



Vestfold
og Telemark
revisjon

Kvalitet i sykehjem

Forvaltningsrevisjon | Horten kommune

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning.....	8
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	8
1.2. Bakgrunn.....	8
1.3. Problemstilling og revisjonskriterier	9
1.4. Avgrensning.....	9
1.5. Metode og kvalitetssikring	9
1.6. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse	10
2. Problemstilling 1 – Internkontroll.....	11
2.1. Revisjonskriterier	11
2.2. Gjennomførte forvaltningsrevisjoner på området	11
2.3. Risikobasert internkontroll.....	12
2.4. Revisors vurdering av risikobasert internkontroll.....	15
2.5. Formalisert internkontroll – virksomhetsstyring	16
2.6. Revisors vurdering av formalisert internkontroll.....	19
2.7. Avvikshåndtering	19
2.8. Revisors vurdering av avvikshåndtering.....	28
2.9. Konklusjon problemstilling 1	29
3. Problemstilling 2 – Vurdere behov for overføring til sykehjem	31
3.1. Myndighet til å fatte vedtak	31
3.2. Hjemmetjenestens rolle	31
3.3. Revisors oppsummering	35
4. Problemstilling 3 – Saksbehandling av sykehjemsplasser.....	37
4.1. Revisjonskriterier	37
4.2. Rutiner og tiltak for behandling av søknader om sykehjemsplass.....	37
4.3. Saksbehandlingstid	40
4.4. Innhold i vedtak - praksis	40
4.5. Saksbehandling av søknader i tråd med lokal forskrift og egne føringer	41
4.6. Revisors vurdering av tildeling av sykehjemsplass	42
4.7. Konklusjon problemstilling 3.....	42
5. Problemstilling 4 – Tilfredshet med kvaliteten på tjenestene i sykehjem.....	43
5.1. Brukerundersøkelser	43

5.2.	Tilfredshet hos pasienter.....	43
5.3.	Tilfredshet hos pårørende.....	44
5.4.	Tilfredshet hos ansatte.....	47
5.5.	Revisors oppsummering.....	51
6.	Anbefalinger.....	53
	Litteratur og kildereferanser.....	54
	Vedlegg.....	55
	Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse.....	55
	Vedlegg 2: Revisjonskriterier.....	57
	Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring.....	63

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende problemstillinger:

1. Har kommunen en forsvarlig internkontroll med tjenestetilbudet i sykehjem?
2. Har kommunen tiltak for å vurdere når innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem?
3. Tildeles langtidsopphold i sykehjem i samsvar med sentrale føringer og lokale retningslinjer?
4. Hvor tilfredse er pasienter, pårørende og ansatte med kvaliteten på tjenestene i sykehjem?

Om internkontroll

Vi konkluderer med at enhet Sykehjem i hovedsak har en forsvarlig internkontroll.

Vi vurderer internkontrollen er risikobasert. Det gjennomføres jevnlig ROS-analyser og det jobbes aktivt med risikoreducerende tiltak. Våre undersøkelser viser imidlertid at ingen av de avdekkede risikoområdene knyttet til tjenestekvalitet innenfor sykehjemsområdet har blitt valgt ut til oppfølging i virksomhetsplanene, dette til tross for at flere områder hadde middels stort risikoscore. Det bør vurderes om oppdaget risiko får tilstrekkelig oppfølging i prosessen hvor kommunen selekterer hvilke risikoområder som skal følges opp videre.

Vi vurderer at Sykehjems internkontroll er formalisert. Organisering, mål og oppgaver er beskrevet i enhetens virksomhetsplan. Relevante rutiner er samlet i kommunes kvalitetssystem, Compilo. Rutinene er tilgjengelige for ansatte, og de rutinene vi så nærmere på var alle oppdaterte.

De ansatte i Sykehjem kan registrere avvik i Compilo. Roller og ansvar er definert både når det gjelder registrering og oppfølging av avvik. Det er utarbeidet nærmere rutiner for dette, og lagt til rette for opplæring. Våre funn tyder likevel på at mange avvik aldri blir registrert i Compilo. Dette baserer vi blant annet på følgende:

- Ingen av lederne tror at mer enn 80 % av faktisk hendte avvik blir registrert, og mange ansatte svarer at de i noen tilfeller bevisst lar være å registrere avvik.
- Mange ansatte vurderer at det er dårlig kultur på å skrive avvik på deres tjenestested.
- Omtrent en fjerdedel av de ansatte er i liten grad trygg på hvordan man skal skrive avvik og mer enn en tredjedel mener at leder i større grad kunne løftet viktigheten av å registrere avvik og drøftet avviksregistrering med de ansatte.

Vi har sett indikasjoner på at oppfølging av avvik i større grad kunne ha blitt benyttet i kvalitetsforbedrende arbeid.

Om overføring fra hjemmetjeneste til sykehjem

Horten kommune mottar nær 100 søknader om sykehjemsplass årlig. En stor andel av dem som søker om sykehjemsplass mottar hjemmetjenester på søknadstidspunktet.

Kommunen har flere tiltak for å vurdere om innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem. Hjemmetjenesten løfter forsvarlighetsprinsippet frem som det viktigste prinsippet i sitt arbeid. Dersom hjemmetjenester ikke er tilstrekkelig for at prinsippet om forsvarlige tjenester ivaretas vil hjemmetjenesten iverksette tiltak som for eksempel overføring til sykehjem.

Av konkrete tiltak kommunen har for å vurdere om innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem vil vi fremheve:

- Kommunen har ansvarsfestet at søknader om helse- og omsorgstjenester skal behandles av Helse- og boligservice. Det at all saksbehandling er samlet på et sted bidrar til økt kompetanse og mer enhetlig praksis sammenliknet med om saksbehandlingen var spredt mer utover.
- Hjemmetjenesten har utpekt egne, ansvarlige «roller» for oppfølging av pasientene, samt dataløsninger som bidrar til det er færre ulike personer som leverer tjenester hjemme hos den enkelte pasient. Dette gjør det i praksis lettere å løpende vurdere pasientenes helsetilstand.
- Hjemmetjenesten benytter ulike verktøy for løpende vurdering/evaluering av tjenestene som gis, blant annet IPLOS-registrering, løpende evalueringer i saksbehandlingssystemet og en møtearena hvor man kan diskutere krevende saker. Når det gjelder den tekniske evalueringfunksjonen så synes ikke det systemet å fungere godt nok, men det er på gang et nytt journalsystem som skal ivareta dette.
- Hjemmetjenesten vurderer og dokumenterer pasientenes samtykkekompetanse.
- Hjemmetjenesten er bevisst på de skal sikre at pasienter får nødvendig innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen, herunder informere om muligheten for sykehjemsplass når det er aktuelt.
- Kommunen har rutiner og elektroniske løsninger for informasjonsflyt mellom hjemmetjenesten og Helse- og boligservice. Det er rutiner for at Helse- og boligservice informeres dersom det skjer større endringer i pasientens helsesituasjon, herunder nyoppstått behov for sykehjemsplass.

Om saksbehandling av søknad om sykehjemsplass

Vi konkluderer med kommunen tildeler langtidsopphold i sykehjem i samsvar med sentrale føringer og lokale retningslinjer. Kommunen benytter rutiner og maler, og har strukturert hvordan

saksbehandlingen skal gjennomføres. I de sakene vi har undersøkt nærmere ble prosessuelle krav til saksbehandlingen fulgt og lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass lagt til grunn.

Om tilfredshet med kvaliteten på tjenestene i sykehjem

I kommunens brukerundersøkelse kommer det fram at beboerne er godt fornøyde med tilbudet/kvaliteten på sykehjemmene. De fleste pårørende er også positive, men et flertall er misfornøyd med blant annet:

- Aktivitetstilbud og mulighet for frisk luft
- Manglende fysioterapi når det er behov
- Delaktighet når det utarbeides planer og at man ikke har fått informasjon om hvem som er kontaktperson for beboer

I vår spørreundersøkelse spurte vi ansatte om de har tilstrekkelige ressurser til pasientene og brukertilpasning i tjenestetilbudet, og om de opplever at målene i verdighetsgarantien¹ er oppfylt. De fleste ansatte svarer positivt, men ikke alle. Fra svarene kan trekkes frem at:

- 62 % svarer at de har for liten tid til oppgavene man gjør hos den enkelte pasient.
- 38 % svarer at pasienter i mindre grad får et tilpasset aktivitetstilbud.

En del svarer også at de ikke alltid journalfører når tjenester ikke blir gitt som planlagt eller at tiltaksplaner ikke alltid blir oppdatert i forhold til behov hos pasienter.

. Våre undersøkelser viser at ikke alle ansatte mener at kommunen oppfylder verdighetsgarantien. For eksempel mener 23 % av de ansatte ved Borre sykehjem at beboerne ikke får et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider. Både ansatte og ledere peker på at både kompetanse, tid og bevissthet rundt verdighetsgarantien kan forklare at man ikke når målene i verdighetsgarantien.

Det er små forskjeller i hvordan beboerne på de tre sykehjemmene i kommunen svarer. Men både ansatte og pårørende til beboere er minst fornøyd på Indre havn sykehjem, mens tilsvarende grupper er mest fornøyde på Åsgårdstrand sykehjem.

¹ Verdighetsgarantien er etablert for å sikre at eldre og pleietrengende personer skal få et verdig tjenestetilbud. Forskriften nevner flere hensyn tjenestetilbudet skal ta for å oppnå dette, blant annet boform, kosthold, døgnrytme, aktivitet, hygiene og lindrende behandling

Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- Vurdere om oppdaget risiko i ROS-vurderinger får tilstrekkelig oppfølging
- Styrke arbeidet med avvikshåndtering, herunder sikre at alle avvik blir registrert og vurdere om håndtering av avvik i stor nok grad fører til kvalitetsforbedring.
- Vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelse

Skien, 24.08.23

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Kontrollutvalget i Horten kommune vedtok 1.3.23 (sak 5/23) prosjektplan om kvalitet og bemanning i sykehjem. Prosjektet er ikke foreslått i plan for forvaltningsrevisjon, men er bestilt som følge av flere avisartikler som omtaler ulike sider ved driften av sykehjemmene i Horten. Omtalen medførte at ordfører tok kontakt med administrasjonen, som igjen kontaktet kontrollutvalget. Som følge av innspill til prosjektutforming fra flere instanser utarbeidet vi flere alternative problemstillinger, som så kontrollutvalget valgte fire av.

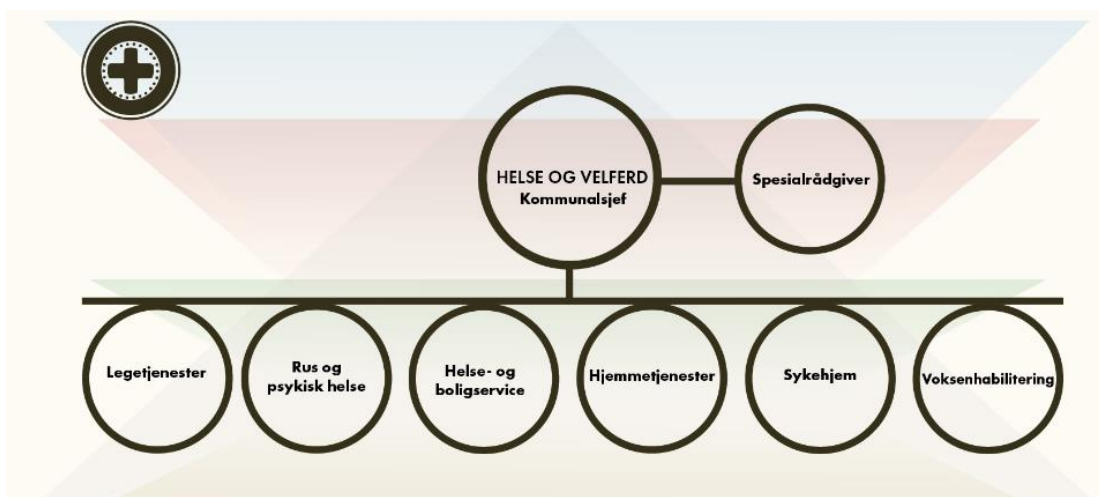
Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. §§ 23-3 og 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Bakgrunn

Sykehjem i Horten kommune er en enhet under kommunalområde Helse og velferd, se figur 1. Sykehjem yter heldøgntjenester i institusjon, og består av de tre sykehjemmene Borre, Åsgårdstrand og Indre havn, fire dagaktivitetssentere, samt kjøkken og vaskeri.

De tre sykehjemmene har alle en generell pasientgruppe. Indre havn har som eneste sykehjem i tillegg en forsterket og skjermet avdeling.

Figur 1 Organisasjonskart



Sykehjem er det øverste omsorgsnivået i kommunen, har døgndrift og tildeles etter vedtak. Det er ikke differensierte plasser eller avdelinger i sykehjemmene, med det menes at alle avdelinger har en blanding av pasienter med somatikk og demens; ved ledig plass blir den tildelt uavhengig av

diagnose eller lokasjon. Allikevel har de fleste av pasientene som får vedtak i dag en demensdiagnose.

I enhet Sykehjem er det innført en ny lederstruktur som har medført at enheten har fått styrket lederleddet.

1.3. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

1. Har kommunen en forsvarlig internkontroll med tjenestetilbudet i sykehjem?
2. Har kommunen tiltak for å vurdere når innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem?
3. Tildeles langtidsopphold i sykehjem i samsvar med sentrale føringer og lokale retningslinjer?
4. Hvor tilfredse er pasienter, pårørende og ansatte med kvaliteten på tjenestene i sykehjem?

Det er utarbeidet revisjonskriterier for problemstilling 1 og 3. Problemstilling 2 og 4 er beskrivende, og har derfor ikke kriterier.

Revisjonskriteriene² 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.

1.4. Avgrensning

I problemstilling 3, om tildeling av langtidsopphold på sykehjem, ser vi ikke på kommunens faglige vurderinger av hvorvidt søknader skal få avslag eller innvilges.

1.5. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Geir Kastet Dahle, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har intervjuet enhetslederne for Sykehjem, Hjemmetjeneste og Helse og boligservice, samt kommunens internrevisor, og gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot alle ansatte i enhet Sykehjem. Videre har vi gjennomgått sentral dokumentasjon utarbeidet av kommunen, og brukt resultatene fra kommunens brukerundersøkelse i 2022.

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

² Det skal alltid etableres revisjonskriterier i en 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.

1.6. Kommunedirektørens/rådmannens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 16.08.23, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Høringen har ikke ført til endringer i rapporten. Kommunedirektørens høringssvar ligger i vedlegg 1.

