



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO

www.vefik.no

KUSEK IKS	
Mottatt	18.05.20
Reg.nr:	Saksbeh: JHF
Ark.kode P:	
Ark.kode S:	
J.nr:	12061
18:	1

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2019

*Saksbehandling ved tildeling
av institusjonsplass*

HAMMERFEST KOMMUNE

FORORD

Bakgrunnen for dette prosjektet er *Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020*, vedtatt av kommunestyret i Hammerfest den 15. desember 2016 (sak 140/16). Det framgår av planen at det skal utføres en forvaltningsrevisjon av Hammerfest kommune, Saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass.

Prosjektgruppa har bestått av forvaltningsrevisor Arnt Bjarne Aronsen som har vært prosjektleder og forvaltningsrevisor John Vidar Nordseth som har vært prosjektmedarbeider. Rapporten er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Viggo Johannessen og statsautorisert revisor/MPA som ekstern kvalitetssikrer Cicel T. Aarrestad

Våre informanter i kommunen har vært kommunalsjef Stina Løkke, virksomhetsleder Turid Forberg Løkke, virksomhetsleder Stine Bjørkly, fagutvikler hjemmetjenesten Anna Hansen, avdelingsleder Camilla Klausen og virksomhetsleder Marit Halvorsen.

Vi takker alle for et positivt samarbeid.

Alta, 15.mai 2020

Arnt Bjarne Aronsen
Prosjektleder/forvaltningsrevisor

John Vidar Nordseth
Prosjektmedarbeider/forvaltningsrevisor

Viggo Johannessen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Cicel Aarrestad
Ekstern kvalitetssikrer

INNHOLDSFORTEGNELSE

0 SAMMENDRAG	1
0.1 FORMÅLET MED PROSJEKTET	1
0.2 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJONER	1
ER HAMMERFEST KOMMUNES SAKSBEHANDLING VED TILDELING AV INSTITUSJONSPASS I TRÅD MED REGELVERKET?	1
0.3 ANBEFALING	2
1 INNLEDNING	3
1.1 PROSJEKTETS BAKGRUNN OG FORMÅL	3
1.1.1 Bakgrunn	3
1.1.2 Formål	4
1.2 PROBLEMSTILLINGER	4
1.3 REVISJONSKRITERIER	5
1.3.1 Kilder til kriterier	5
1.3.2 Utledning av kriterier	5
1.4 METODE	6
1.4.1 Datainnsamling	6
1.4.2 Avgrensing	6
1.4.3 Dataenes gyldighet og pålitelighet	6
2 ER HAMMERFEST KOMMUNES SAKSBEHANDLING VED TILDELING AV INSTITUSJONSPASS I TRÅD MED REGELVERKET?	8
2.1 HAR HAMMERFEST KOMMUNE ETABLERT RUTINER OG RETNINGSLINJER SOM SIKRER FORSVARLIG SAKSBEHANDLING VED TILDELING AV INSTITUSJONSPASS?	8
2.1.1 Revisjonskriterier	8
2.1.2 Data	8
2.1.3 Vurderinger	10
2.1.4 Konklusjon	11
3 HAR HAMMERFEST KOMMUNE ETABLERT ET SYSTEM SOM SIKRER FAGLIG FORSVARLIGE HELSETJENESTER?	12
3.1 HAR KOMMUNEN ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER FOR INTERNKONTROLL OG KVALITETSSIKRING I HENHOLD TIL LOV OG FORSKRIFT	12
3.1.1 Revisjonskriterier	12
3.1.2 Data	12
3.1.2.1 Generelt	12
3.1.2.2 Planlegging og gjennomføring	12
3.1.2.3 Evaluering og korrigerering	15
3.1.3 Vurderinger	16
3.1.3.1 Planlegging	16
3.1.3.2 Gjennomføring	16
3.1.3.3 Evaluering	17
3.1.3.4 Korrigerering	17
3.1.4 Konklusjon	18
3.2 HAR KOMMUNEN ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER SOM SIKRER FAGLIG KVALITET OG KOMPETANSE?	19
3.2.1 Revisjonskriterier	19
3.2.2 Data	19
3.2.2.1 Kompetansebehov	19
3.2.2.2 Oversikt over faglige kvalifikasjoner	20
3.2.2.3 Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling	20
3.2.3 Vurderinger	21
3.2.3.1 Kompetansebehov og faglige kvalifikasjoner	21

3.2.3.2 Kompetanseutvikling	22
3.2.4 Konklusjon	22
3.3 HAR KOMMUNEN ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER SOM SIKRER BRUKERNE FORSVARLIGE HELSETJENESTER?	23
3.3.1 Revisjonskriterier	23
3.3.2 Data	23
3.3.2.1 Tjenester som er tilpasset brukerens behov, sikrer brukerens medbestemmelse og koordineres og ytes etter individuell plan	23
3.3.3 Vurderinger	25
3.3.3.1 Tjenester som ivaretar brukerens behov	25
3.3.3.2 Brukerens rett til medbestemmelse	25
3.3.3.3 Koordinering og individuell plan	26
3.3.4 Konklusjon	26
4 KONKLUSJONER	27
PROBLEMSTILLING 1: ER HAMMERFEST KOMMUNES SAKSBEHANDLING VED TILDELING AV INSTITUSJONSPASS I TRÅD MED REGELVERKET?	27
PROBLEMSTILLING 2: HAR KOMMUNEN ETABLERT ET SYSTEM SOM SIKRER FAGLIG FORSVARLIGE HELSETJENESTER?	27
5 ANBEFALINGER	29
KILDER OG LITTERATUR	30
VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER	31
VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER	32
VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING	37

0 SAMMENDRAG

0.1 Formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet er todelt, på den ene siden å undersøke om Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass er i tråd med regelverket. På den andre siden å undersøke hvorvidt kommunen har etablert system og styring som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det eventuelt kan være muligheter for forbedringer.

0.2 Revisors vurderinger og konklusjoner

Er Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass i tråd med regelverket?

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og praksis ved behandling av søknader om institusjonsplass i kommunen. Hovedvekten i undersøkelsen er å se etter om det er etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling.

Hammerfest kommune har etablert rutiner som i all hovedsak sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass, har tatt i bruk IT-systemer og etablert rutiner som er tilfredsstillende i forhold til oppgaven.

Vi vil likevel bemerke at kommunens rutiner ikke sikrer at vurderinger av habilitet blir dokumentert. Det må også bemerkes at kommunen i flere av de enkeltsakene revisjonen har gjennomgått har unnlatt å informere søkeren om retten til innsyn i saksdokumenter.

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for intern kontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i helsesektoren. Formålet har vært å påse at det er etablert rutiner som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

Vår gjennomgang viser at helse- og omsorgssektoren har etablert rutiner som i hovedsak er i samsvar med lov og forskrift. Sektoren har etter revisjonens vurdering verktøy og rutiner som sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Det gjennomføres løpende evaluering og korrigerende av svakheter ved gjennomføring av tjenesten, men vi har problemer med å se at det er etablert en sammenheng mellom planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende som sikrer kvalitetsforbedring i tjenesten. Revisjonen vil bemerke:

- mangler ved planleggingen i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 6 a-g.
- mangler ved sektorens overordnede system for kvalitetsforbedring i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for å sikre faglig kvalitet og kompetanse i helse- og omsorgssektoren.

Vår gjennomgang viser at det er etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i sektoren.

Revisjonen vil imidlertid bemerke at det var satt i gang en prosess for å kartlegge sektorens behov for kompetanse sett i forhold til personalets faglige kvalifikasjoner. På tidspunkt for datainnsamling kom det fram at alle avdelingene ikke var kommet like langt. Tidsaspektet siden datainnsamling og avlevering av rapport tatt i betraktning legger vi til grunn at kartleggingen er fullført.

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

Revisjonen har gjennomført en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for å sikre brukerne forsvarlige helsetjenester. Vi har foretatt en gjennomgang av rutinene for å sikre at tjenestene er tilpasset brukernes behov og medbestemmelse, og om tjenestene ytes etter individuell plan.

Vår undersøkelse viser at det er etablert rutiner og prosedyrer som er egnet til å sikre brukerne forsvarlige helsetjenester.

Konklusjon:

Hammerfest kommune har etablert et system som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

0.3 Anbefaling

Med bakgrunn i de de funn og konklusjoner som går fram av denne undersøkelsen vil revisor anbefale at det etableres et overordnet styringssystem i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring bl.a. for å sikre helhetlig planlegging og at mål operasjonaliseres på avdelingsnivå. Videre bør det etableres rutiner som sikrer at habilitet dokumenteres vurdert og at det gis informasjon om innsyn for brukerne. Praksis i forbindelse med foreløpig svar bør vurderes innskjerpet.

1 INNLEDNING

1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for dette prosjektet er *Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020*, vedtatt av kommunestyret i Hammerfest den 15. desember 2016 (sak 140/16). Det framgår av planen at det skal utføres en forvaltningsrevisjon av Hammerfest kommune, Saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass.

Under behandlingen av plan for forvaltningsrevisjon har kommunestyret vedtatt at forvaltningsrevisjonen også skal ta for seg hvorvidt kommunen har etablert system og styring for å sikre at pasienter og brukere får faglig forsvarlige tjenester.

I kommunens plan for forvaltningsrevisjon sies det følgende om dette fokusområdet:

«I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen blant annet ha tilbud om plass i institusjon, herunder sykehjemsplass.¹ Rett til å få plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester inntreffer når kommunen ikke kan gi forsvarlig hjelp i hjemmet.²

Kommunestyret i Hammerfest vedtok i juni 2007 Plan for pleie- og omsorgstjenesten 2007-2014. I planen heter det blant annet at kommunen har forsøkt å dimensjonere tjenestene slik at det oppnås balanse mellom hjemmetjenester og plasser på institusjon.³ Det heter videre at det i tråd med samfunnsutviklingen er nødvendig å bygge ut et tilstrekkelig antall omsorgsboliger med gode tjenester, noe som vil bidra til en reduksjon i ventelister for institusjonsplass. Det heter også at «nedbygging av institusjonsplasser er i gang, og segregert særomsorg blir valgt bort til fordel for mer integrerte hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer».⁴ Samtidig sies det i planen at det ikke er tvil om at det fortsatt er et behov for sykehjemsplasser, at personer med behov for medisinsk pleie på et høyt faglig nivå trenger en sykehjemsplass, og at dette også skal ivaretas i fremtiden. Det har gått om lag ni år siden denne planen ble utarbeidet, noe som innebærer at de faktiske omstendigheter kan være vesentlig endret etter dette. Ifølge kommunens årsrapport for 2015 skal det igangsettes arbeid med ny helse- og omsorgsplan i løpet av 2016.⁵

Kommunens institusjonsbaserte tjenester er delt inn i langtidsopphold, korttidsopphold og dagopphold. Tjenestene er nærmere beskrevet på kommunens hjemmeside.⁶ Når søknad er mottatt har hjemmesykepleien ansvar for å foreta en vurdering av søkerens tilstand og behov.⁷ Dette gjøres ved hjemmebesøk hos søkeren. Etter vurderingen sender hjemmesykepleien søknaden videre til kommunens inntaksteam, som har ukentlige møter.

¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c).

² Helsetilsynet: <https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Rett-til-sykehjem/>

³ Hammerfest kommune; Pleie- og omsorgsplan 2007-2014, på side 4.

⁴ Hammerfest kommune; Pleie- og omsorgsplan 2007-2014, på side 17.

⁵ Hammerfest kommune; Årsrapport 2015, på side 50.

⁶ Hammerfest kommune; <http://www.hammerfest.kommune.no/tjenester-a-a.154707.no.html>

⁷ Hammerfest kommune; <http://www.hammerfest.kommune.no/institusjon-langtidsopphold.4758099-154707.html>

Vedtak om institusjonsplass (med en varighet over to uker) er å regne som enkeltvedtak. Dette betyr at reglene for saksbehandling (av enkeltvedtak) i forvaltningsloven skal følges i slike saker.⁸ Videre skal helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes være forsvarlige.⁹ Kommunes mål om mer hjemmebasert omsorg kan medføre fare for svikt i kommunens håndtering av søknader om sykehjemsplass.

Kontrollutvalget har i sak 4/2016 foreslått tildeling av institusjonsplass som et mulig fokusområde i overordnet analyse/plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020. Området er svært vesentlig sett fra et brukerperspektiv. Området er også vesentlig sett fra et omdømmeperspektiv. Det er ikke utført forvaltningsrevisjon på området tidligere. Det utføres statlig tilsyn på området. Det er ikke gjennomført statlig tilsyn de tre siste årene eller planlagt slikt tilsyn (per juni 2016).»

1.1.2 Formål

Formålet med prosjektet er todelt, på den ene siden å undersøke om Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass er i tråd med regelverket. På den andre siden å undersøke hvorvidt kommunen har etablert system og styring som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det eventuelt kan være muligheter for forbedringer.

1.2 Problemstillinger

Undersøkelsen vil bli gjennomført på bakgrunn av to hovedproblemstillinger vedtatt av kontrollutvalget 17.oktober 2018 (sak 14/2018). I tillegg har revisjonen utarbeidet fire underproblemstillinger, hoved og underproblemstillinger går framgår under. Kontrollutvalget behandlet rapporten foreløpig i sitt møte 21.1.2020 og ba om ytterligere informasjon om saksbehandlingstid, at habilitetsvurderinger legges inn i anbefalingene og at kapittel 2 funderes på et bredere datagrunnlag. Forholdene er innarbeidet i den endelige rapport.

