

SAKSGANG		
Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontroll- og kvalitetsutvalget	17.03.21	11/21
Kommunestyret	10.05.21	

Saksansvarlig:	Arkivkode:	Arkivsak:
Toril Hallsjø	216	

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORTEN «KVALITET- OG JOURNALSYSTEM SYKEHJEM»

Sekretariatets forslag til vedtak og innstilling til kommunestyret:

- 1. Karmøy kommunestyre tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitets- og journalsystem sykehjem» fra KPMG AS til orientering.*
- 2. Rapporten oversendes rådmannen for videre oppfølging av rapportens anbefalinger.*
- 3. Rådmannen gir tilbakemelding til kommunestyret via kontroll- og kvalitetsutvalget om oppfølging av rapporten innen 9 måneder etter kommunestyrets vedtak.*

Vedlegg: Rapporten – «Kvalitets- og journalsystem sykehjem», utarbeidet av KPMG AS, mars 2021

Bakgrunn

Kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok i møtet 17.06.20, sak 46/20 at det ønsket å få lagt fram et utkast til prosjektplan på et prosjekt om kommunens kvalitets- og journalsystem til møtet i august. Vedtaket var basert på kommunestyrets vedtak 11.5.20, sak 30/20:

«Kommunestyret ber om at kontroll- og kvalitetsutvalget gjennomfører en forvaltningsrevisjon vedrørende kunnskap om, opplæring i og bruken av kommunens kvalitets- og journalsystem ved våre sykehjem.»

Karmøy kommunestyre vedtok plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016-2020 i møtet 19.09.16, sak 66/16, men det ble også gitt fullmakt til å fravike planen.

Utvalget godkjente prosjektplanen i møtet 28.08.20, sak 23/20, hvor rammer og tidsplan for KPMG AS ble fastlagt. Rammen ble satt til 250 timer. Timetallet inkluderer presentasjon av rapporten i utvalget, men ikke forberedelse og presentasjon av rapport i kommunestyret.

Mandatet

Formålet til forvaltningsrevisjonen er å se i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar kunnskap om, opplæring i og bruk av kommunens kvalitets- og journalsystem ved sine sykehjem.

Forvaltningsrevisjonen vil være forbedringsorientert, og vil ha som formål å gi anbefalinger om tiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik eller mulige forbedringsområder.

Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. Kunnskap (og styrende dokumentasjon)

- 1.1. I hvilken grad finnes det prosedyrer og planer for opplæring?*
- 1.2. I hvilken grad ivaretas krav til opplæring i kommunens interne prosedyrer for opplæring?*
- 1.3. Hva er ønskede mål og resultater av opplæringen?*
 - 1.3.1. I hvilken grad verifiseres det at disse målene og resultatene er oppnådd?*
- 1.4. Hvilke roller gjennomgår opplæring og i hvilken grad er opplæring tilpasset de ulike rollenes behov for kunnskap om systemene?*
- 1.5. Hvordan ivaretas behov for oppdatert kunnskap ved endring i systemene?*
- 1.6. I hvilken grad finnes det rutiner for internkontroll av dokumentasjon i journalsystemet?*

2. Opplæring

- 2.1. I hvilken grad sikrer opplæringen at de ansatte får forståelse for krav i gjeldende lover og forskrifter og viktigheten av disse?*
- 2.2. I hvilken grad dekker opplæring praktisk bruk av kvalitets- og journalsystem i daglig drift?*
- 2.3. I hvilken grad belyses den enkeltes ansvar for bruk av systemene i opplæringen?*
- 2.4. I hvilken grad er opplæring tilstrekkelig tilpasset roller og oppgaver?*

3. Bruk og utbredelse

- 3.1 I hvilken grad har de ansatte ved sykehjemmene tilgang til kvalitets -og journalsystemene?*
- 3.2 I hvilken grad legges det til rette for bruk av systemene i den daglige driften?*
- 3.3 I hvilken grad er brukervennlighet vurdert ved valg av kvalitets- og journalsystem?*
- 3.4 I hvilken grad bruker de ansatte kvalitets- og journalsystemene i ønsket utstrekning?*
- 3.5 I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre god kommunikasjon internt, samtidig som taushetsplikten ivaretas?*
- 3.6 I hvilken grad er de ansatte ved sykehjemmene kjent med relevant dokumentasjon?*
- 3.7 I hvilken grad brukes kvalitetssystemet til å melde avvik i forbindelse med dokumentasjon?*

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 - Standard for forvaltningsrevisjon. Metoder som har vært benyttet er dokumentanalyse, intervjuer og spørreskjema. Det er gjennomført intervjuer med 11 personer, herunder kommunalsjef for helse og omsorg, omsorgssjef, to kvalitetsrådgivere, systemansvarlig Profil, to virksomhetsledere/ledere av sykehjem, og fire avdelingsledere. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at de har fått mulighet til å lese gjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

104 har svart på spørreundersøkelsen, som betyr at revisor er 95 % sikre på dersom alle hadde svart, ville svarene vært innenfor +/- 8,2 % av svarene i undersøkelsen.

Til grunn for rapporten ligger også en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt dokumentasjon er tatt inn i rapportens vedlegg 1.