2. Problemstilling 1 – Internkontroll

1. Har kommunen en forsvarlig internkontroll med tjenestetilbudet i sykehjem?

2.1. Revisjonskriterier

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal ha internkontroll innenfor sykehjem, 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 Sykehjem er oppdatert og samlet på et sted
- **Kontrollaktiviteter - Avvik**
 - System for avvikshåndtering
 - Tiltak for å sikre at avvik blir registrert
 - Meldte avvik følges opp for å forebygge gjentakende avvik og sikre læring og forbedring

2.2. Gjennomførte forvaltningsrevisjoner på området

Vi har tidligere gjennomført tre 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 gjentagende avvik og bidrar til læring og forbedring.*

Våren 2022 hadde vi et prosjekt innenfor barnevern i Horten, hvor internkontroll i 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.*

Høsten 2022 gjennomførte vi en forvaltningsrevisjon på hjemmetjenester i Horten. Også her var internkontroll et av de undersøkte temaene. Vår hovedkonklusjon var at hjemmetjenesten hadde en forsvarlig internkontroll, men vi anbefalte kommunen å

- *vurdere iverksettelse av tiltak for å sikre at alle avdelinger i hjemmetjenesten jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentagende avvik, og for å sikre læring og forbedring.*

2.3. Risikobasert internkontroll

2.3.1. Rutiner

Ledelse- og styringssystem i Horten kommune

Dokumentet *Ledelse- og styringssystem i Horten kommune* beskriver hvilke systemer kommunen benytter til ulike deler av den kommunale driften. Det fremgår at det er Websak som benyttes i arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS).

Prosedyre for Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)

Innenfor risikobasert internkontroll har Horten kommune prosedyren *ROS, Risiko- og sårbarhetsanalyse*, sist revidert 8.3.2023. 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, 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. Prosedyren sier at det årlig (i 1. tertial) skal gjennomføres ROS på minimum 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 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 konsekvensene hendelsen kan føre til. Resultatet av denne analysen vil indikere om det er nødvendig å sette inn tiltak/hvilke tiltak som bør iverksettes, hvordan ev tiltak skal følges opp og vurdering av risiko etter igangsatte tiltak. Prioriterte tiltak skal synliggjøres i kommunens virksomhetsplan. Iverksatte tiltak skal evalueres for å sikre ønsket effekt og måloppnåelse.

Alle gjennomførte ROS analyser skal lagres i Websak, med minimum en sak pr. kommunalområde eller tjenesteområde årlig.

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)

Kommunen har utarbeidet en mal for gjennomføring av ROS-analyser. Denne er sist revidert 20.1.23, og er godkjent av kommunalsjef for Administrasjon. Malene har egen veiledningsside og er dels selvforklarende med ferdig utfylt tekst.

2.3.2. Risikovurdering i sykehjem

Enhetsleder sykehjem er kjent med kommunens rutiner for gjennomføring av risikovurdering, og mener at de følger rutinene, bruker malene og gjennomfører risikovurdering 1. tertial hvert år. Vi har fått tilsendt følgende dokumenter knyttet til risikovurderingsarbeidet i 2023:

- ROS-analyse av måloppnåelse i virksomhetsplan informasjonssikkerhet og kvalitet på tjenestene
- ROS-analyse av pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene
- ROS-analyse av personvern, informasjonssikkerhet og velferdsteknologi
- ROS-analyse av drift
- ROS-analyse av smittevern
- ROS-analyse av omstilling

For fire av ROS-analysene fremgår det ikke av dokumentene når de er gjennomført.

Vi har undersøkt nærmere hvordan leder har fulgt opp avdekket risiko for pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene. Innenfor dette feltet er det avdekket 15 risikoområder. Ifølge enhetsleder er risikoområdene i stor grad valgt ut på bakgrunn av registrerte avvik i avvikssystemet. Innenfor hvert risikoområde er det gitt risikoscore for sannsynlighet og konsekvens. Disse ganges sammen og gis en grad av risiko. Ingen av områdene fikk fargekode «rød³», som er den mest alvorlige. For hvert risikoområde skrives det tiltak for å redusere risiko.

Figur 2 viser et eksempel innenfor risikoområdet «Gitt medisin ble ikke registrert eller sett tatt».

³ Vurdert risiko graderes i grønn, gul og rød.

Figur 2 Eksempel på risikovurdering på risikoområdet "Gitt medisin ble ikke registrert eller sett tatt".

Risikobeskrivelse Hva kan gå galt? (Uønsket hendelse)	K / I / T (Konfidensialitet, Integritet, Tilgjengelighet)	Hvor galt kan det gå? Sannsynlighet * konsekvens Skala 1-5			Hva gjøres for å redusere risiko? (Risikoreducerende tiltak)	Vurdert risiko etter iverksatte tiltak (Er det nok?)			Oppfølging Ansvarelig
		S	K	Risiko		S	K	Risiko	
*Det blir ikke synliggjort at pasientene har fått medisiner. *Økt risiko for å gi dobbel dose. *Gir risiko for feil tidsintervall på medisiner *Det synliggjøres ikke hvem som har delt ut medisiner, og det kan være vanskelig å spore tilbake til hvem som har gitt. *Det gir risiko for økt tidsbruk for personalet som må undersøke om medisiner er gitt eller ikke. *Risiko for feil ved manglende signering da det avhenger av at den som har gitt medisiner må huske tidspunkt og hvem som har fått.		3	5	15	*Det skal alltid signeres etter gitt medikament. *Personalet delegerer oppgaver per vakt og det er en som har medisinsansvar på arbeidslister. *Alle poster har egen laptop som brukes til å registrere medisiner. *Medisinsansvarlig går systematisk gjennom alle pasientene til gitte medisintider. *Ved glemt signatur skrives det avvik eller personalet etterspør medisinen for å forebygge slike feil igjen. *Medisinsansvarlig skal ha ro rundt seg når det deles ut medisiner.	2	5	10	Ansatte, leder, assleder, fagspl, lege

I rutinen ROS, Risiko og sårbarhetsanalyse står det følgende om oppfølging av tiltak: *Hvert tiltak skal ha en ansvarlig og en frist for gjennomføring og skal følges opp i rapportering. Leder skal sikre at tiltak følges opp og evalueres.* I ROS-analysen vi har undersøkt står det at «ansatte, leder, assleder, fagspl, lege» er ansvarlige i alle tilfeller. Det angis en lavere risikoscore som konsekvens dersom tiltak blir gjennomført. Ifølge leder skrives denne scoren samtidig som ROS-analysen blir skrevet, og er ment som en ny risikovurdering gitt at tiltakene blir gjennomført.

Ifølge enhetsleder er det valgt ut fem risikoområder som avdelingslederne skal rapportere på i månedsrapportene. Månedsrapportene blir lagt inn i Framsikt og tilgjengelig for ledelse og internrevisor. De fem områdene som er valgt ut er alle innenfor «arbeidsmiljø og vold trusler». Ifølge enhetsleder skyldes dette at det har vært en del utfordringer her. De 15 risikoområdene som er vurdert innen området «pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene», er ikke gjenstand for samme type oppfølging, men blir, følge enhetsleder, fulgt opp gjennom generell avvikshåndtering.

2.4. Revisors vurdering av risikobasert internkontroll

Horten kommune har et system for å gjennomføre en risikobasert internkontroll, hvor risiko systematisk kartlegges og vurderes. Det velges ut områder som skal følges opp videre i virksomhetsplaner, med månedlig rapportering.

Vi vurderer at enhet sykehjem har et system for å iverksette/gjennomføre, følge opp og evaluere tiltakene fra ROS-analysene. Prioriterte tiltak er synliggjort i enhet Sykehjems virksomhetsplan og blir fulgt opp gjennom månedsrapportering i Framsikt.

Våre undersøkelser viser imidlertid at ingen av risikoområdene knyttet til tjenestekvalitet innenfor sykehjemsområdet har blitt valgt ut til oppfølging i virksomhetsplanene, dette til tross for at flere områder hadde middels stort risikoscore. I prosessen hvor kommunen selekterer hvilke risikoområder som skal få videre oppfølging, mener vi at kommunen bør vurdere om avdekket risiko blir fulgt opp i tilstrekkelig grad.

2.5. Formalisert internkontroll – virksomhetsstyring

2.5.1. Organisering, mål og oppgaver

Organisering

Horten kommune har utarbeidet organisasjonskart både for hele organisasjonen og for hvert kommunalområde. Det er også utarbeidet eget organisasjonskart for enhet sykehjem, som viser hvordan enheten er delt i tre ulike sykehjem, med nøkkelstillinger og tilleggende funksjoner, se illustrasjon.

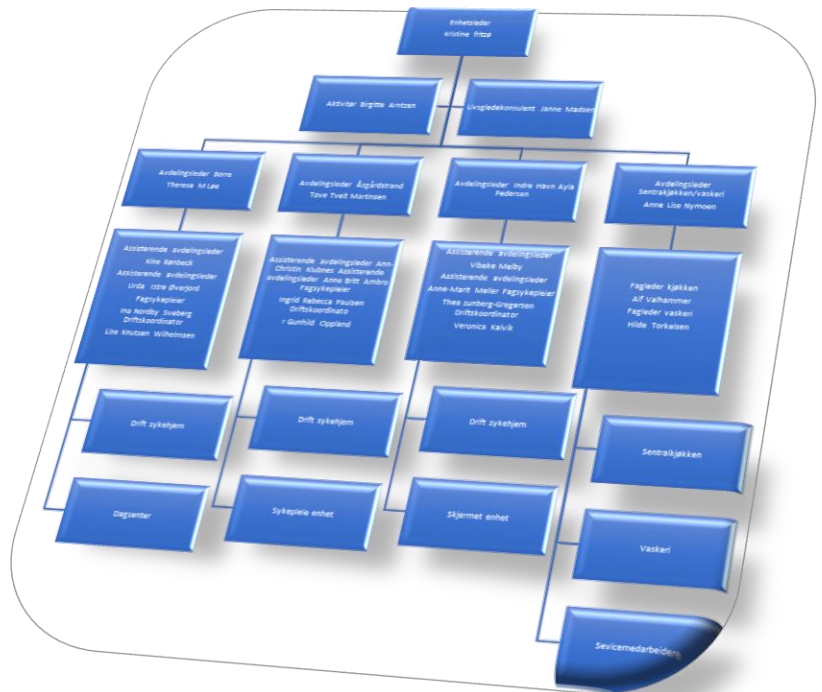
Organisasjonskartet inneholder navn på hvem som innehar nøkkelstillinger.

Det er utarbeidet stillingsbeskrivelser til de ulike stillingene ved sykehjemmene og

oppgavefordelingsskjema som gir en

samlet beskrivelse av hva slags oppgaver som ligger til de ulike rollene. Det er egne rutiner for organisering av tjenester på natt. Alle disse dokumentene er tilgjengelig i Compilo.

Det er utarbeidet egne rolledokumenter som blant annet beskriver hvilke oppgaver ansatte i ulike roller har. Figur 3 viser beskrivelse for en primærkontakt.



Figur 3 Eksempel på rolledokument som beskriver oppgaver knyttet til ulike stillinger i Sykehjem

<p>Primærkontakt</p> <p>Metadata</p> <p>Formål</p> <p>Kvalitetssikre at primærkontakt utfører de oppgavene som tilhører den funksjonen.</p> <p>Omfang/Virkeområde</p> <p>Gjelder alle ansatte som er primærkontakter for pasienter i enhet for sykehjem.</p> <p>Ansvar</p> <p>Enhetsleder har ansvar for at rutinen er oppdatert.</p> <p>Avdelingsleder har ansvar for at ansatte er kjent med rutinen og følger den.</p> <p>Ansatte har ansvar for å kjenne til rutinen og følge den.</p> <p>Aktivitet/beskrivelse</p> <p>Primærkontakt har følgende oppgaver og ansvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeide med den tjenesteansvarlige sykepleieren/teamsykepleier. • Utføre delegerte oppgaver fra tjenesteansvarlig sykepleier/teamsykepleier. • Sikre at tiltaksplan er oppdatert i samarbeid med tjenesteansvarlig sykepleier/teamsykepleier. • Registrere IPLOS i samarbeid med tjenesteansvarlig sykepleier. • Utarbeide og oppdatere forenklet pleieplan og oppdatere informasjon om inkontinensutstyr hos pasient. • Følger opp pasientens behov for klær, personlig utstyr og hjelpemidler. • Ha oversikt på pasientrom, utføre ukentlig og månedlig rengjøring av hjelpemidler , støvtøking og rydding i klesskap.(Disse oppgavene kan delegeres til andre ansatte). • Opprettholde kontakt med pårørende. • Tilstede på ulike møter som inkomstsamtaler, tverrfaglige møter og tavlemøter med tjenesteansvarlig sykepleier/teamsykepleier. • Kartlegge MUST og følge opp og oppdatere ernæringsplan x 1 per mnd. • Utarbeide og oppdatere aktivitetsplan i forhold til livsglede. • Henvise til ergoterapeut i samarbeid med tjenesteansvarlig sykepleier. • Utføre ulike kartlegginger av pasienten ved å bruke standardiserte kartleggingsskjemaer som OBS demens, fallkartlegging, NPI, smertekartleggingsverktøy og andre aktuelle skjemaer. <p>Lover</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) • Helsepersonelloven - hpl <p>Forskrifter</p>

Virksomhetsstyring

Kommunen benytter virksomhetsstyring som styringssystem. Dette innebærer at man skal fastsette mål, prioritere, planlegge og budsjettere ressurser og følge opp og rapportere resultater og ressursbruk. Vi har sett at kommunedirektøren utarbeider oppdragsbrev som, via kommunalsjefnivå, blir operasjonalisert på enhetsnivå. I oppdragsbrevet for 2023 står det at virksomhetsplaner med tiltak skal være utarbeidet for kommunalområde Helse og velferd innen 28.2.23. Planen skal være basert på:

1. kommuneplanens samfunnsdel med tilhørende mål
2. kommunens økonomi- og handlingsplan med tilhørende verbalpunkt
3. risikovurderinger for å forebygge uønskede hendelser, innenfor kommunalområdets lovområder med krav om internkontroll
4. å dekke kommunens lovpålagte oppgaver
5. sikre at vedtak med tilhørende tiltak blir fulgt opp

Helse og velferd utarbeidet sin virksomhetsplan innenfor nevnte frist.

Enhet for sykehjem har operasjonalisert sentralt oppdragsbrev med satsing innenfor fire områder:

- Avvikshåndtering og forbedringsarbeid
- Kunnskapsutvikling gjennom veiledning, refleksjon, internundervisning, eksterne kurs og videreutdanning.
- Deltakelse i KS sitt bransjeprogram om arbeidsmiljø, sykefraværsoppfølging og HMS arbeid.
- Heltidskultur

I oppdragsbrevet står det at enhet Sykehjem skal gjennom en omstillingsprosess hvor 4 av 6 poster ved Åsgårdstrand sykehjem skal legges ned, og 30 årsverk omstilles.

Det fremgår av oppdragsbrevet at sykepleieenheter som i desember 2022 ble etablert for å sikre rett og tilstrekkelig kompetanse i driften av sykehjemmene i løpet av 2023 skal videreutvikles, og det skal satses på egne, helsefagdrivne poster ved sykehjemmene.

