



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT 12-2021

# **INTERNKONTROLL I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN TILRETTELAGT FOR EFFEKTIVE OG FORSVARLIGE TJENESTER?**

HURDAL KOMMUNE

NOVEMBER 2021



# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>I</b>
Anbefalinger	i
Rådmannens uttalelse til rapporten	ii
<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	1
1.4 Rapportens oppbygging	2
<b>2 Metode og gjennomføring</b>	<b>3</b>
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	3
2.1.1 Dokumentanalyse	3
2.1.2 Intervjuer	3
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	3
<b>3 Effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten</b>	<b>4</b>
3.1 Utgifter i tjenesten	4
3.2 Kvalitet i tjenesten	6
3.3 Internkontroll som forutsetning for effektivitet og kvalitet i tjenestene	6
<b>4 Revisjonskriterier</b>	<b>8</b>
4.1 Innledning	8
4.2 Oppfølging av forrige forvaltningsrevisjonsrapport	8
4.2.1 Kommunens kriterier ved tildeling av tjenester	9
4.2.2 Rutiner for saksbehandling	9
4.2.3 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering	9
4.3 Internkontroll i helse- og omsorgstjenester	10
4.3.1 Generelt om internkontroll	10
4.3.2 Risikovurdering	10
4.3.3 Avvikshåndtering	11
4.3.4 Rapportering	12
<b>5 Tildelingskriterier, rutiner for saksbehandling og organisering</b>	<b>13</b>
5.1 Forvaltningsrevisjon 2019	13
5.2 Tildelingskriterier	14

5.3	Tildelingsenheten	16
5.4	Prosedyre for saksbehandling ved tildelingsenheten	17
<b>6</b>	<b>Risikovurderinger</b>	<b>19</b>
6.1	Systematiske risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten	19
6.1.1	Identifisering av risiko i praksis	19
6.2	Risikomodulen i TQM	20
6.3	Rapportering av risiko til administrativ ledelse og de folkevalgte	20
<b>7</b>	<b>Avvikshåndtering</b>	<b>21</b>
7.1	Mangel på rutiner/prosedyrer som grunnlag for å melde avvik	21
7.2	Prosedyrer for håndtering av avvik	23
7.3	Rapportering av avvik	30
<b>8</b>	<b>Revisjonens vurdering og konklusjon</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>Litteratur- og kildeliste</b>	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 1: RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE ANALYSE FOR MEDIDO MEDISINDISPENSER</b>		<b>36</b>

Figur 1	Utgifter til pleie- og omsorgstjenester i Hurdal (justert for utgiftsbehov)...	4
Figur 2	Oversikt innsparingsmulighet ift. sammenligningskommuner (mill. kr).....	5
Figur 3	Omsorgstrappen, Hurdal.....	14
Figur 4	Organisasjonskart tildelingsenheten, Hurdal .....	16
Figur 5	Tildelingsenhetens oppgaver .....	17
Figur 6	Behandlingsprosess for hendelser i kvalitetssystemet .....	29

Tabell 1	Prosedyre for saksbehandling ved tildelingsenheten i Hurdal.....	18
Tabell 2	Aktivitetsplan for TQM i Hurdal kommune .....	22
Tabell 3	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert i virksomhet helse og omsorg, Hurdal .....	22
Tabell 4	Overordnet prosedyre for hendelses- og avviksbehandling i kvalitetssystemet TQM.....	24
Tabell 5	Prosedyre for avviksmelding i Cosdoc og TQM .....	27
Tabell 6	Opplæring i TQM - hendelses/avviksbehandling 2021.....	28
Tabell 7	Oppfølgingsstruktur, Hurdal kommune .....	30

## SAMMENDRAG

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er på plass tilfredsstillende internkontroll som legger til rette for effektive og forsvarlige tjenester på sykehjemmet og i hjemmetjenesten i Hurdal kommune.

### Hovedfunn

1. Kommunen har fått på plass tildelingskriterier, rutiner for saksbehandling, samt en tilstrekkelig avklart organisering for tildeling av helse- og omsorgstjenester.
2. Kommunen gjennomfører ikke systematiske risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten.
3. Kommunen mangler en rekke felles skriftlig nedfalte rutiner og prosedyrer i helse- og omsorgstjenesten, noe som blant annet innebærer at de ansatte mangler et felles grunnlag for å melde avvik.
4. Kommunen har ikke kommet i gang med å bruke avvikene som meldes inn i tjenestens planleggings- og forbedringsarbeid.

Undersøkelsen viser at Hurdal kommune har fått på plass tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenestene, rutiner for saksbehandling og at det har blitt etablert en tildelingsenhet med en tilstrekkelig avklart organisering. Samtidig viser undersøkelsen at det er grunnleggende svakheter og mangler på andre områder i helse- og omsorgstjenestens internkontroll.

Kommunen gjennomfører ikke systematiske risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten. Manglende systematiske risikovurderinger gjør det vanskeligere å være i forkant og identifisere områder for svikt som potensielt kan få alvorlige eller uønskede følger for brukere og pasienter. Samtidig er Hurdal en liten kommune, noe som gjør det lettere for ledere å ha oversikt over tjenestenes virksomhet. I tillegg viser undersøkelsen at kommunen planlegger å implementere risikomodule i TQM. Dette vil etter revisjonens vurdering kunne bidra til å styrke internkontrollen på dette området.

Når det gjelder avvik har kommunen tatt i bruk avviksmodulen i TQM og det er gjennomført opplæring av ledere og ansatte. Slik revisjonen oppfatter det står det imidlertid fortsatt igjen en del arbeid knyttet til å sikre en felles forståelse av hvilke avvik som skal meldes, i tillegg til rutiner for å sikre at avvikene som meldes bidrar inn i kommunens arbeid med å planlegge og forbedre helse- og omsorgstjenestene. Det oppgis videre av ledere i helse- og omsorgstjenesten at det er mangler knyttet til felles skriftlig nedfalte rutiner og prosedyrer, noe som er viktig for å sikre at de ansatte melder avvik med utgangspunkt i en felles forståelse av praksis i tjenesten.

### Anbefalinger

Revisjonen mener på bakgrunn av dette at rådmannen for å ivareta kravene til god internkontroll bør:

1. sørge for at det i helse- og omsorgstjenesten kommer på plass rutiner og praksis for å gjennomføre systematiske risikovurderinger.

2. sørge for at det kommer på plass tilstrekkelige rutiner og retningslinjer for arbeidet i helse- og omsorgstjenesten, slik at de ansatte melder avvik på bakgrunn av en felles forståelse av hva som er riktig praksis i tjenesten.
3. sikre at avvikene som meldes i helse- og omsorgstjenesten benyttes i tjenestens planleggings- og forbedringsarbeid.

### **Rådmannens uttalelse til rapporten**

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvar er mottatt 29.10.21 som epost til revisjonen der rådmannen skriver at han ikke har noen kommentarer til rapporten, og at faktafremstillingen er korrekt slik rådmannen ser det.

Jessheim, 1.11.2021

Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

Miriam Sethne  
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Hurdal vedtok 3.2.21 (sak 2/21) en prosjektplan om forvaltningsrevisjon innen eldreomsorgen. Bestillingen er gjort på bakgrunn av kontrollutvalgets risiko- og vesentlighetsvurderinger 2019-2023, som ble behandlet i samme møte (sak 19/20), der effektivitet i eldreomsorgen vurderes som et risikoområde i kommunen. I vurderingen vises det til risiko knyttet til eldrebølgen og omstillingen av tjenesteproduksjonen for å møte denne. Det pekes videre på at risiko for svikt på området vil ha store konsekvenser både når det gjelder økonomi og for innbyggerne.

## 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om det er på plass tilfredsstillende internkontroll som legger til rette for effektive og forsvarlige tjenester på sykehjemmet og i hjemmetjenesten i Hurdal kommune. Undersøkelsen vil besvare følgende problemstillinger:

1. Har kommunen fått på plass tildelingskriterier, rutiner for saksbehandling, samt avklart organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester?
2. Gjennomføres det systematiske risikovurderinger for sykehjemmet og hjemmetjenesten?
3. Er det etablert et system for å avdekke og følge opp avvik på sykehjemmet og i hjemmetjenesten?
4. I hvilken grad rapporteres det fra sykehjemmet og hjemmetjenesten til administrativ ledelse og folkevalgte om risikovurderinger og avvik?

Den første problemstillingen innebærer en kort oppfølging av forrige forvaltningsrevisjon på området og er basert på kommunestyrets vedtak den 13.5.20 (PS 46/20) der rådmannen bes «sørge for at kommunen ferdigstiller tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling, samt avklarer organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester snarest og rapporterer til kommunestyret om dette». Når det gjelder rapportering om oppfølging av kommunestyrets vedtak, oppgir administrasjonen til revisjonen at de har avventet ny revisjonsrapport, og dermed enda ikke rapportert tilbake til kommunestyret om de ferdigstilte tildelingskriteriene, rutiner for saksbehandling, og organiseringen av tildelingsarbeid.

For å besvare de tre siste problemstillingene, vil revisjonen se nærmere på tjenestenes internkontroll knyttet til risikovurderinger og avvikshåndtering. Dokumentanalyse og intervjuer med ledere vil vise om tjenesten jobber systematisk med vurdering av risiko og oppfølging av avvik.

## 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot. Revisjonskriterier kan utledes fra blant annet lover og forskrifter, kommunenes egne rutiner og hva som anses som god forvaltningsskikk og faglig anerkjente normer på området. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) av 27. juni. 2003 nr. 792
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 28. oktober. 2016 nr. 1250
- Helsedirektoratet 2015. Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester, kriterier for tildeling av omsorgstjenester, Rapport IS – 2391
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 14. juni. 2019 nr. 21
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 19. juni. 2020 nr. 78
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 04. desember. 2020 nr. 134
- Veileder for saksbehandling tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven 2016

## 1.4 Rapportens oppbygging

Kapittel 2 beskriver bruk av metode og gjennomføring. I kapittel 3 presenteres Hurdal kommunes status innen pleie og omsorg sektor basert på tilgjengelig statistikk fra år 2020. Kapittel 4 gir en samlet fremstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen. I kapittel 5,6 og 7 gjennomgås funn fra undersøkelsen. I sammendraget innledningsvis i rapporten fremstilles rapportens hovedfunn og anbefalinger, i tillegg til rådmannens høringsuttalelse, som også er lagt ved i sin helhet til slutt i rapporten.



## 2 METODE OG GJENNOMFØRING

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon<sup>1</sup> som er fastsatt i styret i Norges Kommunerevisorforbund. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon

### 2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse og intervju. Virksomhetsleder helse og omsorg har vært revisjonens kontaktperson i forbindelse med undersøkelsen.

#### 2.1.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har fått oversendt etterspurt dokumentasjon som er systematisk gjennomgått av revisjonen. Dokumentene omfatter blant annet tildelingskriterier, organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester, aktivitetsplan, opplæringsplaner, prosedyrer og rutiner. Revisjonen har først og fremst undersøkt hvorvidt dokumentasjon foreligger, og ikke kvaliteten på de ulike dokumentene. I tillegg har revisjonen fått tilgang til det elektroniske kvalitetssystemet TQM. En fullstendig liste over dokumenter det henvises til i denne rapporten finnes i litteratur- og kildelisten.

#### 2.1.2 Intervjuer

Revisjonen har gjennomført fire intervjuer, med virksomhetsleder helse og omsorg, avdelingsleder sykehjemmet, avdelingsleder hjemmebaserte tjenester og TQM-rådgiver (digitaliseringsansvarlig). Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 7. juni til 16. juni 2021. Revisjonen har gjennomført delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at intervjuene har tatt utgangspunkt i intervjuguider, men med mulighet for å tilpasse spørsmålsformuleringene underveis i intervjuet. Intervjuobjektene har kommentert og verifisert intervjureferatene. Revisjonen har også mottatt skriftlige svar på spørsmål sendt på e-post.

### 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

---

<sup>1</sup> Standarden bygger på internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper vedtatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og The Institute of Internal Auditors (IIA).

