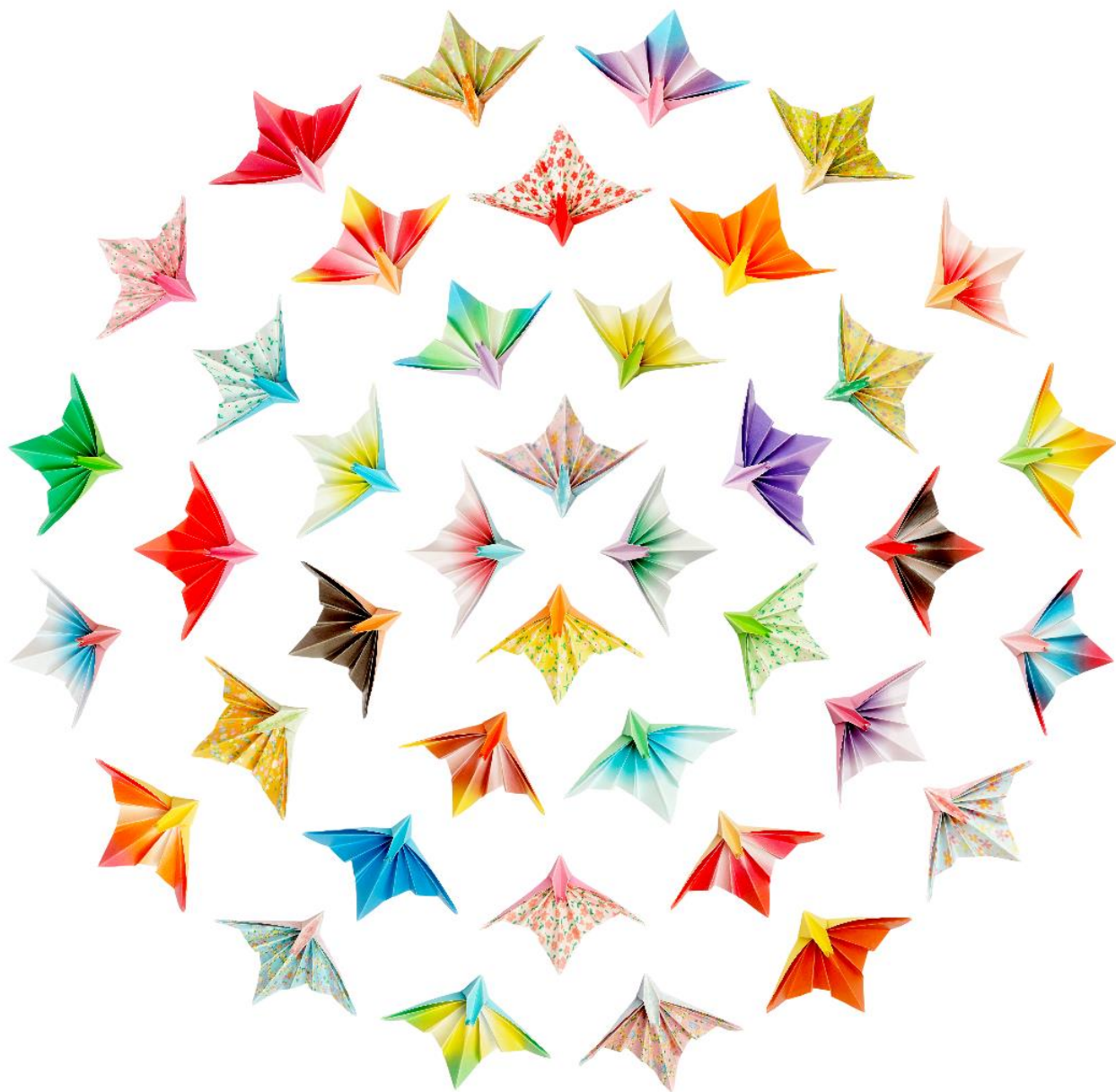




Lier kommune

Fosshagen ressurscenter

Mai 2021

«Fosshagen ressurscenter»

Mai 2021

Rapporten er utarbeidet for Lier
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen, 5892
Bergen

tlf: 55 21 81 00

www.deloitte.no

forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har i samsvar med bestillingen fra kontrollutvalget i Lier kommune gjennomført en undersøkelse av Fosshagen ressurscenter. Formålet med undersøkelsen har vært å avdekke utfordringer knyttet til god og forsvarlig drift ved Fosshagen, samt årsaker til og virkninger av avdekket svikt og mangelfulle tjenester ved virksomheten. Videre har det vært et formål å undersøke årsaker til eventuelle mangler ved driften, og hvorvidt det ved Fosshagen er etablert en tilfredsstillende internkontroll for å sikre en forsvarlig drift av avdelingene og etterlevelse av regelverk.

Som datagrunnlag har Deloitte benyttet intervju, dokumentgjennomgang, stikkprøvekontroll av meldte avvik og spørreundersøkelse til ansatte ved Fosshagen. Undersøkelsen har blitt gjennomført fra slutten av februar til mai 2021.

Ansatte og lederes opplevelse av tjenester ved Fosshagen

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til at kommunen skal tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at tjenestene skal tilrettelegges slik at blant annet den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Videre blir det satt krav til at tjenestene skal tilrettelegges slik at den enkelte pasient gis et verdig tjenestetilbud (§ 4-1 bokstav a og b). Undersøkelsen som er gjennomført viser at flere ledere og ansatte opplever at tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig ved Fosshagen, og det blir pekt på at hendelser har ført til, og potensielt kan føre til, alvorlige konsekvenser for pasientenes tjenester og sikkerhet:

- I undersøkelsen er det flere ansatte som viser til et **manglende fokus på miljøarbeid og forebyggende arbeid** for demente pasienter, noe som blant annet fører til at tvang blir brukt i situasjoner der det kunne ha vært unngått. Det blir videre vist til at ansatte ikke melder avvik når tvang blir benyttet unødvendig. Unødvendig bruk av tvang er ikke i henhold til regelverk som setter krav til at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, *må* tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette (pasient- og brukerrettighetsloven §4A-3 første ledd).
- Ansatte peker også på at det ikke alltid blir fattet vedtak om **bruk av tvang** når dette anses som nødvendig for å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp. Deloitte understreker at dette ikke er i henhold til kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven der det fremgår at det skal fattes vedtak dersom helsehjelpen uten samtykke innebærer et alvorlig inngrep for pasienten.
- Ansatte viser til at det ikke alltid blir etablert **individuelle omsorgsplaner** som skal bidra til å sikre en forsvarlig individuell oppfølging av pasientene på Fosshagen. Deloitte mener at kommunen her bryter med sine egne standarder for tjenester som sier at alle pasienter og brukere skal få opprettet en individuell oppfølgingsplan.
- Noen ansatte viser til at det er **manglende oppfølging av ernæring** og føring av ernæringsjournaler ved Fosshagen. Manglende forsvarlighet når det gjelder oppfølging av ernæring blir også bekreftet i et tilsyn av Fylkesmannen i 2020. Deloitte merker seg at det er iverksatt tiltak etter tilsynet fra Fylkesmann for å bedre arbeid med ernæringsjournaler, men at dette arbeidet ikke er ferdigstilt.
- I undersøkelsen blir det av ansatte og ledere pekt på flere forhold ved **legemiddelhåndteringen** som ikke oppleves som forsvarlig, blant annet at det ofte er mye feil i medisinalutdelingen og at medisiner blir gitt på feil tidspunkt. Det går også frem at det blir meldt et stort antall avvik når det gjelder utdeling av legemidler, og at avvik i medisinalutdeling ikke blir registrert i henhold til egne retningslinjer. Deloitte mener at Lier kommune bryter med krav i forskrift og egne retningslinjer når det gjelder utdeling av legemidler på Fosshagen.¹
- I undersøkelsen fremgår det at det kunne gå opp til seks måneder mellom hver gang det har blitt utført gjennomgang av dokumentasjon på mottak og uttak av **narkotiske legemidler** ved Fosshagen. Deloitte mener at en slik praksis bryter med forskrift om legemiddelhåndtering (§ 9) og med Lier kommunes egne retningslinjer på området. Deloitte får opplyst at det er iverksatt tiltak på dette området. Deloitte vil understreke at det må sikres at en slik gjennomgang blir gjennomført jevnlig i samsvar med krav i regelverk og egne retningslinjer på området.

Funnene knyttet til manglende forsvarlighet i tjenestene samsvarer i stor grad med det som også har blitt påpekt i varslingsrapportene som ble overlevert til kommunen i desember 2020. Deloitte får opplyst at det er satt i gang en rekke tiltak etter varslingsrapportene. Flere av tilbakemeldingene fra ansatte i spørreundersøkelsen er ikke tidfestet, noe som medfører at det ikke alltid er mulig å se om hendelser og forhold har funnet sted før eller etter varslingen sommeren 2020, eller eventuelt etter at det har blitt iverksatt tiltak. Deloitte har videre ikke gått inn i de enkelte hendelsene eller forholdene som blir påpekt av ansatte i spørreundersøkelsen for å vurdere om det faktisk har forekommet kritikkverdige

¹ Forskrift om legemiddelhåndtering omtaler blant annet krav til istandgjøring og utdeling av legemiddel, der det står at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

forhold (i form av mangelfull helsehjelp). Deloitte vil likevel understreke at denne undersøkelsen gjenspeiler det som ledere og ansatte svarer når de blir bedt om å vurdere tjenesten på undersøkelsestidspunktet (mars/april 2021). Deloitte mener derfor det er grunnlag for å følge opp de forholdene som er påpekt, samtidig som kommunen må sette i verk tiltak for å håndtere årsakene til uforvarlige tjenester for å sikre at slike forhold ikke gjentas.

Ansatte og ledere viser til en rekke ulike forhold knyttet til **ledelse, arbeidsmiljø og bemanning som de opplever påvirker utøvelsen av tjenester, og som er årsak til manglende kvalitet i tjenestene**:

- Ansatte peker på at det over tid har vært utfordringer i **arbeidsmiljøet** på flere av avdelingene på Fosshagen og at dette påvirker forsvarlighet i tjenestene blant annet gjennom at det har utviklet seg en kultur der ansatte ikke melder fra til ledelse om svikt eller mangler i tjenestene. Deloitte vil understreke at arbeidsgiver i henhold til arbeidsmiljøloven (§ 4-1 punkt 1) plikter å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø.
- Flere ansatte beskriver at **bemanningssituasjonen** ikke har vært tilstrekkelig innenfor alle avdelinger, og at dette har ført til at tjenestene ikke alltid har vært forsvarlige. Deloitte har ikke gjort en egen analyse av bemanningen ved Fosshagen. Men i undersøkelsen er det flere som viser til at det ikke alltid er tilstrekkelig med fagpersoner på vakt. Deloitte merker seg at nåværende virksomhetsleder har fått i oppdrag å gjennomgå organiseringen av bemanning sammen med sykepleiergruppen. Deloitte vurderer at en slik gjennomgang er nødvendig.
- Flere ansatte viser til at utfordringer med manglende forsvarlighet særlig har vært knyttet til en avdeling og at det ved denne avdelingen har vært **fraværende ledelse** over tid. Som en konsekvens av dette blir det blant annet pekt på at rutiner ikke blir etterlevd, at utfordringer, svikt og mangler ikke har blitt rapportert til virksomhetsledelsen og at det er uklare ansvarsforhold på avdelingen.

Internkontroll

Undersøkelsen avdekker at en rekke mangler knyttet til **internkontroll** er medvirkende til manglende styring og kontroll av Fosshagen ressurscenter. Både kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til internkontroll både for kommunen som helhet og for helsetjenesten spesielt.

Selv om det er tydelig definert både i kvalitetspolicy fra 2021, og tidligere i lederavtaler, virksomhetsplan og andre styrende dokumenter hvilket ansvar og oppgaver som påligger lederne i Lier kommune og ved Fosshagen, har ikke dette blitt tilstrekkelig ivarettatt hverken av kommuneledelse, virksomhetsleder eller avdelingsledere. Etter Deloittes vurdering har det **ikke blitt etablert tilfredsstillende styring og kontroll på noen av ledernivåene**, i samsvar krav til internkontroll i regelverket eller i samsvar med etablerte system og rutiner. Dette har også medført at svikt og mangler på ett organisatorisk nivå ikke har blitt tilstrekkelig fanget opp og håndtert på neste nivå, og en utilfredsstillende situasjon har dermed fått lov å fortsette over tid uten å bli rettet opp.

Deloitte mener at det for Fosshagen i liten grad har vært etablert og lagt til rette for et tilfredsstillende **kontrollmiljø**. Kontrollmiljøet handler i stor grad om kulturen i virksomheten og hvordan denne påvirkes gjennom holdningene og handlingene til ledelsen og de som har overordnet ansvar for styring og kontroll. Undersøkelsen viser at øverste ledelse ikke har vært kjent med hva som har vært status i virksomheten og at det har vært behov for bedre oppfølging. Det går frem av undersøkelsen at øverste ledelse har forventet at virksomheten har blitt tilfredsstillende fulgt opp av virksomhetsleder og respektive avdelingsledere. Kommuneledelsen har også lagt vekt på at **oppfølging av virksomheten er basert på «tillitsbasert ledelse»**. Deloitte får opplyst i intervju at en svakhet ved et slikt tillitsbasert system er dersom virksomhetsleder ikke sier ifra kan heller ikke kommuneledelsen fange opp kritikkverdige forhold. Deloitte understreker at tillitsbasert styring ikke handler om fravær av kontroll. Kommunedirektøren har overordnet ansvar for å sikre tilfredsstillende internkontroll i henhold til kommuneloven § 25-1, samt ansvar for å etablere og følge opp at sykehjemmet har etablert et tilfredsstillende styringssystem som etterleveres i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Øverste leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten, og at oppgavene faktisk gjennomføres. Øverste leder har også ansvaret for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt, og å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleveres. Tillitsbasert ledelse handler derfor ikke om å kutte styring og kontroll, men heller om å finne den rette balansen mellom styring og ledelse, kontroll og oppfølging innenfor de ulike områdene.² Det er Deloittes vurdering at dette ikke har vært tilfelle ved Fosshagen.