Rapportering på mål

I oppdragsbrevet står det at det skal rapporteres tertialvis på fremdrift på oppdrag og oppgaver, slik at dette kan legges frem for politisk behandling. I Framsikt ligger månedsrapporteringer samlet for sykehjem og for hvert av sykehjemmene.

Vi har sett at sykehjem utarbeider tertialrapporteringer og at det rapporteres på mål. Dette gjøres både samlet for enhet sykehjem og for hvert sykehjem.

Kommunen har i tillegg etablert et selvrapporteringssystem, hvor ledere skal rapportere på hvorvidt de har gjort pålagte oppgaver i internkontrollarbeidet. Vi har sett at denne, per juni 2023, er fylt ut både for området Sykehjem og for hvert av de tre sykehjemmene. Internkontrolloppgavene står oppført som enten utført eller under arbeid.

2.5.2. Rutiner og prosedyrer for sykehjem

Enhet Sykehjem har utarbeidet en rekke rutiner for etterlevelse av aktuelle lover og annet regelverk. Rutinene er gjort tilgjengelig for alle ansatte i kvalitetssystemet Compilo. Compilo består av flere moduler, blant annet et dokumentbibliotek.

Vi har undersøkt om enhetens rutiner ligger i dokumentbiblioteket, og fant at de ligger i en egen mappe under kommunalområdet Helse og velferd - Administrasjon og drift - Sykehjemmene. Det lå totalt 32 rutiner/ instruksjoner/ sjekklister/stillingsbeskrivelser i mappen, disse var sortert alfabetisk.

Vi så nærmere på et tilfeldig utvalg rutiner/ instruksjoner, for å undersøke om de var oppdaterte. Alle dokumentene vi så på var påført dato for både forrige revidering og påfølgende revisjon. Vi fant ingen dokumenter hvor revisjonsdatoen var utløpt.

Enhetsleder opplever at de har god kontroll på arbeidet med rutiner og prosedyrer.

2.6. Revisors vurdering av formalisert internkontroll

Kommunen benytter virksomhetsstyring som styringssystem. De undersøkelserne vi har gjort viser at enhet Sykehjem har oversikt over og beskrivelse av virksomhetens organisering, mål og oppgaver.

Videre har vi sett at enheten Sykehjem har rutiner for etterlevelse av gjeldende lover og annet regelverk. Rutinene er samlet i Horten kommunes kvalitetssystem, Compilo og tilgjengelige for ansatte i Sykehjem. De rutinene vi så nærmere på var alle oppdaterte.

2.7. Avvikshåndtering

2.7.1. System og rutiner

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 ble sist revidert 31.1.23. 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.

Det framgår av prosedyren at den gjelder for alle ansatte i kommunen, og at alle ansatte kan melde avvik både i kommunens kvalitetssystem og på mobil. Prosedyren viser hvilket ansvar de ulike rollene i kommunen har når det kommer til avvik:

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

Prosedyren sier også at hovedverneombud skal ha innsyn i alle HMS-avvik, og at 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*

Figur 4 Definisjon på alvorlig avvik gitt i Compilo

Ifølge kommunalsjef for Helse og omsorg har de ønsket å ha en lav terskel for å skrive avvik etter at man introduserte Compilo som ny applikasjon i 2021 for å registrere avvik. Dette er gjort både som en del av forbedringsarbeidet og for å sikre at det blir en viss kontinuitet i bruk av systemet.

I Compilo er det definert hva som menes med lav, middels og høy alvorlighetsgrad innenfor avvik. I figur 4 det er gjengitt hvordan man definerer et alvorlig avvik. Det fremgår av teksten at den er utformet med tanke på HMS-avvik. En nærmere definisjon av alvorlige avvik på tjenester gitt i helse og omsorg er ikke utarbeidet.

Presseoppslag av negativ art over flere dager Presseoppslag av negativ art i nasjonale medier Alvorlige lovbrudd
Personer Død, uførhet og/eller nedsatt livskvalitet og funksjonsevne
Ytre miljø Ulovlig forurensning og langtidsvirkende skader på miljøet. Midlertidig stenging av nærmiljøet
Økonomi/informasjon Varig tap av bygninger/større anlegg datamengder eller annet arkiverdig materiale eller arbeidsplasser. Stengninger pga personellmangel Økonomisk tap som følge av kriminelle handlinger. Økonomiske tap over 500 000
Veiledende behandling HMS: Opplesing i AMU Opplest og uttalelse fra ledermøte Leder skal orientere rådmann/direktør omgående Skadekomité møte HMS: Verneombud orienteres omgående Nærmeste leder behandler og vurderer videre tiltak/behandling

2.7.2. Tiltak for å sikre at avvik blir registrert

Opplæring i registrering og lukking av avvik

Alle nyansatte i kommunen skal gjennom en generell opplæringspakke, hvor de blant annet får opplæring i å skrive avvik. I tillegg skal alle ansatte ha tatt et obligatorisk kurs om avvik på kommunens intranett.

I vår spørreundersøkelse, som har gått til alle ansatte i sykehjem, har vi spurt om de ansatte er fornøyde med opplæringen de har fått i å skrive avvik. Her svarer 41 % at de er mindre fornøyde med opplæringen de i har fått i å skrive avvik.

Ansattes vurdering av egen kompetanse

I spørreundersøkelsen har de ansatte vurdert hvor trygge de er på å definere hva som er et avvik, se tabell 2. Av svarene ser vi at de fleste opplever stor trygghet. Samtidig svarer 15 % at de i mindre grad er trygge på hvordan man definerer hva et avvik er (score 1-3 på en skala fra 1-6). Mest utrygge er de på Borre sykehjem.

Tabell 1 Ansattes vurdering av hvor trygge de er på å definere hva som er et avvik, N=76

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6
Total	1%	5%	9%	30%	37%	17%
Borre	0%	8%	13%	29%	42%	8%
Indre havn	0%	5%	9%	14%	46%	27%
Åsgårdstrand	3%	3%	7%	43%	27%	17%

Spørreundersøkelsen viser at de fleste er trygge på å vurdere et avviks alvorlighetsgrad, se tabell 3. Lavest kompetanse på dette området opplever ansatte på Borre sykehjem, hvor 29 % svart at de er mindre trygge på hvordan man skiller avviks alvorlighetsgrad (score 1-3 på en skala fra 1-6).

Tabell 2 Ansattes vurdering av hvor trygg man er på å skille et avviks alvorlighetsgrad, N=76

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6
Total	4%	4%	12%	25%	34%	21%
Borre	0%	4%	25%	25%	33%	13%
Indre havn	9%	5%	0%	27%	32%	27%
Åsgårdstrand	3%	3%	10%	23%	37%	23%

På spørsmålet om hvor trygg man er på å registrere et avvik i Compilo svarer 76 % at de er trygge på dette, mens de resterende 24 % er mindre trygge (score 1-3 på en skala fra 1-6), se tabell 4. Det er små forskjeller mellom sykehjemmene i hvordan de ansatte har svart.

Tabell 3 Ansattes vurdering av hvor trygg man er på å registrere et avvik i Compilo, N=76

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	I svært stor grad 6
Total	3%	8%	13%	25%	30%	21%
Borre	0%	8%	17%	25%	33%	17%
Indre havn	0%	14%	9%	14%	32%	32%
Åsgårdstrand	7%	3%	13%	33%	27%	17%

Enhetsleders vurdering av ansattes kompetanse

Enhetsleder på sykehjem vurderer at de ansatte er flinke til å skrive avvik. I spørreundersøkelsen svarte 6 ledere at de hadde et oppfølgingsansvar i å følge opp avvik. De fleste av disse svarte at de ansatte har god kunnskap.

I spørreundersøkelsen spurte vi lederne om hvilke tiltak de hadde gjort for at ansatte skal ha tilstrekkelig kunnskap om avvik og avviksregistrering⁴. Noe av det som ble trukket fram er følgende:

- Man oppfordrer og oppmuntrer ansatte til å registrere avvik.
- Avvik blir ofte tatt opp på ulike møtearenaer på sykehjemmet.
- Månedlig gjennomgang av avvik i lokalt HMS-utvalg.
- Man kan melde avvik både på PC og på telefon.
- Det gis tilbud om en-til-en veiledning
- Den som har skrevet avvik får tilbakemelding eller en samtale i etterkant. Hvis det tar tid å behandle avviket får de beskjed om hvorfor.

2.7.3. Meldte avvik i sykehjem

Gjennom tilgang til Compilo har vi tatt ut avviksstatistikk for 2021, 2022 og første kvartal i 2023. Vi har forholdt oss til tjenesteområdet «Sykehjem», som inkluderer de tre sykehjemmene, kjøkken/vaskeri og dagaktivitetssenteret Edvard. Det store flertallet av registrerte avvik gjelder de

⁴ Ansatte som huket av for at de hadde oppfølgingsansvar for avvik har fått egne spørsmål om oppfølging i spørreundersøkelsen.

tre sykehjemmene. I 2021 ble det registrert 762 avvik og i 2022 ble det registrert 898 avvik. Tilsvarende økning fra 2021 til 2022 hadde også Horten kommune totalt.

Avvik blir registrert på flere ulike områder som er sentrale for driften og tjenestene som tilbys ved sykehjemmene, se tabell 5. Flest avvik ble meldt på området «Tjeneste-tjenestemottaker», i 2022 ble det meldt 693 avvik her. Eksempler på denne typen avvik er vedtak som ikke fulgt opp/ manglende iverksetting av tjenester, manglende dokumentasjon i journalen, manglende informasjon/ kommunikasjon, saksbehandlingstid/fristbrudd mm. Et annet område hvor det meldes mange avvik er på HMS-området, i 2022 ble det meldt totalt 264 avvik her.

Tabell 4 Avvik på ulike områder

Avviksområde	2021	2022	2023
Tjeneste - tjenestemottaker	635	693	221
HMS	134	264	79
Organisasjon/internt	29	25	18
Ytre miljø	4	4	4

Dersom man fordeler avvikene på de tre sykehjemmene, ser vi at flest avvik blir registrert på Indre havn sykehjem, se tabell 6. Av tabellen fremgår det at Indre havn også er det sykehjemmet som i løpet av statistikkperioden har økt sin andel av det totale antallet registrerte avvik. Indre havns andel av registrerte avvik har økt fra 45 % i 2021 til 49 % i 2022 og til 53 % i første del av 2023. Dette kan være et uttrykk for at det skjer flere avvik og/eller at meldekulturen har blitt bedre.

Tabell 5 Avvik på ulike sykehjem

Sykehjem	2021	2022	2023
Borre sykehjem	261	291	96
Indre havn sykehjem	337	436	152
Åsgårdstrand sykehjem	156	161	38

De fleste avvik som blir registrert er av lav alvorlighet, se tabell 7. I 2022 ble det registrert 515 slike avvik innen kategorien *Tjeneste-tjenestemottaker*. Antall avvik av middels alvorlighet var 154 og antall avvik med høy alvorlighetsgrad var 24.

Tabell 6 Antall avvik med ulik alvorlighetsgrad, 2021-2023

	2021	2022	2023
Lav	504	515	182
Middels	118	154	37
Høy	13	24	2

Tabell 8 viser hvor stor andel avvik med ulik alvorlighetsgrad utgjør. *Høy alvorlighetsgrad* blir kun registrert i få tilfeller. Eksempelvis ble kun 4 % registrert med høy alvorlighetsgrad i 2022 og i første del av 2023 kun 1 %. Vi har gjort tilsvarende analyser i Helse og omsorg i andre kommuner i Vestfold og Telemark. I to tilfeldig valgte kommuner blant disse var andelen avvik med høy alvorlighet på henholdsvis 10 % og 57 %.

Tabell 7 Andel avvik med ulik alvorlighetsgrad, 2021-2023

Alvorlighetsgrad	2021	2022	2023
Lav	77 %	73 %	79 %
Middels	20 %	24 %	19 %
Høy	3 %	4 %	1 %

Vi har sett nærmere på hva slags avvik med *middels alvorlighetsgrad* som er registrert, se tabell 9. Her går det fram at *fall hos pasient* og *trygge tjenester* er de to områdene som går igjen oftest. Derneft følger *legemiddelhåndtering* og *manglende oppfølging*.

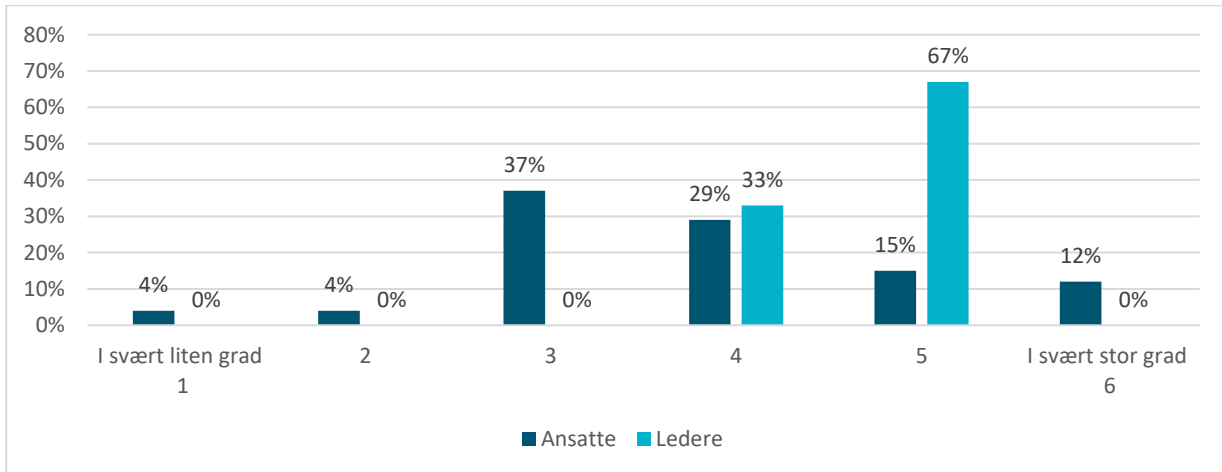
Tabell 8 Tye avvik – middels alvorlighetsgrad, 2022

Type avvik - middels alvorlighetsgrad	Antall 2022
Fall	60
Trygge tjenester	62
Dokumentasjon	3
Legemiddelhåndtering	12
Manglende oppfølging	12
Vedtak	2
Undersøkelse/behandling	1
Informasjon/kommunikasjon	1

2.7.4. Kultur på å skrive avvik

I vår spørreundersøkelse har vi spurt ansatte og ledere om å ta stilling til hvorvidt det er en god kultur for å registrere avvik på egen enhet. På en skala fra 1-6, hvor 1 er svært negativ vurdering av kulturen og 6 er svært positiv vurdering, er det en klar overvekt som er positive, se figur 5. Alle lederne har vurdert kulturen som god (score 4-6). Blant de ansatte er en mer likt fordelt mellom de som vurderer positivt 56 % og de som vurderer negativt 46 %.

