaner for pasienten. Vi skriver mer om utforming av tiltaksplaner under punkt 3.4.

Alle de 15 vedtakene viste fra hvilken dato vedtak om helsetjenester var innvilget, men kun en av dem, viste til-dato/ for hvor lang tid vedtaket gjelder. Flere av de undersøkte vedtakene gjaldt revurdering av tidligere vedtak; et vedtak var fra desember 2016, to fra 2019, tre fra 2020, seks fra 2021 og tre fra 2022. Enhetsleder for Helse- og boligservice opplyste at en overvekt av vedtakene vi har undersøkt er fattet av saksbehandlere i Team varig, som befatter seg med pasienter med varige behov. Hun opplyser at de mer varige vedtakene ofte er uten sluttdato (etter at de har hatt vedtak med sluttdato en stund). Det skrives alltid sluttdato på vedtaket ved første vedtak, og ofte i andre og kanskje tredje vedtak også. Hvor mange vedtak som skrives med sluttdato kommer helt an på grunnlaget for tjenesten, om man kan påregne å bli selvhjulpen osv.

Alle de kontrollerte vedtakene viser målsettingen med tjenesten/-ene som tilbys, og opplyser om klagerett og klagefrist.

3.3. Revisors vurdering av vedtak om helsetjenester i hjemmet

I Horten kommune er det enheten Helse- og boligservice som har ansvar for å behandle søknader og fatte vedtak om helse- og omsorgstjenester (inkludert helsetjenester i hjemmet) for innbyggere over 18 år. Kommunen har retningslinjer og rutiner for tildeling og saksbehandling av helse- og omsorgstjenester, og en rutine og mal for utforming av enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester.

Vår stikkprøvegjennomgang viste en praksis med skriftlige vedtak ved tildeling av helsetjenester i hjemmet. Alle vedtakene inneholdt begrunnelser, målsetning med tjenesten som tilbys og opplysninger om klageadgang og klagefrist. De fleste vedtakene viste tydelig hvilke tjenester som skal gis, men to vedtak var noe utydelig på dette. Vi vurderer at det er grunnleggende at vedtaket er tydelig på dette, så mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis.

De undersøkte vedtakene viste i liten grad omfang av tjenesten, til hvilken tid tjenesten skal gis, eller for hvor lang tid vedtaket gjelder. Vi så imidlertid at Helse- og boligservice operasjonaliserer vedtaket til den enkelte pasient, med omfang av tjenesten og til hvilken tid den skal gis, i fagsystemet CosDoc. Dette skal være et grunnlag for utførerenheten hjemmetjenesten, når den skal lage tiltaksplaner for pasienten.

I veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.4, står det at et vedtak *må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende.* Det står også i veilederen at det for eksempel kan utformes tiltaksplaner el. ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres. Veilederen presiserer at det ikke er et krav om nøyaktig tidfesting mht. når tjenesten skal ytes: *Hvis det er hensiktsmessig og pasienten/brukeren selv ønsker det, kan den nærmere tidfestingen overlates til avtale mellom pasienten/brukeren og de som skal yte tjenesten.*

Vi vurderer at kommunens praksis, med kun å vise tydelig hvilke tjenester som skal gis i vedtaket, og ikke omfang og til hvilken tid, er i tråd med veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.4, så lenge tjenestene i pasientens vedtak blir konkretisert i fagsystemet CosDoc, og det utarbeides tiltaksplaner som skal følges ved utførelse av tjenester til pasienten. Ifølge veilederen skaper denne praksisen en fleksibilitet som tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet, uten at vedtaket stadig må endres.

Vi så at 6 av de 15 kontrollerte vedtakene var datert i 2020 eller tidligere. Dette gjaldt alle vedtak om varige tjenester. Ifølge Statsforvalteren i Vestfold og Telemark er det ikke et absolutt krav til at vedtak skal ha en sluttdato. Dersom kommunen ikke har tidsbegrensning i sine vedtak, vil det imidlertid kreve at kommunen følger opp vedtakene/ tjenestemottakerne regelmessig og systematisk, slik at det sikrer riktige tjenester til enhver tid.

3.4. Revisjonskriterier – utførelse av helsetjenester i hjemmet

- Det skal utformes tiltaksplaner ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres
- Det skal være samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt.

3.5. Utførelse av helsetjenester i hjemmet

3.5.1. Rutine for mottak og oppfølging av nye pasienter i hjemmetjenesten

- **Rutine - Oppstart, revurdering og avslutning av tjeneste**

Rutinen er omtalt under pkt. 3.2.1 og viser blant annet hjemmetjenestens ansvar ved nye vedtak/ tjenester:

o *Utførerenheter: (f.eks. hjemmetjenesten)*

1. *Utførerenheter mottar nye oppdrag fra Helse- og boligservice*
2. *Arbeidsoppdrag/vedtak søkes opp og fordeles etter intern rutine*
3. *Tjenesteansvarlig gjør seg kjent med vedtak, tiltak og målsetting*
4. *Tjenesten iverksettes ut ifra grad av hast, eller etter avtale med pasient og/eller pårørende/verge*

- **Rutine - Mottak og oppfølging av nye pasienter i hjemmetjenesten**

- o Formålet med rutinen er bl.a. å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester og et målrettet tjenestetilbud.

Rutinen omhandler planlegging og gjennomføring av oppstartsamtaler med nye pasienter med **hastevedtak**. Dette er pasienter som må ha oppstart av hjemmesykepleie omgående pga en akutt hendelse eller har et funksjonsnivå som krever personbistand for å forsvarlig kunne bo hjemme. Ifølge rutinen er det sykepleiere eller helsefag som utfører kartleggingssamtaler.

3.5.2. Oppstart av tjenesten

Etter at vedtak om helsetjenester i hjemmet er fattet av enhet Helse- og boligservice sendes oppdraget til enhet Hjemmetjenester. Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten oppretter hjemmetjenesten oppdrag i arbeidsplan⁵ i CosDoc på bakgrunn av vedtaket. I arbeidsplanen legges alle grunndata, f.eks. morgenbesøk, dusj, eks middagsbesøk, ev. kveldsbesøk. Det er en arbeidsplan per bruker. I tillegg endres tjenestens status i Cosdoc, fra T (tildelt) til I (iverksatt).

Videre tildeler hjemmetjenesten primærkontakt (helsefagarbeider) og tjenesteansvarlig (sykepleier) til pasienten. Ifølge enhetslederen er dette vesentlig informasjon for at kjøreruteprogrammet Spider⁶ skal velge de ansvarspersonene som skal følge opp pasienten. Under optimaliseringen

⁵ Arbeidsplan er en egen modul i CosDoc der alle oppgavene legges inn, f.eks. morgenstell.

⁶ Spider er et optimeringsprogram som beskriver antall måter å sette opp en besøksrekkefølge på. (Sintef og Spider Solutions) Spider er spesielt omtalt under punkt 1.6.3.

(som gjøres av Spider) velges primærkontakt eller tjenesteansvarlig til oppfølging (hvis vedkommende er på vakt). Hvis ikke de to første er på vakt, så velger Spider den som har vært mest ute hos pasienten. (Det er mao ikke tilfeldig hvem som da kommer.) På denne måten øker kontinuiteten i oppfølgingen av den enkelte pasient.

Utforming av tiltaksplaner

For alle nye pasienter skal hjemmetjenesten lage tiltaksplan/-er, i form av BRP og tiltak⁷, basert på vedtaket. Det skal settes mål for de ulike bistandsbehovene, dette drøftes med pasienten. Ansvar for utarbeidelse av tiltaksplanen ligger hos primærkontakt (helsefagarbeider) og sykepleier.

Ifølge enhetsleder skjer det ofte endringer i tjenesteomfanget, men det er kun ved vesentlige endringer at det skrives nye vedtak. Ifølge enhetsleder er det likevel en kontinuerlig prosess på dette, og tjenesteomfanget oppdateres i arbeidsplan og tiltaksplan.

Journalføring

Journalføring av utførte tjenester skjer i CosDoc. Hjemmetjenesten har ingen overordnet rutine for selve journalføringen. Enhetsleder opplyser at brukerveiledning for dokumentasjon ligger på forsiden av CosDoc, og opplæring i dokumentasjon på CosDoc-mobil er et eget punkt på opplæringsplan i hjemmetjenesten.

Ifølge enhetsleder skal besøkene av hjemmetjenesten registreres med fortløpende journalføring på mobilen. Det skal være synlig at det har vært besøk hos pasienten (være et spor i journalen at noen har vært der). Arbeidsoppgaver skal ikke registreres, men observasjoner. All legemiddeladministrasjon skal journalføres.

Enhetsleder opplyser at hjemmetjenesten ikke er så fornøyd med journalsystemet, og at de deltar i et innovasjonssamarbeid med Aidn og Epitel, for utarbeidelse av ny elektronisk journal og nytt saksbehandlingssystem. Representanter fra Horten kommune er en av aktørene som deltar på ukentlige møter med leverandør for å komme med innspill/tilbakemeldinger.

⁷ Tiltaksplaner lages i form av BRP (Behov, ressurs, problem) med tilhørende tiltak. Eksempel på BRP og tiltak i pasientjournal: BRP: Hjelp til å administrere legemidler, Tiltak: Gi medisin hver morgen og kveld.

Tiltaksplanen er, ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten, en del av journalen til pasienten. Når f.eks. ansatt Kari ser på sin arbeidsplan at det står morgenstell hos fru Hansen, må Kari inn i pasientens tiltaksplan og finne målsetting og tiltakene ved et morgenstell. Der ligger også løpende journalregistreringer slik at nødvendig og relevant informasjon fremkommer.

3.5.3. Revisors stikkprøvekontroll – utarbeidelse av tiltaksplan og samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt – data

Vi har undersøkt om det var utarbeidet tiltaksplaner for de 15 pasientene vi har beskrevet i pkt. 3.2.3. foran. Vi har også undersøkt om det er dokumentert/ journalført at disse pasientene fikk helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak og tiltaksplaner i uke 10 (7. – 13. mars) i 2022. Vi fikk bistand fra en primærkontakt i hjemmetjenesten og enhetsleder i hjemmetjenesten til å foreta kontrollen i fagsystemet CosDoc.

For alle de 15 pasientene var det utarbeidet tiltaksplaner i CosDoc, i form av BRP (behov, ressurs, problem) og konkrete tiltak, basert på vedtakene. Disse lå i pasientjournalen og kan endres dersom pasientenes behov endres.

Den ansatte på vakt skal daglig gå inn i pasientjournal og tiltaksplan (i CosDoc) for å se hva som skal gjøres. Det er viktig at dette gjøres hver dag, da det kan skje endringer i bistanndsbehovet/oppfølgingen.

Vi undersøkte om pasientenes behov for helsetjenester i hjemmet, som fremgår av BRP og tiltaksplaner i pasientjournalen, var kvittert utført i pasientjournalen. Vi så at det for 12 av 15 pasienter var journalført utførte tjenester/ besøk i tråd med BRP og tiltaksplaner, samt kommunens rutine/praksis for journalføring. En av de tre pasientene var, ifølge pasientjournalen på Braarudåsen denne perioden, og hadde ikke behov for hjemmetjenester. For en annen pasient var det mangelfull journalføring knyttet til legemiddelhåndtering fire av syv dager denne uka. For den tredje pasienten, som skulle ha ukentlig levering av medisiner, var det ingen registreringer på pasienten denne uka. Enhetsleder opplyser at de har utfordringer knyttet til dokumentasjon i journalsystemet. De mobile enhetene, som benyttes ute hos pasientene, har en del begrensninger, og noe av informasjonen må føres ned på ark, og registreres på PC når de kommer inn. De har fokus på å få det til så godt som mulig innenfor systemet de nå har, og jobber som nevnt med å utvikle ny løsning.

Gjennomgangen i pasientjournalene viste at det var variasjon i hvordan besøkene journalføres/ dokumenteres.

For de fleste pasientene var det gjort endringer i BRP og tiltak etter at vedtaket var fattet. Ifølge enhetsleder skal BRP med tilhørende tiltak seponeres (gules ut) i pasientjournalen, når behovet/tjenesten ikke lenger er gjeldende. Dette for at det skal være oversiktlig og enkelt å se hvilke tjenester som skal utføres hos pasienten til enhver tid. Pasientens primærkontakt har ansvar for at BRP og tiltakene er oppdaterte.

Vi registrerte at flere av de 15 pasientjournalene, var uoversiktlige når det gjaldt hvilke tjenester som skal gis. Vi fant blant annet BRP'er med tiltak som ikke lenger var gjeldende. Disse skulle vært seponert/ slettet. Manglende seponering gjaldt særlig i pasientjournaler for pasienter med stort hjelpebehov, hvor det er mye endringer i tiltak underveis.