Undersøkelsen vil ha følgende problemstillinger:

1. Er Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass i tråd med regelverket?
 - a. Har Hammerfest kommune etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass?
2. Har Hammerfest kommune etablert et system som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester?
 - a. Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?
 - b. Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?
 - c. Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

⁸ Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-7.

⁹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 4-1.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og Foreløpige vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

1.3.1 Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov av 2.oktober 1967 Behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven)
- Forskrift av 15.desember 2006 nr. 1456 (forvaltningsforskriften).
- Lov av 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lov av 20.juni 2014 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Forskrift av 12.november 2011 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).
- Forskrift 27.juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften).
- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Lokal forskrift av 19. oktober 2017 nr. 1737: Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem, Hammerfest.
- Prop. 91 L (2010-2011) til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.
- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester-Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017).
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (IS 1201).
- Veileder for saksbehandling etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 3-6 og 3-8.

1.3.2 Utledning av kriterier

På bakgrunn av det som er nevnt i vedlegg 2 kan det utledes følgende revisjonskriterier:

Har Hammerfest kommune etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass?

- Saken skal være forsvarlig utredet og krav til saksbehandlingstid overholdes
- Det skal være etablert rutiner for vurdering av habilitet.
- Det skal være skriftlig vedtak ved tildeling av plass for opphold i institusjon.
- Vedtaket skal være i henhold til regelverket
- Pasienten skal ha fått muligheten til å medvirke ved utforming av tjenesten.
- Pasienten skal ha hatt muligheten til å uttale seg før vedtaket.

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

- Rutiner for planlegging av tjenestene

- Rutiner for gjennomføring av tjenestene
- Rutiner for evaluering av tjenestene
- Rutiner for korrigerende av tjenestene

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten
- Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner
- Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

- Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukernes behov
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukernes medbestemmelse
- Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan.

1.4 Metode

1.4.1 Datainnsamling

Metode er samlebetegnelsen på de framgangsmåtene som benyttes for å samle inn og behandle data som kan gi svar på problemstillingene i en undersøkelse. Framgangsmåten i denne undersøkelsen vil være intervju og dokumentanalyse.

I dokumentanalysen har vi gjennomgått relevante og sentrale kommunale dokumenter, herunder økonomiplaner, årsmeldinger og handlingsplaner o.l. Videre har vi tatt for oss rutinebeskrivelser, planer, prosedyrer og retningslinjer. Vi har også foretatt gjennomgang av et utvalg enkeltvedtak fra brukermapper. Kontrollutvalget ba i møte den 21.1.2020 om at dette grunnlaget ble utvidet noe. Revisjonen har utdypet datagrunnlaget i den endelige rapport.

En nærmere redegjørelse for metode, framgangsmåte og kvalitetssikring framgår av rapportens vedlegg 3.

1.4.2 Avgrensning

Av både praktiske og ressursmessige grunner er det nødvendig å foreta en avgrensning av undersøkelsen. Undersøkelsen avgrenses til gjeldende praksis ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester.

Ut fra ordlyden i problemstilling nr. 1 skal vi gi en uttalelse om saksbehandlingen er i tråd med regelverket ved tildeling av institusjonsplass. Det er vår forståelse av problemstillingen at det er et spørsmål om å se etter at kommunen har systemer og verktøy for oppgaven og om det er etablert tilfredsstillende prosedyrer og rutiner med henblikk på en forsvarlig saksbehandling.

Når det gjelder problemstilling nr. 2 vil vi se etter at kommunen har en hensiktsmessig organisering av arbeidet innenfor helse- og omsorgstjenesten og at det er etablert betryggende rutiner og prosedyrer på området.

1.4.3 Dataenes gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at det skal være samsvar mellom formålet for undersøkelsen og de data som er samlet inn. Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige.

Gyldigheten av data sikres ved at data samles inn med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både den dokumentasjon som innhentes, hvem som intervjues og hvilke spørsmål vi stiller. Alle innsamlede data grupperes etter revisjonskriteriene.

Dataenes pålitelighet sikres gjennom intern kvalitetssikring, ved verifisering av data fra intervjuer og ved at undersøkte områder søkes belyst med data fra flere kilder. Dokumentasjonen som gjennomgås er kommunens interne dokumenter og må ansees å inneholde pålitelige data. Regnskapsdata og nøkkeltall for valgt periode er avlagte og offisielle. Dersom det viser seg at det kan knyttes usikkerhet til data som vurderes i denne undersøkelsen vil det bli gjort rede for dette i rapporten.

2 ER HAMMERFEST KOMMUNES SAKSBEHANDLING VED TILDELING AV INSTITUSJONSPLASS I TRÅD MED REGELVERKET?

2.1 Har Hammerfest kommune etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass?

2.1.1 Revisjonskriterier

- Saken skal være forsvarlig utredet.
- Det skal være etablert rutiner for vurdering av habilitet.
- Det skal være skriftlig vedtak ved tildeling av plass for opphold i institusjon.
- Vedtaket skal være i henhold til regelverket
- Pasienten skal ha fått muligheten til å medvirke ved utforming av tjenesten.
- Pasienten skal ha hatt muligheten til å uttale seg før vedtaket.

2.1.2 Data

Myndigheten til å fatte vedtak om tildeling av institusjonsplass i Hammerfest kommune er delegert til eget inntaksteam jfr. eget «reglement for inntaksteam» iverksatt 10.03.1999. Inntaksteamet ledes av rådgiver. I tillegg består inntaksteamet av kommunefysioterapeut, virksomhetsleder ved Rypefjord sykehjem og sykepleier fra hjemmetjenesten ved tildeling av korttids-/rehabiliterings og avlastningsplasser. Ved tildeling av langtidsplasser møter i tillegg faglig ansvarlig for helse- og omsorg og virksomhetsleder ved den avdelingen som har ledig plass.

Hammerfest kommune har utarbeidet egen forskrift om tildeling av opphold i institusjon (heretter kalt lokal forskrift) som trådte i kraft 01.07.2017. Formålet med forskriften er å sikre at pasienten får nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til lov og forskrift. Det er også et formål med forskriften «å klargjøre kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem eller tilsvarende bolig, samt beskrive hvordan pasienten skal ivaretas i ventetiden (§ 2)». Forskriften inneholder også en presisering hva man mener med langtidsopphold, omsorgsteam mv.

I forskriften § 4 står det: «Hammerfest kommune bruker lavest effektivt omsorgsnivå (LEON) og beste effektivt omsorgsnivå (BEON) som prinsipp ved tildeling av tjenester i omsorgstrappa.». Videre står det «Omsorgstrappa har tjenester på ulikt nivå der økende hjelpebehov møtes med økende og mer omfattende tjenestebehov av ulik art».

I store medisinske leksikon er LEON definert på følgende måte: «LEON er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten.» Av rapport IS-2391 heter det: «LEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser.» I St.meld.nr. 47 (2008-2009) er BEON definert som «... beste effektive omsorgsnivå»¹⁰. (Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå).

¹⁰ https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec2?q=BEON#match_1

Det går videre fram av Lokal forskriften § 4 at vurdering av behov for helsehjelp skjer via kartleggingsverktøyet IPLOS¹¹ og eventuelt andre hensiktsmessige utredningsverktøy.

I Hammerfest kommune ble det behandlet 39 saker om Re-/habilitering i institusjon, 34 saker om omsorgsbolig og 29 saker om langtidsopphold i sykehjem i løpet av 2018¹². Kirkeparken omsorgssenter er senter for institusjonsplasser i regi av Hammerfest kommune. Senteret inneholder både langtidsplasser og kort-tidsplasser. Av intervju fremkommer det at pasienter som kommer til institusjonsplasser ofte har en forhistorie i det kommunale omsorgsapparatet. Det er også kommet fram at hjemmetjenesten har god oversikt over brukers behov fordi «... vi allerede har besøkt og kartlagt situasjonen hjemme hos bruker -eller i institusjon». |

Helse- og omsorgssektoren i Hammerfest kommune anvender IT-systemet **Visma Omsorg Profil** i forbindelse med behandling av søknader om institusjonsplass. Systemet er tilpasset oppgaven og skal sikre at alle steg i saksbehandlingsprosessen blir ivaretatt i henhold til forvaltningslovens krav til forsvarlig saksbehandling, herunder at det er sendt foreløpig svar dersom saksbehandlingstiden er lang, at det foreligger skriftlig vedtak, at vedtaket er begrunnet og at det viser til lovhjemler, at det er gitt informasjon om klageadgang, klagefrist og fremgangsmåte og at det er gitt informasjon om retten til innsyn. Systemet sikrer også at saksbehandlingen sikrer pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om at søkeren skal ha fått uttale seg før vedtaket og at han har vært involvert i søknadsprosessen. Hammerfest kommune har tatt i bruk en modul med integrasjon mot IPLOS, slik at registrering av opplysninger i systemet skjer via **Visma Omsorg Profil**.

For å forsikre oss om at systemet fungerer slik som vi har fått beskrevet, har vi fulgt et utvalg av sakene gjennom søknads-/saksbehandlingsprosessen, for å undersøke om IT-systemet fungerer som forutsatt. I gjennomgangen har vi sett etter om *alle* lovbestemte krav til saksbehandling har blitt ivaretatt. Undersøkelsen viste at rutinene fungerte som forutsatt.

Forvaltningsorganet har plikt til «å påse at saken er så godt opplyst som mulig» før vedtak fattes. Dette innebærer en plikt til å fremskaffe alle opplysninger som er nødvendige for å treffe en riktig avgjørelse. Av de saker vi har foretatt gjennomgang av fremgår det en vurdering av søkerens helsemessige situasjon, boforhold, familieforhold mv.

Av vår undersøkelse er det kommet fram at det ikke er etablert skriftlige rutiner for vurdering av habilitet i prosessen med behandling av søknader om institusjonsplass. Under intervju er det blitt sagt at: «Når det gjelder habilitet i saksbehandlingen følges kommuneloven, men det finnes ikke nedskrevne rutiner om habilitetsvurderinger. Dersom det er pårørende i inntaksteamet, kan disse ikke delta i møtesaksbehandlingen».

Det foreligger skriftlig vedtak på bakgrunn av underskrevet søknad i de saker som er omfattet av vår undersøkelse. Saksgjennomgangen viser tilfeller av saksbehandlingstid på opptil en og en halv måned fra søknad til vedtak. Vi konstaterer at søkerne har mottatt andre helse- og omsorgstjenester og at det har foregått kartlegging og vurderinger av søkerens behov i saksbehandlingsperioden. I en av sakene har søkeren hatt opphold på sykehus og derfor ikke hatt umiddelbart behov for institusjonsplass i perioden.

¹¹ IPLOS er et register som inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune i perioden 2007- 2017.

¹² Utskrift fra «Profil», Saker gruppert på tjenestetype/sakstype av 10/4 2019.

I den grad søkeren selv ønsker det har han rett til innsyn i sakens dokumenter og forvaltningsorganet skal gi søkeren underretning om vedtaket og om fremgangsmåten ved klage.¹³ Det fremgår ikke av dokumentene vi har mottatt at det er rutine i Hammerfest kommune å gi informasjon om retten til innsyn i saksdokumenter. Dokumentene inneholder imidlertid underretning om vedtaket og informasjon om fremgangsmåten ved klage.

Som ledd i undersøkelsen har revisjonen innhentet informasjon fra fylkeslegen i Finnmark vedr. eventuelle klagesaker vedr. avslag på institusjonsplass. Vi fikk opplyst at det ikke forelå noen slike saker.

2.1.3 Vurderinger

Saken skal være forsvarlig utredet, pasientens situasjon skal være godt opplyst og relevante forhold skal være vurdert. Vår gjennomgang av saker viser at det foretas en vurdering av søkerens helsemessige situasjon, boforhold, familieforhold mv. Hele datagrunnlaget viser at nær sagt alle som får institusjonsplass, har en forhistorie i kommunens hjelpeapparat.

Det er revisjonens vurdering at kriteriet er oppfylt.

Vedtaket skal være i henhold til regelverket. Etter forvaltningslovens bestemmelser skal en søknad besvares uten ugrunnet opphold. Dersom søknaden ikke kan besvares uten at det vil ta uforholdsmessig lang tid skal det gis foreløpig svar. I vår undersøkelse er det kommet fram tilfeller hvor det har vært saksbehandlingstid på opptil 45 dager. Brukerne har imidlertid en forhistorie i kommunens omsorgsapparat og har mottatt kommunale helsetjenester. Tjenesten har derigjennom rimelig oversikt over søkerens helsemessige situasjon og det har i disse saker ikke vært behov for umiddelbare tiltak. Revisjonen er imidlertid av den oppfatning at det burde vært sendt foreløpig svar.

Enkeltvedtak skal grunngis og vise til de regler vedtaket bygger på. Vår systemtest viser at vedtak er begrunnet og viser til de bestemmelser det bygger på.

Det bør gis informasjon om retten til innsyn i sakens dokumenter, vår undersøkelse viser at det ikke er gitt informasjon om innsynsrett i alle de saker vi har gått gjennom. Det er derfor revisjonens vurdering at Hammerfest kommune kan ha forbedringspunkter når det gjelder forsvarlig utredning av søknader om plass i institusjon.

Det er revisjonens vurdering at kriteriet er delvis oppfylt.

Det skal være etablert rutiner for vurdering av habilitet. Saksbehandlers habilitet er et grunnleggende prinsipp innen forvaltningsretten. En tjenestemann er inhabil dersom han har en personlig tilknytning til saken. Det er kommet fram i intervju at det ikke er utarbeidet skriftlige rutiner for vurdering av habilitet, men at lovens krav overholdes.

Etter revisors vurdering har kommunen godtgjort at kriteriet er oppfylt.