Figur 5 Ansatte og lederes vurdering av egen kultur på arbeidsplassen, hvor 1 betyr at man i svært liten grad vurderer at det er en god kultur på arbeidsplassen og 6 er en vurdering av at det er en svært god kultur på arbeidsplassen.



Hvis vi fordeler svarene på de tre sykehjemmene ser vi at:

- På Borre sykehjem svarer 46 % at det er dårlig kultur for å registrere avvik
- På Indre havn sykehjem svarer 63 % at det er dårlig kultur for å registrere avvik
- På Åsgårdstrand sykehjem svarer 30 % at det er dårlig kultur for å registrere avvik

2.7.5. Hvorfor blir ikke avvik registrert?

Vi har spurt ledere om deres vurdering av hvor flinke ansatte er til å registrere avvik, og bedt dem om å anslå hvor stor andel av faktisk skjedd avvik som de tror blir registrert i Compilo. Fem ledere anslår at 60-80 % blir registrert, mens 1 anslår 40-60 %.

I spørreundersøkelsen svarer 58 % av de ansatte at de i løpet av 2022 og første halvdel av 2023 har observert avvik, men at de unnlot å registrere det.

Vi har spurt om hvorfor man eventuelt har latt være å registrere avvik og hva som kan være årsak til dette. De ansatte har tatt stilling til ulike forklaringer/årsaker, se tabell 10.

Tabell 9 Ansatte tar stilling til hvor ofte man har unnlatt å registrere avvik av ulike årsaker, N=82

	Har aldri skjedd	Har skjedd noen ganger	Har skjedd en del ganger	Har skjedd mange ganger
Jeg rakk ikke registrere avviket og glemte det etterpå	33%	47%	15%	5%
Jeg håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det	48%	41%	8%	4%
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen	74%	22%	3%	1%
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for meg	90%	8%	1%	1%
Avviket var lite og jeg så det som unødvendig å registrere det	42%	45%	8%	7%
Den type avvik er meldt mange ganger før så jeg lot det være	54%	32%	9%	5%
Jeg hadde ikke tro på at å registrere avviket ville ført til varige tiltak som gjør at det ikke hadde skjedd igjen	47%	33%	12%	9%

Av svarene ser vi at rundt halvparten svarer at de en del ganger (eller oftere) har latt være å registrere avvik fordi

- De ikke rakk det og glemte det etterpå
- Avviket var lite og man så det som unødvendig å registrere det
- Den type avvik var meldt mange ganger før så man lot det være
- Man hadde ikke tro på at det ville føre til varige tiltak.

2.7.6. Oppfølging av avvik

Ifølge enhetsleder på sykehjem går registrerte avvik til avdelingsleder (leder for det enkelte sykehjem) som videresender til assisterende avdelingsleder, som har fått videredelegert myndighet til å følge opp avvikene. Assisterende avdelingsleder får elektronisk påminnelse dersom det innen lukkefristen ikke er fulgt opp.

I rutinene står det at avvik skal lukkes innen 21 dager. Av tabell 11 ser man at de aller fleste avvikene er lukket innen 30 dager. Man kan ikke lese ut ifra statistikken hvor mange avvik som lukkes innen 21 dager.

Tabell 10 Antall dager før avvik blir lukket, 2021-2023

	2021	2022	2023
Åpen	0	0	13
Under 1 dag	256	169	47
1-3 dager	157	205	46
3-10 dager	122	336	89
10-30 dager	193	184	99
Over 30 dager	34	4	3

2.7.7. Stikkprøvekontroll på registrerte avvik

For å se nærmere på avvikene innenfor sykehjemsområdet har vi, tilfeldig, valgt ut januar 2023, og sett på avvik som er registrert innenfor tjenesteutøvelse i denne måneden. Det dreide seg om totalt 27 avvik, hvorav 16 avvik skyldes fall hos pasient og 7 er relatert til medikamenthåndtering. Vi har sett følgende:

- I 24 av 27 tilfeller har den som har registrert avviket foreslått forbedringstiltak.
- I 22 av 27 tilfeller har den som har registrert avviket beskrevet konsekvens av hendelsen.
- I nær alle tilfeller har leder beskrevet håndteringen av avviket i åpent kommentarfelt. Tiltaksfelt blir ikke benyttet.
- Det er vanskelig å vurdere om tiltak er gjennomført før avvik blir lukket. Leder skriver ofte at «de skal snakke med den som var involvert» eller «at man skal sørge for mer opplæring på tema» etc.
- Tre av avvikene har middels alvorlighetsgrad og ett avvik har høy alvorlighetsgrad, øvrige avvik har lav alvorlighetsgrad.
- I ett tilfelle er det foretatt en risikovurdering på avviket, vurdert risiko for at avviket skjer igjen og mulig konsekvens.
- I tre tilfeller har avviket hatt relevans for ansatte utenfor sykehjemmet. Leder har da brukt funksjonalitet i Compilo for å involvere disse.
- I ett tilfelle hvor ansatt har registrert avviket med middels alvorlighetsgrad har leder satt dette ned til lav alvorlighetsgrad.

Oppfølging av avvik

Ifølge enhetsleder blir avvik som kan være relevante for flere enn den som registrerte det ofte bli tatt opp på felles sykepleiermøter/personalmøter.

Vi har spurt de ansatte om hvordan de vurderer leders avvikshåndtering, se tabell 12.

Tabell 11 Andel ansatte som svarer positivt (svart 4-6 på en skala fra 1-6) på ulike påstander.

Påstander	Total	Borre	Indre havn	Åsgårdstrand
Jeg opplever at vi har en felles forståelse av hva avvik er på min arbeidsplass	59%	50 %	50 %	73 %
Jeg opplever at min leder har stort fokus på at avvik skal registreres	63 %	58 %	45 %	81 %
Jeg opplever at vi jevnlig går gjennom registrerte avvik på fellesmøter på arbeidsplassen	25 %	25 %	14 %	33 %
Jeg opplever at registrerte avvik blir fulgt opp på en forsvarlig måte av leder	49 %	50 %	36 %	57 %

Av svarene ser vi at nær halvparten eller flere av de ansatte ved Borre og Indre havn sykehjem mener at:

- Leder ikke har stort fokus på at avvik skal registreres
- Leder ikke følger opp avvik på en forsvarlig måte
- Man mangler en felles forståelse av hva avvik er

Andelen som svarer negativt, er betydelig mindre på Åsgårdstrand sykehjem.

2.8. Revisors vurdering av avvikshåndtering

Horten kommune har etablert et system for avvikshåndtering, med en overordnet prosedyre i Compilo, øvrige rutiner og maler. Kommunen har definert ansvar og roller både når det gjelder registrering og oppfølging av avvik.

Alle ansatte i enhet Sykehjem kan melde avvik i Compilo, eventuelt kan dette også gjøres på egen mobiltelefon.

Kommunen har definert alvorlighetsgrad for avvik i lav, middels og høy alvorlighet. Definisjonen som angir høy alvorlighetsgrad er først og fremst knyttet til HMS. Etter vår mening bør kommunen vurdere om dette er tilstrekkelig i forhold til andre type avvik, herunder tjenestetildeling og brudd på helselovgivningen.

I 2022 ble det registrert rundt 900 avvik, hvorav nær 700 var relatert til tjenester/tjenestemottaker. Kommunen registrerer få alvorlige avvik sammenlignet med analyser vi har gjort i andre kommuner. Det kan være interessant for å kommunen å utrede nærmere hva som ligger bak dette.

Våre undersøkelser viser at kommunen har rutiner og opplæringstiltak som bidrar til at avvik blir registrert i Compilo. Våre funn tyder imidlertid på at mange avvik aldri blir registrert i Compilo. Dette baserer vi blant annet på følgende:

- Ingen av lederne tror at mer enn 80 % av faktisk hendte avvik blir registrert, og mange ansatte svarer at de i noen tilfeller lar være å registrere avvik.
- Mange ansatte vurderer at det er dårlig kultur på å skrive avvik på deres tjenestested.
- Omtrent en fjerdedel av de ansatte er i liten grad trygg på hvordan man skal skrive avvik og mer enn en tredjedel mener at leder i større grad kunne løftet viktigheten av å registrere avvik og drøftet avviksregistrering med de ansatte.

Dersom avvik ikke blir registrert risikerer man at man ikke får iverksatt risikoreducerende tiltak og at avviket gjentar seg. Gjennom spørreundersøkelsen har vi forsøkt å finne forklaringer på hvorfor avvik ikke blir registrert. De forklaringsvariablene som hyppigst går igjen, er at de ansatte ikke rakk å registrere og deretter glemte det og at avviket var lite og at man derfor ikke så behov for å registrere det.

Vi vurderer at ledere følger opp enkeltavvik. Avvik blir lukket i Compilo, i de fleste tilfeller lukkes avvikene innen tidsfristen, det iverksettes tiltak og avviket løftes videre der man ser behov for det. En del ansatte mener imidlertid at avvik i større grad kunne ha ført til kvalitetsforbedrende arbeid: det blir pekt på at leder i større grad kunne ha drøftet oppfølging av avvik med de ansatte på fellesarenaer og at leder i større grad kunne oppfordret ansatte til å registrere avvik.

2.9. Konklusjon problemstilling 1

Vi konkluderer med at enhet Sykehjem i hovedsak har en forsvarlig internkontroll.

Vi vurderer internkontrollen er risikobasert. Det gjennomføres jevnlig ROS-analyser og det jobbes aktivt med risikoreducerende tiltak. Våre undersøkelser viser imidlertid at ingen av de avdekkede risikoområdene knyttet til tjenestekvalitet innenfor sykehjemsområdet har blitt valgt ut til oppfølging i virksomhetsplanene, dette til tross for at flere områder hadde middels stort risikoscore. Det bør vurderes om oppdaget risiko får tilstrekkelig oppfølging i prosessen hvor kommunen selekterer hvilke risikoområder som skal følges opp videre.

Vi vurderer at Sykehjems internkontroll er formalisert. Organisering, mål og oppgaver er beskrevet i enhetens virksomhetsplan. Relevante rutiner er samlet i kommunes kvalitetssystem, Compilo. Rutinene er tilgjengelige for ansatte, og de rutinene vi så nærmere på var alle oppdaterte.

De ansatte i Sykehjem kan registrere avvik i Compilo. Roller og ansvar er definert både når det gjelder registrering og oppfølging av avvik. Det er utarbeidet nærmere rutiner for dette, og lagt til rette for opplæring. Våre funn tyder likevel på at mange avvik aldri blir registrert i Compilo. Dette baserer vi blant annet på følgende:

- Ingen av lederne tror at mer enn 80 % av faktisk hendte avvik blir registrert, og mange ansatte svarer at de i noen tilfeller bevisst lar være å registrere avvik.
- Mange ansatte vurderer at det er dårlig kultur på å skrive avvik på deres tjenestested.
- Omtrent en fjerdedel av de ansatte er i liten grad trygg på hvordan man skal skrive avvik og mer enn en tredjedel mener at leder i større grad kunne løftet viktigheten av å registrere avvik og drøftet avviksregistrering med de ansatte.

Vi har sett indikasjoner på at oppfølging av avvik i større grad kunne ha blitt benyttet i kvalitetsforbedrende arbeid.

3. Problemstilling 2 – Vurdere behov for overføring til sykehjem

Problemstilling 2: Har kommunen tiltak for å vurdere når innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem?

3.1. Myndighet til å fatte vedtak

I Horten kommune er det enhet Helse- og boligservice som har ansvar for å behandle søknader om helse- og omsorgstjenester (inkludert sykehjemsplasser) fra innbyggere over 18 år. De fleste søknader om sykehjemsplass gjelder innbyggere som mottar hjemmetjenester.

I 2022 behandlet Horten kommune 92 søknader om sykehjemsplass, se tabell 13. Av disse ble 73 innvilget og 19 ble avslått (17%). Andelen som får innvilget sykehjemsplass har vært relativt stabil i de siste tre årene.

Tabell 12 Antall søknader om sykehjemsplass med utfall 2020-2022

Saksbehandlet	2020	2021	2022
Søkt	112	91	92
Innvilget	94	69	73
Avslag	18	22	19
%-andel avslag	16 %	20 %	17 %

Ifølge enhetsleder har de få klagesaker (2-3 saker i året). Som følge av klage har enkelte vedtak blitt omgjort.

3.2. Hjemmetjenestens rolle

I og med at de fleste som søker om sykehjemsplass mottar tjenester fra hjemmetjenesten, så er ofte hjemmetjenesten involvert i spørsmålet om overføring til sykehjem. Blant hjemmetjenestens oppgaver ligger å:

- vurdere om tjenestene som gis i hjemmet er forsvarlige
- vurdere og dokumentere endringer i pasienters funksjonsnivå
- informere/veilede pasienter om muligheten for sykehjemsplass
- sørge for at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert
- informere Helse- og boligservice om større endringer i pasientenes helsesituasjon

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Ifølge § 4-1 stilles det krav til at tjeneste som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Enhetsleder for hjemmetjenesten er tydelig på at forsvarlighetsprinsippet veier tyngst i all helsehjelp som hjemmetjenesten gir, og at kapasitet i sykehjem ikke er tema når man vurderer forsvarlighet i tjenestene. Dersom man ikke klarer å gi forsvarlige helsetjenester i hjemmet blir det gjort en innsats for å utrede alternative tilnærminger.

3.2.1. Evaluering av helsetjenester

Som konsekvens av at kommunen skal tilby forsvarlige tjenester, må løpende tjenester evalueres og justeres. Kommunen har flere tiltak i denne forbindelse:

Ansvarsfestet oppfølging av pasienter

I hjemmetjenesten er det to roller som har hovedansvaret for tjenestene til de hjemmeboende pasienter: tjenesteansvarlig sykepleier og primærkontakt. Kommunen benytter applikasjonen Spider⁵ for å sikre at mest mulig av tjenestene som gis til den enkelte pasient blir gjort av de to hovedansvarlige. Ifølge enhetsleder har man, særlig ved hjelp av Spider, redusert gjennomsnittlig antall personer inn til den enkelte pasient per måned fra 26 (2015) til 13 (1. halvår i 2023). Ved at det i stor grad er de samme fra hjemmetjenesten som er ute hos pasientene er det lettere å evaluere tjenestene som gis.

Evaluering av tjenester som gis

I kommunens rutinedokument, Vilkår og retningslinjer for tildeling av Helse- og omsorgstjenester i Horten kommune, står det følgende om evaluering: «I starten av et tjenesteforløp vil helse- og omsorgstjenesten raskt evaluere iverksatte tiltak. Dette for å sikre at tiltakene er virksomme, at tjenesten er nyttig og at den fyller formålet». Dokumentet omtaler ikke videre evaluering.