Flere viser til at kommunalsjefen har et **stort kontrollspenn** og at det derfor kan være utfordrende å følge opp alle virksomhetene like godt. Etter Deloittes vurdering viser funnene i undersøkelsen at dette utgjør en risiko med hensyn til kommuneledelsens kapasitet og evne til å ivareta internkontrollen overfor virksomhetene. Deloitte mener også at undersøkelsen indikerer at det er relativt høy terskel for å involvere kommunalsjef i forhold som omhandler

² <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/forskning-og-utvikling/fou-rapporter/Styring-og-kontroll-FoU-Storbyrapport-2019.pdf>

virksomhetene. Dette medfører etter Deloitte's mening risiko for at kommuneledelsen ikke får vesentlig informasjon om utfordringer i kommunens virksomhet før disse har utviklet seg til et høyt alvorlighetsnivå.

System og rutiner for å sikre etterlevelse av krav i regelverket

Kommunen plikter som nevnt å legge til rette for at personell som utfører helse- og omsorgstjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (4-1 bokstav c. i helse og omsorgstjenesteloven). Videre er det krav til at virksomheten skal arbeide systematisk med kvalitetsarbeid for å sikre at ansatte gjennomfører tjenester i samsvar med regelverk og eventuelt kommunens egne mål og vedtak på området. Undersøkelsen viser at flere ansatte ved Fosshagen opplever at det **ikke i tilstrekkelig grad er etablert system og rutiner som sikrer forsvarlige tjenester og etterlevelse av krav i tjenestene** på Fosshagen.

- De ansatte peker spesielt på at de opplever at det er manglende rutiner og prosedyrer når det gjelder bruk av tvang, miljøarbeid og oppfølging av ernæring. Videre er det flere ansatte som viser til at det ikke er tilstrekkelige rutiner og prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering. Dette er områder hvor det også er påpekt at det forekommer avvik.
- Det er etablert retningslinjer for flere sentrale arbeidsprosesser ved Fosshagen, men en del ansatte oppgir at de ikke kjenner til eller ikke er kjent med hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver. Deloitte vil understreke viktigheten av at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er gjort kjent i virksomheten, slik at man sikrer at tjenestene blir gjennomført på en forsvarlig måte. Deloitte vurderer videre at manglende retningslinjer eller manglende kjennskap til etablerte retningslinjer kan ha vært medvirkende til avvik og mangler ved tjenesten som i denne undersøkelsen blir påpekt av ansatte og ledere ved Fosshagen.
- Det fremgår av undersøkelsen at de kvalitetsdokumentene som er utarbeidet ikke blir revidert jevnlig, at det ikke alltid fremgår tydelig hvem som har utarbeidet rutineene eller om de er godkjent. I tillegg fremgår det at noen rutiner er utarbeidet og godkjent av samme person. Deloitte mener at dette indikerer at det ikke er tilstrekkelig gode system for å arbeide med kvalitetsarbeid i form av utarbeiding og revidering av rutiner og prosedyrer på Fosshagen. Deloitte understreker at dette ikke er i henhold til krav i regelverket som blant annet setter krav til at rutiner og retningslinjer til enhver tid skal være oppdatert (jf. § 5 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene).

Risikovurderinger

Deloitte vurderer at Lier kommune ikke har oppfylt kommunelovens krav til å ha internkontroll med tjenestene for å sikre at avvik og risiko for avvik avdekkes, og at avvik og risiko for avvik som er avdekket, følges opp.

- Undersøkelsen viser at det er gjennomført enkelte **risikovurderinger** ved Fosshagen, og at disse i all hovedsak er knyttet til HMS-relaterte forhold (vold, trusler, ergonomi, brann m.m.) og IT sikkerhet. Det er gjennomført risikovurderinger av legemiddelhåndtering, men dette er ikke gjort årlig. De vurderinger som er gjennomført viser at det er betydelig risiko knyttet til legemiddelhåndtering. Tiltakene som er beskrevet i oppfølgingen av disse synes etter Deloitte's vurdering ikke å ha vært tilstrekkelige for å redusere risikoen knyttet til legemiddelhåndtering til et tilfredsstillende nivå.
- Det er ikke gjennomført systematiske risikovurderinger av drift og tjenestekvalitet ved Fosshagen. Dette innebærer etter Deloitte's vurdering at Fosshagen ikke har hatt tilstrekkelig oversikt over områder i virksomheten der det er risiko for svikt eller mangler, eventuelt vesentlig forbedringsbehov slik det er satt krav til i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Deloitte vurderer derfor at det heller ikke er sikret forsvarlige tjenester i henhold til krav til dette i kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Kommuneledelsen har ikke gjennomført risikovurderinger som omfatter risikoer på tvers av virksomhetene, og har heller ikke gjennomført egne risikovurderinger av virksomhetene. Deloitte bemerker at gjennomføring av slike risikovurderinger synes å være en helt nødvendig og sentral forutsetning for at kommunedirektør skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for internkontrollen i kommunen i en modell der virksomhetsleder er gitt så stor frihet og ansvar for driften som i Lier kommune.

Manglende gjennomføring av risikovurderinger både på virksomhetsnivå og hos kommuneledelsen har medført at det ikke er avdekket forhold som åpenbart ville ha synliggjort svakheter i organisering, ledelse/kompetanse og internkontroll ved Fosshagen.

System for melding og oppfølging av avvik

Øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Lier kommune

har etablert både system, policy og prosedyrer som gjelder avvikshåndtering. Denne undersøkelsen viser at det likevel er **betydelige mangler og svakheter knyttet til avvikshåndtering ved Fosshagen ressurscenter.**

- Deloitte mener at praksis for avvikshåndtering ved Fosshagen bryter med sentrale lovkrav knyttet til å sikre forsvarlige tjenester. Manglende avvikshåndtering er ikke i samsvar med kommuneloven § 25-1 krav til internkontroll som krever at kommunedirektøren skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Dagens praksis tilfredsstiller heller ikke krav i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene knyttet til planlegging, gjennomføring og evaluering av virksomhetens aktiviteter, og da særlig § 8e og kravet om å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.
- Gjennomgangen av et utvalg av avvik bekrefter etter Deloitte vurdering at det ikke gjennomføres en god og systematisk oppfølging av meldte avvik ved Fosshagen. Deloitte merker seg at avvik er dårlig beskrevet, i flere tilfeller lukkes avvikene svært sent, ofte er tiltakene som foreslås lite konkrete både i innhold, med hensyn til hvem som er ansvarlig og når det er frist for gjennomføring. Det fremgår ikke klart om det er gjennomført tiltak for å lukke avvikene og hindre at lignende avvik oppstår igjen.

Konsekvensen av en manglende avviksmeldekultur og manglende systematisk oppfølging av avvik er at avvik gjentas, og at en uforsvarlig praksis kan fortsette uten at dette blir korrigert. Deloitte understreker at flere av avvikene som blir meldt er svært alvorlige og handler om fare for liv og helse. Videre viser undersøkelsen at avvik i mange tilfeller ikke meldes, og at dette blant annet begrunnes med redsel for represalier ved melding av avvik. Deloitte vurdering er at avvikshåndteringen ved Fosshagen, med enkelte få unntak, etterlater et inntrykk av en ledelse som ikke har hatt kompetanse til, eller erkjent betydningen av å ta tak i avvik og risikoer som potensielt har vesentlige konsekvenser for kvaliteten og forsvarligheten i tjenestetilbudet ved virksomheten. Det må straks settes i verk tiltak for å sikre en tilfredsstillende avvikshåndtering ved Fosshagen ressurscenter.

Lier kommune har i 2021 etablert en ny kvalitetspolicy for kommunen og det har blitt satt i gang flere tiltak for å styrke internkontrollen i kommunen. Det er for tidlig å vurdere hvilken effekt dette arbeidet har for internkontrollen i kommunen generelt og Fosshagen spesielt, men i utgangspunktet mener Deloitte at det er positivt at det er satt i gang et helhetlig og overordnet kvalitets- og internkontrollarbeid i kommunen.

Deloitte konklusjon og anbefalinger går frem i kapittel 5 i rapporten.

Innhold

1	Innledning	9
2	Organisering og bakgrunn for undersøkelsen	13
3	Ansatte og lederes opplevelse av tjenester ved Fosshagen	19
4	Internkontroll	39
5	Konklusjon og anbefalinger	83
	Vedlegg 1: Høringsuttalelse	87
	Vedlegg 2: Kommentar til høringsuttalelsen	90
	Vedlegg 3: Kontrollkriterier	91
	Vedlegg 4: Sentrale dokumenter og litteratur	94

Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	9
1.1	Innledning	9
1.3	Formål og problemstillinger	9
1.4	Avgrensning	10
1.5	Metode	10
1.5.1	Dokumentanalyse	10
1.5.2	Intervju	10
1.5.3	Spørreundersøkelse	11
1.5.4	Stikkprøvegjennomgang	12
1.5.5	Verifiseringsprosesser	12
1.6	Kontrollkriterier	12
2	Organisering og bakgrunn for undersøkelsen	13
2.1	Organisering	13
3	Ansatte og lederes opplevelse av tjenester ved Fosshagen	19
3.1	Problemstilling	19
3.2.1	Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester	19
3.2.2	Krav til forsvarlighet	19
3.3	Opplevd forsvarlighet og kvalitet i tjenestene på Fosshagen per i dag	20
3.3.1	Datagrunnlag	20
3.4	Sentrale årsaker til mangelfull forvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelse	29
3.4.1	Datagrunnlag	29
4	Internkontroll	39
4.1	Problemstilling	39
4.2	Kontrollkriterier	39
4.2.1	Krav til internkontroll	39
4.3	Kontrollmiljø	40
4.3.1	Kommunens overordnede systemer og rutiner for forbedringsarbeid	40
4.3.2	Fordeling av ansvar og myndighet for drift og tjenester ved Fosshagen	41
4.3.3	Oppfølging av tjenestene på ledernivå	45
4.3.4	Tilrettelegging for ønsket atferd, holdninger og kultur	48
4.5	Risikovurderinger	58
4.5.1	Datagrunnlag	58
4.5.2	Vurdering	62
4.6	System og rutiner for å sikre etterlevelse av krav i regelverket	63
4.6.1	Datagrunnlag	63
4.6.2	Vurdering	68
4.7	System for melding og oppfølging av avvik	70
4.7.1	Datagrunnlag	70
4.7.2	Vurdering	81
5	Konklusjon og anbefalinger	83
	Vedlegg 1: Høringsuttalelse	87
	Vedlegg 2: Kommentar til høringsuttalelsen	90

Vedlegg 3: Kontrollkriterier	91
Vedlegg 4: Sentrale dokumenter og litteratur	94

Figurer

Figur 1: Organisering av Fosshagen ressurscenter (kilde: Lier kommune)	13
Figur 2: Min avdeling på Fosshagen har samlet sett tilstrekkelig kapasitet (bemanning, tid og arbeidsbelastning) til å gi forsvarlige tjenester (N=107)	21
Figur 3: I hvilken grad blir rutinene for ernæring fulgt på din avdeling? (N=104)	23
Figur 4: I hvilken grad blir rutinene for legemiddelhåndtering fulgt i din avdeling? (N=104)	26
Figur 5: I hvilken grad blir rutinene for bruk av tvang fulgt i din avdeling (N=105)?	28
Figur 6: Opplever du at det er et forsvarlig arbeidsmiljø ved din avdeling på Fosshagen? (N=110)	30
Figur 7: I min avdeling er det tillit mellom ledelse og ansatte (N=111)	31
Figur 8: Jeg har tilstrekkelig kapasitet (tid og arbeidsbelastning) til å ivareta mitt ansvar på en tilfredsstillende måte (N=108)	34
Figur 9: Jeg har tilstrekkelig kapasitet (tid og arbeidsbelastning) til å ivareta mitt ansvar på en tilfredsstillende måte (N=96)	35
Figur 10: Min avdeling på Fosshagen har samlet sett tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester (N=108)	35
Figur 11: Har det vært en endring i avdelingens kapasitet det siste halve året?	36
Figur 12: Tilstrekkelig opplæring og forståelse av ansvarsområde	44
Figur 13: Det er tydelig for meg hva jeg har ansvar for i min jobb/stilling ved Fosshagen (N=94)	44
Figur 14: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring på Fosshagen til å ivareta mitt ansvar på en tilfredsstillende måte (N=94)	45
Figur 15: I min avdeling er vi opptatt av å utvikle oss for å gi bedre tjenester til pasientene/beboerne (N=110)	52
Figur 16: I min avdeling diskuterer vi åpent feil for å lære av dem (N=112)	52
Figur 17: Min nærmeste leder har gitt uttrykk for at etiske dilemma skal diskuteres (N=110)	53
Figur 18: Opplever du at det er lagt til rette for etisk refleksjon eller andre typer samtaler/opplæring når det gjelder etikk, holdninger og kultur ved din avdeling? (N=109)	53
Figur 19: Har du fått opplæring i etiske retningslinjer eller lignende ved Fosshagen? (N=109)	54
Figur 20: Har du fått opplæring i etiske retningslinjer eller lignende ved Fosshagen? (N=93)	54
Figur 21: Handlingsplan etter ROS-analyse vold og trusler ved avdeling, 2018	60
I spørreundersøkelsen Deloitte har gjennomført ble de ansatte på Fosshagen spurt om de opplever at ledelsen ved Fosshagen har innsikt i deres avdelings eventuelle utfordringer. Det er 109 respondenter som svarer på dette spørsmålet, og 36 prosent mener at ledelsen delvis har denne innsikten, mens 33 prosent svarer «ja» på dette spørsmålet og 12 prosent svarer «nei». Figur 22: Opplever du at ledelsen ved Fosshagen har innsikt i avdelingen sine eventuelle utfordringer? (N=109)	61
Figur 23: Opplever du at det innen rimelig tid blir satt i verk tiltak for å håndtere identifiserte risikoer og utfordringer i avdelingen? (N=102)	62
Figur 24: Områder der det ikke er etablert eller er mangelfulle rutiner og prosedyrer	64
Figur 25: Jeg vet hvor jeg finner rutiner og prosedyrer for arbeidsoppgavene mine (N=113)	64
Figur 26: Jeg vet hvor jeg finner rutiner og prosedyrer for arbeidsoppgavene mine (N=91)	65
Figur 27: Er det tydelig hvordan du skal gå frem for å melde avvik? (N=111)	71
Figur 28: Er det tydelig hvilke typer avvik som skal meldes? (N=109)	71
Figur 29: Er det gitt tilstrekkelig opplæring til ansatte på din avdeling når det gjelder melding av avvik? (N=111)	72
Figur 30: Opplevde avvik det siste året (N=65)	72
Figur 31: Hvor mange av avvikene du har opplevd, meldte du? (N=65)	73
Figur 32: I min avdeling er det kultur for å melde avvik dersom det blir avdekket avvik, svikt eller mangler (N=109)	74
Figur 33: I min avdeling kan man melde fra om regelbrudd og andre problemer uten å være redd for sanksjoner eller represalier (N=110)	75
Figur 34: Min leder følger opp meldte avvik og setter i verk nødvendige tiltak (N=109)	77

