

MØTEPROTOKOLL

Grue kontrollutvalg

Dato: 17.06.2019 kl. 18:00
Sted: Grue sykehjem. møterom Peisestua
Arkivsak: 18/00086

Tilstede: Ragnar Nyman (Ap), Erik Ødegård (), Marit Aasthorp Figved (H), Stein Bruno Langeland (Sp), Inger Marie Hvithammer (Ap)

Møtende
varamedlemmer:

Forfall:

Andre: Ordfører Wenche Huser Sund
Konst. rådmann Erik O. Møller
Forvaltningsrevisor Mathias Sem.
Daglig leder Morten Alm Birkelid.

Protokollfører: Torgun M. Bakken

I tillegg var Anita Madshus til stede.

SAKSKART			Side
Saker til behandling			
36/19	19/00001-7	Sak G-36/19 Rapport forvaltningsrevisjon, Grue sykehjem	3

Det var ingen merknader til innkallingen eller sakslisten.

UNDERSKRIFTER:

Vi bekrefter med våre underskrifter at møtebokens blader, som vi har signert, er ført i samsvar med det som ble bestemt på møtet.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

UTSKRIFTER:

Møtebok er sendt til: Kontrollutvalget, ordfører, rådmann, Hedmark Revisjon IKS og lokalpressen.

Innkallinger og møtebøker ligger også på <http://www.gs-iks.no/kontrollutvalgene/grue-kommune/> under «Møter».

Saker til behandling

Sak G-36/19 Rapport forvaltningsrevisjon, Grue sykehjem

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Grue kontrollutvalg	17.06.2019	36/19

Forslag til vedtak/innstilling:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport om «Verdighet og kvalitet i sykehjems-tjenestene ved Grue sykehjem» til orientering.
2. Rapporten sendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak:
 - a. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Verdighet og kvalitet i sykehjemstjenestene ved Grue sykehjem til orientering.
 - b. Kommunestyret ber administrasjonen følge opp rapportens anbefalinger.
 - c. Kontrollutvalget innhenter tilbakemelding fra administrasjonen om hvordan anbefalingene er fulgt opp, innen 1.11.19.

Saksframstilling:

Kontrollutvalget bestilte i møtet 15.1.19 en forvaltningsrevisjon knyttet til sykehjemmet og de oppslagene som har vært der. Rapporten skulle etter planen legges fram i møtet i mai 2019, men legges fram først nå. Prosjektet fikk følgende problemstillinger:

1. *Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. krav i kvalitetsforskriften?*
2. *Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?*
3. *Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet opp?*
4. *Har kommunen et tilfredsstillende system for brukervedvirkning?*
5. *I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring?*

Nå foreligger rapporten (vedlegg 1) og det er vel ingen tvil om at det har vært mangelfulle rutiner på sykehjemmet. Revisjonen skriver bl.a. følgende under pkt. 13 - Konklusjon:

Vi ser en rød tråd gjennom vårt arbeid der manglende helhetlige rutiner og styringssystemer går igjen. Det kan se ut som om sykehjemmet er drevet fra dag til dag, der det ikke er tid eller ressurser til å løfte blikket for å se helheten. Dette har ført til at en ukultur har fått grobunn og at tjenesteytingen ikke alltid har vært av tilfredsstillende kvalitet.

Det er valgt revisjonskriterier (innsamlede data målt opp mot lover/regler/bestemmelser osv.) for hver av problemstillingene. Vi trekker ut **noen av revisjonens vurderinger** i forbindelse med revisjonskriteriene. For nærmere utdyping, se de nevnte kapitlene.

I forhold til den første problemstilling,

1. *Hvordan er kvaliteten på tjenesteytingen ved Grue sykehjem, jf. krav i kvalitetsforskriften?*

vurderer revisjonen det **bl.a.** slik: (pkt. 8.4):

Det utledede revisjonskriteriet for denne problemstillingen er følgende, *Kommunen bør ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.* Det er hentet fra kvalitetsforskriften og sier noen om hvordan lovgiver ser for seg at forskriftens innhold kan realiseres. Sykehjemmet i Grue kommune har ikke utarbeidet et tilstrekkelig sett med skriftlige prosedyrer knyttet til ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov. Med dette er kriteriet ikke oppfylt.