Når vedtak om helsetjenester er fattet lages det tiltaksplan. I denne er det en evalueringsfunksjon, men ifølge enhetsleder bruker man ikke denne funksjonaliteten. Dette skyldes at systemet er lite brukervennlig, noe som medfører at man i stedet skriver evalueringer i pasientens løpende journal. Denne måten å evaluere på medfører imidlertid at man risikerer at evalueringene «forsvinner» mellom annen informasjon, da det skrives mange journalposter på en pasient. Ifølge enhetsleder kan det være en utfordring å finne tilbake til evalueringene. Kommunen er i ferd med å utvikle et nytt journalsystem – nettopp pga dårlig brukervennlighet på de eksisterende løsningene.

Enhetsleder for Helse- og boligservice mener at hjemmetjenesten bør bruke evalueringsfunksjonen i tiltaksplanen i stedet for å dokumentere evalueringer løpende i

⁵ Spider – er et optimeringsprogram som beskriver antall måter å sette opp en besøksrekkefølge på (utarbeidet av Sintef og Spider Solutions AS).

pasientjournalen. Hun mener også at journalføringen noen ganger bærer preg av å være mer rapportering på gjennomførte tiltak enn evaluering av tiltak.

IPLOS-registrering

IPLOS er et nasjonalt helseregister som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester som ytes. Kommunens rutiner sier at pasientenes IPLOS-score skal oppdateres ved endring av helsetilstand, ved søknad om nye helsetjenester og minimum hvert år. IPLOS deler pasientens bistandsbehov 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

Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten har de god praksis for å holde IPLOS-scoren oppdatert. I kapittel 4, hvor vi har gjennomført en stikkprøvekontroll i CosDoc, har vi sett at kommunen har god praksis for å registrere IPLOS-score og at denne justeres fortløpende ved endring av helsetilstand.

Arenaer for drøfting av vanskelige saker

Hjemmetjenesten gjennomfører daglige møter hvor man drøfter enkeltsaker. I disse møtene er det gjerne de vanskelige sakene som diskuteres, som for eksempel om et allerede omfattende tjenestebehov bør utvides ytterligere, for eksempel ved overføring til sykehjem, for forsvarlig ivaretagelse av pasienten.

3.2.2. Vurdering av samtykkekompetanse

All helsehjelp skal være basert på samtykke fra pasienten. Samtykkekompetanse handler om at pasienten forstår hva han sier ja eller nei til. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 skal den som yter helsehjelp avgjøre om pasienter mangler kompetanse til å samtykke. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp.

Horten kommune har rutiner for å vurdere samtykkekompetanse, samt skjema for gjennomføring av samtykkekompetansevurderingen. Rutinen sier at samtykkekompetanse skal vurderes for alle som mottar helsetjenester.

Kommunen har demenskoordinator og ressurspersoner på demens i de ulike avdelingene. Flere av ressurspersonene i demensteamet gjennomfører kognitive tester hjemme hos pasienten. Ifølge enhetsleder i hjemmetjenesten kobler man inn pasientens fastlege dersom man er usikker på

samtykkekompetanseevnen. Om pasienten har familie, blir de spurt om hvordan de tror pasienten ville ha valgt dersom hen var kognitivt frisk

I CosDoc er det en funksjonalitet som viser hvorvidt pasienten er samtykkekompetent eller ikke. Denne skal være datert. Dersom man ikke er samtykkekompetent, skal området man ikke vurderes å være samtykkekompetent på fremgå (eksempelvis innsetting av bevegelseshemmende tiltak eller nødvendig bruk av tvang ved medisiner). I vår stikkprøvekontroll fant vi at samtykkekompetanse var vurdert i alle tilfellene vi så på. I tilfeller hvor man konkluderte med manglende samtykkekompetanse var det presisert hvilke områder dette gjaldt. Alle samtykkekompetansevurderingene var daterte og oppdaterte i forhold til behovet for en slik vurdering.

Tvang blir sjelden brukt i hjemmetjenesten. Enhetsleder i hjemmetjenesten anslår at det ca. 1-2 ganger i året blir fattet tvangsvedtak om overføring fra hjemmetjeneste til sykehjem. Kommunen har egne rutiner for bruk av tvang. Enhetsleder sier at i saker der tvang er involvert og hvor det vurderes som nødvendig å flytte pasient inn på sykehjem for forsvarlig ivaretagelse, er alltid både enhetsleder for hjemmetjeneste, Helse- og boligservice og kommunelege med i vurderingen.

3.2.3. Veiledning til pasienter

I helsepersonelloven § 10 står det at helsepersonell skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I § 3-2 står det at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Ifølge veileder til helse og omsorgstjenesteloven skal informasjonen gis på en måte som blir forstått av mottakeren. Den skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og må tilpasses forhold som mottakerens alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Enhetsleder i hjemmetjenesten er klar på at hjemmetjenesten har et ansvar for å informere og veilede pasienter i det daglige. I følge enhetsleder veileder de tjenestemottakere daglig rundt temaer som blant annet bruk av hjelpemidler, tilrettelegging av bolig, forebyggende brannvern, legemiddelhåndtering og hvordan mestre kronisk sykdom og funksjonssvikt. Det er ikke gitt oppøring i veilednings- og eller samtaleteknikk, men enhetsleder mener at ansatte er kjent med at de har en slik rolle, og at de også utøver den. Hun trekker videre frem at hjemmetjenesten

- a. har ansvarsfestet hvem som har ansvaret for oppfølging av pasienter
- b. har gjort tiltak som sikrer at det meste av oppfølgingen gjøres av de ansvarlige

Hun mener dette bidrar til en tettere og mer ansvarlig individuell oppfølging, samt at pasientene blir mer trygge i dialogen med personer de har et nære forhold til.

3.2.4. Dialog og samarbeid med Helse- og boligservice

Hjemmetjenesten bruker internmeldingssystemet i CosDoc når de kommuniserer med Helse- og boligservice. Ordningen blir blant annet brukt når hjemmetjenesten vurderer at det har skjedd endringer tjenestebehov hos bruker/pasient, for eksempel når det kan være behov for sykehjemsplass, eller hvor de ser at bruker/pasient ikke tar imot tjenestetilbud de er tildelt. Både

enhetsleder i hjemmetjenesten og enhetsleder for Helse- og boligservice vurderer at kommunikasjonskanalen fungerer bra. Sistnevnte mener imidlertid at journalsystemet som sådan ikke legger til rette for at det skal være enkelt, sikkert, effektivt og funksjonelt å dokumentere kommunikasjonen. Nasjonalt jobbes det med å utvikle nye journalsystemer som vil kunne fungere på disse områdene.

3.2.5. Oppfølging av pasienter som ønsker å bo hjemme

Noen pasienter ønsker å bo hjemme samtidig som det er vanskelig for kommunen å gi tilstrekkelige tjenester i hjemmet. Enhetsleder i hjemmetjenesten mener likevel at de har mange tiltak som bidrar til at det er lav risiko for at man har pasienter som får oppfølging slik det som ble fremstilt i Brennpunktdokument *Omsorg bak lukkede dører* (2023). Høy personkontinuitet av tjenesteansvarlig og primærkontakt er ett av de viktigste tiltakene. Hjemmetjenesten har også, via sitt system Spider, (i tillegg til heltidskultur og reduksjon i sykefravær) redusert gjennomsnittlig antall personer som følger opp pasientene. Samtidig ser enhetsleder at det kan være enkelttilfeller/-situasjoner som ikke har tilstrekkelig faglig kvalitet i deres tjeneste også, og bruker tilbakemeldinger fra brukere og avvik i deres kontinuerlige forbedringsarbeid.

Dersom kommunen har pasienter som må på sykehjem for å få forsvarlige tjenester så vil kommunen strekke seg langt for å få dette til. Kontaktpersoner, fastlege, demensteam og sentrale ledere er da som regel involvert.

3.3. Revisors oppsummering

Horten kommune mottar nær 100 søknader om sykehjemsplass årlig. En stor andel av dem som søker om sykehjemsplass mottar hjemmetjenester på søknadstidspunktet.

Kommunen har flere tiltak for å vurdere om innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem. Hjemmetjenesten løfter forsvarlighetsprinsippet frem som det viktigste prinsippet i sitt arbeid. Dersom hjemmetjenester ikke er tilstrekkelig for at prinsippet om forsvarlige tjenester ivaretas vil hjemmetjenesten iverksette tiltak som for eksempel overføring til sykehjem.

Av konkrete tiltak kommunen har for å vurdere om innbyggere som mottar hjemmetjenester bør overføres til sykehjem vil vi fremheve:

- Kommunen har ansvarsfestet at alle søknader om helse- og omsorgstjenester skal behandles av Helse- og boligservice. Det at all saksbehandling er samlet på et sted bidrar til økt kompetanse og mer enhetlig praksis sammenliknet med om saksbehandlingen var spredt mer utover.
- Hjemmetjenesten har utpekt egne, ansvarlige «roller» for oppfølging av pasientene, samt dataløsninger som bidrar til det er færre ulike personer som leverer tjenester hjemme hos den enkelte pasient. Dette gjør det i praksis lettere å løpende vurdere pasientenes helsetilstand.
- Hjemmetjenesten benytter ulike verktøy for løpende vurdering/evaluering av tjenestene som gis, blant annet IPLOS-registrering, løpende evalueringer i saksbehandlingssystemet

og en møtearena hvor man kan diskutere krevende saker. Når det gjelder den tekniske evalueringsfunksjonen så synes ikke det systemet å fungere godt nok, men det er på gang et nytt journalsystem som skal ivareta dette.

- Hjemmetjenesten vurderer og dokumenterer pasientenes samtykkekompetanse.
- Hjemmetjenesten er bevisst på de skal sikre at pasienter får nødvendig innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen, herunder informere om muligheten for sykehjems plass når det er aktuelt.
- Kommunen har rutiner og elektroniske løsninger for informasjonsflyt mellom hjemmetjenesten og Helse- og boligservice. Det er rutiner for at Helse- og boligservice informeres dersom det skjer større endringer i pasientens helsesituasjon, herunder nyoppstått behov for sykehjems plass.

4. Problemstilling 3 – Saksbehandling av sykehjemsplasser

Problemstilling 3: Tildeles langtidsopphold i sykehjem i samsvar med sentrale føringer og lokale retningslinjer?

4.1. Revisjonskriterier

Vi har utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak for utarbeidelse av vedtak om sykehjemsplass**
- **Vedtak skal**
 - oppgi hvilke tjenester som skal gis
 - oppgi tidspunkt for iverksetting
 - inneholde dekkende begrunnelse
 - inneholde informasjon om klagerettigheter
 - overholde regler om saksbehandlingstid
- **Vedtak skal utformes/saksbehandles i samsvar med bestemmelsene i lokal forskrift og egne rutiner**

4.2. Rutiner og tiltak for behandling av søknader om sykehjemsplass

4.2.1. Ulike rutiner

All saksbehandling av søknader om sykehjemsplasser gjøres av Helse og boligservice, team Varig. Her jobber tre saksbehandlere med å fatte vedtak. Endelig vedtak fattes av den enkelte saksbehandler, det vil si at leder ikke undertegner vedtakene sammen med dem. Alle de tre saksbehandlerne har relevant, treårig utdanning, og vurderes av enhetsleder å ha både tid og ressurser til å saksbehandle på en forsvarlig måte.

Kommunen har utarbeidet ulike rutiner for saksbehandlingen av søknader om sykehjemsplasser. Nedenfor er de mest sentrale rutinene gjengitt.

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 skal tildeles på bakgrunn av kartlagte individuelle behov.

I dokumentet står det følgende om de ulike fasene i prosessen med søknad om helse- og omsorgstjenester:

- Saksbehandler kartlegger, beslutter, beskriver formål med tjenesten og skriver vedtak.
- Tjenesteansvarelig helsepersonell starter opp tjenesten, lager tiltaksplan, kartlegger og evaluerer.

- Tjenesteansvarlig helsepersonell og saksbehandler avslutter tjenesten ved måloppnåelse, eller viderefører tjenesten med et annet forløp.

Dokumentet sier at kommunen skal yte riktig tjeneste, på riktig nivå til rett tid. Helsetjenestene har hverdagsmestring som grunntanke, og hjelpemidler og velferdsteknologi skal alltid vurderes før personbistand.

For å motta helsetjenester som krever enkeltvedtak, må blant annet følgende være oppfylt:

- Søker må bo eller oppholde seg i kommunen, og søke selv eller ved hjelp av verge/pårørende
- Søker må samtykke til at kommunen kan innhente nødvendig helseopplysninger
- Søker må ha tatt i bruk hjelpemidler og velferdsteknologi
- Søker må ha IPLOS-score ⁶ over tre, det vil si at søker er i behov for personbistand og/eller teknologisk hjelp.

Rutine - Kartlegging ved mottatt søknad

Rutinen omhandler kartlegging av behov for tilrettelegging og/ eller tjenester. Dette skal gjøres sammen med søker, med formål om bistand som fører til størst mulig grad av selvstendighet.

Rutinen sier at Helse- og boligservice har et utredningsansvar, det vil si ansvar for:

- at saken er tilstrekkelig opplyst. Omfanget av nødvendige opplysninger avhenger av sakens kompleksitet
- å avgjøre om søker oppfyller vilkårene i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og momentene i det lokale vilkårsdokumentet (nevnt i forrige avsnitt).

Saksbehandling i Team Varig

Formålet med dokumentet er beskrevet som å kvalitetssikre brukermedvirkning, saksbehandling, revurdering av vedtak og tjenestetildeling til varige tjenestemottakere. Dokumentet er sist revidert 16.05.23 og er godkjent av enhetsleder.

Rutine for saksbehandling

Av saksbehandlingsprosesser sier rutinen at følgende skal kartlegges:

- Er den som søker part i saken?
- Er den som søker samtykkekompetent?
- Er det andre enn søker som bør delta i kartleggingen? (basert på samtykke/fullmakt)

⁶ 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. 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

- Søker medvirker i kartleggingen og får mulighet til å uttale seg
- Vi innhenter helseopplysninger fra fastlege og vet. spesialisthelsetjeneste
- Har søker helsetjenester fra kommunen, innhenter vi opplysninger fra aktuelle utførertjeneste
- Søker gis råd og veiledning mhp tiltak og tilrettelegging som raskt kan bedre situasjonen
- Søker får informasjon om kartleggingsprosessen og saksbehandlingsprosessen
- Funksjonskartlegging og samtale gjennomføres i søkers hjem eller på rådhuset

Saksbehandlerne skal bruke kartleggingsverktøyet «Hva er viktig for deg?», IPLOS/KPR og brannvernkartlegging.

Dokumentet er sist revidert 16.05.23, og det er satt ny frist for revidering 15.05.24. Det går fram av dokumentet at ansvarlig for revideringer er enhetsleder for Helse og boligservice.