Tabeller

Tabell 1: Respondentenes fordeling på arbeidssted på Fosshagen (N=113)	11
Tabell 2: Oversikt over avviksmeldinger gjennomgått i stikkprøvegjenomgangen	12
Tabell 3: Sammendrag av påstander behandlet i varslingsrapporten	15
Tabell 4: Overordnet ansvar for legemiddelhåndtering	24
Tabell 5: Lederprinsipper i Lier kommune (kilde: Lier kommune)	41

Tabell 6: Resultat fra 10-faktorundersøkelse 2019 delt på avdelinger og områder på Fosshagen

49

Tabell 7: Eksempel på avvik med tiltaksbeskrivelser

78

1 Innledning

1.1 Innledning

Deloitte har gjennomført en gransking³ av Fosshagen ressurscenter i Lier kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Lier kommune 24.02.2021 i sak 12/21

Bakgrunnen for bestillingen er vedtak i kommunestyret i møte den 9. februar 2021, sak 18/2021, der kommunestyret vedtok å be kontrollutvalget bestille en «ekstern, uavhengig gransking av årsaken til og virkningen av mangelfull drift av Fosshagen».

1.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for undersøkelsen er varsel fra ansatte ved Fosshagen ressurscenter oversendt til ledelsen og kommuneoverlegen i august 2020. Varslene ble deretter overført til Varslingssekretariatet for oppfølging. Varslingssekretariatet gjorde innledende vurderinger av innholdet i varselet, da det var svært omfattende og rettet seg mot en rekke ulike typer kritikkverdige forhold ved flere avdelinger på sykehjemmet. Varslingssekretariatet besluttet å sortere videre oppfølging av varselet i seks ulike kritikkverdige forhold:

1. Uforsvarlige forhold knyttet til tjeneste og/eller drift
 - a. Uforsvarlig bemanning generelt og i unntakssituasjoner
 - b. Manglende kompetanse og fokus på kompetanse og etikk
2. Mangelfull/manglende og dårlig håndtering av avvik
3. Ledelsens kritikkverdige håndtering av underslag/tyveri av narkotika fra en ansatt
4. Ledelsens kritikkverdige håndtering av ressurser på korttidsavdelingen
5. Kritikkverdige forhold knyttet til håndtering av ansatte fra tre navngitte ledere
6. Uønsket seksuell oppmerksomhet/trakassering fra en konkret leder

Varslingssekretariatet har fulgt opp og kartlagt innholdet i varslene gjennom dokumentasjonsgjennomgang og intervju med daværende virksomhetsleder, avdelingsledere og ansatte/tidligere ansatte som er nevnt i varselet ved at de har blitt utsatt for konkrete hendelser.

Varslingssekretariatet har levert en overordnet rapport, samt rapport for hvert av varslene til Lier kommune. På bakgrunn av dette har kommunestyret fattet vedtak om gransking av årsaken til, og virkningen av mangelfull drift av Fosshagen ressurscenter.

Deloitte har mottatt anonymiserte versjoner av rapportene utarbeidet av varslingssekretariatet og har brukt dem som utgangspunkt for undersøkelsen.

1.3 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å avdekke utfordringer knyttet til god og forsvarlig drift ved Fosshagen, samt årsaker til og virkninger av avdekket svikt og mangelfulle tjenester ved virksomheten. Videre har det vært et formål å undersøke årsaker til eventuelle mangler ved driften, og hvorvidt det ved Fosshagen er etablert en tilfredsstillende internkontroll for å sikre en forsvarlig drift av avdelingene og etterlevelse av regelverk.

Med bakgrunn i formålet er det utarbeidet følgende problemstillinger som vil bli undersøkt:

1) I hvilken grad opplever ledere og ansatte ved Fosshagen ressurscenter at tjenestene som utøves ved enheten er gode og forsvarlige?

- a) I hvilken grad kan det identifiseres områder der tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig, og hva opplever ledere og ansatte at er konsekvensen(e) av eventuell mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen?⁴

³ Dette er ikke en gransking i henhold til advokatforeningens retningslinjer for gransking. Granskingsbegrepet er benyttet for å tydeliggjøre at det skal gjennomføres en systematisk, grundig og etterprøvbart undersøkelse. Standard for forvaltningsrevisjon RSK001 vil legges til grunn for å sikre en forsvarlig gjennomføring av undersøkelsen.

⁴ Deloitte har valgt å slå sammen underproblemstilling a) I hvilken grad kan det identifiseres områder der tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig, og c) hva opplever ledere og ansatte at er konsekvensen(e) av eventuell mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen

- b) Hva opplever ledere og ansatte at er sentrale årsaker til eventuell mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteytelsen?
- 2) I hvilken grad er det etablert systemer og kultur som sikrer at drift og tjenestetilbud ved Fosshagen ressurscenter er tilfredsstillende, og at svikt og mangler avdekkes og håndteres (internkontroll)?
- a) I hvilken grad er det etablert et tilstrekkelig kontrollmiljø ved Fosshagen? Under dette
 - i) Er det etablert en tydelig fordeling av ansvar og myndighet når det gjelder drift og tjenestetilbud ved Fosshagen?
 - ii) I hvilken grad blir tjenestene fulgt tilstrekkelig opp på alle ledelsesnivå for å sikre forsvarlige tjenester?
 - iii) Er det etablert et kontrollmiljø som tydeliggjør og legger til rette for ønsket atferd, holdninger og kultur i enheten?
 - b) I hvilken grad er det gjennomført risikovurderinger for å avdekke hvor i tjenestene det er fare for svikt og mangelfulle tjenester?
 - c) I hvilken grad er det etablert system og rutiner for å sikre forsvarlige tjenester og etterlevelse av krav i regelverket knyttet til sentrale arbeidsprosesser?
 - d) I hvilken grad er det etablert systemer for melding og oppfølging av avvik, herunder avvik knyttet til bemanning, kompetanse, arbeidsmiljø, tjenestetilbud mv.?

1.4 Avgrensning

Undersøkelsen er avgrenset til å svare ut de ovennevnte problemstillingene ved Fosshagen ressurscenter. Rapportene fra Varslingssekretariatet er til grunn for undersøkelsen, men Deloitte har ikke undersøkt nærmere faktagrunnlaget for varslingsene som er gjennomgått av Varslingssekretariatet.

1.5 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet februar 2021 til mai 2021.

1.5.1 Dokumentanalyse

Rettsregler har blitt gjennomgått og benyttet som kontrollkriterier. Videre har Deloitte gjennomgått informasjon om Lier kommune og dokumentasjon på etterlevelse av interne rutiner, regelverk og annen relevant dokumentasjon knyttet til Fosshagen ressurscenter, og vurdert dette opp mot kontrollkriteriene.

1.5.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til de skriftlige kildene, har Deloitte intervjuet utvalgte personer i Lier kommune som er involvert i Fosshagen ressurscenter, herunder kommunedirektør, kommunalsjef for helse, omsorg og velferd, nåværende virksomhetsleder, to avdelingsledere, plasstillitsvalgte og verneombud. I tillegg har vi gjennomført intervju med tre hovedtillitsvalgte og har hentet inn skriftlig innspill fra én hovedtillitsvalgt.

Tidligere virksomhetsleder har fått anledning til å stille til intervju, men ønsket ikke dette. Vedkommende har fått tilsendt spørsmål og konkrete forhold fra undersøkelsen for kommentar og har svart dette ut skriftlig.

Til sammen har Deloitte gjennomført 13 intervjuer.

I verifiseringen av rapportutkastet blir det fra kommunen påpekt at det ved henvisning til intervju ikke kommer frem om svarene er fra ledere eller andre ansatte eller begge deler. Deloitte vil peke på at der dette er tilfelle er det gjort for å bevare anonymiteten til intervjuede i undersøkelsen.

Kommunen peker videre på at det flere steder i rapporten blir det skrevet «I intervju blir det vist til...», og at det er uklart om det da menes at det er gjennomgående like svar fra de som har blitt intervjuet eller om det er svar fra noen enkeltpersoner. Deloitte har gjennomgått rapportutkastet for å tydeliggjøre hvorvidt beskrivelsene som gjengis fra intervjuene er fra enkeltrespondenter eller en samlet fremstilling fra flere intervjuer. Generelt påpeker Deloitte at gjengivelse av intervjudata må leses i sammenheng med øvrige data som belyser og underbygger samme observasjon.

1.5.3 Spørreundersøkelse

Deloitte har gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse blant ansatte og ledere på Fosshagen ressurscenter. Formålet med spørreundersøkelsen var å få informasjon om de ansattes opplevelser av driften ved virksomheten. I tillegg til spørsmål med forhåndsdefinerte svarkategorier har vi lagt til rette for at respondentene har kunnet gi utfyllende informasjon i åpne svarfelt.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 12. mars til 25. mars 2021 og ble sendt ut til 206 ansatte og ledere ved Fosshagen. Etter flere påminnelser kom det til slutt inn 113 svar. Dette utgjør en responsrate på omtrent 55 prosent.

I tillegg ble undersøkelsen ettersendt til 13 avtalefysioterapeuter⁵ som ønsket å svare på undersøkelsen. Åtte har valgt å svare. Avtalefysioterapeutene er tilknyttet Fosshagen gjennom at en av avdelingslederne ved Fosshagen har vært leder for denne gruppen. Deloitte får opplyst at avdelingsleder blant annet har fulgt opp avtaleforholdet og gjennomført rekrutteringsprosesser for avtalefysioterapeuter. Ettersom disse ikke jobber direkte med tjenesteyting på Fosshagen, og dermed kun kan svare på noen utvalgte spørsmål knyttet til ledelse ved en avdeling, er svarene ikke tatt inn i figurene fra spørreundersøkelsen. Svarene er likevel hensyntatt der det er relevant i omtale av utvalgte områder i rapporten.

Svar fra spørreundersøkelsen er i rapportens figurer oppgitt som andeler i prosent, av enten totalt antall respondenter eller antall respondenter per avdeling. Av hensyn til anonymisering har vi valgt å ikke inkludere råttall som viser hvor mange respondenter som har svart per avdeling i figurene som er tatt inn i rapporten. Antall respondenter varierer mellom 8 og 29 personer per avdeling, og det er dermed et relativt lavt antall respondenter som har svart i enkelte avdelingene.

Det er 22 ansatte som har svart på spørreundersøkelsen som har oppgitt at de arbeider ved flere avdelinger, ikke har oppgitt en spesifikk avdelingstilhørighet (for eksempel vikarer) eller at de ikke arbeider inne på avdelinger på Fosshagen (for eksempel hjelpemiddeltekniker). Denne gruppen av respondenter er inkludert i kategorien «annet» i figurer som viser avdelingsvise svar.

Tabell 1: Respondentenes fordeling på arbeidssted på Fosshagen (N=113)

Avdeling	Prosentvis fordeling
Rehabilitering	26 prosent
Ressursavdelingen (skjermet/langtidsavdeling)	17 prosent
Langtidsavdeling	17 prosent
Boligavdeling	14 prosent
Dagsenter	7 prosent
Annet	19 prosent

Det vil i spørreundersøkelser alltid kunne være en risiko for at frafallet er systematisk, altså at de som har valgt å svare på undersøkelsen systematisk svarer annerledes enn de som ikke har svart ville ha gjort. Risikoen for at systematisk frafall kan påvirke resultatene, er særlig stor når svarprosenten i undersøkelsen er relativt lav, slik som i dette tilfellet. Det er i tillegg et relativt lavt antall respondenter innen noen avdelinger, noe som medfører at enkelt svar innen disse avdelingene kan få stor påvirkning på den prosentvise svarfordelingen. Dette innebærer at resultatene i undersøkelsen ikke er egnet for generalisering. Generalisering er heller ikke formålet med en slik undersøkelse. Selv om det kan være en mindre andel ledere og ansatte som opplyser om forhold som ikke samsvar med krav i regelverk, rutiner eller prosedyrer er dette viktig informasjon for å sikre en forsvarlig tjeneste.

Spørsmålene i spørreundersøkelsen ber respondentene om å svare på hvordan de opplever tjenestene, og i flere tilfeller blir respondentene oppfordret til å komme med eksempel. Deloitte vil påpeke at vi ikke har fått tidfestet

⁵ Avtalefysioterapeutene er private fysioterapeuter som er tilknyttet Lier kommune.

alle eksemplene som blir påpekt av ansatte gjennom svar i spørreundersøkelsen, og det er dermed ikke alltid tydelig om hendelser har funnet sted før eller etter enkelte tiltak er innført, som for eksempel endringer i ledelsen.