3.5.4. Tilbakemelding fra tillitsvalgte og verneombud

Som tidligere nevnt har vi hatt et gruppeintervju med to av de tillitsvalgte og et verneombud i hjemmetjenesten. De var samstemte rundt følgende forhold knyttet til tiltaksplaner, oppgaver som skal utføres og journalføring:

- *Alle har opplevd å være usikre på hvilke oppgaver som skal utføres når de er ute.*
- *De skal egentlig ha lest alle tiltaksplaner før de drar ut, men det er ikke praktisk mulig.*
- *Det er ikke alltid tid til å oppdatere BRP'ene. De mener mange er usikre på hvordan dette gjøres.*
- *Selv om rutinene de skal følge er like, så fungerer avdelingene/ sonene i praksis veldig ulikt. Det er bl.a. ulik praksis for journalføring på de ulike avdelingene. Ulik dokumentasjonspraksis er utfordrende dersom man skal bistå en annen avdeling.*
- *De prøver å dokumentere mellom hver pasient, men har ofte ikke nok tid mellom hver pasient.*

3.6. Revisors vurdering – utarbeidelse av tiltaksplan og samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt

Horten kommune har rutiner som omhandler oppstart og iverksettelse av helsetjenester i hjemmet. Hjemmetjenesten har ingen overordnet rutine for journalføring, kun oppskrifter/rutiner på forsiden av fagsystemet CosDoc.

Vår stikkprøvekontroll viste at hjemmetjenesten hadde utarbeider tiltaksplaner i fagsystemet CosDoc, for alle de 15 undersøkte pasientene. Tiltaksplanene var basert på vedtakene, med en nærmere beskrivelse av hvilke tiltak/tjenester som skal gis. For de fleste pasientene, var det gjort endringer i BRP og tiltak, etter at vedtaket var fattet.

Flere av de 15 pasientjournalene var imidlertid uoversiktlige i forhold til hvilke tjenester som skal gis. I journalene lå blant annet BRP'er med tiltak som ikke lenger var gjeldende. Disse skulle vært seponert/ slettet. Dette gjaldt særlig pasientjournaler til pasienter med stort hjelpebehov, og hvor det er mye endringer i tiltak underveis.

Gjennomgangen viste at de 15 pasientenes helsetjenester i hjemmet i stor grad var kvittert utført i pasientjournalen. For to av pasientene var det imidlertid noe mangelfull journalføring. Begge disse

tilfellene gjaldt journalføring av medisintil levering. Dette er tjenester som alltid skal journalføres. Vi har registrert at det i 2021 har vært mange avvik på dette området i hjemmetjenesten, nærmere beskrevet under 2.3.2. foran. Manglende journalføring bør ikke bety at medisiner ikke er utlevert, men vi mener likevel at dette er alvorlig.

Stikkprøvekontroll og tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og verneombud viste oss at det er stor variasjon i hvordan besøkene journalføres/ dokumenteres i de ulike avdelingene og i hvilken grad observasjoner registreres. og det vurderes som uheldig. Vi har også registrert at hjemmetjenesten har utfordringer knyttet til dokumentasjon i journalsystemet, spesielt når de er ute hos pasientene. Vi ser derfor positivt på at hjemmetjenesten jobber med å utvikle en ny løsning for ny elektronisk journal.

3.7. Konklusjon problemstilling 2

I hvilken grad utføres helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?

Vi konkluderer med at Horten kommune i stor grad utfører helsetjenester i hjemmet og i tråd med vedtak.

Ved tildeling av helsetjenester i hjemmet fattes det enkeltvedtak. Alle vedtakene, vi har sett på, inneholdt begrunnelser, målsetning med tjenesten som tilbys og opplysninger om klageadgang og klagefrist. De fleste vedtakene viste tydelig hvilke tjenester som skal gis, men to av vedtakene var utydelige på dette.

De undersøkte vedtakene viste i liten grad omfang av tjenesten, til hvilken tid tjenesten skal gis, eller for hvor lang tid vedtaket gjelder. Vi så imidlertid at Helse- og boligservice operasjonaliserer vedtaket til den enkelte pasient, med omfang av tjenesten og til hvilken tid den skal gis, i fagsystemet CosDoc. Dette skal være et grunnlag for utførerens hjemmetjenesten, når den skal lage tiltaksplaner for pasienten. Vi vurderer at denne praksisen er i tråd med veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.4.

Vår stikkprøvekontroll viste at hjemmetjenesten hadde utarbeidet tiltaksplaner, basert på vedtakene, i fagsystemet CosDoc for alle de 15 undersøkte pasientene. Gjennomgangen viste også at for de fleste pasientene vi undersøkte, var det gjort endringer i tiltaksplanene (BRP og tiltak), etter at vedtaket var fattet.

Flere av de 15 pasientjournalene var uoversiktlige i forhold til hvilke tjenester som skal gis. I journalene lå blant annet BRP'er med tiltak som ikke lenger var gjeldende. Disse skulle ha vært

seponert (gulet ut). Dette gjaldt særlig pasientjournaler til pasienter med stort hjelpebehov, og hvor det er mye endringer i tiltak underveis. Vi mener det er viktig at pasientjournalene blir oppdatert og tydelige på hvilke tjenester som skal gis til enhver tid. Det kan være vanskelig og tidkrevende for de som skal yte tjenestene ute, dersom dette ikke er tydelig, og også en risiko for at feil tjenester blir gitt.

Stikkprøvekontrollen viste også at pasientenes helsetjenester i hjemmet i stor grad var kvittert utført i pasientjournalen. Vi så imidlertid mangelfull journalføring knyttet til utlevering av medisiner for to pasienter. Manglende journalføring bør ikke bety at medisiner ikke er utlevert, men vi mener likevel at dette er alvorlig. Våre undersøkelser viser også at det varierende mellom avdelingene, hvordan besøkene hos pasientene ble journalført/ dokumentert, og det vurderes som uheldig. Hjemmetjenesten har også utfordringer knyttet til dokumentasjon i journalsystemet, spesielt når de er ute hos pasientene. Vi ser derfor positivt på at hjemmetjenesten jobber med å utvikle en ny løsning for ny elektronisk journal.

4. Problemstilling 3 – Hva mener ansatte og brukere om kvaliteten på helsetjenester i hjemmet?

3. Hvordan opplever ansatte og brukere/pårørende kvaliteten på helsetjenester i hjemmet levert av Horten kommune?

Dette er en beskrivende problemstilling, hvor det ikke er utledet revisjonskriterier.

4.1. Spørreundersøkelse til ansatte og brukerundersøkelse

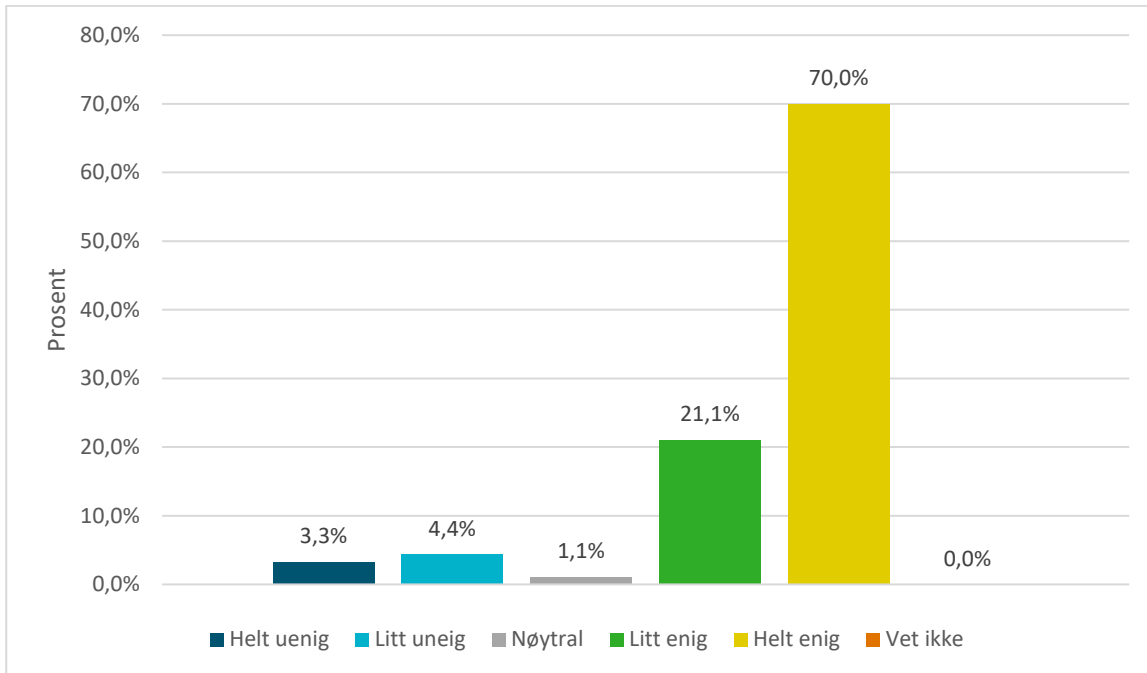
For å få svar på hva ansatte mener, har vi sendt spørreundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten i Horten kommune. Vi sendte undersøkelsen til 158 ansatte og fikk 90 svar (57 %). Vi har også hatt et gruppeintervju med to tillitsvalgte og et verneombud i hjemmetjenesten.

For å få svar på hva brukere/pårørende mener har vi brukt resultater fra kommunens brukerundersøkelse 2021. Brukerundersøkelsen ble sendt til 539 brukere av hjemmetjenester i 2021, og 188 svarte på undersøkelsen. Det gir en svarprosent på 35%.

Både ansatte og brukere har svart på spørsmål relatert til kvaliteten på helsetjenester i hjemmet. Fordi enkelte av spørsmålene er identiske viser vi svarene fra både ansatte og brukere sammen. Svarfordelingen har vi tatt inn nedenfor.

Vi gjør oppmerksom på at vår undersøkelse til ansatte har en femdelt svarskala, mens kommunens brukerundersøkelse har en svarskala på 1-6. I begge skalaene er 1 er dårligst (helt uenig) og 5/6 er best (helt enig).

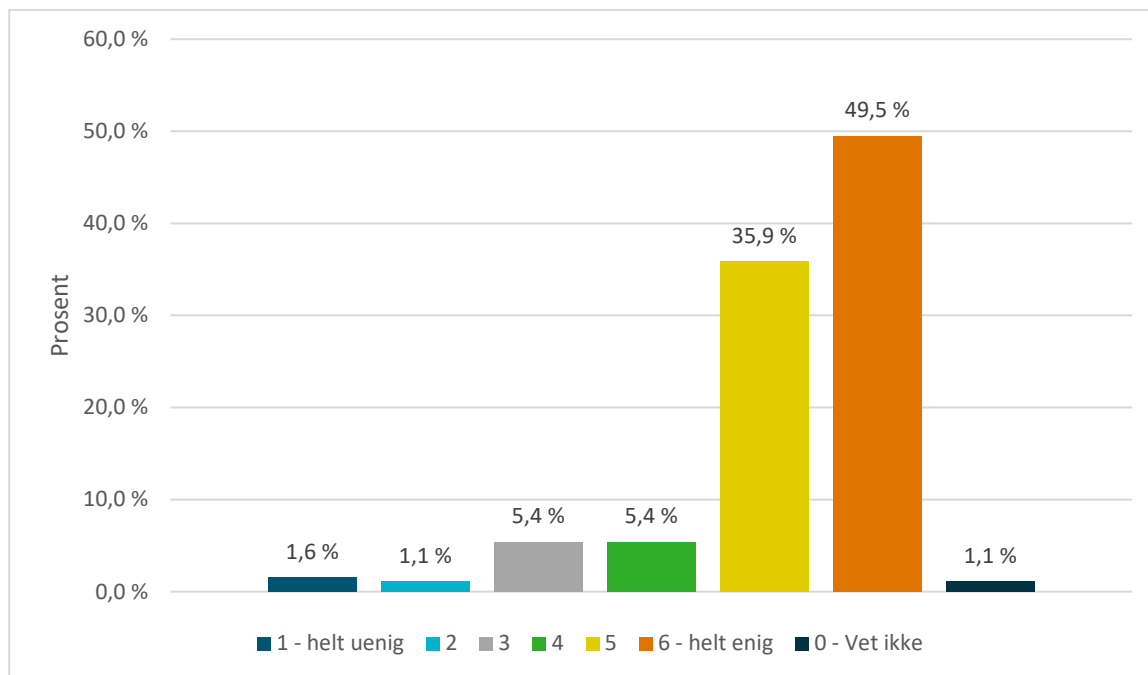
Vi vil først presentere resultater på spørsmålet om de ansatte vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til en pasient med hjemmetjenester.