## 3 EFFEKTIVITET OG KVALITET I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

### 3.1 Utgifter i tjenesten

Nøkkeltall for 2020 tatt fra Framsikt<sup>2</sup> viser at Hurdal kommune har netto utgifter på 23 011 kroner per innbygger på tjenesteområdet pleie- og omsorg, mens kommunene i KOSTRA-gruppe 04<sup>3</sup> i snitt har netto utgifter på 24 890 kroner per innbygger. Når disse netto utgiftene blir korrigert for det objektive utgiftsbehovet for ulike tjenester i hver enkelt kommune, ligger netto utgifter som vist i figur 1 på 19 256 kroner per innbygger i Hurdal, mens gjennomsnittet er på 18 750 kroner per innbygger i KOSTRA-gruppe 04. Dette tyder på at Hurdal har høyere utgifter per innbygger enn gjennomsnittet av kommunene i KOSTRA-gruppe 04 etter justering for utgiftsbehov<sup>4</sup>. Behovsvariablene er de samme som brukes i Grønt hefte i statsbudsjettet og regnes som objektive behovsvariabler, dvs. variabler kommunene ikke kan påvirke. Eksempler på dette er innbyggernes alder, som andel enslige over 67 år etc.

**Figur 1 Utgifter til pleie- og omsorgstjenester i Hurdal (justert for utgiftsbehov)**

	Hurdal	Kostragruppe 04
■ Pleie og omsorg	19 256	18 750
■ Grunnskole	15 414	15 791
■ Barnehage	8 306	9 727
■ Adm, styring og fellesutgifter	4 197	5 711
■ Sosiale tjenester	2 645	2 695
■ Kommunehelse	2 709	3 241
■ Barnevern	2 414	2 440
■ Kultur og idrett	1 754	2 434
■ Plan, kulturminner, natur og nærmiljø	926	735
▶ ■ Andre områder	2 716	3 904
Totalt	60 337	65 427

Kilde: Framsikt 2021

### Hurdal kommunes innsparingsmulighet

Figur 2 under viser innsparingsmulighet målt i kroner på tjenesteområdene i Hurdal kommune i forhold til sammenligningskommuner i KOSTRA-gruppe 4 (justert for utgiftsbehov). Merforbruk vises over den

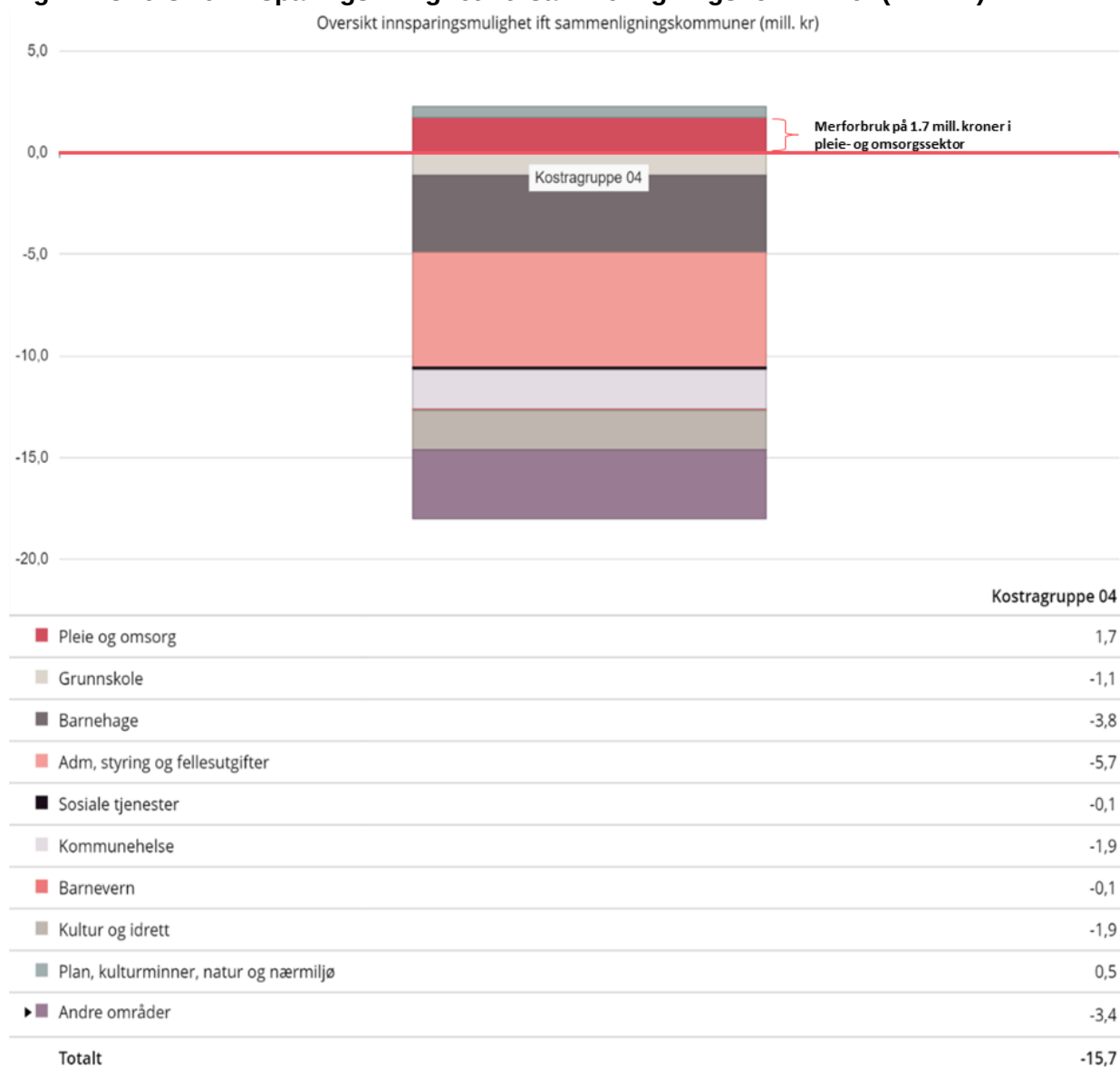
<sup>2</sup> Framsikt benytter Kostra-dataene fra SSB.

<sup>3</sup> KOSTRA-gruppe 04, kommuner med 2 000 til 9 999 innbyggere, middels bundne kostnader og lave frie disponible inntekter per innbygger.

<sup>4</sup> Utgiftsbehov er statens beregning av kommunens utfordringer på aktuelle tjenesteområder i forhold til landsgjennomsnittet.

røde streken, og pleie- og omsorgssektoren<sup>5</sup> i Hurdal har et merforbruk på 1.7 mill. kroner sammenlignet med gjennomsnittet av kommunene i KOSTRA-gruppe 4. Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg i Hurdal kommune er som nevnt over på 19 256 kroner, mens gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 4 ligger på 18 750 kroner. Differansen på 596 kroner multiplisert med antall innbyggere registrert på 2 838, utgjør et teoretisk handlingsrom på 1.7 mill. kroner. Det vil si at Hurdal teoretisk sett i 2020 kunne ha spart inntil 1.7 mill. kroner i tjenesteområdet pleie- og omsorg. Sammenlignet med andre tjenesteområder i kommunen, har pleie- og omsorgssektoren størst rom for innsparing.

**Figur 2 Oversikt innsparingsmulighet ift. sammenligningskommuner (mill. kr)**



Kilde: Framsikt 2021

<sup>5</sup> Tall for pleie og omsorg er korrigert for evt. vertskommunetilskudd for psykisk utviklingshemming (PU).

## 3.2 Kvalitet i tjenesten

Hurdal kom på 204. plass innenfor pleie- og omsorg i Kommunebarometeret i 2020. Sektoren har en vekt på 20 prosent i Kommunebarometeret, og består av 19 nøkkeltall. De viktigste nøkkeltallene er **andel ansatte med fagutdanning, andelen av beboere med omfattende bistandsbehov og andel plasser i sykehjem i skjermet enhet**. Disse tre nøkkeltallene har hver en vekt på ti prosent hver i barometeret (Kommunebarometeret 2021).

### **Andel ansatte med fagutdanning – karakter<sup>6</sup> 3.7**

I Hurdal har 79.6 prosent av de ansatte fagutdanning. Nasjonalt har 79.6 prosent av ansatte i pleie og omsorg fagutdanning, og i de beste kommunene er andelen 97.50 prosent. «Fagutdanning er grunnleggende viktig for god kvalitet», skriver Helsedirektoratet i en omtale av indikatoren.

### **Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov – karakter 4**

I Hurdal har 88.5 prosent av beboerne på sykehjem et omfattende pleiebehov. Av dem som bor på sykehjem, har 82 prosent omfattende pleiebehov landet sett under ett. Andelen har økt over tid. Det indikerer at innsatsen fortsatt dreies over mot hjemmebasert omsorg, og at man må være mer pleietrengende enn før for å få sykehjems plass. Forutsatt at kommunen har gode tilbud på lavere trinn i omsorgstrappen, bør de fleste som bor på sykehjem ha omfattende bistandsbehov.

### **Andel plasser i skjermet enhet, målt mot beboere på sykehjem over 80 år – karakter 3.5**

I Hurdal tilsvarer antall plasser i skjermet enhet for demente 50 prosent av antallet over 80 som faktisk bor på sykehjem. Snittet ligger på 48.6 prosent på landsnivå.

Ifølge Kommunebarometeret kommer Hurdal kommune greit ut på de tre viktigste nøkkeltallene, samtidig er en 204. plass ganske langt ned på rangeringslista over landets kommuner. Tiden med lege og fysioterapeut per sykehjemsbeboer, og tiden med hjemmesykepleien har sunket litt i koronaåret 2020. I 2020 fikk kommunene en lovpålagt plikt til å ha et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens, og i Hurdal har ingen hjemmeboende med demens fått vedtak om et slikt tilbud. Målt mot hvor mange over 80 år som bor hjemme, er andelen registrerte trygghetsalarmer i kommunen 31.4 prosent, noe som er godt under gjennomsnittet på 46.3 prosent i kommune-Norge. Ellers skårer Hurdal høyt på at 97 prosent av sykehjems plassene i Hurdal er regnet som moderne enerom, og at alle vedtak om hjemmetjenester blir i Hurdal satt i verk innen 15 dager.

## 3.3 Internkontroll som forutsetning for effektivitet og kvalitet i tjenestene

Internkontroll er en nødvendig forutsetning for god styring. En effektiv internkontroll bidrar til avklart organisering av oppgaver, en mer aktiv bruk av omsorgstrappen, effektiv og rettferdig saksbehandling og ikke minst god økonomistyring. I Hurdal kommunes handlings- og økonomiplan 2020-2023 går det frem at helse- og omsorgstjenesten er budsjettert midler for nærmere 37 mill. kroner, som er cirka 21 prosent av kommunens totale driftsbudsjett. Videre går det frem av planen at andelen eldre i

---

<sup>6</sup> Karakterskala 1-6

kommunen forventes å øke fremover. Innsparingsanalysen i figur 2 over viser at pleie- og omsorgssektoren<sup>7</sup> i Hurdal har et innsparingspotensial på 1.7 mill. kroner sammenlignet med snittet av kommunene i KOSTRA-gruppe 4 (justert for utgiftsbehov). Jo flere eldre det blir i fremtiden, desto viktigere blir det å tilby mer effektive tjenester og spare inn der det er mulig, samtidig som kvaliteten i tjenestene ivaretas.

I proposisjon til ny kommunelov pekes det på at målet med internkontroll, i tillegg til å sikre regeletterlevelse, er å oppdage feil og svakheter, og å sikre at både kommunale og nasjonale mål nås. Et annet mål med internkontrollen er å sørge for kvalitet i tjenestene, samt læring i organisasjonen (Prop. 46 L 2017-2018, 261). Tallene fra Kommunebarometeret viser at det er rom for forbedring når det gjelder kvalitet i tjenester innenfor pleie og omsorg i Hurdal kommune, for eksempel kan det trekkes frem manglende dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens.

---

<sup>7</sup> Tall for pleie og omsorg er korrigert for evt. vertskommunetilskudd for psykisk utviklingshemming (PU).