I spørreundersøkelsen åpnet vi for at respondentene kunne kontakte Deloitte dersom de hadde ytterligere opplysninger eller innspill som ikke ble dekket av spørsmålene i undersøkelsen. Deloitte har i den forbindelse mottatt tolv henvendelser fra åtte personer. Tilbakemeldingene fra disse har blitt hensyntatt og inkludert der det er relevant i rapporten.

1.5.4 Stikkprøvegjennomgang

Deloitte har gjennomført stikkprøvekontroll av 119 meldte avvik i tidsperioden fra 01.01.2019 til 31.01.2021 for å undersøke om/hvordan disse er fulgt opp.

Tabellen under angir en oversikt over avvikene som er gjennomgått

Tabell 2: Oversikt over avviksmeldinger gjennomgått i stikkprøvegjennomgangen

Avdeling	Antall avviksmeldinger gjennomgått	Fordeling av avvikstype	Fordeling av alvorlighetskategori
Avdeling 1	40	Tjenestekvalitet: 31 HMS: 8 Observasjon/forbedring: 1	Mindre alvorlig: 24 Alvorlig: 15 Svært alvorlig/kritisk: 1
Avdeling 2	34	Tjenestekvalitet: 32 HMS: 2	Mindre alvorlig: 10 Alvorlig: 20 Svært alvorlig/kritisk: 2 Ikke oppgitt: 2
Avdeling 3	3	Tjenestekvalitet: 3	Mindre alvorlig: 1 Alvorlig: 2
Avdeling 4	26	Tjenestekvalitet: 22 HMS: 2 Observasjon/forbedring: 1	Mindre alvorlig: 17 Alvorlig: 8 Ikke oppgitt: 1
Avdeling 5	11	Tjenestekvalitet: 8 HMS: 3	Mindre alvorlig: 4 Alvorlig: 6 Ikke oppgitt: 1
Sykehjem (ikke tilordnet avdeling)	5	Tjenestekvalitet: 5	Mindre alvorlig: 1 Alvorlig: 2 Svært alvorlig/kritisk: 1 Ikke oppgitt: 1
Totalt	119	Tjenestekvalitet: 101 HMS: 16 Observasjon/forbedring: 2	Mindre alvorlig: 57 Alvorlig: 53 Svært alvorlig/kritisk: 4 Ikke oppgitt: 5

1.5.5 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til ti av de tretten som ble intervjuet for verifisering. På grunn av knappe frister og at de siste intervjuene ble gjennomført i slutfasen av rapportskrivingen, ble det med de tre siste intervjuene inngått en ordning med at intervjurespondentene har fått tilsendt eventuelle utdrag fra intervjuene som blir brukt i rapporten til verifisering. Det er kun verifisert informasjon som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til kommunen for verifisering, og innspill fra kommunen er tatt med i den endelige versjonen. Rapportutkast har deretter blitt sendt til kommunedirektør for høringsuttalelse, og kommunedirektørens høringsuttalelse ligger som vedlegg 1 i rapporten. Deloitte kommentar til denne er å finne i vedlegg 2.

1.6 Kontrollkriterier

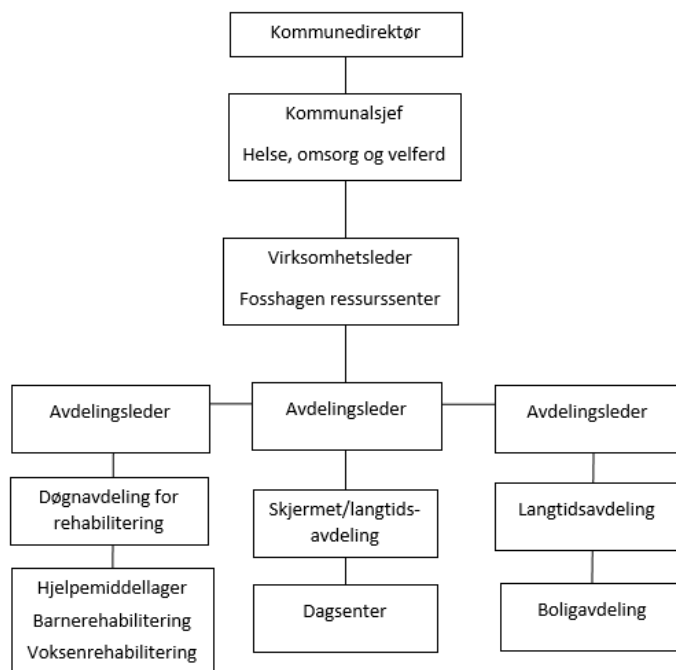
Kontrollkriterier er de krav og forventninger som observasjoner skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven og kommuneloven. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i vedlegg 3: til rapporten.

2 Organisering og bakgrunn for undersøkelsen

2.1 Organisering

Pleie og omsorg i Lier kommune er organisert under kommunalsjef for helse, omsorg og velferd. Kommunalsjef rapporterer direkte til kommunedirektør. Fosshagen ressurscenter er en av ti virksomheter som er underlagt kommunalsjef for helse, omsorg og velferd. Som fremstilt i figur 1 er det i utgangspunktet én virksomhetsleder og tre avdelingsledere ved Fosshagen ressurscenter. Hver avdelingsleder har ansvar for to avdelinger/områder hver.

Figur 1: Organisering av Fosshagen ressurscenter (kilde: Lier kommune)



Fosshagen har en langtidsavdeling og en boligavdeling for personer med demens med henholdsvis 16 senger og 16 boliger. Videre er det en langtids- og skjermingsavdeling med 16 senger for personer med demens, der 8 av plassene er på skjermet avdeling og 8 er på langtidsavdelingen for demente. Fosshagen har også dagsenter med 33 plasser og en døgnavdeling for rehabilitering (korttidsopphold) med 12 senger. Videre er kommunens rehabiliteringstilbud/fysioterapitjenester for barn og voksne samt hjelpemiddellager en del av Fosshagen.

Sentralkjøkken, Frisklivssentral, forebyggende sykepleier og demenskoordinator i Lier kommune er lokalisert ved Fosshagen, men underlagt andre virksomheter i kommunen.

2.2 Bakgrunn for undersøkelsen ved Fosshagen ressurscenter

I denne delen gis en nærmere beskrivelse av bakgrunnen for undersøkelsen av forholdene ved Fosshagen ressurscenter. En viktig årsak til at kommunestyret og kontrollutvalget har valgt å gjennomføre en undersøkelse, er flere varsler om kritikkverdige forhold ved virksomheten. Varslingssekretariatet for kommunen har behandlet disse varslene og ferdigstilte rapporter fra varslingsene i desember 2020. I denne delen skal vi kort beskrive hva disse varslingsene omhandler. Flere av disse forholdene blir også behandlet videre i denne rapporten.

Varsling august 2020

Ansatte ved Fosshagen ressurscenter sendte et varsel til kommuneledelsen og kommuneoverlegen i august 2020. Varslene ble deretter overlevert til varslingssekretariatet for oppfølging. I overordnet rapport fra varslingssekretariatet blir det vist til at

varselet var svært omfattende og rettet seg mot en hel rekke ulike typer kritikkverdige forhold knyttet til flere avdelinger på et stort sykehjem. Mange av de påståtte kritikkverdige forholdene var også generelt beskrevet og gjaldt mange ledere og mange ansatte på ulike avdelinger og ulike områder⁶

Varslingssekretariatet besluttet å sortere videre oppfølging av varselet i seks ulike kritikkverdige forhold:

1. Uforsvarlige forhold knyttet til tjeneste og/eller drift
2. Mangelfull/manglende og dårlig håndtering av avvik
3. Ledelsens kritikkverdige håndtering av underslag/tyveri av narkotika fra en ansatt
4. Ledelsens kritikkverdige håndtering av ressurser på korttidsavdelingen
5. Kritikkverdige forhold knyttet til håndtering av ansatte fra tre navngitte ledere
6. Uønsket seksuell oppmerksomhet/trakassering fra en konkret leder

Varslingssekretariatet har fulgt opp og kartlagt innholdet i varslene gjennom dokumentasjonsgjennomgang og intervju med daværende virksomhetsleder, avdelingsledere og ansatte/tidligere ansatte som er nevnt i varselet ved at de har blitt utsatt for konkrete hendelser.

Varslingssekretariatet leverte desember 2020 en overordnet rapport, samt rapporter med gjennomgang av hvert av de seks forholdene nevnt over. I figuren under er det lagt inn en oppsummering av forholdene som går frem i varselet, og som er gjengitt i varslingsrapportene. Vi henviser for øvrig til varslingsrapportene for utfyllende informasjon, vurderinger og anbefalinger fra varslingssekretariatet.

⁶ Lier kommune. Varslingssekretariat. Sak 02/2020 Rapport. Varslingssekretariat. Mandat og saksbehandling. Varsling av kritikkverdige forhold. Overordnet rapport.

Tabell 3: Sammendrag av påstander behandlet i varslingsrapporten

Påstand/ delrapport	Forhold det er varslet om og som blir vurdert i varslingsrapporten	Regelverkskrav som varslingssekretariatet mener at kan være brutt ⁷
Påstand 1 om uforsvarlige forhold knyttet til tjeneste og/eller drift	a. Bemanningen av sykepleiere på vakter kveld/helg blir ikke sjeldent uforsvarlig b. Bemanningen når det er særskilt pleiebehov blir ikke sjeldent uforsvarlig c. Situasjonen på en avdeling er ofte uforsvarlig d. Visse mangler i medisinsk utstyr for å yte nødvendig helsehjelp og ivareta sikkerhet e. Visse mangler i smittevernutstyr og rutiner for å ivareta forsvarlighet og sikkerhet f. Visse mangler i legemiddelhåndteringen for å ivareta forsvarlighet og sikkerhet	- Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om krav til forsvarlig virksomhet for helse- og omsorgstjenesten - Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A om tvangsbruk mot pasienter uten samtykkekompetanse - Regelverk om internkontroll som innebærer plikten å legge til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte, herunder gi et verdig tjenestetilbud.
Påstand 2 om mangelfull /manglende og dårlig håndtering av avvik	a. Ledelsens holdning til det å si ifra og å skrive avvik. i. Uklarheter rundt hva som er avvik b. Avvik som ikke behandles innen fristen c. Avvik som ikke tas seriøst, herunder som avvises d. Konsekvenser av å si ifra. e. Avvik som ikke følges opp eller iverksettes	- Krav om internkontrollsystem som legger til rette for melding, oppfølging og evaluering av avvik. - Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3 og § 5 - Helsepersonelloven §§ 16-17 - Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-7
Påstand 3 om ledelsens kritikkverdige håndtering av underslag /tyveri av narkotika fra en ansatt	Ledelsens håndtering av følgende: a. ansettelsen og første bruken av en navngitt vikar b. Den oppfølgingen/ kontrollen som ble gjort løpende av vikaren, herunder manglende håndtering av den risikoen vikaren utgjorde. c. den oppfølgingen som ble gjort etter at en fikk klare bevis på at vikaren hadde underslått narkotika, herunder en episode hvor vikaren tok seg inn på Fosshagen	- Kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1⁸ - Krav til internkontrollsystem i helse- og omsorgstjenesten - Helsepersonelloven § 16 - Legemiddelhåndteringsforskriften § 4, § 6 og § 7 - Legemiddeloven § 29

⁷ I flere vurderinger anbefaler varslingssekretariatet for eksempel at omfanget og alvorligheten av brudd bør vurderes av en uavhengig med helsefaglig kompetanse

⁸ Det blir her også vist til kommentarene til helsepersonelloven § 16, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250) og til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-2/2013. Lederansvaret i sykehus.

Påstand 4 om ledelsens kritikkverdige håndtering av ressurser på korttidsavdelingen	• Ansettelse av fysioterapeuter i helsefagarbeiderstillinger • Ujevn arbeidsfordeling og manglende samarbeid på avdelingen	• Kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 • Krav til internkontrollsystem i helse- og omsorgstjenesten • Egen rutine om minstekrav til bemanning • Hovedavtalens bestemmelser om informasjons- og drøftingsplikt for forhold som er av betydning for de ansatte
Påstand 5 om kritikkverdige forhold knyttet til håndtering av ansatte fra tre navngitte ledere	• Oppsigelser • Konsekvenser av å si fra/varsle • Dårlig behandling av varsler • Leders bruk av personlig/privat informasjon • Dårlig personalpolitikk • Annen kritikkverdig behandling av ansatte	«Basert på gjennomgangen om det som omfattes av varselet og det som er behandlet i de øvrige rapporter knyttet til samme varsel, anses det ikke å være gjenværende kritikkverdige forhold som er varslet om som er av en slik alvorlighet at det skal behandles som et varsel»
Påstand 6 om uønsket seksuell oppmerksomhet/ trakassering fra en konkret leder	• Upassende atferd, meldinger og dialog med ansatte	• Arbeidsmiljøloven § 4-3 krav til det psykososiale arbeidsmiljøet • Likestillings- og diskrimineringsloven § 13 om forbud mot å trakassere • Brudd på alminnelige etiske normer

Tiltak gjennomført i etterkant av varslingsrapporten desember 2020

Kommunalsjefen fikk oversendt rapport etter varslingsaken i slutten av november 2020, og helhetlig overlevering av rapport i desember 2020.

Møter med ansatte

I januar 2021 ble det gjennomført møter mellom kommunalsjef, kommuneoverlege og totalt 23 ansatte ved Fosshagen. Møtene kom i stand på bakgrunn av en bekymring som ble meldt av en tidligere ansatt direkte til kommunedirektøren knyttet til sykepleiergruppen ved Fosshagen. Bekymringene knyttet seg til uro i gruppen og uheldig atferd. Det ble gjennomført et møte med hele sykepleiergruppen ved Fosshagen, samt med alle fysio- og ergoterapeuter. Av ulike årsaker lot møte med helsefagarbeidere seg ikke gjennomføre.

Endringer i ledelsen

Tidligere virksomhetsleder fratrådte sin stilling januar 2021 som følge av forholdene som kom frem i varslingsakene.

Det tiltrådte ny virksomhetsleder på Fosshagen fra 18. januar 2021.