Figur 8 - Svarfordeling fra **ansatte** på påstanden: *Jeg vet hva jeg skal gjøre når jeg kommer hjem til en pasient med hjemmetjenester* N=90

Figur 8 viser at 70 % av de ansatte er helt enig og 21 % er litt enig i påstanden om de vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til en pasient med hjemmetjenester. 9 % er helt eller litt uenig i påstanden, eller svarer nøytral på påstanden.

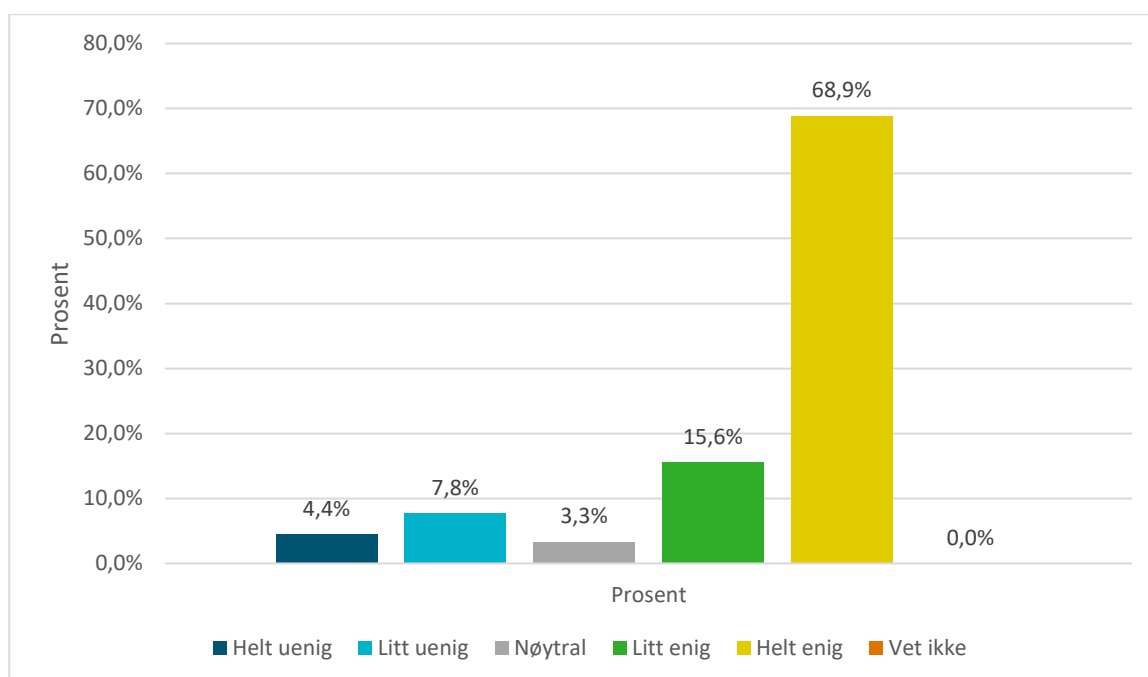
Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten, bør det være et samspill mellom den ansatte og pasienten rundt tjenesten som skal gis.



Figur 9 - Svarfordeling fra brukere 2021 på påstanden: De ansatte vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til meg N = 188

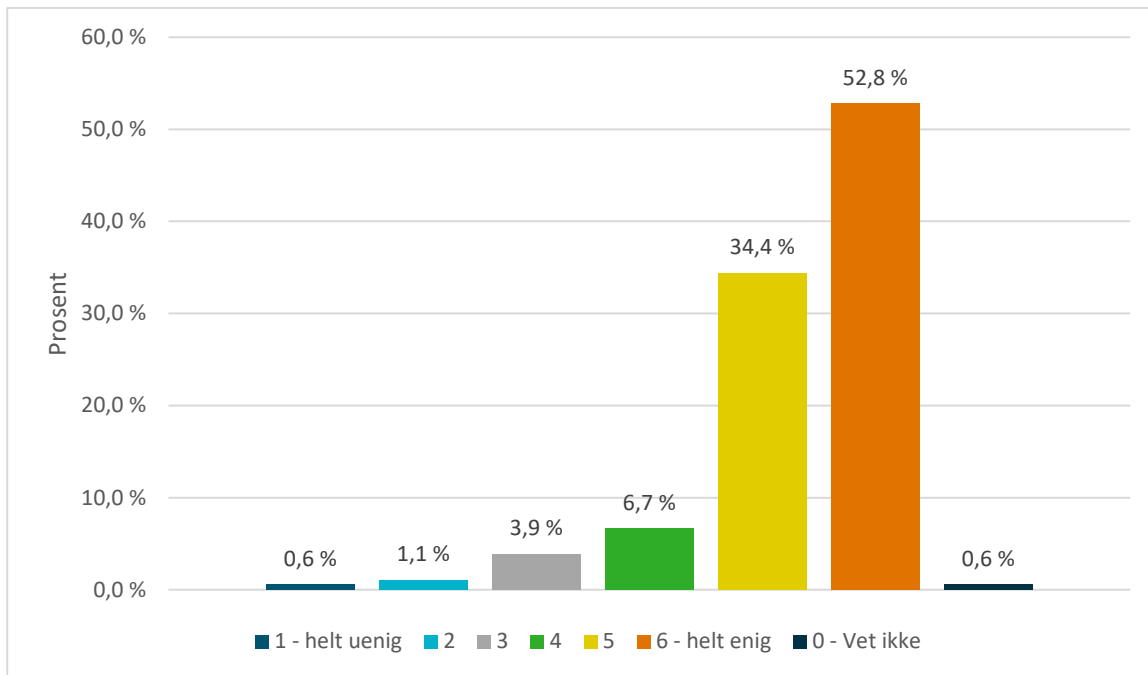
Figur 9 viser at 49,5 % av brukere er helt enig, og 36 % er litt enig i at de mener de ansatte vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til brukeren/ pasienten.

Nedenfor følger svar på spørsmål om kvaliteten på arbeidsoppgavene hjemmetjenesten utfører ute hos pasientene.



Figur 10 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Jeg mener arbeidsoppgavene jeg utfører i hjemmetjenesten blir utført på en god måte N= 90

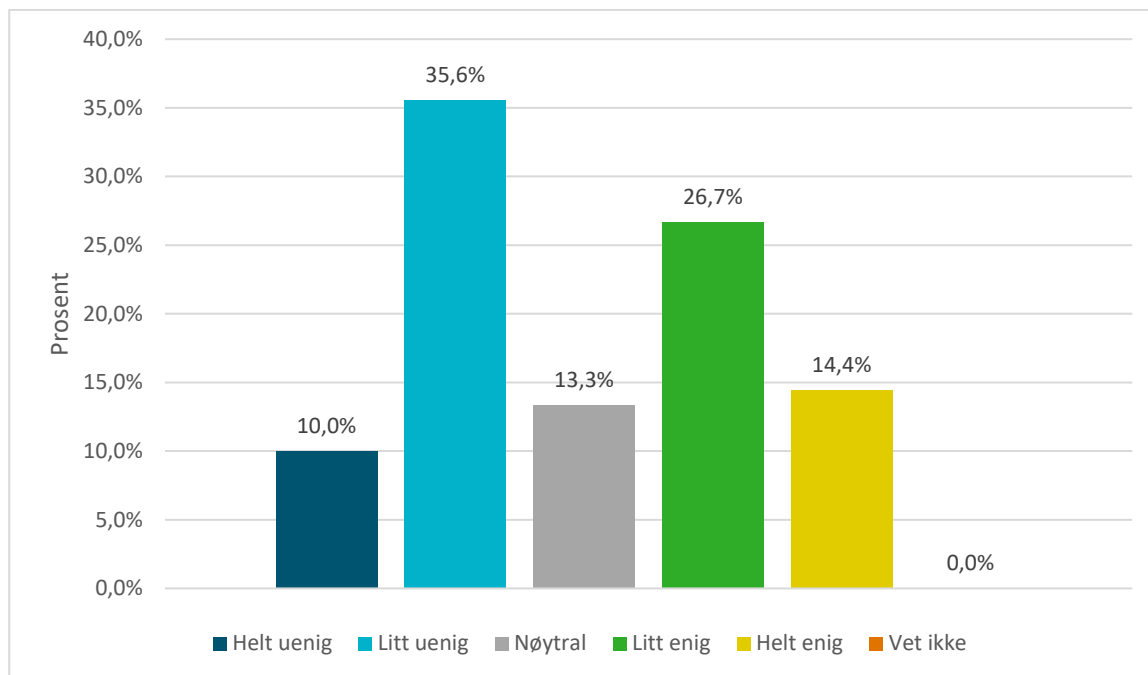
Figur 10 viser at hovedandelen av de ansatte, 69 %, er helt enig, og 16 % er litt enig i påstanden om at de mener arbeidsoppgavene de utfører i hjemmetjenesten blir utført på en god måte.



Figur 11 - Svarfordeling fra brukere 2021 på påstanden: De ansatte utfører arbeidsoppgavene på en god måte N = 188

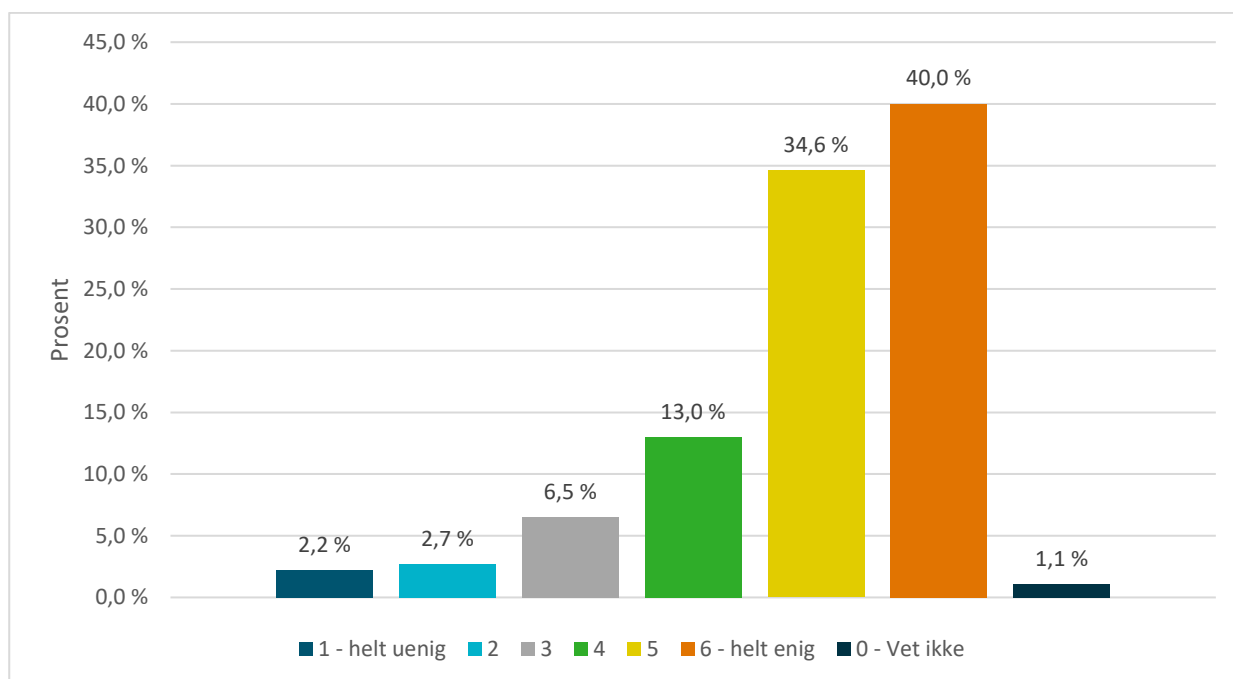
Figur 11 viser at også hovedandelen av brukere (53 %) er helt enig, og 34 % er litt enig i påstanden om at de ansatte utfører arbeidsoppgavene på en god måte.

Neste tema går på om de ansatte har tid nok til å utføre sine oppgaver ute hos pasientene.