## 4 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed målestokken som kommunens praksis holdes opp mot. Revisjonskriterier utledes blant annet fra lover og forskrifter, kommunenes egne rutiner og hva som anses som god forvaltningsskikk og faglig anerkjente normer på området. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) av 27. juni. 2003 nr. 792
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 28. oktober. 2016 nr. 1250
- Helsedirektoratet 2015. Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester, kriterier for tildeling av omsorgstjenester, Rapport IS – 2391
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 14. juni. 2019 nr. 21
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 19. juni. 2020 nr. 78
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 04. desember. 2020 nr. 134
- Veileder for saksbehandling tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven 2016

### 4.1 Innledning

For å vurdere om det er på plass tilfredsstillende internkontroll på sykehjemmet og i hjemmetjenesten i Hurdal kommune, vil revisjonen undersøke arbeidet med tildelingskriterier, risikovurderinger, avvikshåndtering og risiko- og avviksrapportering. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer kommunenes overordnede ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen jf. § 3-1. Lovens formål er blant annet å sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud. Kommunen har etter § 3-1 plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Kravene som stilles til kommunens helse- og omsorgstjenester er omfattende. Revisjonens undersøkelse er avgrenset til å gjelde et utvalg krav som vi anser som grunnleggende forutsetninger. Hvilke krav det gjelder fremgår av de neste avsnittene.

### 4.2 Oppfølging av forrige forvaltningsrevisjonsrapport

Problemstilling 1 innebærer en oppfølging av forrige forvaltningsrevisjon som undersøkte i hvilken grad BEON-prinsippet legges til grunn for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Hurdal kommune. Kommunen hadde på den tiden ikke kommet helt i mål med organiseringen av arbeidet med å tildele helse- og omsorgstjenester. Etter revisjons vurdering var det viktig at kommunen ferdigstiller tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling, samt avklarer organiseringen av arbeidet med tildeling, slik at kommunen i størst mulig grad sikrer vedtak på riktig nivå i omsorgstrappen.

I kommunestyrets vedtak den 12.5.20 (PS 46/20) bes rådmannen «sørge for at kommunen ferdigstiller tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling, samt avklarer organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester snarest og rapporterer til kommunestyret om dette».

#### **4.2.1 Kommunens kriterier ved tildeling av tjenester**

Formålet med kommunens tjenestetilbud innen helse og omsorg er å dekke et bistandsbehov basert på en individuell vurdering av brukerens funksjonsevne og som er tilpasset den enkeltes behov for tjenester. Hensikten med tildelingskriterier er å sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering i forhold til de ulike omsorgstjenestene som tilbys. Tildelingskriteriene tar utgangspunkt i kommunens plikt til å sørge for nødvendige, forsvarlige og verdige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Tjenestetildelingen vil i stor grad basere seg på profesjonell og faglig skjønnsutøvelse, og tildelingskriteriene er tenkt som en veiledning og hjelp i denne vurderingen. Videre skal kriteriene bidra til at saksbehandler i samarbeid med tjenestemottaker skal kunne vurdere og tydeliggjøre hvilke tjenesteområder som vil være aktuelle og hvilke tiltak som vil være best egnet. I Hurdal er det vedtatt at man skal følge BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå) ved tildeling av tjenester. Dette innebærer i praksis at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert, og om mulig også forsøkt, før kostnadskrevede tjenester innvilges. For eksempel skal hjemmetjenester i stort omfang ha vært forsøkt/vurdert før langtids institusjonsplass innvilges (Helsedirektoratet 2015).

Revisjonen legger til grunn at kommunen har utarbeidet og benytter egne kriterier ved tildeling av praktisk bistand og helsetjenester.

#### **4.2.2 Rutiner for saksbehandling**

Saksbehandling og tildeling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Tjenestene er som regel av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene. God saksbehandling er med på å kvalitetssikre tildelingen av tjenester.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 oppgir at forvaltningsloven skal gjelde for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Forvaltningslovens alminnelige del (kapittel I-III) inneholder blant annet regler om habilitet, veiledningsplikt og taushetsplikt. Reglene skal sikre at partene kan ha tillit til forvaltningens saksbehandling, og at avgjørelsene som tas er riktige. Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder rettsregler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten, og er sentrale i utredningsfasen av saksbehandling.

Revisjonen legger til grunn at kommunen har utarbeidet og benytter rutiner for saksbehandling.

#### **4.2.3 Virksomhetens mål, oppgaver og organisering**

For å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte kreves det at ledelsen har god oversikt over og beskriver virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, jf. § 6 a i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Videre må det fremgå klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten (Helsedirektoratet 2017). Dette innebærer blant annet at det må være klart for hele organisasjonen hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Ikke bare skal

medarbeiderne kjenne sine egne oppgaver, de skal også ha tilstrekkelig kunnskap om andres ansvar og oppgaver.

Revisjonen legger til grunn at både mål, oppgaver, organisering og arbeidsfordeling må være skriftlig dokumentert.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Har kommunen fått på plass tildelingskriterier, rutiner for saksbehandling, samt avklart organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal ha fått på plass tildelingskriterier.</li> <li>➔ Kommunen skal ha fått på plass rutiner for saksbehandling.</li> <li>➔ Kommunen skal ha en avklart organisering av arbeidet med å tildele helse- og omsorgstjenester.</li> </ul>

## 4.3 Internkontroll i helse- og omsorgstjenester

### 4.3.1 Generelt om internkontroll

Internkontroll handler i stor grad om systematiske tiltak som skal bidra til god styring i en virksomhet. Internkontroll kan overlappes med virksomhetsstyring, men er i større grad risikobasert og kan forebygge lovbrudd og uønskede hendelser (KS 2020). Etter Kommuneloven § 25 -1, er hensikten med internkontroll å sikre at lover og forskrifter følges av administrasjonens virksomhet, og skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Det følger av forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 3, 4 og 5 at kommunen må etablere et styringssystem for hvordan virksomhetens aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Hvordan pliktene etterleves skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærmere regulert i forskriften §§ 6 til 9.

### 4.3.2 Risikovurdering

Etter forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 d skal kommunen 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.

Det er utarbeidet en veileder til forskriften, og her utdypes kravet til risikovurdering. Ifølge veilederen bør risikovurdering skje som en kontinuerlig prosess, og det anbefales at arbeidet med kartlegging og vurdering av risiko følger en kjent standard. Målet med kartleggingen er blant annet å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, og å identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for brukere og pasienter.



Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Gjennomføres det systematiske risikovurderinger for sykehjemmet og hjemmetjenesten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal ha rutiner som beskriver hvordan risikovurdering på enhetsnivå skal gjennomføres og følges opp.</li> <li>➔ Kommunen skal gjennomføre risikovurderinger systematisk, dvs. jevnlig og i henhold til rutinene.</li> </ul>

### 4.3.3 Avvikshåndtering

I kommunens arbeid med kvalitetsforbedring har den som har det overordnede ansvaret for virksomheten ansvar for å etablere et styringssystem som sikrer faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester (forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3). Virksomhetsledelsen skal ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Videre skal virksomhetsledelsen ha oversikt over avvik og uønskede hendelser som allerede har inntruffet (ibid, §§ 6 d,g).

Forskriftens § 7 sier at plikten til å gjennomføre innebærer at den som er ansvarlig for virksomheten skal sørge for å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Forskriftens § 8 sier at plikten til å evaluere innebærer å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Plikten til å korrigere følger av § 9, og innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for å korrigere tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
<p>Er det etablert et system for å avdekke og følge opp avvik på sykehjemmet og i hjemmetjenesten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering.</li> <li>➔ Kommunen skal ha system og rutiner for å avdekke brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser.</li> <li>➔ Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at avvikene blir gjennomgått systematisk, og at de brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.</li> </ul>

#### 4.3.4 Rapportering

Kommunens internkontroll skal være risikobasert. Uten en risikobasert tilnærming vil kommunen ikke ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, og hvorvidt etablerte tiltak og kontroll på en god måte reduserer risiko. Når det likevel oppstår avvik, følges dette opp slik at avviket «lukkes», og hendelsen benyttes til læring og forbedring (KS 2020). Det bør foregå rapportering av både risiko for svikt og avvik fra virksomhetsnivå og til «strategisk og folkevalgt ledelse» (KS 2020, 102). Kommunen bør integrere avviksrapportering med tanke på innhold og hyppighet i sitt styringssystem ut fra hva som anses hensiktsmessig og hvilke behov kommunen har. Ensartet og systematisk rapportering av risiko for svikt og avvik er på aggregert nivå også viktig som styringsinformasjon med hensyn til innretning og planlegging av tjenestene (KS 2020).

Etter kommuneloven § 25-1 bokstav c følger det at kommunedirektøren skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik. Det er viktig for kommunedirektøren å få relevant informasjon til riktig tid. Dette gjelder oppdatering om enkelthendelser eller avvik som har stor betydning, og det gjelder faste rapporteringer, som også bør inkludere avklarte punkter om internkontroll. Kommuneloven pålegger kommunedirektøren å rapportere årlig om internkontroll og resultatene av statlig styring, jf. § 25-2. For øvrig er det opptil kommunen å avklare innhold og innretning på rapporteringen. En hensikt med rapporteringen er å sette kommunestyret i stand til å ivareta sitt ansvar for kommunens virksomhet i henhold til kommuneloven § 22-1.

Problemstilling 4	Revisjonskriterier
<p>I hvilken grad rapporteres det fra sykehjemmet og hjemmetjenesten til administrativ ledelse og folkevalgte om risiko og avvik?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen bør rapportere jevnlig om risiko for svikt og avvik til administrativ ledelse og de folkevalgte.</li> </ul>

## 5 TILDELINGSKRITERIER, RUTINER FOR SAKSBEHANDLING OG ORGANISERING

Revisjonen gjennomførte en forvaltningsrevisjon i 2019 som så nærmere på om det såkalte BEON-prinsippet legges til grunn for tildeling av helse- og omsorgstjenestene i Hurdal kommune. Revisjonens undersøkelse viste at det gjensto arbeid for å få på plass en tydelig ansvarsfordeling i arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester, samt oppfølging av vedtak om tjenestene. Kommunen hadde utarbeidet et utkast til tildelingskriterier som skal sikre likebehandling av søkere, men kriteriene var i oktober 2019 enda ikke ferdigstilt. I dette kapittelet vil vi se nærmere på om kommunen har ferdigstilt tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling, samt avklart organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Har kommunen fått på plass tildelingskriterier, rutiner for saksbehandling, samt avklart organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal ha fått på plass tildelingskriterier.</li> <li>➔ Kommunen skal ha fått på plass rutiner for saksbehandling.</li> <li>➔ Kommunen skal ha en avklart organisering av arbeidet med å tildele helse- og omsorgstjenester.</li> </ul>

### 5.1 Forvaltningsrevisjon 2019

Hurdal kommune startet våren 2018 en prosess for å revidere kommunens tildelingskriterier og utrede alternative modeller for organisering av tildelingsfunksjonen i kommunen. Revisjonens undersøkelse i 2019 viser at kommunen høsten 2019 enda ikke hadde kommet i mål med å vedta utkast til tildelingskriterier, som etter planen skulle vært vedtatt i juni 2018. Kommunen hadde en forskrift om langtidsopphold på plass, men målet var at kriterier for tildeling av alle helse- og omsorgstjenester skulle samles i ett dokument. Til tross for at kriteriene ikke var ferdigstilt, ble det oppgitt at det stort sett var enighet om kriterier for tildeling og at utkastet til tildelingskriterier i stor grad reflekterte praksis.