Per april 2021 er én av de tre tidligere avdelingslederne fortsatt i arbeid ved Fosshagen og to avdelingsledere er i permisjon. Fra midten av april 2021 er det kommet på plass en vikarierende avdelingsleder på Fosshagen, mens virksomhetsleder foreløpig har personalansvar for de ansatte som er uten avdelingsleder. Det er ansatt tre ressurspsykepleiere på Fosshagen fra mars 2021 i et ettårig prosjekt. En av ressurspsykepleierne vil i en periode ha faglig ansvar på avdelingen som står uten avdelingsleder. I tillegg er det ansatt en bemanningskonsulent i 40 prosent fra midten av april og i 100 prosent fra 1. mai som blant annet skal hjelpe avdelingslederne med vaktinnleie og turnusarbeid.

Igangsatt prosesser

Deloitte får opplyst at det etter ansettelse av ny virksomhetsleder er det satt i gang flere prosesser på Fosshagen når det gjelder kvalitet og forbedring, arbeid i sykepleiergruppen og arbeidsmiljø.

Kvalitetsarbeid

Det er satt i gang et arbeid med å innføre «det grønne korset» i forbedringsarbeidet på Fosshagen. Gjennom dette verktøyet etableres en daglig arena for å snakke om avvik det siste døgnet og gå inn i årsakene til at avvik oppstår. Videre blir det pekt på at «det grønne korset» legger til rette for at alle, både ledere og medarbeidere, blir en del av forbedringsarbeidet og bidrar til å identifisere tiltak for å unngå at samme feil skjer igjen. Verktøyet skal først tas i bruk på en av avdelingene som en pilot. Nåværende virksomhetsleder viser til at dette er den avdelingen med det høyeste antallet meldte avvik og de alvorligste avvikene. Til nå er det gjennomført undervisning i to deler med en ekstern kursholder knyttet til «det grønne korset». Undervisningen omfattet både sykepleiere, helsefagarbeidere og avdelingslederne.

Som nevnt over er det ansatt tre ressurspsykepleiere på Fosshagen i et ettårig prosjekt. Nåværende virksomhetsleder viser til at ressurspsykepleierne skal ha et ekstra ansvar for å drive, motivere til og følge opp forbedringsarbeidet i avdelingen. Virksomhetsleder viser til at dette ikke fratar avdelingslederne ansvar for kvaliteten og forbedringsarbeidet, men at de trenger noen å spille på som kan bistå med å sette forbedringsarbeidet i system.

Arbeid i sykepleiergruppen

Nåværende virksomhetsleder viser til et stort behov for å jobbe med sykepleiergruppen som er utrygge og usikre fordi de står i en uavklart situasjon blant annet når det gjelder status for nærmeste ledelse etter varslingsaken. I intervju med kommuneledelsen blir det vist til at den usikre situasjonen knyttet til ledelsen ved avdelingene preger noen av de ansatte så mye at det har blitt iverksatt tiltak for å sikre at det ikke går ut over kvaliteten i tjenestene som gis på Fosshagen. Det er gjennomført to sykepleierdager, som har hatt fokus på sykepleierrollen og det å ta ansvar som sykepleier, samt sykepleierens rolle når det gjelder å sikre at det gis rett kompetanse til rett pasient til rett tid. I tillegg til disse to dagene ble det meldt behov om, og gjennomført, en egen dag med organisasjonspsykolog med formål om å gi sykepleierne verktøy for å håndtere en uavklart situasjon i jobben.

Arbeidsmiljø

I mars 2021 ble det gjennomført arbeidsmiljøundersøkelse på Fosshagen for å kartlegge hvordan de ansatte har det på sin avdeling. Det blir pekt på at dette blant annet er en viktig del av å undersøke tilliten mellom ledere og ansatte i avdelingene.

Det er videre leid inn organisasjonspyskologer fra Bedriftshelsetjenesten for å bistå i arbeidet knyttet til arbeidsmiljøutfordringer på Fosshagen. Kommuneledelsen har i samråd med nærværende virksomhetsleder også satt inn bedriftshelsetjenesten for å arbeide med personalet på Fosshagen.

Virksomhetsleder har innført tiltak som skal bidra til at de ansatte holdes oppdatert om status i oppfølgingen av varslingsaken.

Kommunalsjefen peker på at det også skal settes i gang et arbeid med ledergruppen på Fosshagen, men at de først må sette i gang arbeid med personalgruppen. Kommunalsjef ønsker å være mer involvert i arbeidet med ledergruppen, og viser til at det er viktig at hun som leder er koblet på dette arbeidet.

3 Ansatte og lederes opplevelse av tjenester ved Fosshagen

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad opplever ledere og ansatte ved Fosshagen ressurscenter at tjenestene som utøves ved enheten er gode og forsvarlige?

Under dette:

- I hvilken grad kan det identifiseres områder der tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig, og hva opplever ledere og ansatte at er konsekvensen(e) av eventuell mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen?⁹
- Hva opplever ledere og ansatte at er sentrale årsaker til eventuell mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen?

3.2 Kontrollkriterier

3.2.1 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven omtaler kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Her står det at:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

3.2.2 Krav til forsvarlighet

§ 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven omtaler krav til forsvarlighet i kommunens helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

Helsepersonelloven § 4 pålegger helsepersonell plikt til å utføre arbeidet i samsvar med kravet om å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det går videre frem av helsepersonelloven at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§ 16).

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) omtaler i § 3 at tjenestenes innhold skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet blant annet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen

Se vedlegg 3 for utfyllende kontrollkriterier.

⁹ Deloitte har valgt å slå sammen underproblemstilling a) I hvilken grad kan det identifiseres områder der tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig, og c) hva opplever ledere og ansatte at er konsekvensen(e) av eventuell mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen

3.3 Opplevd forsvarlighet og kvalitet i tjenestene på Fosshagen per i dag

3.3.1 Datagrunnlag

I denne seksjonen beskriver vi områder identifisert i intervju og spørreundersøkelse der tjenesteutøvelsen ved Fosshagen ikke oppleves som god og forsvarlig av ansatte og ledere, samt konsekvensene av mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen pekt på av ansatte og ledere.

Det blir i intervju pekt på at det fortsatt er høy risiko for alvorlige hendelser ved Fosshagen. Nåværende virksomhetsleder viser til at totaliteten av alle avvikene som blir meldt gjenspeiler en kultur der det ikke er innarbeidet at ansatte tar ansvar for strakstiltak parallelt med føring av avvik som kan sørge for strukturelle forbedringer. Hun viser til at dersom strakstiltak ikke blir iverksatt kan det være fare for liv og helse. Virksomhetsleder peker på at dette spesielt er fremtredende ved én av avdelingene, og at hun har vært bekymret for at dette skulle medføre alvorlige hendelser (mer om system for melding og oppfølging av avvik i kapittel 4.7 i rapporten).

Både kommunedirektøren og kommunalsjef for helse, omsorg og velferd mener nåværende virksomhetsleder gjør en god jobb med å følge opp avdelingene på Fosshagen. Likevel gir kommunalsjef uttrykk for at hun er utrygg på om det kan skje hendelser som kan forverre situasjonen på Fosshagen. Kommunalsjef viser til at det er satt i gang veldig mange tiltak knyttet til blant annet kvalitetsarbeid og arbeidsmiljø på kort tid (se avsnitt 2.2). Hun uttrykker samtidig bekymring for at Fosshagen per i dag har lav tilstedeværende sykepleierdekning, og at ytterligere tiltak er viktig for å sikre god faglig drift.

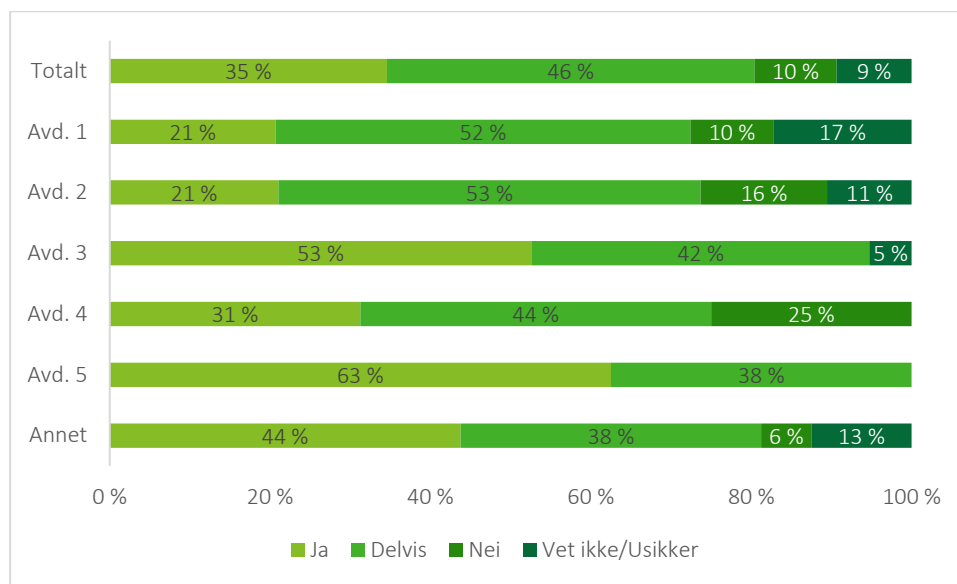
I intervju med ansattrepresentanter kommer det frem ulike oppfatninger. Noen viser til at de ikke opplever at det er særlig risiko for at tjenestene ikke er tilstrekkelige eller forsvarlige. Andre viser imidlertid til at Fosshagen *ikke* leverer de tjenester med den kvalitet som de skal. Det siste blir også bekreftet av omfanget av og innholdet i avviksmeldingene som meldes (nærmere omtalt i kapittel 4.7 om system for melding og oppfølging av avvik) og hendelsene som påpekes både i spørreundersøkelse og intervju. Dette er også påpekt i varslingsrapporten (jf. påstand 1 og 4).

Det er særlig en av avdelingene som trekkes frem i intervju med de ansatte, der de opplever at det per i dag ikke er tilfredsstillende kvalitet i tjenestene. De ansatte viser særlig til at manglende ledelse over lang tid, spesielt siden sommeren 2020, har ført til at alt fra ledelse og arbeidsmiljø til rutiner ikke fungerer tilfredsstillende. Samtidig er det vist til at manglende kvalitet på tjenestene i avdelingen også handler om at avdelingen i dag har en annen pasientgruppe enn avdelingens egentlige målgruppe. Flere ansatte har pekt på at avdelingen har fått inn pasienter med kognitiv svikt som venter på langtidsplass, og som har et annet behov enn de vanlige kortidsbrukerne med behov for opptrening som tidligere var pasientgruppen, og som bemanningen har kompetanse på.

I intervju med en ansattrepresentant er det også opplyst at pårørende har klaget om manglende kvalitet i tjenestetilbudet. Det blir særlig vist til at pasienter må vente lenge på hjelp, noe som også blir nevnt av flere respondenter i spørreundersøkelsen.

I spørreundersøkelsen fikk de ansatte ved Fosshagen spørsmål om kapasiteten på egen avdeling er tilstrekkelig for å gi forsvarlige tjenester. Totalt svarer 35 prosent av respondentene at det samlet sett er tilstrekkelig kapasitet (bemanning, tid og arbeidsbelastning) på deres avdeling til å gi forsvarlige tjenester. 10 prosent svarer nei på dette spørsmålet, mens 46 prosent svarer at det delvis er tilstrekkelig kapasitet og 9 prosent svarer «vet ikke/usikker».

Figur 2: Min avdeling på Fosshagen har samlet sett tilstrekkelig kapasitet (bemanning, tid og arbeidsbelastning) til å gi forsvarlige tjenester (N=107)



Figuren over viser at fra avdeling 1 svarer en av ti respondenter at de på egen avdeling ikke har tilstrekkelig kapasitet til å gi pasientene og brukerne forsvarlige tjenester. 25 prosent av respondentene ved avdeling 4 og 16 prosent av respondentene på avdeling 2 peker på det samme.

Det er noen områder som trekkes spesielt frem av respondenter og de intervjuede i undersøkelsen når det gjelder risiko for manglende forsvarlighet i tjenestene. Dette gjelder faglig og individuell oppfølging av pasienter, bruk av tvang og legemiddelhåndtering/medisinering. Under vil disse områdene omtales nærmere. Det er også respondenter som viser til at manglende prosedyrer og rutiner kan føre til risiko for at tjenester ikke er forsvarlige. Dette vil vi omtale nærmere i avsnitt 4.6 om system og rutiner for å sikre etterlevelse av krav i regelverket.

Faglig og individuell oppfølging av pasienter

Lier kommune har utarbeidet flere standarder for tjenester til eldre på sykehjem. I Lier kommunes standard for langtidsplass for aldersdemente i skjermet institusjon¹⁰, standard for rehabiliteringsplass¹¹ og standard for korttidsplass i institusjon¹² går det blant annet frem at følgende forhold skal ivaretas:

- Grunnleggende behov som f.eks. mat, drikke, egenomsorg, hjelp til av/påkledning, rett til privatliv etc., dekkes.
- Individuelt tilpasset hjelp til alle dagliglivets funksjoner ut ifra individuell omsorgsplan, ytes.
- Sykepleiefaglig kompetanse 24 timer i døgnet.
- Heldøgns bemanning.
- Medisinsk tilsyn og oppfølging av tilsynslege.
- Rett til et aktivitets- og kulturtilbud tilrettelagt av en aktivitør eller lignende.

Manglende individuell oppfølging

I standard for rehabiliteringsplass og korttidsplass i institusjon går det frem at det skal gjennomføres kartlegging, testing og vurdering av helsetilstand og funksjonsnivå. I alle standardene som er utarbeidet blir det satt krav til at individuell omsorgsplan skal være utarbeidet.

Respondentene i spørreundersøkelsen, fikk et oppfølgingsspørsmål der de ble bedt om å svare på hvilke konsekvenser manglende kapasitet har på deres avdeling. Det er 55 respondenter som arbeider med tjenester til pasienter og brukere ved virksomheten som svarer på dette spørsmålet, og forholdene som blir hyppigst nevnt av

¹⁰ Standard for langtidsplass for aldersdemente i skjermet institusjon. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Godkjent av kommunestyret 10.12.2007.

