

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

RÅDE KOMMUNE

1. FEBRUAR 2021

---

# Kvalitet og ledelse i omsorgstjenestene

# Innhold

<b>1</b>	<b>Forord og prosjektmandat</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Gjennomføring av prosjektet</b> .....	<b>9</b>
3.1	Problemstillinger .....	9
3.2	Avgrensning av prosjektet .....	9
3.3	Revisjonskriterier .....	10
3.4	Revisjonsmetoder .....	10
3.5	Pålitelighet og gyldighet .....	11
3.6	Rapportens videre oppbygning .....	11
<b>4</b>	<b>Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for kvalitet og ledelse</b> .....	<b>12</b>
4.1	Delproblemstilling 1: Kommunens system for planlegging.....	13
4.1.1	Revisjonskriterier.....	13
4.1.2	Revisjonens undersøkelse .....	13
4.1.3	Revisjonens vurdering .....	22
4.2	Delproblemstilling 2: Kommunens system for gjennomføring .....	23
4.2.1	Revisjonskriterier.....	23
4.2.2	Revisjonens undersøkelse .....	23
4.2.3	Revisjonens vurdering .....	38
4.3	Delproblemstilling 3: Kommunens system for evaluering .....	40
4.3.1	Revisjonskriterier.....	40
4.3.2	Revisjonens undersøkelse .....	40
4.3.3	Revisjonens vurdering .....	44
4.4	Delproblemstilling 4: Kommunens system for korrigerings .....	45
4.4.1	Revisjonskriterier.....	45
4.4.2	Revisjonens undersøkelse .....	45
4.4.3	Revisjonens vurdering .....	47
4.5	Revisjonens konklusjon og anbefalinger .....	47
<b>5</b>	<b>Rådmannens uttalelse</b> .....	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>Kildehenvisninger</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Vedlegg 1 Kort om kommunens omsorgstjenester</b> .....	<b>53</b>
7.1	Hjemmesykepleie .....	53
7.2	Praktisk bistand .....	53
7.3	Trygghetsalarm.....	54

7.4 Sykehjem .....	54
7.5 Organisering .....	54
<b>8 Vedlegg 2 Råde kommunes internkontrollsystem .....</b>	<b>56</b>
<b>9 Vedlegg 3 Revisjonskriterier .....</b>	<b>58</b>
9.1 Krav til internkontroll for helse- og omsorgstjenester .....	58
9.2 Utledning av revisjonskriterier .....	60
<b>10 Vedlegg 4 Kommunens resultater på noen nasjonale kvalitetsindikatorer .....</b>	<b>64</b>
10.1 Kvalitetsindikatorer for sykehjem.....	65
10.1.1 Råde kommunes skår - sykehjem .....	66
10.2 Kvalitetsindikatorer for hjemmebaserte tjenester .....	68
10.2.1 Råde kommunes skår – hjemmebaserte tjenester .....	68
10.3 Kvalitetsindikatorer som gjelder ansatte .....	69
10.3.1 Råde kommunes skår - ansatte .....	70
10.4 Korona-situasjonen.....	70
10.5 Råde kommunes skår på noen sentrale kvalitetsindikatorer sammenlignet med Østfold og hele landet.....	71
10.5.1 Sykehjem .....	71
10.5.2 Hjemmebaserte tjenester .....	72
10.5.3 De ansatte .....	72

## Figurer:

Figur 1. Overordnet struktur for kommunens kvalitetssystem .....	12
Figur 2. Organisasjonskart for helse, omsorg og rehabilitering .....	55
Figur 3. Modell for styringssystem for helse- og omsorgstjenesten .....	59

## Tabeller:

Tabell 1. Gjennomsnittsskår på tre spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen 2019.....	35
Tabell 2. Spørsmål med dårligst gjennomsnittsskår i pårørendeundersøkelsen i 2016.....	36
Tabell 3. Andel beboere som svarte ja på ulike påstander i brukerundersøkelsen i 2016 .....	37
Tabell 4. Oversikt over meldte avvik 2018, 2019 og 1. og 2. tertial i 2020 .....	43
Tabell 5. Råde kommunes skår på noen sentrale nasjonale kvalitetsindikatorer for sykehjem 2017-2019 .....	67
Tabell 6. Råde kommunes skår på noen sentrale nasjonale kvalitetsindikatorer for hjemmebaserte tjenester 2017-2019 .....	69
Tabell 7. Råde kommunes skår på noen sentrale nasjonale kvalitetsindikatorer som gjelder de ansatte 2017-2019 .....	70
Tabell 8. Råde kommunes skår på noen sentrale nasjonale kvalitetsindikatorer for sykehjem sammenlignet med Østfold og hele landet i 2019.....	71
Tabell 9. Råde kommunes skår på noen sentrale kvalitetsindikatorer for hjemmebaserte tjenester sammenlignet med Østfold og hele landet i 2019.....	72

Tabell 10. Råde kommunes skår på noen sentrale kvalitetsindikatorer for ansatte sammenlignet med Østfold og hele landet i 2019 ..... 73

# 1 Forord og prosjektmandat

Revisjonen skal i henhold til kommuneloven<sup>1</sup> utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, mål-oppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk. God kommunal revisjonsskikk er å følge RSK 001; Standard for forvaltningsrevisjon, utarbeidet av Norges kommunerevisorforbund (NKRF). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom hva som er innsamlet data og hva som er revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger<sup>2</sup>, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Prosjektet er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i kontrollutvalget og kommunestyret i Råde kommune, jamfør følgende vedtak:

Kontrollutvalget Rådes vedtak 14.09.2020 (PS 20/25):

1. Kontrollutvalget vedtar endringer i plan for forvaltningsrevisjon 2020-2021. Ny prioritering for forvaltningsrevisjoner i planperioden blir følgende:
  1. Kvalitet, ledelse og kvalitetssikring i omsorgstjenestene
  2. Barnevern – hjelpetiltak – hjelp i hjemmet/kontra omsorgsovertakelse.
  3. Tidlig innsats/ tverrfaglige samarbeid – utsatte barn og unge – opplysningsplikt til barneverntjenesten.
2. Prosjektplan «Kvalitet, ledelse og kvalitetssikring i omsorgstjenestene» godkjennes.

Som det framgår i punkt to i kontrollutvalgets vedtak, ble prosjektplan datert 03.09.2020 godkjent. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget. Prosjektet er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet september 2020 – januar 2021. Vi har gjennomført oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er tatt hensyn til i prosjektet.

Vi har kvalitetssikret faktagrunnlaget underveis, og de gjennomførte intervjuene er verifisert. I tillegg er rapportens faktaopplysninger i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt høringsmøte med administrasjonen 21.01.2021. I etterkant av møtet er rapporten sendt på offisiell høring i kommune. Rådmannens uttalelse fremgår av kapittel 5.

Prosjektet er gjennomført av forvaltningsrevisor Bodhild Laastad. Revisorens habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen har funnet revisoren habil til å utføre prosjektet.

Revisjonen vil takke kontaktperson og andre som har deltatt i prosjektet, for hyggelig samarbeid i forbindelse med prosjektarbeidet.

Østre Viken Kommunerevisjon IKS  
Rolvøy, 1. februar 2021

Lene Brudal  
oppdragsansvarlig revisor

Bodhild Laastad  
forvaltningsrevisor

<sup>1</sup> Kommunelovens kapittel 23 jfr. § 23-3, samt kapittel 24, jfr. § 24-2.

<sup>2</sup> Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

## 2 Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende problemstillinger:

- Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer tilfredsstillende kvalitet og ledelse i tjenesteutøvelsen?
  - Delproblemstilling 1:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **planlegges** i samsvar med lov og forskrift?
  - Delproblemstilling 2:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **gjennomføres** i samsvar med lov og forskrift?
  - Delproblemstilling 3:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **evalueres** i samsvar med lov og forskrift?
  - Delproblemstilling 4:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **korrigeres** i samsvar med lov og forskrift?

### Revisjonens gjennomføring

Vi har undersøkt styringssystemet for følgende tjenester som faller inn under Helsehuset Råde:

- Hjemmetjenester
  - Hjemmesykepleie
  - Praktisk bistand
  - Trygghetsalarm
- Sykehjem
  - Korttidsavdeling
  - Ordinære langtidsplasser
  - Skjermede plasser
  - Forsterket skjermede plasser

Vår undersøkelse har vært rettet mot selve styringssystemet. Formålet med et godt styringssystem er sikre faglig forsvarlige tjenester. Vi har ikke gjort egne undersøkelser av selve tjenesteinnholdet eller helsefaglige sider ved omsorgstjenesten. For likevel å få en indikasjon om kvaliteten på omsorgstjenestene har vi imidlertid valgt å presentere kommunens resultater på noen nasjonale kvalitetsindikatorer i vedlegg 4.

Revisjonskriteriene er utledet fra kravet i helse- og omsorgslovgivningen om at kommunen skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av pleie- og omsorgstjenestens aktiviteter. Revisjonskriteriene gjenspeiler de krav som lovgivningen stiller til virksomhetens **planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering** av sine aktiviteter. Vi har redegjort for utledningen i vedlegg 3.

Vi har gått gjennom kommunens planverk og prosedyrer som inngår i kommunens kvalitetssystem og relevante saksutredninger i forbindelse med saker til politisk behandling. Dessuten har vi fått oversendt ytterligere dokumentasjon fra kommunen som er relevant i et kvalitets- og ledelsesperspektiv. Vi har hentet inn utdypende tilleggsinformasjon gjennom intervjuer med nøkkelpersoner på de utvalgte tjenestoområdene.

De fire delproblemstillingene er i belyst i kapittel 4. Rådmannen har fått rapporten til uttalelse, og denne presenterer vi i kapittel 5. I vedlegg 1 gir vi en kort beskrivelse av de omsorgstjenestene som omfattes av denne forvaltningsrevisjonen. I vedlegg 2 beskriver vi hvordan kommunens overordnede internkontrollsystem er bygget opp. Deretter redegjør vi for utledningen av revisjonskriteriene i vedlegg 3. I vedlegg 4 presenterer vi kommunens resultater på noen nasjonale kvalitetsindikatorer.

### Revisjonens funn

Vår gjennomgang viser at kommunen i stor grad oppfyller plikten til å ha et system for **planlegging** av omsorgstjenesten. Kommunen har etablert en egen prosedyre for gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser, og vår gjennomgang viser at virksomheten har identifisert flere områder der det er behov for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser. Risiko- og sårbarhetsanalyse er gjennomført på tre områder, men vi vurderer at dette ikke er nok til at kommunen fullt ut kan sies å oppfylle kravet om å ha tilstrekkelig og systematisk oversikt over områder hvor det er risiko for svikt.

Vår gjennomgang viser at kommunen i betydelig grad oppfyller plikten til å ha et system for **gjennomføring** av omsorgstjenesten. Vi finner imidlertid at det i noe mindre grad foreligger prosedyrer på de områdene som er særskilte for hjemmebaserte tjenester i Kvalitetslosen (eksempelvis på oppfølging av ernæringsmessig status blant hjemmeboende og trygghetsalarm) og at det heller ikke foreligger stillingsbeskrivelser i de hjemmebaserte tjenestene. Vi har også funnet at tjenesten har et forbedringspotensial knyttet til de ansattes bruk av Kvalitetslosen, gjennomføring av ordningen med leselister og forbedringsforslag fra de ansatte.

Vår gjennomgang viser at kommunen i all hovedsak oppfyller plikten til å ha et system for **evaluering** av omsorgstjenesten. Det er positivt at det gjennomføres evaluering av virksomheten gjennom interne revisjoner på ulike områder, men vi vurderer det som uheldig at de planlagte interne revisjonene i 2020 ikke er blitt gjennomført. På den andre siden er det forståelig at andre forhold har hatt forrang dette året. Vi finner imidlertid at avvik i svært liten grad blir omtalt eller rapportert om i dokumenter som blir lagt fram for det politiske nivå i kommunen. Etter det vi kan se, gjelder dette også resultater etter det statlige tilsynet i 2017 og fra bruker-/pårørendeundersøkelsen i 2016. Etter vår vurdering er dette informasjon som må antas å være av interesse for de folkevalgte som jo både har det overordnede ansvaret og en tilsynsrolle med kommunens virksomhet.

Vår gjennomgang viser at kommunen i stor grad oppfyller plikten til å ha et system for **korrigering** av omsorgstjenesten ved at virksomheten legger stor vekt på å gjennomgå og følge opp avvik og tilbakemeldinger fra brukere og pårørende. Vi finner at virksomheten har satt i verk korrigerende tiltak etter statlig tilsyn og forvaltningsrevisjon. Det er videre positivt at det er iverksatt tiltak på de områdene som fikk dårlig skår i bruker-/pårørendeundersøkelsen i 2016. Vi tolker dette som et uttrykk for at virksomheten har en positiv vilje og evne til å gjennomføre korrigerende tiltak. Vi finner imidlertid at ikke alle dokumenter og prosedyrer i Kvalitetslosen blir gjennomgått og revidert etter oppsatt plan.

## **Revisjonens konklusjon og anbefalinger**

Etter vår undersøkelse av de fire delproblemstillingene har vi konkludert med at kommunen i stor grad har etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som er egnet til å sikre tilfredsstillende kvalitet og ledelse i tjenesteutøvelsen. Vi har likevel funnet noen forbedringspunkter der vi finner grunn til å gi noen anbefalinger.

### **Revisjonen anbefaler at:**

- **kommunen i større grad synliggjør planlegging og gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser på flere områder i omsorgstjenesten**
- **planen om å utarbeide stillingsbeskrivelser i de hjemmebaserte tjenestene gjennomføres**
- **arbeidet med å etablere prosedyre for ernæringskartlegging og -oppfølging blant hjemmeboende tjenestemottakere fullføres**
- **det utarbeides og legges inn i Kvalitetslosen prosedyrer for hjemmesykepleie og praktisk bistand på de områdene som er særskilte for disse tjenestene, og som ikke dekkes av de øvrige prosedyrene ved Helsehuset Råde**
- **alle prosedyrer som er i bruk dokumenteres i Kvalitetslosen**
- **det legges til rette for at de ansatte i større grad selv blir i stand til å finne de prosedyrene de trenger i Kvalitetslosen, og de ansatte gjøres kjent med endringer i prosedyrer gjennom eksempelvis leselister**
- **medarbeiderne oppfordres til å komme med forslag til forbedringer både når de melder avvik og ellers**
- **planlagte interne revisjoner gjennomføres**
- **rådmannen vurderer å gjenoppta rapportering av avvik til kommunestyret**
- **prosedyrene i Kvalitetslosen gjennomgås og revideres etter oppsatt plan**



## 3 Gjennomføring av prosjektet

### 3.1 Problemstillinger

Under planleggingen av prosjektet ga administrasjonen uttrykk for at det ville være nyttig med en undersøkelse av om kommunens styringssystem for omsorgstjenesten ivaretar krav pålagt i lov og forskrift, og dessuten hvordan styringssystemet fungerer i praksis.

Dette gjenspeiles i den vedtatte prosjektplanen hvor det framgår at kontrollutvalget ønsker å få belyst følgende hovedproblemstilling:

- Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer tilfredsstillende kvalitet og ledelse i tjenesteutøvelsen.

Problemstillingens fokus er styringssystemet for omsorgstjenesten. Formålet med et godt styringssystem er sikre faglig forsvarlige tjenester.

For å kunne besvare hovedproblemstillingen har vi valgt å undersøke fire delproblemstillinger med utgangspunkt i de krav som stilles til kommunens styringssystem slik disse framkommer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

- Delproblemstilling 1:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **planlegges** i samsvar med lov og forskrift?
- Delproblemstilling 2:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **gjennomføres** i samsvar med lov og forskrift?
- Delproblemstilling 3:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **evalueres** i samsvar med lov og forskrift?
- Delproblemstilling 4:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **korrigeres** i samsvar med lov og forskrift?

### 3.2 Avgrensning av prosjektet

Denne forvaltningsrevisjonen avgrenses til å undersøke styringssystemet for følgende tjenester som faller inn under Helsehuset Råde:

- Hjemmetjenester
  - Hjemmesykepleie
  - Praktisk bistand
  - Trygghetsalarm
- Sykehjem
  - Korttidsavdeling (Hvit avdeling)
  - Ordinære langtidsplasser (Gul, grønn og lilla avdeling)
  - Skjermede plasser (Rød og Orange avdeling)
  - Forsterket skjermede plasser (Brun avdeling)

Vi mener at hjemmesykepleie, praktisk bistand og trygghetsalarm utgjør de meste sentrale tjenestene for å oppnå kommunens målsetting om at hjemmeboende eldre lengst mulig skal kunne bo i eget hjem og samtidig føle seg trygge. Vi har derfor valgt å fokusere på disse tre tjenestene i tillegg til sykehjem.

Vi understreker at våre undersøkelser er rettet mot selve styringssystemet. Vi har ikke gjort egne undersøkelser av selve tjenesteinnholdet eller de helsefaglige sidene ved omsorgstjenesten. For likevel å få en indikasjon om kvaliteten på omsorgstjenestene har vi imidlertid valgt å presentere kommunens resultater på noen nasjonale kvalitetsindikatorer i vedlegg 4.

### 3.3 Revisjonskriterier

I henhold til standard for forvaltningsrevisjon må revisor fastsette revisjonskriterier for problemstillingene som skal besvares i forvaltningsrevisjonen. Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som blir brukt til å vurdere ulike sider av kommunens virksomhet og tjenester. Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere av følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

I denne rapporten er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Kommuneloven (1992)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Helsedirektoratet (2017)

De utledede revisjonskriteriene vil bli presentert i tilknytning til den enkelte delproblemstilling. Vi viser til kapittel 4, avsnitt 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1 og 4.4.1. Selve utledningen framgår i vedlegg 3.

Revisjonskriteriene ble oversendt kommunen med muligheter for innspill. Kommunen hadde ingen kommentarer til kriteriene.

### 3.4 Revisjonsmetoder

I henhold til god revisjonsskikk skal praksis eller tilstand innen det reviderte området beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner. I dette prosjektet har vi benyttet data fra ulike kilder og brukt ulike metoder for innsamling av data for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet.

Utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag beskrives nedenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

I dette prosjektet er informasjonen hentet inn gjennom bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse
- Intervjuer

## Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er kommunens planverk og prosedyrer som inngår i kommunens kvalitetssystem, sentrale for revisors undersøkelse. Vi har også gått gjennom relevante saksutredninger i forbindelse med saker til politisk behandling. Dessuten har vi fått oversendt ytterligere dokumentasjon fra kommunen som er relevant i et kvalitets- og ledelsesperspektiv.

Vi har i tillegg lastet ned kommunens skår på nasjonale kvalitetsindikatorer som er publisert på Helsedirektoratet sitt nettsted.

Fullstendig oversikt over dokumentene framgår av kildehenvisningene.

## Intervjuer

Det er totalt gjennomført fem intervjuer. Følgende personer er intervjuet:

- virksomhetsleder Helsehuset Råde
- avdelingsleder hjemmebaserte tjenester
- avdelingsleder sykehjemmet, avdeling hvit
- avdelingsleder sykehjemmet, avdeling grønn og lilla
- avdelingsleder sykehjemmet, avdeling rød og brun

Alle intervjuer er verifisert. Det betyr at den som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser. Der vi konkluderer, vil alltid vurderingene bygge på skriftlig dokumentasjon eller informasjon fra flere kilder.

### 3.5 Pålitelighet og gyldighet

Vi mener at vurderingene i denne forvaltningsrevisjonen bygger på et pålitelig og gyldig datagrunnlag. Vi har hatt full tilgang til kommunens kvalitetssystem og har kunnet danne oss et fullstendig inntrykk av de dokumentene som ligger i systemet. Dette er supplert med et stort antall andre dokumenter som er sentrale for å danne seg et inntrykk av kvalitets- og ledelsesarbeidet i de utvalgte omsorgstjenestene. Intervjudaene har gitt oss utdypende tilleggsinformasjon.

### 3.6 Rapportens videre oppbygning

Hovedproblemstillingen undersøkes gjennom de fire delproblemstillingene i kapittel 4. Framstillingen av den enkelte delproblemstillingen består av de tre bolkene *revisjonskriterier*, *revisjonens undersøkelse* og *revisjonens vurdering*. Bolken *revisjonens undersøkelse* følger den samme inndelingen som revisjonskriteriene. Til sist i kapittel 4 konkluderer vi på hovedproblemstillingen og presenterer våre anbefalinger. Rådmannen har fått rapporten til uttalelse, og denne presenterer vi i kapittel 5.

Vi har valgt å legge en del informasjon i vedlegg. I vedlegg 1 gir vi en kort beskrivelse av de omsorgstjenestene som omfattes av denne forvaltningsrevisjonen. I vedlegg 2 beskriver vi hvordan kommunens overordnede internkontrollsystem er bygget opp. Deretter redegjør vi for utledningen av revisjonskriteriene i vedlegg 3. Revisjonskriteriene gjenspeiler de krav som stilles til internkontroll og styringssystem for helse- og omsorgstjenester. I vedlegg 4 presenterer vi kommunens resultater på noen nasjonale kvalitetsindikatorer. Her har vi ikke utledet noen revisjonskriterier, men vi kommenterer kort resultatene uten å gjøre vurderinger eller komme med konklusjoner.

## 4 Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for kvalitet og ledelse

Hovedproblemstillingen som skal besvares i denne forvaltningsrevisjonen, lyder slik:

- Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenestene som sikrer tilfredsstillende kvalitet og ledelse i tjenesteutøvelsen?

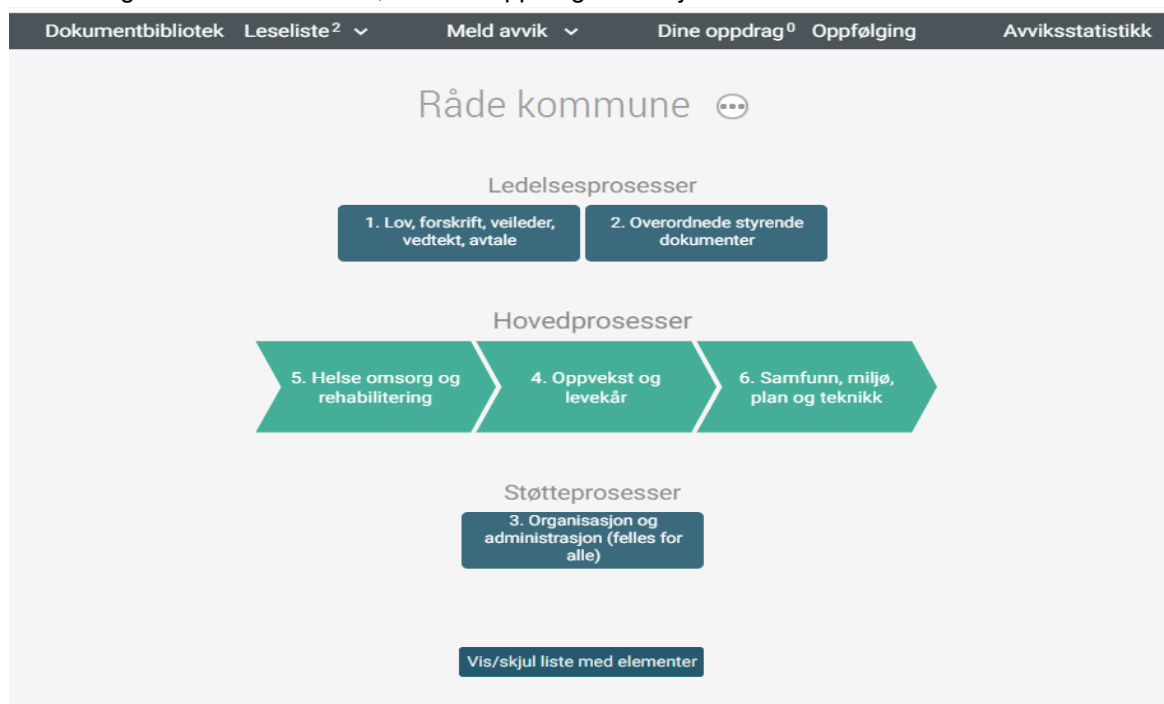
Hovedproblemstillingen vil bli belyst gjennom de fire delproblemstillingene som vi presenterte innledningsvis i avsnitt 3.1.