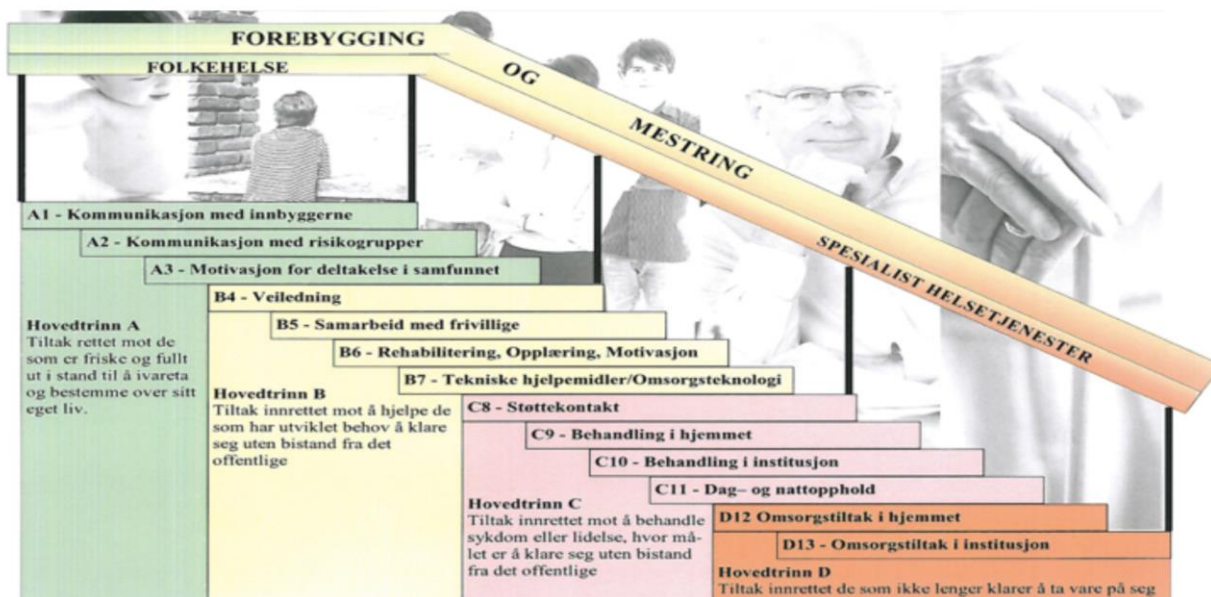
Undersøkelsen i 2019 viser videre at omsorgstrappen i varierende grad var implementert som retningsgivende for tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Revisjonen vurderte det som positivt at kommunen hadde fått utarbeidet en omsorgstrapp tilpasset Hurdal kommune, men mente det var viktig at denne ble benyttet mer aktivt i arbeidet med tildeling av tjenestene. Kommunen hadde enda ikke kommet helt i mål med organiseringen av arbeidet med å tildele helse- og omsorgstjenester, selv om en anbefaling om å innføre en bestiller-utførermodeell forelå i mai 2018.

Kommunen hadde videre etablert et tildelingskontor, men var fortsatt i prosess med hensyn til hvordan arbeidet med tildeling av tjenester skulle organiseres. Undersøkelsen viste at organiseringen gjorde at oppgaver ikke ble utført, i tillegg var det noen oppgaver spredt rundt i tjenestene. Den viste i tillegg at en rekke skriftlige rutiner som skulle bidra til å sikre tydelig ansvarsfordeling i tildeling og oppfølging av vedtakene enda ikke var på plass.

## 5.2 Tildelingskriterier

Tildelingskriteriene for helse- og omsorgstjenester i Hurdal kommune ble ferdigstilt i begynnelsen av april 2021 (intervju avdelingsleder sykehjemmet 15.06.21), og det er blitt gjort noen endringer etter at de ble kvalitetssikret av en saksbehandler og jurist hos statsforvalteren (e-post fra virksomhetsleder helse og omsorg, mottatt 1.9.21). Revisjonen har fått oversendt den nyeste versjonen av tildelingskriteriene, sist datert 21.7.21. Kommunen avventer revisjonen, og har dermed enda ikke rapportert tilbake til kommunestyret. Tildelingskriteriene omfatter de fleste helse- og omsorgstjenester i Hurdal kommune. Hurdal kommune har utarbeidet en egen omsorgstrapp som bygger på BEON-prinsippet, som innebærer at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og forsøkt før mer kostnadskrevede tjenester innvilges. For eksempel skal hjemmetjenester i stort omfang ha vært forsøkt/vurdert før langtidsplass innvilges. Omsorgstrappen skal bidra til å sikre at tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer på en effektiv måte. Omsorgstrappen er avbildet innledningsvis i dokumentet for tildelingskriterier og ser slik ut:

Figur 3 Omsorgstrappen, Hurdal



Mestringstrappa. Kilde: Brit Bakken, RO

Grunnlaget for helse- og omsorgstjenester i Hurdal er å bidra til mestring og god livskvalitet og mestringstrappa beskriver tjenestens faglige grunnlag. Omsorgstrappen har fire hovedtrinn der det øverste (A) i hovedsak dreier seg om generelle folkehelseiltak mens det nederste (D) består av de mest kostnadskrevede tjenestene som omsorgstiltak i hjem og institusjon for de som ikke lenger greier å ta vare på seg selv uten bistand.

Det oppgis i dokumentet at hensikten med tildelingskriteriene er å:

- ivareta brukernes rettsikkerhet og sikre likeverdig behandling, uavhengig av hvor de er bosatt i kommunen
- fremme en profesjonalisering av saksbehandlingen
- tydeliggjøre kommunens ansvar som forvalter og tjenesteyter

- skille mellom forvaltning (tildeling) og utførelse
- oppnå bedre styring mellom bruk av ressurser og behov
- sikre helhetlige tjenester og helhetlige pasientforløp

Helse- og omsorgstjenestene er underlagt en rekke lover og forskrifter, og i tildelingskriteriene for den enkelte tjeneste er aktuelle lovhenvisninger angitt. De mest sentrale er:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Folkehelseloven
- Forvaltningsloven

Viktige forhold som belyses i tildelingskriteriene (s. 1) er:

- Hva skal til for å få tildelt en tjeneste
- Hva kan man forvente å få hjelp til dersom man blir innvilget en tjeneste

I intervju med revisjonen oppgir avdelingsleder sykehjemmet at kriteriene tar utgangspunkt i utkastet revisjonen fikk oversendt i 2019, men denne versjonen manglet flere av tjenestene som gjeldende versjon nå inneholder. Den tidligere utgaven var etter avdelingsleders vurdering mindre detaljert enn den nåværende, og det var behov for å oppdatere lovhenvisninger og beskrive kriteriene for tildelingen av tjenestene bedre.

Avdelingsleder sykehjemmet oppgir at gjeldende tildelingskriterier ble ferdigstilt i april, og at de skal revideres årlig. Underveis i utarbeidelsen er hele dokumentet gjennomgått av alle medlemmer i tildelingsenheten slik at det er enighet om hvilken praksis det skal være for tildelingen i kommunen. Videre er kriterier for tildeling av fyiso/ergo kvalitetssikret av terapeutene på enheten. Det er innhentet tildelingskriterier fra nabokommuner på øvre og nedre Romerike for sammenligning og det er gjennomgått flere stortingsmeldinger etc. for å sikre at kriteriene samsvarer med nasjonale føringer.

Avdelingsleder sykehjemmet mener at tildelingskriteriene gir en god pekepinn på hvordan den kommunale standarden skal være. Disse kriteriene er et godt utgangspunkt for hvordan tildelingspraksisen i kommunen skal være, og praksisen vil også bestå av skjønnsmessige vurderinger. Ved tidspunkt for oppstart av forvaltningsrevisjonen var det ikke avklart om kriteriene skulle godkjennes i rådmannens ledergruppe eller politisk, men avdelingsleder oppgir at kriteriene er oversendt til rådmannen før forvaltningsrevisjonen startet.

Virksomhetsleder helse og omsorg oppgir i intervju at tildelingskriteriene skal være godt kjent blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten, men hun regner ikke med at alle ansatte har lest dem. Virksomhetsleder legger til i e-post til revisjonen den 1.9.21 at tildelingsenheten startet å jobbe etter de utarbeidede tildelingskriteriene i april 2021.

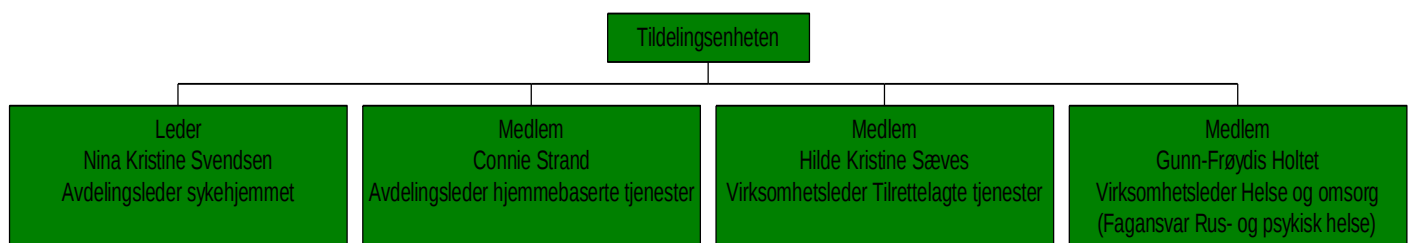
Avdelingsleder sykehjemmet peker i intervju på at tjenester innenfor området rus og psykisk helse, samt tildeling av kommunale boliger, ikke ligger til tildelingsenhetens ansvarsområde enda. Hun mener disse tjenestene også bør tildeles av tildelingsenheten. Det er planen at kommunale boliger på sikt skal inn i tildelingsenheten og det samme gjelder for psykisk helse og rus. Psykisk helse og rustjenesten i kommunen består av to personer og fungerer per dags dato som et lavterskeltilbud,

dvs. at det ikke tildeles tjenester gjennom enkeltvedtak. Psykisk helse og rus er organisert under NAV i Hurdal kommune, og NAV-leder sitter i Eidsvoll kommune. Denne ordningen er under vurdering/evaluering. Avdelingsleder peker videre på at det er viktig med tilstrekkelig kompetanse i tildelingssenheten på de ulike tjenesteområdene og at det kan være aktuelt med deltakelse fra psykisk helse og rus inn i tildelingssenheten om denne tjenesten på sikt skal tildeles i nevnte fora.

### 5.3 Tildelingssenheten

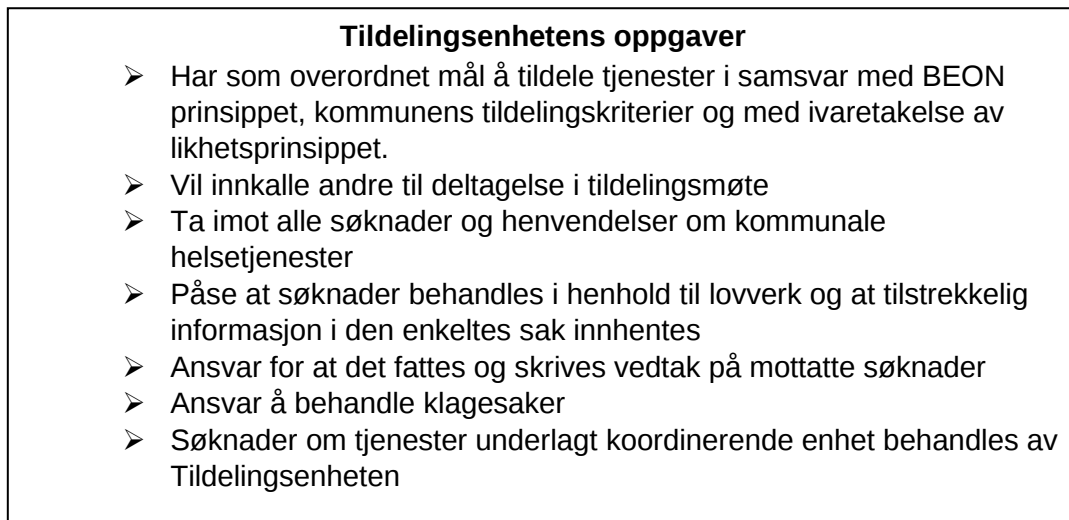
Tildelingssenheten i kommunen består av én leder og tre faste medlemmer som møtes ukentlig. Enhetens medlemmer er virksomhetsledere og avdelingsledere innen helse- og omsorg og tilrettelagte tjenester. Enheten kaller inn andre til deltakelse i tildelingsmøte etter behov (intervju virksomhetsleder 07.06.21, avdelingsleder 15.06.21).

**Figur 4 Organisasjonskart tildelingssenheten, Hurdal**



Kilde: Hurdal kommune 2021b

Tildelingssenheten har som oppgave å ta imot alle søknader og henvendelser om kommunale helsetjenester fra kommunens innbyggere. Videre skal enheten påse at søknader behandles i henhold til lovverk og at tilstrekkelig informasjon i den enkelte sak innhentes. Tildelingssenheten er ansvarlig for at det fattes og skrives vedtak på mottatte søknader. Enheten har som overordnet mål å tildele tjenester i samsvar med BEON-prinsippet, kommunens tildelingskriterier og med ivaretagelse av likebehandlingsprinsippet. Det er også tildelingssenhetens ansvar å behandle klagesaker (Hurdal kommune 2021g).