¹¹ Standard for rehabiliteringsplass. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Godkjent av kommunestyret 10.12.2007.

¹² Standard for korttidsplass i institusjon. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Godkjent av kommunestyret 10.12.2007.

respondentene er **dårligere tjenester** til pasienter¹³ i form av for eksempel ikke god nok faglig oppfølging og manglende oppfølging knyttet til bevegelse/mosjon. Flere peker på at brukere ikke blir fulgt opp tilstrekkelig, for eksempel i form av aktivisering og bevegelse, og at de dermed blir sittende mye i ro, noe som blant annet fører til nedsatt gangfunksjon, økt fare for sår, forstoppelse, lungebetennelse og tap av kognitiv funksjon. Det er videre flere som nevner at det ikke blir utarbeidet **individuelle omsorgsplaner** for pasientene.

Sårstell

Det er flere som peker på at manglende kapasitet og kompetanse går ut over **sårstell** og oppfølging av sår hos pasienter. To av respondentene peker på et tilfelle der sårstell ikke ble utført, og viser til at sykepleier ikke hadde observert eller blitt fortalt om dette. Det blir opplyst at såret ikke grodde skikkelig på grunn av at det gikk så lang tid før såret ble behandlet. Den ene respondenten trekker frem at pasienten døde og mener at utfallet kunne ha vært unngått dersom såret hadde blitt oppdaget tidligere. Det er ikke kjent for Deloitte om det er direkte sammenheng mellom manglende sårstell og dødsfall, og vi har ikke gjennomgått journaler eller lignende for å ettergå denne opplysningen. Kommunen viser i forbindelse med verifisering til at kommuneoverlegen gir informasjon om at beslutningsgrunnlaget er godt dokumentert i journal og at sårstell er blitt utført i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Kommunen peker videre på at Fosshagen/Lier kommune ikke har noen egen rutine for sårstell, og at dette heller ikke er en rutine kommunen er ment å skulle ha. Det blir vist til at Fosshagen har sykepleier med spesialkompetanse på sår som skal kobles på ved sår hos pasient. Det blir videre vist til følgende innspill fra kommuneoverlegen:

Individuell omsorgsplan har sår som spesifikt punkt, det samme har innleggelsesprosedyren og prosedyren for utskriving fra KAD¹⁴.

Sykehjemmene har tilgang til VAR¹⁵ for konkrete prosedyrer. Infeksjonskontrollprogrammet har også sår som eget punkt.

Konkret sårbehandlingsprosedyre må opprettes i tilknytning til det konkrete såret da behandlingen er ulik avhengig av sårets årsak og størrelse og eventuelle kompliserende faktorer som sekundærinfeksjon i såret. Pasientens grunnlidelse kan også spille inn på håndtering av såret.

Oppfølging av ernærings tiltak

Lier kommune har etablert rutine for forebygging og behandling av underernæring¹⁶ der det blant annet fremgår at det i den enkelte virksomhet skal utpekes en ansatt som er ernæringskontakt og som årlig skal utarbeide oversikt over ernæringsstatus i den enkelte virksomhet. Det går videre frem at personer i ernæringsmessig risiko skal bli spesielt fulgt opp med individuell ernæringsplan hvor dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak er beskrevet. Det er også utarbeidet en rutine for variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til ernæring for sykehjemmene i Lier.¹⁷

Flere respondenter peker på at det er manglende oppfølging av **ernæring** ved Fosshagen, og det blir gitt eksempel på at manglende ernæringsjournaler har ført til at pasienter har blitt svært undervektige uten at dette har blitt registrert og fulgt opp. En respondent svarer at pasienter sine dietter ikke blir fulgt opp i det hele tatt. Fylkesmannen i Oslo og Viken (nå Statsforvalteren) gjennomførte i 2020 et tilsyn ved Fosshagen etter anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.¹⁸ Fylkesmannen vurderer at Fosshagen ikke har et tilstrekkelig system for å følge opp ernæring og drikke som er i samsvar med god praksis. I forbindelse med verifisering påpeker kommunen at det er iverksatt tiltak etter tilsynet fra Fylkesmannen (mer om tilsynet i avsnitt 4.6 om system og rutiner for å sikre etterlevelse av krav i regelverket)

Det blir av respondentene blant annet pekt på at det ikke foreligger daglige registreringer av ernærings- og væskeinntak i pasientens journal, i tillegg til at de registreringene som er gjort mangler oppsummering og vurdering av inntaket. Fylkesmannen konkluderer med at Lier kommune ved Fosshagen ressurscenter har brutt

¹³ Over tretti ansatte peker i spørreundersøkelsen på at konsekvenser av manglende kompetanse eller kapasitet er et dårligere tilbud for pasientene.

¹⁴ Kommunal Akutt Døgnet

¹⁵ Det blir opplyst at kommunen bruker prosedyreverktøyet VAR Healthcare som er integrert i det elektroniske pasientjournalssystemet Profil. Det er dermed mulig å lenke aktuelle prosedyrer fra VAR til pasientenes journaler. VAR healthcare tilbyr blant annet rundt 400 oppdaterte fagprosedyrer. <https://www.varhealthcare.no/>

¹⁶ Forebygging og behandling av underernæring. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 25.01.2010.

¹⁷ Variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til ernæring. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 11.11.2002.

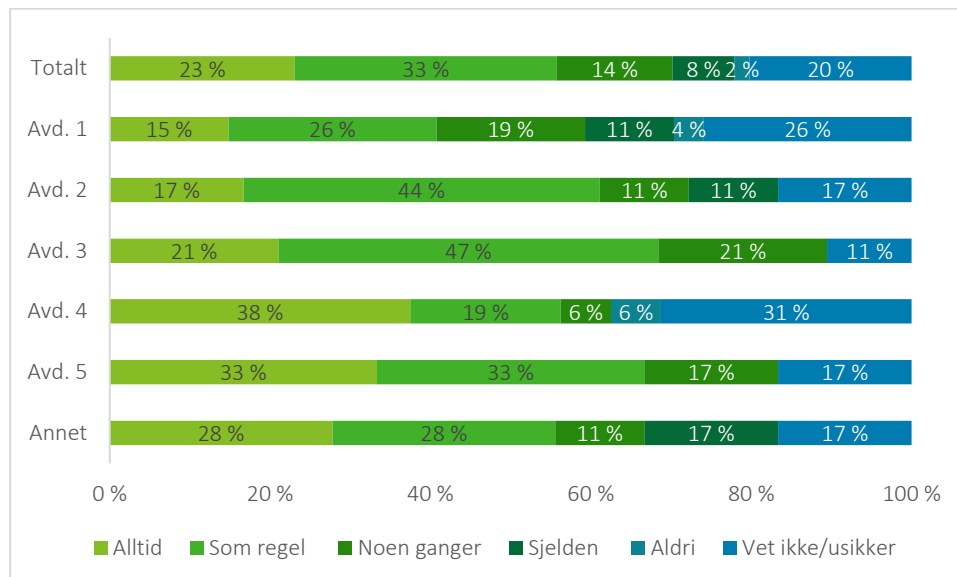
¹⁸ Avgjørelse i tilsynssak. Fylkesmannen i Oslo og Viken. Dato: 20.10.2020.

forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven (§ 4-1) og viser til at dette blant annet gjelder oppfølging av en pasients væske- og ernæringsinntak gjennom opphold på sykehjemmet (les mer om tilsynet i kapittel 4.6).

Respondentene fikk i spørreundersøkelsen spørsmål om i hvilken grad rutiner for ernæring blir fulgt i avdelingene. Sammenlagt svarer 23 prosent av respondentene at rutiner for ernæring alltid blir fulgt, 14 prosent svarer at de noen ganger blir fulgt og 33 prosent svarer at disse rutinene «som regel» blir fulgt.

Det fremgår at det er relativt store forskjell mellom avdelingene når det gjelder ansattes vurdering av om rutine for ernæring blir etterlevd (figur 3).

Figur 3: I hvilken grad blir rutinene for ernæring fulgt på din avdeling? (N=104)



Som fremstilt i figuren over svarer 15 prosent av respondentene fra avdeling 1 at rutiner for ernæring «sjelden» eller «aldri» blir fulgt. Omtrent en av fem (19 prosent og 21 prosent) i avdeling 1 og 3 svarer videre at rutine for ernæring «noen ganger» blir fulgt.

Respondentene fikk et oppfølgingsspørsmål knyttet til hvilke konsekvenser de eventuelt erfarer som følge av manglende etterlevelse av rutiner og prosedyrer. Når det gjelder ernæring peker respondentene på at det blir gitt mye ensformig mat som kan føre til feilernæring. En respondent forteller at det alltid blir opprettet ernæringsplan på avdelingen vedkommende jobber på, men at disse sjelden blir fulgt opp når pasienten har vært på avdelingen en periode. En respondent viser videre til tilfeller der pasienter blir obstipert på grunn av dårlig ernæring, for lavt væskeinntak og overbruk av medisiner, mens en annen peker på tilfeller der underernæring ikke har blitt oppdaget på grunn av at det er lite faglig kunnskap, mange assistenter og at det ikke er tilrettelagt for å utføre ernæringsplaner og å føre journaler. En respondent viser også til at oppfølging av pasienter med dårlig nærings- og væskeinntak varierer mye etter hvilke ansatte som er på vakt.

Kommunen påpeker i verifiseringen av rapporten at det er sentralkjøkkenet i Lier kommune som leverer mat til alle tre sykehjemmene i kommunen. Det er en variert kostplan hvor ernæringsgrunnlaget er nøye beregnet per porsjon. Det blir vist til at det derfor virker overraskende at enkelte respondenter opplever at det gis mye ensformig mat og at dette kan føre til feilernæring. Det blir videre bemerkt at det ikke er uvanlig at gamle og syke mennesker ikke ønsker mat eller ikke tar til seg næring på samme måte som tidligere.

Legemiddelhåndtering

Det er utarbeidet flere retningslinjer for legemiddelhåndtering i Lier kommune. I *generell retningslinje for legemiddelhåndtering*¹⁹ blir ansvar, kompetanse og opplæring, dokumentasjon og internkontroll beskrevet. Under kapittelet om ansvar går det frem at helsepersonell som håndterer legemidler har et selvstendig ansvar for at retningslinjer for legemiddelhåndtering følges og at annet personell har selvstendig ansvar for å utføre oppgaver i henhold til gitt opplæring. Det står videre at virksomhetsleder i henhold til forskrift om legemiddelhåndtering er overordnet ansvarlig for legemiddelhåndteringen i egen virksomhet, mens sykepleier/vernepleier har delegert ansvar for gitte områder etter forskriften. Videre går det mer detaljert frem hvilket overordnet ansvar som blant

¹⁹ Legemiddelhåndtering generell retningslinje. Utarbeidet av kommuneoverlege. Lier kommune. Ikke datert.

annet ligger til kommunalsjef, virksomhetsleder, og avdelingsleder (ev. sykepleier/vernepleier med medisinsansvar) (Tabell 4).

Tabell 4: Overordnet ansvar for legemiddelhåndtering

Rolle	Ansvar
Kommunalsjef HOV	• At overordnet prosedyre er gyldig og oppdatert. • Ansvar for revidering • skal sørge for internkontroll, herunder etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndteringen • kan vurdere behov for ekstern kvalitetskontroll
Virksomhetsleder	• Er ansvarlig for at legemiddelhåndteringen er organisert og blir utført i samsvar med myndighetskrav, krav satt i dette dokumentet og i virksomhetens interne prosedyrer. • har alltid overordnet ansvar for legemiddelhåndtering i egen virksomhet, men ansvar for utførelse av legemiddelhåndteringen kan delegeres av virksomhetsleder til mellomledere • har ansvar for å gjøre retningslinjene tilgjengelig og kjent • skal sikre at det utarbeides, godkjennes og implementeres interne skriftlige prosedyrer for deler av legemiddelhåndteringen som ikke dekkes av disse retningslinjer, der dette er påkrevd. Interne prosedyrer skal være skriftlige, datert og angitt gyldighetsperiode • har ansvar for at alt personell har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering på en forsvarlig måte. Kompetanse vurderes individuelt ut fra vedkommendes formelle og reelle kvalifikasjoner, oppgavens art og den oppfølging som gis samt utstedte fullmakter som beskrevet i kap. 4. • vurdere lokale risikoforhold (ROS- analyse), samt sørge for at avvik rapporteres. • skal sørge for at det foreligger skriftlig oversikt over sertifisert personale med hensyn til oppgaver innen legemiddelhåndtering, samt sørge for at det finnes ajourførte signaturlister med initialer til alle som er knyttet til virksomheten og som deltar i legemiddelhåndteringen • har ansvar for at det føres legemiddelregnskap per pasient på A og B preparater skal sørge for at det er etablert et samarbeid med tilsynslegen vedrørende legemiddelhåndteringen innenfor virksomheten • skal sikre tilgang til en faglig rådgiver med legemiddelkompetanse, dersom virksomhetsleder selv ikke har denne kompetansen
Avdelingsleder, eventuelt sykepleier/vernepleier med medisinsansvar	• skal påse at legemiddelhåndteringen ved avdelingen til enhver tid er i samsvar med myndighetskrav, krav satt i disse retningslinjer, samt interne prosedyrer og direktiv. • skal påse at gjeldende «Retningslinjer for legemiddelhåndtering» og interne prosedyrer for legemiddelhåndtering gjøres kjent og følges av alle som deltar i legemiddelhåndteringen. • at dokumentasjon for bestått grunnkurs, opplæring/vurdering ved arbeidsplassen, evt. Annen dokumentasjon, oppfriskningskurs og bemyndigelser arkiveres i elektronisk personalmappe i Ephorte og registreres i ansattes kompetanseprofil i GAT. • skal sørge for orden, korrekt oppbevaring og renhold i legemiddellagrene til enhver tid. • skal ha rutiner for kontroll av holdbarhet på preparatene, og at nødvendige legemidler er på lager. • er ansvarlig for kassasjon og retur av utgåtte preparater. • er ansvarlig for månedlig gjennomgang og kontroll av narkotikaregnskap. Denne kontrollen skal utføres av to sykepleiere/vernepleier, eventuelt en sykepleier/vernepleier og en hjelpepleier.