Kommunen bruker det elektroniske kvalitets- og styringssystemet Kvalitetslosen som er et helhetlig kvalitetssystem bestående av flere ulike moduler.<sup>3</sup> Kommunen bruker per i dag modulene dokumenthåndtering, avvikshåndtering og risikoanalyse. Kommunen opplyser at de tidligere også brukte funksjonen årshjul, men at denne falt bort etter en oppdatering av kvalitetssystemet i april 2020.

Når man logger seg på Kvalitetslosen, kommer det opp tre valg:

- Meld avvik
- Varsling
- Dokumentbibliotek

Ved å velge *Dokumentbibliotek*, får man opp følgende skjermbilde:



FIGUR 1. OVERORDNET STRUKTUR FOR KOMMUNENS KVALITETSSYSTEM

<sup>3</sup> Kvalitetslosen har skiftet navn til Compilo, men i Råde kommune omtales systemet fortsatt som *Kvalitetslosen* eller noen ganger bare *losen*.

Bildet viser at dokumentene er organisert i tre overordnede nivåer:

- Ledelsesprosesser
- Hovedprosesser (farget grønt)
- Støtteprosesser

Under hver av de tre kommunalavdelingene som ligger som hovedprosesser, finner man de underliggende virksomhetene. Under *Helse, omsorg og rehabilitering* ligger de tre virksomhetene *Helsehuset Råde*, *Tjenester for funksjonshemmede* og *Ankomstsenter*. Under hver virksomhet ligger en hierarkisk oppbygget mappestruktur med tilhørende dokumenter og prosedyrer.

I denne forvaltningsrevisjonen fokuserer vi på dokumenter og prosedyrer i Kvalitetslosen som gjelder *Helsehuset Råde*.

Den enkleste måten for de ansatte å finne relevante dokumenter og prosedyrer i kvalitetssystemet er å bruke systemets søkefunksjon. Søkefunksjonen ligger lett tilgjengelig på oppgavelinjen uansett på hvilket nivå man befinner seg i kvalitetssystemet.

## 4.1 Delproblemstilling 1: Kommunens system for planlegging

I delproblemstilling 1 undersøker vi om kommunen har etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten *planlegges* i samsvar med lov og forskrift.

### 4.1.1 Revisjonskriterier

Utleddning av revisjonskriteriene følger i vedlegg 3. Nedenfor følger revisjonskriteriene punktvis oppsummert:

- Plikten til å planlegge innebærer at kommunen skal
  - ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
  - ha oversikt over og gjøre kjent relevant regelverk, retningslinjer og veiledere
  - ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangelfull etterlevelse av myndighetskrav, og hvor det er behov for forbedring, og planlegge hvordan risiko kan minimaliseres
  - ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
  - ha oversikt over avvik, uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, og om tjenestene er faglig forsvarlige, og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet.

### 4.1.2 Revisjonens undersøkelse

Under Helsehuset Rådes område i kvalitetssystemet under *Virksomhetsinterne styrende dokumenter* på undernivå fire finner vi et dokument med tittelen *Internkontroll – Helsehuset Råde*. Dokumentet hentes enklest fram ved å bruke søkeordet *internkontroll* i søkefunksjonen i kvalitetssystemet.

På dokumentets forside framgår det at dokumentet er en gjennomgang av styringssystemet ved Helsehuset Råde og en beskrivelse av hvordan virksomheten ivaretar og dokumenterer krav i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det framgår videre at styringssystemet viser hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Dokumentet er delt inn i paragrafene 1-9.

Internkontrolldokumentet beskriver i § 6 hvordan virksomheten ivaretar plikten til å planlegge slik:

*Virksomheten skal ha oversikt og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det arbeides med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten.*

- a) *Virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering er beskrevet i virksomhetsplanen. I virksomhetsplanen beskrives mål og tiltak for hvordan det jobbes med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetsplanen rulleres hvert år. Virksomheten vil tallfeste ev konkrete måltall i virksomhetsplanen*
- b) *Virksomheten innhenter informasjon og kunnskap ved bruk av avviksrapportering, tilbakemeldinger fra pårørende/brukere, lovverk, økonomirapporter, HMS-kartlegging, kommunale planer, KOSTRA, IPLOS<sup>4</sup>, styringsdata, løpende dialog med ansatte og gjennomført møtestruktur*
- c) *For at alle skal ha oversikt over relevant lovverk har alle ansatte tilgang til kvalitetsloven, VAR<sup>5</sup>, lovdata og veilederen med oppdatert lov- og regelverk. Dette gjøres kjent via kompetanse- og opplæringsplan og med informasjonsskriv til alle ansatte. Internundervisning gjennomføres etter oppsatt plan.*
- d) *Virksomheten skal ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. I virksomhetsplanen planlegges det hvert år hvilke områder som skal gjennomgå risiko- og sårbarhetsanalyse/DPIA<sup>6</sup>. I tillegg brukes verktøyet i forhold til enkeltsaker gjennom året. Ved enkeltepisoder, oppfølging av avvik, klager, verneområder og tilbakemeldinger.*
- e) *Gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyse og oppfølging av tiltak som beskrevet i d.*
- f) *Virksomheten skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Dette kartlegges i medarbeidersamtaler og tilbakemeldinger og det utarbeides kompetanse- og opplæringsplan. Helse og omsorgsplanen beskriver også behov for kompetanseutvikling.*
- g) *Virksomheten skal bruke avvik, brukererfaringer, medarbeidererfaring mv til kvalitetsforbedring. Dette gjøres ved systematisk gjennomgang av HMS-avvik i månedlige HMS – møter og gjennomgang av andre avvik i ledelsens gjennomgang 4. hver mnd. Pasientklager meldes i avvikssystemet og tas opp i statusamtaler hver måned og ellers fortløpende. Systematisk gjennomgang vil sikre at virksomheten har faglig forsvarlig tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient sikkerhet.*

Aktuelle dokumenter for å sikre at aktivitetene planlegges i tråd med forskriften:

- *Helse og omsorgsplan*
- *Virksomhetsplan*
- *Avviksrapportering*
- *HMS plan / kartlegging*
- *Kompetanse og opplæringsplan*
- *Klager og pårørende/ brukerundersøkelser*
- *Risiko- og sårbarhetsanalyser*
- *Møtereferater*
- *Funksjonsbeskrivelser*

---

<sup>4</sup> IPLOS står for individbasert helse- og omsorgsstatistikk og er et offentlig register som drives av Helsedirektoratet.

<sup>5</sup> VAR er en prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten som kommunen abonnerer på.

<sup>6</sup> DPIA står for vurdering av personvernkonsekvenser

- *Tilsynsrapporter*

### **Mål, oppgaver, aktiviteter og organisering**

Det følger av revisjonskriteriene at kommunen skal 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.

Vi har gått gjennom de relevante dokumentene som nevnes i internkontrolldokumentet og undersøkt hva de sier om mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.

### **Kommunens helse- og omsorgsplan 2016-2020<sup>7</sup>**

I planen finner vi kommunens overordnede målsettinger med tilhørende tiltak innenfor de ulike helse- og omsorgstjenestene. Planen har to deler. Del 1 utgjør handlingsplan 2016-2020 mens del 2 er en fordypningsdel.

I del 1 løftes følgende områder fram:

- Psykisk helse- og rusomsorg
- Habilitering og rehabilitering
- Helhetlig demensomsorg
- Velferdsteknologiske løsninger som understøtter helse- og omsorgstjenestene i kommunen i et prosjektsamarbeid med Fredrikstad kommune

Del 2 – fordypningsdelen – inneholder en overordnet strategi for kvalitet og innovasjon i tjenesteutviklingen og en virksomhetsintern handlingsplan for utviklingen i helse- og omsorgstjenestene i Råde.

I fordypningsdelen framgår det at helse- og omsorgstjenestene skal ha høyt fokus på kvalitetsutvikling, forsvarlighet og pasientsikkerhet, og at man vil ta i bruk etisk refleksjon og innovasjon som verktøy i tjenesteutviklingen. Etisk refleksjon beskrives som et verktøy som kan brukes i arbeidet med bevisstgjøring rundt egen faglighet og kompetanse for å finne fram til de beste handlingsalternativene i møte med brukerne. Innovasjon i tjenesteutviklingen skal ifølge planen sikres ved å lytte til kreative ideer fra medarbeiderne, og å ta med brukere og deres pårørende i utformingen av tjenestene. I tillegg skal det legges til rette for å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger.

For de hjemmebaserte tjenestene lyder hovedmålet slik:

*Hjemmeboende med behov for omsorgstjenester og deres pårørende har trygghet og forutsigbarhet. Hjemmebaserte tjenester er tilrettelagt slik at brukerne kan være aktive og deltagende og styre eget liv så lenge deres helse tillater det. (Rådemodellen)*

Ifølge planen har de hjemmebaserte tjenestene følgende hovedutfordringer:

- Opprettholde og videreutvikle god kvalitet på tjenestene
- Sikre rett fagkompetanse i avdeling hjemmesykepleie og psykisk helse og rus

---

<sup>7</sup> Kommunen opplyser at gjeldende plan skulle ha vært rullert sent i 2020 eller tidlig i 2021, men at dette arbeidet har blitt forsinket på grunn av korona-situasjonen.

- Samhandling på tvers av virksomheter for å sikre gode tverrfaglige tjenester til innbyggerne i Råde
- Videreutvikle velferdsteknologiske løsninger og digital trygghetsteknologi

Planen nevner følgende tiltak for å utvikle tjenesten praktisk bistand/hjemmehjelp:

- Tilrettelegge tjenesten for bedre effektivitet, med varierte arbeidsoppgaver
- Integrasjon og samarbeid med de øvrige tjenesteområder i hjemmebaserte tjenester
- Gi nødvendig opplæring i nye oppgaver

Følgende tiltak nevnes for utvikling av hjemmesykepleien:

- Hjemmesykepleien får et særskilt ansvar for prosjekt velferdsteknologi, en pådriverrolle i HBT.<sup>8</sup> Ansvar for implementering i tjenestetilbudet, opplæring av ansatte, pårørende og brukere.
- Økt fokus på god elektronisk dokumentasjon for å kunne gi god oppfølging og riktig behandling
- Kontinuerlig fokus på kompetanseheving i form av intern og ekstern undervisning samt praktisk opplæring i ulike prosedyrer.
- Opprettholde og utvikle god kvalitet
- Hjemmesykepleien har ansvar for hverdagsrehabilitering i handlingsplan

Det framgår i planen at hjemmebaserte tjenester har et særskilt ansvar og skal være pådriver for å videreutvikle velferdsteknologiske løsninger, herunder digitale trygghetsalarmer, varslings- og lokaliseringsteknologi og kommunikasjonshjelpemidler.

I fordypningsdelen framgår det at sykehjemmets visjon er «Godt å leve i trygge hender». Sykehjemmet skal ha fokus på miljøterapi, medisinsk behandling og opptrening/rehabilitering. Sykehjemmet skal sette den enkelte i stand til optimal egenmestring, mulighet til kontroll i dagliglivet og gi den enkelte beboer en trygg hverdag.

Planen angir følgende hovedutfordringer for sykehjemsdriften:

- Opprettholde god kvalitet på tjenestene
- Riktig og tilstrekkelig personell til å ivareta pasientene
- Tverrfaglig satsing til beste for innbyggerne i Råde og for å gi tilbud på laveste mulig nivå
- Utvikling og forskning til beste for brukerne og for å være attraktiv som arbeidsplass

### **Virksomhetsplan for Helsehuset Råde**

I virksomhetsplanen framgår det at kjerneoppgavene og formålet er å gi helsehjelp, behandling og omsorg til innbyggerne i Råde kommune innen følgende områder:

- Hjemmebaserte tjenester
  - Hjemmesykepleie
  - Hjemmehjelpstjeneste
- Fysio- og ergoterapitjenester til hjemmeboende, beboere i institusjon, forebygging helsestasjon, barnehager og skoler
- Institusjonstjenester i form av sykehjem
  - Korttidsopphold
  - Langtidsopphold
  - Avlastningsopphold
- Dagsenter til hjemmeboende

---

<sup>8</sup> HBT er en forkortelse for hjemmebaserte tjenester



Virksomhetsplanen inneholder et organisasjonskart som viser hvordan virksomheten er organisert med tilhørende ansvarslinjer.

Planen inneholder videre en oversikt over førende dokumenter som virksomheten skal styres etter. Disse er presentert i to kategorier – interne dokumenter og eksterne dokumenter.

Virksomhetsplanen viser til kommunens verdier som er *raushet, glede og respekt*. Det framgår at disse verdiene skal være godt forankret hos de ansatte og være styrende for den enkeltes handlinger både i møte med bruker, med pårørende og ansatte imellom samt prege arbeidsmiljøet i virksomheten.

Planen angir at kommunens strategi innen helse, omsorg og rehabilitering er følgende:

- Tilpasse tjenestene slik at innbyggerne i størst mulig grad kan mestre eget liv i eget hjem
- Forebygging og tidlig innsats
- Jobbe systematisk med å rekruttere og beholde kompetent personell
- God disponering av boliger med og uten stasjonær bemanning som ivaretar innbyggere på bakgrunn av individuelle behov.
- Ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som understøtter helse- og omsorgstilbudet
- Fokus på aktivitet og fellesskap

Planen inkluderer dessuten mål og tiltak som følger av kommunens handlingsprogram som direkte gjelder for virksomheten.

Ifølge planen skal virksomheten i 2020 ha et spesielt fokus på følgende områder som følger av kvalitetsreformen «Leve hele livet»:

- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene

Under hvert punkt angir planen detaljerte tiltak, og hvem som har ansvar for å følge dette opp.

Planen angir også mål med tilhørende tiltak på økonomiområdet. Målet er at virksomheten skal ha god budsjett disiplin.

Tjenesten trykghetsalarm er ikke eksplisitt nevnt eller omtalt i virksomhetsplanen, men det opplyses i planen at virksomheten utarbeider en egen plan/oversikt over prioriteringer innen velferdsteknologi hvor trykghetsalarm inngår. Kommunen opplyser at de deltar i Nasjonalt Velferdsteknologiprogram i en prosjektgruppe sammen med Fredrikstad, Hvaler og Våler.

#### *Regelverk, retningslinjer og veiledere*

Ifølge revisjonskriteriene skal kommunen ha oversikt over og gjøre kjent relevant regelverk, retningslinjer og veiledere.

I virksomhetsplanen opplyses det at alle ansatte gjennom tilgang til kvalitetssystemet også har tilgang til relevant lovverk. Kommunen opplyser at medarbeiderne i tillegg har tilgang til nettstedet [veilederen.no](http://veilederen.no) som blant annet inneholder et oppslagsverk og e-læringskurs innen helse og omsorg.

Når man logger seg på kvalitetssystemet og klikker seg inn i dokumentbiblioteket, finner man i det første skjermbildet en knapp med lenke til lover og forskrifter. Her kan man velge lovsamlinger for de ulike tjenesteområdene. På hvert område finner man alle aktuelle lover alfabetisk ordnet. Hver lovtittel er direkte lenket opp mot tilsvarende lov på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no). Man kan også velge forskrifter til den aktuelle loven og kommer da rett til lovens forskrifter på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).

For å finne relevante retningslinjer innen helse og omsorg velger man først kommunalavdeling *Helse, omsorg og rehabilitering*. Her kan man velge kategorien fellesdokumenter for tjenesteområdet, eller man kan velge virksomheten *Helsehuset Råde* under kategorien hovedprosesser.

Man finner relevante prosedyrer både under fellesdokumenter og under Helsehuset Råde.

For en nærmere oversikt over relevante prosedyrer viser vi til avsnitt 4.2.2.

### **Risiko**

Det følger av revisjonskriteriene at kommunen skal ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangelfull etterlevelse av myndighetskrav, og hvor det er behov for forbedring, og planlegge hvordan risiko kan minimaliseres.

Det framgår i internkontrolldokumentet at det hvert år i virksomhetsplanen planlegges hvilke områder som skal gjennomgå risiko- og sårbarhetsanalyse/DPIA. Ifølge dokumentet blir risikovurderinger også gjort ved enkeltepisoder, oppfølging av avvik, klager, verneområder og tilbakemeldinger.

Vi har gått gjennom virksomhetsplanen for 2019-2020, men kan ikke se at risiko- og sårbarhetsanalyse er planlagt eller at begrepet risiko er nevnt.

I kvalitetssystemet ligger det en prosedyre kalt *ledelsens gjennomgang*. Prosedyren sier at ledelsen skal gjøre en gjennomgang av virksomheten minimum tre ganger i året. I gjennomgangen skal blant annet behov for og gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyse vurderes.

Vi har gått gjennom referater fra ledelsens gjennomgang i 2019 og 2020. Her framgår det at det er behov for risiko- og sårbarhetsanalyse innenfor:

- Vold og trusler
- Legemiddelhåndtering
- Velferdsteknologi
- Brann

I referatet fra den siste gjennomgangen 16.09.2020 framgår det at det planlegges å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser på følgende områder:

- Håndtering av hjelpemidler
- Brann
- Dokumentasjon
- Medisin fra tralle til pasient
- Vold/trusler og medisinutdeling
- Håndtering multidoser
- Aktiv forsyning (innkjøp og lagerhold)

Virksomheten har lagt fram to udaterte risiko- og sårbarhetsanalyser. Den ene gjelder trusler og vold, og den andre gjelder trygghetsalarmer. I tillegg er det utarbeidet en ROS-analyse for brannvern, datert 08.12.20, som ligger i Kvalitetslosen.

### **Kompetanse og opplæring**

Ifølge revisjonskriteriene skal kommunen ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Det framgår i internkontrolldokumentet at medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring blir kartlagt gjennom medarbeidersamtaler og tilbakemeldinger, og at det utarbeides kompetanse- og opplæringsplan. Det framgår dessuten i dokumentet at behovet for kompetanseutvikling beskrives i kommunens helse- og omsorgsplan.

I kommunens helse- og omsorgsplan 2016-2020 framgår det på s. 14 at kommunen har som delmål å få til et kompetanseløft på habilitering og rehabilitering gjennom å søke statlige midler fra «Kompetanseløft

2020».<sup>9</sup> Kommunen opplyser at det er gjennomført flere opplæringstiltak som ledd i denne satsningen. Dette er nærmere omtalt i avsnitt 4.2.2. Kommunen vurderer dessuten oppstart av prosjektet *Menn i helse* som er et komprimert utdanningsløp som leder fram til fagbrev som helsefagarbeider for menn mellom 25-55 år, som mottar ytelser fra NAV. For ytterligere å øke kompetansen vurderes det å rekruttere psykolog.

Det framgår på s. 20 i planen at framtidens demensomsorg i Råde skal utvikles i tråd med de nasjonale føringene i Demensplan 2020.<sup>10</sup> Det blir opplyst i planen at sykehjemmet har utviklet høy kompetanse på miljøbehandling av atferdsmessige og psykiske utfordringer ved demenssykdom. På s. 21 framgår det at kommunen har som målsetting å få til et kompetanseløft i helse- og omsorgstjenestene. Som tiltak foreslås videreutdanning for høyskoleutdannet ansatte i demensomsorg. Dessuten foreslås at helsefagarbeidere gis tilbud om kompetansegivende tilleggsutdanning i demensomsorgens ABC eller tilsvarende. Det er også tatt inn et tiltak om kompetanse på demens blant minoritetsgrupper/innvandrere.

På s. 24 i planen finner vi en målsetting om kompetanseløft på bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene og økt kartleggingskompetanse.

I fordypningsdelen i helse- og omsorgsplanen står det på s. 29 at helse- og omsorgstjenestene skal innføre etisk refleksjon som et verktøy i arbeidet med bevisstgjøring rundt egen faglighet og kompetanse.

På s. 31 kan vi lese at innen forebyggende tiltak i helse- og omsorgstjenesten blir hovedutfordringen å tilføre tjenesten tilstrekkelig kompetanse på forebyggende arbeid.

På s. 36 i planen framgår det at en av hovedutfordringene innen hjemmebaserte tjenester er å sikre rett fagkompetanse. Som tiltak opplyses det at kompetansen er høynet ved at vakante stillinger fortløpende har blitt gjort om til sykepleierstillinger. Dessuten vil kommunen stimulere til at høyskoleutdannede og helsefagarbeidere tar relevant tilleggsutdanning for øke kompetansen i tjenestetilbudet til hjemmeboende. Som et tiltak for å utvikle hjemmesykepleien skal det være et kontinuerlig fokus på kompetanseheving i form av intern og eksternt undervisning samt praktisk opplæring i ulike prosedyrer.

Når det gjelder sykehjemsdriften, går det fram på s. 48 at for å opprettholde god kvalitet på tjenestene skal det være kontinuerlig faglig utvikling av ansatte, hospitering, kompetansegivende opplæring og videreutdanning slik at de kan ivareta pasientene på en forsvarlig måte. Det vil også være fokus på rekruttering av kvalifisert personell.

På s. 50 i planen framgår det at beboere på somatisk langtids plass har et komplekst sykdomsbilde som følge av samhandlingsreformen. Det stilles derfor store krav til ansattes kompetanse for å ivareta pasientenes behov, sosialt, familiemessig, behandling og pleie, og en verdig avslutning på livet.

I virksomhetsplanen for Helsehuset Råde framgår det at det skal utarbeides en lokal kompetanse- og opplæringsplan som skal dekke behovet for kompetanseheving for de spesifikke fagområdene under Helsehuset Råde.

Det framgår videre at kommunens strategi innen helse og omsorg blant annet er å jobbe systematisk med å rekruttere og beholde kompetent personell samt kompetanseheving hos eksisterende personell. For å oppnå dette har planen følgende fokusområder for 2020:

- Utvikle spesifikke fagstillinger
- Strategisk planverk, som for eksempel kompetanseplan og lønnsstrategi/lønnspolitiske retningslinjer

---

<sup>9</sup> «Kompetanseløft 2020» er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Tiltakene og virkemidlene retter seg mot kommunene og består i stor grad av økonomiske insentiver.