**Figur 5 Tildelingsenhetens oppgaver**

Kilde: Hurdal kommune 2021g

Virksomhetsleder helse og omsorg opplyser i intervju om at tildelingsenheten møtes hver tirsdag. Avdelingsleder sykehjemmet mener at det er viktig at Hurdal har en egen tildelingsenhet, og at medlemmene av tildelingsenheten er lederne for de ulike tjenestene som har god oversikt over tjenestebehovet. Avdelingsleder mener at dagens organisering er fornuftig for Hurdal kommune. Hun peker på at å ha en tildelingsenhet som ser hele tjenestetilbudet under ett, og med kriterier for tildelingen, er viktig for å ivareta likebehandlingsprinsippet. Det er i tillegg hensiktsmessig at det er noe distanse mellom den som tildeler tjenesten og den som skal utføre tjenesten.

#### 5.4 Prosedyre for saksbehandling ved tildelingsenheten

Revisjonen har fått oversendt prosedyren for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester ved tildelingsenheten i Hurdal kommune. Prosedyren er godkjent av virksomhetsleder for helse og omsorg og virksomhetsleder for tilrettelagte tjenester, og blir brukt av medlemmene i tildelingsenheten (e-post fra virksomhetsleder helse og omsorg, mottatt 1.9.21). Det går frem av prosedyren at hensikten med denne er å sikre effektiv og korrekt behandlingen av søknaden om helse- og omsorgstjenester i samsvar med kommunens tildelingskriterier, lovverk og likebehandlingsprinsipper. Det skal samtidig gjøres faglige og individuelle vurderinger i hver enkelt sak og brukermedvirkning skal ivretas. Tilstrekkelige opplysninger skal innhentes for å vurdere søknader riktig. Virksomhetsleder helse og omsorg og leder ved tildelingsenheten er ansvarlige for at prosedyren er etablert, holdes ved like og følges opp. I tillegg er leder ved tildelingsenheten ansvarlig for at prosedyren er kjent og følges ved vurdering av innkomne søknader og klager. Tildelingsenheten er ansvarlig for tildeling av tjenester etter lovverk, og virksomhetsledere og avdelingsledere er ansvarlig for utførelse av helse- og omsorgstjenestene som berøres av denne prosedyren.

Prosedyre for saksbehandling ved tildelingsenheten, hvor deler av prosedyren er gjengitt i tabell 3 under, inneholder videre rutiner for gjennomføring av saksbehandling, mottak av henvendelser eller søknad om tjenester, saksutredning, vurdering, vedtak, betaling for tjeneste, revurdering av vedtak og klagebehandling, samt hvem de ansvarlige er for hvert trinn. I tillegg til rutiner for gjennomføring, er det beskrevet hvilke maler, sjekklister, skjema o.l. som brukes i denne prosedyren, og hvor malene er

å finne. Det er oppgitt i prosedyren at dokumenter som produseres ved gjennomføring av prosedyren skal lagres «evig», og arkiveres i CosDoc, elektronisk i pasientjournal og/eller papir i pasient/brukers mappe i arkivskap på Hurdal sykehjem.

**Tabell 1 Prosedyre for saksbehandling ved tildelingsenheten i Hurdal**

### 3 Gjennomføring

Trinn	Aktivitet, handling, beskrivelse	Ansvarlig
1	<p><b>Motta henvendelse eller søknad om tjeneste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Avklar om det er en reell søknad eller en generell henvendelse som kan besvares uten vedtak.</li> <li>b) Avklar om søknaden er sendt riktig oppholdskommune.</li> <li>c) Skriftlig søknad registreres og skannes med evt. vedlegg i Cosdoc.</li> <li>d) Muntlig søknad må dokumenteres i CosDoc av representant for Tildelingsenheten.</li> <li>e) Søknad fordeles til saksbehandler.</li> <li>f) Avklar habilitet.</li> <li>g) Avgjør om henvendelsen/søknaden er en hastesak.</li> <li>h) Iverksett umiddelbare tiltak hvis aktuelt.</li> <li>i) Send forhåndsvarsel dersom kommunen av eget initiativ ønsker å endre tiltak/tjenester. Parten skal gis mulighet til å uttale seg før det fattes nytt vedtak.</li> <li>j) Avklar hvem som er part, eller har rett til å representere søker. En eventuell fullmakt skal fremlegges skriftlig.</li> </ul>	Tildelingsenheten/saksbehandler
2	<p><b>Saksutredning</b></p> <p>Innhent og kartlegg relevante opplysninger i saken som grunnlag for avgjørelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Send foreløpig svar snarest mulig dersom det vil ta lengre tid enn 4 uker å fatte vedtak. Foreløpig svar skal inneholde informasjon om når saken kan forventes ferdig behandlet.</li> <li>b) Innhent relevante opplysninger fra søker selv, lege og andre aktuelle instanser. Søker må samtykke til at opplysninger innhentes og gis.</li> <li>c) Gjennomfør vurderingsbesøk/kartleggingssamtale ved behov.</li> <li>d) Foreta IPLOS - vurdering</li> <li>e) Kartlegg relevante rettskilder, finn riktig lovhjemmel og aktuelle kriterier.</li> </ul>	Tildelingsenheten/saksbehandler

Kilde: Hurdal kommune 2021f



## 6 RISKOVURDERINGER

Å vurdere risiko i en virksomhet er en kontinuerlig prosess der man må gjøre jevnlige kartlegginger og vurderinger av hva som kan gå galt i virksomheten. Gode risikovurderinger er en viktig del av en velfungerende internkontroll.

Både ledere på ulike nivåer i virksomheten og politiske ledelse vil ha behov for å følge utviklingen av vesentlige risikoer. Det skjer kontinuerlig endringer internt og eksternt som påvirker virksomhetens risikobilde. Derfor vil det regelmessig være behov for å overvåke eksisterende risikoer, etablere nye tiltak eller justere eksisterende tiltak.

I dette kapittelet legges følgende problemstillinger med tilhørende revisjonskriterier til grunn:

Problemstilling 2 og 4	Revisjonskriterier
Gjennomføres det systematiske risikovurderinger for sykehjemmet og hjemmetjenesten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal ha rutiner som beskriver hvordan risikovurdering på enhetsnivå skal gjennomføres og følges opp.</li> <li>➔ Kommunen skal gjennomføre risikovurderinger systematisk, dvs. jevnlig og i henhold til rutinene.</li> </ul>
I hvilken grad rapporteres det fra sykehjemmet og hjemmetjenesten til administrativ ledelse og folkevalgte om <b>risiko</b> og avvik?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen bør rapportere jevnlig om risiko for svikt og avvik til administrativ ledelse og de folkevalgte.</li> </ul>

### 6.1 Systematiske risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten

Revisjonen har bedt om å få oversendt rutiner og prosedyrer for gjennomføring av risikovurderinger, men får oppgitt av administrasjonen at det foreløpig ikke foreligger noen slike rutiner. Virksomhetsleder helse og omsorg og avdelingsleder sykehjemmet opplyser i intervju at det ikke gjennomføres systematiske og dokumenterte risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten per dags dato. Dette ønsker man å komme i gang med på sikt, men å få implementert avviksmodulen blant de ansatte har vært prioritert. Virksomhetsleder peker på at dette er en mangel, og at hun oppfatter det som viktig å få implementert en risikotankegang blant både ledere og ansatte.

#### 6.1.1 Identifisering av risiko i praksis

På grunn av små forhold i Hurdal kommune, peker virksomhetsleder helse og omsorg i intervju på at det likevel er mulig å ha god kontroll og oversikt over hvor risikoen ligger. Virksomhetsleder oppgir at hun er tett på tjenestene, og slik kan hun fange opp risikoområder, blant annet gjennom følgende møtepunkt:

- Virksomhetsleder deltar i fast møte med fysio/ergo, der nye henvisninger, avsluttende saker etc. blir gjennomgått. Fast månedlig rapportering i et excel-ark hvor det er gjennomgang av saker, avsluttede og ventelister på fysio/ergo.

- Månedlige rapporteringer på antall sykehjemsplasser, langtidsplass, skjermet og korttidsplass og hjemmebaserte tjenester på antall som mottar hjemmesykepleie, hjemmehjelp, medisindispensere og trygghetsalarmer hver måned i leveårsutvalget.
- Virksomhetsleder er med på morgenrapporten (mandag til fredag) både på sykehjemmet og i hjemmesykepleien (ca.15 minutter på hvert sted).
- Personal- og avdelingsmøter der det blant annet kan være diskusjon om hvor det kan være behov for nye prosedyrer.
- Virksomhetsleder har møter med ansvarlig på kjøkkenet og deltar på personalmøtene for kjøkken og vaskeri.

Når det gjelder risikoområder i helse- og omsorgstjenesten ser virksomhetsleder at det er et forbedringspotensial når det gjelder korttidsopphold, i overgangen fra hjemmesykepleie og til sykehjem. Her er det behov for bedre informasjonsflyt.

Avdelingsleder sykehjemmet legger til at hun holder faste møter med verneombud og tillitsvalgte, og utover det blir det holdt tilleggsmøter dersom noe dukker opp. Avdelingsleder kommuniserer også løpende med de ansatte om eventuelle risikoområder.

Avdelingsleder hjemmebaserte tjenester forteller i intervju med revisjonen at det har blitt gjennomført risikovurderinger basert på prosjekt, som f. eks på alarmer og medisindispensere, men ellers gjennomføres det ingen systematiske risikovurderinger i avdelingen. Hun legger til at det er ca. 25 stillingshjemler i avdelingen (inkl. fysio- ergoterapitjenesten), og at hun som leder snakker med ansatte daglig. Avdelingsleders vurdering er at det er størst risiko for svikt når det gjelder medisiner. Det er for eksempel mange ansatte uten godkjent utdanning som er ute, og det er derfor et pålagt krav<sup>8</sup> om at de må ta medisinkurs. I vedlegg 1 vises risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for Medido medisindispenser i Hurdal kommune.

## 6.2 Risikomodule i TQM

TQM-rådgiver opplyser i intervju med revisjonen at det er planlagt å implementere risikomodule i TQM høsten 2021. Han mener at risikomodule i TQM kan fungere bra når det gjelder å jobbe videre med hendelser, avvik og tiltak. Han legger til at ROS-analyser er et eget fag, og at ansvaret knyttet til gjennomføring av disse analysene ligger hos virksomhetslederne. Nå gjelder det å strukturere arbeidet slik at det blir kontinuitet i dette.

## 6.3 Rapportering av risiko til administrativ ledelse og de folkevalgte

Ifølge virksomhetsleder helse og omsorg og avdelingsleder sykehjemmet er det så langt ikke rapportert på risikovurderinger til administrativ ledelse eller folkevalgte, med det pekes på at dette kan inkluderes i rapporteringen når virksomheten helse- og omsorg tar i bruk risikomodule i kvalitetssystemet TQM.

---

<sup>8</sup> I henhold til forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

## 7 AVVIKSHÅNTERING

Avvikshåndtering eksisterer parallelt med og supplerer den risikobaserte internkontrollen. Der risikokartleggingen fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring, altså i etterkant av eventuelle uønskede hendelser. Avvikshåndtering handler først og fremst om å lære av sine feil slik at risikoen i neste omgang blir mindre, og er derfor en viktig del av en levende internkontroll med oppmerksomhet på læring og forbedring.