Figur 12 - Svarfordeling fra **ansatte** på påstanden: *Jeg har nok tid til oppgavene jeg skal gjøre hos den enkelte pasient* N= 90

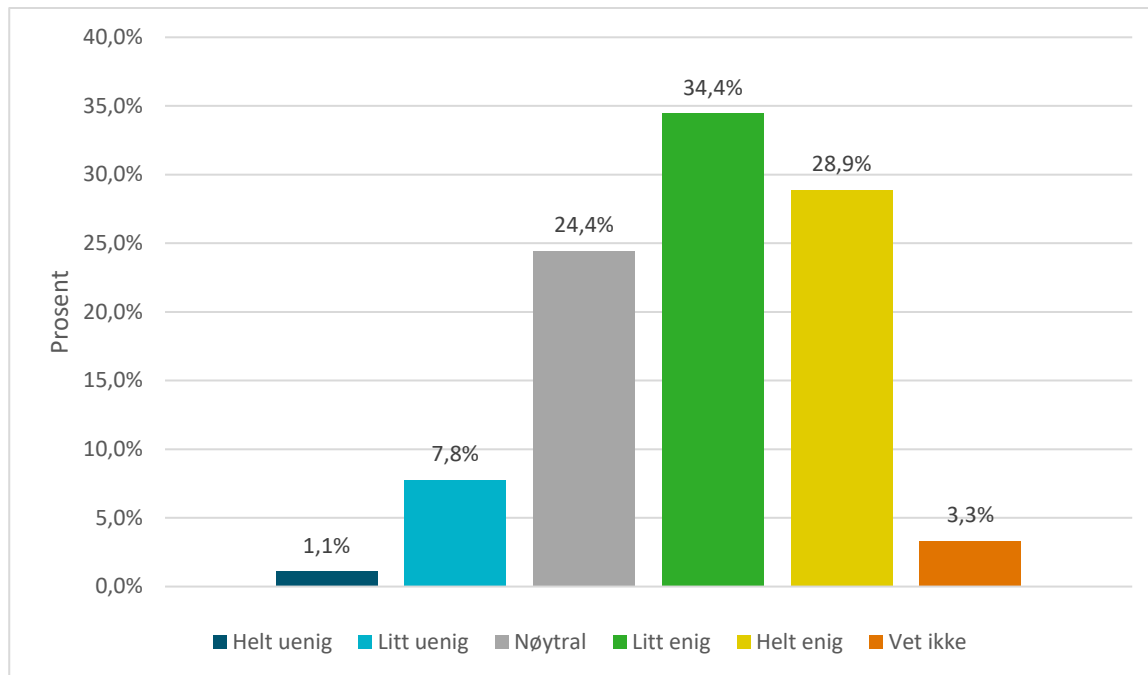
Figur 12 viser at det er stor variasjon i svarene fra ansatte på påstanden om at de har nok tid til oppgavene som skal gjøres hos den enkelte pasient. 46 % er helt eller litt uenig i påstanden, mens 41 % er litt eller helt enig i påstanden.



Figur 13 - Svarfordeling fra **brukere** 2021 på påstanden: *De ansatte har nok tid til oppgavene de skal gjøre hos meg* N = 188

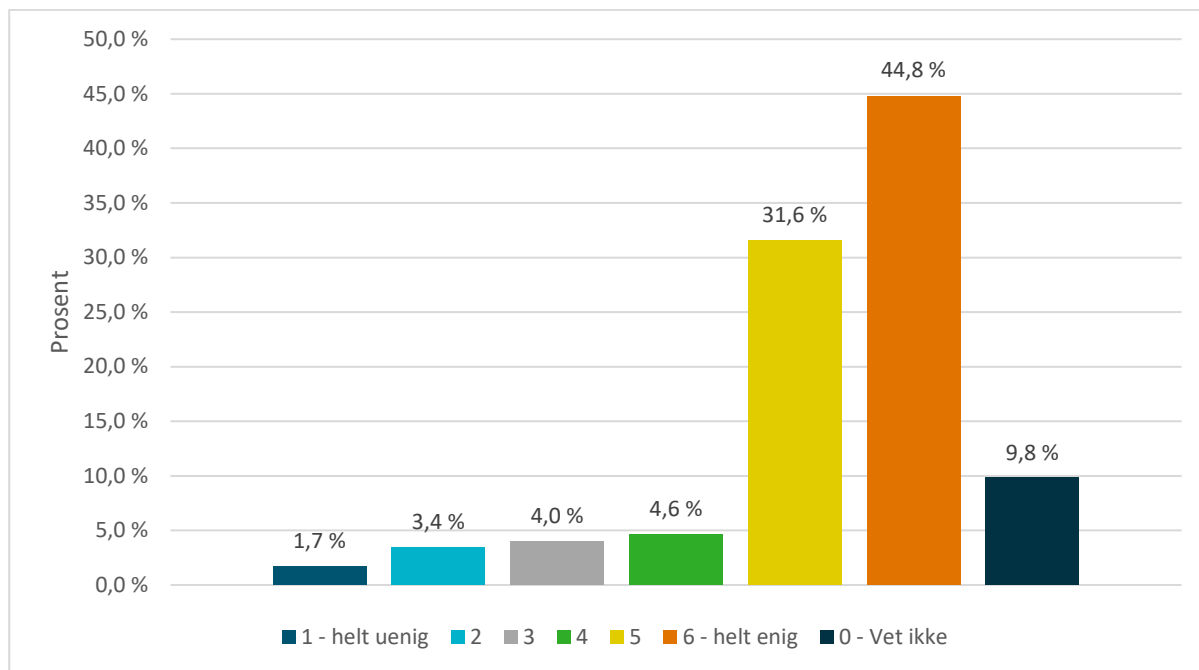
Figur 13 viser at hovedandelen av brukere, 75 %, mener at de ansatte har nok tid til oppgavene de skal gjøre hos brukeren/ pasienten.

Vi har også oppsummert svarene på spørsmål om pasientenes medbestemmelse, både når det gjelder hvilken hjelp som skal mottas til hvilket tidspunkt og utarbeidelse av tiltaksplan.



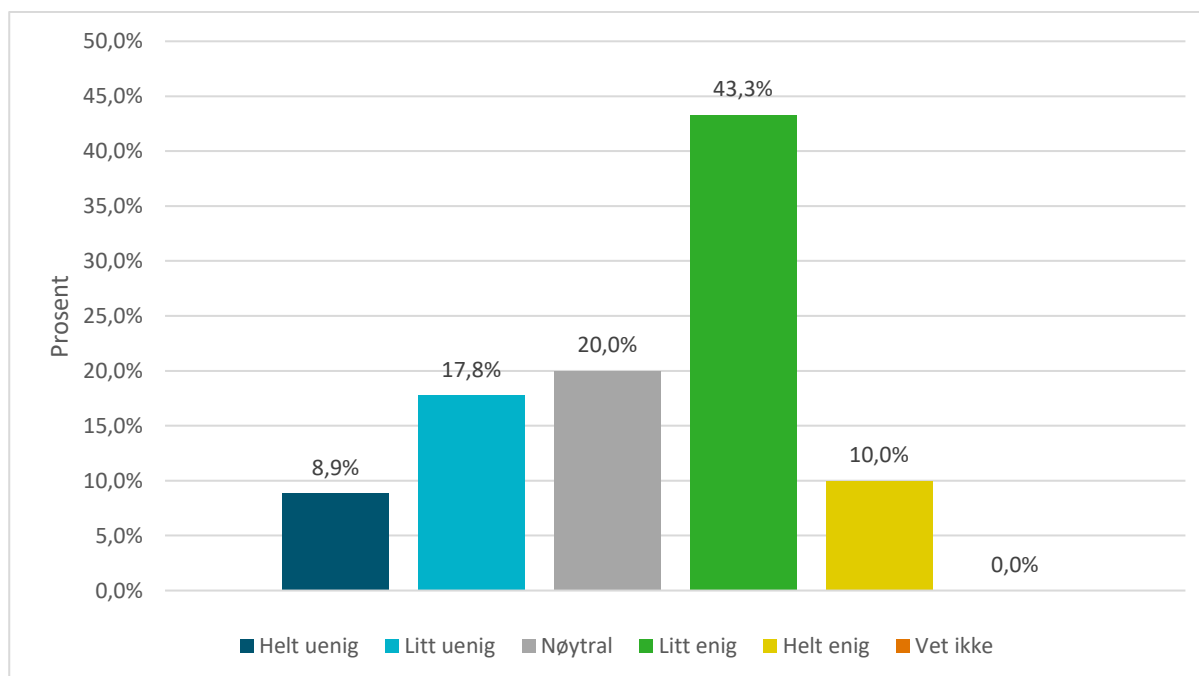
Figur 14 – Svarfordeling fra **ansatte** på påstanden: Den enkelte pasient får være med å bestemme hvilken hjelp som skal mottas innenfor gitt vedtak N= 90

Hovedandelen av de ansatte, 63,3 %, er litt eller helt enig i at den enkelte pasient får være med å bestemme hvilken hjelp som skal mottas innenfor gitt vedtak, men 24 % svarer nøytralt på påstanden.

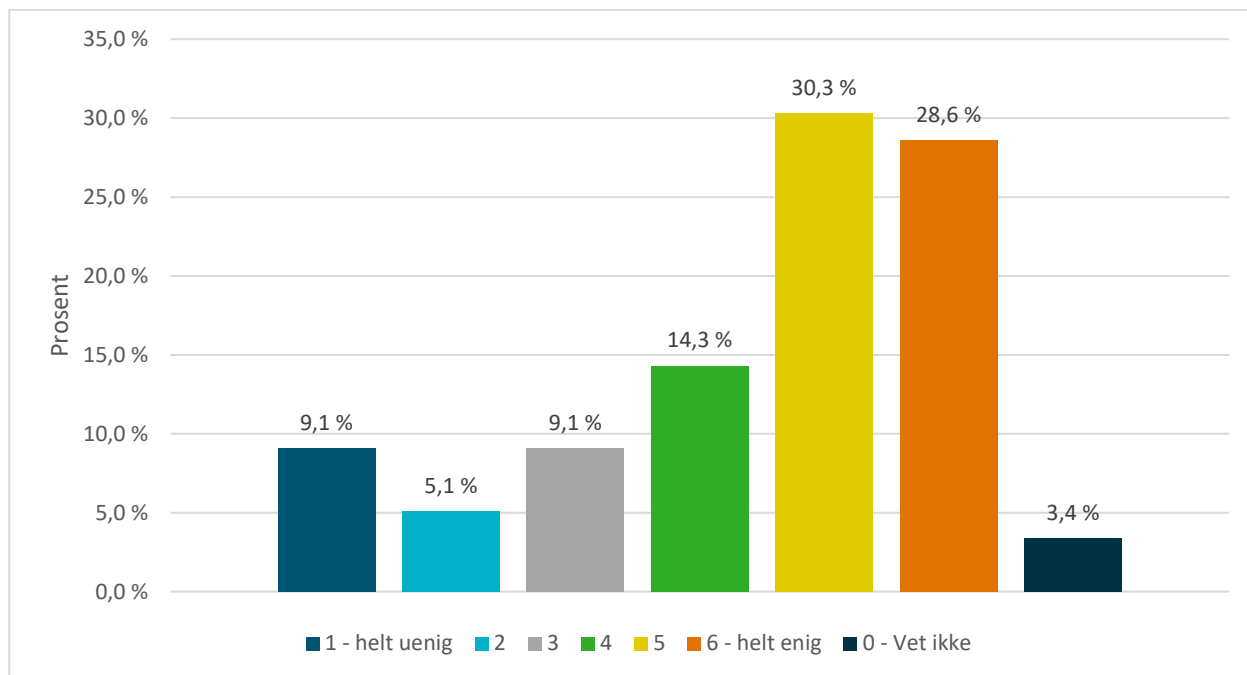


Figur 15 – Svarfordeling fra brukere 2021 på påstanden: Jeg får være med å bestemme hvilken hjelp jeg skal motta N = 188

Hovedandelen av brukere, 76,4 %, er helt eller litt enig i at de får være med å bestemme hvilken hjelp de skal motta.