Den andre problemstilling lyder slik:

2. *Hvilke internkontroller har sykehjemmet etablert for å etterleve forskriften, herunder avviksregistrering og –håndtering?*

Til denne problemstillingen, sier revisjonen (pkt. 9.4) er det utarbeidet tre revisjonskriterier:

- *Det skal være etablert et styringssystem som blant annet sikrer:*
 - *Oversikt over avvik og klager*
 - *Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.*
- *Det skal finnes skriftlig, oppdatert og tilgjengelig informasjon for sentrale deler av styringssystemet.*
- *Styringssystemet skal minst en gang i året systematisk gjennomgås*

Revisjonen sier **bl.a.:**

Basert på rapportens innsamlede datamateriale vurderer revisor at det ikke er etablert et styringssystem som i stor nok grad sikrer oversikt over avvik og klager, samt systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Vi kan heller ikke se at det blir foretatt årlige gjennomganger av styringssystemet, samt at den informasjonen som finnes i form av rutiner og prosedyrer ikke blir oppdatert. Med dette vurderer revisor det dithen at ingen av problemstillingens revisjonskriterier er oppfylt.

Den tredje problemstillingen er som følger:

3. *Hvordan følges avvik i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmann og Helsedirektoratet opp?*

Dette er vurdert på følgende måte pkt. 10.4):

I de tilsyn, både klagebasert og mot en spesifikk del av kommunens tjenestegiving, er det beskrevet områder der kommunen skal levere tilbakemelding, samt områder der det er muligheter for forbedring. Dette er til dels på områder der sykehjemmet fremdeles har utfordringer, som risikovurderinger, internkontroll og kommunikasjon med pårørende. Slik revisor vurderer det, kan dette tyde på at selv om kommunen svarer opp de punkter som fylkesmannen krever, så fører det ikke til varige endringer.

Fylkesmannen etterspør i stor grad planer som inneholder hvilke tiltak kommunen vil iverksette for å lukke de avvik som er avdekket. Det er i liten grad oppfølgingskontroller, noe som fører til at samme avviksområder kan dukke opp ved senere tilsyn.

Fjerde problemstilling 4 sier:

4. *Har kommunen et tilfredsstillende system for brukermedvirkning?*

Revisor sier følgende (i pkt. 11.4):

Til denne problemstillingen er det utledet to revisjonskriterier, Kommunen skal ha etablert et system som sikrer at brukerens meninger blir hørt og Kommunen bør ha etablert et system som sikrer bruker/pårørende tilgang på relevant informasjon.

Og vurderingen er **bl.a.** slik:

Slik revisor vurderer det er ikke kriteriet om å ha etablert et system som sikrer at brukerens meninger skal bli hørt, oppfylt.

og

Når det gjelder kriteriet om informasjonsflyt til pårørende, så har ikke sykehjemmet et system som sikrer annet enn en samtale. Dokumentasjonen vedrørende gjennomføring av oppstartsamtaler er manglende, og det er interne uenigheter om hvem som har ansvaret for å sikre denne dokumentasjonen. Videre virker det for revisor, opp til den enkelte pårørende å få tilgang på relevant informasjon.

Den fremste og siste problemstillingen lyder slik:

5. *I hvilken grad foretar ledelsen på sykehjemmet en risikovurdering/sårbarhetsanalyse og hvordan fungerer systemet for ressursstyring*

Til denne problemstillingen er det tilknyttet følgende tre revisjonskriterier, det skal utføres risikovurderinger ved sykehjemmet, det skal planlegges hvordan avdekket risiko kan minimaliseres og ved utarbeidelse av nye arbeidsplaner skal tillitsvalgte involveres i prosessen.

Det er blitt utført risikovurderinger i både 2017 og 2018. Problemet, slik revisor ser det, er at kvaliteten på vurderingene ikke er gode nok. I de overordnede internkontrollrutinene til kommunene som vi også tok opp i kapittel 9, er det utarbeidet overordnede retningslinjer for hvordan risikovurderinger skal utføres, når det skal gjøres og en mal som skal benyttes. Dette har slik revisor vurderer det i liten grad blitt benyttet i de risikovurderingene som er utført.

Vurderingen er like to år på rad, dette på tross av at de kommer med forslag til utbedringer. Hadde utbedringene blitt gjennomført skulle man da i teorien finne i alle fall noen nye risikoområder året etter

Videre:

Revisjonskriteriene lyder det skal utføres risikovurderinger ved sykehjemmet og det skal planlegges hvordan avdekket risiko kan minimaliseres. Dette er i utgangspunktet

oppfylt ved de to vurderinger som foreligger. Revisor vurderer derimot vurderingenes innhold til å være såpass grunt, at det bør gjøres et bedre arbeid fremover for å få mer verdi ut av arbeidet. Risikovurderinger som gjøres fordi man må, har liten reel verdi i arbeidet med å forbedre tjenestene.