I dette kapittelet legges følgende problemstillinger med tilhørende revisjonskriterier til grunn:

Problemstilling 3 og 4	Revisjonskriterier
Er det etablert et system for å avdekke og følge opp avvik på sykehjemmet og i hjemmetjenesten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering.</li> <li>➔ Kommunen skal ha system og rutiner for å avdekke brudd på helse- og omsorgslovgivningen og andre uønskede hendelser.</li> <li>➔ Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at avvikene blir gjennomgått systematisk, og at de brukes til å planlegge og forbedre tjenestene.</li> </ul>
I hvilken grad rapporteres det fra sykehjemmet og hjemmetjenesten til administrativ ledelse og folkevalgte om risiko og <b>avvik</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen bør rapportere jevnlig om risiko for svikt og avvik til administrativ ledelse og de folkevalgte.</li> </ul>

### 7.1 Mangel på rutiner/prosedyrer som grunnlag for å melde avvik

Virksomhetsleder helse og omsorg oppgir i intervju med revisjonen at helse- og omsorgstjenesten er i gang med å ta i bruk systemer for registrering av avvik. Samtidig peker både virksomhetsleder og avdelingsleder sykehjemmet på at det er en utfordring at tjenesten mangler prosedyrer på en del områder, og dermed mangler grunnlaget for å melde avvik. De peker videre på at det foreløpig heller ikke er gjort kjent noen skriftlig prosedyre for de ansatte som gir tilstrekkelig veiledning med hensyn til hvilke avvik som skal meldes. Avdelingsleder sykehjemmet mener at det er tidskrevende å bygge et internkontrollsystem fra bunn, med de rutiner og retningslinjer som bør ligge til grunn for arbeidet i tjenesten, og det er fortsatt mye som gjenstår å ferdigstille, godkjenne og legge inn i kvalitetssystemet TQM.

Revisjonen har bedt administrasjonen om å oversende rutiner/beskrivelse av hvordan aggregerte avvik benyttes/er tenkt benyttet for jevnlig å evaluere tjenestene til de eldre som en del av

dokumentbestillingen, men noen slik dokumentasjon er ikke oversendt revisjonen. Ifølge aktivitetsplan i tabell 2 under har virksomheten helse og omsorg startet prosessen med å revidere prosess og prosedyre for hendelsesbehandling/avviksbehandling, og har planer om å revidere alle prosedyrene innen 1.3.22. Hittil er virksomheten ferdig med å dokumentere 23 prosedyrer som vist i tabell 3.

**Tabell 2 Aktivitetsplan for TQM i Hurdal kommune**

Aktivitetsplan		Status:			
<b>TQM i Hurdal kommune</b>		1=ihht til plan, 2=forsinkelser, 3=må følges opp tett			
Oppdatert: 22. april 2021		0=Opplæring, I=Informasjon			
Virksomhet/ ID	Hva og hvordan	Innen	Status	Kommentar til status	Ansvarlig
Helse og omsorg	Definere hvilke prosedyrer som skal dokumenteres - Eksisterende prosedyrer - Hente inspirasjon fra andre kommuner og andre kilder	01.11.2020		GJENNOMFØRT Dette arbeidet er nå i god gang og nye prosedyrer legges til hele tiden. Kartleggingen har startet men ingen total oversikt enda.	Gunn Frøydis
Helse og omsorg	Sikre opplæring for og involvering av alle ansatte inkl. hendelsesregistrering	01.12.2020		GJENNOMFØRT Ledere og medarbeidere var med på webinarer i november 2020. Dette må forsterkes da ikke alle var med	Gunn Frøydis
Helse og omsorg	Dokumentere definerte prosedyrer	01.12.2020		KONTINUERLIG PROSESS Se andre aktiviteter i denne handlingsplanen. Det ligger noen inne i TQM og nye er tilført. Et stykke igjen, det er avdekket en del mangler når det gjelder prosedyre for virksomheten.	Gunn Frøydis
Helse og omsorg	Revitalisere kvalitetsarbeidet i egen virksomhet	01.04.2021		GJENNOMFØRT Dette arbeidet er i full gang og opplæring er planlagt. Denne aktiviteten regnes derfor som	Gunn Frøydis
Helse og omsorg	Opplæring ledergruppen - 2 timer	28.04.2021		Planlagt	Torge
Helse og omsorg	Opplæring medarbeidere - 1 time	28.04.2021		Planlagt	Torge
Helse og omsorg	Opplæring medarbeidere - 1 time	05.05.2021		Planlagt	Torge
Helse og omsorg	Opplæring medarbeidere - 1 time	12.05.2021		Planlagt	Torge
Helse og omsorg	Involvere bedriftshelsetjenesten i arbeidet med å systematisere risikoarbeidet innen Helse og omsorg	15.05.2021		Dette arbeidet er startet	Gunn Frøydis
Helse og omsorg	Opplæring medarbeidere - 1 time	19.05.2021		Planlagt	Torge
Helse og omsorg	Opplæring medarbeidere - 1 time	26.05.2021		Planlagt	Torge
Helse og omsorg	Utarbeide prosess og prosedyre for tildeling av tjenester	30.05.2021		Startet	Nina
Helse og omsorg	Revidere prosess og prosedyre for hendelsesbehandling/avviksbehandling	30.05.2021		Startet	Ellen
Helse og omsorg	Innføring og opplæring i risikomodulen i TQM	30.10.2021		Ikke startet	Gunn Frøydis
Helse og omsorg	Revidere alle prosedyrer	01.03.2022		Ikke startet	Gunn Frøydis

Kilde: Hurdal kommune 2021a

**Tabell 3 Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert i virksomhet helse og omsorg, Hurdal**

Måleindikatorer		Status:		
TQM i Hurdal kommune		1=ihht til plan, 2=forsinkelser, 3=må følges		
Oppdatert: onsdag 21. juli 2021				
Virksomhet	Måleindikator	2021	2023	Nå
Barnevern	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	25	?	14
Eiendom og prosjekt	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	?	?	41
Helse og omsorg	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	?	?	23
NAV	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	14	?	14
Oppvekst	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	105	?	63
Plan og miljø	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	48	?	29
Stab	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	411	?	
Tilrettelagte tjenester	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	20	?	13
Utvikling og kommunikasjon	Antall prosedyrer som skal være ferdig dokumentert	16	?	5

Kilde: Hurdal kommune 2021h

Virksomhetsleder helse og omsorg peker i intervju med revisjon på at helse- og omsorgstjenesten er i en situasjon der lederne nå må bygge organisasjonen «fra bunnen». Det vil si at «bunnplanken» for internkontroll ikke er på plass og er under etablering, og det er ulik praksis blant de ansatte med hensyn til å dokumentere mm. Virksomhetsleder opplyser videre at det er etablert samarbeidsmøter i helse- og omsorgstjenesten for å jobbe med dette. Det blir holdt faste ledermøter hver onsdag fra kl. 09:00 – 11:00 med avdelingslederne. Fra kl. 09:00 – 10:00 deltar TQM-rådgiver (digitaliseringsansvarlig), og agendaen er TQM, avvikshåndtering og velferdsteknologi. Fra kl. 10:00 – 11:00 er agendaen for eksempel info fra møtene som virksomhetsleder har deltatt på, og generelle saker som for eksempel etiske retningslinjer, utarbeidelse av måltavle Helse og omsorg.

## 7.2 Prosedyrer for håndtering av avvik

Kvalitet- og internkontrollsystemet TQM ble lansert i Hurdal kommune i november 2020 (intervju TQM-rådgiver 14.06.21). Avvikshåndtering inngår som en del av dette kvalitetssystemet for å sikre helhetlig internkontroll i virksomheter. Den overordnede prosedyren for hendelses- og avviksbehandling ligger i TQMs dokumentmodul, som alle ansatte har tilgang<sup>9</sup> til. Det jobbes kontinuerlig med både forbedring

<sup>9</sup> Revisjonen har underveis i revisjonen hatt tilgang til dokumentmodulen i TQM.

av prosedyren og hendelsesregistrering, men etableringen av TQM er fortsatt i prosess. Prosedyren blir også hentet opp og brukt i opplæringen (intervju TQM-rådgiver 14.06.21). Tabell 6 nedenfor viser ulike trinn i denne prosedyren.

**Tabell 4 Overordnet prosedyre for hendelses- og avviksbehandling i kvalitetssystemet TQM**

Trinn	Aktivitet, handling, beskrivelse	Ansvarlig
1	<p><b>Begrense skaden</b></p> <p>Når en hendelse oppdages skal det om mulig/nødvendig settes i gang tiltak for å begrense skadeomfang (strakstiltak). Evt. i samarbeid med nærmeste leder.</p>	Den som oppdager hendelsen
2	<p><b>Registrere hendelse</b></p> <p>Deretter registreres hendelsen i kvalitetssystemet. Beskrivelsen bør være kort, gjengi saken og hva som skjedde. <b>MERK:</b> Ingen personopplysninger. Hendelsen skal journalføres hvis bruker/pasient er involvert.</p>	Den som oppdager og registrerer hendelsen
3	<p><b>Motta hendelse</b></p> <p>Hendelsen går automatisk til ansvarlig leder for den enheten/ virksomheten og prosess hvor hendelsen er registrert.</p> <p>Kontrollere at hendelsen er registrert i riktig system og på korrekt måte.</p> <p>Frist for lukking av hendelsen er 30 dager.</p> <p>Leder (prosessansvarlig) vil i kvalitetssystemet få e-post varsel ved overskridelse av frist. Øverste ledelse vil få oversikt over hendelser hvor frist er overskredet via beslutningsstøtte i kvalitetssystemet.</p>	Ansvarlig leder for enhet/ virksomhet (prosessansvarlig)
3	<p><b>Planlegge og etablere tiltak</b></p> <p>Som grunnlag for å beslutte tiltak, kan det gjennomføres en risikovurdering av sannsynlighet og konsekvens og en analyse av årsak. Dette må ofte gjøres i samarbeid med flere for å få frem fakta.</p> <p>Korrigerende tiltak besluttes og planlegges for å hindre gjentagelse av hendelsen, forebyggende tiltak for å hindre at mulig avvik oppstår.</p> <p>Innkomne forbedringsforslag vurderes og evt. tiltak igangsettes. Aktuelle prosedyrer etableres eller revideres.</p> <p>Saksbehandler for tiltak velges.</p> <p>Ett tiltak pr. oppgave som skal gjennomføres.</p>	Ansvarlig leder for enhet/ virksomhet (prosessansvarlig)
4	<p><b>Gjennomføre tiltak</b></p>	

Trinn	Aktivitet, handling, beskrivelse	Ansvarlig
	<p>Besluttede tiltak gjennomføres og dokumenteres.</p> <p>Saksbehandler kan være ansvarlig for å sette inn ytterligere tiltak, men det er leder som fortsatt er ansvarlig for hendelsen.</p> <p>Når det er nødvendig, skal etterkontroll av korrigerende og forebyggende tiltak gjennomføres. Dette for å vurdere om tiltakene er effektive. Hvis tilsiktet resultat ikke er oppnådd, må nytt tiltak gjennomføres. Prosessansvarlig er ansvarlig for gjennomføring av effektivvurdering. Prosessansvarlig kan gjøre dette selv eller legge oppgaven til saksbehandler.</p>	<p>Saksbehandler tiltak</p> <p>Ansvarlig leder for enhet/ virksomhet (prosessansvarlig)</p>
5	<p><b>Lukke hendelse</b></p> <p>Når alle tiltak er utført og vellykket, kan hendelsen lukkes.</p> <p>Alle hendelser blir arkivert og lagret i kvalitetssystemet (ivaretas automatisk).</p>	<p>Ansvarlig leder for enhet/ virksomhet (prosessansvarlig)</p>
6	<p><b>Status gjennomgang</b></p> <p>Statistikk over registrerte hendelser og oppfølging av disse skal regelmessig være et fast rapporteringspunkt i egnet lederforum i virksomheten. Hensikten er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å få dokumentert fakta for reelle hendelser</li> <li>• Å vurdere om omfang registrerte hendelser er representativt</li> <li>• Å avdekke negative trender eller risikoheftede forhold</li> <li>• Å få et beslutningsgrunnlag for ledere for prioriteringer av forbedringsområder</li> </ul> <p>Rapport over hendelser gjennomgås på ledelsens gjennomgang.</p>	<p>Ansvarlig leder for enhet/ virksomhet</p> <p>Rådmann</p>

Kilde: Hurdal kommune 2021d

### Hendelsesmodulen i TQM

Modulen i TQM som kalles hendelsesbehandling skal brukes av ansatte til å melde inn avvik som anonymiseres, og innmeldte avvik videresendes nærmeste ledere med personalansvar til behandling, oppfølging og lukking i etterkant. Grunnen til at avvikene i TQM må anonymiseres er at tilgangsstyring fungerer annerledes i TQM, dvs. flere har tilgang til å lese i TQM. Det er videre mulighet for å laste ned en applikasjon for mobile enheter. Dette gir ansatte som ikke jobber på egen kontor plass med pc lettere tilgang for å melde inn avvik fortløpende (Intervju TQM-rådgiver 14.06.21).