Det skal være skriftlig vedtak ved tildeling av plass for opphold i institusjon. Vår systemtest viser at det er rutiner for skriftlig vedtak ved de tildelinger vi har gått gjennom.

¹³ Forvaltningslovens § 27

Det er vår vurdering av kriteriet er oppfylt.

Pasienten skal ha muligheter til å medvirke under utforming av tjenesten og ha fått muligheten til å uttale seg om vedtaket. På bakgrunn av informantenes beskrivelse og vår saksgjennomgang som viser at søkerne har skrevet under søknaden, er det vår forståelse at pasienten derigjennom har fått ivaretatt sine rettigheter under utforming av tjenesten.

Det er revisors vurdering at kriteriet er oppfylt.

Pasienten skal som hovedregel varsles før vedtak treffes og hatt muligheten til å uttale seg før vedtaket. Forhåndsvarsel er særlig viktig i tilfeller der pasienten allerede mottar tjenester og kommunen ønsker å endre det opprinnelige vedtaket. Forhåndsvarsel kan unnlates dersom det er åpenbart unødvendig. I det materialet vi har sett på har det ikke vært avvik mellom søknad og vedtak, av den grunn har ansett forhåndsvarsel som unødvendig.

2.1.4 Konklusjon

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens praksis ved behandling av søknader om institusjonsplass i kommunen. Vi har foretatt en gjennomgang av saker hvor formålet har vært å se om det er etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling.

Vår gjennomgang viser at Hammerfest kommune har etablert rutiner som i all hovedsak sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass og at kommunen har tatt i bruk IT-systemer og har rutiner som er tilfredsstillende i forhold til oppgaven.

Revisjonen vil imidlertid bemerke kommunens rutiner ikke sikrer at vurderinger av habilitet blir dokumentert. Det må også bemerkes at kommunen i flere av de enkeltsakene revisjonen har gjennomgått har unnlatt å informere søkeren om retten til innsyn i saksdokumenter. Det ble også avdekket et tilfelle med lang saksbehandlingstid hvor vi mener søker burde fått et midlertidig svar selv om pasienten mottok tjenester fra kommunens hjelpeapparat.

3 HAR HAMMERFEST KOMMUNE ETABLERT ET SYSTEM SOM SIKRER FAGLIG FORSVARLIGE HELSETJENESTER?

3.1 Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift

3.1.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal ha rutiner for planlegging av tjenestene
- Kommunen skal ha rutiner for gjennomføring av tjenestene
- Kommunen skal ha rutiner for evaluering av tjenestene
- Kommunen skal ha rutiner for korrigering av tjenestene

3.1.2 Data

3.1.2.1 Generelt

Helse- omsorgssektorens ansvar og myndighet går fram av kommunens delegasjonsreglement vedtatt av kommunestyret 9.juni 2016. Sektoren er underlagt styret for kultur, omsorg og undervisning og «... har det overordnede ansvar for alt som skjer innenfor området helse/omsorg ...»

Rådmannen er delegert myndigheten til å behandle og avgjøre enkeltsaker og saker som ikke er av prinsipiell betydning. Ifølge kommuneloven er det rådmannens ansvar å sørge for at kommunens drift skjer i samsvar med lover og forskrifter, og er gjenstand for betryggende kontroll.¹⁴

Videredelegasjon utøves på rådmanns vegne og ansvar, og er underlagt dennes kontroll og instruksjonsmyndighet. Av rådmannens delegasjonsreglement av 8.mai 2017 er kommunalsjefen delegert myndigheten å ivareta kommunens oppgaver etter lov (med tilhørende forskrifter) om helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven.

Ifølge sektorplanen for Hammerfest kommune ledes sektoren for helse og omsorg av kommunalsjefen. Sektoren er organisert i 8 virksomhetsområder som rapporterer til kommunalsjefen: Rypefjord sykehjem, Kirkeparken, Tjenesten for funksjonshemmede, Hjemmetjenesten, Ergo og fysioterapitjenesten, Legetjenesten, Rus og psykiatritjenesten og Kjøkkentjenesten.

I fag og forvaltningsenheten er stab og støttefunksjonene til sektoren organisert. Tjenesteområdene innenfor helse og omsorg ledes av avdelingsledere med budsjett og personalansvar for sine tjenesteområder.

3.1.2.2 Planlegging og gjennomføring

Kommunens årshjul¹⁵ for planlegging går fram av kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027. Mål og strategier for helse- og omsorgssektoren går fram av «Sektorplan for pleie- og omsorg Hammerfest kommune 2018-2022». Sektorplanen synliggjør felles mål og prioriteringer for

¹⁴ Kommuneloven § 23-2.

¹⁵ Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027 s.31.

helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Intensjonen med planen er at den vil legge grunnlaget for en helhetlig styring og ledelse av sektoren og være et verktøy for både politisk og administrativt nivå. Planen skal bidra til å tydeliggjøre sammenhenger mellom kommunens overordnede styringsinformasjon – mål og strategier, og den reelle utviklingen av og driften av tjenesteområdene i helse- og omsorgssektoren. Sektorplanen er overordnet, ikke en plan for å konkretisere de enkelte tjenesteområdene – det er virksomhetsplanene som skal sørge for det.

I sektorplanen har man lagt opp mål og strategier som dekker et bredt felt innenfor sektoren, herunder blant annet kompetanse, infrastruktur og velferdsteknologi. Planen synliggjør felles mål og prioriteringer for de tjenesteområdene sektoren omfatter.

Under intervju er det kommet fram at virksomhetsplanlegging er en innarbeidet del av rutineene i de deler av sektoren som omfattes av denne undersøkelsen. Under intervju har det blitt hevdet at: «Vi har egen virksomhetsplan, som favner kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Virksomhetsplanleggingen starter opp i desember, men blir vurdert og endret underveis ut fra forventninger om faglig kvalitet mv.».

Under intervju er det kommet fram at man ved utførelsen av den daglige virksomhet innenfor hjemmetjenesten har tatt i bruk Visma Omsorg Profil og Visma Mobil Omsorg. Ved Rypefjord sykehjem har man tatt i bruk Visma Profil, men ikke Visma Omsorg. Det samme gjelder for Kirkeparken. Fra kommunalsjefen får vi opplyst at Visma Omsorg er et verktøy for hjemmetjenesten og at det ikke vil bli tatt i bruk i institusjonene.

Visma Omsorg Profil er en elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren. Systemet inneholder alle sentrale funksjoner for saksbehandling, oppfølging av pasienter og administrativ oversikt for virksomhetene.

Visma Omsorg Profil er også et verktøy når det gjelder å dokumentere utførelse av tjenesten. Kommunalsjefen skriver har informert oss i en e-post at «Alle avdelinger og virksomheter dokumenterer skriftlig i «Profil». Når det er vaktskifter så leses rapporten opp til de neste som kommer på vakt. Rapporten blir derfor muntlig, men den er dokumentert skriftlig. Det er også noen avdelinger som tar utskrift av den skriftlige rapporten og leser fra selve utskriftdokumentet.»

I intervju har vi blitt fortalt at man arbeider med innføring av rutiner for skriftlig dokumentasjon, men at det i prosessen oppstår stadig nye utfordringer i forbindelse med tilstrekkelig dokumentasjon, for mye dokumentasjon og relevant dokumentasjon. Fra virksomhetsledelsens side blir det presisert at man «har fokus» på problemstillingen og at man «arbeider med saken».

Det går fram av programleverandørens hjemmeside at «Visma Mobil Omsorg er en bærbar fagløsning for kommunale pleie- og omsorgstjenester som gir tilgang på oppdaterte pasient/brukerdata og legger til rette for enkel kommunikasjon mot andre deltakere i en behandling, som fastlege og sykehus. Med mobile enheter kan hjemmehjelpere/sykepleiere lett kommunisere endringer i arbeidsplanen eller motta nye oppdrag mens de er «på farten». Informasjon om nye pasienter kan overføres uten at det er nødvendig å kjøre innom kontoret. Mobil Omsorg tilfredsstiller de strenge tekniske krav som stilles til sikker

informasjonshåndtering for mobile løsninger. Samtidig styrker den sikkerheten knyttet til pasientbehandling.»¹⁶

Det er under intervju kommet fram at «ansatte i sektoren har tilgang til VAR-Healthcare som er en nettbasert tjeneste for sykepleiefaglige prosedyrer». På tjenestens hjemmeside går det fram at VAR Healthcare er en oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten. I VAR Healthcare ligger oppdaterte fagprosedyrer, kunnskapsoppsummeringer til alle prosedyrer, tester og øvingsoppgaver og faglig tilleggsstoff. I Hammerfest kommune er VAR Healthcare integrert inn i fagprogrammet Visma Omsorg Profil slik at man kan hente prosedyrene fra fagsystemet. Ved ett tastetrykk kan en gå inn fra fagsystemet og søke på prosedyrer og opprette prosedyrer på tiltak der det er behov.

Regelverk og retningslinjer innen helse- og omsorgsområdet er ellers gjort tilgjengelig på helsedirektoratet sine sider. I tillegg kan det søkes støtte hos sektorens fag- og forvaltningsavdeling, kvalitetskonsulenten, kommuneadvokaten eller fylkesmannen ved behov.»

Definisjon på avvik er ifølge *Hammerfest kommune sin metodebok kapittel 15* definert som «... mangel på oppfylling av krav som stilles i henhold til lovverk, forskrifter, prosedyrer og instruksjer». Klage fra bruker kan også bli sett på som et avvik i den grad tjenesten ikke fyller krav i henhold til avtale/vedtak.

Ifølge kommunens metodebok kapittel 15 om avviksbehandling skal avvik rapporteres og registreres i kommunens system for avviksrapportering i Visma Profil Omsorg. Avviket skal analyseres og tiltak for å lukke avviket skal settes i verk. Avviksprosedyren skal oppdateres jevnlig. Organisasjonen må håndtere ulike typer avvik, dette gjelder avvik i forhold til HMS og det gjelder avvik i forhold til «pasientrettet behandling». Når det gjelder HMS-avvik benyttes systemet QM+.

Av metodeboken går det fram at «Den som oppdager avviket skal umiddelbart sette inn nødvendige tiltak for å begrense skadevirkninger og omfang og avviksrapport skal skrives samme dag som avviket ble oppdaget. Originalrapport skal overleveres avdelingsleder som på sin side skal avgjøre om avviket er av en slik karakter at det skal legges fram for kvalitetsutvalget. Ved pasientskader skal det alltid sendes kopi av rapport til kvalitetsutvalget.

Det er gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) innenfor sektoren, både når det gjelder overordnet nivå og på individnivå. Under intervju har det kommet fram at «Det er gjennomført ROS-analyse på vold og trusler, på skjermet avdeling og på enkeltpersoner på somatisk avdeling. Det har vært en del situasjoner som har gitt behov for risikovurdering på enkeltpersoner».

Det har også kommet fram at «Det har også vært gjennomført ROS-analyse på kommunenivå og på bygningsmessige forhold bl.a. på heis ved Rypefjord sykehjem. Her har det kommet fram under intervju at det ikke er etablert en vaktordning når gjelder drift og vedlikehold eller på IT-avdelingen.» Av våre informanter er det gitt uttrykk for at «dette vurderes å være en mulig risiko ved eventuell driftsstans».

Overordnet planverk på kommune- og sektornivå er administrativt behandlet, politisk vedtatt og derigjennom dokumentert. Rutiner i forbindelse med avdelingens drift er dokumentert

¹⁶ <https://www.visma.no/helse-og-omsorg/mobil-omsorg/>

gjennom rutinehåndbøker og rutinebeskrivelser knyttet til Visma Omsorg Profil og Visma Mobil Omsorg. Herunder finnes det rutiner for elektronisk pasientjournal, medikament-håndtering osv. Av produktbeskrivelsen for IT-systemene går det fram: «Profil ivaretar KITH's¹⁷ krav til Elektronisk Pasientjournal (EPJ), IPLOS, meldingsutveksling i henhold til ELIN-K¹⁸, Legefunksjonalitet og administrative rutiner for tjenestene.»¹⁹

3.1.2.3 Evaluering og korrigering

Ved intervju er det kommet fram at evaluering av tjenesten foregår daglig - og gjerne flere ganger om dagen i virksomhetene. Det er etablert en fast møtestruktur på avdelingsnivå og på sektornivå. Det blir hevdet at tjenesten er i kontinuerlig endring. Pasientenes tilstand kan endre seg fra dag til dag, utstyr og systemer bygges ut og forbedres og forventningene til pasientbehandling er stadig økende. Det er en utfordring å få ut informasjon ut til de ansatte. Det avholdes daglige morgenmøter, midt-på-dagen møter og det avlegges vaktrapport. Informasjon formidles via fagsystemer og e-post. Det avholdes avdelingsmøter, sonemøter, sykepleiermøter, saksbehandlingsmøter, ledermøter og personalmøter. Møtenes funksjon er å utveksle informasjon med tanke på å evaluere kvalitet i pasientbehandlingen.

Det er ikke kommet fram informasjon i intervju eller dokumentanalyse om det er etablert rutiner for rapportering oppover i systemet til rådmannen eller til politisk nivå. Det er heller ikke kommet fram informasjon som sier noe om det anvendes noen former for kvalitetsindikatorer i forbindelse med evaluering/rapportering.

I intervju har vi blitt informert om at kommunen er med i et prosjekt som er kalt «Det gode pasientforløp». Prosjektet handler om rutiner for samhandling mellom helseforetaket og kommunen. Etablerte rutiner blir evaluert og endringer foretatt med tanke på å skape en tryggere pasientbehandling.