<sup>10</sup> Demensplan 2020 er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse- og omsorgstilbudet til personer med demens og deres pårørende

- Heltidskultur

Under kompetanseheving og faglig utvikling nevnes som særlige fokusområder 2019-2020:

- Palliasjon<sup>11</sup>
- Ernæring
- Konflikthåndtering
- Fallforebygging
- Legemiddelhåndtering
- Brannvern
- Demens/miljøbehandling
- Dokumentasjon
- Velferdsteknologi

Vi har fått oversendt dokumentet *Kompetanse- og opplæringsplan. Råde sykehjem. 2018-2022*. Planen omhandler en oversikt over nåværende kompetanse og en beskrivelse av ønsket/behov for framtidig kompetanse når det gjelder grunn-, videre- og etterutdanning ved sykehjemmet. Planen beskriver videre områder for nødvendig opplæring/kompetanseheving, og hvordan denne skal gjennomføres både i form av kurs og internopplæring. Det framgår at det utarbeides månedlige planer for internopplæring og årlige planer for kompetanseheving som er gjentakende og kan planlegges. Ifølge planen skal kompetanseheving fra 2018 gjennomføres som en kombinasjon av eksterne kurs, internundervisning og E-læringskurs. E-læringskurs benyttes til undervisning i legemiddelhåndtering, og det er tilrettelagt for ytterligere e-læringskurs via nettstedet veilederen.no i Visma og via NHI.<sup>12</sup>

Det framgår i planen at virksomheten fra 2018 vil planlegge ukentlige *fagsnacks* med ulike tema som egner seg for internundervisning både på bakgrunn av kompetansekartlegging med innspill fra ansatte og virksomhetens behov for å ivareta god pleie og omsorg og følge lovverk.

Ifølge planen er det behov for mer kompetanse innen akutt geriatri og rehabilitering og palliasjon, og det er behov for flere sykepleiere og vernepleiere. Ved ledighet i stilling skal det vurderes omgjøring til denne typen kompetanse. Virksomheten vil oppfordre og tilrettelegge for at assistenter kan ta fagbrev.

Følgende områder er prioritert for kompetanseheving i planen:

- Palliasjon/livets siste dager
- Ernæring
- Konflikthåndtering
- Pårørendesamarbeid
- Demens/miljøbehandling
- Lederutvikling
- Akutte situasjoner hos eldre
- Sår
- Smittevern
- Smertepumper
- Tannpleie/munnstell
- Kommunikasjon med syke pasienter og deres pårørende

---

<sup>11</sup> Palliasjon er aktiv, lindrende behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid.

<sup>12</sup> Visma leverer IT-løsninger for bl.a. pleie- og omsorgssektoren. Norsk Helseinformatikk (NHI) er et medisinsk oppslagsverk som også tilbyr nettbaserte kurs for alle stillingskategorier innen helse- og omsorg i samarbeid med Visma.

- Diabetes

På følgende områder er det behov for kontinuerlig oppdatering:

- Legemiddelhåndtering
- Tvang
- NOKLUS/ blodprøvetaking<sup>13</sup>
- Smittevern
- Brannvern/Brannøvelse
- HLR<sup>14</sup>
- Kvalitetslosen og avvikshåndtering
- Dokumentasjon
- Tiltaksplaner

Det foreligger per i dag ikke opplærings- og kompetanseplan for de hjemmebaserte tjenestene, men en ny felles opplæringsplan for sykehjemmet og de hjemmebaserte tjenestene er under arbeid og ventes å være ferdig innen utgangen av 2020. Virksomhetsleder opplyser at etter sammenslåingen i 2018 er opplæringen i hjemmetjenesten samkjørt med opplæringen i sykehjemmet.

#### *Avvik, uønskede hendelser og brukererfaringer, evalueringer m.m.*

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

Ifølge virksomhetsplanen for Helsehuset Råde er det et kontinuerlig fokus på internkontroll og kvalitetsarbeid som økt pasientsikkerhet, legemiddelhåndtering, ernæring, dokumentasjon, brannforebygging mv. Avvik, uønskede hendelser, brukererfaringer eller klager er ikke eksplisitt nevnt i virksomhetsplanen, men er omtalt flere steder i internkontrolldokumentet. Her framgår det at virksomheten innhenter informasjon og kunnskap ved bruk av avviksrapportering, og at avvik også blir brukt for å få oversikt over områder hvor det er risiko for svikt.

Videre framgår det i internkontrolldokumentet at kommunen gjennomfører:

*systematisk gjennomgang av HMS-avvik i månedlige HMS – møter og gjennomgang av andre avvik i ledelses gjennomgang 4. hver mnd. Pasientklager meldes i avvikssystemet og tas opp i status-samtaler hver måned og ellers fortløpende. Systematisk gjennomgang vil sikre at virksomheten har faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.*

Vi har tidligere omtalt prosedyren for ledelsens gjennomgang, og her inngår et punkt om avviksstatistikk og korrigerende tiltak. Klager og tilbakemeldinger fra de pårørende inngår også som faste tema i ledelsens gjennomgang.

Også i sjekklister for avdelings-/personalmøter og statusmøter for avdelingslederne er avvik og klager og tilbakemeldinger fra beboere og pårørende faste tema.

<sup>13</sup> NOKLUS står for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser. NOKLUS arbeider med kvalitetssikring av laboratorieundersøkelser i primær- og spesialisthelsetjenesten.

<sup>14</sup> HLR står for hjerte- og lungeredning.

Vi finner ikke at brukerundersøkelser er nevnt i helse- og omsorgsplanen eller i virksomhetsplanen. I internkontrolldokumentet framgår det derimot at pårørende-/brukerundersøkelser er relevante som del av virksomhetens styringssystem.

Det ble gjennomført en bruker- og pårørendeundersøkelse i 2016, og det var planlagt en ny i løpet av 2020, men virksomhetsleder opplyser at denne ikke har latt seg gjennomføre på grunn av korona-situasjonen.

#### **4.1.3 Revisjonens vurdering**

Vår gjennomgang viser at kommunen har etablert et sammenhengende styringssystem som går fra komunedelplanen for helse og omsorg, via økonomiplan og årsbudsjett til Helsehuset Rådes virksomhetsplan. Her er virksomhetens mål, oppgaver aktiviteter og organisering beskrevet med økende grad av detaljering.

Kommunen har samlet relevant regelverk, retningslinjer og veiledere i Kvalitetslosen, slik at alle medarbeiderne har direkte tilgang til oppdatert regelverk gjennom lenker til lovdata.no. De ansatte har også tilgang til informasjon om relevant regelverk via nettstedet veilederen.no. Ved endringer i regelverk og retningslinjer blir medarbeiderne alltid informert gjennom referater fra kvalitetsgruppa og muntlig i møter eller gjennom meldinger og oppslag i tillegg.

Kommunen har etablert en egen prosedyre for gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser, og vår gjennomgang av referater fra ledelsens gjennomgang viser at virksomheten har identifisert flere områder der det er behov for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser. Dette gjelder vold og trusler, flere forhold knyttet til legemidler, brann, velferdsteknologi, dokumentasjon og hjelpemidler. Dette viser at kommunen har en oppfatning om hvor det er størst risiko for svikt og hvor det er fare for at ting kan gå galt. Fakta viser at virksomheten bare har lagt fram dokumentasjon på at risiko- og sårbarhetsanalyse er gjennomført på tre områder – trusler/vold, trygghetsalarmer og senest brannvern i desember 2020. Etter vår vurdering er det primært ved å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser, at kommunen ville få en mer systematisk og overgripende tilnærming til og oversikt over risikobildet i virksomheten, og dermed i større grad vil kunne sette i verk risikoreducerende og forebyggende tiltak fra et mer overordnet og virksomhetsovergripende perspektiv. Det er vår vurdering at de tre gjennomførte analysene ikke er nok til at kommunen kan sies fullt ut å ha tilstrekkelig og systematisk oversikt over områder hvor det er risiko for svikt.

Gjennom avvikssystemet i Kvalitetslosen har kommunen oversikt over oppståtte avvik og uønskede hendelser i enkeltsaker. Vi finner at lederne har mye og løpende fokus på avvik, og at de stadig oppfordrer medarbeiderne til å melde avvik. Gjennomgang av avvik er faste tema på alle møter i virksomheten. Etter vår vurdering får virksomheten gjennom dette viktig innsikt i på hvilke områder det har oppstått feil, og hvor det følgelig er risiko for framtidige feil og dermed behov for forbedringer, men da knyttet til enkeltsaker.

Ved å følge rutine for registrering av tilbakemelding/klager fra brukere/beboere og pårørende i avvikssystemet kan kommunen få innsikt i og oversikt over brukererfaringer. Vår gjennomgang av møtereferater viser at virksomheten har et kontinuerlig fokus på tilbakemeldinger fra beboere og pårørende. Brukere og pårørendes erfaringer kartlegges dessuten gjennom egne pårørende-/brukerundersøkelser som blir gjennomført med noen års mellomrom. En slik undersøkelse var planlagt gjennomført i 2020, men måtte utsettes på grunn av korona-situasjonen.

Vår gjennomgang viser at kommunen har oversikt over medarbeidernes kompetanse og områder hvor det er behov for opplæring. For sykehjemmet foreligger det en opplæringsplan, og en felles opplæringsplan for Helsehuset Råde, som også inkluderer hjemmetjenesten, er under ferdigstilling.

## 4.2 Delproblemstilling 2: Kommunens system for gjennomføring

I delproblemstilling 2 undersøker vi om kommunen har etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten *gjennomføres* i samsvar med lov og forskrift.

Mange av de samme forhold som er beskrevet under delproblemstilling 1, går igjen her, men nå er det ikke planlegging som er innfallsvinkelen, men gjennomføring.

### 4.2.1 Revisjonskriterier

Utledning av revisjonskriteriene følger i vedlegg 3. Nedenfor følger revisjonskriteriene punktvis oppsummert:

- Plikten til å gjennomføre innebærer at kommunen skal
  - Sørge for at oppgaver, organisering og planer er kjent og gjennomføres
  - Sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap og kompetanse i fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
  - Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
  - Sørge for at medarbeiderne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
  - Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

### 4.2.2 Revisjonens undersøkelse

Internkontrolldokumentet for Helsehuset Råde § 7 omhandler virksomhetens gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene. Her framgår det at:

*Virksomheten har ansvar for at planlagte aktiviteter og oppgaver gjennomføres. Det gjøres blant annet med følgende:*

- a) *For å gjøre planer, oppgaver og organisering kjent gjøres følgende:*
- *Alle aktuelle referater sendes på e-post til alle ansatte. I tillegg legges papirversjon på alle avdelinger.*
    - *Referat fra ledermøter, HMS-møter, medvirkningsmøter, kostkontaktmøte mv.*
    - *Avdelingsspesifikke referater sendes til aktuelle ansatte på e-post eller gjøres kjent ved oppheng i avdelinger eller i lukkede grupper på facebook.*
  - *Planer som omhandler virksomhetens oppgaver, organisering og aktiviteter sendes på e-post til alle ansatte og legges i papirversjon til alle avdelinger. Eksempelvis:*
    - *Virksomhetsplan*
    - *HMS-plan*
    - *Øvrig planverk i kommunen er tilgjengelig på intranettet*
  - *Nye og reviderte prosedyrer i kvalitetslosen legges på leseliste*

- *Opplæring ved internundervisning i bruk av kvalitetslosen og gerica<sup>15</sup> gjennomføres med jevne mellomrom.*
  - *Kommunens reglementer som omhandler personal er tilgjengelig i losen. Eksempelvis:*
    - *Permisjonsreglement*
    - *Velferdsreglement*
    - *Introduksjonsprogram for nyansatte*
  - *For noen prosedyrer bes det om underskrift som dokumentasjon for at prosedyren er gjennomgått. Eksempelvis:*
    - *Brannopplæring*
    - *Opplæringsplan for nyansatte*
    - *Legemiddelhåndtering*
  - *Nyansatte får tilsendt funksjonsbeskrivelse*
- b) *Virksomheten sikrer nødvendig kunnskap om, og kompetanse innen det aktuelle fagfeltet ved å:*
- *Kartlegge kompetanse*
  - *Utarbeide kompetanseplan*
  - *Opplæringsplan/internundervisning*
  - *Oversikt over nøkkelpersoner med spesielle oppgaver innen ulike fagområder*
  - *Gjennomføring av medarbeidersamtaler med avklaring om nødvendig/ønsket kompetanseheving*
  - *Kurs i legemiddelhåndtering satt i system*
  - *Oppstått behov for kompetanse som må raskt på plass – her brukes VAR, infeksjonskontrollprogram og veilederen.*
- c) *For å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen gjøres følgende:*
- *Prosedyre for avvikshåndtering, forbedringsforslag og implementering av denne.*
  - *Ved avdekning av risikoområder iverksettes tiltak ev utarbeide ROS/DPIA-analyse med oppfølging av tiltak.*
  - *Tavlemøter og daglig bruk av tavler for bedre pasientsikkerhet*
  - *Faglige prosedyrer i kvalitetslosen og VAR*
- d) *Virksomheten skal sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskaper og erfaring utnyttes.*
- *Medvirkningsmøter*
  - *HMS-møter*
  - *Medarbeidersamtaler*
  - *Personalmøter, gruppemøter*
  - *Medarbeiderundersøkelser*
  - *Bruk av nøkkelpersoner innen ulike fagområder*
  - *Personaloppfølging – løpende åpen dialog*
  - *Arbeidsgiverpolitiske retningslinjer, funksjonsbeskrivelser m.v.*
- e) *Virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende. Helsehuset Råde gjør dette ved gjennomføring av eksempelvis:*
- *Bruker- og pårørendeundersøkelse*
  - *Tilbakemeldinger og klager ses på for videre kvalitetsforbedringer*
  - *Pårørendesamtaler/møter*
  - *Etterlattesamtaler*

---

<sup>15</sup> Gerica er et elektronisk system for pasientjournal og -administrasjon for pleie- og omsorgssektoren.



### *Oppgaver, organisering og planer*

Ifølge revisjonskriteriene skal kommunen sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.

Utdraget ovenfor fra internkontrolldokumentet viser at virksomheten har flere ulike tiltak for å gjøre planer, oppgaver og organisering kjent for medarbeiderne. Det framgår at kommunen sender ut informasjon i form av planer og referater fra møter i ulike virksomhetsinterne fora til alle ansatte via e-post og ved oppslag i avdelingene.

Nyansatte gjennomfører et introduksjonsprogram der kommunens organisering og mål blir gjennomgått. Tilknyttede dokumenter og prosedyrer finner man i dokumentbiblioteket i kvalitetssystemet. Her finner vi blant annet følgende dokumenter/brosjyrer:

- Velkommen som nyansatt i Råde kommune - brosjyre
- Introduksjonsprogram for nyansatte med sjekklister for gjennomføring
- Velkommen til Råde kommune – Introduksjon for nyansatte og praktisk informasjon for ansatte i Råde kommune

Brosjyren *Velkommen som nyansatt i Råde kommune* inneholder informasjon om hvordan kommunen er organisert, visjoner og mål, verdier og etiske retningslinjer. Videre opplyses det kort at kommunen har et kvalitetssystem – Kvalitetslosen – som inneholder rutiner og prosedyrer. Det framgår at Kvalitetslosen også er kommunens avvikssystem.

Det opplyses i virksomhetens internkontrolldokument at nyansatte får tilsendt funksjonsbeskrivelse. I kvalitetssystemet har vi funnet funksjonsbeskrivelse/stillingsbeskrivelse for virksomhetsleder, men ikke for de andre stillingene i de hjemmebaserte tjenestene eller i sykehjemstjenestene. Kommunen opplyser at disse ligger i kommunens saksbehandlingssystem. På forespørsel har vi fått oversendt stillingsbeskrivelser for de ulike stillingskategoriene på sykehjemmet:

- Stillingsbeskrivelse for avdelingsleder sykehjem
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – sykepleier
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – sykepleier 1
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – vernepleier
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – helsefagarbeider
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – helsefagarbeider 1
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – assistent i avdeling
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – kokk
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – assistent kjøkken og vaskeri
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – frisør
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – sykehjemsoverlege
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – sykehjemslege
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – merkantil konsulent
- Stillingsbeskrivelser i sykehjem – konsulent for vederlag, lønn og personal

Virksomhetsleder opplyser at stillingsbeskrivelser ikke er i bruk for ansatte i hjemmetjenesten. De stillingsbeskrivelsene som eventuelt måtte finnes, ville i så fall være utdaterte og ikke lenger relevante. Hun opplyser at det skal utarbeides nye stillingsbeskrivelser innen våren 2021.

### *Kunnskap og kompetanse*

Det følger av revisjonskriteriene at kommunen skal sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap og kompetanse i fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Nødvendig kompetanse kan hovedsakelig sikres på to måter – gjennom rekruttering og gjennom kompetanseheving/opplæringstiltak.

I kvalitetssystemet finner vi flere dokumenter som omhandler rekrutteringsprosessen.

Kommunen har utarbeidet et eget dokument om rekrutteringspolitikk og kvalitetssikring av ansettelsesprosedyrer. Vi finner også et dokument med tittelen *Huskeliste ved ansettelse i Råde kommune*. Følgende punkt i huskelisten skal bidra til å sikre at den som rekrutteres har de nødvendige kvalifikasjonene:

- Be om dokumentasjon på tidligere arbeidsforhold og utdanning. Opplysninger i CV skal være dokumentert med signerte attester eller tilsvarende gyldig dokument
- For helsepersonell: Kontroller gyldig godkjenningsstatus i Helsepersonellregisteret. Undersøk hvilke begrensninger som gjelder dersom søker har lisens
- Gjennomfør alltid intervju av aktuelle kandidater
- Vurder om søker har tilstrekkelige språkferdigheter og kommunikasjonsevne for stillingen.
- Vurder om søker har de nødvendige faglige kvalifikasjonene for stillingen
- Kontakt alltid minst to referanser, inkludert siste arbeidsgiver

Til hjelp i ansettelsesprosessen har kommunen laget en detaljert intervjuguide og skjema for vurdering av kandidat etter intervju og dessuten mal for innhenting av referanser. Det presiseres i huskelisten at prosessen skal dokumenteres godt underveis ved hjelp av intervjunotater og referanseinnhenting.

Kommunen har i tillegg utarbeidet en egen rutine ved ansettelse av helsepersonell. Her framgår det at:

Ved ansettelser av helsepersonell i stillinger som krever autorisasjon, må Råde kommune forsikre seg om at personellet faktisk har gyldig norsk autorisasjon eller lisens. Autorisasjon fra annet land erstatter ikke norsk autorisasjon eller lisens.

Ved ansettelse og innleie av personell fra vikarbyråer, må Råde kommune, ved leder, rutinemessig kontrollere helsepersonellens autorisasjonsstatus opp mot det sentrale helsepersonellregisteret (HPR). Det kan avtales at vikarbyrået skal gjennomføre og dokumentere denne kontrollen. HPR gir opplysninger om helsepersonell har en gyldig norsk autorisasjon/lisens, eventuelt om de har en begrenset autorisasjon/lisens. Vilklårene for den begrensede autorisasjonen er ikke oppgitt i registeret.

Videre står det:

Hvis det foreligger tvil om helsepersonellens kvalifikasjoner (f. eks mistanke om forfalskede dokumenter) kontaktes Helsedirektoratet for å kontrollere dokumentasjonen som ligger til grunn for autorisasjonen. For kontaktinformasjon se menyen [Autorisasjon, utdanning og godkjenning](#).

Statens helsetilsyn kan også kontaktes for å bringe på det rene om helsepersonellet har hatt fått administrative reaksjoner og/eller om de har alvorlige tilsynssaker til behandling mot angjeldende personell. Dette kan gjøres ved å sende e-post til [postmottaket](#) i Statens helsetilsyn.

I rutinene er det lagt ved lenke til de aktuelle registrene og Helsedirektoratets veileder *Gode rutiner - gode tilsetninger, Veileder for arbeidsgivere i helsetjenesten ved tilsetting av helsepersonell* og brev fra Statens helsetilsyn av 18.03.2005 vedrørende rutiner for kontroll av helsepersonells kvalifikasjoner ved ansettelser.

Virksomhetsleder opplyser at kommunen har satt i verk tiltak for å rekruttere sykepleiere. Hun mener at disse har vært vellykkede. Riktignok er det varierende tilgang på søkere ved utlysning av ledige sykepleierstillinger, men de opplever at de får besatt stillingene. Imidlertid er det svært vanskelig å få besatt vikariater, og kommunen har derfor valgt å tilsette noen sykepleiere i en ressursenhet som dekker opp vikariater ved ledighet.

Etter ansettelsen går den nytilsatte, som tidligere nevnt, gjennom et introduksjonsprogram. Brosjyren *Introduksjonsprogram for nyansatte i Råde kommune* viser detaljert hva som skal gjennomgås med den nyansatte de første fem månedene. Brosjyren inneholder en egen kvitteringsliste som skal bekrefte at de ulike elementene i programmet er gjennomført.

I brosjyren *Velkommen til Råde kommune – Introduksjon for nyansatte og praktisk informasjon for ansatte i Råde kommune* har kommunen samlet nyttig og praktisk informasjon om blant annet kommunens IT-systemer og pålogging. Den inneholder også informasjon om kvalitetssystemet, hvor man finner rutiner, prosedyrer og styringsdokumentasjon, og dessuten hvordan man melder avvik.

En av avdelingslederne opplyser at for ansatte i svært små stillinger eller som hovedsakelig jobber i helger, kan det være vanskelig å få gitt all opplæring som inngår i introduksjonsprogrammet. Men opplæring i avviksprosedyrene blir gitt til alle.

Det er utarbeidet en egen retningslinje for brannopplæring ved Helsehuset Råde med tilhørende kvitteringsskjema som dokumenterer gjennomgått opplæring.

Også for legemiddelhåndtering er det etablert et eget opplæringsprogram. Under Helsehuset Råde er det en egen mappe med tittelen *Legemiddelhåndtering* med en flere undermapper, herunder én som bærer navnet *Opplæring i medikamenthåndtering*. Her finner man følgende dokumenter:

- Legemiddelhåndtering – kompetansekrav og gjennomføring av opplæring
- Rammeplan for opplæring Hjemmetjenesten
- Rammeplan for opplæring ved injeksjoner – Hjemmetjenesten
- Skjema for oppfølging av kurs – Hjemmetjenesten
- Praktisk opplæring assistenter
- Praktisk opplæring helsefagarbeidere
- Praktisk opplæring høyskolegruppen
- Sjekkliste for praktisk opplæring etter kurs i legemiddelhåndtering – Hjemmetjenesten
- Skjema for godkjenning til utlevering av legemidler – Hjemmetjenesten
- Godkjenning til å gi subcutane injeksjoner som insulin og antitrombotiske midler i heparingruppen
- Utlevering av legemidler assistenter

Virksomheten fører en liste med oversikt over alle ansatte og hvilke opplæringsaktiviteter de har gjennomført med dato for gjennomføring og dato for når nytt kurs må gjennomføres. Følgende tema inngår i oversikten:

- Smittevern, basale rutiner, håndhygiene smitteregimer sykehjem/hjemmebaserte tjenester og film om av-/påkledning
- Brannvern, e-læringskurs
- Brannvern opplæring (skjema) og øvelse
- Legemiddelhåndtering
- Opplæringsplan

- Tematiske områder

Råde kommune har inngått avtale med NHI (Norsk helseinformatikk) om e-læringskurs. Kommunen krever at helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere på sykehjemmet som et minimum skal gjennomføre grunnkurs i legemiddelhåndtering med et omfang på 12 timer og oppfriskningskurs hvert annet år. Vi har fått oversendt referater fra avdelings-/personalmøter som viser at de ansatte stadig blir oppmuntret til å ta ulike e-læringskurs for helsepersonell.