Rutine - IPLOS registrering

Formålet med rutinen er å sikre brukermedvirkning og riktig bruk av IPLOS som kartleggingsverktøy⁷. IPLOS skal oppdateres dersom det skjer endringer i pasientens helse/funksjonsnivå og minimum hvert år. Ved saksbehandling av nye søknader om helsehjelp skal Iplos være oppdatert.

4.2.2. Maler for utforming av vedtak

Helse og boligservice har utarbeidet vedtaksmaler for innvilgelse/avslag om helse- og omsorgstjenester, herunder mal for underretning om langtidsopphold institusjon/sykehjem. Malen som brukes for underretning om langtidsopphold institusjon/sykehjem inneholder overskrifter og noe veiledende tekst. Det er lagt opp til at det skal skrives hva det fattes vedtak om og det skal gis en begrunnelse for vedtaket. Det er lagt inn standardtekst om temaer som informasjon til søker, herunder flytting, betaling og gratis tannhelse, klagerettigheter og informasjon om hvor man kan henvende seg ved spørsmål.

Ifølge enhetsleder for Helse og boligservice er det også utarbeidet mal for foreløpig svar, som sendes dersom man trenger mer enn fire ukers behandlingstid søknader.

4.2.3. Ukentlig veiledningsmøte for saksbehandlere

Det holdes ukentlig felles veiledningsmøte for saksbehandlerne i Helse og omsorg, hvor enkeltsaker tas opp. Alle søknader om langtidsplass blir tatt opp her. Det skrives ikke referat fra møtene, den enkelte saksbehandler har ansvar for å effektivere det man har konkludert med i møtet.

⁷ IPLOS er et nasjonalt kartleggingsverktøy som skal sikre brukermedvirkning og viktig informasjon til helsepersonell, og medvirke til helhetlige pasientforløp og tildeling av tjenester på riktig nivå til rett tid.

4.3. Saksbehandlingstid

Av kommunens rutiner fremgår det at saksbehandlingstiden er fire uker, og at det skal sendes foreløpig svar der dette ikke kan overholdes. Kommunen har utarbeidet en mal for foreløpig svar. Malen legger opp til at det skal beskrives hva som er årsak til forsinkelsen og hvor lang tid det vil ta før vedtak blir fattet.

Ifølge enhetsleder for Helse og boligservice er det ikke noen funksjon i saksbehandlingssystemet som varsler saksbehandler om fristene. Den enkelte saksbehandler må derfor følge opp hver søknad manuelt eller etter sitt eget system, for å sikre at saksbehandlingsfristen overholdes. Enhetsleder er ikke kjent med hvorvidt det er mulig å ta ut statistikk i saksbehandlingssystemet på saksbehandlingstid og bruk av foreløpig svar. Ifølge enhetsleder tester de nå ut et nytt journalsystem som inneholder en funksjon hvor tidsfrister for saksbehandlingstider går frem.

I vår stikkprøvekontroll fant vi søknadsdato og vedtaksdato i alle sakene. Saksbehandlingsfristen på fire uker var overholdt i 12 av 16 saker. I tre av de fire sakene hvor det var fristbrudd ble det sendt foreløpig svar. I de foreløpige svarbrevene ble det informert om årsak til forsinkelsen og antatt saksbehandlingstid. Forsinkelsen skyldtes i alle sakene at pasienten var under utredning/i korttidsopphold og at man avventet endelig vurdering derfra.

4.4. Innhold i vedtak - praksis

Vi har gjennomført en stikkprøvekontroll hvor vi valgte ut 16 tilfeldige saker fra 2023. I utvalget var 11 søknader innvilget sykehjemsplass mens 5 var gitt avslag. I de 16 sakene vi har undersøkt angir vedtaket hva som er vedtatt. Alle vedtakene om sykehjemsplass gir en beskrivelse av hva det søkes om og når sykehjemsplassen gjelder fra. De vedtakene vi har undersøkt gir alle en kort gjengivelse av fakta, og beskriver målet med vedtaket.

I alle vedtakene med tildeling av sykehjemsplass står det at man vurderer at søker har behov for heldøgns omsorg og pleie jf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd, og at tjenesten vil dekke kravet til nødvendige tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.

Avslagene er begrunnet jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, andre ledd og helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og Horten kommunes forskrift av 01.01.2017 om kriterier for tildeling av langtidstidsopphold i institusjon eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Alle vedtakene gir en begrunnelse for hvorfor eller hvordan søker oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenesten. Begrunnelsene for avslag er mer omfattende enn saker hvor det innvilges sykehjemsplass.

Malen for vedtaksbrevet inneholder en standardtekst om klagerett. I vår stikkprøvekontroll så vi at denne teksten er med både i vedtak som innvilger og i vedtak om avslag. Teksten informerer om retten til å klage, hva en klage bør inneholde, klagefrist, at man kan få bistand til å klage og hvor klagen skal sendes. Det gis ikke informasjon om hva som er rett klageinstans.

4.5. Saksbehandling av søknader i tråd med lokal forskrift og egne føringer

Tildeling av søknader om helsehjelp blir gjort i saksbehandlingsdelen av pasientjournalen CosDoc. Dette innebærer at saksbehandler har tilgang til helseinformasjon som er registrert i CosDoc. Vi har i figur 6 samlet krav som er gitt i lokal forskrift og i kommunens interne rutiner. Det forekommer noe overlapping. Vi har gjort en vurdering av hvorvidt krav gitt i rutiner og lokal forskrift i dokumentert/omtalt i vedtaksbrev/CosDoc.

Figur 6 Krav gitt i lokale rutiner og forskrift og hvorvidt krav er dokumentert fulgt opp i vedtaksbrev/CosDoc

	Krav gitt i rutiner og lokal forskrift	Dok. i vedtak/ CosDoc
Føringer gitt i rutiner	Søker har tatt i bruk hjelpemidler og velferdsteknologi for å mestre utfordringene	Ja
	Iplos score må være oppdatert i forbindelse med saksbehandlingen	Ja
	Iplos score må være mellom 3 og 5	Ja
	Saken må være tilstrekkelig opplyst	Ja
	Andre helse- og bistandstiltak skal være utprøvd eller vurdert før en eventuell tildeling	Ja
Føringer gitt i lokal forskrift	Pasient eller bruker skal være medisinsk utredet og avklart. IPLOS skal være oppdatert og aktuelle helseopplysninger fra fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten må foreligge.	Ja
	Det skal dokumenteres at vedkommende ikke kan gis et forsvarlig og nødvendig tjenestetilbud i eget hjem. Alder er ikke alene et kriterium	Ja
	Pasient eller bruker som etter dette vurderes å være varig ute av stand til å ta vare på seg selv, eller som ikke mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av funksjonstap, vil ha rett til opphold på sykehjem eller tilsvarende bolig.	Ja
	Dersom kravet til nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud er ivare tatt overfor pasient eller bruker, kan det legges vekt på kommunens ressurser ved tildeling.	Ikke rel. i saker vi har sett

I vår saksgjennomgang så vi at saksbehandler skriver et eget dokument som i tillegg til å inneholde informasjon fra underretningsbrevet til søker om vedtaket også inneholder relevante opplysninger fra fastlege/sykehus/korttidsopphold el., IPLOS-data og en mer omfattende vurdering av søker (inkludert søkers helsetilstand) satt opp mot kravene i lokal forskrift og forsvarlighetskravet.

I CosDoc fant vi at samtykkekompetanse var vurdert i samtlige saker, nær alle i sammenheng med saksbehandling av søknaden. I mange av sakene blir det påpekt demens, men i varierende grad. 5 av søkerne var vurdert å ikke ha samtykkekompetanse. Øvrige 11 hadde, helt eller delvis, samtykkekompetanse. Samtykkevurderingene er daterte og vurdert opp mot ulike tjenesteområder.

I CosDoc fremkommer tidspunkt for når det er gjort en IPLOS-vurdering. Det er synlig når det også tidligere er gjort IPLOS-vurdering. I alle sakene vi undersøkte var dette gjort løpende, og månedlig i de fleste tilfellene.

4.6. Revisors vurdering av tildeling av sykehjemsplass

Kommunen har rutiner og tiltak som er relevante for utarbeidelse av vedtak om sykehjemsplasser. Det er utarbeidet rutiner som er relevante for hvordan man skal saksbehandle, det benyttes maler og det er en struktur på hvordan saksbehandlingen skal gjennomføres.

I de sakene vi så nærmere på i vår stikkprøvekontroll var de prosessuelle saksbehandlingskravene ivaretatt. Vedtakene inneholdt informasjon om hvilken tjeneste som skal gis, oppstart og begrunnelse. Det gis informasjon om klagerettigheter, men ikke informasjon om hvilken instans som vil behandle klagen.

Kommunen har flere tiltak for å sikre at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar blir fulgt. Det er etablert rutiner og maler, og vår stikkprøvekontroll viser at kravene til saksbehandlingstid og foreløpig svar ble fulgt i alle sakene vi undersøkte foruten en

Vi vurderer at saksbehandlingen gjøres i tråd med rutiner og lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass.

4.7. Konklusjon problemstilling 3

Vi konkluderer med kommunen tildeler langtidsopphold i sykehjem i samsvar med sentrale føringer og lokale retningslinjer. Kommunen benytter rutiner og maler, og har strukturert hvordan saksbehandlingen skal gjennomføres. I de sakene vi har undersøkt nærmere ble prosessuelle krav til saksbehandlingen fulgt og lokal forskrift om tildeling av sykehjemsplass lagt til grunn.

5. Problemstilling 4 – Tilfredshet med kvaliteten på tjenestene i sykehjem

Problemstilling 2: Hvor tilfredse er pasienter, pårørende og ansatte med kvaliteten på tjenestene i sykehjem?

5.1. Brukerundersøkelser

Horten kommune benytter Bedrekommune.no, utarbeidet av KS, når de gjennomfører brukerundersøkelser. Kommunen gjennomfører årlige brukerundersøkelser både mot beboere på sykehjem og pårørende av beboere på sykehjem.

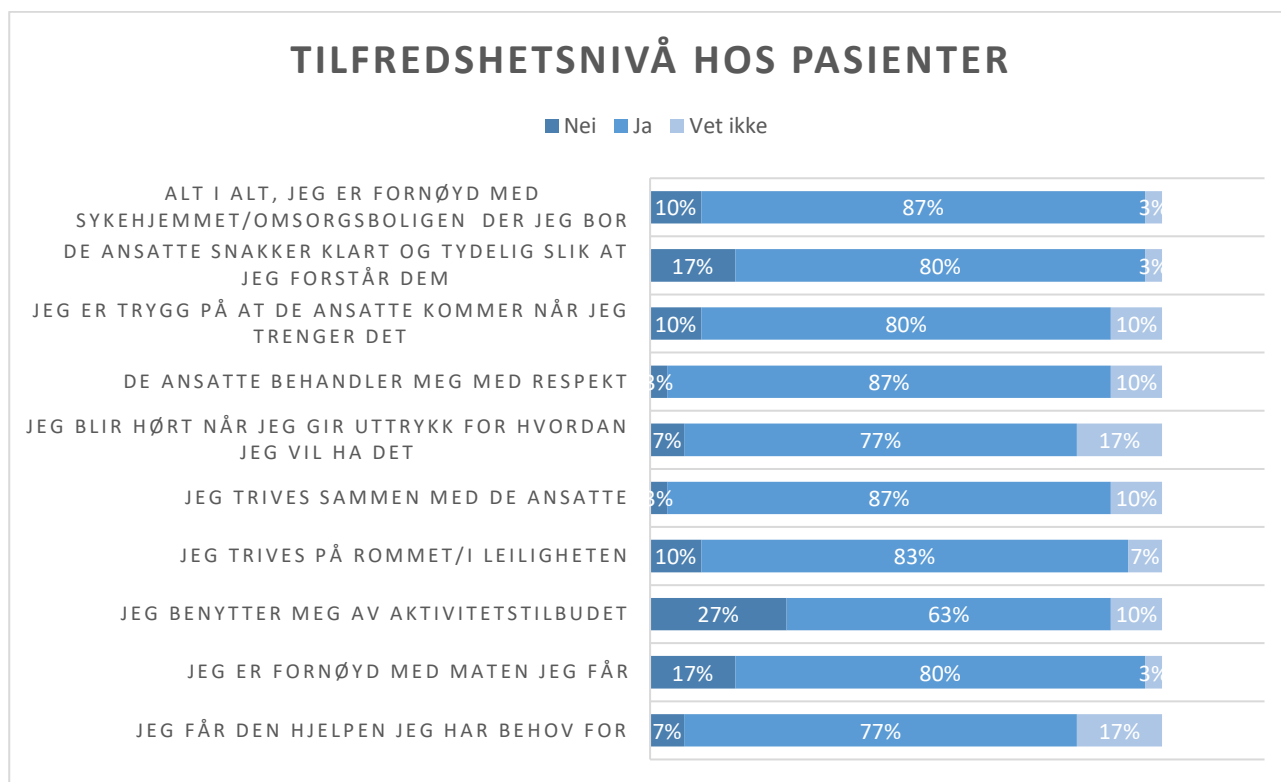
Det at kommunen benytter en nasjonal mal i sine brukerundersøkelser gjør det mulig å sammenligne funn i Horten med funn fra andre/alle kommuner i Norge som benytter tilsvarende undersøkelser.

5.2. Tilfredshet hos pasienter

I 2023 var det totalt 30 beboere på sykehjem som svarte på brukerundersøkelsen. Antallet utgjør en liten andel av dem som totalt bor på sykehjem (totalt 156 plasser i 2022). Samtidig har mange av beboerne ulik grad av demens, slik at antall potensielle svargivere er betydelig lavere enn antallet som bor på sykehjem.

I undersøkelsen har beboerne tattstilling til ulike påstander, og kunne svare med *Nei*, *Ja* og *Vet ikke*, se figur 7.

Figur 7 Grad av tilfredshet med tjenestetilbudet hos pasienter, N= 30



Som figurene viser svarer beboerne klart positivt på alle påstandene. Blant annet gir de uttrykk for at

- de får den hjelpen de har behov for når de trenger den
- de blir hørt og behandlet med respekt
- de trives med de ansatte og opplever at de ansatte snakker tydelig til dem
- de trives på rommet/leiligheten og er fornøyde med maten

Brukerne uttrykker seg mest negativt om aktivitetstilbudet. Her svarer 27 % negativt.

Det er små forskjeller i hvordan beboerne på de tre sykehjemmene i kommunen svarer. Gjennomsnittscoren for de tre sykehjemmene er lik gjennomsnittet for landet (blant alle kommunene som bruker samme undersøkelse).

5.3. Tilfredshet hos pårørende

5.3.1. Områder hvor pårørende er mest tilfredse

Kommunen gjennomfører årlige spørreundersøkelser til pårørende av beboere på sykehjem. Vi er ikke kjent med hvor mange som ble spurt om å delta i undersøkelsen i 2022, men totalt har 68 personer svart. Av dem er 15 ektefelle/samboer med beboer, 49 er barn av beboer og 4 har annen tilknytning.