Administrasjonen har tatt i bruk to avvikssystem per dags dato, hendelsesmodulen i TQM som nevnt over og fagsystemet Cosdoc. Revisjonen har fått oversendt prosedyren for avvikshåndtering i disse to systemene, og prosedyren viser steg for steg hvordan man går frem til registrering og behandling av avvik i praksis. I denne prosedyren er avvik definert som hendelser som fører til en eller annen uheldig konsekvens for tjenestemottaker. Det kan for eksempel gjelde feilmedisinering, skade/nesten skade, utagering/vold og rutinesvikt/svikt på teknisk utstyr (rullestol e.l.). Hensikten med prosedyren er å sikre sikker oppfølging av brukere/pasienter, hindre gjentakelse og lære av feil, samt å sikre at

avvik blir registrert og behandlet på forsvarlig måte. Tabell 5 under viser hvordan ansatte skal skrive avvik ifølge prosedyren. Alle avvik som gjelder pasienter, skal føres både i Cosdoc og TQM. I TQM skal avviket anonymiseres.



Tabell 5 Prosedyre for avviksmelding i Cosdoc og TQM

Trinn	Aktivitet, handling, beskrivelse	Ansvarlig
01.	<p><u>Hvordan skrive avvik i cos doc:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gå inn på aktuell tjenestemottaker i Cosdoc</li> <li>• Journal</li> <li>• Registreringer</li> <li>• Ny reg.</li> <li>• Reg.type: Avvik</li> <li>• Velg type avvik</li> <li>• Skriv inn overskrift som beskriver avviket kort (VIKTIG) Eks; <i>Fall i trapp. Inntak feil medisin. Personløfter virket ikke el.l.</i></li> <li>• Før inn i tekstboksen</li> <li>• Lagre dokumentet, ikke godkjenne</li> <li>• Trykk hvitt dokument nederst på siden</li> <li>• Skriv ut dokumentet, obs ikke godkjenne, da dette gjøres i forbindelse med lukking av avviket</li> <li>• Avviksmeldingen, signert av tjenesteyter signeres og leveres avdelingsleder/arbeidsleder.</li> </ul>	Alle ansatte
02.	<p><b>Hvordan skrive avviket i TQM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klikk på Start knappen («vinduet» nederst i venstre hjørne på datamaskin)</li> <li>• Åpne TQM (under kvalitetssystem)</li> <li>• Logg in med kommunal e-postadresse og det passordet du bruker for å komme inn i Cos doc</li> <li>• Velg modulen Hendelsesbehandling (Grønn sirkel øverst til høyre på skjermen)</li> <li>• Velg Registrer ny hendelse (Øverst til venstre på skjermen)</li> <li>• Dokumenter hendelsen (anonymisert) i siden som kommer frem på skjermen og velg Lagre</li> </ul> <p><u>Behandling av avviket i etterkant:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avviket tas opp med tjenesteyter</li> <li>• Det utarbeides tiltak, og avdelingsleder/arbeidsleder lukker avviket i Cosdoc og TQM</li> <li>• Kopi av lukket avviksmelding, settes i brukerperm, og sendes virksomhetsleder.</li> <li>• Den som melder avviket skal få mail om eventuelle tiltak.</li> <li>• Lukket avvik blir tatt opp igjen på brukermøte, min. 3 ganger årlig, for å se om tiltaket fungerer.</li> </ul>	

Kilde: Hurdal kommune 2021e

**Opplæring av ansatte i TQM**

TQM-rådgiver oppgir i intervju med revisjonen at han som superbruker og prosesseier har fått egen kursing i TQM tidligere, og har vært med å utarbeide aktivitetsplan for implementeringen av TQM. Etter lansering av TQM i november 2020 ble det holdt opplæringer og webinarer. Det har blitt gitt oppgaver til ledere og ansatte knyttet til webinarerne som ligger tilgjengelig ute på nettet. Opplæringen pleier å vare i en times tid, og foregår hver onsdag for alle innenfor virksomhet helse- og omsorg, i grupper mellom åtte til tolv personer. Ifølge TQM-rådgiver er virksomheten i rute med opplæringen.

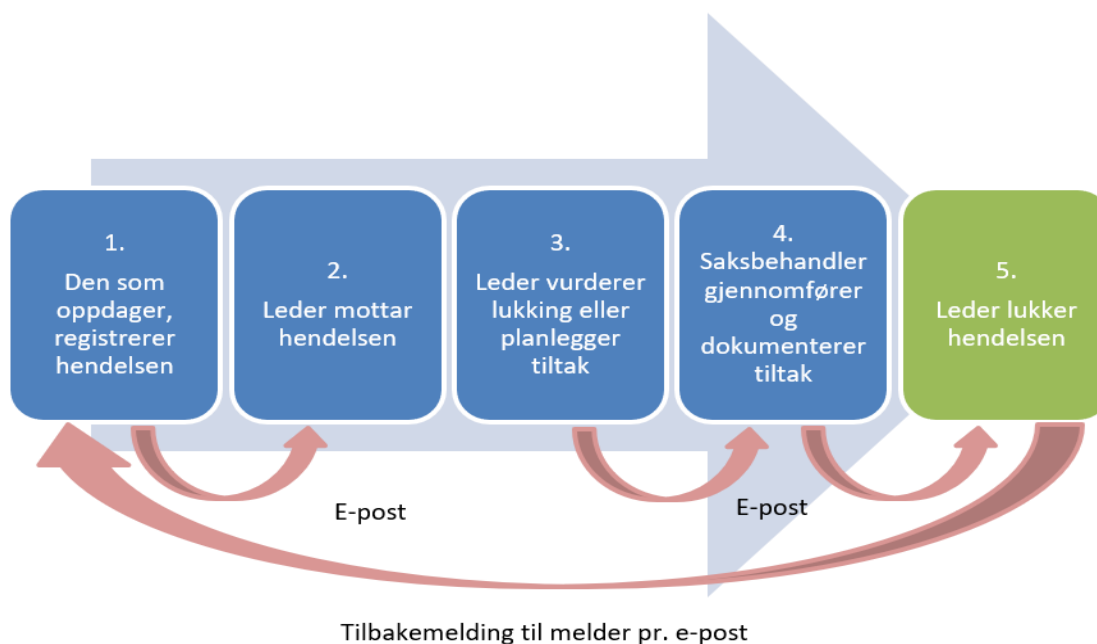
**Tabell 6 Opplæring i TQM - hendelses/avviksbehandling 2021**

<b>TQM - Hendelses/avviksbehandling 2021</b>				
Kursnavn	Tidspunkt	Kursholder	Ansvar	Deltagere
<b>TQM og hendelses/avviksbehandling</b>	28.04.2021	Torge Øverli	Torge Øverli	Ledergruppa i Helse og omsorg
<b>TQM og hendelses/avviksbehandling</b>	28.04.2021	Torge Øverli	Torge Øverli	Henviser til egen deltagerliste
<b>TQM og hendelses/avviksbehandling</b>	05.05.2021	Torge Øverli	Torge Øverli	Henviser til egen deltagerliste
<b>TQM og hendelses/avviksbehandling</b>	12.05.2021	Torge Øverli	Torge Øverli	Henviser til egen deltagerliste
<b>TQM og hendelses/avviksbehandling</b>	19.05.2021	Torge Øverli	Torge Øverli	Henviser til egen deltagerliste
<b>TQM og hendelses/avviksbehandling</b>	26.05.2021	Torge Øverli	Torge Øverli	Henviser til egen deltagerliste

Kilde: Hurdal kommune 2020a

TQM-rådgiver forteller at hele flyten i avvikshåndteringen i figur 4 er presentert i opplæringen til de ansatte, slik at medarbeidere skjønner at saken først videresendes til den nærmeste lederen, deretter innføres det tiltak. Til slutt får man en tilbakemelding på saken før saken avsluttes.

Figur 6 Behandlingsprosess for hendelser i kvalitetssystemet



Kilde: Hurdal kommune 2021e

TQM-rådgiver forteller at det er hittil opptil 50 personer som har deltatt i opplæringen. Dette er de med de største stillingsbrøkene. Ledergruppa har fått egen opplæring, og deres opplæring varte i en halv dag der det ble tatt en grundig gjennomgang av TQM. TQM-rådgiver har involvert lederne slik at de selv har vært med og designet avdelingens oppsett til TQM, før selve implementeringen startet. TQM-rådgiver oppgir at han får tilbakemelding om at ansatte som allerede har fått opplæring opplever TQM som enkelt å ta i bruk, og at opplæringen har vært bra.

TQM-rådgiver vil fortsette å repetere hendelsesmodulen i TQM for ansatte, og oppfordre de ansatte til å gå inn i applikasjon på telefon (der det er lettest å melde ifra om avvik og hendelser), slik at formålet med hendelsesmodulen oppnås. Det blir også undervist i hvordan man legger inn dokumenter, og hvordan man finner frem til prosedyrer. TQM-rådgiver peker i intervju på at planen for høsten 2021 er å kunne måle hvor lang tid det tar før en sak i TQM lukkes. Han ser det som viktig at ledere gir rask respons på innmeldte avvik, ellers vil det bli vanskelig å bygge opp en kultur for avviksinnmelding. Han mener også at per dags dato er antall innmeldte hendelser viktigere enn kvaliteten på hver enkel innmelding.

### Avvikshåndtering i praksis

Virksomhetsleder helse og omsorg oppgir i intervju med revisjonen at helse- og omsorgstjenesten er godt i gang med å ta i bruk hendelsesmodulen i TQM. De ansatte har hatt opplæring i avviksmodule i TQM og melder avvik, som følges opp og lukkes fortløpende av lederne. Tjenesten har hatt et annet avvikssystem tidligere, men dette har «ligget brakk» en tid. Avvik skal også meldes i Cosdoc der personvern for bruker ivaretas. Når avvikene meldes i TQM, må de anonymiseres. Virksomhetsleder oppgir at TQM skal evalueres minst en gang i året, og at det avholdes fast møte hver onsdag fra 09:00 -10:00 med kommunens ressurs- og kontaktperson for TQM, der TQM, avviksmodule og

velferdsteknologi er tema. De som deltar fast på disse møtene er virksomhetsleder og avdelingslederne fra sykehjemmet og hjemmebaserte tjenester.

Avdelingsleder hjemmebaserte tjenester peker i intervju på at ansatte har begynt å ta i bruk hendelsesmodulen i TQM, og hun anslår at det i snitt tar én til tre dager fra innmelding til ansatte får beskjed om at saken lukkes. Innmeldte avvik varsles automatisk i en e-post til leder fra TQM-systemet. Når det gjelder Cosdoc, får avdelingsleder ikke automatisk beskjed med mindre avvik varsles av ansatte gjennom en egen melding eller e-post, og det er kun leder som har tilgang til å lukke sak i Cosdoc. Dermed mener avdelingsleder at det blir lettere for leder å følge opp avvik raskt.

### 7.3 Rapportering av avvik

Administrasjonen har oversendt revisjonen oversikt over oppfølgingsstruktur i Hurdal kommune. I henhold til oversikten skal det rapporteres månedlig fra virksomhetslederne om status på kvalitetsarbeid i ledermøter med stab, hvor hendelser<sup>10</sup>, nye prosedyrer og opplevd nytteverdi blir tatt opp. Videre skal det følges opp av virksomhetsledere halvårlig om hendelser håndteres riktig og på en nyttig måte og rapporteres til rådmannen om dette arbeidet.

**Tabell 7 Oppfølgingsstruktur, Hurdal kommune**

Hva	Hvordan	Når	Fra	Til
<b>Status kvalitetsarbeid</b> - Hendelser - Nye prosedyrer - Opplevd nytteverdi	Ledermøte med stab	Månedlig	Virksomhetsledere	Kjetil
<b>Virksomheter og avdelinger har den kompetansen de trenger for å benytte TQM aktivt</b>	Ledermøter i virksomhetene	Halvårlig	Avdelingsledere/fagledere	Virksomhetsledere
<b>Revidering av prosedyrer gjennomføres</b>	Rapportering i distribuert mal	Årlig	Virksomhetsledere	Torge
<b>Hendelser håndteres riktig og på en nyttig måte for virksomhetene</b>	Ledermøte med stab	Halvårlig	Virksomhetsledere	Kjetil

<sup>10</sup> Revisjonen forstår det som at hendelser dreier seg om avvik.