Videre sies det bl.a.:

Det har vært startet opp et arbeid med å lage en ny turnus, og det er etter revisor vurderinger fornuftig at dette ble stoppet med tanke på de nyansettelser som nå blir gjort. Siden prosessen har stoppet opp, har revisor ikke grunnlag for å konkludere på dette kriteriet, men anbefaler sykehjemmet å involvere tillitsvalgte i arbeidet med utarbeidelse av ny turnus.

I forhold til anbefalinger, pkt. 14 så sier revisjonen:

- **Kommunen bør vurdere å utarbeide et helhetlig sett med rutiner og arbeidsbeskrivelser for sykehjemmet som blant annet sikrer:**
 - Etterlevelse av kvalitetsforskriften
 - Tilgang på relevant informasjon til pårørende
 - Riktig føring av avvik
- **Det bør gjennomføres systematiske internkontroller på sykehjemmet**
- **Det kan vurderes å legge mer arbeid i utarbeidelsen av risikovurderinger**
- **Det bør gjennomføres jevnlige brukerundersøkelser der man drar lærdom av resultatene**
- **Den planlagte gjennomgangen av turnusen bør gjennomføres**

NKRF har utarbeidet anbefalinger i forhold til kontrollutvalgets påseansvar for forvaltningsrevisjon og anbefaling nr. 10 sier følgende om framlegging av rapport:

Revisor bør presentere det ferdige prosjektet for kontrollutvalget og svare på spørsmål i et møte.

Kontrollutvalget må kontrollere at rapporten er i henhold til bestillingen, og at alle problemstillingene er besvart. Men rapportens utforming, herunder dens innhold, vurderinger og konklusjoner faller inn under revisors selvstendige, faglige ansvar. Kontrollutvalget kan ikke selv endre en forvaltningsrevisjonsrapport. Dersom kontrollutvalget mener at revisors rapport ikke er god nok eller ikke svarer på bestillingen, bør dette avklares gjennom en dialog med revisor.

Ut fra sekretariatets bedømming gir rapporten svar på de problemstillingene som er gitt, og rapporten er i henhold til bestillingen. Forvaltningsrevisjonen er gjennomført iht. RSK 001, Standard for forvaltningsrevisjon.

Revisjonen og rådmannen hadde verifiseringsmøte 12.6.19. Rådmannen anmodes om å komme med en tilbakemelding på rapporten. På grunn av den korte fristen, vil rådmannens tilbakemelding enten bli ettersendt eller lagt fram i møtet.

Vi har bedt konst. rådmann Erik O Møller om å være til stede under behandlingen.

Møtebehandling

Hvem som deltok, går fram av møtebokas framside.

Rådmannens tilbakemelding på rapporten ble mottatt 14.6.19 og videresendt medlemmene på e-post samme dag.

Forvaltningsrevisor Mathias Sem presenterte rapporten og funnene.

Kontrollutvalget anbefaler kommunen å gjennomføre tilsvarende gjennomgang også på andre områder i kommunen.

Votering

Det ble lagt fram følgende tilleggsforslag i møtet:

- Kommunestyret ber administrasjonen vurdere en tilsvarende gjennomgang også på andre områder innen kommunen.
- Kommunestyret ber administrasjonen sørge for tilstrekkelig og riktig opplæring av de ansatte innen helse og omsorg.

Dette ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapport om «Verdighet og kvalitet i sykehjemstjenestene ved Grue sykehjem» til orientering.
2. Rapporten sendes kommunestyret med følgende forslag til vedtak:
 - a. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Verdighet og kvalitet i sykehjemstjenesten ved Grue sykehjem til orientering.
 - b. Kommunestyret ber administrasjonen følge opp rapportens anbefalinger.
 - c. Kommunestyret ber administrasjonen vurdere en tilsvarende gjennomgang også på andre områder innen kommunen.
 - d. Kommunestyret ber administrasjonen sørge for tilstrekkelig og riktig opplæring av de ansatte innen helse og omsorg.
 - e. Kontrollutvalget innhenter tilbakemelding fra administrasjonen om hvordan anbefalingene og pkt. c) og d) ovenfor, er fulgt opp, innen 1.11.19.