Det skal etableres og gjennomføres et helhetlig system for styring av virksomhetens aktiviteter.²⁰ Vi har foretatt gjennomgang av virksomhetsplanlegging for Kirkeparken omsorgssenter og Rypefjord sykehjem. Virksomhetsplanene er bygget på ulike maler og har forskjellig innhold. Gjennomgang av intern kontroll er satt på sakskartet i forbindelse med virksomhetsplanlegging for Kirkeparken. Det går ikke fram av virksomhetsplanleggingen, referater fra ledermøter, personalmøter eller annen informasjon vi har fått tilgang til at det har vært foretatt en gjennomgang av tjenestens styringssystem med tanke på evaluering og korrigering.

Det går fram av metodeboken kapittel 15 at avvik skal lukkes og at det skal sendes automatisk melding til varsleren. Iverksatte tiltak skal evalueres.

I henhold til «avviksstatistikk pasientjournal» av 11.06.2019 har det forekommet 17 avvik i perioden 13.03.2019 – 11.06.2019 i «Distrikt PU-Boliger». Avvikene ligger innenfor type prosedyreavvik, medisinaavvik, rutineavvik og avvik fra tiltaksbeskrivelse. I henhold til rutinebeskrivelse A foretas det gjennomgang hver 4. uke av avdelingsleder og virksomhetsleder. Avvikene lukkes når de er korrigert.

¹⁷ Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren.

¹⁸ Elin-k er et prosjekt for utvikling av løsninger for elektronisk informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus.

¹⁹ Visma Omsorg Profil; produktbeskrivelse s.2.

²⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 3.

Fra fylkesmannen i Troms og Finnmark har vi innhentet følgende informasjon om avvik i forbindelse med «planlagte og hendelsesbaserte tilsyn»: «Det er tre områder som peker seg ut når det gjelder tilsyn utført av fylkesmannen i Finnmark mot helse- og omsorgstjenesten i Hammerfest kommune for perioden 2016-2018. Dette gjelder tjenesten for psykisk utviklingshemmede, hjemmebasert omsorg og det som er knyttet til kapasitetsproblemer ved utbygging av Kirkeparken. Fylkesmannen har gjennomført 8 planlagte tilsyn i løpet av 2017 og 2018. Det er påpekt lovbrudd i 5 av 8 tilsyn, fremdeles er ikke alle lukket. Påpekte avvik skyldes mangel kompetanse i tjenesten. Det har vært avholdt 5 hendelsesbaserte tilsyn mot hjemmetjenesten, i 2 tilsyn ble det påpekt lovbrudd og det ble gitt råd og veiledning i to andre tilsyn. Alle forhold er rettet opp, ingen av disse har medført påtale²¹».

Vi har fått opplyst i intervju at avvik lukkes etter vurdering, noen rutiner vurderes endret og klassifiseres forhold til innhold og kategori. Avviksmeldinger på pasientrelatert behandling og vold og trusler vurderes og utbedres, Kommunalsjefen opplyser i intervju at: «Vi har en del avvik i QM+ som ennå står åpne. Vi rapporterer kvartalsvis og årlig på avvik. Vi har noen avvik på kompetanse ved bruk av tvang, her er det et strengt regime innenfor området funksjonshemmede og Fylkesmannen håndhever regelverket strengt. Vi har godt samarbeid med Fylkesmannen».

3.1.3 Vurderinger

3.1.3.1 Planlegging

Kommunen skal ha rutiner for planlegging av tjenestene. Plikten til å planlegge innebærer at kommunen skal kunne beskrive mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det understrekes i veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620²² at blant annet pasient-, bruker og pårørendetilfredshet sammen med kvalitet og pasientsikkerhet er viktige parametere for god og forsvarlig ledelse. Ledelsen er ansvarlig for at målene blir «operasjonalisert på relevant nivå». ²³Hammerfest kommune har et omfattende planverk med kommuneplan, sektorplan ol. Planverket er tilfredsstillende på et overordnet nivå i forhold til lov og forskrift. Vi kan imidlertid ikke se at planverket fullt ut er operasjonalisert på avdelings og enhetsnivå.²⁴ I henhold til veilederen etterlyser vi for eksempel mål og planer i henhold til pasientsikkerhet, bruker og pårørendetilfredshet, håndtering av risiko osv.

Etter vår mening oppfyller Hammerfest kommune delvis kriteriet om planlegging av tjenestene på Helse- og omsorgssektoren.

3.1.3.2 Gjennomføring

Kommunen skal ha rutiner for gjennomføring av tjenestene. Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer at ledelsen skal sørge for at oppgaver, organisering og planer er kjent i sektoren og gjennomføres. Ledelsen skal mellom en rekke andre ting, sikre at sektoren «utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen».²⁵

²¹ Fylkesmannens formulering.

²² Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.12.

²³ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.13.

²⁴ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.13.

²⁵ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.29.

Helse- og omsorgssektorens oppgaver er kjent blant de ansatte, hensiktsmessig organisert og blir gjennomført etter faglige standarder. Det er utviklet og iverksatt nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Helse- og omsorgssektoren har gjennom bruk av moderne og sikre IT-systemer solide rutiner for behandling av pasienter og hjemmeboende.

Virksomhetens aktiviteter skal dokumenteres i Visma Omsorg Profil. Man har møtt på utfordringer i arbeidet med å sikre relevant og tilstrekkelig dokumentasjon av det arbeidet som gjennomføres og virksomheten har fokus på å møte utfordringene.

Etter revisors vurdering oppfyller Hammerfest kommune kriteriet om gjennomføring av tjenestene.

3.1.3.3 Evaluering

Kommunen skal ha rutiner for evaluering av tjenestene. Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer at virksomheten kontrollerer at oppgaver, planer og mål gjennomføres som planlagt og at gjennomføringen er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Det er ledelsens ansvar å «... sikre at vedtatte rutiner og ulike tiltak i virksomhetens systematisk følges opp, og at virksomheten evaluerer om de fungerer hensiktsmessig og som forutsatt. Det må vurderes om eksisterende ordninger og praksis er tilfredsstillende».²⁶

Det går fram av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8f at det skal foretas en gjennomgang av virksomhetens styringssystem minst en gang pr år. Hensikten er å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og at det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Det gjennomføres løpende evaluering av sektorens virksomhet og tjenester på ulike nivå som beskrevet i kapittelet ovenfor i denne rapport. Vi er imidlertid ikke blitt forelagt dokumentasjon som viser at det er etablert en rutine for evaluering av pleie- og omsorgssektorens styringssystem på et overordnet nivå. Ved mangelfull evaluering av sektorens styringssystem vil man gå glipp av informasjon om vesentlige sider av sektorens virksomhet som bidrar til kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Det skal etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon om for å kunne planlegge, gjennomføre og forbedre virksomhetens oppgaver.²⁷ Nasjonale kvalitetsindikatorer er et eksempel på relevant ekstern informasjon. Vi har ikke informasjon om at det er innhentet denne type informasjon i evalueringsprosessen, denne type informasjon kan være avgjørende for å lykkes i med forbedringsarbeid.

Etter vår mening oppfyller Hammerfest kommune delvis kriteriet om evaluering av tjenestene.

3.1.3.4 Korrigering

Kommunen skal ha rutiner for korrigering av tjenestene. Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer at uforsvarlige og andre lovstridige forhold rettes opp.

²⁶ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.42.

²⁷ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.14.

Plikten til å sørge for korrigerende tiltak må sees i sammenheng med plikten til å evaluere. I tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser skal det iverksettes korrigerende tiltak. Der det er avdekket svikt eller fare for svikt i tjenesten skal det foretas en vurdering av om rutiner og praksis er tilfredsstillende. Svakheter og feil skal rettes opp. Det er rutine i Hammerfest kommune for å foreta gjennomgang og lukke avvik.

Det er revisjonens vurdering at Hammerfest kommune har rutiner for å korrigere avvik.

3.1.4 Konklusjon

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i helsesektoren. Formålet har vært å påse at det er etablert rutiner som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

Vår gjennomgang viser at helse- og omsorgssektoren har etablert rutiner som i hovedsak er i samsvar med lov og forskrift. Sektoren har etter revisjonens vurdering verktøy og rutiner som sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Det gjennomføres løpende evaluering og korrigerende av svakheter ved gjennomføring av tjenesten, men vi har problemer med å se at det er etablert en sammenheng mellom planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende som sikrer kvalitetsforbedring i tjenesten. Revisjonen vil bemerke:

- mangler ved planleggingen i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 6 a-g.
- mangler ved sektorens overordnede system for kvalitetsforbedring i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4.

3.2 Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?

3.2.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten
- Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner
- Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling

3.2.2 Data

3.2.2.1 Kompetansebehov

Hammerfest kommune har utarbeidet «Strategiske kompetanseplan» av 20.2.2019. Formålet med planen er «å sikre at arbeidet med kompetanseutvikling i Hammerfest kommune skjer systematisk og i samsvar med identifiserte behov-nå og i framtiden.» Planen er utarbeidet med utgangspunkt i kommuneplanens samfunnsdel for 2015-2027. Planens mål og strategier er blant annet: «... videreutvikle kompetanse og rutiner som sikrer høy kvalitet i beslutningsgrunnlaget for investering og drift.».

Av sektorplanen for helse- og omsorg s.10 går det fram at sektoren har som mål å «Styrke fagkompetansen på områder der det kreves høyere grad av spesialisering». Det går videre fram av side 12: «Gjennom å styrke kvaliteten på arbeidet med rekruttering, relevant kompetanseutvikling og bruken av den kompetansen man totalt sett innehar i sektoren. Dette er avgjørende momenter for at helse og omsorgssektoren skal sikre rett kompetanse – til rett tid – på rett plass – i framtida. Det viktigste i forståelsen av å sikre at kompetanseutviklingen er relevant og at det rekrutteres rett kompetanse inn er:

- Forståelse av oppdraget på tjenesteområdene – hvorfor?
- Forståelse av hvilke roller som skal til for å oppfylle oppdraget
- Forståelse av hvilken kompetanse som er nødvendig for å fylle rollene og utføre oppdraget
- Kartlegge hvilken kompetanse sektoren trenger totalt sett
- Kartlegge hvilken kompetanse sektoren faktisk har
- Planlegge hvilken kompetanse som er nødvendig for framtidens tjenester
- Vurderer behov for tiltak for å sikre riktig kompetanse
- Rekruttere nødvendig kompetanse».

Og på side 9: «Det stilles større krav til medisinskfaglig oppfølging, sykepleiertjenester og tverrfaglig samarbeid. Det er behov for at flere av de ansatte tar spesialisering innenfor enkelte fagfelt, slik som kreft, demens, diabetes, psykiatri, atferdsproblematikk og miljøterapeutisk arbeid til personer med utviklingshemming. Det er viktig for å rekruttere og stabilisere ansatte at de får en god nok opplæring og kompetanse for å mestre de oppgavene de skal utføre. Det er et mål å rekruttere fagarbeidere, miljøterapeuter, vernepleiere og sykepleiere til alle vakante stillinger. Det må fortsatt satses på å utdanne og rekruttere fagarbeidere, og være en attraktiv lærebedrift samt å stimulere ansatte til å ta fagbrev innenfor eget yrke.»

Det er i intervju blitt understreket at «... kompetanse og faglige kvalifikasjoner er viktige.» Det er viktig med «... rett kompetanse på rett plass» og at man skiller mellom «... personlige og faglige kvalifikasjoner». Utfordringene kan vise store variasjoner på hver vakt. Hver pasient har sin historie, hver vakt må ha riktig kompetanse. Det kan i et tilfelle være behov

for respirator mens demens er utfordringen i et annet tilfelle. Hver vakt må planlegges og alle behov må fylles. Virksomhetsleder for hjemmetjenesten har i intervju forsikret om at «... fagsykepleier har oversikt over hva som kreves av kompetanse på hver vakt.» Fra en annen avdeling blir det hevdet at: «Vi har et stykke arbeid igjen med hensyn til å kartlegge behovet for kompetanse - mellom behov og det vi har.»

Det er blitt understreket i intervju at det er satt i verk et arbeid med å kartlegge behovet for kompetanse innenfor sektoren og «at man følger de nasjonale føringer som er satt og satser på å ha kompetanse i henhold til det.» Med nasjonale føringer menes de «kompetansekrav som stilles til kommunene når det gjelder videreutdanning og spesialisering i henhold til innføring av samhandlingsreformen» etter kommunalsjefens utsagn.

3.2.2.2 Oversikt over faglige kvalifikasjoner

Når det gjelder kartlegging av kompetanse er vi blitt forelagt dokumenter som viser en «oversikt over grunnkompetanse» innenfor helse- og omsorgssektoren pr. avdeling. Oversikten viser antall stillingshjemler innenfor ulike kategorier (f.eks. sykepleiere, helsefagarbeidere ol.). Vi er også blitt forelagt dokumenter som viser at det er foretatt kompetansekartlegging på individnivå som inneholder en oversikt over grunnutdanning, videreutdanning og kurs.

Alle vi har intervjuet understreker betydningen av kompetanse og at det legges ned et stort arbeid for å sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse. Virksomhetene har stort fokus på oppgaven og det er lagt ned et arbeid med å kartlegge formelle eksisterende kvalifikasjoner.

Det er blitt opplyst i intervju at tilgangen på faglært kompetanse i Hammerfest er god, nærværet av sykepleierutdanningen ved UIT bidrar til at kommunen kan rekruttere kompetent personale til vikariater og korttidsengasjementer i forbindelse med ferie og annet fravær.