De pårørende har svart på 38 spørsmål. På alle spørsmålene var det like svaralternativer, fra *svært liten grad* til *svært stor grad*, samt *vet ikke*. I tabell 15 har vi samlet svarene på spørsmålene hvor et flertall av de pårørende har svart positivt.

Tabell 13 Spørsmål hvor pårørende er mer positive enn negativt, kommunens brukerundersøkelse

Spørsmål hvor pårørende svarer mest positivt	Positivt	Negativt	Vet ikke
Maten som serveres beboeren?	71 %	15 %	15 %
Den sosiale rammen rundt beboerens måltid?	60 %	25 %	15 %
Tilbudet om matservering til beboeren på kveld/natt?	26 %	9 %	65 %
Hjelpen beboeren får til personlig hygiene?	82 %	15 %	3 %
Muligheten beboeren har til privatliv?	82 %	7 %	10 %
Legehjelpen beboeren får når det er behov for det?	62 %	24 %	13 %
Beboerens mulighet til å komme til tannlege?	35 %	24 %	41 %
Smertelindringen beboeren får når det er behov for det?	75 %	4 %	21 %
Beboeren trives på rommet/i leiligheten?	68 %	21 %	12 %
Beboeren føler seg trygg?	79 %	15 %	6 %
Beboeren trives sammen med de ansatte?	82 %	9 %	9 %
Beboeren trives sammen med de andre beboerne?	40 %	32 %	28 %
Baderommet er tilrettelagt for beboeren?	91 %	9 %	0 %
Beboeren får stå opp når han/hun vil?	59 %	15 %	26 %
Beboeren får legge seg når han/hun vil?	56 %	16 %	28 %
Det legges til rette for beboeren slik at han/hun får spise når han/hun ønsker?	56 %	21 %	24 %
De ansatte behandler beboeren med respekt?	90 %	9 %	1 %
Beboeren opplever at hans/hennes verdighet blir ivaretatt?	69 %	15 %	15 %
De ansatte hører på beboeren hvis det er noe å klage på?	44 %	16 %	40 %
Beboeren fikk plass på sykehjemmet/ i omsorgsboligen da han/hun trengte det?	76 %	22 %	1 %
Beboeren er trygg på at de ansatte kommer når han/hun trenger det?	69 %	13 %	18 %
Beboeren har mulighet til å snakke med pleiepersonalet?	75 %	13 %	12 %
Beboeren har mulighet til å snakke med noen om det som er viktig for ham/henne?	62 %	18 %	21 %
Beboeren får god informasjon om tjenesten han/hun får?	32 %	28 %	40 %
Beboeren får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud?	35 %	18 %	47 %
De ansatte snakker klart og tydelig med beboeren?	84 %	15 %	1 %
Alt i alt, opplever du at beboeren er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen?	78 %	15 %	7 %

Av tabellen går det fram at de fleste svargiverne er positive. Særlig positive er tilbakemeldingene på følgende påstander:

- Maten som serveres og den sosiale rammen rundt beboernes måltid
- Hjelp til personlig privatliv, hygiene og lege- og tannlegebesøk
- Legehjelp og smertelindring ved behov
- Stå-opp og leggetid som beboer ønsker
- Trivsel med andre beboere og personale
- Ivaretagelse av trygghet, verdighet og tilrettelegging
- Snakket til på en forståelig måte og dialog med personalet ved behov

5.3.2. Områder hvor pårørende er minst tilfredse

På åtte av spørsmålene til de pårørende har et flertall svart negativt, se tabell 16:

Tabell 14 Spørsmål hvor pårørende er mer negative enn positive, kommunens brukerundersøkelse

Spørsmål hvor pårørende svarer mest negativt	Negativt	Positivt	7.Vet ikke
Muligheten beboeren har til å komme ut i frisk luft?	54 %	31 %	15 %
Fysioterapitjenesten beboeren får når det er behov for det?	43 %	7 %	49 %
Beboerens deltakelse i aktiviteter?	44 %	35 %	21 %
Det kultur/underholdningstilbudet som blir tilbudt beboeren?	38 %	37 %	25 %
Beboeren får være med når det utarbeides planer (som for eksempel pleieplan, tiltaksplan og individuell plan) som tjenesten planlegger for ham/henne?	35 %	9 %	56 %
Du er med når det utarbeides planer som angår beboeren (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan)	54 %	22 %	24 %
Beboeren vet hvem som er hans/hennes kontaktperson?	32 %	21 %	47 %
Beboeren er kjent med muligheten til å klage når han/hun har behov for det?	34 %	19 %	46 %

Særlig er svargiverne negative til:

- Aktivitets- og underholdningstilbud og mulighet for frisk luft
- Manglende fysioterapi når det er behov
- Kultur- og underholdningstilbud
- Delaktighet når det utarbeides planer og kunnskap om hvem kontaktperson er

På flere av disse spørsmålene har en stor andel av de pårørende svart «vet ikke». Dette kan skyldes at spørsmålet ikke er relevant for beboeren.

I undersøkelsen er det mulig å spore hvordan pårørende ved de ulike sykehjemmene har svart, se tabell 17 nedenfor:

Tabell 15 Pårørendes vurdering av ulike temaer, per sykehjem. Høy score=mer fornøyd

Tema i undersøkelsen	Totalt sykehjem	Åsgårdstrand sykehjem	Indre havn sykehjem	Borre sykehjem
Resultat for beboeren	4,1	4,1	3,8	4,3
Trivsel	4,7	4,8	4,4	4,9
Brukermedvirkning	3,9	4,2	3,8	3,8
Respektfull behandling	4,9	5,3	4,5	4,9
Tilgjengelighet	4,4	4,6	4,2	4,6
Informasjon	4,1	4,6	3,6	4,1
Helhetsvurdering	4,8	5,1	4,4	5,0

Som tabellen viser er pårørende ved Åsgårdstrand sykehjem mest fornøyde, men de pårørende ved Indre havn er minst fornøyde. Forskjellene gjelder på alle de undersøkte områdene. Størst er forskjellen når det gjelder *informasjon*, *brukermedvirkning* og *respektfull behandling*.

Mens totalscoren for sykehjem i Norge er på 4,9, er den på 4,8 for sykehjem i Horten kommune. Horten scorer svakest på *brukermedvirkning*, men også *tilgjengelighet* og *informasjon* synes å være utfordrende for kommunen.

5.4. Tilfredshet hos ansatte

5.4.1. Kvalitet i arbeidet

Vi har utarbeidet en spørreundersøkelse hvor vi har bedt fast ansatte, herunder ledere på sykehjem, om å ta stilling til noen påstander som omhandler kvalitet i arbeidet på sykehjem, se tabell 18.

Tabell 16 Ansattes svar på ulike påstander om kvalitet på sykehjem, N= 82

Påstander om kvalitet	1, Helt uenig	2	3	4	5	6, helt enig	Vet ikke
Tiltaksplanen for den enkelte pasient blir løpende oppdatert i forhold til behov hos pasientene	5%	2%	16%	22%	28%	22%	5%
Vi noterer alltid i pasientjournalen dersom hjelpen ikke blir gitt i tråd med tiltaksplan	6%	7%	18%	30%	12%	18%	7%
Vi ansatte snakker til pasienten på en måte som gjør at de forstår	2%	0%	12%	16%	32%	38%	0%
Vi har nok tid til oppgavene vi gjør hos den enkelte pasient	22%	11%	29%	23%	10%	2%	2%
Vi utfører arbeidsoppgavene overfor pasienter på en god måte	1%	0%	11%	23%	41%	22%	1%
Vi sørger at pasienter får et tilpasset aktivitetstilbud	7%	9%	22%	21%	18%	17%	6%
Vi sørger for at pasienter får hjelp til rett tid	5%	9%	17%	23%	26%	18%	2%

Samlet sett svarer de ansatte mer positivt enn negativt på de ulike påstandene, men andelen som svarer negativt (score 1-3 på en skala fra 1-6) er relativt stor på noen områder:

- 62 % svarer negativt i forhold til at de har tid til oppgavene man gjør hos den enkelte pasient.
- 38 % svarer negativt på at pasienter får et tilpasset aktivitetstilbud.
- 31 % svarer negativt på at man alltid noterer i pasientjournalen dersom hjelpen ikke blir gitt i tråd med tiltaksplan.
- 23 % svarer negativt på at tiltaksplan for den enkelte pasient blir løpende oppdatert i forhold til behov hos pasientene.

5.4.2. Verdighetsgarantien

Forskrift om en verdig eldreomsorg, ofte kalt verdighetsgarantien, har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom, i samsvar med den enkeltes behov. Forskriften nevner flere hensyn tjenestetilbudet skal ta for å oppnå dette, blant annet boform, kosthold, døgnrytme, aktivitet, hygiene og lindrende behandling.

Vi har spurt ansatte (inkludert ledere) om i hvilken grad de er enig i at sykehjemmet de jobber ved oppnår de ulike elementene i verdighetsgarantien, se tabell 19.

Tabell 17 Ansattes svar på hvorvidt de er enige i at målene i verdighetsgarantien blir oppnådd, N=82

Elementer i verdighetsgarantien	1, Helt uenig	2	3	4	5	6, helt enig	Vet ikke
En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.	2%	4%	21%	23%	29%	16%	5%
Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.	5%	6%	7%	18%	23%	33%	7%
Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.	4%	4%	11%	22%	29%	28%	2%
Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.	7%	1%	20%	22%	22%	13%	15%
Lindrende behandling og en verdig død.	4%	2%	1%	9%	38%	44%	2%
Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.	6%	6%	21%	22%	21%	15%	10%
Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.	1%	1%	12%	24%	30%	24%	6%
Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.	0%	0%	2%	10%	10%	73%	5%
At par som ønsker det skal kunne bo sammen.	5%	4%	5%	11%	24%	35%	16%

Samlet sett svarer de ansatte klart mer positivt enn negativt på de ulike påstandene, men andelen som svarer negativt (score 1-3 på en skala fra 1-6) er relativt stor på noen områder:

- 33 % svarer negativt på at beboere skal få bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen.
- 27 % svarer negativt på at beboere skal ha en riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- 28 % svarer negativt på at beboere får tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål.
- 19 % svarer negativt på at beboere får et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- 18 % svarer negativt på at beboere får et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.

Vi har fordelt svarene fra ansatte på sykehjemmene de tilhører se tabell 20. Tabellen viser de som har svart positivt ((score 4-6 på en skala fra 1-6) fordelt på de tre sykehjemmene Borre, Indre havn og Åsgårdstrand.

Tabell 18 Ansatte som har svart positivt (score 4-6 på en skala fra 1-6) fordelt på de tre sykehjemmene Borre, Indre havn og Åsgårdstrand.

Elementer i verdighetsgarantien/andel som har svart positivt	Borre	Indre havn	Åsgårdstrand
En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.	69 %	67 %	81 %
Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.	77 %	79 %	87 %
Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.	85 %	62 %	94 %
Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.	77 %	58 %	78 %
Lindrende behandling og en verdig død.	93 %	96 %	81 %
Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.	65 %	50 %	79 %
Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.	88 %	75 %	91 %
Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.	100 %	96 %	97 %
At par som ønsker det skal kunne bo sammen.	77 %	92 %	88 %

Generelt mener de ansatte på Åsgårdstrand at de i større grad oppfyller verdighetsgarantiene sammenliknet med de to andre sykehjemmene. De ansatte på Indre havn gir uttrykk for at de har størst utfordringer med å nå målene i verdighetsgarantien.

Noen av svarene som peker seg ut er:

- En av fem ansatte ved både Borre og Indre havn mener at man ikke oppfyller krav om et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- Fire av ti ansatte ved Indre havn mener at beboerne ikke lever et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene. Til sammenligning svarer seks prosent det samme ved Åsgårdstrand.
- Halvparten av de ansatte ved Indre havn mener at beboerne i mindre grad får bevart eller økt sin mulighet til å fungere i hverdagen. Til sammenligning svarer en av fem det samme på Åsgårdstrand.

5.4.3. Årsaker til manglende oppfyllelse av verdighetsgarantien

Vi har spurt de ansatte om hva de mener er årsaken til mangelfull oppfyllelse av verdighetsgarantien. De ansatte har tatt stilling til tre faktorer: mangel på kompetanse, mangel på tid og manglende bevissthet på verdighetsgarantien og svart i hvor stor grad de ulike faktorene medfører at man ikke oppfyller verdighetsgarantien, se tabell 21.

Tabell 19 Ansatte svar på påstander om hva som kan redusere oppfyllelse av verdighetsgarantien, N=82

	1 svært liten grad 1	2	3	4	5	6 svært stor grad 6
Mangel på kompetanse	7%	7%	21%	28%	21%	17%
Mangel på tid	4%	5%	20%	22%	16%	34%
Manglende bevissthet på verdighetsgarantien	5%	12%	26%	34%	11%	15%

Samlet sett svarer de ansatte at alle de tre faktorene i betydelig grad kan bidra til å redusere kravene i verdighetsgarantien. Mer enn halvparten har svart at hver av disse faktorene i stor grad (4-6 på en skala fra 1-6) kan bidra til å redusere oppfyllelse av verdighetsgarantien.

Vi har isolert svarene fra ledere fra øvrige ansatte, og sett på hvordan de vurderer de ulike årsakene, se tabell 22.

Tabell 20 Andel ledere og ansatte som tror årsakene, kompetanse, tid og manglende bevissthet bidrar i stor grad til at verdighetsgarantien ikke overholdes.

Ulike årsaker	Ledere	Ansatte
kompetanse	50 %	77 %
tid	83 %	29 %
bevissthet	50 %	60 %

Av svarene ser vi at ledere anser tid som den mest kritiske faktoren, mens ansatte opplever kompetanse som mest kritiske faktoren.

5.5. Revisors oppsummering

I kommunens brukerundersøkelse kommer det fram at beboerne er godt fornøyde med tilbudet/kvaliteten på sykehjemmene. De fleste pårørende er også positive, men et flertall er misfornøyd med blant annet:

- Aktivitetstilbud og mulighet for frisk luft
- Manglende fysioterapi når det er behov
- Delaktighet når det utarbeides planer og at man ikke har fått informasjon om hvem som er kontaktperson for beboer

I vår spørreundersøkelse spurte vi ansatte om de har tilstrekkelige ressurser til pasientene og brukertilpasning i tjenestetilbudet, og om de opplever at målene i verdighetsgarantien⁸ er oppfylt. De fleste ansatte svarer positivt, men ikke alle. Fra svarene kan trekkes frem at:

- 62 % svarer at de har for liten tid til oppgavene man gjør hos den enkelte pasient.
- 38 % svarer at pasienter i mindre grad får et tilpasset aktivitetstilbud.