Hva	Hvordan	Når	Fra	Til
Denne planen er levende	Oppdateres etter hvert ledermøte med stab	Månedlig	Torge	Kjetil

Kilde: Hurdal kommune 2021c

### Rapportering til administrativ ledelse

Avdelingsleder sykehjemmet opplyser at det blir holdt ukentlig ledermøter sammen med virksomhetsleder helse og omsorg, og avdelingsleder hjemmebaserte tjenester, der avviksrapporing tas imidlertid opp jevnlig. I tillegg blir det ofte løpende samtaler dersom det dukker opp noe. Avdelingslederne gjør en skjønnsmessig vurdering av hvilke avvik så må løftes opp til virksomhetsleder helse og omsorg, det foreligger ingen retningslinjer eller rutiner for rapportering av avvik som er henne bekjent.

### Rapportering til de folkevalgte

Ifølge virksomhetsleder helse og omsorg er det foreløpig ingen rapportering knyttet til risikovurderinger eller avvik, utover AML<sup>11</sup>-brudd som rapporteres månedlig til levekårsutvalget. Både virksomhetsleder og TQM-rådgiver peker på at HMS-plan skal opp til politisk behandling, og at det skal rapporteres årlig i henhold til HMS-plan, og det er tenkt at avvikshendelser fra TQM skal innlemmes i denne årlige avviksrapporingen til AMU (Arbeidsmiljøutvalget).

---

<sup>11</sup> Arbeidsmiljøloven

## 8 REVISJONENS VURDERING OG KONKLUSJON

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er på plass tilfredsstillende internkontroll som legger til rette for effektive og forsvarlige tjenester på sykehjemmet og i hjemmetjenesten i Hurdal kommune. Revisjonen har i denne undersøkelsen sett nærmere på om kommunen har fulgt opp kommunestyrets vedtak fra den 13.5.20 (PS 46/20) med å ferdigstille tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling, samt avklare organiseringen av arbeidet med tildeling av helse- og omsorgstjenester. Videre har revisjonen undersøkt om kommunen har på plass rutiner og systemer knyttet til risikovurderinger og avvik, som er sentralt for å sikre god internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Undersøkelsen viser at kommunen har fått på plass tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling. Videre har kommunen etter revisjonens oppfatning etablert en tildelingsenhet med tilstrekkelig avklart organisering. Samtidig går det frem av undersøkelsen at tjenester innenfor psykisk helse og rus, samt tildeling av kommunale boliger, fortsatt ligger utenfor tildelingsenhetens ansvarsområde. Revisjonen vil peke på viktigheten av å se tjenestemottagernes behov i sammenheng.

Videre har revisjonen undersøkt om kommunen har rutiner som beskriver hvordan risikovurdering på enhetsnivå skal gjennomføres og følges opp, og om kommunen utfører systematiske risikovurderinger som skjer jevnlig og i henhold til rutinene. Undersøkelsen viser at kommunen ikke gjennomfører systematiske risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten. Dette er etter revisjonens vurdering en grunnleggende svakhet i tjenestens internkontroll. Manglende systematiske risikovurderinger gjør det vanskeligere å være i forkant og identifisere områder for svikt som potensielt kan få alvorlige eller uønskede følger for brukere og pasienter. Samtidig vil revisjonen peke på at Hurdal er en liten kommune, noe som gjør det lettere for ledere å ha oversikt over tjenestenes virksomhet. I tillegg viser undersøkelsen at kommunen planlegger å implementere risikomodulen i TQM. Dette vil etter revisjonens vurdering kunne bidra til å styrke internkontrollen på dette området.

Revisjonen har også sett nærmere på om Hurdal kommune har system og rutiner for å avdekke uønskede hendelser, tiltak som sikrer at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering, og rutiner og tiltak som sikrer at avvikene som meldes kan benyttes som ledd i et planleggings- og forbedringsarbeid. Undersøkelsen viser at kommunen har to systemer der de ansatte skal melde avvik, fagsystemet CosDoc og kvalitetssystemet TQM, der sistnevnte system nylig er tatt i bruk. Det er imidlertid mangler når det gjelder felles rutiner og prosedyrer for arbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Revisjonen mener det er positivt at virksomheten er i gang med å implementere avviksmodule i TQM, men vil samtidig peke på viktigheten av felles, skriftlig nedfelte rutiner, slik at de ansatte melder avvik med utgangspunkt i en felles forståelse av praksis i tjenesten.

Undersøkelsen viser videre at det har blitt gjennomført opplæring i forbindelse med implementeringen av TQM, og at kommunen har prosedyrer for melding av avvik både i TQM og CosDoc. Det oppgis at avvikene gjennomgås systematisk, men revisjonen er ikke forelagt noe dokumentasjon som viser hvordan kommunen benytter avvikene for å planlegge og forbedre tjenestene. Revisjonens vurdering er at kommunen er godt i gang med å få på plass gode systemer og rutiner for å avdekke og følge opp avvik. Slik revisjonen oppfatter det står det imidlertid fortsatt igjen en del arbeid knyttet til å sikre

en felles forståelse av hvilke avvik som skal meldes, i tillegg til rutiner for å sikre at avvikene som meldes bidrar inn i kommunens arbeid med å planlegge og forbedre helse- og omsorgstjenestene.

Til slutt har revisjonen sett nærmere på rapportering av risikovurderinger og avvik. Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør rapportere jevnlig om risiko for svikt og avvik til administrativ ledelse og de folkevalgte. På grunn av manglende system og rutiner knyttet til å gjennomføre risikovurderinger i helse- og omsorgstjenesten har det så langt ikke blitt rapportert om risikovurderinger.

Når det gjelder rapportering av avvik til administrativ ledelse, viser undersøkelsen at det blir det holdt ukentlige ledermøter der avvik er et fast tema på agendaen. Det er foreløpig ingen rutiner eller praksis for å rapportere avvik utover brudd på arbeidsmiljøloven til de folkevalgte. Både virksomhetsleder helse og omsorg og TQM-rådgiver peker på at HMS-plan skal opp til politisk behandling og at data fra TQM skal innlemmes i denne årlige avviksrapporteringen til arbeidsmiljøutvalget.

På bakgrunn av dette er revisjonens anbefalinger at rådmannen for å ivareta kravene til god internkontroll bør:

1. sørge for at det i helse- og omsorgstjenesten kommer på plass rutiner og praksis for å gjennomføre systematiske risikovurderinger.
2. sørge for at det kommer på plass tilstrekkelige rutiner og retningslinjer for arbeidet i helse- og omsorgstjenesten, slik at de ansatte melder avvik på bakgrunn av en felles forståelse av hva som er riktig praksis i tjenesten.
3. sikre at avvikene som meldes i helse- og omsorgstjenesten benyttes i tjenestens planleggings- og forbedringsarbeid.

## 9 LITTERATUR- OG KILDELISTE

### **Lov og forskrift**

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) av 27. juni. 2003 nr. 792

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten av 28. oktober. 2016 nr. 1250

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 14. juni. 2019 nr. 21

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 19. juni. 2020 nr. 78

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 04. desember. 2020 nr. 134

### **Nasjonale veiledere, retningslinjer og annen litteratur**

Helsedirektoratet 2015. Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester, kriterier for tildeling av omsorgstjenester, Rapport IS – 2391

Veileder for saksbehandling tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven 2016

### **Kilder fra Hurdal kommune**

Hurdal kommune (2020a): Opplæringsplan helse- og omsorg 11.21

Hurdal kommune (2021a): Aktivitetsplan 22.4.21

Hurdal kommune (2021b): Organisasjonskart Tildelingsenheten 29.4.21

Hurdal kommune (2021c): Oversikt over oppfølgingsstrukturen 2021

Hurdal kommune (2021d): Prosedyre for hendelses- og avviksbehandling i kvalitetssystemet 2021

Hurdal kommune (2021e): Prosedyre for avvikshåndtering i CosDoc og TQM (tjenestemottaker) 2021

Hurdal kommune (2021f): Prosedyre for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester ved tildelingsenheten 2021

Hurdal kommune (2020g): Tildelingskriterier 21.7.21

Hurdal kommune (2020h): Kvalitetssystem TQM 2021

Hurdal kommune (2021i): ROS - Medido medisindispenser



### Intervjuføret og e-poster

Intervju virksomhetsleder helse- og omsorg 07.6.21

Intervju TQM-rådgiver 14.6.21

Intervju avdelingsleder sykehjemmet 15.6.21

Intervju avdelingsleder hjemmebaserte tjenester 16.6.21

E-post fra virksomhetsleder helse og omsorg, mottatt 1.9.21

### Nettsider

Framsikt (2021): <https://www.framsikt.net/kostra/Main> [15.6.21]

Kommunebarometeret (2021): <https://kb.kommunal-rapport.no/kommune/3037/sector/po> [18.8.21]

Statistisk sentralbyrå (SSB) Kostra nøkkeltall (2021):  
<https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/hurdal/helse-og-omsorgstjenester> [15.6.21]

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) (2021):  
<https://dfo.no/fagomrader/risikostyring/risikostyring-i-virksomhetsstyringen> [4.5.21].

Forsidefoto: Gerd Altmann fra Pixabay.com

# VEDLEGG 1: RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE ANALYSE FOR MEDIDO MEDISINDISPENSER

ROS - MEDIDO MEDISINDISPENSER I HURDAL KOMMUNE											
Oppdatert: 01.03.2021											
ID	Risikobeskrivelse	Konsekvens/ resultatbeskrivelse	Sannsynlighet		Sannsynlighetsbeskrivelse	Risiko	Tiltaksbeskrivelse	Konsekvens etter tiltak		Sannsynlighet etter tiltak	Gjenværende risiko
			Konsekvens	Sannsynlighet				Konsekvens	Sannsynlighet		
R11	Værder avtales uten at det sjekkes med bruker	Brukere får ikke tatt riktige medisiner til rett tid.	Moderat	Meget sannsynlig	Alle kjenner ikke til løsningen. Alle har heller ikke laget brukere.	12	- Sikre at alle har en bruker som de enkelt kan legge seg inn på (Connie) - Ny opplæring (Kristine) - Repetisjon av gjeldende prosedyrer (Kristine)	Alvorlig	Mindre sannsynlig	8	
R13	Kutter feil	Medisiner faller på gulvet og bruker får ikke riktig dose/ medisiner	Moderat	Meget sannsynlig	Har hatt store problemer med dette. Er forvirret av leverandør men opplever fortsatt å (Medido, opplever hver 14. dag)	12	- Ringer kundeservice hos Digipio som oppretter Medido (Kristine) - Test oppløsing av leverandør for å forebygge dette (Torge) - Ringer brukere de to påfølgende dagene etter feilaktning (Kristine) - Avslutter samarbeidet med Digipio (Torge)	Moderat	Meget sannsynlig	12	
R13	Værder mottas ikke på grunn av manglende mobildekning	Brukere får ikke tatt riktige medisiner til rett tid.	Moderat	Sannsynlig	Det er ikke alle steder i Hurdal som har god mobildekning. Vi har to telefoner som reduserer risikoen noe.	9	- Når mobilnett er nede reser vi ut til alle brukere slik vi har gjort tidligere (Connie) - Setter opp etablering til vakttelefon på Helsestunet (Kristine)	Alvorlig	Mindre sannsynlig	8	
R16	Mangelfull oppløsing anstotte	De som ikke er trygge "delegerer" alarmer til andre pleiere på vakt.	Moderat	Sannsynlig	Mange har glemt det de lærte på vår opplæringsdag.	9	- Ny oppløring så raskt som mulig (Kristine) - Repetisjon av grunnleggende bruk hver 3. uke måned (Kristine)	Alvorlig	Mindre sannsynlig	8	
R8	Pasient tar medisin fra Medido men tar den ikke selv	Kan få svært store konsekvenser for bruker	Alvorlig	Mindre sannsynlig	God oppløring og tanlegging av brukere før oppstart med Medido	8				0	
R19	Mangelfull oppløsing av bruker	Vi oppdager ikke når brukere velger å ikke ta medisinene. Bruker velger å pære medisiner og ta alle på en gang.	Alvorlig	Mindre sannsynlig	Er usikkert hos brukere hva slags eller hvor lite	8				0	

Kilde: Hurdal kommune 2021i