Kommunalsjefen har også uttalt at: «Sammenlignet med andre kommuner har Hammerfest tilstrekkelig bemanning. Det har vært politisk vilje til å prioritere området, kommunestyret har ikke tatt nedskjæringer i bemanningen i Helse og omsorg. Helse og omsorg har vært et prioritert område og bare de to siste årene så ha sektoren økt med mer enn 30 årsverk».

3.2.2.3 Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling

Av kompetanseplanen går det fram at det er gjort et strategisk valg med hensyn til læringsmetode som betegnes som «arbeidsplasslæring». Metoden legger vekt på betydningen av uformell læring²⁸ og er kalt for «70-20-10». Modellen hevder at 70 % av det vi lærer skjer gjennom egne erfaringer i jobben, 20 % skjer gjennom eksponering fra andre. Kun 10 % lærer vi gjennom å utdanningsforløp eller kursdeltakelse.

Kommunens modell for kompetanseutvikling legger til grunn at det skal identifiseres et «gap» mellom personalets nåværende kompetanse og kommunens behov. Videre legges det til grunn at det skal iverksettes tiltak for å lukke «gapet» innenfor gitte rammebetingelser.²⁹

Av Strategisk kompetanseplan del «8 rutinebeskrivelser – kartlegging og prioritering» går blant annet det fram følgende: «Kartlegging gjennomføres årlig på individuelt nivå og på virksomhetsnivå. Leder er ansvarlig for gjennomføring.». I vedlegg 5 til kompetanseplanen er

²⁸ Strategisk kompetanseplan s. 10 av 20.

²⁹ Strategisk kompetanseplan, Hammerfest kommune 14.2.2019, s.4.

det lagt til grunn noen definisjoner som er sentrale i forbindelse med kommunens arbeid med kompetanseplanen, herunder kunnskaper, ferdigheter og holdninger mv. Lederkompetanse er definert på følgende måte: «Evne til å rettlede, motivere, utvikle, planlegge og organisere. Stimulere til kompetansemobilisering, fleksibilitet og innstas utover minstekrav.»

Hammerfest kommune har en rekke tiltak, planer og overordnede politikkdokumenter som skal stimulere til å rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere (2019). Her nevnes blant annet stipendordning for sykepleierstudenter, utdanningsstøtte/-lån og utdanningspermisjon for egne ansatte mv. Kommunens strategier for å beholde medarbeidere omfatter også tiltak for å øke stillingsstørrelser, karrieremessig utvikling, systematisk IA-arbeid og en hensiktsmessig seniorpolitikk. Det går også fram at Hammerfest kommune skal ha «en lønnspolitikk som stimulerer medarbeidere til relevant kompetanseheving.»³⁰

Det arbeides videre med kompetanseutvikling i forbindelse med kurs og møter, e-læring, og kunnskapsoverføring ansatte imellom. På noen områder har man egne instruktører. Det er kommet fram under intervju at det er stor interesse for videreutdanning. Det er også blitt påpekt at kompetanseheving ikke bare forekommer på kurs og tiltak, men at «det forekommer daglig kunnskapsdeling på huset kollegaene imellom også.»

Det er under intervju blitt uttalt at «... kompetanse og faglige kvalifikasjoner er viktige. Det er viktig med riktig kompetanse på rett plass, man skiller mellom personlig og faglig kompetanse.» Virksomheten har kjøpt tilgang til NHI³¹ hvor det finnes mange opplæringstiltak, og at man har en plan på ansattes behov og kursvirksomhet. Det er kommet fram at Fagsykepleier har oversikt over hva som kreves av kompetanse hos den enkelte pasient, hverdagen må planlegges med utgangspunkt i ulike behov hos pasienten.

I intervju med kommunalsjefen er det kommet fram at det på grunn av lav utdanningskapasitet i landsdelen har vært utfordringer med å rekruttere kvalifisert personale til tjenesten for funksjonshemmede og til tjenesten for Rus- og psykiatri. «Dette har medført at vi har opprettet egne utdanningsstillinger, hvor vi ansetter folk fast og vi legger til rette for at de kan ta utdanning. Dette har vi gjort for å få ansatte til å ta grunnutdanning i vernepleie og sykepleiere til å ta videreutdanning i psykiatri og geriatri».

Det kan nevnes at Hammerfest kommune er i ferd med å gjennomføre et opplegg for kompetanseheving innenfor tema aldring og helse «Demensomsorgens ABC» ifølge kommunalsjefen. Det ble første halvår 2019 gjennomført en samling på ca. 80 medarbeidere i samarbeid med Kvalsund og Loppa kommuner. Opplegget kan sammenlignes med en fagutdanning hvor deltakerne ved gjennomføring tildeles et kompetansebevis. Opplegget er et lønsmessig virkemiddel som er innarbeidet i lønnspolitisk plan i kommunen.

3.2.3 Vurderinger

3.2.3.1 Kompetansebehov og faglige kvalifikasjoner

Virksomheten skal ha oversikt over eget behov for kompetanse og personalets faglige kvalifikasjoner. Ledelsen må sørge for at sektoren har systemer og rutiner som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre sine oppgaver. «Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlige kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med

³⁰ Strategisk kompetanseplan, Hammerfest kommune 14.2.2019, s. 17 av 20.

³¹ Norsk Helseinformatikk.

riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning».³²

Det er satt i gang et arbeide med å kartlegge sektorens behov for kompetanse og personalets faglige kvalifikasjoner. Etter det vi har erfart har ikke alle avdelingene kommet like langt i arbeidet med kartlegging av eksisterende kompetanse.

Kriteriet er delvis oppfylt.

3.2.3.2 Kompetanseutvikling

Virksomheten skal ha rutiner for kompetanseutvikling.

Det er gjennom arbeidet med strategisk kompetanseplan lagt til rette for å utarbeide årlig handlingsplan for å utvikle kompetanse i virksomhetene. Hensikten er at planen skal være et hjelpemiddel for virksomhetene og vil kunne bidra til presis og målrettet etterutdanning. Når planen får «satt seg» er det grunn for å tro at den kan være et godt hjelpemiddel i forbindelse med å ha tilfredsstillende rutiner for kompetanseutvikling.

Det går fram av kommunens «modell for strategisk kompetanseutvikling»³³ at formålet med en kompetanseplan må være å dekke gapet mellom sektorens kompetansebehov og personalets faglige kvalifikasjoner.

Under innsamling av data til denne forvaltningsrevisjonen (mars-mai) kom det fram at avdelingene ikke var kommet like langt med kartlegging av eksisterende kompetanse sett opp mot behovet. Vi forutsetter imidlertid at arbeidet er fullført på det nåværende tidspunkt. Det er vår vurdering at Hammerfest kommune oppfyller kriteriet om kompetanseutvikling.

3.2.4 Konklusjon

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for å sikre faglig kvalitet og kompetanse i helse- og omsorgssektoren.

Vår gjennomgang viser at det er etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i sektoren.

Revisjonen vil imidlertid bemerke at det var satt i gang en prosess for å kartlegge sektorens behov for kompetanse sett i forhold til personalets faglige kvalifikasjoner. På tidspunkt for datainnsamling kom det fram at alle avdelingene ikke var kommet like langt. Tidsaspektet siden datainnsamling og avlevering av rapport tatt i betraktning legger vi til grunn at kartleggingen er fullført.

³² Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620, s.22.

³³ Strategisk kompetanseplan, Hammerfest kommune 14.2.2019, s. 4.

3.3 Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

3.3.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukernes behov
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukernes medbestemmelse
- Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan.

3.3.2 Data

Tildeling av plass/tjeneste skjer etter søknad. Saksbehandling skjer ved at inntaksteamet vurderer saksopplysningene og gir tilrådning ut fra dette, det kan være tilbud om tjeneste, venteliste eller avslag. Ved opptak av pasienter foretas det skriftlige vedtak i sakene. Omsorgstrappa legges til grunn.

Av rutinebeskrivelse «A.10.1 Retningslinjer for individuell plan» går det fram at en «individuell plan» tildeles etter søknad. Søknad kan fremmes både skriftlig og muntlig av tjenestemottakeren selv eller fra pårørende. Kommunen skal på selvstendig grunnlag vurdere behovet for individuell plan. Det går videre fram at «Tilsagn om individuell plan gir ingen selvstendig rett til tjenester og regnes ikke som enkeltvedtak».

I intervju er vi blitt informert om at Hammerfest kommune har gått til anvendelse av det nettbaserte IT-verktøy **Visma Flyt SamPro**. Sampro er et elektronisk verktøy som tilbyr utforming av individuell plan og tverrfaglig samarbeid rundt planen. SamPro er et samarbeids- og koordineringsverktøy for plantyper for mennesker med langvarige og sammensatte behov. Leverandøren opplyser på sin hjemmeside at Visma Flyt SamPro tilfredsstiller forskriftsmessige krav.

Vurdering av behov for helsehjelp foretas med bakgrunn av informasjon innhentet via IPLOS.

3.3.2.1 Tjenester som er tilpasset brukerens behov, sikrer brukerens medbestemmelse og koordineres og ytes etter individuell plan

I sektorplanen for helse- og omsorg (s.8) er medbestemmelse på systemnivå ivarettatt ved at man tar sikte på «å bygge opp møtearenaer for pårørende og brukerrepresentanter».

Det går fram av retningslinjene for individuelle plan i Hammerfest kommune at det skal oppnevnes koordinator i hver sak. Individuell plan skal utarbeides i et samarbeide mellom koordinator og planeier³⁴. Arbeidet med individuell plan anbefales organisert i ansvarsgruppe hvor brukeren og tjenesteapparatet deltar. Planen skal beskrive behovet i dag og i fremtiden hvor planeiers egne ressurser skal komme tydelig fram.

Søknad om individuell plan kan fremmes både skriftlig og muntlig av tjenestemottakeren selv - eller av pårørende. Det går fram av retningslinjer for individuell plan at: «En individuell plan er ikke et mål i seg selv, men et verktøy for samarbeid mellom tjenestemottakeren og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Individuell plan gir ikke rett til flere tjenester, men er et viktig premiss for å sikre brukermedvirkning i utforming, gjennomføring og evaluering av tjenestetilbudet».³⁵

³⁴ Brukeren er planeier i henhold til retningslinjene for individuell plan

³⁵ Retningslinjer for individuell plan i Hammerfest kommune.

Individuell plan er en overordnet plan og andre planer skal samordnes med denne. Det skal bare være én individuell plan som skal beskrive behovet for bistand og hvordan disse behovene skal møtes på en best mulig måte. Planeiers egne ressurser skal også komme frem. I arbeidet med planen skal det gjøres en avklaring av ansvar og roller mellom de ulike tjenesteyterne.

Fra Hammerfest kommunes hjemmeside kan man lese: «Personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Koordinatoren skal legge til rette for at planeieren selv deltar i arbeidet med sin individuelle plan, Dyktige og engasjerte koordinatore er avgjørende for å møte intensjonene til individuell plan».³⁶

På kommunens hjemmeside beskrives formålet med individuell plan som et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinatoren skal være en kontaktperson og ressurs i tjenesteapparatet som sikrer fremdrift i arbeidet med individuell plan og i ansvarsgruppen. Koordinatoren skal legge til rette for at planeieren selv deltar i arbeidet med sin individuelle plan, sikre god informasjon, følge opp, evaluere og oppdatere den individuelle planen sammen med de øvrige deltagerne i ansvarsgruppen.

Rollen som koordinator kan ivaretas av mange ulike profesjoner fra ulike sektorer i kommunen. I Hammerfest kommune ønsker man at rekrutteringen av koordinatore gjøres bredt, slik at oppgaven fordeles på en god måte mellom virksomhetene. Som koordinator får man en unik kompetanse med hensyn til ivaretagelse av brukermedvirkning og en god oversikt over samarbeidspartnere og systemer innenfor flere etater og nivåer. Dyktige og engasjerte koordinatore er avgjørende for å møte intensjonene til individuell plan, hvor retten ikke bare en plan, men en fast kontaktperson å forholde seg til.

Etter kommunalsjefens utsagn har sektoren til enhver tid 45-50 tilfeller med individuell plan. Fra hjemmetjenesten har vi fått informasjon om at man har hatt en del tilfeller med individuell plan, men «... at man pr dato ikke har noen brukere med individuell plan eller med koordinator. Tjenesten legger til grunn at man gjennom samarbeidsmøter med bruker vil man fange opp aktuelle behov. Nå har man gått mer over på samarbeidsmøter dersom pasienten har flere instanser inne i bildet. Der man tidligere hadde en individuell plan hadde man også en personlig koordinator, nå har kommunen en rehabiliteringskoordinator som deltar på samarbeidsmøtene mellom pasienten og de involverte instanser.»

I intervju med avdelingsledere ved sektoren er vi blitt informert om at man jobber med et prosjekt innenfor brukermedvirkning «Hva er viktig for deg?». Brukers medvirkning ivaretas bl.a. gjennom pasient- og pårørendemøter. Det er brukerens behov som legges til grunn for tilbudet, av den grunn foretas det «livshistoriekartlegging» av brukere. Av intervju fremkommer det at pasienter som kommer til institusjonsplasser ofte har en forhistorie i det kommunale omsorgsapparatet. Det er også kommet fram under intervju «at hjemmetjenesten har god oversikt over brukers behov fordi «... vi allerede har besøkt og kartlagt situasjonen hjemme hos bruker -eller i institusjon».

Under intervju med virksomhetsleder ved Kirkeparken og avdelingsleder for intermediærenheten har det kommet fram: «Brukers medvirkning ivaretas bl.a. gjennom pasient- og pårørendemøter. Vi har livshistoriekartlegging av brukere og vi har brukerkontakt

³⁶ <http://www.hammerfest.kommune.no/individuell-plan-koordinering-av-helse-og-omsorgstjenester-ogeller-sosialtjenester.303197.85t6f645.tct.html>

(frivillig valgt talsperson blant pårørende/brukere) for pårørende. Brukermedvirkning er aktuelt i tiden og vi har mange brukere uten samtykkekompetanse. Det stilles krav til samhandlingen med pårørende og vi forsøker også å få på plass verge der det er tjenlig».