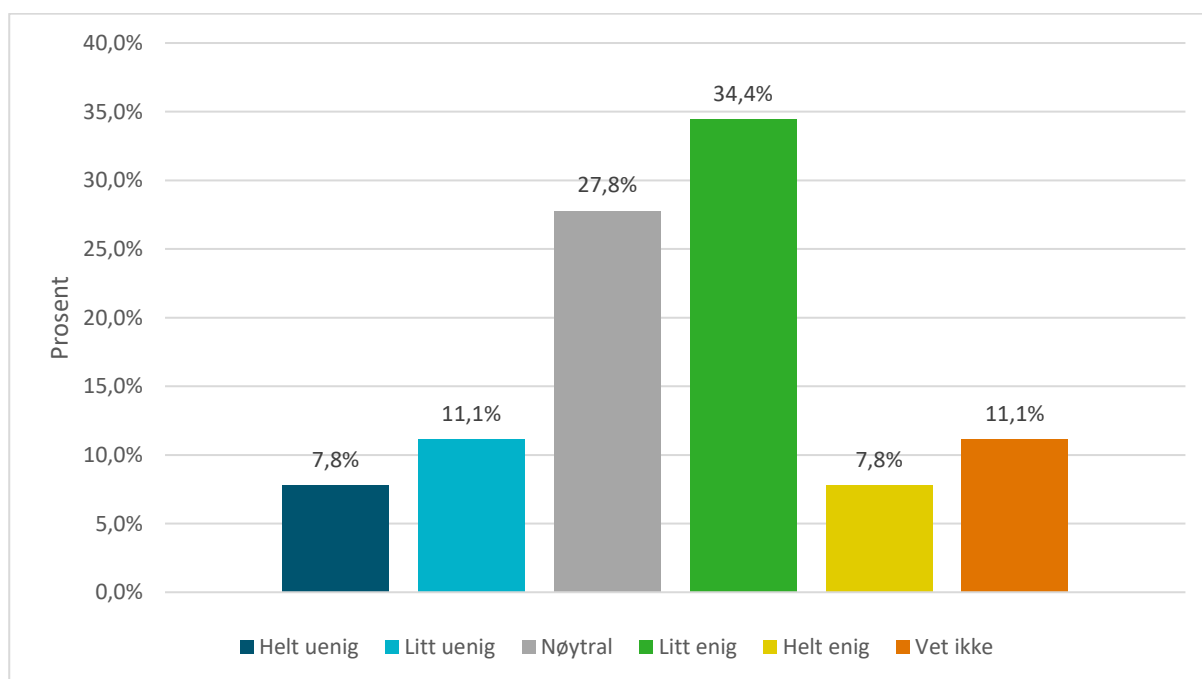


Figur 16 - Svarfordeling fra ansatte på påstanden: Den enkelte pasient får være med å bestemme når (til hvilket tidspunkt) hjelpen skal mottas N= 90

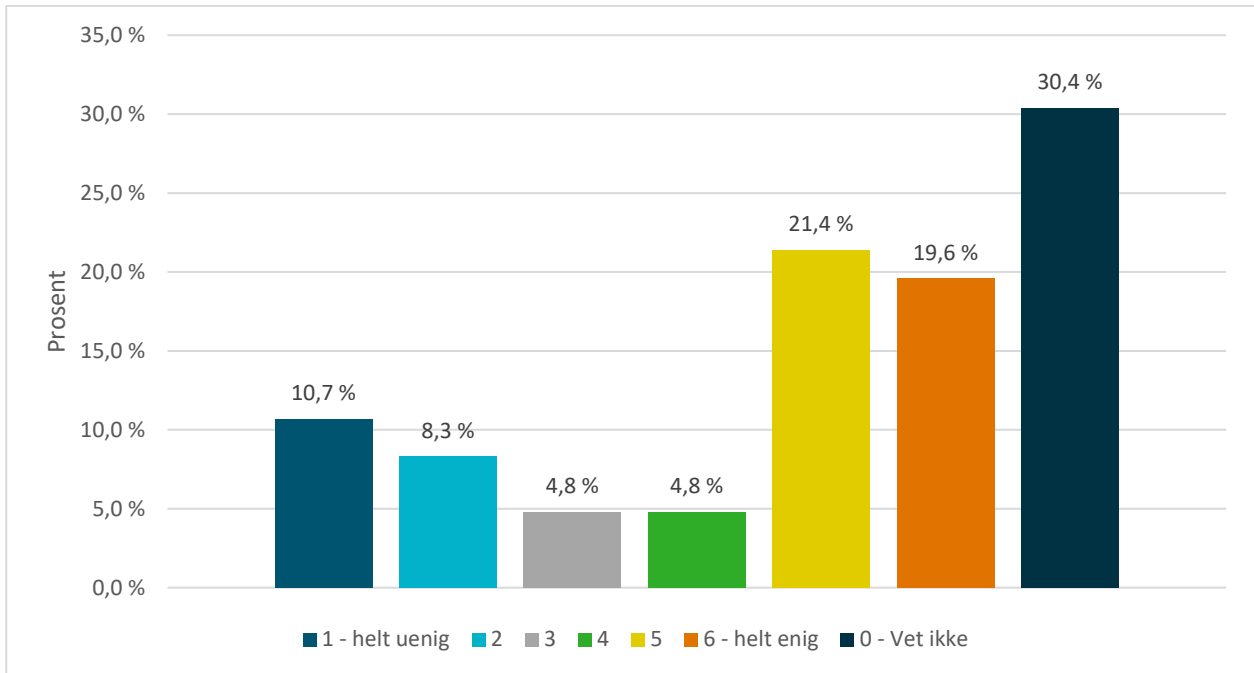


Figur 17 - Svarfordeling fra **brukere** 2021 på påstanden: *Jeg får være med å bestemme når (til hvilket tidspunkt) jeg skal motta hjelp* - N = 188

Figur 16 viser at 53 % av de ansatte er litt eller helt enig i at den enkelte pasient får være med å bestemme når hjelpen skal mottas, mens figur 17 viser at en noe større andel av brukerne (59 %) er litt eller helt enig i at de får være med å bestemme når de skal motta hjelp. 27 % av de ansatte er helt eller litt uenig i påstanden, mens 14 % av brukerne er helt eller litt uenig i påstanden.



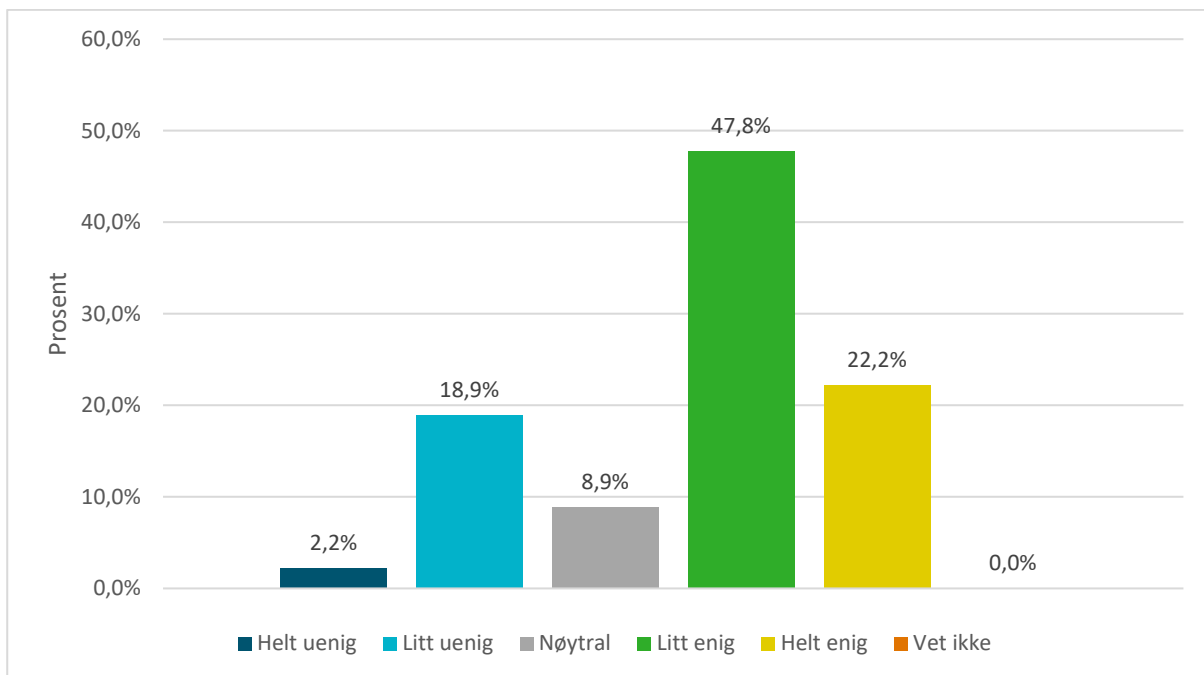
Figur 18 - Svarfordeling fra **ansatte** på påstanden: *Den enkelte pasient får være med når tiltaksplan skal utarbeides* N= 90



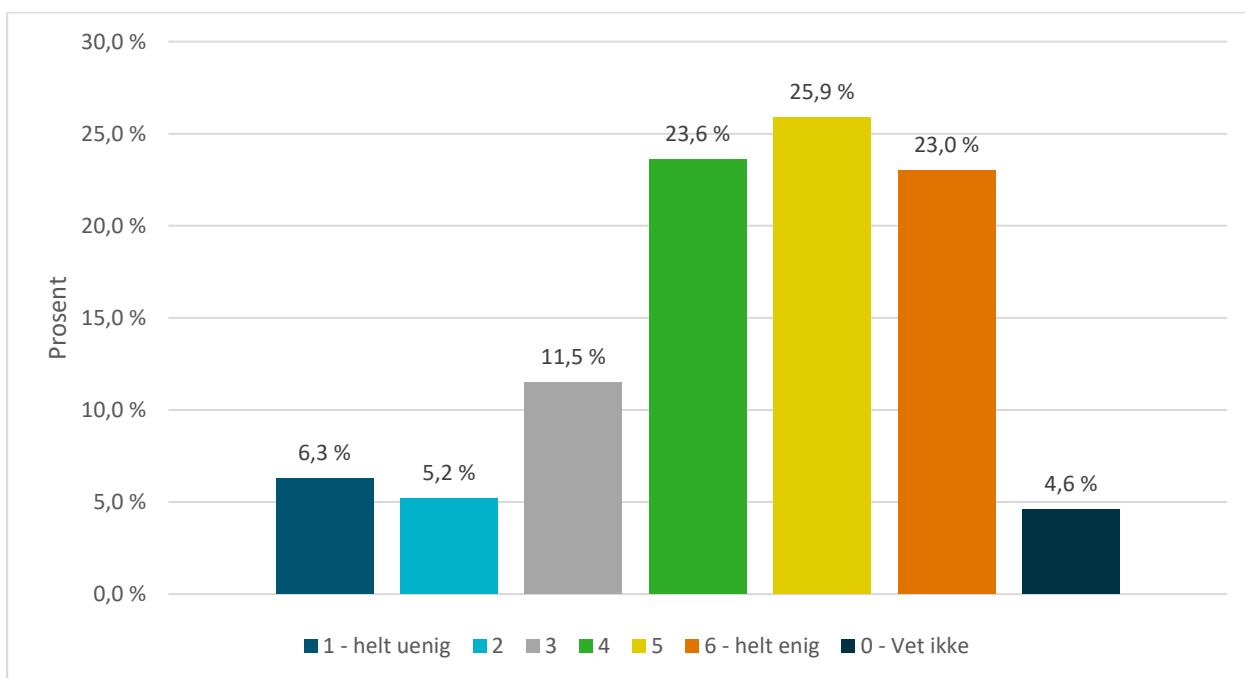
Figur 19 - Svarfordeling fra **brukere** 2021 på påstanden: *Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan)* - N = 188

Figur 18 og 19 viser at rundt 40 % av både de ansatte og brukere, er litt eller helt enig i at den enkelte pasient får være med når tiltaksplan for enkelte pasient skal utarbeides, og rundt 19 % av både ansatte og brukere er helt eller litt uenig i påstanden. Den øvrige svarfordelingen er noe ulik, da blant annet 29 % av ansatte svarer «nøytral» på spørsmålet, mens 30 % av brukerne svarer «vet ikke» på spørsmålet.

Vi har også undersøkt om de ansatte kommer til pasienten innenfor avtalt tidsrom, og om de gir beskjed dersom de blir forsinket.