I *generell retningslinje for legemiddelhåndtering* blir det også slått fast at avvik som for eksempel at det er glemt å gi medisin, at medisin er gitt til feil pasient eller at det er gitt medisin til feil tidspunkt, skal dokumenteres i brukers pasientjournal.

Lier kommune har revidert retningslinjen *praktisk legemiddelhåndtering i institusjon*²⁰ i november 2020. I denne utgaven av retningslinjen blir følgende oppgaver beskrevet: rekvirering og mottak av legemidler, medisinsrom, skap og traller, administrering av legemidler og feil og avvik. Under punktet administrering av legemidler fremgår det

²⁰ *Praktisk legemiddelhåndtering i institusjon*. Lier kommune. Dato: 26.11.2020.

blant annet rutiner for utlevering av legemidler, egenkontroll, når pasienten motsetter seg medisiner og dobbeltkontroll. Under punktet om dobbeltkontroll er det et eget avsnitt som omtaler krav til dobbeltkontroll og hvem som kan utføre dobbeltkontrollen:

I utgangspunktet skal sykepleier/vernepleier utføre og signere for dobbeltkontroll i situasjoner der det er anbefalt at man utfører dobbeltkontroll. I de situasjoner der det ikke er praktisk mulig at to sykepleiere/vernepleiere utfører dobbeltkontroll, skal annet helsepersonell utføre dobbeltkontrollen. **I slike situasjoner er ikke egenkontroll vurdert som forsvarlig**, dette gjelder i følgende risikoområder; Injeksjoner og infusjoner, ved bruk av A-preparater, ved bytte mellom byttbare legemidler, ved bruk av legemidler med smal terapeutisk bredde, ved istandgjøring av flere doser og ved tilberedning av legemidler.

I dokumentet er det lagt inn en tabell som viser til hvilke typer istandgjøring av medisiner som krever dobbeltkontroll og hvilke roller som skal utføre henholdsvis kontroll 1 og kontroll 2.

Videre er det på Fosshagen utarbeidet egen *rutine for medisinkabinett*²¹ og *rutine for istandgjøring og bytte av smerteplaster hos brukere*²². Videre peker kommunen på at det er flere aktuelle prosedyrer fra VAR Healthcare som kan benyttes i forbindelse med legemiddelhåndtering.²³

Nåværende virksomhetsleder trekker frem avvik knyttet til legemiddelhåndtering som en av de største bekymringene knyttet til forsvarligheten i tjenestene ved Fosshagen. Hun viser til at det varierer hvor alvorlige avvikene som oppstår er. For eksempel trenger det ikke å være alvorlig for pasienten dersom man har glemt å kvittere på at medisin er gitt, men dersom man deretter ikke sjekker opp om medisin er gitt eller ikke så kan dette føre til at riktig medisinsk oppfølging ikke gis, noe som er alvorlig.

Det er i undersøkelsen trukket frem flere forhold knyttet til legemiddelhåndtering som utgjør risikoer med hensyn til forsvarligheten i tjenestene.

Det blir i intervju vist til at Fosshagen ikke har hatt månedlig gjennomgang av narkotikaregnskapet²⁴ slik *generell retningslinje for legemiddelhåndtering* stiller krav til, og at det har gått opp til seks måneder mellom hver gang dette har blitt gjennomført. Det blir i et intervju med en ansattrepresentant pekt på at det ikke har vært lagt til rette for at sykepleiere skal ha tid til å kontrollere A- og B-preparater hver måned, men at det i senere tid har blitt satt av tid til å gå gjennom medisiner på medisinerrommet.

Kommunalsjef viser til at hun aldri tidligere har opplevd at det i en virksomhet har gått seks måneder uten gjennomgang av narkotikaregnskap, uten at dette samtidig har blitt løftet som en utfordring fra virksomhetsleder. Kommunalsjef understreker at oversikt over beholdning av legemidler er et krav som skal etterleves. Kommunalsjefens tolkning av årsaken til manglende gjennomgang av narkotikaregnskapet er at det var mangel på kapasitet. Hun peker på at det i så tilfelle blir et desto større problem dersom det hoper seg opp over tid. Hun understreker at det i henhold til kommunens retningslinje for legemiddelhåndtering er avdelingsleders ansvar å sikre at dette blir gjort. Det blir i forbindelse med verifiseringen påpekt at det er iverksatt tiltak på dette området.

Kommunalsjef har etterspurt fra de andre virksomhetslederne om det er lignende forhold når det gjelder narkotikaregnskap. Kommunalsjef viser til at de andre lederne forteller at det kan bli utsatt en måned, men at man da følger opp påfølgende måned. Fosshagen er den eneste av virksomhetene i kommunen som har elektronisk medisinskap, og kommunalsjef peker på at man i virksomheten mest sannsynlig har lent seg for mye på dette. Hun forklarer at man med elektronisk medisinskap må logge inn hvem man er for å få hentet ut medisiner, og at det muligens derfor ikke har blitt regnet som så viktig og regnskapsrutinen har sklidd ut. Kommunalsjef understreker at dette ikke er ok.

Kommunalsjef mener at kommunens prosedyrer som gjelder legemiddelhåndtering er tydelig på at det skal gjennomføres dobbeltkontroll ved utdeling av medisiner, men at det ved Fosshagen ikke har vært etterlevd. Kommunalsjef viser til at hun ikke har vært klar over at de på Fosshagen i mange tilfeller lot sykepleier ta dobbeltkontroll av seg selv.

²¹ *Rutiner Kabinett*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 27.05.2019, revidert 23.11.2020.

²² *Rutine for istandgjøring og byting av smerteplaster hos brukere på Fosshagen*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Ikke datert.

²³ Det blir opplyst at kommunen bruker prosedyreverktøyet VAR Healthcare som er integrert i det elektroniske pasientjournalssystemet Profil. Det er dermed mulig å lenke aktuelle prosedyrer fra VAR til pasientenes journaler. VAR healthcare tilbyr blant annet rundt 400 oppdaterte fagprosedyrer. <https://www.varhealthcare.no/>

²⁴ Dokumentasjon av alle mottak og uttak av legemidler i reseptgruppe A som er klassifisert som narkotiske stoffer. Dette kan være sterke smertestillende midler som morfin e.l.

I intervju med nåværende virksomhetsleder blir det videre pekt på at det har utviklet seg lokale varianter av praksis for legemiddelhåndtering ved de ulike avdelinger på Fosshagen. En praksis som det blir vist til er at sykepleiere videreformidler beskjeder, for eksempel om medisiner som ikke er gitt, på gule lapper eller muntlig på rapport i vaktskifte. Det blir pekt på at en mulig årsak til disse lokale praksisene er at ansatte ikke har kjennskap til rutiner eller hvor man finner disse.

I intervju med en ansattrepresentant og en avdelingsleder blir det pekt på at fysioterapeutene som går i helsefagarbeiderstillinger på en avdeling i en periode også delte ut medisiner, men at ny virksomhetsleder har satt en stopper for dette. Som følge av dette har man nå på avdelingen utfordringer med å ha nok kvalifisert personell til å gi ut medisinene. Kommunen viser i forbindelse med verifiseringen til at man ved å gjøre endringer i turnus vil ivareta behovet for kvalifisert personell.

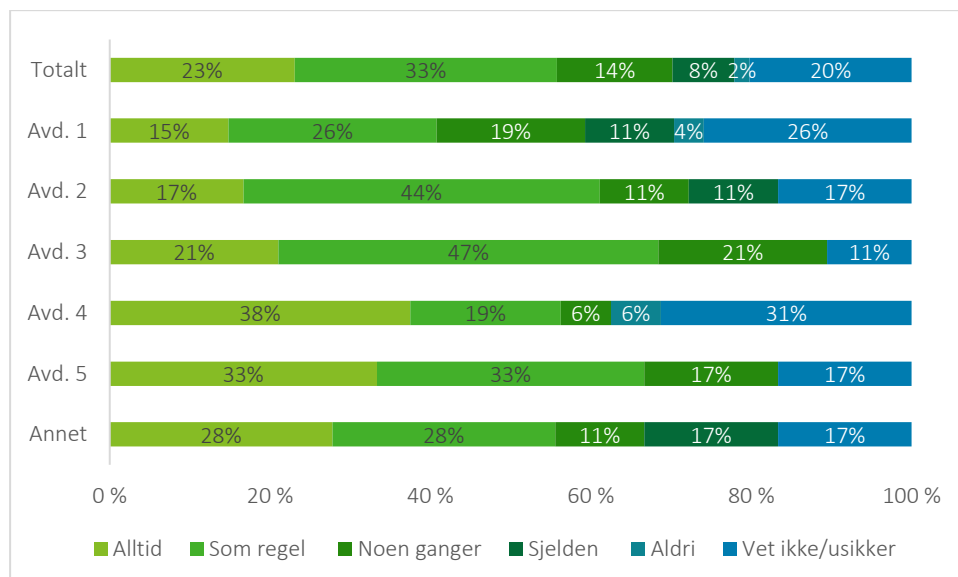
Som nevnt fikk respondentene i spørreundersøkelsen som svarte at avdelingen deres ikke ga forsvarlige tjenester et oppfølgingsspørsmål på hvilke eventuelle konsekvenser dette hadde. Når det gjelder konsekvenser knyttet til uforsvarlig legemiddelhåndtering og medisinering har respondentene følgende kommentarer:²⁵

- Lite kontroll på medisiner. Mye feil på medisinutdeling
- Medisiner blir ikke gitt til riktig tidspunkt.
- Når det er sjeldent sykepleier deler ut medisiner kan det lettere oppstå feil. Det har manglet medisiner etter at dosetten er skiftet, eller det kan gå dager før feil oppdages med medisinene.
- Pasienter med smerter kan måtte vente i altfor lang tid på smertestillende da dette krever sykepleierkompetanse og det ofte er for få sykepleiere på jobb.
- Sykepleier har ofte ikke mulighet til å observere virkning av gitt medisin (Morfin, midazolam, haldol) i palliativ fase grunnet stor arbeidsbelastning.

I en annen del av spørreundersøkelsen er det en respondent som peker på at ikke alle følger retningslinjene for legemiddelhåndtering, noe som kan føre til at det blir gitt feil medisiner, eller at medisiner ikke blir gitt. Det blir pekt på at dette kan få alvorlige konsekvenser for pasienten hvis det er viktige medisiner.

De ansatte ved Fosshagen som deltok i spørreundersøkelsen fikk spørsmål om i hvilken grad rutiner for legemiddelhåndtering blir fulgt i deres avdeling. Totalt er det 23 prosent som svarer at dette alltid blir fulgt, 14 prosent svarer at disse rutinene noen ganger blir fulgt og 33 prosent svarer at rutinene for legemiddelhåndtering som regel blir fulgt. 20 prosent svarer at de ikke vet/er usikre på om disse rutinene blir etterlevd.

Figur 4: I hvilken grad blir rutinene for legemiddelhåndtering fulgt i din avdeling? (N=104)



Som vist i figur 4 svarer 11 prosent av respondentene fra avdeling 1 og 2 at rutiner for legemiddelhåndtering sjelden blir fulgt. 31 prosent av respondentene som jobber på avdeling 4 svarer at de ikke vet om rutiner for legemiddelhåndtering blir fulgt, mens 26 prosent ved avdeling 1 svarer det samme.

²⁵ I enkelte av svarene er det foretatt mindre språklige/grammatiske endringer.

Som svar på oppfølgingsspørsmål om bakgrunnen for og konsekvenser av manglende etterleving av rutiner blir det av en respondent pekt på at ikke alle følger retningslinjer for legemiddelhåndtering og at dette kan føre til at det blir gitt feil medisiner eller at medisiner ikke blir gitt. Det blir vist til at dette potensielt kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Andre konsekvenser som blir påpekt er at pasienter ikke har blitt tilstrekkelig smertelindret før stell eller trening. Det blir videre vist til at det ofte blir gjort «slurvefeil» som kan øke risiko for feil dosering av medisiner, men at dette ikke har ført til alvorlige konsekvenser.

Det vises for øvrig til kapittel 4.6 for nærmere omtale av systemer og rutiner knyttet til legemiddelhåndtering ved Fosshagen.

Miljøarbeid og bruk av tvang

Lier kommune har utarbeidet følgende rutiner som omfatter bruk av tvang ved sykehjemsvirksomhetene: *rutine for utarbeidelse av vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a*²⁶ og *rutinebeskrivelse for vurdering av samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a*²⁷.

I førstnevnte rutine fremgår det at bruk av tvang skal benyttes i minst mulig grad. Det står også at vedtak om bruk av tvang skal benyttes i tilfeller der det må utføres nødvendig somatisk helsehjelp til pasient som motsetter seg tjenester og som mangler samtykkekompetanse.

Det er ikke utarbeidet retningslinjer eller prosedyrer for miljøarbeid ved Fosshagen. Det går frem av intervju med avdelingslederne at det i 2021 er gjennomført opplæring i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp mv.) i regi av statsforvalteren. Videre opplyser kommunen at det i 2019 har vært tilbudt foredrag for ansatte i sykehjemstjenesten i «hvordan å møte mennesker med kognitiv svikt».²⁸ Det går ikke frem av informasjonen hva som var innholdet i foredraget.

Kommunen peker på at det ikke foreligger en egen rutine for miljøarbeid ettersom miljøarbeid anses som en grunnleggende arbeidsoppgave på et sykehjem og følger av helsepersonellens utdanning. Det understrekes at helsepersonell i henhold til helsepersonelloven § 4 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. Kommuneledelsen viser til at de etter lovverket har hatt en forventning til helsepersonellet om utøvelse av miljøarbeid, men at tilbakemeldingen fra de ansatte gir signaler til ledelsen om at tiltak knyttet til dette bør iverksettes.