Fra virksomhetsleder ved Rypefjord sykehjem får vi opplyst at det jobbes med brukermedvirkning og man reviderer bl.a. rutine for inntakssamtale. Fokus er «hvem er du, og hva er viktig for deg?» Hver beboer har en sykepleierkontakt og en primærkontakt. «Vi har pårørendemøter for den enkelte bruker og for brukerne samlet. Det har vært lagt ned et arbeide med å få til en funksjon som pårørendekontakt. Det har ikke vært enkelt å få noen til å påta seg funksjonen som pårørendekontakt. Det skal til enhver tid være en tjenesteyter – en koordinator som har ansvaret for fremdrift i planarbeidet. Planeieren skal selv delta aktivt i arbeidet med individuell plan og det skal være hans eller hennes egne mål som danner grunnlag for planen. Pårørende eller andre nærpersoener kan delta sammen med, eller på vegne av planeieren.».

Revisjonen har innhentet tre eksemplarer på individuell plan som inneholder informasjon om målet med planen inkludert aktiviteter, om søkeren selv og deltakerne i planen med ansvarsområde og kontaktinformasjon samt fagplaner mv. Alle tre eksemplarer inneholder informasjon om deltakelse fra planeier selv.

3.3.3 Vurderinger

3.3.3.1 Tjenester som ivaretar brukerens behov

Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukernes behov.

Kommunen har beste effektive omsorgsnivå som prinsipp for tildeling av omsorgstjenester.³⁷ Tjenestetilbudet skal gis ut fra brukerens reelle behov basert på kartlegging og faglig vurdering. Det faglige grunnlaget for vurdering av omsorgstjenester fremskaffes gjennom tverrfaglig vurdering i ansvarsgruppe, deltakelse av planeier og gjennomføres under ledelse av koordinator.

På bakgrunn av ovennevnte er det revisjonens vurdering at Hammerfest kommune oppfyller kriteriet om rutiner som sikrer brukerens behov.

3.3.3.2 Brukerens rett til medbestemmelse

Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukernes medbestemmelse.

Retten til medbestemmelse kan ivaretas på system- og individnivå.³⁸ På systemnivå innebærer det å invitere brukere/representanter for brukerne ved planlegging og utforming av tjenester. På individnivå betyr medbestemmelse at bruker gis reell innflytelse ved utformingen av sitt eget tilbud og i hverdagen når tilbudet gis.

I planverket for sektoren er medbestemmelse på systemnivå ivaretatt ved at man tar sikte på «å bygge opp møtearenaer for pårørende og brukerrepresentanter». Kommunalsjefen har i intervju sagt at «Det skal opprettes brukerutvalg på hvert enkelt tjenesteområde for å gi

³⁷ Lokal forskrift om tildeling av opphold i institusjon.

³⁸ Veileder om forskrift om kvalitet i pleie- og omsorg (IS 1201), Sosial og helsedirektoratet.

pasienten/pårørende innflytelse over egen hverdag.» Det arbeides også med å opprette brukerutvalg og pårørendekontakter ved de enkelte virksomhetene.

På individnivå ivaretas medbestemmelse ved at man har en rutine for innkomstsamtale for å bli kjent med pasienten. Ellers er kommunen deltaker i prosjektet «Hva er viktig for deg» hvor det er et poeng å få tak i pasientens «historie» for å bli bedre kjent med vedkommende. Tjenesten tar også initiativ til å skaffe pasienten verge i de tilfeller hvor det vil være behov for det.

Det er revisors vurdering at kommunen oppfyller kriteriet om brukers medbestemmelse.

3.3.3 Koordinering og individuell plan

Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir bruker som har langvarige og sammensatte behov rett til individuell plan og personlig koordinator. Det er kommunen som har ansvar for dette. Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomheten.³⁹ Enheten skal ha det overordnede ansvar for individuell plan, herunder å påse at det utarbeides rutiner for dette arbeidet og å veilede og lære opp koordinatorene. Etter vår vurdering har kommunen systemer og rutiner for å ivareta forpliktelsene som påhviler kommunen etter forskriftens bestemmelser.

Individuell plan eies av brukeren som er «planeier» og som skal være sentral under utarbeidelse av sin individuelle plan. Gjennomgang av innhentede individuelle planer gir dokumentasjon for at Hammerfest kommune har rutiner for å utarbeide individuell plan med deltakelse av tjenestemottaker.

Det er kommet fram under intervju at det ikke er noen med individuell plan under enheten for hjemmebasert omsorg, vi har imidlertid ikke informasjon om årsaken til dette er etter brukerens eget ønske eller om årsaken er mangler ved tilbudet ved enheten.

Det er revisjonens vurdering at Hammerfest kommune oppfyller kriteriet om individuell plan.

3.3.4 Konklusjon

Revisjonen har gjennomført en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for å sikre brukerne forsvarlige helsetjenester. Vi har foretatt en gjennomgang av rutinene for å sikre at tjenestene er tilpasset brukernes behov og medbestemmelse, og om tjenestene ytes etter individuell plan.

Vår undersøkelse viser at det er etablert rutiner og prosedyrer som er egnet til å sikre brukerne forsvarlige helsetjenester.

³⁹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6.

4 KONKLUSJONER

Problemstilling 1: Er Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass i tråd med regelverket?

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og praksis ved behandling av søknader om institusjonsplass i kommunen. Hovedvekten i undersøkelsen er å se etter om det er etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling.

Hammerfest kommune har etablert rutiner som i all hovedsak sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass, har tatt i bruk IT-systemer og etablert rutiner som er tilfredsstillende i forhold til oppgaven.

Vi vil likevel bemerke at kommunens rutiner ikke sikrer at vurderinger av habilitet blir dokumentert. Det må også bemerkes at kommunen i flere av de enkeltsakene revisjonen har gjennomgått har unnlatt å informere søkeren om retten til innsyn i saksdokumenter.

Problemstilling 2: Har kommunen etablert et system som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester?

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for intern kontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i helsesektoren. Formålet har vært å påse at det er etablert rutiner som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

Vår gjennomgang viser at helse- og omsorgssektoren har etablert rutiner som i hovedsak er i samsvar med lov og forskrift. Sektoren har etter revisjonens vurdering verktøy og rutiner som sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Det gjennomføres løpende evaluering og korrigering av svakheter ved gjennomføring av tjenesten, men vi har problemer med å se at det er etablert en sammenheng mellom planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering som sikrer kvalitetsforbedring i tjenesten. Revisjonen vil bemerke:

- mangler ved planleggingen i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 6 a-g.
- mangler ved sektorens overordnede system for kvalitetsforbedring i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?

Revisjonen har gjort en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for å sikre faglig kvalitet og kompetanse i helse- og omsorgssektoren.

Vår gjennomgang viser at det er etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i sektoren.

Revisjonen vil imidlertid bemerke at det var satt i gang en prosess for å kartlegge sektorens behov for kompetanse sett i forhold til personalets faglige kvalifikasjoner. På tidspunkt for datainnsamling kom det fram at alle avdelingene ikke var kommet like langt. Tidsaspektet

siden datainnsamling og avlevering av rapport tatt i betraktning legger vi til grunn at kartleggingen er fullført.

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

Revisjonen har gjennomført en undersøkelse av kommunens rutiner og prosedyrer for å sikre brukerne forsvarlige helsetjenester. Vi har foretatt en gjennomgang av rutinene for å sikre at tjenestene er tilpasset brukernes behov og medbestemmelse, og om tjenestene ytes etter individuell plan.

Vår undersøkelse viser at det er etablert rutiner og prosedyrer som er egnet til å sikre brukerne forsvarlige helsetjenester.

5 KONKLUSJON:

Hammerfest kommune har etablert et system som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

6 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i de de funn og konklusjoner som går fram av denne undersøkelsen vil revisor anbefale at det etableres et overordnet styringssystem i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring bl.a. for å sikre helhetlig planlegging og at mål operasjonaliseres på avdelingsnivå. Videre bør det etableres rutiner som sikrer at habilitet dokumenteres vurdert og at det gis informasjon om innsyn for brukerne. Praksis i forbindelse med foreløpig svar bør vurderes innskjerpet.

KILDER OG LITTERATUR

Lov og forskrift:

Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.06.2011

Lov om pasient og brukerrettigheter av 02.07.1999

Forskrift nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon av 16.12.2011

Forskrift nr.792 om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene

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

Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenestekriterier og venteliste, Hammerfest kommune, Finnmark.

Stortingsmeldinger/proposisjoner:

Prop.91 L (2010-2011) Helse- og omsorgstjenesteloven

Retningslinjer og veiledere:

Veileder til kvalitetsforskriften IS-1201

Veileder for saksbehandling IS-2442

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren

Veileder for IPLOS-registrert personell i kommunale helse- og omsorgstjenester

IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer

Kommunale planer, rutiner og retningslinjer

Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027

Sektorplan for pleie- og omsorg Hammerfest kommune 2018-2022

A.3.1 Saksbehandlingsrutiner

A.4.1 Reglement inntaksteam

Bemanning pleie- og omsorg 2019

Strategisk kompetanseplan – høringsutkast 10.1.2019

VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER



Pleie og omsorg

VEST-FINNMARK KOMMUNEREVISJON IKS OARJE-FINNMARKKU
SUOHKANREVISIUVDNA SGO
Postboks 1023
9503 ALTA

amt.bjarne.aronsen@vefik.no

Vår ref.
2019/546-4

Deres ref.

Saksbehandler
Stina Løkke

Direkte innvalg

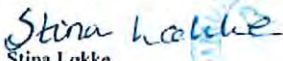
Dato
22.11.2019

Oversendelse av forvaltningsrevisjonsrapport til uttalelse

Hammerfest kommune ved rådmann, kommunalsjef og fagansvarlig tilrettelagte tjenester har gjennomgått forvaltningsrevisjonsrapporten og har ingen ytterligere merknader. De innspill og tilbakemeldinger som kommunen har kommet med gjennom revisjonsprosessen er tatt med. Sektor helse og omsorg kjenner seg igjen beskrivelsen som er gjengitt i rapporten.

Ved all kontakt med avdelingen i denne sak, vennligst referer til saksnummer 2019/546

Med hilsen


Stina Løkke
kommunalsjef

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor nødvendigvis ikke underskrift

Kopi internt:
Leif Vidar Olsen
Gyri Krogh

Postadresse
Hammerfest kommune
Postboks 1224, 9616 Hammerfest
E-post: postmottak@hammerfest.kommune.no

Besøksadresse

www.hammerfest.no

Telefon
78 40 20 00
Telefaks
78 40 25 17

Bank
7592.05.00080
Org.nr
964 830 533

VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER

Har Hammerfest kommune etablert rutinert og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass.

Krav til forsvarlig saksbehandling etter forvaltningsloven

Forsvarlig saksbehandling er å treffe riktige avgjørelser i forvaltningssaker på en hurtig og effektiv måte, og som ivaretar innbyggernes rettssikkerhet. Rettssikkerhet er å verne borgerne mot urettmessige handlinger fra forvaltningen, i bunnen for rettssikkerhet ligger alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper.

Krav til vedtakets form og innhold går fram av forvaltningslovens kapittel 5 og 6.

God forvaltningsskikk er uskrevene krav til saksbehandlingen som supplerer forvaltningslovens regler og som fremhever de hensyn som rettsregler om saksbehandling bygger på. Sentrale betingelser for god forvaltningsskikk er krav til hensynsfullhet og kontradiksjon.

Forsvarlighetsprinsippet er et grunnleggende krav til saksbehandlingen. I dette ligger det at man ser på saken fra alle sider og foretar en avveining av momenter mot hverandre på en forsvarlig måte. Det er i tillegg et krav til saksbehandlingen at det ikke legges vekt på utenforliggende hensyn eller usaklige forhold.

Det skal utøves sunt skjønn under saksbehandlingene og det er forbud mot vilkårlige avgjørelser. Like saker skal behandles likt i samsvar med prinsippet om likebehandling. Det er forbud mot usaklig forskjellsbehandling, det er derimot ikke forbud mot saklig forskjellsbehandling.

Under planlegging av arbeidet med dette prosjekt er det blitt foretatt en vurdering av hvilke kriterier som skal bli lagt til grunn ved gjennomføring av denne forvaltningsrevisjonen. Under gjennomføringen av prosjektet har det vist seg at kriterier om «habilitet» er formulert på en uhensiktsmessig for denne gjennomgangen. Vi har av den grunn sett det nødvendig å foreta en endring av kriteriet om «habilitet». Vi vil imidlertid legge til at endringen ikke innebærer noen endring av formålet med eller resultatene av vår undersøkelse.

Krav til forsvarlig saksbehandling etter pasient- og brukerrettighetsloven

Også pasient- og brukerrettighetsloven inneholder regler om saksbehandlingen. Disse gjelder til dels i tillegg til, og til dels i stedet for reglene i forvaltningsloven. Ettersom pasient- og brukerrettighetsloven er en særlov for helse- og omsorgstjenesten, går den foran forvaltningsloven ved motstrid.

Det følger av forvaltningsloven § 17 at kommunen har plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Saken skal utredes og alle relevante forhold skal belyses. I mange saker vil det være riktig med en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet slik at brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Ved utforming av tjenestetilbud skal det legges vekt på hva pasienten selv mener. I slike saker gjelder det kontradiktoriske prinsipp, det vil si at pasienten/brukeren skal ha fått anledning til å uttale seg før vedtaket fattes.