Kommunen opplyser at ansatte har gjennomført systematisk opplæring i palliasjon og demensomsorgens ABC, og at det pågår opplæring for ledere i velferdsteknologiens ABC. ABC-opplæring skjer i regi av den nasjonale kompetansetjenesten Aldring og helse. Opplæringen skjer lokalt i kommunen og består av temahefter, tverrfaglig sammensatte refleksjonsgrupper og halvårslige fagseminarer.

Helsehuset Råde har etablert en arena for internundervisning som de har gitt navnet *fagsnacks*. Her tas ulike faglige temaer opp, ofte med bidrag fra egne ansatte. Vi har fått tilsendt en oversikt over datoer og temaer for fagsnacks fra høsten 2018 til våren 2020.

Kommunen opplyser at sykehjemslegen har laget et opplegg for opplæring på ernæringsområdet som er gjennomført for de ansatte på sykehjemmet. Men på grunn av korona-situasjonen er denne opplæringen utsatt for ansatte i de hjemmebaserte tjenestene.

Virksomhetsleder opplyser at det også er gitt opplæring i Kvalitetslosen, fagsystemet Gericca og brannvern.

#### *Prosedyrer, instruksjoner og rutiner*

Ifølge revisjonskriteriene skal kommunen utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og bruker-sikkerhet.

Det er etablert en egen kvalitetsgruppe ved Helsehuset Råde som har som oppgave å arbeide med revisjoner, utarbeidelse av nye, sletting og implementering av prosedyrer/retningslinjer ved Helsehuset Råde. Kvalitetsgruppa har deltakere fra hver avdeling, også fra de hjemmebaserte tjenestene. Det blir skrevet referat fra møtene. Virksomhetsleder opplyser at kvalitetsgruppa får innspill om behov for nye prosedyrer primært fra lederne, men også fra gruppemedlemmene. Deltakerne bidrar til å informere tilbake til avdelingene. På grunn av korona-situasjonen har kvalitetsgruppa ikke vært i aktivitet i 2020.

I Kvalitetslosen finner vi både under felles dokumenter for *Helse, omsorg og rehabilitering* og under *Helsehuset Råde* et stort antall dokumenter og prosedyrer for omsorgstjenestene.

Som det følger av navnet, er fellesdokumenter felles og overordnet for hele tjenesteområdet *Helse, omsorg og rehabilitering*. Her finner vi følgende mappetitler med innhold:

- Bruk av makt og tvang
  - Ansvarsforhold Helse- og omsorgstjenesten kap 9
  - Bruk av tvang og makt systematiske tiltak kap 9
  - Internkontroll for bruk av tvang og makt kap 9A
  - Opplæring bruk av tvang og makt
  - Rutine for bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere

- Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner kap 9-5 a)
  - Hjelpemidler (inneholder 5 dokumenter)
  - Individuell plan (inneholder 3 dokumenter, herunder veileder til forskriften)
  - Journalføring (inneholder 5 dokumenter)
  - Medikamenthåndtering (inneholder 2 dokumenter)
  - VAR (prosedyre- og kunnskapsdatabase for helsetjenesten)
  - Varsling av alvorlige hendelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste til Staten helsetilsyn (inneholder 1 dokument)

VAR står for VAR Healthcare som er en oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten som kommunen abonnerer på. Prosedyrene er tilgjengelige på PC-er, nettbrett og fra ansattes mobiltelefoner, såkalte LMP-er<sup>16</sup>. Databasen inneholder nærmere 400 oppdaterte prosedyrer og funksjoner for bruk i praksis. Mapestrukturen på overordnet nivå ser slik ut:

- Aktivitet/hvile
- Eliminering
- Ernæring
- Førstehjelp
- Hud og vev
- Hygiene
- Kunnskap/utvikling
- Legemiddelhåndtering
- Respirasjon
- Sirkulasjon
- Smerte/sansetilstand
- Stell av døde

Under hver mappe finnes et stort antall detaljerte medisinske prosedyrebeskrivelser.

Vi får opplyst at det er mulig å koble aktuell VAR-prosedyre opp mot pasientenes pleieplan i Gerica. Prosedyren kommer da opp når man går inn i pleieplanen.

Dersom vi forlater området for fellesdokumenter og klikker oss inn på området for *Helsehuset Råde*, viser skjermbilde til sammen 17 mapper:

- Virksomhetsinterne dokumenter
- Helse/miljø/sikkerhet
- Brann/beredskap
- Tjenester til bruker
- Legefunksjon/oppgaver
- Tvang/samtykke
- Legemiddelhåndtering
- Pasientflyt
- Samhandling
- Dokumentasjon/Gerica
- Andre
- Fellestjenester
- Arbeidsmappe

---

<sup>16</sup> LMP står for Lifecare Mobil Pleie som er en løsning for oppretting av automatiske arbeidsplaner som personalet har tilgang til på mobilenhetene sine. Den låser opp dører, og pasientens journal oppdateres i mobilappen. LMP-en gir også tilgang til Kvalitetslosen og avvikssystemet.

- Flytte mappe fra HBT
- Resepsjon og innbyggermottak
- Skjemaer
- Skjemaer

Hver av mappene inneholder undermapper hierarkisk ordnet til man på det laveste nivået til slutt kommer fram til de enkelte dokumentene som inneholder retningslinjer i form av rutine- eller prosedyrebeskrivelser.

Som eksempel kan vi trekke fram mappen *Tjenester til bruker* og deretter *Kvalitetsrutiner/kvalitetsforskrifter* der man finner følgende retningslinjer/prosedyrer som gjelder for sykehjemmet:

- Retningslinje for at bruker får dekket grunnleggende fysiologiske behov og variert og valgfritt kosthold
- Retningslinje for at brukere får følge en normal livs- og døgnrytme
- Retningslinje for privatliv
- Retningslinje for selvstendighet og styring av eget liv
- Retningslinje for tilpasset aktivitet for brukere
- Retningslinje for tilpasset hjelp ved måltider og tid og ro nok til å spise
- Retningslinje for aktivitetsgruppe ved sykehjemmet.

For å sikre sykepleiedekning på sykehjemmet på alle dagvakter og kveldsvakter har kommunen laget en egen prosedyre som beskriver hvordan dette skal organiseres med fordeling av ansvar og sikring av tilgjengelighet.

Et tiltak for å ivareta pasientsikkerheten ved sykehjemmet er ordningen med tavlemøter. Det er utarbeidet prosedyre for tavlemøter. Formålet med prosedyren er å sikre systematisk kommunikasjon, risikovurdering og oppfølging av den enkelte pasienten. Framgangsmåten beskrives slik:

Hyppighet av tavlemøter fastsettes av den enkelte avdeling etter behov, minimum en gang hver måned.

- Sykepleier/ vernepleier samler aktuelt personell ved tavlen på fastsatt tidspunkt i avdelingen.
- Tavlemøtet ledes av sykepleier/ vernepleier.
- Det brukes 1- 1,5 minutt pr. pasient.
- Gå gjennom hver enkelt pasient og hvert område som er oppsatt på tavlen.
- Sett status for hvert område med dato for sist utført og angi neste utførelse og eventuelt mangler. Marker med svarte, grønne og røde markører for oversiktighet.
- Nye risikoområder som avdekkes følges opp med beslutning om tiltak.
- Hvis mangler kan rettes samme dag, sett ansvarlig for oppfølging.
- Primærkontakt har ansvar for å gå gjennom tavlen på egne pasienter på hver vakt.
- Tavlen skal kontinuerlig oppdateres ved endringer også utenom tavlemøter.

Ifølge prosedyre for tavlemøte skal slike møter gjennomføres minimum én gang per måned, men referatene fra avdelings-/personalmøter på sykehjemmet viser at det vanligvis gjennomføres tavlemøter hver uke. Virksomhetsleder opplyser at det er ulike behov i avdelingene, og at korttidsavdelingen for eksempel har tavlemøte hver dag. Det gjennomføres også gruppemøter på sykehjemmet om pasientoppfølging.

Prosedyre for tavlemøter gjelder bare for sykehjemmet. Hjemmetjenesten har rundt 175 brukere, og virksomhetsleder opplyser at det ikke ville være mulig å gjennomføre tavlemøter på samme måte som

på sykehjemmet. Men på morgenrapporten ved arbeidshagens start hentes alle dagens oppdrag opp fra fagsystemet og ses på tavle av alle ansatte. Mye informasjon blir også formidlet mellom de ansatte i et midtmøte. De som får hverdagsrehabilitering, blir fulgt ekstra opp for å dokumentere hvilke tjenester de har mottatt. Virksomhetsleder opplyser at den ene av de to avdelingene i de hjemmebaserte tjenestene, har tatt i bruk tavlemøter for pasienter som trenger særlig oppfølging i en periode.

De senere år har det vært mye fokus på ernæring blant sykehjemsbeboere og hjemmeboende eldre i offentligheten, og nasjonale faglige retningslinjer anbefaler at pasienter som er innskrevet i sykehjem eller hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.<sup>17</sup> Virksomhetsleder opplyser at ernæringskartlegging er satt i system for pasienter ved sykehjemmet gjennom en egen prosedyre for ernæring og væske som ligger under mappen *Tjenester til bruker*. Prosedyren har som formål å sikre identifisering, forebygging og behandling av underernæring hos personer innlagt i sykehjem.

Det foreligger ikke tilsvarende prosedyre for de hjemmebaserte tjenestene. Virksomhetsleder opplyser at flere brukere i hjemmetjenesten blir fulgt opp og har tiltak rundt ernæring, men det er ikke systematisk ernæringskartlegging av de hjemmeboende. Antall brukere er så stort at hun mener at det ikke vil være mulig å gjennomføre dette for alle. Det arbeides med et opplegg rundt dette, men man har ikke landet ennå. Målet er å få en skriftlig prosedyre som stemmer med praksis, og som er mulig å gjennomføre.

Avdelingsleder for de hjemmebaserte tjenestene opplyser at ernæringstilstanden blir vurdert av tildelingsteamet i forbindelse med vedtak om tildeling av tjenester. Brukerne blir ikke sjekket hver måned, men sykepleierne har høyt fokus på dette, og hun mener de er veldig flinke til å observere og fange opp når noen taper vekt. De hjemmebaserte tjenestene mottar også meldinger fra fastlegene dersom det er behov for å følge opp næringsinntaket for enkeltpasienter. Dette blir da lagt inn på vedkommendes tiltaksplan. Hun opplyser videre at hjemmesykepleierne er ekstra observante på dem som er alene, siden de som spiser alene er i en sårbar situasjon.

Avdelingsleder for de hjemmebaserte tjenestene opplyser at det ikke er utarbeidet prosedyrer for hjemmehjelperne. Men hun påpeker at hjemmehjelperne spiller en viktig rolle i de hjemmebaserte tjenestene, og de er derfor med på alle rapporter og får all informasjon. Hun anser det som viktig siden de oppholder seg lenger hos pasienten og kan observere mer. Noen tar medisinkurs og kan dele ut medisiner. Hun opplyser videre at hjemmehjelperne svært sjelden melder avvik i Kvalitetslosen.

Et annet område som det ikke ligger prosedyrer for i Kvalitetslosen, er trygghetsalarm. Virksomhetsleder opplyser at det er utarbeidet prosedyrer for trygghetsalarm, men at disse ikke er lagt inn i Kvalitetslosen ennå.

Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester opplyser at de nye rutinene for trygghetsalarm ble laget da kommunen gikk inn i samarbeid med Helsevakten i Fredrikstad. Prosedyren går ut på at alle hjemmesykepleiernes mobiltelefoner mottar melding fra Helsevakten når alarmen går. Den som er nærmest, svarer og drar hjem til den det gjelder. Avdelingsleder opplyser at det alltid er noen som er i nærheten. Dersom meldingen ikke blir besvart innen få minutter, ringer Helsevakten til den som har ansvarsvakt i basen. Hvis det er noe svært akutt, ringer Helsevakten direkte til ansvarsvakten. Avdelingsleder opplyser at Helsevakten har sykepleierkompetanse og sitter med mye informasjon, for eksempel fra sykehuset, og hun opplever at ordningen fungerer svært bra. Mange alarmer stopper i Helsevakten, og utrykning unngås.

---

<sup>17</sup> IS-1580 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

Vår gjennomgang viser at flertallet av prosedyrene i kvalitetssystemet er utarbeidet for sykehjemmet, og at det alt i alt ligger færre prosedyrer for de hjemmebaserte tjenestene i kvalitetssystemet. Virksomhetsleder opplyser at etter omorganiseringen i 2018 har kommunen hatt som intensjon at prosedyrer og rutiner for sykehjemmet generelt også er gjeldende for hjemmebaserte tjenester, og at man på den måten opererer med et felles sett med prosedyrer. Hun påpeker at prosedyrer for legemiddelhåndtering, infeksjonskontrollprogram, sykepleieprosedyrene i VAR, opplæring, tvang, demensteam, IPLOS, stikkskade, hjelpemidler m.fl. også gjelder for hjemmetjenestene. Vi får dessuten opplyst at det finnes flere skriftlige rutiner for hjemmetjenesten som ikke er lagt inn i Kvalitetslosen.

For å nå fram til flest mulig av medarbeiderne i hjemmetjenesten blir det opplyst om ny informasjon ved oppslag i basen/lokalet deres. Det er den sikreste måten å få fram informasjon til de ansatte, mener virksomhetsleder.

Prosedyre for avviksbehandling gjelder for alle virksomhetene, og alle ansatte har ansvar for å registrere avvik. Avvik spiller en sentral rolle i arbeidet med å ivareta faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Som tidligere opplyst, får alle nyansatte opplæring i melding av avvik, og framgangsmåten er beskrevet i brosjyren *Velkommen til Råde kommune. Introduksjon for nyansatte og praktisk informasjon for ansatte i Råde kommune* som vi har nevnt ovenfor.

Dokumenter som gjelder avvikshåndtering, ligger flere steder i kvalitetssystemet. Under *Organisasjon og administrasjon (felles for alle) > Arbeidsgiver/Personal > HMS > Avvikshåndtering* ligger følgende dokumenter:

- Ansattopplæring internkontroll, avviksregistrering og dokumentoppslag
- Avvikshåndtering (manual for leder)
- Brukerveiledning – avviksregistrering i Kvalitetslosen (for ansatte)
- Om avvikshåndtering i Råde kommune

Under *Helsehuset Råde > Virksomhetsinterne styringsdokumenter > Overordnet internkontroll > Kvalitetsarbeid > Avvikshåndtering* finner vi to dokumenter:

- Avviksbehandling
- Tilbakemelding/klage fra brukere/beboere og pårørende

For å sikre at tilbakemeldinger og klager fra brukere/beboere og pårørende blir nedtegnet og brukt aktivt i forbedringsarbeidet, er det laget en egen prosedyre for registrering av disse i avvikssystemet. Registreringen skal gjøres av den som mottar tilbakemelding/klage/mishagsyttringer.

I prosedyren for avviksbehandling framgår det at den enkelte ansatte som avdekker avvik, har ansvar for å registrere hendelsen i kvalitetssystemets avviksmodul. Meldingen sendes automatisk til nærmeste leder.

Både virksomhetsleder og avdelingslederne mener at det er enkelt for de ansatte å melde avvik. Som nevnt ovenfor, får man på det første skjermbildet i kvalitetssystemet opp en egen knapp for å melde avvik. Virksomhetsleder opplever at de ansatte er ganske flinke til å melde avvik, men det er forskjeller mellom avdelingene i antall meldte avvik. I referatene fra avdelings-/personalmøtene framgår det at de ansatte stadig oppfordres til å melde avvik.

Avdelingslederne opplyser at de har hatt mye fokus på å melde avvik, og at man i stor grad har lyktes med å ufarliggjøre det å melde avvik. Tidligere kunne de ansatte føle på at de kritiserte og anklagde sine kollegaer når de meldte avvik. Nå blir alle avvik gått gjennom i avdelings-/personalmøtene uten å knytte dem til en bestemt person. Da opplever ingen at de blir hengt ut.



Et tiltak for å holde de ansatte informert om nye og reviderte prosedyrer er muligheten for å bruke lese-  
lister i kvalitetssystemet. Ordningen innebærer at det første som møter den enkelte medarbeider som  
logger seg på kvalitetssystemet, er en leseliste med nye og reviderte prosedyrer. Ifølge en redegjørelse  
fra rådmannen til kontrollutvalget i sak 19-15 kan den som publiserer, sette en frist for når dokumentet  
skal være lest. Det betyr at den som har dokumentet på leselisten sin, får påminning når fristen nærmer  
seg. Den som har publisert kan ta ut en rapport for oppfølging av dem som eventuelt ikke har lest doku-  
mentet innen lesefristen. Bruk av leselister er en del av opplæringen i kvalitetssystemet for lederne i  
kommunen.

I en orientering til kontrollutvalget 24.02.2020 om kommunens internkontrollsystem opplyser administra-  
sjonen at leselister benyttes ved utrulling av de mest sentrale kvalitetsdokumentene for å sikre gjennom-  
gående kjennskap til disse dokumentene.

Virksomhetsleder og avdelingslederne opplyser at ordningen med leselister for omsorgstjenestene ikke  
har fungert etter intensjonen etter de første forsøkene, men at man har planlagt å gjøre enda et forsøk  
på å få ordningen til å fungere. Nå blir nye prosedyrer skrevet ut på papir, og det blir gitt orienteringer på  
avdelingsmøter. Informasjon kan også sendes ut som internmeldinger til de ansattes LMP-er.

Vi har spurt avdelingslederne om de har inntrykk av at de ansatte har oversikt over kvalitetssystemet, og  
om det er lett for dem å finne fram til relevante prosedyrer i det daglige arbeidet. De svarer at dette er  
en utfordring, og at de ansatte sjelden går inn i Kvalitetslosen bortsett fra når de skal melde avvik. De  
har inntrykk av at de ansatte synes det er lettere å spørre lederen eller kollegaer enn selv å gå inn i  
Kvalitetslosen. En avdelingsleder mener at en mulig forklaring kan være at de ansatte har dårlig tid, og  
at det oppleves som tidkrevende å logge seg på systemet og lete opp prosedyren de har bruk for der og  
da. For å avhjelpe dette hadde noen avdelinger tatt ut de viktigste prosedyrene på papir og satt dem i  
permer på vaktrommet.

Avdelingslederne selv opplever Kvalitetslosen som viktig som et levende system som fanger opp end-  
ringer og nye ting, og at de bruker prosedyrene som ligger der jevnlig. Men de mener også at man sik-  
kert kan utnytte det bedre. De gir uttrykk for at jo mer man bruker systemet, jo lettere blir det å finne  
fram og få oversikt.

Avdelingslederne opplyser at det er flere personer som legger inn prosedyrer, og de gjør det på litt ulike  
måter. Da blir det lett rusk i systemet. En annen utfordring er å finne gode søkeord. De anvendte søke-  
ordene samsvarer ikke alltid så godt med de ordene som er i daglig bruk blant medarbeiderne.  
Flere av avdelingslederne mener at Kvalitetslosen fungerer dårligere etter en oppgradering tidligere i år.  
Det har blitt vanskelig å kjenne seg igjen i systemet, og det kan se ut som om noen prosedyrer er gått  
tapt eller har blitt plassert et annet sted. I en periode hadde ikke alle tilgang til systemet.

#### *Utnytting av samlet kunnskap og erfaring*

Det følger av revisjonskriteriene at kommunen skal sørge for at medarbeiderne medvirker slik at samlet  
kunnskap og erfaring utnyttes.

Ifølge internkontrolldokumentet sikres medvirkning fra medarbeiderne på følgende måter:

- Medvirkningsmøter
- HMS-møter
- Medarbeidersamtaler
- Personalmøter, gruppemøter
- Medarbeiderundersøkelser

- Bruk av nøkkelpersoner innen ulike fagområder
- Personaloppfølging – løpende åpen dialog
- Arbeidsgiverpolitiske retningslinjer, funksjonsbeskrivelser m.v.

I virksomhetsplanen framgår det at et av områdene som det skal jobbes mer med, er medvirkning av ansattes kompetanse og ressurser inn i spesielle ansvarsområder.

Vår dokumentgjennomgang viser at:

- Medvirkningsmøter avholdes månedlig mellom tillitsvalgte, ledere drift og virksomhetsleder. Tema som behandles er ledige stillinger/utlysninger/ansettelser og saker til drøfting etter avtaleverket.
- HMS-møter avholdes månedlig mellom verneombud, tillitsvalgte, virksomhetsleder og ledere drift. Temaer som behandles er oppfølging av sykefravær, oversikt over overtid, arbeidsmiljø og andre HMS-relaterte saker.
- Alle ansatte i Råde kommune skal ha medarbeidersamtale minst en gang i året. I kvalitetssystemet ligger det flere dokumenter som gjelder medarbeidersamtale, herunder en mal for gjennomføring av slike samtaler. Flere punkter i malen åpner for innspill om forbedringer fra arbeidstakeren:
  - Har du forslag til forbedringstiltak, eller endrede mål, for din stilling, avdeling, virksomheten eller kommunen?
  - På hvilken måte kan ting gjøres bedre? Har du forslag til forbedringer i rutiner, kvalitetssikring, internkontroll e.l. Hva kan gjøres annerledes (internkontroll)?

Vi har fått oversendt en oversikt over nøkkelpersoner på ulike fagområder innen helse- og omsorgstjenestene ved Helsehuset Råde. Eksempler på fagområder er:

- NOKLUS-kontakter (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser)
- Smittevern-kontakter
- Palliasjon
- Sår
- Forflytningsveiledere
- Demensteam
- Innovasjonsteam
- Internundervisningsgruppe

I den tidligere nevnte rutinen for avviksbehandling framgår det at den enkelte ansatte som avdekker avvik, har ansvar for å registrere hendelsen i kvalitetssystemets avviksmodul. I tillegg skal den ansatte tenke etter og foreslå hva som er den bakenforliggende/egentlige årsaken til avviket, videre foreslå tiltak som kan settes inn mot årsaken, og tiltak som reduserer konsekvensene. Nærmeste leder har ansvar for å behandle avvik og sette i verk tiltak. I tillegg skal ledere sikre læring av meldte avvik, se på likhets trekk og statistiske trender og vurdere virkningen av iverksatte tiltak.

Avdelingslederne opplyser at det er noen av dem som melder avvik, som fyller ut hva som kan gjøres av forbedringer slik prosedyren egentlig krever.

Det avholdes avdelings-/personalmøter i de ulike avdelingene. Slike møter kan være en viktig arena for deling og utnytting av samlet kunnskap og erfaring. Det er utarbeidet en egen sjekkliste for disse møtene som ligger i kvalitetssystemet. Her inngår blant annet et punkt om avvik.

Vår gjennomgang av referater fra avdelings-/personalmøtene i 2019 og 2020 viser at tema som går igjen er arbeidsmiljø, rutiner rundt sykefravær, innskjerping av rutiner rundt den praktiske driften som rydding og orden, avvik i medisinhandteringen og oppfordring om å skrive avvik. Videre blir de ansatte gjentatte ganger oppfordret til å gjennomføre e-læringskurs. I 2020 har det av naturlige grunner i tillegg vært et særskilt fokus på smittevern, påkledning av smittevernutstyr og utfylling av nærkontaktskjema etter hver vakt.