Vurderinger og anbefalinger

Med dette som utgangspunkt har KPMG gjennomført prosjektet. Rapporten er oversendt sekretariatet 09.03.21. Rapporten er verifisert og rådmannens tilbakemelding er tatt inn i rapportens kapittel 7. Rådmannen skriver følgende:

«Formålet til forvaltningsrevisjonen er å se i hvilken grad Karmøy kommune ivaretar kunnskap om, opplæring i og bruk av kommunens kvalitets- og journalsystem ved sine sykehjem.

Rådmannen tar den framlagte rapporten til etterretning og er tilfreds med at revisjonen konkluderer med at kommunen i det store og hele har et hensiktsmessig opplegg for å sikre bruken av disse systemene på sykehjemmene.

Videre ser rådmannen på de anbefalte forslagene til videre forbedring som konstruktive. Anbefalingene i rapporten, både av generell og konkret karakter, vil utgjøre grunnlaget for kommunens og sykehjemmenes forbedringsarbeid.»

På bakgrunn av undersøkelsene har revisjonen kommet med følgende **anbefalinger**:

Kommunen bør;

Generelt

- ☐ ***Vurdere om opplæringstilbudet som gis av kommunen i tilstrekkelig grad er avstemt mot behovene i virksomhetene ved å***
 - vurdere å sette inn tiltak for å jobbe mer systematisk med kompetansekartlegging, herunder følge kompetansekartleggingene på sykehjemmene tettere opp,***
 - vurdere muligheten for å etablere et kompetansestyringssystem for å aggregere resultater fra sykehjemmenes kompetansekartlegginger til et overordnet nivå,***
 - vurdere om frekvensen på opplæringstiltak kan økes,***
 - vurdere økt bruk av opplæring i regi av helse- og omsorgsetaten.***

Compilo

- ☐ *Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Compilo, herunder ved å*
 - *Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.*
 - *Følge opp virksomhetsledere og avdelingsledere på sykehjemmene slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å hente ut og bruke avviksstatistikk fra Compilo.*
 - *Tydeliggjøre for de ansatte hvor avvik i Compilo sendes, hvem som får tilgang til avviket og hvilke utfall og konsekvenser avvikene får.*

Profil

- ☐ *Vurdere tiltak rettet mot ønsket utbredelse og bruk av Profil ved å – Vurdere å definere superbrukere ved alle sykehjem.*
- ☐ *Sette inn tiltak for å sikre at tilgang til journalsystemet Profil umiddelbart vurderes på nytt når det oppstår endringer i ansattes ansvarsområder eller ansettelsesforhold.*

Sekretariatet viser til rapportens **sammendrag** som ligger fremst i rapporten og revisors vurderinger i rapportens kapitler 2 til 6. I kapittel 2 er sykehjemmene og systemene omhandlet, kapittel 3 om kunnskap og styrende dokumentasjon, kapittel 4 om opplæring og kapittel 5 om bruk av systemene. Ut ifra sine vurderinger har revisor i kapittel 6 kommet fram til flere anbefalinger. Disse er gjengitt ovenfor. For mer detaljer vises det til selve rapporten.

I følge forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14 skal revisor sende utkast av rapporten til uttalelse til kommunedirektøren. Uttalelsen skal i sin helhet fremgå av rapporten. Uttalelsen fra rådmannen er gjengitt ovenfor/forrige side, og i rapporten under kapittel 7.

Konklusjon

Sekretariatet har gjort en vurdering av at rapporten er av god kvalitet ihht. standardkravene til forvaltningsrevisjonsrapporter (RSK001), og at den er i samsvar med kontroll- og kvalitetsutvalgets bestilling og vedtatt prosjektplan. Valg av revisjonskriterier er relevante sett opp mot problemstillingene. Revisors vurderinger og anbefalinger er videre basert på innsamlet materiale, revisjonskriteriene og de metodiske avgrensningene.

Resultatet etter forvaltningsrevisjonen viser at kommunen har forbedringspotensialet, i og med at undersøkelsen avdekker noen forbedringsområder. Sekretariatet vil på den bakgrunn anbefale at kontroll- og kvalitetsutvalget ber kommunestyret vedta at revisjonens anbefalinger blir fulgt opp.

Sekretariatet vil anbefale at det settes en frist for rådmannen til når kommunestyret via kontrollutvalget får tilbakemelding om status for anbefalingene.

En forvaltningsrevisjonsrapport skal systematisk følges opp for å sikre at forvaltningen setter i verk tiltak for å rette opp påviste avvik/svakheter og kontrollutvalget må sørge for at kommunestyrets vedtatte merknader til rapporter følges opp av rådmannen. Det er anbefalt at slik oppfølging skjer fra 6 til 12 måneder etter at rapporten er vedtatt av kommunestyret.

I denne saken kan det være naturlig å sette 9 måneder, da flere av forholdene vil det trenge noe tid å gjennomføre. Tilbakemelding om iverksatte og gjennomførte tiltak vil da kunne bli lagt fram som sak om oppfølging for utvalg/ kommunestyret våren 2022.

I følge rundskriv H-02/06 skal kontrollutvalget innstille direkte til kommunestyret i forbindelse med behandling av forvaltningsrevisjonsrapport.

Aksdal, 10.03.21

Toril Hallsjø (sign.)
Daglig leder/utvalgssekretær