Ved vurdering av behov for helsehjelp skal det tas hensyn til søkers helsetilstand, mentale tilstand, kognitiv funksjon, evne til egenomsorg, boforhold og nettverk og dets omsorgsevne. Det er presisert at pasienten skal medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet i henhold til kravene i § 3-1 i pasient og brukerrettighetsloven. Når opphold i sykehjem vurderes som eneste tilbudet som kan sikre brukeren nødvendig helse- og omsorgstjenester har vedkommende i henhold til lovens § 2-1e og § 5 i den lokale forskriften krav på å få tildelt slik plass. Vurderingen skal baseres på helse- og omsorgsfaglig vurderinger, som blant annet innbefatter følgende vurderingskriterier:

- Søkerens behov for pleie- og omsorg og tilsyn gjennom hele døgnet grunnet sykdom eller vesentlig nedsatt funksjonsevne
- Omsorgsbehovet for søkeren er så stor at det ikke er mulig å motta nødvendig og forsvarlig hjelp hjemme
- Korttidsopphold og avlastning ikke lenger er tilstrekkelig og ikke ivaretar behovet for nødvendig helsehjelp

Forvaltningssaker er av svært ulik karakter og det er av den grunn ikke gitt generelle bestemmelser om saksbehandlingstid i loven. Det heter imidlertid i § 11 a første ledd at *forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold*. Hva som er *forsvarlig saksbehandlingstid* må derfor vurderes fra sak til sak. Dersom forvaltningsorganet ser at *det vil ta uforholdsmessig lang tid å behandle en sak* skal det *snarest mulig gi et foreløpig svar*. I en veileder fra Helse- og sosialdirektoratet anbefales det at det bør sendes foreløpig svar til partene dersom det viser seg at det vil ta mer tid enn 14 dager å behandle saken.

På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes:

- Det skal være skriftlig vedtak ved tildeling av plass for opphold i institusjon.
- Vedtaket skal være i henhold til regelverket
- Vedtaket skal være forsvarlig utredet.
- Pasienten skal ha fått muligheten til å medvirke ved utforming av tjenesten.
- Pasienten skal ha hatt muligheten til å uttale seg før vedtaket.
- Det skal være etablert rutiner for vurdering av habilitet.

Har Hammerfest kommune etablert et system som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester?

Forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Loven stiller krav til helsepersonell om å utøve sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»⁴⁰

Kravet til forsvarlighet rettes også mot kommunen og omfatter en plikt til å legge tjenestene slik til rette 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.

Av rundskriv IS-8/2012 går det fram «Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at rettsregelens innhold er dynamisk og kan variere over tid.

⁴⁰ Helsepersonelloven §4.

Standarden knytter ikke avgjørelsen til bestemte og entydige kriterier, men gir anvisning på en bestemt målestokk til bruk ved bedømmelsen. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. I dette ligger blant annet forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges. Begrepets er dynamisk og vil endre seg i takt med faglig utvikling, verdioppfatninger og lignende. Det er ikke et absolutt krav om at en skal gjøre alt som er mulig å gjøre for den enkelte pasient, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk».

Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren skal regulere kvalitetsforbedring innenfor sektoren. Formålet med forskriften er «å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet ...». ⁴¹ I veilederen (IS-2620) til § 1 heter det «Gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav skal forskriften bidra til å gi den som har det overordnede ansvar et godt verktøy for systematisk styring og ledelse. Det går videre fram at kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder.

Ansvar for å etablere og gjennomføre et system for kontinuerlig kvalitetsforbedring ligger hos virksomhetens ledelse. Ifølge kommuneloven er det rådmannens ansvar å sørge for at kommunens drift skjer i samsvar med lover og forskrifter og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Selv om det er øverste ledere som har det overordnede ansvar for styringssystemet, må også andre i virksomheten sørge for at kravene i styringssystemet følges. Hvem som skal gjøre hva vil variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, organisering og delegasjon.

Henhold til kommuneloven § 23, 2. ledd er det administrasjonens øverste leder som er ansvarlig for at det er etablert et system for systematisk styring av aktivitetene hos rådmannen. Styringssystemet skal ha nødvendig omfang og være tilpasset virksomhetens størrelse, risikoforhold og egenart. Hvordan pliktene etterleves skal dokumenteres og dokumentasjonen skal være oppdatert og tilgjengelig. Styringssystemet skal dokumenteres og være oppdatert og tilgjengelig til enhver tid. ⁴²

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

Kommunen plikter å tilby nødvendige helsetjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 innebærer det plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene. Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver et styringssystem basert på en utdyping av disse fire pliktene.

Plikten til å planlegge innebærer at kommunen skal kunne beskrive mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Ansvar skal være avklart og plassert. Planleggingen skal bygge på tilstrekkelig informasjon og utformes slik at kravene i relevant regelverk blir ivaretatt. Det skal gjennomføres risikoanalyse og det skal være etablert et system for å fange opp avvik.

⁴¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren §1.

⁴² Jfr. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, § 4.

Plikten til å gjennomføre innebærer blant annet å sørge for at ansatte får nødvendig kompetanse og riktig informasjon til å kunne utføre oppgavene. Brukers egne erfaringer skal vektlegges og det skal gjennomføres tiltak som sikrer et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Plikten til å evaluere skal bidra til løpende testing av tjenestens hensiktsmessighet og å sikre at planlagte aktiviteter gjennomføres som forutsatt. Evalueringen skal ta hensyn til brukererfaringer og uønskede hendelser som er rapportert inn. Det skal gjennomføres årlig gjennomgang av styringssystemet.

Plikten til å korrigere innebærer blant annet å rette opp uforsvarlige forhold og sørge for at helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Det skal utarbeides prosedyrer, rutiner og instruksjer i nødvendig omfang og styringssystemet skal dokumenteres.

På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes:

Kommunen skal ha et styringssystem for helse og omsorgstjenestene som består av:

- Rutiner for planlegging av tjenestene
- Rutiner for gjennomføring av tjenestene
- Rutiner for evaluering av tjenestene
- Rutiner for korrigering av tjenestene

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?

Helse- og omsorgsområdet dekker et vidt spekter av tjenester med ulike faglige utfordringer og brukerbehov. Kvalitet og kvalitetsutvikling i tjenestene er nært knyttet til faglig kompetanse i alle ledd i organiseringen av virksomheten. Systematisk kompetanseplanlegging påvirker dermed kvaliteten direkte.

Tilstrekkelig fagkompetanse er et forsvarlighetskrav etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (d) og skal sikres ved videre- og etterutdanning av eget personale. Kommunen plikter dessuten å legge til rette for kompetanseutvikling i privat virksomhet som har virksomhet innenfor lovens område. Faglig kompetanse i møte med brukeren er viktig for sikkerheten og for brukerens opplevelse av tilbudet. Veileder til forskrift om kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til at kommunen skal ha oversikt over og kunne dokumentere ansattes kompetanse og eventuelt behov for opplæring. Kompetansen skal dekke det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk og styringssystemet som tjenesten utøves etter.

På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes.

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansebehovet i virksomheten
- Kommunen skal ha oversikt over personalets faglige kvalifikasjoner
- Kommunen skal ha rutiner for kompetanseutvikling

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

Retten til helse- og omsorgstjenester slås fast i pasientrettighetsloven⁴³ og dekker både øyeblikkelige og langsiktige behov. Tradisjonelt har helse- og omsorgstjenester gjerne vært oppfattet som eldreomsorg, men regelverket omfatter også barn, ungdom og voksne med bistandsbehov og yngre personer med fysiske- og psykiske funksjonsnedsettelse.

Kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene bestemmes i møtet mellom bruker og tjenesteutøver, gjennom det faglige innhold i tjenesten, samspillet mellom de involverte fagområdene og de medmenneskelige sidene ved utøvelse av tjenesten. Veilederen «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene»⁴⁴ omtaler dette som en balanse mellom god organisering, systemer, retningslinjer og prosedyrer på den ene siden og utøvelse av skjønn, etisk refleksjon og kreativitet på den andre. Kommunen skal drive et systematisk arbeid med å utvikle kvaliteten i tjenesten⁴⁵ noe som innebærer utvikling av både organisatoriske forhold og den menneskelige dimensjonen.

Brukerperspektivet står sentralt innenfor sosialretten og brukeren skal sikres reell innflytelse på system og individnivå, både i planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenestene og når tjenesten ytes. Respekten for den enkeltes integritet og råderett over egen livssituasjon skal legges til grunn for tjenestene.

Brukere med langvarige og sammensatte bistandsbehov skal ytes tjenester etter en helhetlig, individuelle plan.⁴⁶ Kommunen skal i slike tilfeller tilby koordinator med ansvar for oppfølging av brukeren og samordning av de ulike tjenestene.

Regelverket stiller konkrete krav til innholdet i tjenestene. Fysiologiske og sosiale behov skal ivaretas, det skal gis hjelp til personlig hygiene og måltider. Det skal legges til rette for egenomsorg og normal døgnrytme. Nødvendig medisinsk bistand skal inngå i tilbudet. Ved langtidsopphold i institusjon skal det gis tilbud om enerom⁴⁷.

Av Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenestekriterier og venteliste, Hammerfest kommune går det fram at Hammerfest kommune bruker laveste effektive omsorgsnivå (LEON) beste effektive omsorgsnivå (BEON) som prinsipp ved tildeling av tjenester og tiltak i omsorgstrappa⁴⁸.

Det går videre fram at «Omsorgstrappa har tjenester på ulike nivå der økende hjelpebehov møtes med mer omfattende tjenestetilbud av ulik art. Tjenester på lavere nivå skal som hovedregel være forsøkt før tildeling av langtidsplass. Vurdering av behov for helsehjelp skjer via kartleggingsverktøyet IPLOS og eventuelt andre hensiktsmessige utredningsverktøy».

Et tilfredsstillende tjenestetilbud bidrar til livskvalitet og oppleves av brukerne som trygt, virkningsfullt og til rett tid. På bakgrunn av dette kan følgende kriterier utledes:

- Kommunen skal ha rutiner som sikrer at tjenesten er tilpasset brukernes behov
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer brukernes medbestemmelse
- Tjenestene skal koordineres og ytes etter individuell plan.

⁴³ Lov om pasient- og brukerrettigheter kap. 2.

⁴⁴ Veiledere til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, IS 1201 (2004), s.7.

⁴⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

⁴⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1.

⁴⁷ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3.

⁴⁸ Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem, Hammerfest.

VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING

Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske Vurderinger av kommunens/fylkeskommunens økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger. Herunder om:

- a) forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger,
- b) forvaltningens ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til målene som er satt på området,
- c) regelverket etterleves,
- d) forvaltningens styringsverktøy og virkemidler er hensiktsmessige,
- e) beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen til de politiske organer samsvarer med offentlige utredningskrav,
- f) resultatene i tjenesteproduksjonen er i tråd med kommunestyrets eller fylkestingets forutsetninger og/ eller om resultatene for virksomheten er nådd.

Formålet med forvaltningsrevisjon er å bidra til:

- økt produktivitet, effektivitet og måloppnåelse
- at kommunal virksomhet drives i samsvar med regelverket
- å skaffe fram informasjon som gir grunnlag for kommunestyrets/fylkestingets tilsyn med forvaltningen

Det er kontrollutvalget i den enkelte kommune/fylkeskommune som skal påse at kommunens/fylkeskommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon, som skal vedtas av kommunestyret/fylkestinget.

Det er kommunens/fylkeskommunens revisor som gjennomfører selve forvaltningsrevisjonen. Utførelsen skal skje i tråd med god kommunal revisjonsskikk, herunder RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon (vedtatt av styret i Norges kommunerevisorforbund).

Sluttproduktet i hver forvaltningsrevisjon er en rapport som oversendes til behandling i kommunens/fylkeskommunens kontrollutvalg. Kontrollutvalget rapporterer videre til kommunestyret/fylkestinget om de gjennomførte prosjektene.

Bestilling fra kontrollutvalget

Revisor må gjennomføre forvaltningsrevisjonen i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.⁴⁹

Bakgrunnen for dette prosjektet er *Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020*, vedtatt av kommunestyret i Hammerfest den 15. desember 2016 (sak 140/16). Det framgår av planen at

⁴⁹ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 10.

det skal utføres en forvaltningsrevisjon av Hammerfest kommune, Saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass.

Kontrollutvalget har i sak 4/2016 foreslått tildeling av institusjonsplass som et mulig fokusområde i overordnet analyse/plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020. Området er svært vesentlig sett fra et brukerperspektiv. Området er også vesentlig sett fra et omdømmeperspektiv. Det er ikke utført forvaltningsrevisjon på området tidligere. Det utføres statlig tilsyn på området. Det er ikke gjennomført statlig tilsyn de tre siste årene eller planlagt slikt tilsyn (per juni 2016).»

Formålet med prosjektet er todelt, på den ene siden å undersøke om Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass er i tråd med regelverket. På den andre siden å undersøke hvorvidt kommunen har etablert system og styring som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester.

På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det eventuelt kan være muligheter for forbedringer.

Oppstart

Revisor skal sende Oppstartbrev til administrasjonssjefen så tidlig som mulig i prosjektet.⁵⁰ Det ble sendt oppstartbrev til rådmannen den 15. februar 2018 med vår anmodning om at det ble utpekt en kontaktperson for prosjektet.

Rådmannens svar forelå samme dag hvor han utpekte fagansvarlig ved pleie- og omsorg Siw Blix til vår kontaktperson på prosjektet. Det er ikke blitt avholdt oppstartsmøte. Kommunikasjon om prosjektets framdrift har foregått på e-post og telefon fram til dato for intervju.