En annen arena der medarbeidernes kunnskap og erfaring må antas å bli mobilisert, er i forbindelse med tavlemøtene om beboernes helse og velferd.

Et annet eksempel på deling av samlet kunnskap og erfaring er internundervisningen *fagsnacks* som vi har nevnt tidligere. Her tas ulike faglige temaer opp, ofte med bidrag fra egne ansatte.

Høsten 2019 ble det gjennomført en medarbeiderundersøkelse. Ingen av spørsmålene dreier seg direkte om utnytting av samlet kompetanse og erfaring, men noen spørsmål kan synes å tangere temaet så vidt. På en skala fra 1-6 ble gjennomsnittsskåren slik for noen spørsmål:

**TABELL 1. GJENNOMSNITTSSKÅR PÅ TRE SPØRSMÅL FRA MEDARBEIDERUNDERSØKELSEN 2019**

Spørsmål	Gjennomsnittsskår sykehjem Råde (skala 1-6)	Gjennomsnittsskår sykehjem hele landet (skala 1-6)
<b>Er du med på å utarbeide målene for din arbeidsplass?</b>	3,9	4,2
<b>Er det lagt til rette for mulighet til at du kan melde fra om kritikkverdige forhold på din arbeidsplass?</b>	4,9	5,3
<b>Er nærmeste leder lydhør overfor dine synspunkter?</b>	4,4	4,9

Tabellen viser at gjennomsnittsskåren i Råde på de tre spørsmålene ligger mellom 0,3 og 0,5 poeng lavere enn gjennomsnittet for landet.

Avdelingslederne opplyser at det i avviksmoduleen i Kvalitetslosen også er en knapp hvor ansatte på en enkel måte kan melde inn forslag til forbedringer, men at den er lite brukt.

Vi har mottatt og gått gjennom stillings- og funksjonsbeskrivelser for de ulike stillingene ved sykehjemmet. I stillingsbeskrivelsen for avdelingslederne finner vi blant annet at de skal:

- Være faglig oppdatert og sørge for et godt faglig miljø med høy faglig kvalitet på arbeidet og medvirke til kompetanseutvikling i avdelingen særlig rettet mot behandling og rehabilitering

I stillingsbeskrivelsen for sykepleier, sykepleier 1, vernepleier, helsefagarbeider, helsearbeider 1 assistent står det blant annet at de skal:

- Være faglig oppdatert, bidra til et miljø med høy faglig kvalitet på arbeidet og bidra til måloppnåelse (alle)
- Delta i kompetanseutvikling i avdelingen (alle)
- Veiledning av annet personell i sykepleiefaglige problemstillinger (sykepleier, sykepleier 1 og helsefagarbeider)
- Veiledning av annet personell innenfor eget fagområde (vernepleier)
- Veiledning av ansatte, elever og lærlinger (helsefagarbeider 1)

- Veilede ansatte ved behov vedrørende prosedyrer/behandling (sykehjemslege)
- Bidra til et godt og utviklende arbeidsmiljø (alle)

Kommunen har som tidligere nevnt, ikke lagt fram noen stillingsbeskrivelser for ansatte i de hjemmebaserte tjenestene.

### *Bruk av brukeres og pårørendes erfaringer*

Det følger av revisjonskriteriene at kommunen skal sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Ifølge internkontrolldokumentet gjøres bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende gjennom:

- Bruker- og pårørendeundersøkelse
- Tilbakemeldinger og klager ses på for videre kvalitetsforbedringer
- Pårørendesamtaler/møter
- Etterlattesamtaler

Bruker- og pårørendeundersøkelser er ikke nevnt i virksomhetsplanen, men virksomhetsleder opplyser at det var planlagt å gjennomføre en pårørende-/brukerundersøkelse høsten 2020. Men på grunn av pandemien må den skyves ut i tid. Undersøkelsen blant beboerne skjer som strukturerte intervjuer, men dette har ikke latt seg gjennomføre med de gjeldende besøksrestriksjonene.

Vi har fått oversendt resultater fra den sist gjennomførte pårørendeundersøkelsen fra 2016. Den gjaldt kun for sykehjemmet. Kommunen påpeker at undersøkelsen er fire år gammel, og at den er mindre relevant i dag. Vi har likevel valgt å ta den med som et eksempel på at kommunen gjør bruk av brukeres og pårørendes erfaringer.

Spørreundersøkelsen i 2016 inneholdt 38 spørsmål. Dårligst skår fikk følgende forhold:

**TABELL 2. SPØRSMÅL MED DÅRLIGST GJENNOMSNITTSKÅR I PÅRØRENDEUNDERSØKELSEN I 2016**

<b>Spørsmål</b>	<b>Gjennomsnitt-skår (skala 1-6)</b>
<b>Beboerens deltakelse i aktiviteter</b>	3,6
<b>Det kultur-/underholdningstilbudet som blir tilbudt beboeren</b>	3,6
<b>Beboeren får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud</b>	3,4
<b>Beboeren får god informasjon om tjenesten han/hun får.</b>	3,4
<b>Mulighet beboeren har til å komme ut i frisk luft</b>	3,3
<b>Beboeren er kjent med muligheten til å klage når han/hun har behov for det</b>	3,3
<b>Beboeren vet hvem som er hans/hennes kontaktperson</b>	2,7
<b>Fysioterapitjenesten beboeren får når det er behov for det</b>	1,9
<b>Beboeren får være med når det utarbeides planer (som for eksempel pleieplan, tiltaksplan, individuell plan) som tjenesten planlegger for han/henne</b>	1,9
<b>Du er med når det utarbeides planer som angår beboeren (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan)</b>	1,9

Tabellen viser at de pårørende var mindre fornøyde med forhold som hadde å gjøre med ulike former for aktiviteter for beboerne. Alle minst fornøyde var de med tilbud om fysioterapi og involvering og medbestemmelse.

Halvparten av de pårørende svarte ja på spørsmål om de det siste året hadde hatt en planlagt samtale med pleiepersonale om tjenestetilbudet for beboeren. På spørsmålet om de som hadde hatt slik samtale, opplevde at den var nyttig, ble gjennomsnittskåren 5.

Også beboernes synspunkter var kartlagt ved hjelp av påstander som de skulle besvare med *ja*, *nei* eller *vet ikke*.

Tabell 3. Andel beboere som svarte ja på ulike påstander i brukerundersøkelsen i 2016

<b>Påstander som skulle besvares med ja, nei eller vet ikke</b>	<b>Andel av beboerne som svarte ja</b>
<b>Jeg får den hjelpen jeg har behov for</b>	86,7
<b>Jeg er fornøyd med maten jeg får</b>	90,0
<b>Jeg trives på rommet/i leiligheten</b>	93,3
<b>Jeg trives sammen med de ansatte</b>	96,7
<b>Jeg blir hørt når jeg gir uttrykk for hvordan jeg vil ha det</b>	83,3
<b>De ansatte behandler meg med respekt</b>	90,0
<b>Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det</b>	86,2
<b>De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem</b>	92,9
<b>Alt i alt, jeg er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen der jeg bor</b>	93,3

Andelen beboere som svarer ja, varierer mellom 83,3 prosent og 93,3 prosent.

Tilbakemeldinger og klager fra brukere/pasienter/pårørende er fast tema på avdelings-/personalmøter, statusmøter med avdelingslederne og ledelsens oppfølging. Både ros og ris blir formidlet til de ansatte.

Det framgår av noen av referatene fra avdelings-/personalmøter at økt pårørendefokus og gjennomføring av pårørendesamtaler har vært tema. Det er utarbeidet en egen rutine for gjennomføring av pårørendesamtale. Formålet med prosedyren er å sikre godt samarbeid med pårørende. Ifølge prosedyren skal alle få tilbud om pårørendesamtale ved innkomst ved sykehjem eller omsorgsbolig. Deretter gis det tilbud om oppfølgingssamtale en gang per år eller ved behov. Det er utarbeidet mal for skriftlig invitasjon til pårørendesamtale med angivelse av aktuelle samtaleemner:

- Presentasjon av avdelingen
- Primær og sekundærkontakt, hva er det, og hva kan vi forvente?
- Tannhelsetjenesten i kommunen
- Sykdom og medisiner
- Mestring av hverdagen
- Beskjedbok, ønskes dette?
- Post til beboer? Evt adresseendring ved innkomst
- Kontaktperson ved endringer i livssituasjoner

- Livsforlengende tiltak
- Eventuelt

Avdelingsleder for korttidsavdelingen (Hvit avdeling) ved sykehjemmet opplyser at de i stor grad vektlegger synspunkter og ønsker fra pasientene. De har et eget skjema som brukes ved innkomst og utskrivelse av pasienter. De gjennomfører innkomstsamtale med pasienten og de pårørende der de spør om hva som er viktig for pasienten, og hvilke målsettinger vedkommende har for oppholdet. De har også laget et skjema for tilbakemeldinger fra pasienten ved hjemreise der pasienten kan gi ros og ris og komme med forbedringsforslag. Dette er noe som de nylig har startet opp med, så skjemaet er ennå ikke lagt inn i Kvalitetslosen.

### 4.2.3 Revisjonens vurdering

Vår gjennomgang viser at informasjon om oppgaver, organisering og planer framgår i virksomhetsplanen som ligger i Kvalitetslosen som alle medarbeiderne har tilgang til. Avdelingslederne gir uttrykk for at virksomhetsplanen fungerer som et styrende dokument som angir hva de skal ha fokus på i arbeidet i avdelingene. Gjennomføringen av tiltakene i virksomhetsplanen er tema i statusmøter og ledelsens gjennomgang.

Kommunen har til nå ikke operert med stillingsbeskrivelser i de hjemmebaserte tjenestene, men vi får opplyst at slike skal lages i 2021. Vi mener dette er viktig for å klargjøre for medarbeiderne hva som inngår i deres ansvarsområde, og bevisstgjøre dem om roller, ansvar og arbeidsoppgaver.

Vi finner at kommunen har etablert mange viktige prosedyrer som skal sikre forsvarlig rekruttering av personer med ønsket kompetanse. Etter ansettelse gjennomgår de nyansatte et opplæringsprogram som skal gi dem innsikt i kommunens retningslinjer og styringssystemet Kvalitetslosen. Opplæringen dokumenteres i en egen sjekklister. Kurs i medikamenthåndtering gjennomføres som et grunnkurs med påfølgende oppdatering hvert andre år. Virksomhetsleder holder oversikt over hvilke kurs hver ansatt har gjennomført i et eget oppfølgingsskjema. Dette gjelder viktige områder som smittevern og basale rutiner, brannvern og legemiddelhåndtering. Det er vårt inntrykk at virksomheten legger stor vekt på løpende opplæring og kompetanseheving, og de ansatte oppfordres hele tiden til å gjennomføre ulike nettkurs. Dette vurderer vi som betryggende for å sikre vedlikehold og utvikling av medarbeidernes kompetanse.

Vår undersøkelse viser at kommunens kvalitetssystem inneholder en mengde prosedyrer og instruksjoner på mange ulike områder som kan avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. I VAR-databasen har de ansatte tilgang til et stort antall sykepleiemedisinske prosedyrer. Vi finner det betryggende at man kan legge inn og hente opp de relevante prosedyrene gjennom pasientjournalssystemet Gericia.

Vi finner det også betryggende for pasientsikkerheten at det gjennomføres regelmessige og hyppige tavlemøter. Dette bidrar til å sikre systematisk kommunikasjon, risikovurdering og oppfølging av den enkelte pasient.

Vi stiller oss spørrende til at det i mindre grad foreligger egne prosedyrer for de hjemmebaserte tjenestene i Kvalitetslosen sammenlignet med sykehjemmet, selv om kommunen opplyser at prosedyrene for sykehjemmet også gjelder for de hjemmebaserte tjenestene. Likevel er det et faktum at det er vesentlige forskjeller mellom arbeidet i sykehjem og arbeidet i hjemmebaserte tjenester som tilsier at det kan være behov for særskilte prosedyrer på en del områder.

Kommunen opplyser at det er utarbeidet noen egne rutiner og prosedyrer for de hjemmebaserte tjenestene, men at disse ikke er lagt inn i Kvalitetslosen. Et eksempel på dette er prosedyrene rundt trygghetsalarmer. Vi mener at alle prosedyrer som er iverksatt, bør dokumenteres i kommunens kvalitetssystem, slik kommunens internkontrollsystem legger opp til. Videre er det etter vår vurdering grunn til å stille spørsmål ved at det ikke er utarbeidet prosedyrer for dem som yter praktisk bistand i hjemmet. Vi får opplyst at de spiller en viktig rolle siden de gjerne oppholder seg lenger med brukeren enn hjemmesykepleierne og kan observere mer. Vi mener at det er viktig at hjemmehjelpenes rolle og ansvar avklares og settes i system.

Et annet eksempel på et område hvor det mangler skriftlige prosedyrer i de hjemmebaserte tjenestene, er ernæringskartlegging og -oppfølging. Vi får opplyst at vekt og ernæring blant hjemmeboende blir fulgt opp, men at dette ikke er satt i system gjennom egne prosedyrer. Vi mener det er viktig med tanke på å sikre at tjenesten er forsvarlig og at pasientsikkerheten ivaretas, at oppfølgingen av ernæring blant hjemmeboende settes i system gjennom prosedyrebeskrivelser. Det er positivt at kommunen arbeider med planer på dette området.

Vi mener at det er positivt at alle ansatte får opplæring i hvordan de melder avvik, og at kommunen vektlegger avvik og jevnlig oppfordrer de ansatte til å melde avvik. Avvik kan spille en sentral rolle i arbeidet med å ivareta faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Vi finner at kvalitetsgruppa spiller en viktig rolle i både å utvikle og informere om nye prosedyrer. Den har ikke vært virksom i 2020 på grunn av korona-situasjonen. Vi forstår at virksomheten har hatt en meget krevende situasjon i året som har gått, men vi mener det er viktig at kvalitetsgruppa aktiviseres igjen. Dette kan for eksempel skje gjennom fjernmøter dersom smittesituasjonen varer ved i den nærmeste framtid.

Etter vår vurdering har tjenesten et forbedringspotensial knyttet til de ansattes bruk av Kvalitetslosen. Det fremstår som systemet er lite i bruk, bortsett fra når de skal melde avvik. De blir da avhengige av å motta og gjenfinne viktig informasjon om prosedyrer m.m. på andre måter som for eksempel ved oppslag, meldinger eller muntlig. Slik vi vurderer det, blir dette et mer sårbart system som kan innebære fare for informasjonssvikt med mulige konsekvenser for forsvarlighet og pasientsikkerhet.

Det er positivt at avdelingslederne selv opplever Kvalitetslosen som et viktig og levende system som fanger opp endringer og nye ting, og at de bruker prosedyrene som ligger der jevnlig. Men de mener også at systemet kan utnyttes bedre. De gir uttrykk for at jo mer man bruker systemet, jo lettere blir det å finne fram og få oversikt. Da blir det desto viktigere at de ansatte får tilstrekkelig opplæring og trening i å bruke systemet.

Videre gir det grunn til bekymring at virksomhetsleder og avdelingslederne opplyser at ordningen med leselister for omsorgstjenestene ikke har fungert etter intensjonen etter de første forsøkene. Informasjonsgangen om nye og endrede prosedyrer blir da mer komplisert og sårbar. Leselister fremstår som et viktig tiltak for å sikre at de ansatte er oppdaterte på gjeldende prosedyrer. Det er derfor positivt at kommunen vil gjøre enda et forsøk på å få ordningen til å fungere.

Det er positivt at virksomheten har etablert flere arenaer for informasjonsutveksling, medvirkning og deling av kunnskap. Her vil vi trekke fram ordningen med nøkkelpersoner med ulike spesialfelt/ansvarsområder og den interne læringsarenaen *fagsnacks*. Også de ansattes avviksmeldinger medvirker til utnyt-

ting av samlet kunnskap. Ifølge prosedyre for avviksmelding skal den som melder avvik, også tenke etter og foreslå hva som er den bakenforliggende/egentlige årsaken til avviket, videre foreslå tiltak som kan settes inn mot årsaken, og tiltak som reduserer konsekvensene. Etter vår vurdering bør det kommuniseres tydelig til de ansatte at ved å følge denne delen av prosedyren, kan de gi et viktig bidrag til forbedring. De ansatte bør også oppmuntres til å benytte seg av muligheten som ligger i Kvalitetslosen til å melde inn forslag til forbedringer.

Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen fra 2019 viser at sykehjemmet i Råde har noe lavere skår enn sykehjem i resten av landet på spørsmål om det er lagt til rette for mulighet til å melde fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, og om nærmeste leder er lydhør for den ansattes synspunkter. Slik vi vurderer det, indikerer dette at sykehjemmet kan legge enda bedre til rette for at medarbeiderne medvirker til at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Vi vurderer det som positivt at løpende tilbakemeldinger og klager fra brukere/pasienter/pårørende er fast tema på avdelings-/personalmøter, statusmøter med avdelingslederne og ledelsens oppfølging. Både ros og ris blir formidlet til de ansatte. Vi ser av møtereferater at man på sykehjemmet ønsker økt pårørendefokus. Hvit avdeling har laget egne rutiner og skjema for innhenting av pasientenes erfaring fra oppholdet i avdelingen og forbedringsforslag. Det er også positivt at sykehjemmet gjennomfører bruker- og pårørendeundersøkelser med noen års mellomrom. En slik undersøkelse var planlagt i 2020, men ble utsatt på grunn av korona-situasjonen.

### **4.3 Delproblemstilling 3: Kommunens system for evaluering**

I delproblemstilling 3 undersøker vi om kommunen har etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten *evalueres* i samsvar med lov og forskrift.

#### **4.3.1 Revisjonskriterier**

Uttledning av revisjonskriteriene følger i vedlegg 3. Nedenfor følger revisjonskriteriene punktvis oppsummert:

- Plikten til å evaluere innebærer at kommunen skal
  - Kontrollere at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
  - Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
  - Gjennomgå avvik og uønskede hendelser
  - Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring

#### **4.3.2 Revisjonens undersøkelse**

Det framgår i internkontrolldokumentet § 8 at evaluering av virksomheten skjer på flere måter, eksempelvis:

- *Strukturert gjennomgang av virksomhetens styringsdokumenter LGG (Ledelsens gjennomgang, vår merknad), referatføres*
- *Månedlige statusamtaler mellom virksomhetsleder og avdelingsleder*
- *Rapportering, tertial og årsrapport*
- *Internrevisjon på utvalgte områder*
- *Ekstern revisjon på utvalgte områder*
- *Klageoversikt og avviksrapportering følges opp*



- *Signering av kunnskap om prosedyrer på utvalgte områder; Brann, Legemiddelhåndtering, nødstrøm mv.*

### *Kontrollere at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*

Ifølge revisjonskriteriene skal kommunen kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.

Det rapporteres til kommunestyret på de overordnede målene i handlingsprogrammet i forbindelse med regnskaps- og nærværsrapporteringen for 1. og 2. tertial hvert år i tillegg til rapporteringen i årsrapporten.

I en redegjørelse til kontrollutvalget i sak 19/15 opplyser rådmannen at avviksrapportering og gjennomførte forbedringer skal innarbeides som en fast del av tertialrapportene til kommunestyret. Vi har gått gjennom tertialrapporteringene i 2017, 2018, 2019 og 2020 og finner at det i 2017 ble rapportert om avvik to ganger i K-sak 028/17 og K-sak 056/17. Vi kan ikke se at det er blitt lagt fram noen avviksrapport de øvrige årene.

Ledelsens gjennomgang gjennomføres som møter i ledergruppen for virksomheten og følger en oppsatt sjekkliste. Vår gjennomgang av referatene fra disse gjennomgangene i 2019 og 2020 viser at virksomhetsplanens mål og tiltak for å nå målene var tema begge årene. I gjennomgangen i januar 2020 ble det poengtert at målene i virksomhetsplanen måtte realiseres, og at virksomhetsleder ville lage et eget skjema som det skulle rapporteres på.

Virksomhetsleder opplyser at ledergruppen i fellesskap gjennomgår status for målene med tilhørende tiltak i virksomhetsplanen. Vi har fått oversendt en versjon av planen for 2019-2020 der gjennomførte tiltak er markert med et *ok* eller tilføyd en merknad med rød skrift. Dette gjelder også gjennomførte tiltak knyttet til kvalitetsreformen «Leve hele livet». Virksomhetsleder opplyser at en del av tiltakene har måttet bli utsatt på grunn av korona-situasjonen.

Virksomhetsleder opplyser at målsettingen i helse- og omsorgsplanen om å innføre etisk refleksjon ikke er realisert, og at det heller ikke er et uttalt mål hos dem. I kommunalavdelingen helse, omsorg og rehabilitering vurderer man et systematisk opplegg rundt etisk refleksjon, men det er utsatt på grunn av korona-situasjonen. Hun opplyser at det er mye refleksjon i det daglige arbeidet blant de ansatte knyttet til opplevelser som den enkelte har og som de rapporterer om. Spesielle hendelser følges alltid opp i ettertid. Det foregår også løpende refleksjon rundt enkeltpasienter, særlig i terminalfasen, på mer uformelle møteplasser for de ansatte. Hun opplyser videre at det er innført en ordning med kollegaveiledning mellom avdelingslederne.

Avdelingslederne hevder at selv om de ikke har formalisert etisk refleksjon, så skjer det en kontinuerlig etisk refleksjon i det daglige arbeidet. De gir uttrykk for at dette er noe som sitter i ryggmargen deres, og de spør seg selv hele tiden om de har gjort det rette i ulike situasjoner.

Det framgår av referatene fra ledelsens gjennomgang 2019 at det ble planlagt å gjennomføre en intern revisjon av ernæring og vektmålinger i sykehjemmet. I de hjemmebaserte tjenestene skulle dokumentasjon av hverdagsrehabilitering kontrolleres. I 2020 skulle det gjennomføres en intern revisjon av dokumentasjon både i sykehjemmet og i de hjemmebaserte tjenestene og av ernæring i sykehjemmet

Virksomhetsleder opplyser at de interne revisjonene gjennomføres som uanmeldte kontroller på avdelingene, og at resultatene dokumenteres i et eget notat. Notatene blir behandlet på avdelingsmøtene.

Hun opplyser at den sist gjennomførte interne revisjonen gjaldt ernæring for sykehjemsbeboerne i 2019. De planlagte interne revisjonene i 2020 er ikke gjennomført.

Eksempler på ekstern evaluering er statlige tilsyn og forvaltningsrevisjoner. Begge typer ekstern evaluering er gjennomført i kommunen.

Fylkesmannen i Østfold gjennomførte et tilsyn med forebygging og behandling av underernæring ved Råde sykehjem i 2017. Tilsynet konkluderte med at kommunen ikke sikret at pasienter som var i ernæringsmessig risiko ble fulgt opp på en systematisk måte. Konklusjonen ble begrunnet slik:

- Ledelsen hadde ikke en systematisk tilnærming til hvordan pasienter i ernæringsmessig risiko ble fulgt opp.
- Kommunen hadde ikke sørget for opplæring og implementering av rutiner hos ansatte og ledere, hverken på tema ernæring eller internkontroll.
- Det var ikke foretatt noen risikovurdering for hvor det var fare for svikt på området.