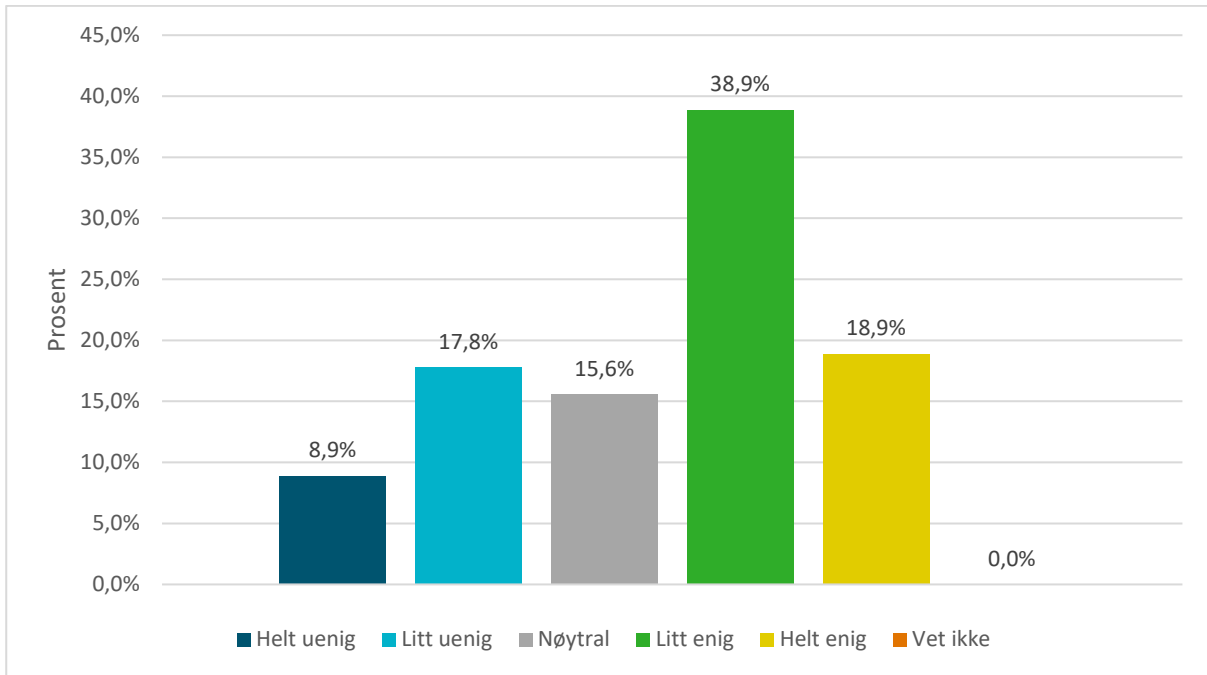


Figur 20 - Svarfordeling fra **ansatte** på påstanden: Jeg kommer til pasienten innenfor avtalt tidsrom N= 90

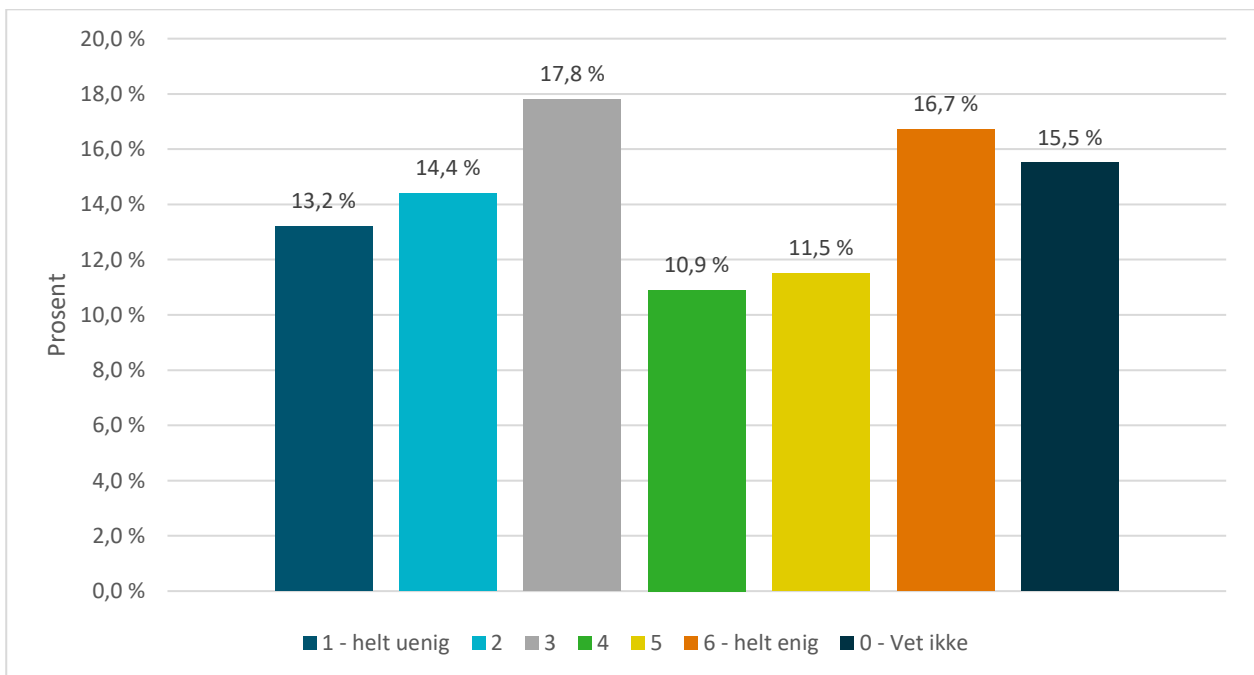


Figur 21 - Svarfordeling fra **brukere** i 2021 på påstanden: De ansatte kommer til avtalt tid - N = 188

Figur 20 og 21 viser at en større andel ansatte, 70 %, er litt eller helt enig i de kommer til pasienten innenfor avtalt tidsrom, enn andelen brukere, 49 %, som svarer at de ansatte kommer til avtalt tid.



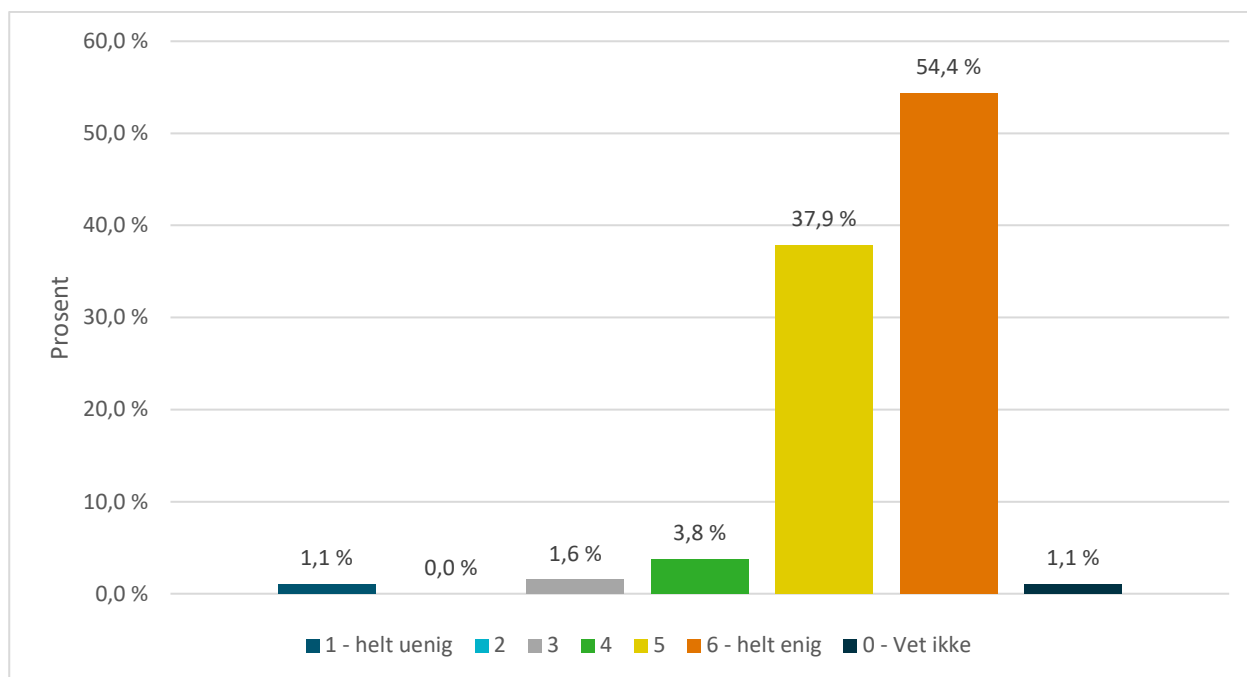
Figur 22 - Svarfordeling fra **ansatte** på påstanden: Jeg gir beskjed dersom jeg blir forsinket N= 90



Figur 23 - Svarfordeling fra **brukere** i 2021 på påstanden: De ansatte gir beskjed dersom det blir forsinkelser - N = 188

Figur 22 og 23 viser også at en større andel ansatte, 58 %, er litt eller helt enig i at de gir beskjed dersom de blir forsinket, mens kun 28 % av brukerne, er litt eller helt enig i denne påstanden. Figur 23 viser at det særlig er stor variasjon i svarene fra brukerne på denne påstanden.

I sin brukerundersøkelse stilte kommunen brukerne spørsmål om hvor fornøyde de, alt i alt, var med hjemmesykepleien.

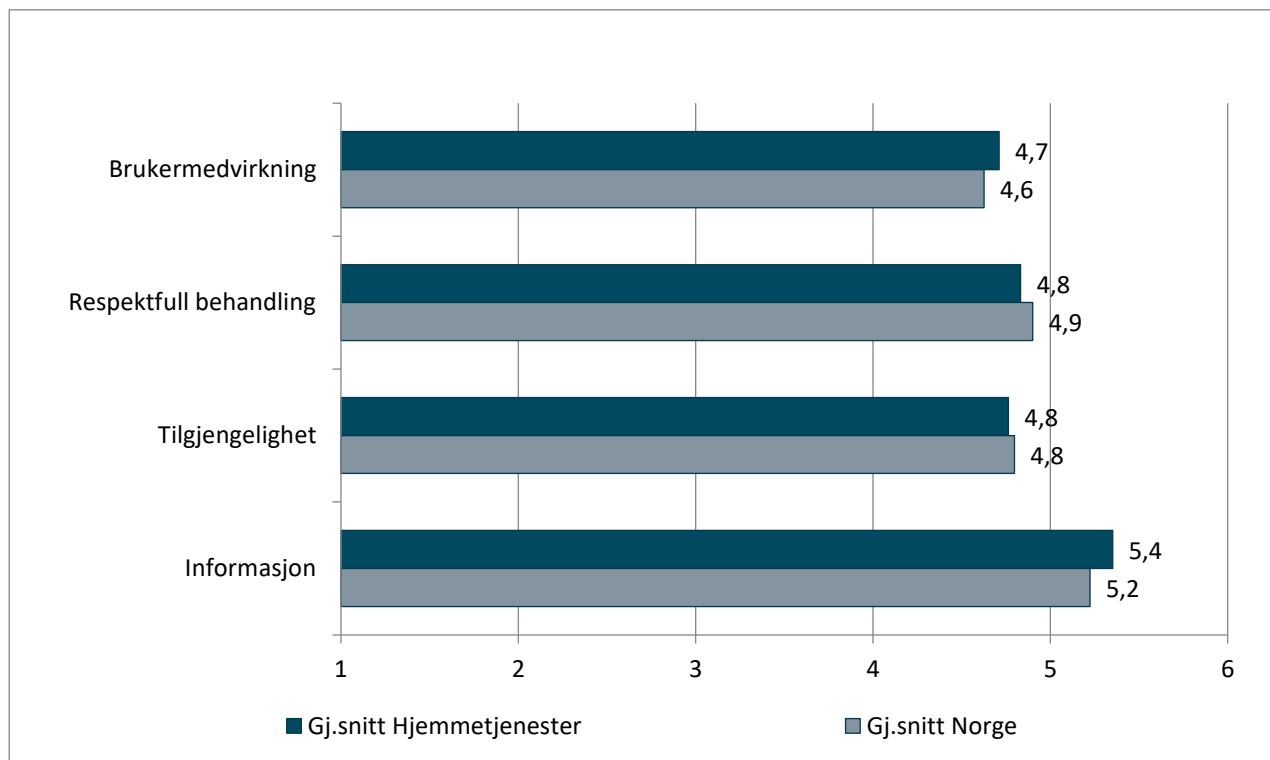


Figur 24 - Svarfordeling fra **brukere** i 2021 på påstanden: *Alt i alt, jeg er fornøyd med den hjemmesykepleien jeg får* - N = 188

Figur 24 viser at hele 92 % er litt eller helt enig i at de, alt i alt, er fornøyd med den hjemmesykepleien de får.