En del svarer også at de ikke alltid journalfører når tjenester ikke blir gitt som planlagt eller at tiltaksplaner ikke alltid blir oppdatert i forhold til behov hos pasienter.

. Våre undersøkelser viser at ikke alle ansatte mener at kommunen oppfylder verdighetsgarantien. For eksempel mener 23 % av de ansatte ved Borre sykehjem at beboerne ikke får et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider. Både ansatte og ledere peker på at både kompetanse, tid og bevissthet rundt verdighetsgarantien kan forklare at man ikke når målene i verdighetsgarantien.

Det er små forskjeller i hvordan beboerne på de tre sykehjemmene i kommunen svarer. Men både ansatte og pårørende til beboere er minst fornøyd på Indre havn sykehjem, mens tilsvarende grupper er mest fornøyd på Åsgårdstrand sykehjem.

⁸ Verdighetsgarantien er etablert for å sikre at eldre og pleietrengende personer skal få et verdig tjenestetilbud. Forskriften nevner flere hensyn tjenestetilbudet skal ta for å oppnå dette, blant annet boform, kosthold, døgnrytme, aktivitet, hygiene og lindrende behandling

6. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- Vurdere om oppdaget risiko i ROS-vurderinger får tilstrekkelig oppfølging
- Styrke arbeidet med avvikshåndtering, herunder sikre at alle avvik blir registrert og vurdere om håndtering av avvik i stor nok grad fører til kvalitetsforbedring.
- 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
- Forskrift av 30.06.2016 om kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester m.m., Horten kommune, Vestfold

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



Kommunedirektør

Vestfold og Telemark revisjon IKS
Postboks 2805
3702 SKIEN

Dato: 23.08.2023
Unntatt offentlighet
§5 Utsett innsyn

Saksbehandler:
Finn-Øyvind Langfjell, tlf: 906 23 621

Vår ref.:
23/40237/ 23/2251

Deres ref.:

Kommunedirektørens uttalelse

Kontrollutvalget i Horten kommune vedtok 1.3.23 (sak 5/23) prosjektplan om kvalitet og bemanning i sykehjem. Prosjektet var ikke foreslått i plan for forvaltningsrevisjon, og kommunedirektøren vurderer det som viktig at dette prosjektet ble prioritert av Kontrollutvalget.

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

Anbefaling	Tiltak	Ansvar	Tid
Vurdere om oppdaget risiko i ROS-vurderinger får tilstrekkelig oppfølging	Følge opp risikoreduserende tiltak i virksomhetsplan og jevnlig rapportering (i hht årshjul)	Enhetsleder Sykehjem	30.04.24
	Følge opp identifiserte risikoreduserende tiltak for 2023 i gjeldende ROS analyser	Kommunalsjef Helse og velferd	31.12.23
	Videreutvikle og forbedre hvordan vi arbeider med ROS og oppfølging av risikoreduserende tiltak for hele kommunen	Kommunedirektør/ internrevisor	31.12.24
Styrke arbeidet med avvikshåndtering, herunder sikre at alle avvik blir registrert og vurdere om håndtering av avvik i stor nok grad fører til kvalitetsforbedring.	Gjennomføre kompetansehevende tiltak for ansatte og ledere for å sikre felles forståelse for avviksregistrering og -håndtering	Kommunalsjef Helse og velferd	31.12.23
	Bruke tiltaksfunksjonen i avvikssystemet mer aktivt for å sikre medvirkning og læring i avvikshåndteringen	Alle avviksbehandlere	Kontinuerlig
	Oppfølging av avvikshåndtering og ROS i Lederforum	Internrevisor	28.02.24

Horten kommune
Rådhuset, Teatergata 11
Postboks 10, 3191 HORTEN

postmottak@horten.kommune.no
www.horten.kommune.no
Sentralbord: 33 08 50 00

Kontonr. 7159 05 45060
Org.nr. 964 951 284

Vurdere om det er behov for å følge opp funn fra revisors gjennomførte spørreundersøkelse	Benytt funn til <ul style="list-style-type: none">• Refleksjon i personalgruppen• I forbedringsarbeid• Følge opp funn i sertifiseringsprosessen som Livsgledehjem	Enhetsleder Sykehjem	Kontinuerlig
---	---	-------------------------	--------------

Med hilsen

Finn-Øyvind Langfjell
Kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Problemstilling 1: Har kommunen en forsvarlig internkontroll med tjenestetilbudet i sykehjem?

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 veileder revidert, 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 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 erstatter internkontrollforskriften i helse- og omsorgstjenestene av 200,2 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 og 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, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

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 sykehjem, 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 sykehjem er oppdatert og samlet på et sted

- **Kontrollaktiviteter - Avvik**
 - System for avvikshåndtering
 - Tiltak for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse
 - Meldte avvik følges opp for å forebygge gjentakende avvik og sikre læring og forbedring

Problemstilling 3: Tildeles langtidsopphold i sykehjem i samsvar med sentrale føringer og lokale retningslinjer?

Internkontrollkrav

I utledning av revisjonskriterier for internkontroll, har vi beskrevet krav om rutiner og tiltak jf. kommuneloven § 25-1 og ledelsesforskriften § 7. Internkontrollkrav vil være relevant ved utledning av revisjonskriterier også i dette kapitlet, og vi legger til grunn informasjon gitt i utledning av revisjonskriterier for internkontroll til grunn også når det gjelder tildeling av sykehjemsplass.

Sentrale føringer

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 gjelder forvaltningsloven kapittel IV og V om saksforberedelse og enkeltvedtak for visse vedtak om tjenester etter helse- og

omsorgstjenesteloven som forventes å vare lenger enn to uker⁹. Det er krav om enkeltvedtak for plass i institusjon, herunder sykehjem.

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 bør også angi hva som er målsetningen med de tjenester som tilbys.

Enkeltvedtak skal som hovedregel være skriftlige, og de skal begrunnes, jf. forvaltningsloven §§ 23 og 24. Forvaltningsorganet som fatter vedtaket skal gi begrunnelsen samtidig med vedtaket.

Forvaltningsloven § 25 krever at begrunnelsen

- viser til de regler vedtaket bygger på, med mindre mottaker/parten kjenner reglene. I den utstrekning det er nødvendig for å sette mottaker/parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.
- nevner de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv, eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er det tilstrekkelig å vise til tidligere framstilling.
- bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn. Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil som regel en henvisning til retningslinjene være tilstrekkelig.

Ifølge Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, skal det fremgå av begrunnelsen hvorfor vedkommende oppfyller eller ikke oppfyller vilkårene for tjenester, hva kommunen har lagt til grunn for utmålingen og hvorfor kommunen vurderer at de tjenestene som tilbys vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte.

Ifølge forvaltningsloven § 27 skal parten underrettes om vedtaket så snart som mulig. I underretningen skal det opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans, fremgangsmåten ved klage, retten til å få se sakens dokumenter og at man har krav på veiledning.

Saksbehandlingstid

Forvaltningsloven stiller krav om saksbehandlingstid. Etter forvaltningsloven § 11a skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom saken gjelder et enkeltvedtak, skal det gis et foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen en måned.

I det foreløpige svaret skal det redegjøres for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere. Det skal «så vidt mulig» angis når svar kan ventes. Det er ikke en ubetinget plikt til å angi

⁹ Tjenester etter § 3-2, første ledd nr. 6 bokstav a til c og § 3-8.

når svar kan forventes, likevel slik at en tidsangivelse bare helt unntaksvis kan utelate dette. I den grad saksbehandlingstiden er usikker, bør forvaltningsorganet ta de nødvendige forbehold om dette.

Kommunen bør ha rutiner og tiltak for å ivareta krava til saksbehandlingstid og foreløpige svar.

Lokal forskrift

Horten kommune har utarbeidet en lokal forskrift om kriterier for tildelings av sykehjemsplasser eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester mm i kommunen. Forskriften gjelder fra 01.07.17. I forskriften er det gitt en oversikt over tiltak som skal være utprøvd og eller vurdert før en eventuell tildeling av sykehjemsplass eller tilsvarende bolig. Disse tiltakene er:

- Tilrettelegging av hjemmesituasjonen med hjelpemidler og velferdsteknologi
- Dag- og aktivitetstilbud
- Avlastningstiltak for personer med omsorgsoppgaver
- Utvidet praktisk bistand
- Utvidede helsetjenester i hjemmet
- Korttidsopphold i institusjon.

Forskriften gir følgende kriterier for tildeling av sykehjemsplass/tilsvarende bolig:

- Pasient eller bruker skal før eventuell tildeling være medisinsk utredet og avklart. IPLOS funksjonsvurdering skal være oppdatert og aktuelle helseopplysninger fra fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten må foreligge.
- Det skal dokumenteres at vedkommende ikke kan gis et forsvarlig og nødvendig tjenestetilbud i eget hjem. Alder er ikke alene et kriterium for tildeling.
- Pasient eller bruker som etter dette vurderes å være varig ute av stand til å ta vare på seg selv, eller som ikke mestrer dagliglivets gjøremål på grunn av funksjonstap, vil ha rett til opphold på sykehjem eller tilsvarende bolig.
- Dersom kravet til nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud er ivaretatt overfor pasient eller bruker, kan det legges vekt på kommunens ressurser ved tildeling.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha rutiner og tiltak for utarbeidelse av vedtak om sykehjemsplass**
- **Vedtak skal**
 - **oppgi hvilke tjenester som skal gis**
 - **oppgi tidspunkt for iverksetting**
 - **inneholde dekkende begrunnelse**
 - **inneholde informasjon om klagerettigheter**
 - **overholde regler om saksbehandlingstid**
- **Vedtak skal utformes/saksbehandles i samsvar med bestemmelsene i lokal forskrift og egne rutiner**

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev 24.03.23. Oppstartsmøte ble holdt 14.04.23 med kommunedirektør, påtroppende kommunedirektør, kommunalsjef Helse og velferd, internrevisor, enhetsleder sykehjem og spesialrådgiver – stab/støtte for kommunalsjef til stede. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillinger, kilder for revisjonskriterier og plan for gjennomføringen.

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 mars-juni 2023.

Problemstilling om internkontroll

For å svare ut problemstilling om internkontroll, har vi innhentet og gjennomgått:

- Dokumentasjon om kommunens internkontroll, herunder virksomhetsplaner, risikovurderinger, organisasjonskart, rutiner og annen relevant dokumentasjon.
- Statistikk fra Compilo, som viser alle meldte avvik i Sykehjem i 2021, 2022 og første kvartal 2023.
- Vi har foretatt en stikkprøvekontroll på lederes oppfølging av avvik. Vi har sett på 27 tilfeldig valgte avvik registrert i januar 2023. Alle tre sykehjemmene er representert i utvalget. Oppfølgingen er relativ lik i formen, slik at man kan se av utvalget hvordan ledere ved sykehjemmene følger opp avvik.
- Vi har brukt data fra en spørreundersøkelse blant ansatte på sykehjem og fått deres erfaringer med bruk av avvikssystemet.
- Vi har benyttet data fra intervju med enhetsleder for sykehjem og internrevisor.

Problemstilling om hjemmetjenestens vurdering av behov for sykehjem

For å svare ut problemstilling hvordan hjemmetjenesten vurderer behov for sykehjemsplass har vi intervjuet leder for hjemmetjenesten og sett på relevante rutiner. Vi har også benyttet informasjon fra enhetsleder for Helse- og boligservice. Vi har bevisst valgt å ikke gjøre en spørreundersøkelse eller gjøre andre inngående undersøkelser inn mot hjemmetjenesten da 1 – fokus i denne rapporten er på sykehjem og 2- hjemmetjenesten har nylig (2022) vært gjennom en forvaltningsrevisjon.

Problemstilling om saksbehandling av sykehjemsplasser

For å svare ut denne problemstillingen har vi intervjuet enhetsleder for Helse- og boligservice, undersøkt rutiner og maler og andre førende dokumenter for saksbehandling av søknader.

Vi gjennomført en stikkprøvekontroll på vedtak. Vi har hatt tilgang til CosDoc, kommunens pasientjournal. Der har vi undersøkt søknad/innsøking, saksutredning og vedtak i 16 saker. Alle sakene er fra 2023, og ble plukket ut i forkant. Vi mener at datainnsamlingen er tilstrekkelig for å gi svar på i hvilken grad kommunen følger gjeldende regler for saksbehandling ved behandling av søknader om sykehjemsplass.

Problemstilling om kvalitet i sykehjem

For å svare ut denne problemstillingen har vi intervjuet enhetsleder for sykehjem. Vi har ikke foretatt undersøkelser som viser kvaliteten ved sykehjemmene. Dette ville kreve helsefaglig kompetanse og være krevende å svare ut. I stedet har vi svart ut problemstillingen ved å triangulere tre spørreundersøkelser:

- En spørreundersøkelse til beboere på sykehjem i regi av Horten kommune
- En spørreundersøkelse til pårørende av sykehjem i regi av Horten kommune
- En spørreundersøkelse til ansatte ved sykehjem, vår regi

Til spørreundersøkelsene til beboere på sykehjem og til pårørende har kommunen benyttet den nasjonale standarden til KS, Bedrekommune.no. Dette gjøre det mulig å sammenligne svar i Horten kommune med andre kommuner. Vi vurderer at triangulering av ulike spørreundersøkelser bidrar til et mer nyansert bilde av hvordan kvaliteten er på sykehjemmet.

Om spørreundersøkelse til ansatte

Vi har sendt en spørreundersøkelse til faste ansatte i sykehjem i Horten kommune. Vi sendte undersøkelsen til 178 ansatte og fikk 82 svar. Dette gir en svarprosent på 46 som vi mener er tilfredsstillende. Om de som har svart har vi sett følgende:

- Av de som har svart jobber 39 % på Borre, 29 % på Indre havn og 39 % på Åsgårdstrand
- 55 % av svargiverne er helsefagarbeidere, 39 % er sykepleiere og 6 % er assistenter.
- 80 % jobber i 80 % stilling eller større. Ingen hadde under 30 % stilling.

Generelt om datainnsamlingen

All informasjon som blir brukt fra intervjuene er verifisert av intervjuobjektene.

Vi mener at datainnsamlingen er tilstrekkelig for å gi svar på de ulike problemstillingene. 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. I prosjektperioden har vi hatt tilgang til pasientjournalen som har gitt oss tilgang til pasientdata. Denne informasjonen inneholder sensitive personopplysninger/særlige kategorier personopplysninger. Vi har hatt fokus på å fange opp kommunens saksbehandling av vedtak om helse- og omsorgstjenester, og har ikke tatt sensitiv informasjon eller andre personopplysninger ut fra pasientjournalen. Sensitiv informasjon er ikke arkivert i våre arbeidsnotat eller sluttrapport.

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.¹⁰

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.¹¹ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

¹⁰ 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).

¹¹ ISQM 1 og 2 er internasjonale standarder for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenklet revisorkontroll av regnskaper, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tjenester (Gjelder fra 15.12.2022)



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

23: 3801 406