Etter oppfølging av tilsynet ble det konkludert med at de tiltakene som ble iverksatt var tilstrekkelige, og at tilsynet derfor var avsluttet. Vi kommer tilbake til dette tilsynet under avsnitt 4.4.2.

Vi har gått gjennom sakslister til politisk behandling i kommunestyret, helse-, oppvekst- og velferdsutvalget og eldrerådet for perioden 2016-2020. Vi kan ikke se at resultater fra fylkesmannens tilsyn er kommunisert til politisk nivå.

Østfold kommunerevisjon IKS la høsten 2018 fram forvaltningsrevisjonsrapporten *Internkontroll – Avvikssystemet Råde kommune*. Revisjonen konkluderte med at kommunen i stor grad hadde etablert et tilfredsstillende avvikssystem gjennom at kommunen hadde etablert nødvendige rutiner og prosedyrer, men gjennom en spørreundersøkelse avdekket revisjonen et forbedringspotensial knyttet til å gjøre ansatte kjent med innholdet i avviksrutinene. Ved hjemmebaserte tjenester var det ikke gjennomført opplæring i å melde avvik i kvalitetssystemet. I rapporten ble kommunen blant annet anbefalt å:

- Sikre at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutiner
- Sikre tilstrekkelig opplæring i å melde avvik i Kvalitetslosen
- Arbeide aktivt for å få inn flere avviksmeldinger
- Etablere en helhetlig oversikt over klager fra kommunens innbyggere

#### *Vurdere virksomheten på bakgrunn av brukere og pårørendes erfaringer*

Vi har ovenfor under avsnitt 4.1.2 og 4.2.2 beskrevet at kommunen har rutine for at tilbakemelding/klage fra brukere/beboere og pårørende skal legges inn i avvikssystemet. Vi har også vist at kommunen har en egen rutine for pårørendesamtale. Som tidligere nevnt, inngår gjennomgang av tilbakemeldinger og klager fra brukere og pårørende som fast tema i avdelings-/personalmøter, i statusmøter mellom virksomhetsleder og avdelingslederne og i ledelsens gjennomgang. Virksomhetsleder og avdelingslederne understreker at klager og tilbakemeldinger fra beboere og de pårørende alltid blir fulgt raskt opp.

Korttidsavdelingen (Hvit avdeling) ved sykehjemmet har som beskrevet ovenfor, etablert et eget system for tilbakemeldinger fra pasientene i form av et eget skjema som fylles ut etter gjennomført opphold i avdelingen.

Som nevnt tidligere, hadde kommunen planlagt å gjennomføre en pårørende-/brukerundersøkelse høsten 2020, men at denne måtte skyves ut i tid på grunn av pandemien. Sist det ble gjennomført en slik undersøkelse var i 2016. Vi har gått gjennom sakslister til politisk behandling i kommunestyret, helse-, oppvekst- og velferdsutvalget og elderrådet for perioden 2016-2020. Vi kan ikke se at resultater fra gjennomførte brukerundersøkelser er kommunisert til politisk nivå.

### *Avvik og uønskede hendelser*

Avvik og uønskede hendelser er, som tidligere nevnt, fast tema på avdelings-/personalmøter, statusmøter med avdelingslederne og ledelsens gjennomgang. Ved ledelsens gjennomgang tar virksomhetsleder ut liste over alle registrerte avvik i den aktuelle tertialen og lager en systematisk oversikt over typer avvik, antall avvik innen hver type og tiltak for å hindre framtidige avvik. Referatene fra avdelings-/personalmøtene viser at mange avvik er knyttet til medisinhåndtering.

Vi har fått tilsendt en oversikt over antall meldte avvik i årene 2018-2020 og hvordan de fordeler seg på de ulike tjenestene i hver tertial.

**TABELL 4. OVERSIKT OVER MELDTE AVVIK 2018, 2019 OG 1. OG 2. TERTIAL I 2020**

	<b>Sykehjemmet</b>	<b>Hjemmebaserte tjenester</b>
<b>2018</b>	378	135
<b>2019</b>	230	151
<b>2020 1. og 2. tertial</b>	170	66

Tabellen viser at det blir meldt flere avvik i sykehjemmet enn i de hjemmebaserte tjenestene. Antall meldte avvik i sykehjemmet har gått ned i perioden. Møtereferatene fra avdelingsmøtene viser at det er forskjeller mellom avdelingene i antall meldte avvik. Det framgår at avdelingslederne stadig oppfordrer de ansatte til å melde avvik.

Både virksomhetsleder og avdelingslederne gir uttrykk for at de synes de ansatte er flinke til å melde avvik, men at man sikkert kan bli enda flinkere.

Avdelingslederne opplyser at de har hatt mye fokus på å melde avvik, og at man i stor grad har lyktes med å ufarliggjøre det å melde avvik. Tidligere kunne de ansatte føle på at de kritiserte og anklagde sine kollegaer når de meldte avvik. Nå blir alle avvik gått gjennom i avdelings-/personalmøtene uten å knytte dem til en bestemt person. Da opplever ingen at de blir hengt ut.

### *Systematisk gjennomgang og vurdering*

Virksomhetsleder opplyser at internkontrolldokumentet Helsehuset Råde revideres årlig i ledelsens gjennomgang. Av versjonshistorikken i Kvalitetslosen kan vi se at internkontrolldokumentet ble opprettet i desember 2017. Det har vært revidert flere ganger i 2017 og 2018, men ikke i 2019. I referatene fra ledelsens gjennomgang i 2019 er internkontrolldokumentet ikke nevnt, men i referatet fra 16.09.2020 framgår det at internkontrolldokumentet ble gjennomgått og revidert, og den siste versjonen er fra 27.09.2020

Vår gjennomgang viser at det er lagt til rette for at det kan foregå løpende oppfølging på flere arenaer som i statusamtaler med avdelingsledere, avdelings-/personalmøter og tavlemøter. Virksomhetsleder opplyser at det også er mye uformell kontakt mellom ledere og ansatte med hyppige besøk i avdelingene.

### 4.3.3 Revisjonens vurdering

Vår gjennomgang viser at kommunen legger til rette for kontroll og evaluering ved at det rapporteres til kommunestyret på de overordnede målene i handlingsprogrammet i forbindelse med regnskaps- og nærværsrapporteringen for 1. og 2. tertial hvert år og dessuten i årsrapporten. Vi finner imidlertid at avvik i svært liten grad blir omtalt eller rapportert om i dokumenter som blir lagt fram for det politiske nivå i kommunen. Etter det vi kan se, gjelder dette også resultater etter det statlige tilsynet i 2017 og fra bruker-/pårørendeundersøkelsen i 2016. Etter vår vurdering er dette informasjon som må antas å være av interesse for de folkevalgte som jo både har det overordnede ansvaret og en tilsynsrolle med kommunens virksomhet.

Vi finner videre at virksomhetsplanens mål, tiltak og status for måloppnåelse er tema i ledelsens gjennomgang. Imidlertid finner vi at målsettingen i helse- og omsorgsplanen om at etisk refleksjon som verktøy skal tas i bruk på en systematisk måte, ikke er blitt realisert. Vi vurderer det som positivt at virksomhetsleder og avdelingslederne opplyser at det skjer en kontinuerlig etisk refleksjon i det daglige arbeidet rundt enkeltpasienter og enkeltsituasjoner.

Det er positivt at det gjennomføres evaluering av virksomheten gjennom interne revisjoner på ulike områder, men vi vurderer det som uheldig at de planlagte interne revisjonene i 2020 ikke er blitt gjennomført. På den andre siden er det forståelig at andre forhold har hatt forrang dette året.

Vi mener at eksterne evalueringer i form av statlig tilsyn og gjennomføring av forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontrollutvalget har en viktig funksjon for å kartlegge og vurdere status og få i gang forbedringsprosesser. I 2017 gjennomførte Fylkesmannen i Østfold et tilsyn med forebygging og behandling av underernæring ved sykehjemmet. Tilsynet konkluderte med at kommunen ikke sikret at pasienter som var i ernæringsmessig risiko ble fulgt opp på en systematisk måte. Virksomheten endret sine prosedyrer som et resultat av tilsynet. Virksomheten opplyser at de har fokus på ernæring også blant hjemmeboende tjenestemottakere, men at de ikke har prosedyre for systematisk oppfølging av ernæringsmessig status. Det er positivt at virksomheten arbeider med å få på plass prosedyrer på dette området.

Høsten 2018 ble forvaltningsrevisjonsrapporten *Internkontroll – Avvikssystemet Råde kommune* lagt fram for kontrollutvalget. Revisjonen konkluderte med at kommunen i stor grad hadde etablert et tilfredsstillende avvikssystem gjennom at kommunen hadde etablert nødvendige rutiner og prosedyrer, men gjennom en spørreundersøkelse avdekket revisjonen et forbedringspotensial knyttet til å gjøre ansatte kjent med innholdet i avviksrutinene. Det er positivt å registrere at kommunen i ettertid har lagt og fortsatt legger stor vekt på at det skal meldes avvik, og at både virksomhetsleder og avdelingsledere gir uttrykk for at de synes de ansatte er flinke til å melde avvik. Det er positivt at registrerte avvik er fast tema på avdelings-/personalmøter, statusmøter med avdelingslederne og i ledelsens gjennomgang. Vi registrerer at antall avvik varierer mellom avdelingene, og at det meldes færre avvik i hjemmebaserte tjenester. For å opprettholde og videreutvikle en positiv avvikskultur mener vi det er viktig at virksomheten fortsetter å ha fokus på at det skal meldes avvik og oppfordre de ansatte til å melde avvik.

Virksomheten gjennomgår internkontrolldokumentet i forbindelse med ledelsens gjennomgang. Den siste gjennomgangen fant sted i september 2020. Etter vår vurdering oppfyller virksomheten på denne måten kravet om en årlig gjennomgang av styringssystemet.

## 4.4 Delproblemstilling 4: Kommunens system for korrigering

### 4.4.1 Revisjonskriterier

Utleddning av revisjonskriteriene følger i vedlegg 3. Nedenfor følger revisjonskriteriene punktvis oppsummert:

- Plikten til å korrigere innebærer at kommunen skal 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.

### 4.4.2 Revisjonens undersøkelse

Ifølge § 9 i virksomhetens internkontrolldokument oppfyller den plikten til å korrigere aktiviteter på følgende måter:

*Virksomheten retter opp uforsvarlige og lovstridige forhold, og forbedre nødvendige prosedyrer som følge av fremkommende tilbakemeldinger.*

- *Enkelt hendelser løses av nærmeste leder eller løftes til virksomhetsleder*
- *Tiltak iverksettes som opplæring, gjennomgang av rutiner, endre rutiner, nye rutiner mv*
- *Følges opp ved planlagte gjennomganger – ledelses gjennomgang*
- *Meldte avvik avklares og lukkes eller videresendes for behandling i aktuell fora*
- *Vurderer behov for ROS/DPIA analyser*
- *Nye forskrifter, lovendringer, politiske vedtak mv*

Innmeldte avvik i avvikssystemet i Kvalitetslosen spiller en sentral rolle som grunnlag for å starte forbedring eller korrigerende tiltak. Som tidligere nevnt, sier prosedyrene at den enkelte ansatte som melder avvik, skal tenke etter og foreslå tiltak som kan settes inn mot årsaken til det meldte avviket, og tiltak som kan redusere konsekvensene av det meldte avviket. Meldingen sendes automatisk til nærmeste leder, det vil si avdelingsleder eller virksomhetsleder. Den aktuelle lederen skal gjennomgå hendelsesforløpet og vurdere korrigerende tiltak basert på den bakenforliggende årsaken, deretter velge og gjennomføre det beste tiltaket innenfor sitt myndighetsområde. Lederen skal også vurdere om det skal rapporteres videre i linjen og eventuelt viderefremmes til kvalitetsutvalget eller virksomhetenes arbeidsmiljøutvalg eller eventuelle andre relevante instanser. Ifølge prosedyren skal ledere gjennomgå meldte avvik for å sikre læring av meldte avvik, finne likhetstrekk, statistiske trender og virkningen av iverksatte tiltak.

Som vi har redegjort for tidligere, blir avvik og tilbakemeldinger fra pårørende gjennomgått som fast post på avdelings-/personalmøter, ledermøter, statusmøter og ledelsens gjennomgang for å sikre læring, forbedring og korrigerende tiltak. Virksomhetsleder opplyser at hun hver tertial tar ut lister over alle avvik som er meldt i perioden, og lager oversikt over på hvilke områder det er meldt avvik. Avvikene blir gjennomgått på møtene for ledelsens gjennomgang hvor man diskuterer hvilke endringer og tiltak som kan settes i verk for å unngå framtidige avvik.

Virksomhetsleder og avdelingslederne understreker at klager og tilbakemeldinger fra beboere og de pårørende alltid blir fulgt raskt opp. De blir alltid tatt opp i statusmøter, ledelsens gjennomgang og på avdelings-/personalmøter, og det blir lagt stor vekt på dem.

Det framgår av referatene fra avdelings-/personalmøtene at ved klager/negative tilbakemeldinger fra pårørende diskuteres ulike løsninger, og de ansatte blir oppfordret til å gjøre endringer på de aktuelle områdene. Dette gjelder gjerne klager om det som kan framstå som mindre viktige forhold som for eksempel påkledning o.l.

Om stadig gjentakende avvik kan knyttes opp til en bestemt ansatt, tar avdelingslederen dette opp direkte med den dette gjelder.

Resultatene fra pårørende-/brukerundersøkelsen ved sykehjemmet i 2016 ble gjennomgått i ledergruppen. Aktiviteter for beboerne fikk relativt dårlig skår, og etter det har det vært stort fokus på aktiviteter. Virksomhetsleder opplyser at det er alltid er en avveining av hva beboerne orker å være med på, og hva de pårørende ønsker. Hun opplyser at det er etablert en aktivitetsgruppe som planlegger aktiviteter gjennom året for beboerne på sykehjemmet og i omsorgsboligene. Man har også planlagt et tiltak som går under betegnelsen *aktivitetsdosetten* som er en aktivitetsplan for den enkelte beboer. I tillegg er det etablert et dagtilbud med felles aktiviteter for beboerne på demensavdelingene på sykehjemmet. Man arbeider med å få på plass en kulturformidler som skal bidra til å sette aktiviteter i system, og dette har man fått tilskudd til. Det er satt opp en tavle med informasjon om aktiviteter slik at de pårørende kan holde seg orientert. Men på grunn av koronasituasjonen har det vært liten aktivitet i 2020, og mye er satt på vent.

I den tidligere nevnte forvaltningsrevisjonsrapporten *Internkontroll – Avvikssystemet* som ble utført av Østfold kommunerevisjons IKS i 2018 framgår følgende om virksomhet sykehjem på s. 30:

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

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

I rådmannens redegjørelse til kontrollutvalget i sak 19/15 om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten framgår det at avviksrutiner inngår i opplæringen av nyansatte og er tema på personalmøter. Avvikshåndtering drøftes også i rådmannens møter med virksomhetslederne. Systemansvarlig for kvalitetssystemet har også gjennomført opplæring i alle virksomheter. Rådmannen opplyser dessuten at det arbeides med en oppgradering av kvalitetssystemet der avviksmelding og avvikshåndtering gjøres enklere med avvikskategorier tilpasset den enkelte virksomheten. Videre framgår det at innenfor helse og omsorg er det særlig fokus på avvik som er en del av pasientsikkerhetsprogrammet (fall, legemiddelhåndtering, forebygging av urinveisinfeksjoner og forebygging av selvmord). For å holde fokus på disse viktige forbedringsprosessene vil rådmannen innarbeide avviksrapportering og gjennomførte forbedringer som en fast del av tertialrapportene. Som tidligere opplyst i avsnitt 4.3.2, viser vår gjennomgang at slik rapportering har skjedd to ganger – i K-sak 028/17 og K-sak 056/17. Det framgår videre av rådmannens redegjørelse at det er et mål at kommunen har en samlet oversikt over klager fra kommunens innbyggere i løpet av 2019.

På kontrollutvalgets møte 24.02.2020 i sak PS 20/9 informerte administrasjonen på nytt om kommunens internkontrollsystemer og status på oppfølgingen av anbefalingene i forvaltningsrevisjonsrapporten fra

2018. Her ble det informert om at arbeidet med å etablere en helhetlig oversikt over klager fra kommunens innbyggere ikke var ferdigstilt enda, men at et enhetlig system for klagehåndtering ville få et særskilt fokus ved rullering av overordnet dokument for internkontrollen høsten 2020.

Vi har gått inn i historikken i Kvalitetslosen og finner at dokumentet ble revidert 09.09.2020 uten at det ble gjort noen endringer. Ifølge versjonshistorikken ble gjeldende styrende dokument for internkontroll i Råde kommune sist endret 13.03.2017.

Et eksempel på korrigerende tiltak finner vi etter tilsynet fra Fylkesmannen i Østfold med forebygging og behandling av underernæring ved Råde sykehjem i 2017. I tilsynet ble det påpekt at dagjeldende rutine for ernæring og væske ikke var utformet i tråd med anbefalingene som fulgte av de nasjonale faglige retningslinjene, og det var heller ikke vist til disse i rutinen. Någjeldende prosedyre for ernæring og væske er blitt endret flere ganger etter tilsynet, første gang 25.08.2017 og siste gang 13.11.2020. Prosedyren har lenke til eksempel på tiltaksplan ernæring, ernærings skjema MNA (Mini Nutritional Assessment), skjema for kostregistrering, oversikt over kcal- og proteininnhold i ulike matvarer og drikke og *Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring*.

Vi har også sett at det opplyses i virksomhetsplanen at det er et kontinuerlig fokus på kvalitetsarbeid som økt pasientsikkerhet, legemiddelhåndtering, ernæring, dokumentasjon, brannforebygging mm. Videre angir virksomhetsplanen mange tiltak innen ernæring med plassering av ansvar. Et av disse er å lage prosedyrer for hjemmebaserte tjenester og sette ernæringskartlegging i system. Som tidligere nevnt, har sykehjemslegen laget et opplegg for opplæring på ernæringsområdet, men på grunn av korona-restriksjoner er opplæringen ennå ikke gjennomført for de hjemmebaserte tjenestene.

Kvalitetssystemet har en funksjon kalt *metadata* som inneholder mye informasjon om det enkelte dokumentet, blant annet hvem som er forfatter, når det ble opprettet, dato for endring og dato for neste revisjon med angivelse av hvem som skal gjøre dette. Man kan også hente fram alle tidligere versjoner av dokumentet. Vår gjennomgang viser at flere av rutinene ikke er blitt revidert i henhold til oppsatt plan. Virksomhetsleder mener at dette har sammenheng med den pågående korona-situasjonen.

#### **4.4.3 Revisjonens vurdering**

Som vist til i de foregående vurderingene er det positivt at virksomheten legger stor vekt på å gjennomgå og følge opp avvik og tilbakemeldinger fra brukere og pårørende. Dette inngår som fast post på avdelings-/personalmøter, ledermøter, statusmøter og ledelsens gjennomgang. På denne måten blir alle i virksomheten involvert, noe vi mener er viktig for å sikre læring og forbedring, og for å finne hensiktsmessige korrigerende tiltak.

Vi finner også at virksomheten har satt i verk korrigerende tiltak etter statlig tilsyn og forvaltningsrevisjon. Det er positivt at det er iverksatt tiltak på de områdene som fikk dårlig skår i bruker-/pårørendeundersøkelsen i 2016. Vi tolker dette som et uttrykk for at virksomheten har en positiv vilje og evne til å gjennomføre korrigerende tiltak.

Vår gjennomgang av Kvalitetslosen viser at ikke alle dokumenter og prosedyrer blir gjennomgått og revidert etter oppsatt plan. Her har virksomheten et forbedringspotensial.

#### **4.5 Revisjonens konklusjon og anbefalinger**

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt følgende hovedproblemstilling:

- Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer tilfredsstillende kvalitet og ledelse i tjenesteutøvelsen.

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal kommunen sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av pleie- og omsorgstjenestens aktiviteter. Styringssystemet skal styre hvordan virksomhetens aktiviteter **planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres**. Vi har valgt å besvare hovedproblemstillingen gjennom å belyse disse fire aktivitetene i hver deres delproblemstilling. Vurderingene i avsnitt 4.1.3, 4.2.3, 4.3.3 og 4.4.3 ligger til grunn for våre konklusjoner.

Vi konkluderer med at kommunen i stor grad oppfylder lovverkets krav om å ha et system for **planlegging** av omsorgstjenesten, men at kommunen i større grad bør planlegge og gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av flere av virksomhetens områder. Det er vår vurdering at de tre gjennomførte analysene ikke er nok til at kommunen kan sies fullt ut å ha tilstrekkelig og systematisk oversikt over områder hvor det er risiko for svikt.

Videre konkluderer vi med at kravet om at styringssystemet skal sikre **gjennomføring** i betydelig grad er oppfylt. Kommunens kvalitetssystem inneholder en mengde prosedyrer og instruksjoner på mange ulike områder som kan avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Vi finner at det i noe mindre grad foreligger prosedyrer på de områdene som er særskilte for hjemmebaserte tjenestene i Kvalitetslosen (eksempelvis på ernæring blant hjemmeboende og trygghetsalarm), og at det heller ikke foreligger stillingsbeskrivelser i de hjemmebaserte tjenestene. Vi har også funnet at tjenesten har et forbedringspotensial knyttet til de ansattes bruk av Kvalitetslosen, gjennomføring av ordningen med leselister og forbedringsforslag fra de ansatte.

Vi konkluderer med at kravet om at kommunen skal ha et styringssystem som sikrer at tjenesten **evalueres** i samsvar med lov og forskrift, også i all hovedsak er oppfylt. Men vi vurderer det som uheldig at de planlagte interne revisjonene i 2020 ikke er blitt gjennomført. På den andre siden er det forståelig at andre forhold har hatt forrang dette året. Antall registrerte avvik varierer mellom avdelingene, og det meldes færre avvik i hjemmebaserte tjenester. For å opprettholde og videreutvikle en positiv avvikskultur mener vi det er viktig at virksomheten fortsetter å ha fokus på at det skal meldes avvik og oppfordre de ansatte til å melde avvik. Rådmannen har tidligere i en periode rapportert om avvik til kommunestyret, og vi mener at dette med fordel kan gjenopptas i en eller annen form.

Vi konkluderer også med at kravet om at styringssystemet skal sikre at tjenesten **korrigeres** i samsvar med lov og forskrift, i stor grad er oppfylt, men det er uheldig at ikke alle dokumenter og prosedyrer i Kvalitetslosen blir gjennomgått og revidert etter oppsatt plan.