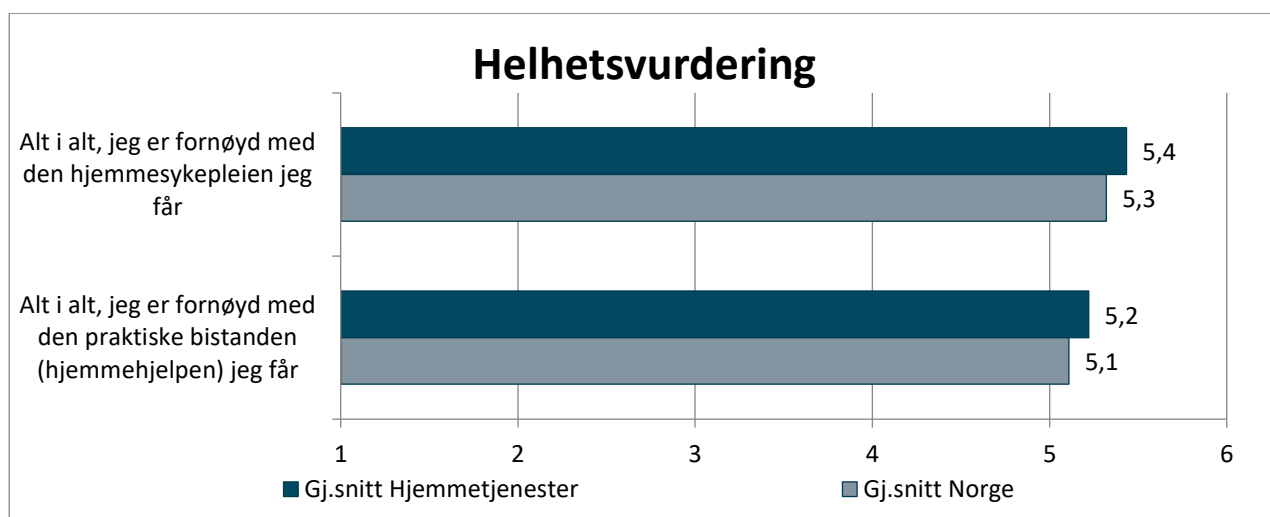
De ansatte kunne komme med kommentarer til ovennevnte tema. Vi har merket oss at mange ga tilbakemelding om at de generelt har for dårlig tid til den enkelte pasient – og at det ikke er rom for uforutsette oppgaver/ hendelser i løpet av arbeidsdagen.

Tabellen nedenfor er en oppsummering av resultatene i brukerundersøkelsen i Horten kommune, sammenlignet med gjennomsnittet for Norge:



Figur 25 - Oppsummering -Brukerundersøkelse Horten kommune

Figuren over viser at brukerundersøkelsen i Horten kommune for 2021 (søylene i mørkeblått), scorer noe bedre på 2 av 4 områder sammenlignet med snittet for Landet (søylene i lyseblått). På område (tilgjengelighet) har Horten lik gjennomsnittlig score som landet, og på område *Respektfull behandling*, scorer Horten 0,1 lavere enn Landet.



Figur 26 - Helhetsvurdering - Brukerundersøkelse Horten kommune sammenlignet med gjennomsnitt Norge

Figuren viser at brukere i Horten alt i alt er fornøyd med både hjemmesykepleien og den praktiske bistanden de får, og scorer litt bedre enn gjennomsnittet for landet.

4.2. Tilbakemelding fra tillitsvalgte og verneombud

Som tidligere nevnt har vi avholdt et gruppeintervju med to av de tillitsvalgte og et verneombud i hjemmetjenesten. De tre var samstemte rundt blant annet følgende forhold:

- *Tror de fleste pasientene får levert gode tjenester. De ansatte har veldig fokus på dette.*
- *De føler at de ofte får for kort tid hos pasienten.*
- *Selv om rutinene de skal følge er like, så fungerer avdelingene/sonene i praksis veldig ulikt.*
- *Det er høyt sykefravær og sjelden man er full grunnbemanning på jobb. Da blir det for mye å gjøre, og særlig de nye sliter.*

4.3. Revisors oppsummering – problemstilling 3

Hvordan opplever ansatte og brukere/pårørende kvaliteten på helsetjenester i hjemmet levert av Horten kommune?

Vi vurderer at både vår spørreundersøkelse til de ansatte og kommunens brukerundersøkelse kan si noe om kvaliteten på kommunens helsetjenester i hjemmet. I begge undersøkelsene skulle respondentene vurdere i hvilken grad de var enige i en del positive utsagn om hjemmetjenesten. Svarene ligger i hovedsak på øvre del av skalaen, og på nivå eller bedre enn snittet for landet, og det er positivt. De forholdene som skilte seg noe negativt ut er blant annet de ansattes vurdering av om de har tid nok til å utføre oppgavene de skal gjøre hos den enkelte pasient. Dette var 46 % av de ansatte helt eller litt uenig i. Mange benyttet også kommentarfeltet i spørreundersøkelsen, til å uttrykke at de generelt opplever at de har dårlig tid ute hos brukerne. Hovedandelen av brukerne, 75 % mente imidlertid at de ansatte hadde nok tid. Dette kan tyde på at de ansatte strekker seg langt, for å utføre gode tjenester ute hos pasientene. Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og verneombud viser også at ansatte har fokus på å levere gode tjenester.

På spørsmålet om de ansatte vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til en pasient er 70 % helt enige og 21 % litt enige. Blant brukerne er ca 50 % helt enige og ca 35 % litt enige. Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten, bør det være et samspill mellom den ansatte og pasienten rundt den daglige tjenesten som skal gis. I denne sammenheng vil vi også vise til at hjemmetjenesten har noen utfordringer med oppdaterte BRPer, jf. pkt. 3.5.3.

Selv om en samlet oppsummering kan være at ansatte og brukere er tilfredse med kvaliteten på helsetjenester i hjemmet levert av Horten kommune, mener vi det er viktig å fange opp og ta tak i de områdene der ansatte og brukere ikke er så fornøyd.

5. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- Vurdere å iverksette tiltak for å sikre at alle avdelinger i hjemmetjenesten jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentakende avvik, og for å sikre læring og forbedring
- Sikre at alle vedtak om helsebaserte tjenester i hjemmet er tydelige på hvilke tjenester som skal gis
- Sørge for at pasientjournaler er oppdatert og tydelige på hvilke tjenester (BRP og tiltak), som skal gis til enhver tid
- Iverksette tiltak for sikre felles praksis/ prosedyre for journalføring
- Vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelse

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov av 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 28.10.2016 nr. 1250 om statlige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- Lov av 02.07.1999 nr.63 om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov av 10.02.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven)

- Forskrift av 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Offentlige dokument

- KS' Veileder – «Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll» – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.
- IS-2620: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse



HORTEN
KOMMUNE

Kommunalområde administrasjon

Vestfold og Telemark kommunerevisjon (epost)

Dato: 16.11.2022
Unntatt offentlighet
§5 Utsett innsyn

Saksbehandler:
Helge Skatvedt, tlf: 330 85 000

Vår ref.:
22/54567/ 22/4788

Deres ref.:

Kommunedirektørens uttalelse - forvaltningsrevisjon hjemmetjenester

Kommunedirektøren takker for anbefalingene fra revisjonen som gir viktige innspill i den systematiske forbedringen av Hjemmetjenesten, samt anbefalinger knyttet til internkontroll som er nyttige for hele Horten kommune.

Anbefaling	Tiltak	Ansvar	Tid
Vurdere å iverksette tiltak for å sikre at alle avdelinger i hjemmetjenesten jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentakende avvik, og for å sikre læring og forbedring	Bruke tiltaksfunksjonen i avvikssystemet mer aktivt for å sikre medvirkning og læring i avvikshåndteringen	Enhetsleder Hjemmetjenesten	01.06.23
	Fortsette med Pasientsikkerhetssamtaler	Kommunalsjef Helse og velferd	31.12.23
	Fortsette å bruke avviksstatistikk inn i ROS analyser og evalueringen av risikoreducerende tiltak	Enhetsleder Hjemmetjenesten	31.12.23
Sikre at alle vedtak om helsebaserte tjenester i hjemmet er tydelige på hvilke tjenester som skal gis	Fortsette arbeidet med å sikre innholdet i vedtak ukentlig i veiledningsmøter og fagmøter, samt gå gjennom vedtak og ta stikkprøver	Enhetsleder Helse- og boligservice	Kontinuerlig
	Hjemmetjenesten fortsetter å melde tilbake dersom innhold i vedtak er uklart	Enhetsleder Hjemmetjenesten	Kontinuerlig

Sørge for at pasientjournaler er oppdatert og tydelige på hvilke tjenester (BRP og tiltak), som skal gis til enhver tid	Fortsette med opplæring til ansatte Prioritere å sette av administrativ tid til primærkontakt og tjenesteansvarlig som har ansvar for sikre at tiltaksplanen er oppdatert	Enhetsleder Hjemmetjenesten	Kontinuerlig
Iverksette tiltak for sikre felles praksis/ prosedyre for journalføring	Sette ned en arbeidsgruppe bestående av ansatte fra ulike avdelinger i Hjemmetjenesten for å utarbeide en felles overordnet prosedyre	Enhetsleder Hjemmetjenesten	01.04.23
Vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelse	Benytte funn til <ul style="list-style-type: none"> • Refleksjon i personalgruppen • I forbedringsarbeid • Utviklingsarbeid med journalleverandør 	Enhetsleder Hjemmetjenesten	Kontinuerlig

Med hilsen

Helge Skatvedt
kommunalsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Internkontroll

Problemstilling 1:

I hvilken grad har enhet Hjemmetjenester en forsvarlig internkontroll?

Kilder til revisjonskriterier:

- Kommuneloven – vedtatt 22.06.2018
- KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.6.2011 nr. 30
- Lov om statlige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28.10.2016 nr. 1250
- IS-2620: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Kommuneloven

Kommunelovens kapittel 25 omhandler internkontroll i kommunen og fylkeskommunen. I den nye kommuneloven fra 2019 er kommunedirektørens ansvar for internkontroll utdypet og presisert, med overordnede bestemmelser om hensikt, innhold og omfang i § 25-1;

§ 25-1. Internkontroll i kommunen og fylkeskommunen

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering

- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer*
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik*
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig*
- e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.*

KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.

I forbindelse med ny kommunelov, ble KS sin nye veileder ferdigstilt i april 2020, med sikte på å være oppdatert og anvendbar i tråd med endringer i lovverket, og da særlig med kommunelovens bestemmelser om internkontroll som utdyper og presiserer kommunedirektørens ansvar.

Ifølge veilederen finnes det ikke ett svar på hva som er god internkontroll – hver kommunedirektør bør gjøre seg opp en formening om hva som er god internkontroll og hvordan den skal innrettes og følges opp i egen kommune. Lovverket angir hva som kreves som et minimum, og i praksis inneholder internkontrollen ofte flere element enn de minstekravene som følger av loven.

Etter loven er hensikten med internkontroll å sikre at lover og forskrifter følges. Lovkravet til internkontroll angir en avgrensning av hva det kan føres tilsyn med. Bestemmelsene i § 25-1 tydeliggjør kommunedirektørens ansvar både for å ha tilstrekkelig kontroll, og et krav om en prosess for å sikre kontroll. Sammenliknet med tidligere kommunelov gis det mer utfyllende bestemmelser om hensikt, innhold og omfang, men kravet er likevel forholdsvis overordnet.

God internkontroll handler i stor grad om systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge lovbrudd og uønskede hendelser.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene- av 2016

Kommunelovens bestemmelser og KS' veileder – Orden i eget hus – gjelder for kommunen generelt, mens forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene bl.a. gjelder for virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- a) helsetilsynsloven § 3*
- b) spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd*
- c) helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller*
- d) tannhelsetjenesteloven § 1-3a.*

Forskriften av 2016 erstatter internkontrollforskriften i helse- og omsorgstjenestene av 2002 og er tydeligere på toppledelsens ansvar for styring av helse og omsorgstjenestene. Den nye forskriften er strukturert ut ifra etablert teori om kvalitet og kvalitetsforbedring (planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigerings).

§6 Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

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

§ 7 Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert

brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8 Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

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

§ 9 Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – IS - 2620

Veilederen inneholder veiledning til de ulike paragrafene i forskriften.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal ha internkontroll innenfor hjemmetjenester, som bør inneholde:

- **Risikobasert internkontroll**
 - Kartlegge og vurdere risiko systematisk
 - Iverksette og dokumentere tiltak for å redusere risiko
 - Vurdere effekten av etablerte tiltak og eventuelt endre eller etablere nye tiltak

- **Formalisert internkontroll**
 - En oversikt over og beskrivelse av virksomhetens organisering, mål og oppgaver
 - Rutiner og prosedyrer for hjemmetjenesten er oppdatert og samlet på et sted (i Compilo)

- **Kontrollaktiviteter - Avvik**
 - System for avvikshåndtering
 - Meldte avvik følges opp for å forebygge gjentakende avvik og sikre læring og forbedring

Problemstilling 2:

I hvilken grad utføres helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak?

Kilder til revisjonskriterier:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.6.2011 nr. 30
- LOV 1999-07-02 nr.63: Lov om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven)
- Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven IS- 2442

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven)

Det går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6 at kommunen er ansvarlig for å tilby helsetjenester i hjemmet. Veileder for saksbehandling og forvaltningsloven gir mer informasjon om krav og føringer i forbindelse med saksbehandlingsprosessen, se nedenfor.

Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven IS- 2442 og forvaltningsloven

Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen

Veilederen viser at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Bestemmelsen gir pasient og bruker rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. I dette ligger at tjenesten skal holde tilfredsstillende kvalitet, samt ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Retten til tjenester gjelder alle pasient- og brukergrupper, og er dermed uavhengig av diagnose. Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør på hvilken måte den organiserer sine tilbud innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Det er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a som er det rettslige utgangspunktet for vurderingen av den enkeltes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. Når det fattes vedtak om tildeling av tjenester, er det derfor riktig å ta henvisning til denne bestemmelsen.

Tjenestene

Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd angir en rekke tjenester som kommunen er forpliktet til å tilby for å oppfylle sitt ansvar etter samme lovs § 3-1. De tjenestene denne veilederen omfatter, er de som er angitt i helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 jf. § 3-2 a, samt § 3-6 (nødvendig pårørendestøtte, ikr. 1.10.2017) og 3-8 (brukerstyrt personlig assistanse).

De opplistede tjenestene i helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 er:

- helsetjenester i hjemmet
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- avlastningstiltak (oppheves og inngår i § 3-6 om nødvendig pårørendestøtte fra 1.10.2017)

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler helsetjenester i hjemmet.

Det fremgår av veilederen at «Helsetjenester i hjemmet» er alle former for planlagte kommunale helsetjenester, som ytes hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i, pasientens hjem. Eksempler på helsetjenester som kan ytes i hjemmet er hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Også regelmessige samtaler mv. til personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser kan tilbys som helsetjenester i hjemmet, dersom behovet tilsier dette. Hvilke helsetjenester som kan ytes i hjemmet vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering.

Forvaltningslovens saksbehandlingsregler

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 bestemmer at forvaltningsloven skal gjelde for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6, og 3-8 gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

De tjenestene som omfattes av dette er:

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- nødvendig pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad
- BPA

At reglene om enkeltvedtak gjelder, innebærer blant annet at parten(e) skal varsles, at vedtaket skal være begrunnet og at partene(e) skal underrettes skriftlig om vedtak, begrunnelse og klagemuligheter.

Den viktigste delen av vedtaket er avgjørelsen av om personen har rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og i så fall i hvilket omfang, samt avgjørelsen av hvordan det konkrete tjenestetilbudet skal utformes.

Veilederen omtaler *Krav til enkeltvedtaket* i kapittel 3.3:

Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven IS- 2442 omtaler *Hvor detaljert skal vedtaket være?* i kapittel 3.4:

Ved tildeling av tjenester skal det fremgå av selve vedtaket hva som gis av tjenester. Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder.

Vedtaket må være så konkret utformet at det skaper forutsigbarhet for pasienten/brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Det bør ikke være så spesifikt at det stadig må endres, eller ikke overlater noe til tjenesteutøvernes faglige vurderinger, men samtidig ikke så lite spesifikt at tjenesteyternes kapasitet blir avgjørende.

Mange pasienter og brukere har vansker med å følge med på om de får tilstrekkelige tjenester. Dette kan for eksempel være personer med demens, kognitiv svikt, utviklingshemming, rusavhengighet eller psykiske lidelser. Også andre med omfattende tjenestebehov kan ha utfordringer med å forstå hvilke tjenester som har blitt tildelt. Vedtaket må være detaljert nok til at det kan bli klart for disse og for pårørende eller andre bistandspersoner hva som konkret er innvilget, og hvorfor dette anses tilstrekkelig.

Merk at det ikke er et krav om nøyaktig tidfesting mht. når tjenesten skal ytes. I visse tilfeller kan tidfesting som f.eks. «annenhver torsdag» eller «begrenset oppad til to timer pr. uke» føre til at pasienten/brukeren ikke får tilstrekkelige tjenester. Den aktuelle torsdagen kan for eksempel falle på en helligdag hvor det ikke ytes tjenester, eller behovet kan av og til være større enn at det kan avhjelpest innenfor to timer. Det bør legges inn en fleksibilitet som gjør at pasienten eller brukeren i alle tilfeller kan få nødvendige og forsvarlige tjenester, uten at dette går på bekostning av tydelighet og forutberegnelighet for pasienten eller brukeren. Dette gjelder også i de tilfellene hvor tjenesteytingen inngår i en prosess over noe tid, som f.eks. ved hverdagsrehabilitering. Det kan da for eksempel utformes tiltaksplaner el. ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres.

Det er viktig at vedtakene inneholder en tydelig angivelse av rammer og eventuelle mål, slik at vedtaket forplikter kommunen i tilstrekkelig grad, samtidig som det gir forutsigbarhet for pasient/bruker. Hvis det er hensiktsmessig og pasienten/brukeren selv ønsker det, kan den nærmere tidfestingen overlates til avtale mellom pasienten/brukeren og de som skal yte tjenesten.

Vedtakene bør også angi hva som er målsetningen med de tjenester og tiltak som tilbys. Dette bidrar til forventningsavklaring hos pasienten/brukeren eller dennes representant. Samtidig vil det bidra til å konkretisere og tydeliggjøre for tjenesteyterne hva som er formålet med tjenesten.

Det skal også fremgå av vedtaket at det er klageadgang, hva klagefristen er, hva som er riktig klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Ved tildeling av helsetjenester i hjemmet skal det fattes enkeltvedtak. Vedtaket skal være skriftlig, begrunnet, angi hva som er målsetningen med vedtaket, og inneholde opplysning om klageadgang og klageinstans. Vedtaket skal utformes slik at mottakeren vet**

- hvilke tjenester som skal gis
- i hvilket omfang og til hvilken tid tjenester skal gis
- for hvor lang tid vedtaket gjelder
- Det skal utformes tiltaksplaner ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres
- Det skal være samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt.

Problemstilling 3:

Hvordan opplever ansatte og brukere/pårørende kvaliteten på helsetjenester i hjemmet levert av Horten kommune?

Dette er en beskrivende problemstilling, hvor det ikke er utledet revisjonskriterier.

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev 8.6.2022. Oppstartsmøte ble holdt 28.6.2022 med kommunalsjef Helse og velferd, internrevisor, enhetsleder hjemmetjenesten og spesialrådgiver – stab/støtte til kommunalsjef til stede. Det ble skrevet referat fra møtet, som ble bekreftet fra kilden.

Vi har hatt oppsummeringsmøte den 3.11.2022, med kommunalsjef Helse og velferd, internrevisor, enhetsleder hjemmetjenesten, spesialrådgiver – stab/støtte til kommunalsjef og enhetsleder Helse- og boligservice 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 august til oktober 2022.

Dokumentgjennomgang

Vi har innhentet og gjennomgått en rekke dokumenter.

- Dokumentasjon om kommunens internkontroll
- Statistikk fra Compilo, som viser alle meldte avvik i hjemmetjenesten i 2021 og i perioden 1.1.21 – 30.08.22.
- Dokumentasjon som viser hvordan hjemmetjenesten er organisert og jobber.
- Prosedyrer, rutiner mm. tilknyttet helsetjenester i hjemmet.

Intervju

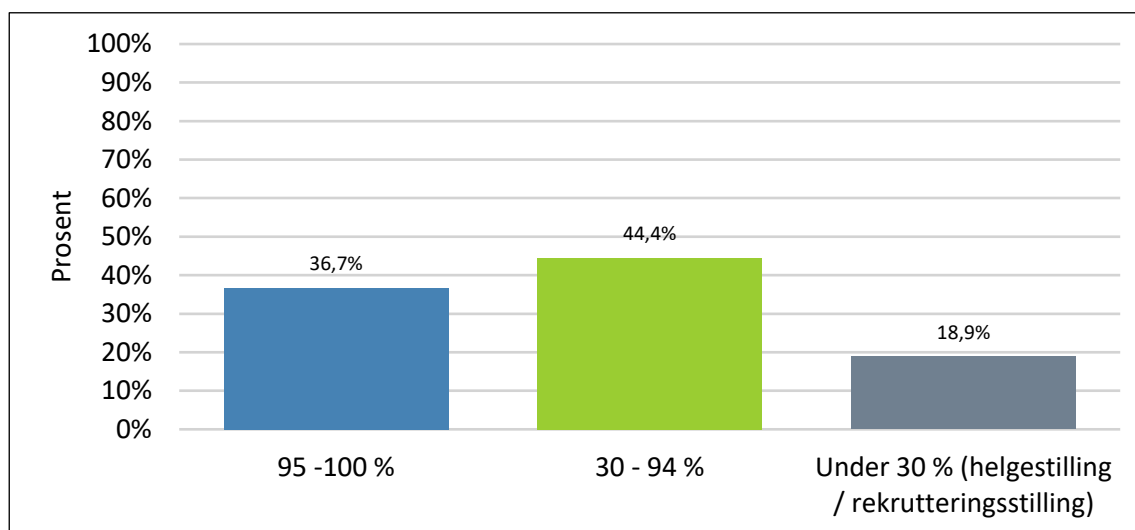
Det er gjennomført intervju med enhetsleder hjemmetjenesten. Referat fra intervjuet er verifisert av kilden.

Vi har gjennomført gruppeintervju med to tillitsvalgte og et verneombud, som jobber på ulike avdelinger i hjemmetjenesten, om temaene i denne forvaltningsrevisjonen. Referat fra intervjuet er verifisert av kildene.

Vi har også sendt spørsmål på e-post til internrevisor, enhetsleder hjemmetjenesten og enhetsleder Helse- og boligservice, og mottatt svar på epost.

Spørreundersøkelse til ansatte

Vi har sendt en spørreundersøkelse til faste ansatte i hjemmetjenesten i Horten kommune. Vi sendte undersøkelsen til 158 ansatte og fikk 90 svar (57 %). Figur 27 viser svarfordeling på spørsmålet: *Hvor stor stilling har du i hjemmetjenesten?*



Figur 27 – Svarfordeling på spørsmålet: *Hvor stor stilling har du i hjemmetjenesten?* N= 90

Enhetsleder i hjemmetjenesten fikk anledning til å komme med innspill til utforming av spørreundersøkelsen.

Brukerundersøkelse

For å få svar på hva brukere mener i problemstilling 3, har vi brukt resultater fra kommunens brukerundersøkelse 2021. Brukerundersøkelsen ble sendt til 539 brukere av hjemmetjenester i 2021, og 188 svarte på undersøkelsen. Det gir en svarprosent på 35%.

Til undersøkelsen har kommunen brukt *bedrekommune.no*, som er et verktøy for måling av tjenestekvalitet, bruker- og medarbeidertilfredshet, utarbeidet av KS (kommunesektorens organisasjon). 290 kommuner abonnerer på denne basen for styringsinformasjon om opplevd kvalitet. Kommunen kan derfor sammenlikne egne resultater med resultatene fra andre kommuner.

Stikkprøvekontroll/journalgjennomgang

Stikkprøvekontroll - vedtak om helsetjenester i hjemmet

Av totalt seks avdelinger, som leverer helsetjenester i hjemmet i kommunen, omfattet vår stikkprøvekontroll tre av dem; Nord, Syd og Borre. Vi har sett på fem saker fra hver av de tre avdelingene, til sammen 15 saker. Vi valgte de fem første pasientene i hver sone - sortert alfabetisk etter pasientenes navn – og som hadde helsetjenester i hjemmet i uke 10, 2022. En primærkontakt og enhetsleder i hjemmetjenesten bistod oss i kontrollen.

Vedtakene som lå til grunn for hjemmetjenestene i de 15 sakene, fikk vi oversendt fra enhetsleder Helse- og boligservice.

Stikkprøvekontroll – utarbeidelse av tiltaksplan og samsvar mellom vedtaket, tiltaksplan og tjenesten som blir gitt

Vi har undersøkt om det var utarbeidet tiltaksplaner for de samme 15 pasientene som nevnt i kontrollen over. Vi har også undersøkt om det er dokumentert/ journalført i fagsystemet CosDoc, at disse pasientene fikk helsetjenester i hjemmet i tråd med vedtak og tiltaksplaner i uke 10 (7. – 13. mars) i 2022. Vi fikk bistand fra en primærkontakt i hjemmetjenesten og enhetsleder i hjemmetjenesten til å foreta kontrollen i fagsystemet CosDoc.

Vi vurderer at ovennevnte datainnsamling sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig.

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 (evt. foretaket). Vi har også behandlet personopplysninger i forbindelse med stikkprøvekontroll i pasientjournal. Vi har ikke lagret personopplysninger fra denne gjennomgangen.

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.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar

med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.⁸

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.⁹ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

⁸ 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).

⁹ 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

www.vtrevisjon.no

22: 3801 405