Datainnsamling

Revisor må innhente data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre Vurderinger og svare på problemstillingen(e) i undersøkelsen. Eksempler på metoder som kan benyttes er intervju, spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse, statistiske analyser, regnskapsanalyse og systemanalyse.⁵¹ I den grad det er tjenlig, bør det benyttes flere metoder for innsamling av data (data- og metodetriangulering).

Nedenfor redegjør vi nærmere for de metoder for innsamling av data som er benyttet i denne undersøkelsen.

Problemstilling 1: Har Hammerfest kommune etablert rutiner og retningslinjer som sikrer forsvarlig saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass?

I denne problemstillingen har det vært foretatt en undersøkelse av hvilke rutiner Hammerfest kommune har ved behandling av søknader om institusjonsplass. Kravene til forsvarlighet ligger i forvaltningslovens kapittel 5 og 6. Det har vært av sentral betydning å se på de IT-systemer som har vært benyttet for behandling av søknader om opphold i institusjon, hvilke

⁵⁰ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 13.

⁵¹ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 26.

muligheter og begrensninger som ligger i systemet og i hvilken grad de er egnet til å sikre forvaltningslovens krav til forsvarlighet.

Man har også sett på kommunens rutiner for behovsvurdering og saksbehandling ved tildeling av institusjonsplass og prioritering av søknader opp mot hverandre. Informasjonen har i første omgang blitt innhentet ved dokumentanalyse av tilsendte rutinebeskrivelser. Det har blitt foretatt gjennomgang og studier av veiledere og håndbøker for IT-systemer og det blitt innhentet supplerende informasjon ved intervju. Helse- og omsorgssektoren i Hammerfest kommune anvender IT-systemet **Visma Omsorg Profil** i forbindelse med behandling av søknader om institusjonsplass. Systemet er tilpasset oppgaven og skal sikre at alle steg i saksbehandlingsprosessen blir ivaretatt i henhold til forvaltningslovens krav til forsvarlig saksbehandling. For å forsikre oss om at systemet fungerer slik som vi har fått beskrevet har vi foretatt en test av systemet (systemtest) av et lite antall saker og fulgt dem gjennom søknads-/saksbehandlingsprosessen. I gjennomgangen har vi sett etter at alle krav er blitt ivaretatt. Systemtesten vil gi sikkerhet for likebehandling av søknader om institusjonsplass.

Informasjon innhentet ved intervju og dokumentanalyse har vært gjennomgått, vurdert og analysert. For å få bekreftet eventuelt avkreftet ovennevnte har det blitt foretatt gjennomgang og analyse av noen få utvalgte saker.

Problemstilling 2

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

I denne problemstillingen har man undersøkt om kommunen har etablert rutiner og prosedyrer for kvalitetssikring i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen skal utarbeide rutiner og instruksjer i nødvendig omfang ut fra virksomhetens størrelse og egenart og styringssystemet skal dokumenteres. Det har av den grunn blitt foretatt gjennomgang av tilsendt materiale ved dokumentanalyse. Innhentet informasjon har blitt gjennomgått, analysert og vurdert og man har innhentet supplerende informasjon ved intervju.

Problemstilling 3

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse?

I denne problemstillingen har man undersøkt om kommunen har etablert rutiner og prosedyrer for å sikre faglig kvalitet og kompetanse i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen skal utarbeide rutiner og instruksjer i nødvendig omfang ut fra virksomhetens størrelse og egenart og styringssystemet skal dokumenteres. Det har av den grunn blitt foretatt gjennomgang av tilsendt materiale ved dokumentanalyse. Innhentet informasjon har blitt gjennomgått, analysert og vurdert og man har innhentet supplerende informasjon ved intervju.

Problemstilling 4

Har kommunen etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne forsvarlige helsetjenester?

I denne problemstillingen har man undersøkt om kommunen har etablert rutiner og prosedyrer som sikrer at tjenesten tilpasses brukernes behov og brukernes medbestemmelse, koordinerte

tjenester og individuell plan. Kommunen skal utarbeide rutiner og instruksjoner i nødvendig omfang ut fra virksomhetens størrelse og egenart og styringssystemet skal dokumenteres. Det har av den grunn blitt foretatt gjennomgang av tilsendt materiale ved dokumentanalyse. Innhentet informasjon har blitt gjennomgått, analysert og vurdert og man har innhentet supplerende informasjon ved intervju.

Gyldighet og pålitelighet

I valg av metode må revisor sikre dataens relevans (gyldighet/validitet) i forhold til problemstillingen(e).⁵² Datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataens pålitelighet (reliabilitet).

I valg av metode må revisor sikre dataens relevans (gyldighet/validitet) i forhold til problemstillingen(e).⁵³ Datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataens pålitelighet (reliabilitet).

For at vi skal kunne avgi en rapport om kriteriene har vi stilt spørsmål til personer som sitter inne med relevant kunnskap på saksområdet. Vi har også innhentet og analysert dokumenter og tallmateriale som har betydning for kriteriene. Når det gjelder problemstillingen om forsvarlig saksbehandling har vi for eksempel intervjuet personer som arbeider med slike saker. Vi har også innhentet årsmeldinger, årsregnskaper og noteinformasjon mv.

Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Vi har sikret pålitelighet ved å intervjuere personer med overlappende kunnskap om kommunens praksis og sammenholdt denne informasjonen med dokumentasjon og statistikk som vi har innhentet. Spørsmålene er oversendt vår kontaktperson før intervju slik at intervjuobjektene har vært kjent med intervjuets innhold før oppstart. Påliteligheten er også sikret ved lydopptak og ved at to personer fra revisjonen, har deltatt under intervjuene. Både intervjureferat og rapportutkast har vært oversendt informantene til verifisering. Vesentlige merknader har vært hensyntatt i det videre arbeid med denne forvaltningsrevisjonen.

Vi har også foretatt dokumentanalyse hvor vi har foretatt gjennomgang av rutinebeskrivelser, rapporter og annen relevant dokumentasjon som kunne gi oss informasjon om driften av sosialtjenesten.

Ekstern kvalitetssikrer Cicel Aarrestad har ved gjennomlesing kvalitetssikret rapporten og at den er fremstilt i henhold til Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

⁵² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 27.

⁵³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 27.

Verifisering

Data som er innsamlet ved hjelp av intervju skal som hovedregel verifiseres.⁵⁴ Referat fra intervju er oversendt alle som vi har intervjuet, samtlige har ved tilbakemeldinger gått god for at referatet gjengir innholdet i intervjuet på en korrekt måte.

I tillegg ble utkast til rapport med våre Vurderinger, sendt til kontaktperson den 20.september 2019 for gjennomlesing. Formålet med verifisering av innsamlede data er å unngå faktafeil og for å sikre at det materialet som undersøkelsen bygger på blir mest mulig fullstendig og pålitelig. Frist for tilbakemelding var den 4.oktober.

Vi mottak tilbakemelding fra kommunalsjefen den 8. og 9.oktober med følgende tilbakemeldinger:

Kommunalsjefens tilbakemelding 08.10.2019:

1. På side 13 avsnitt 4.
 - a. Det står at Rypefjord sykehjem og Kirkeparken ikke har tatt i bruk Visma omsorg ennå.
 - i. Visma Omsorg er et verktøy for de som gir hjemmetjenester. Så institusjonene har nok ikke informasjon om verktøyet og vil aldri komme til å få det innført. Det er ikke ment til bruk i institusjon.

Revisjonens kommentar:

Kommunalsjefens tilbakemelding tas til etterretning.

- b. Det står også at det foregår muntlig rapportering og at det arbeides med å innføre rutiner for skriftlig dokumentasjon.
 - i. Alle avdelinger og virksomheter dokumenter skriftlig i profil. Når det er vaktskifter så leses rapporten opp til de neste som kommer på vakt. Rapporten blir således muntlig, men den er dokumentert skriftlig. Det er også noen avdelinger som tar utskrift av den skriftlige rapporten og leser fra selve utskriftdokumentet. Når det er oppgitt at det arbeides med rutiner for skriftlig dokumentasjon så må det være ment som det videreutviklingsprosjektet vi samarbeider med Kvalsund om i forbindelse med kommunesammenslåingen. Vi arbeider med å bygge opp journalsystemet på nytt i samarbeid med Visma. Systemet prøvekjøres denne uken, og skal være klar til 2020. Dette da Hammerfest og Kvalsund har hatt ulike oppbygginger/kodinger i journalsystemene.
 - ii. Vi utfører allerede i dag all saksbehandling, journalføring, registrering av post i Profil.
 - iii. Alle virksomheter jobber i Profil og alle enheter har tilgang til VAR- Healthcare. Det er ikke bare for hjemmetjenesten.

Revisjonens kommentar:

Kommunalsjefens presisering er tatt til etterretning og revisjonens utsagn på side 13 er moderert.

⁵⁴ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 29.

2. På side 20. og 21.

- a. Det oppgis i andre avsnitt at alle avdelinger ikke har kommet like langt i arbeidet av eksisterende kompetanse.
 - i. Alle avdelinger har en bemanningsplan utfra en døgnrytmekartlegging. Der framkommer det hvilken kompetanse det er behov for på den enkelte avdeling. Uten en slik grunnleggende plan så kan ingen opprette årsverk eller turnuser igangsettes. . Det sikrer grunnkompetansen.
 - ii. I tillegg så har blant annet kirkeparken Omsorgssenter høyere kompetanse blant de ansatte enn det kravet er. De har flere intensivsykepleier, videreutdanninger i geriatri, smertelindring, distriktssykepleie, lederutdanninger osv. Kirkeparken har også ansatt egne fagsykepleiere som bistår i direkte veiledning og oppfølging av rutiner, prosedyrer og gir internopplæring.
 - iii. Det arbeides med kompetansehevende tiltak etter modellen 70/20/10. Der det er utdannet egne instruktører i ProAcht, Durewall og VIPS praksismodell (personsentret omsorg) Dette for at det skal kunne gis systematisk opplæring, veiledning og kursing av egne ansatte i den enkelt virksomhet.
 - iv. Ut fra de ulike avdelingenes behov så er det ABC opplæringer, fagskoleutdanninger innenfor psykiatri og eldreomsorg.
 - v. Det er i tillegg ekstern kursing iblant annet førstehjelp.
 - vi. Kommunen deltar også i fylkesmannen sine nettverk og i andre nettverk: Kap 9 (makt og tvang til mennesker med utviklingshemming) Kap 4a (oppfølging av bruk av tvang til mennesker i institusjon) Demensnettverk, Kreftnettverk

Så jeg er ikke helt enig i den konklusjonen at kriteriet bare er delvis oppfylt på planlegging og utvikling av kompetanse.

Revisjonens kommentar:

Det er under intervju kommet tydelig til uttrykk at ikke alle avdelingene har gjennomført kartlegging av gapet mellom behov og eksisterende kompetanse. Revisjonens formuleringer blir stående.

Kommunalsjefens tilbakemelding 09.10.2019:

På side 10 pkt. 2.1.3 avsnitt 6. Så står det at kriteriet er delvis oppfylt i forhold til innsynsrett. I alle maler Hammerfest kommune har for vedtak av langtidsplass i institusjon så står det skrevet at man har innsynsrett. Jeg har vedlagt en mal til dere for gjennomgang.

Revisjonens kommentar:

I det materialet revisjonen har hatt til gjennomgang er det ikke gitt informasjon om innsynsrett. Revisjonens formuleringer forblir uendret.

Intern kvalitetssikring

Utføring av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres.⁵⁵ Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre må det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, Vurderinger og konklusjoner.

I dette prosjektet har forvaltningsrevisor Arnt-Bjarne Aronsen vært prosjektleder, forvaltningsrevisor John Vidar Nordseth har vært prosjektmedarbeider og Viggo Johannessen

⁵⁵ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 45.

har vært oppdragsansvarlig revisor.

Kvalitetssikring av rapporten har vært foretatt i henhold til selskapets system for kvalitetssikring som er designet i henhold til ISQC1. Dette innebærer at. Revisjonssjefen er ansvarlig for at det er etablert en kultur for kvalitetskontroll i selskapet.

I forbindelse med prosjektplanleggingen har vært foretatt vurderinger av kapasitet, kompetanse og uavhengighet for prosjektgruppas medlemmer. Underveis i prosessen har det vært foretatt konsultasjon om vanskelige og omstridte spørsmål blant prosjektgruppas medarbeidere. Det har vært foretatt gjennomlesing av rapportutkast før utsending av verifiserings- og høringsutgave.

Rapporten har vært gjennomgått av Cicel Aarrestad for gjennomlesing og ekstern kvalitetskontroll før den har vært oversendt rådmannen på høring.

Før utsending av ferdig rapport har det vært foretatt en gjennomgang av rapporten i forhold til krav i henhold til RSK001.

Høring

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.⁵⁶ Høringssvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

Rapporten ble oversendt rådmannen på høring den 4.november med frist den 18.november. Høringssvaret forelå den 22.november.

Kontrollutvalget behandlet rapporten foreløpig i sitt møte 21.januar 2020 og ba om ytterligere informasjon om saksbehandlingstid, at habilitetsvurderinger legges inn i anbefalingene og at kapittel 2 funderes på et bredere datagrunnlag. Forholdene er innarbeidet i den endelige rapport. Endringene har forsterket datagrunnlaget noe og det er foretatt noen presiseringer i konklusjonene og anbefalingene. Endringene er imidlertid ikke av en slik karakter at det er nødvendig med ny høringsrunde tidsaspektet for saksbehandlingen tatt i betraktning.

⁵⁶ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 16.