På denne bakgrunnen anbefaler vi at:

- kommunen i større grad synliggjør planlegging og gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser på flere områder i omsorgstjenesten
- planen om å utarbeide stillingsbeskrivelser i de hjemmebaserte tjenestene gjennomføres
- arbeidet med å etablere prosedyrer for ernæringskartlegging og -oppfølging blant hjemmeboende tjenestemottakere fullføres
- det utarbeides og legges inn i Kvalitetslosen prosedyrer for hjemmesykepleie og praktisk bistand på de områdene som er særskilte for disse tjenestene, og som ikke dekkes av de øvrige prosedyrene ved Helsehuset Råde
- alle prosedyrer som er i bruk dokumenteres i Kvalitetslosen



- det legges til rette for at de ansatte i større grad selv blir i stand til å finne de prosedyrene de trenger Kvalitetslosen, og de ansatte gjøres kjent med endringer i prosedyrer gjennom eksempelvis leselister
- medarbeiderne oppfordres til å komme med forslag til forbedringer både når de melder avvik og ellers
- planlagte interne revisjoner gjennomføres
- rådmannen vurderer å gjenoppta rapportering av avvik til kommunestyret
- prosedyrene i Kvalitetslosen gjennomgås og revideres etter oppsatt plan

## 5 Rådmannens uttalelse

Råde kommune gjennomførte en omorganisering av virksomheten med virkning fra 01. April 2018. I etterkant av denne omorganiseringen har vi gjort en evaluering av hjemmebaserte tjenester som igjen har ført til noen endringer som vil tre i kraft fra 01.03.21. Disse endringene gjelder blant annet ledelsesstruktur og teamstruktur.

Et av målene for omorganiseringen med etterfølgende justeringer er blant annet å etablere og implementere systematiske og helhetlige internkontrollrutiner for å fremme forbedringsarbeidet i kommunen.

Når det gjelder forvaltningsrevisjons påpekte anbefalinger vil det gjennomgås oppgavebeskrivelser for ansatte i hjemmebaserte tjenester som blant annet vil beskrive hva som kan forventes av sykepleier og primærkontakt. Kommune har et virksomhetsovergrepene arbeid som omhandler å beskrive oppgavene som skal løses og hvilke funksjoner vi har behov for å løse dem. Det er derfor planlagt at stillingsbeskrivelser vil erstattes av funksjonsbeskrivelser som beskriver oppgavene som skal løses.

Når det gjelder kvalitet- og internkontrollarbeidet i kommunen er dette et prioritert område. Det er ansatt en ny person i stab Kompetanse og utvikling som skal ha som arbeidsoppgaver å arbeide med kvalitet, internkontroll og beredskap. Denne personen vil starte 01.03.21. En av oppgavene her vil være å videreutvikle og implementere Kvalitetslosen ut til virksomhetene. Det vil også være fokus på å sikre at alle virksomheter har lagret gjeldende prosedyrer i Kvalitetslosen, at disse evalueres etter oppsatt plan og at de prosedyrene som kan være overordnet er det. Når det gjelder melding av avvik og oppfølgingen av disse vil dette også være en del av det prioriterte arbeidet.

Risiko og sårbarhetsanalyser er et område der kommunen arbeidet med å etablere felles strukturer og maler for å løfte og kvalitetssikre dette arbeidet. Denne oppgaven vil også ligge til ansvarlig i stab Kvalitet og utvikling i tillegg til kommunens ledelse.

Tildelingskontoret, sammen med Hjemmebaserte tjenester har fått i oppgave å gjennomgå prosedyre for ernæringskartlegging og oppfølging. Dette arbeidet er påbegynt, men ikke ferdigstilt.

2020 har vært et svært spesielt år på grunn av koronapandemien. Dette har påvirket arbeidet til hele organisasjonen, og særlig innenfor helse- og omsorgsfeltet. Det har vært behov for nye rutiner og arbeidsmåter for å møte smittevernskrav og nye medisinske utfordringer, dette har måtte bli prioritert framfor andre oppgaver. Det betyr igjen at kommunen har blitt forsinket i det ordinære kvalitet- og internkontrollarbeidet. Anbefalingene som kommer frem i rapporten er kjent for kommunen og anbefalingene som foreslås har opprinnelig vært planlagt gjennomført i 2020, men arbeidet har blitt forsinket på grunn av korona.

Rådmannen vurderer at virksomheten har jobbet tilfredsstillende med internkontroll i et krevende år med pandemi. Det vurderes videre at anbefalingens som kommer frem i rapporten skal prioriteres.

## 6 Kildehenvisninger

### Litteratur

- Andersen, Kari Merete med flere. *Veileder i forvaltningsrevisjon, Norges Kommunerevisorforbund (NKRF)*. 1.utgave, 2006. Orkanger.
- Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet 2019.
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Helsedirektoratet. Oslo, 2017, faglig oppdatert 2018.

### Dokumenter fra Råde kommune

- Helse- og omsorgsplan 2016-2020
- Virksomhetsplan Helsehuset Råde 2019-2020
- Internkontroll i Råde kommune. Styrende dokument 2017-2020
- Kontrollutvalgssak PS 20/9 Referater og meldinger
- Kontrollutvalgssak PS19/15 Oppfølging av forvaltningsrevisjonsprosjekt «Internkontroll – avvikssystemet»
- Kommunestyresak K-sak 028/17 Regnskaps- og nærværsrapport 1. tertial 2017
- Kommunestyresak K-sak 056/17 Regnskaps- og nærværsrapport 2. tertial 2017
- Kommunestyresak K-sak 049/20 Årsregnskap 2019 – Råde kommune
- Kommunestyresak K-sak 024/19 Årsregnskap 2018 – Råde kommune
- Kommunestyresak K-sak 017/18 Årsregnskap 2017 – Råde kommune
- Kommunestyresak K-sak 018/18 Regnskaps- og nærværsrapport 1. tertial 2018
- Kommunestyresak K-sak 039/18 Regnskaps- og nærværsrapport 2. tertial 2018
- Kommunestyresak K-sak 025/19 Regnskaps- og nærværsrapport 1. tertial 2019
- Kommunestyresak K-sak 061/19 Regnskaps- og nærværsrapport 2. tertial 2019
- Kommunestyresak K-sak 034/20 Regnskaps- og nærværsrapport 1. tertial 2020
- Kommunestyresak K-sak 070/20 Regnskaps- og nærværsrapport 2. tertial 2020
- Kommunestyresak K-sak 071/19 Økonomiplan og handlingsprogram 2020-23. Budsjett 2020 – Råde kommune
- Kompetanse- og opplæringsplan. Råde sykehjem 2018-22
- Bruker-/pårørendeundersøkelsen 2016. Råde sykehjem
- Dokumenter i Kvalitetslosen
  - Internkontroll – Helsehuset Råde
  - Velkommen som nyansatt i Råde kommune – brosjyre
  - Velkommen til Råde kommune – introduksjon for nyansatte og praktisk informasjon for ansatte i Råde kommune – brosjyre
  - Andre dokument og prosedyrebeskrivelser
- Dokumenter mottatt fra virksomhetsleder
  - Oversikt over møtестruktur ved Helsehuset Råde 16.09.2020
  - Møtereferater
  - Stillingsbeskrivelser
  - Oversikt over internundervisning/fagsnacks
  - Dokumentasjon av opplæringsaktiviteter
  - Risiko- og sårbarhetsanalyse trusler og vold
  - Risiko- og sårbarhetsanalyse trygghetsalarmer

## Rapporter

- Rapport fra tilsyn med forebygging og behandling av underernæring ved Råde sykehjem 2017. Fylkesmannen i Østfold. Tilgjengelig på: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/ostfold/2017/rade-sykehjem-forebygging-og-behandling-av-underernaring-2017/>. Lastet ned 13.10.2020.
- Østfold kommunerevisjon IKS (2018): Internkontroll – Avvikssystemet. Råde kommune. Forvaltningsrevisjonsrapport
- Årsrapport 2019. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Helsedirektoratet 2020.

## Lover

- LOV 1992-09-25 nr.107: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

## Forskrift

- FOR 2004-06-15 nr. 904: Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.
- FOR-2016-10-28-1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

## Internett

- <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/eksport-av-data-fra-de-nasjonale-kvalitetsindikatorene-nki>

## 7 Vedlegg 1 Kort om kommunens omsorgstjenester

Omsorgstjenestene som kommunen tilbyr sine innbyggere, er beskrevet på kommunens nettsted under lenkene *Helse, omsorg og levekår* → *Helse- og omsorgstjenester*. Her kommer tjenestene *Hjemmetjenester, Praktisk bistand* og *Sykehjem* opp som nye valg.

Under knappen Hjemmetjenester ligger blant andre tjenestene *Hjemmesykepleie, Praktisk bistand* og *Trygghetsalarm*.

### 7.1 Hjemmesykepleie

Kommunens plikt til å tilby helsetjenester i hjemmet følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 a).

Hjemmesykepleie ytes til personer som på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan oppsøke helsehjelp, og som er avhengig av at hjelpen gis i eget hjem for å få dekket grunnleggende pleie- og omsorgsbehov. Som eksempler nevnes

- Opplæring/vedlikehold av ferdigheter
- Personlig hygiene og dusj
- Hjelp til å stå opp/legge seg
- Tilrettelegging av måltider
- Administrering av medisiner og sårbehandling
- Omsorg ved livets slutt

Det framgår at følgende tjenester faller utenfor området for hjemmesykepleie:

- Pasienter som trenger akutt medisinsk/kirurgisk og psykiatrisk behandling, skal henvises til spesialisthelsetjenesten.
- Tjenester som for eksempel blodprøver, injeksjoner og stell av sår ytes ikke i hjemmet dersom pasienten kan komme seg til egen fastlege (legekontor) ved egen hjelp, eller ved hjelp av pårørende/andre bekjente.
- Følge til lege, tannlege eller andre undersøkelser/behandlinger med medisinsk indikasjon, unntaksvis der følge av pårørende eller frivillige er utelukket.
- Hårstell og fotpleie
- Følge til frisør, fotpleier uten medisinsk indikasjon og lignende.

### 7.2 Praktisk bistand

Kommunens plikt til å tilby praktisk bistand følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 b).

Praktisk bistand er hjemmehjelpstjenester som ytes til personer som på grunn av alder, sykdom, nedsatt funksjonsevne eller annet trenger hjelp til nødvendige daglige gjøremål. Eksempler på slike tjenester er hjelp til renhold av boligen, skift av sengetøy og klesvask.

Formålet med hjemmehjelpstjenester er å bidra til at personen blir i stand til å bo i egen bolig lengst mulig til tross for nedsatt funksjonsevne.

### 7.3 Trygghetsalarm

Trygghetsalarm er en alarm som brukeren bærer på seg i hjemmet, og som kan brukes til å komme i kontakt med helsepersonell. Alarmen skal medvirke til å skape trygghet og sikkerhet i egen bolig for å gjøre brukeren i stand til å bo lengst mulig i eget hjem.

Tilbudet gis til eldre, funksjonshemmede og andre som har en alvorlig sykdom og/eller funksjonssvikt der det lett kan oppstå situasjoner med behov for hjelp, men uten mulighet til å bruke vanlig telefon.

Trygghetsalarm er ikke en lovpålagt tjeneste, og det er kommunen som vurderer om trygghetsalarm vil være en hensiktsmessig del av de tjenestene som kommunen vil tilby. Råde kommune tilbyr trygghetsalarm, og denne tjenesten blir da å betrakte som en tjeneste som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenesten må da oppfylle de krav til forsvarlighet og kvalitet som loven stiller. Kommunen har om lag 130 digitale trygghetsalarmer i drift.

I kommunens helse- og omsorgsplan 2016-2020 framgår det at kommunen deltar i et prosjekt for samdrift av velferdsplattform mellom Fredrikstad kommune og kommunene Moss, Rygge, Våler og Råde. Prosjektet innebærer at de samarbeidende kommunene knyttes opp til et responsenter for velferdsteknologi i Fredrikstad kommune - Helsevakten. De digitale trygghetsalarmene er koblet opp til responsenteret i Fredrikstad hvor det er etablert et vaktlag med sykepleierkompetanse som skal vurdere alvorlighetsgraden. Responsenteret mottar og følger opp trygghetsalarmer og eventuelle medisinske målinger og signaler fra andre velferdsteknologiske løsninger fra de deltakende kommunene. Signalene som kommer inn til responsenteret, rutes ut til det lokale mottaket som i Råde er de hjemmebaserte tjenestene. Ved behov rykkes det ut på oppkalling fra trygghetsalarmer. Dersom henvendelsen utløser en kommunal tjeneste innen helse og velferd, skal den dokumenteres i en pasientjournal.

### 7.4 Sykehjem

Kommunens plikt til å tilby sykehjemsplasser følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 c) og § 3-2 a).

Under knappen *Sykehjem* ligger informasjon om kommunens sykehjemstilbud. Her framgår det at kommunen har 58 sykehjemsplasser ved Helsehuset Råde. Plassene fordeler seg på en korttidsavdeling, ordinære langtidsplasser og skjermede plasser. De ulike plassene bruker fargekoder (hvit, gul, grønn, lilla, rød, oransje og brun) som benevnelse.

Hvit avdeling består av korttidsplasser som innvilges personer som har behov for kortvarig opphold i institusjon. Plass i hvit avdeling gis etter en individuell vurdering av søkerens behov og kan gis til opptrening, rehabilitering, medisinsk behandling og oppfølging, avlastning for pårørende og lindrende behandling ved livets slutt.

Gul, grønn og lilla avdeling består av ordinære langtidsplasser. Langtidsopphold tildeles personer med behov for fast plass i institusjon. Dette er personer med utstrakt behov for hjelp til pleie og omsorg gjennom hele døgnet.

Rød og oransje er grupper med skjermede plasser. Plassene tildeles personer som på grunn av demens har behov for omsorg og tilsyn gjennom hele døgnet.

Brun avdeling er en forsterket skjermet enhet. Plass i denne avdelingen tildeles personer med demens som har behov for tilsyn og støtte døgnet rundt, og som i tillegg har utfordringer knyttet til atferd og sosial fungering.

### 7.5 Organisering

Ifølge kommunens organisasjonskart inngår omsorgstjenestene som er beskrevet ovenfor i Helsehuset Råde, som igjen er underlagt kommunalsjef for helse, omsorg og rehabilitering.



**FIGUR 2. ORGANISASJONSKART FOR HELSE, OMSORG OG REHABILITERING**

Helsehuset Råde fikk ny organisering fra 01.04.2018 og utgjør en egen virksomhet i kommunens organisasjon som ledes av en virksomhetsleder som assisteres av en faglig rådgiver som jobber i stab. Sykehjemmet har tre avdelingsledere – én for demensavdelingene (rød, oransje og brun), én for somatisk langtidsavdeling (gul, grønn og lilla) og én for somatisk korttidsavdeling (hvit avdeling). Hjemmesykepleien er organisert i to soner og ledes av to avdelingsledere. Den ene avdelingslederen har det faglige ansvaret mens den andre har det personalmessige ansvaret. For tiden har de to sonene felles avdelingsleder.

Kommunen har 1,9 stillinger for hjemmehjelpere som yter praktisk bistand. Kommunen opplyser at grunnen til at det er så få hjemmehjelpere, er at mange brukere får tjenester fra private tilbydere.

Ifølge bemanningsoversikten i årsberetningen for 2019 var det per 31.12.2019 budsjettert med 124,6 årsverk under Helsehuset Råde. Tallet på fast ansatte er om lag 200.

## 8 Vedlegg 2 Råde kommunes internkontrollsystem

Kommunen har vedtatt et styrende dokument om internkontroll i Råde kommune som trådte i kraft fra 01.01.2017 og som ble sist revidert 09.09.2019. Ifølge dokumentet er formålet å bidra til at administrasjonen drives med betryggende kontroll slik kommuneloven, særlover og forskrifter krever. Ledelsen av kommunens internkontrollarbeid er organisert i et eget internkontrollteam som er organisert slik:

- Rådmannen
- 10 virksomhetsledere
- 7 avdelingsledere ved rådmannskontoret
- 3 rådgivere ved rådmannskontoret
- Kommuneoverlegen
- Organisasjonssjef

Kommunens internkontroll bygger på COSO-modellen<sup>18</sup> med følgende elementer:

- Kontrollmiljø
- Risikovurdering
- Kontrolltiltak
- Ledelsesoppfølging
- Kommunikasjon og informasjon

Det framgår av dokumentet at Kvalitetslosen<sup>19</sup> skal benyttes som verktøy i internkontrollarbeidet. Ifølge dokumentet er dokumentsamlingen bygget opp med særlig fokus på oversikt og tilgjengelighet for kommunens ansatte på forskjellige nivåer. Kvalitetsdokumentene er inndelt i følgende hovedmapper:

- Lover, forskrifter, veiledere, vedtekter og avtaler
- Tjenesteproduksjon
- HR, personal, lønn
- Organisasjon, HMS, beredskap
- Økonomi og regnskap
- Politikk

I hver hovedmappe, bortsett fra mappe med lover og forskrifter mm. er det en underordnet mappestruktur med følgende temaer:

- Reglement
- Planer og styrende dokumenter
- Tjeneste-/organisasjon-/eller stillingsbeskrivelse
- Prosedyrer med vedlegg

Det framgår at innenfor hver av disse temaene er det forskjellige strukturer avhengig av hva som er hensiktsmessig for området. For å gjøre dokumentsamlingen så relevant som mulig for ansatte, blir do-

---

<sup>18</sup> COSO-rapporten (1992/1996): Intern kontroll - et integrert rammeverk for intern kontroll. Kan anses som referanse for beste praksis for internkontroll i alle typer organisasjoner.

<sup>19</sup> Kvalitetslosen skiftet navn til Compilo i 2015, men i Råde kommune omtales internkontrollsystemet fortsatt for *Kvalitetslosen* eller noen ganger bare *losen*.



kumentsamlingen filtrert med tilgangsstyring slik at tilgjengelige dokumenter tilpasses den enkelte ansatte etter hvor i organisasjonen han/hun arbeider. På denne måten får hver avdeling og hver virksomhet sin unike dokumentsamling. Ansatte som redigerer dokumenter, har tilgang til hele dokumentsamlingen.

## 9 Vedlegg 3 Revisjonskriterier

Før vi går nærmere inn på hvilke krav som kan stilles til kommunens styringssystem, vil vi innledningsvis slå fast at det er et lovfestet krav at kommunen skal ha et system for intern kontroll/ styringssystem både overordnet for hele kommunen og mer spesifikt for omsorgstjenestene.

Administrasjonssjefen er den øverste lederen for den samlede kommunale administrasjonen. Administrasjonssjefens ansvar og myndighet framgår av § 23 nr. 2, andre punktum i kommuneloven av 1992.<sup>20</sup> Bestemmelsen lyder slik:

*Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjer, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.*

Av dette følger at det er administrasjonssjefen sitt ansvar å sørge for at kommunens virksomhet skjer i samsvar med lover og forskrifter, og at kommunen har betryggende kontroll.

### 9.1 Krav til internkontroll for helse- og omsorgstjenester

I tillegg til det generelle kravet om betryggende kontroll som følger av kommuneloven, er krav om internkontroll innen kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd hvor det framgår at:

*Kommunens ansvar etter første ledd (§ 3-1 første ledd, vår anmerkning) innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.*

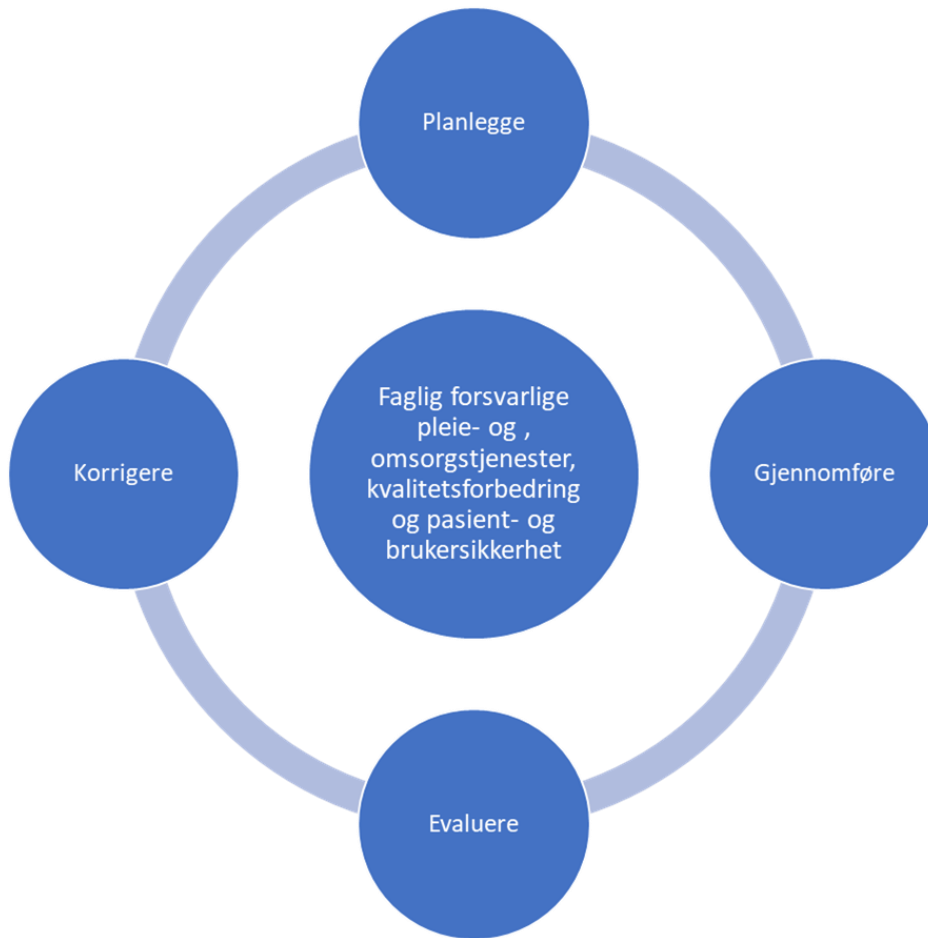
Slike nærmere bestemmelser om pliktens innhold er gitt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Her framgår det i § 3 at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Som det framgår ovenfor, er det administrasjonssjefen som har dette overordnede ansvaret.

I forskriften § 4 blir styringssystem definert som det systemet som styrer hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i, eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. § 5 sier at styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfanget som er nødvendig. Styringssystemet skal dokumenteres og skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Styringssystemet kan framstilles i følgende forenklete modell:

---

<sup>20</sup> Den nye kommuneloven av 2018 § 25-1 som omhandler kommunedirektørens ansvar for internkontrollen trer først i kraft fra 01.01.2021, så derfor gjelder fortsatt bestemmelsene om rådmannens ansvar i kommuneloven av 1992 når denne forvaltningsrevisjonen gjennomføres.



**FIGUR 3. MODELL FOR STYRINGSSYSTEM FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN**

Den innerste sirkelen angir hva som er målet for styringssystemet, nemlig å sikre faglig forsvarlige pleie- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. De fire sirklene som ligger ytterst viser hvordan målet skal nås, nemlig gjennom planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenesten.

Helsedirektoratet har utarbeidet en egen veileder til helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Her blir kjernebegrepene i den innerste sirkelen i modellen definert og gitt et nærmere innhold:

#### *Kravet om forsvarlighet*

I kravet om faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester ligger at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Kravet til forsvarlighet gjelder for alle nivåer i tjenestene og innebærer en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

#### *Kravet om kvalitet*

I kvalitetskravet ligger at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

### *Kravet om kvalitetsforbedring*

Med kvalitetsforbedring menes en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere de tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

### *Kravet om pasient- og brukersikkerhet*

Pasient- og brukersikkerhet innebærer et vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Med pasientskade menes en utilsiktet skade som har oppstått som et resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.

Etter denne gjennomgangen kan vi slå fast at det påhviler kommunen å sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av pleie- og omsorgstjenestens aktiviteter. Systemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfanget som er nødvendig. Styringssystemet skal dokumenteres og skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig og skal styre hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten spesifiserer i §§ 6, 7, 8 og 9 detaljerte krav til styringssystemet når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Disse fire fundamentale bestanddelene utgjør selve kjernen i ethvert styringssystem, og gjenspeiles i de fire delproblemstillinger vi har undersøkt:

- Delproblemstilling 1:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **planlegges** i samsvar med lov og forskrift?
- Delproblemstilling 2:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **gjennomføres** i samsvar med lov og forskrift?
- Delproblemstilling 3:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **evalueres** i samsvar med lov og forskrift?
- Delproblemstilling 4:  
Har kommunen etablert og implementert et styringssystem for omsorgstjenesten som sikrer at tjenesten **korrigeres** i samsvar med lov og forskrift?

## **9.2 Utledning av revisjonskriterier**

Kravene til planlegging framgår i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6. Her står følgende:

*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.*

- Plikten til å planlegge innebærer at kommunen skal
  - ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering
  - ha oversikt over og gjøre kjent relevant regelverk, retningslinjer og veiledere
  - ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangelfull etterlevelse av myndighetskrav, og hvor det er behov for forbedring, og planlegge hvordan risiko kan minimaliseres
  - ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
  - ha oversikt over avvik, uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, og om tjenestene er faglig forsvarlige, og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet.

Kravene til gjennomføring framgår i forskriften § 7:

*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, instruksjer, 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.*

- Plikten til å gjennomføre innebærer at kommunen skal
  - *Sørge for at oppgaver, organisering og planer er kjent og gjennomføres*
  - *Sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap og kompetanse i fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*
  - *Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
  - *Sørge for at medarbeiderne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
  - *Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*

Kravene til evaluering framgår i forskriften § 8:

*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.*

- Plikten til å evaluere innebærer at kommunen skal
  - Kontrollere at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
  - Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
  - Gjennomgå avvik og uønskede hendelser
  - Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring

Kravene til korrigerende framgår i forskriften § 9:

*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 overtrødelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

- Plikten til å korrigere innebærer at kommunen skal forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtrødelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

## 10 Vedlegg 4 Kommunens resultater på noen nasjonale kvalitetsindikatorer

Som nevnt innledningsvis, inngår det ikke i denne forvaltningsrevisjonen å gjøre egne helsefaglige kvalitetsvurderinger av kommunens pleie- og omsorgstjenester. Her presenterer vi imidlertid informasjon om kvaliteten på kommunens pleie- og omsorgstjenester basert på kommunens skår på noen sentrale nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres på Helsedirektoratets nettsted.

Vi har ikke utledet revisjonskriterier og gjør derfor ikke vurderinger, eller kommer med konklusjoner og anbefalinger. Vi gjengir Helsedirektoratets omtale av den enkelte indikator, presenterer tallene og gir en kort analyse.

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for helse- og omsorgstjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Det er et overordnet mål å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer som kan benyttes til politisk styring og objektive sammenlikninger både på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

Et av de viktigste formålene med det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er å bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helsetjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres derfor regelmessig. Indikatorer knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene publiseres i juni hvert år.

For kommunale helse- og omsorgstjenester foreligger det 31 ulike kvalitetsindikatorer. Vi har valgt å presentere resultatene på følgende indikatorer:

- Brukertilpasset enerom i institusjon
- Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder
- Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder
- Sykehjemsbeboeres legetimer per uke
- Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder
- Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere
- Sykehjem – forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner
- Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende
- Ventetid på helsetjenester i hjemmet
- Dagaktivitetstilbud til personer med demens
- Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie og omsorgstjenestene
- Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Helsedirektoratet understreker at når man tolker dataene, er det viktig å vite at datakvaliteten kan variere. Dataene er ikke bedre enn det som blir rapportert inn fra hvert behandlingssted, og foreløpig er det ikke gode nok rapporteringsrutiner på alle områder. Helsedirektoratet mener imidlertid at publisering av de data som finnes, vil øke oppmerksomheten rundt innrapporteringen og dermed gi grunnlag for bedre datakvalitet over tid.



## 10.1 Kvalitetsindikatorer for sykehjem

Nedenfor gir vi en omtale av den enkelte indikator som gjelder sykehjem.

### *Brukertilpassede enerom i institusjon*

Formålet med indikatoren er å måle om kommunen oppfyller kravet i kvalitetsforskriften om at rommene skal tilpasses beboers behov. Enerom bidrar til at beboere får mulighet til:

- Selvstendighet og styring av eget liv
- Å følge en normal livs- og døgnrytme
- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Å få ivaretatt personlig hygiene og ha eget toalett
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Enerom med eget bad og WC er spesielt viktig for dem som bor lenge på sykehjem. De som bor der for en kortere periode vil ha mindre behov for dette.

### *Legetjenester*

Det er en målsetting at alle sykehjemsbeboere mottar legetjenester av god kvalitet. En indikasjon på dette er om sykehjemsbeboeren jevnlig vurderes av lege.

Stadig flere eldre har mange sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Ved å bruke flere legemidler samtidig øker sannsynligheten for feilmedisinering, unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner. Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer, og undersøkelser viser at hele tre av fire pasienter i sykehjem har ett eller flere legemiddelrelaterte problemer.

Etter forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp skal virksomheten sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter på langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. Med en systematisk gjennomgang av legemiddelbruken vil forskrivningen kunne endres, enten ved at legemidler seponeres, dosen justeres, eller at nye legemidler forskrives for ytterligere å forbedre legemiddelbehandlingen. Studier viser at den mest vanlige endringen ved legemiddelgjennomganger, særlig for eldre, er at legemidler ikke lenger anses som nødvendige og blir seponert. Det er også vist at legemidler gis i for høy eller lav dose.

Riktig legemiddelbruk i sykehjem er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet.

### *Tannhelsetjenester*

God tannhelse bidrar til økt livskvalitet og mulighet til god ernæring for sykehjemsbeboere. Å yte tannhelsetjenester til beboere i sykehjem er en lovpålagt fylkeskommunal oppgave. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi regelmessig og oppsøkende tilbud til blant annet eldre, langtidssyke og uføre i institusjon. Målsettingen er at brukeren skal ha en akseptabel munnhelse som innebærer at brukeren:

- Ikke ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- Har tilfredsstillende tyggefunksjon

- Kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene

### *Ernæringsstatus*

Man antar (Helsedirektoratet, 2020) at 20-60 prosent av eldre brukere av kommunenes tjenester er underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Underernæring og feilernæring gir økt fare for andre sykdommer, lengre rekonvalesens samt større pleietyngde og økte medisinske kostnader. Derfor er forebygging av underernæring et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet. For å styrke ernæringsarbeidet er det viktig med kompetanse blant personell, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring anbefaler å innføre fire tiltak:

- Å vurdere ernæringsmessig risiko
- Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
- Å dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise
- Å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

### *Helsetjenesteassosierte infeksjoner*

Tabellen inneholder også en indikator for forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner blant beboere på sykehjem. Slike infeksjoner er vanlige og viktige årsaker til sykdom hos beboere i sykehjem og påfører beboerne det gjelder ekstra lidelse, risiko for innleggelse i sykehus og økt dødelighet. En stor andel av slike infeksjoner kan forebygges.

Folkehelseinstituttet har gjennom to årlige prevalensundersøkelser fulgt utviklingen av de fire hyppigste forekommende helsetjenesteassosierte infeksjonene i norske sykehjem siden 2002. Folkehelseinstituttet bestemmer uke for undersøkelsen, men dag bestemmes av når sykehjemslegen er på sykehjemmet. Kun infeksjoner oppstått i eget sykehjem er inkludert.

#### **10.1.1 Råde kommunes skår - sykehjem**

Nedenfor presenterer vi Råde kommunes skår på de omtalte nasjonale indikatorene for sykehjem, som vi har lastet ned fra Helsedirektoratets nettsted.<sup>21</sup> Vi viser tallene for 2017, 2018 og 2019.

---

<sup>21</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/eksport-av-data-fra-de-nasjonale-kvalitetsindikatorene-nki>

TABELL 5. RÅDE KOMMUNES SKÅR PÅ NOEN SENTRALE NASJONALE KVALITETSINDIKATORER FOR SYKEHJEM 2017-2019

Nasjonale kvalitetsindikatorer sykehjem	2019	2018	2017
	Prosent	Prosent	Prosent
Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC	86,2	86,2	86,2
Andel beboere på sykehjem vurdert av lege de siste 12 måneder	95,7	95,5	97,7
Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 måneder	93,2	73,8	78,6
Andel beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder	65,2	81,8	69,8
Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	43,2	64,3	81,0
Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant beboere på sykehjem på målingstidspunktet	3,6	1,9	3,8
	Timer	Timer	Timer
Legetimer per beboer i sykehjem	0,7 t	1,0 t	0,9 t

Tabellen viser at 86,2 prosent av rommene til langtidsopphold i kommunens sykehjem er brukertilpassede enerom med bad og WC. Det betyr at 38 av sykehjemmets 44 langtidsbeboere hadde enerom i 2019. Kommunen opplyser at alle sykehjemsbeboere i kommunen har eget rom, men at åtte deler bad, og at dette rapporteres som dobbeltrom.

Ifølge de innrapporterte tallene har nesten 96 prosent av beboerne hadde blitt vurdert av lege de siste 12 månedene i 2019. Andelen har holdt seg jevnt i de tre årene vi har sett på. Tabellen viser videre at i 2019 hadde 93,2 prosent av langtidsbeboerne hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene. Dette er en markert forbedring sammenlignet med 2017 og 2018.

Kommunen opplyser at her er det rapportert feil. Alle pasienter får gjennomgang av lege to ganger i året der den ene gangen er en årskontroll, og den andre er gjennomgang av legemidler. Kommunen opplyser videre at langtidsavdelingene ved sykehjemmet har legevisitt en gang per uke. Korttidsavdelingen har legevisitt to ganger per uke.

Tabellen viser at andelen som har vært vurdert av tannhelsepersonell lå i 2019 på 65,2 prosent. I 2018 var tilsvarende tall noe høyere – 81,8 prosent. Også i 2017 var andelen høyere enn i 2019. Her opplyser kommunen at det har skjedd en feilregistrering, og at tallene skulle ha vært høyere. Kommunen har etablert et samarbeid med tannhelsetjenesten om årlig tilsyn.

Andelen langtidsbeboere som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av de siste 12 månedene har vært jevnt fallende gjennom de tre siste årene. I 2017 var andelen 81 prosent. Dette var det året Fylkesmannen gjennomførte tilsyn der temaet var forebygging og behandling av underernæring. Siden da har andelen gått ned til 43,2 prosent i 2019, noe som er nesten en halvering. Her opplyser kommunen at det har skjedd en feilregistrering, og at tallene skulle ha vært høyere. Vi får opplyst at det gjennomføres årlig ernæringskartlegging sammen med legemiddelgjennomgangen, og status for den enkelte beboer blir vurdert av sykepleier og lege.

Ifølge tabellen utgjør andelen sykehjemsbeboere i Råde med helsetjenesteassosiert infeksjon 3,6 prosent i 2019. Det utgjør to beboere. For 2018 er andelen 1,9 prosent som tilsvarer én beboer mens den for 2017 igjen utgjør 3,8 prosent som vil si to beboere.

Nederst i tabellen viser vi antall legetimer per beboer i sykehjem. For 2019 utgjør dette 0,7 time per beboer. For 2017 og 2018 er tilsvarende tall henholdsvis 0,9 og 1,0 legetime.

## 10.2 Kvalitetsindikatorer for hjemmebaserte tjenester

Nedenfor gir vi en omtale av den enkelte indikator som gjelder hjemmebaserte tjenester. På dette området foreligger det færre indikatorer enn for sykehjem.

### *Ernæringsstatus*

Også for hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, viser studier at 20-60 prosent er underernærte eller står i fare for å bli det. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet. Derfor er det viktig også for de hjemmeboende eldre å vurdere ernæringsstatus og ernæringsrisiko og sette i verk de samme tiltakene som for beboere i sykehjem.

### *Ventetid for iverksetting av vedtak*

Denne indikatoren viser ventetid (iverksettingstid) fra vedtak om helsetjenester i hjemmet er fattet til helsetjenester i hjemmet er mottatt. Indikatoren viser andel vedtak i kalenderåret om helsetjenester i hjemmet med iverksettingstid (tid fra vedtak er fattet til tjenesten er mottatt for første gang) på 0-15 dager (inkludert negativ ventetid).

### *Dagaktivitetstilbud til personer med demens*

I henhold til Nasjonal faglig retningslinje om demens bør kommuner tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens bør tilby meningsfulle aktiviteter som deltagerne kan mestre, og ha fokus på deltakernes ressurser og interesser samt lokale forhold. Tilbudet kan for eksempel gis for å dekke deltagerens behov for aktivisering, tilsyn og omsorg, oppfølging av ernæring, personlig assistanse, eller som avlastning for pårørende. Innhold og formål i tilbudet vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold.

Regjeringens Demensplan 2020 har som mål at personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv, og pårørende skal gis støtte og avlastning.

Fra 1. januar 2020 har kommunene en lovfestet plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

### **10.2.1 Råde kommunes skår – hjemmebaserte tjenester**

Nedenfor viser vi Råde kommunes resultater på noen kvalitetsindikatorer for hjemmebaserte tjenester.

TABELL 6. RÅDE KOMMUNES SKÅR PÅ NOEN SENTRALE NASJONALE KVALITETSINDIKATORER FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER 2017-2019

Nasjonale kvalitetsindikatorer hjemmebaserte tjenester	2019	2018	2017
	Prosent	Prosent	Prosent
Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	15,1	17,4	12,2
Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor ernæringsstatus er kartlagt og hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring.	90,9	60,0	64,7
Andel vedtak om helsetjenester i hjemmet med iverksettingstid på 0-15 dager (inkludert negativ iverksettingstid)	98,1	99,1	98,9
Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om støttekontakt	29,2	29,2	25,0
Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om et dagaktivitetstilbud	39,6	45,8	57,5

Tabellen viser at for 2019 er det 15,1 prosent av de hjemmeboende som har fått kartlagt sin ernæringsmessige status. Tallene i 2017 og 2018 ligger også lavt. Her opplyser kommunen at det har skjedd en feilregistrering, og at tallene skulle ha vært høyere.

Av dem som har fått sin ernæringsmessige status kartlagt, er det i 2019 over 90 prosent hvor det er risiko for underernæring. Andelen har vært økende i de tre årene.

Tabellen viser at nesten alle vedtak om helsetjenester i hjemmet er iverksatt i løpet av 0-15 dager.

Andelen hjemmeboende med demens i Råde kommune som har vedtak om støttekontakt, ligger mellom 25-29 prosent for de tre årene vi har sett på. Prosenten er svakt økende.

Andel hjemmeboende med demens i Råde kommune som har vedtak om dagaktivitetstilbud, ligger for 2019 i underkant av 40 prosent. For 2017 er andelen i underkant av 60 prosent, så her er andelen nedgående.

### 10.3 Kvalitetsindikatorer som gjelder ansatte

De ansatte på sykehjem eller i de hjemmebaserte tjenestene må antas å spille en sentral rolle når det gjelder kvaliteten på tjenestene. Det foreligger nasjonale kvalitetsindikatorer for de ansatte på to områder - kompetanse og sykefravær.

#### *Kompetanse*

Behovet for kompetanse hos personalet varierer avhengig av brukeres individuelle behov.

I pleie- og omsorgstjenesten er det økt behov for stadig mer avansert og tverrfaglig helsehjelp. Dette skyldes blant annet stadig nye brukergrupper med behov for mer omfattende og sammensatte tjenester.

Den medisinske behandlingen har økt både i omfang og kompleksitet. Dermed øker også behovet for kompetanse i forskjellige profesjonsgrupper i pleie- og omsorgstjenesten.

For eksempel er det behov for økt kompetanse innenfor områder som ernæring, psykisk helse, rus, habilitering/rehabilitering, hjelp til egenmestring, forebygging og helsefremmende arbeid.

### Sykefravær

Sykefravær blant ansatte kan medføre redusert tid til hver tjenestemottaker, redusert kvalitet på tjenesten, forsinkelser og/eller avlyste hjemmebesøk. Med vikarer er det fare for at viktig erfaring går tapt eller må opparbeides på nytt over tid. Nye ansatte påvirker også forutsigbarheten og kontinuiteten for tjenestemottakerne.

I beregningen av indikatoren for sykefravær inngår kun kommunalt ansatte som jobber direkte med brukere av ulike tjenester.

## 10.3.1 Råde kommunes skår - ansatte

TABELL 7. RÅDE KOMMUNES SKÅR PÅ NOEN SENTRALE NASJONALE KVALITETSINDIKATORER SOM GJELDER DE ANSATTE 2017-2019

Nasjonale kvalitetsindikatorer ansatte	2019	2018	2017
	Prosent	Prosent	Prosent
Andel avtalte årsverk med fagutdanning - høgskole	39,1	35,1	37,2
Andel avtalte årsverk med fagutdanning - videregående	41,5	41,1	41,0
Andel samlet sykefravær i pleie og omsorg, tjenester for brukere på institusjon	11,8	15,1	16,5
Andel samlet sykefravær i pleie og omsorg, tjenester for hjemmeboende	11,0	17,4	16,0

Tabellen viser at andelen avtalte årsverk med høyskoleutdanning for 2019 ligger på 39 prosent, og den har vært svakt økende i de tre årene vi har sett på. Andelen avtalte årsverk med videregående fagutdanning ligger noe høyere med 41,5 prosent i 2019.

Tabellen viser sykefravær i institusjon og tjenester for hjemmeboende hver for seg. Det er liten forskjell mellom de to kategoriene. For 2019 ligger sykefraværet rundt 11 prosent. Det er en markert nedgang fra 2017 og 2018.

## 10.4 Korona-situasjonen

På grunn av den spesielle situasjonen i 2020 finner vi grunn til å omtale dette kort.

Virksomhetsleder opplyser at man ikke har hatt tilfeller av Covid19, verken blant beboerne på sykehjemmet eller de hjemmeboende så langt i 2020. Hun opplyser at det har vært mye jobb rundt organiseringen for å unngå smitte, og man har hatt høyt fokus på smittevern. Prosedyrer har vært formidlet ved oppslag. Det har kommet stadig endringer, og det har vært en krevende situasjon med stort behov for informasjon til pasienter, pårørende og de ansatte.

## 10.5 Råde kommunes skår på noen sentrale kvalitetsindikatorer sammenlignet med Østfold og hele landet

I tabellene nedenfor sammenlikner vi Råde kommunes skår på de omtalte kvalitetsindikatorerne for henholdsvis sykehjem, hjemmebaserte tjenester og de ansatte med skårene for Østfold og hele landet i 2019. Vi minner om at kommunen har opplyst at det har skjedd feilregistreringer fra kommunens side, og at tallene for Råde derfor kan være for lave.

Vi begynner med tallene for sykehjem.

### 10.5.1 Sykehjem

TABELL 8. RÅDE KOMMUNES SKÅR PÅ NOEN SENTRALE NASJONALE KVALITETSINDIKATORER FOR SYKEHJEM SAMMENLIGNET MED ØSTFOLD OG HELE LANDET I 2019

Nasjonale kvalitetsindikatorer sykehjem	2019		
	Råde Prosent	Østfold Prosent	Landet Prosent
Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC	86,2	89,0	89,3
Andel beboere på sykehjem vurdert av lege de siste 12 måneder	95,7	81,0	67,7
Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 måneder	93,2	74,5	57,7
Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder	65,2	51,8	46,5
Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	43,2	55,8	47,8
Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant beboere på sykehjem på målingstidspunktet	3,6	3,2	3,6
Andel beboere i sykehjem som fikk minst ett antibiotikum (ekskludert metenamin) på målingstidspunktet.	5,4	5,1	5,2
Andel beboere i sykehjem som fikk minst ett antibiotikum (ekskludert metenamin) på målingstidspunktet.	3,8		
	Timer	Timer	Timer
Legetimer per beboer i sykehjem	0,7	0,7	0,6

Tabellen viser at Råde har en litt lavere andel brukertilpassede enerom sammenholdt med Østfold og hele landet.

Når det gjelder andel beboere som har vært vurdert av lege de siste 12 månedene, ser vi at andelen er betydeligere høyere i Råde enn Østfold. Dette gjelder i enda høyere grad når vi sammenligner med hele landet.

Også når det gjelder legemiddelgjennomgang kommer Råde betydelig bedre ut enn Østfold og i enda større grad når vi sammenligner med tall for hele landet.

Den samme tendensen gjør seg også gjeldende når det gjelder vurdering av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 månedene.

Ser vi på tallene for kartlegging av den ernæringsstatus derimot, endrer bildet seg. Her ser vi at andelen ligger lavere i Råde enn både Østfold og hele landet.

Tallene for helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk viser liten variasjon mellom Råde, Østfold og hele landet.

## 10.5.2 Hjemmebaserte tjenester

TABELL 9. RÅDE KOMMUNES SKÅR PÅ NOEN SENTRALE KVALITETSINDIKATORER FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER SAMMENLIGNET MED ØSTFOLD OG HELE LANDET I 2019

Nasjonale kvalitetsindikatorer hjemmebaserte tjenester	2019		
	Råde Prosent	Østfold Prosent	Landet Prosent
Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	15,1	23,9	19,3
Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor ernæringsstatus er kartlagt og hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring.	90,9	23,7	32,6
Andel vedtak om helsetjenester i hjemmet med iverksettingstid på 0-15 dager (inkludert negativ iverksettingstid)	98,1	96,8	96,0
Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om støttekontakt	29,2	14,6	13,1
Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om et dagaktivitetstilbud	39,6	29,8	30,0

Tabellen viser at det er en markert mindre andel av de hjemmeboende som i 2019 har fått sin ernæringsstatus kartlagt i Råde sammenlignet med Østfold og hele landet.

Råde skiller seg også radikalt ut på andelen hvor det er risiko for underernæring med en andel på hele 90,9 prosent. For Østfold og hele landet ligger andelen på henholdsvis 23,7 prosent og 32,6 prosent.

For iverksettingstid for vedtak om helsetjenester i hjemmet kommer Råde litt bedre ut enn Østfold og hele landet.

Både når det gjelder vedtak om støttekontakt og dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens kommer Råde fordelaktig ut sammenlignet med Østfold og hele landet.

## 10.5.3 De ansatte

Den siste tabellen viser indikatorer som gjelder de ansatte.



**TABELL 10. RÅDE KOMMUNES SKÅR PÅ NOEN SENTRALE KVALITETSINDIKATORER FOR ANSATTE SAMMENLIGNET MED ØSTFOLD OG HELE LANDET I 2019**

Nasjonale kvalitetsindikatorer ansatte	2019		
	Råde	Østfold	Landet
Andel avtalte årsverk med fagutdanning - høgskole	39,1	37,9	37,8
Andel avtalte årsverk med fagutdanning - videregående	41,5	40,8	39,7
Andel samlet sykefravær i pleie og omsorg, tjenester for brukere på institusjon	11,8	12,9	11,2
Andel samlet sykefravær i pleie og omsorg, tjenester for hjemmeboende	11,0	12,9	11,5

Råde skiller seg ikke nevneverdig ut i 2019 når det gjelder de ansattes kompetanse sammenlignet med Østfold og hele landet.

Det samme kan sies å gjelde sykefraværet. Her kommer Østfold noe dårligere ut enn Råde og hele landet.