Det blir i intervju med både ansattrepresentanter og en avdelingsleder pekt på at det er **manglende fokus på miljøarbeid** på en av avdelingene som er tilrettelagt for demente, og en ansattrepresentant peker på at det forebyggende arbeidet på denne avdelingen virker rent tilfeldig og avhengig av hvem som er på vakt. Det blir videre vist til at flere har reagert på at man på denne avdelingen tyr til unødvendig bruk av tvang. For eksempel blir det pekt på at det har vært reagert på episoder der flere ansatte legger pasienter i bakken. Det blir i et intervju kommentert at denne praksisen ikke har noe med demensomsorg å gjøre, og at det vitner om mangel på kompetanse og kunnskap om lovverk. Ny virksomhetsleder viser i forbindelse med verifiseringen til at hun er oppmerksom på at dette kan være en problemstilling og vil sammen med avdelingsleder se på hvordan man kan øke kompetanse på forebyggende miljøarbeid og lovverk.

I forbindelse med verifiseringen av rapporten uttaler kommuneoverlegen at det i enkelte tilfeller ved utagerende pasient som kan gjøre skade på seg selv, medpasienter eller ansatte kan være nødvendig for personalet å gjøre verge-tiltak. Hun peker på at dette er svært uheldig og skal kun brukes ved nød. Videre viser kommuneoverlegen til at det alltid skal dokumenteres godt at dette har forekommet og at et slikt tiltak ikke er et kapittel 4A-tiltak, men nødverge i henhold til straffeloven § 18. Kommuneoverlegen understreker videre at i tilfeller der utagering hos demente er et problem, skal sykehjemslegen ha tett kontakt med alderspsykiater for å oppnå best mulig tilpassing for den enkelte, og at all kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten skal dokumenteres i journal.

Flere av de intervjuede ansattrepresentantene viser til at man på en avdeling på Fosshagen, som ikke i utgangspunktet har demenspasienter som målgruppe, har utfordringer med at de har fått inn mange pasienter med demens og demensrelaterte utfordringer. Utfordringen som beskrives handler om at ansattgruppen på denne avdelingen ikke har nødvendig kompetanse til å sikre pasientene gode tjenester. Det blir pekt på at det burde vært satt i gang opplæring knyttet til dette slik at ansatte kan gjøre jobben sin på en forsvarlig måte. Det

²⁶ Rutine for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap.4a. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 15.07.2019.

²⁷ Rutinebeskrivelse vurdering av pasientens samtykkekompetanse jf. pasient- og brukerrettighetsloven Kap 4A. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 18.10.2012.

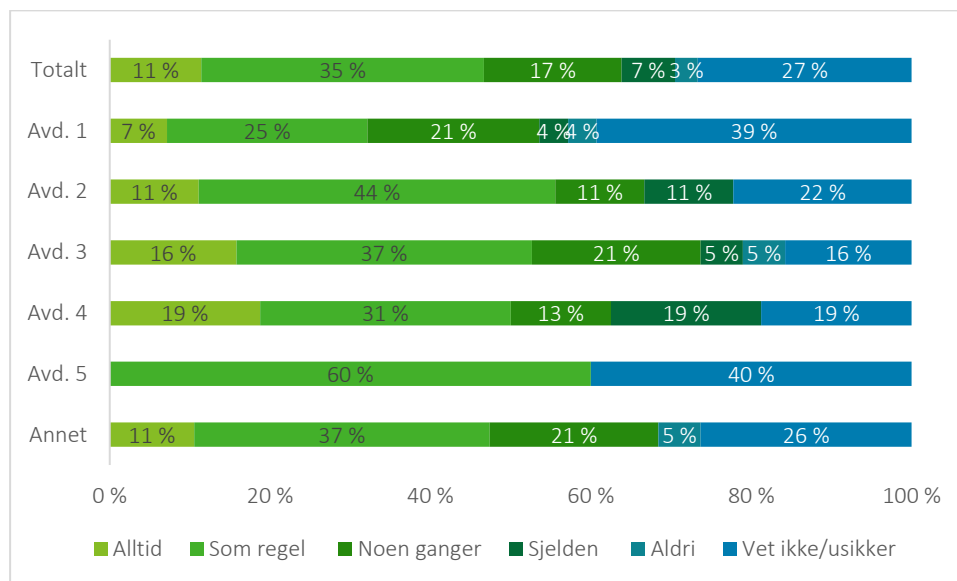
²⁸ Oversikt over obligatorisk undervisning 2019.

blir pekt på at de ansatte på avdelingen har fått tilbud om opplæring i form av vergetrening og tilbud om hospitering på demensavdeling på Fosshagen. Det blir i intervju fortalt at fokus i vergetrening/vergekurs er hvordan man kan beskytte seg selv eller hindre skade på eller av pasienten dersom man kommer i en vanskelig situasjon. På kurset gjennomføres simuleringsøvelser der de lærer riktige grep å bruke når de må benytte fysisk tvang.

Det blir vist til at de ansatte på denne avdelingen ikke har fått opplæring i miljøarbeid for å for eksempel forhindre utagering og forebygge tvangsbruk.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om i hvilken grad rutinene for blant annet bruk av tvang blir fulgt. Sammenlagt svarer 17 prosent at rutiner for bruk av tvang noen ganger blir fulgt, mens 35 prosent svarer at disse rutinene som regel blir fulgt. 11 prosent oppgir at dette alltid blir fulgt, mens 3 prosent svarer at de aldri blir fulgt.

Figur 5: I hvilken grad blir rutinene for bruk av tvang fulgt i din avdeling (N=105)?



Som fremstilt i figuren over er det 4 prosent av respondentene i avdeling 1 som peker på at disse rutinene aldri blir etterlevd, mens 21 prosent ved samme avdeling viser til at disse rutinene «noen ganger» blir fulgt og 4 prosent svarer at disse rutinene «sjelden» blir fulgt. Ved avdeling 5 er det ingen respondenter som svarer at rutiner for tvang alltid blir etterlevd, men 60 prosent svarer at disse rutinene «som regel» blir fulgt.

Respondentene som svarte at rutiner og prosedyrer for et eller flere områder ikke alltid eller aldri blir fulgt ved deres avdeling fikk oppfølgingsspørsmål om hvilke konsekvenser det eventuelt har for kvaliteten i tjenesten. I kommentarene knyttet til manglende etterlevelse av rutiner for bruk av tvang blir det pekt på at det er manglende kunnskap og opplæring om bruk av tvang både hos ansatte og ledere, at tvang blir brukt på feil måte og at det blir brukt tvangstiltak uten at det er fattet vedtak om dette. Noen respondenter peker spesielt på at de reagerer på at det blir benyttet tvang under stell av pasienter og en av respondentene viser til at manglene kunnskap og rutiner fører til «hverdagstvang». Videre er det en respondent som viser til at det er manglende opplæring i hvordan man skal gå frem for å skrive vedtak om tvang. En av respondentene viser samtidig til at man i ansattgruppen ofte snakker om bruken av tvang i refleksjonsmøter.

Når det gjelder miljøarbeid peker respondenter på at manglende bemanning fører til lite tid til miljøarbeid. Videre blir det nevnt at det kan være utfordrende å gjennomføre miljøarbeid med enkeltpasienter fordi bemanningen har nok med å håndtere urolige pasienter. En respondent peker på at manglende rutiner for miljøarbeid og manglende kapasitet fører til dårlig kvalitet i tjenestene og ofte økt medisinbruk, og en annen respondent peker på at manglende miljøarbeid fører til at beboerne blir apatiske og at demenssykdommen forverres raskere.

I spørreundersøkelsen er det videre respondenter som viser til at det blir satt i gang stell mot pasienters vilje for tidlig (burde diskutere og vurdere tiltak) og uten at det er fattet vedtak på dette eller at det blir meldt avvik. Det blir videre vist til at det på grunn av manglende kompetanse på bruk av tvang (ref. kap. 4A i pasient og brukerrettighetsloven), er det pasienter som har blitt låst inne uten at det er fattet vedtak på dette tiltaket. En av respondentene viser til at det den senere tid har blitt fattet flere nødvendige vedtak enn tidligere på bruk av tvang etter kapittel 4A i pasient og brukerrettighetsloven.

Flere viser også til manglende oppfølging av pasienter som har behov for tilrettelegging på grunn av for eksempel utagering, angst eller uro. Det blir av en respondent vist til at det ikke er tilrettelagt for skjerming på avdelingen der vedkommende er ansatt og at de ansatte ikke får sikret tilstrekkelig miljøarbeid. Det blir også pekt på at pasienter blir medisinerert på grunn av uro fordi ansatte ikke har tid til miljøarbeid.

I forbindelse med verifiseringen av rapporten bemerker kommunen at kommuneoverlegen har tatt en gjennomgang og ikke finner at det har blitt foretatt ubegrunnet medisinerings. Det blir vist til at det ved Fosshagen ikke er fattet vedtak om medisinerings på tvang.

Det vises til kapittel 4.6 for nærmere omtale av systemer og rutiner knyttet til bruk av tvang ved Fosshagen.

3.4 Sentrale årsaker til mangelfull forvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelse

3.4.1 Datagrunnlag

I denne seksjonen beskriver vi noen av **de sentrale forholdene som av ledere og ansatte blir nevnt som årsaker til mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen ved Fosshagen**. I tillegg til årsakene som belyses under, blir også manglende oppfølging av avvik, manglende retningslinjer og rutiner og manglende kjennskap til retningslinjer og rutiner nevnt som årsaker til mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenestene. Disse forholdene blir behandlet i kapittel 4 om internkontroll.

Arbeidsmiljø

Fosshagen ressurscenter åpnet i nye lokaler i 2016. Fosshagen er en sammenslåing av rehabiliteringstjenesten på Liertun sykehjem, Frogner sykehjem og dagsenter i Lier kommune. Kommunedirektør viser til at de var kjent med at det var arbeidsmiljøutfordringer ved gamle Frogner sykehjem og at det derfor ble bestemt at det skulle ansettes en ekstern virksomhetsleder som kunne binde sammen kulturene fra de tre virksomhetene som ble slått sammen den gangen Fosshagen ble etablert. I intervju med en ansattrepresentant blir det pekt på at det ikke bare var gamle Frogner sykehjem som var preget av et dårlig arbeidsmiljø før de ble flyttet til Fosshagen, men at dette også preget en av de andre tjenestene. Av intervjuet fremgår det at arbeidsmiljøutfordringene vedvarte ved overgangen til Fosshagen. I flere intervju blir det vist til at det i etterkant av sammenslåingen av flere tjenester har vært utfordringer knyttet til å samhandle på tvers av yrkesgrupper og flere viser til en pågående «profesjonskamp».

I 2019 ble det fra en hovedtillitsvalgt varslet om utfordringer med dårlig arbeidsmiljø ved en av avdelingene ved Fosshagen. Kommunalsjef viser til at hun oppfattet at denne utfordringen var «arvet» fra Frogner sykehjem. Arbeidsmiljøutfordringene på avdelingen førte til at to ansatte motvillig ble omplassert og at en ansatt sa opp sin stilling. Det fremgår av intervju og henvendelser til Deloitte at dette er en konflikt som fremdeles preger en del ansatte og miljøet på Fosshagen. Det beskrives at enkelte har en opplevelse av at dette ble håndtert på en dårlig måte fra ledelsens side. Flere har vist til at konflikten har vært medvirkende til en mistillit både mellom ledere og ansatte, men også mellom enkelte ansatte og tillitsvalgte. Samtidig er det flere som peker på at prosessen ved avdelingen var nødvendig, og at arbeidsmiljøet ved avdelingen i dag har blitt bedre.

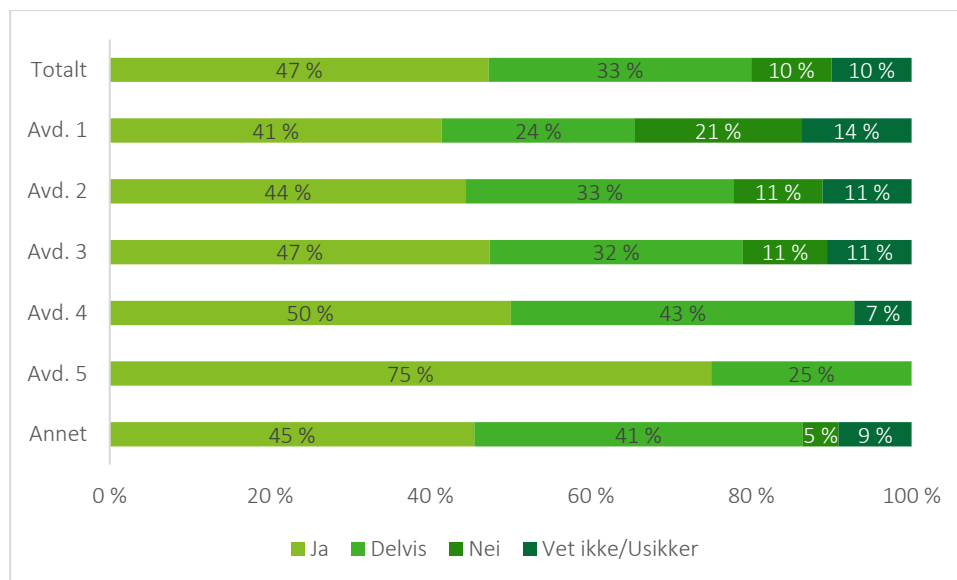
Flere av de intervjuede fra Fosshagen, både ansatte og ledere, peker samtidig på at det siste året har vært svært krevende. Av intervjuene i undersøkelsen fremgår det at driften ved Fosshagen på nåværende tidspunkt er tydelig preget av varslingssakene og usikkerhet knyttet til de videre prosessene ved virksomheten. Nåværende virksomhetsleder viser til at hun opplever en ansattgruppe som ikke fungerer godt og som er preget av en viss fryktkultur. Hennes inntrykk er at de ansatte har opplevd det som utrygt å ha møter med ledelsen, og at det har vært en frykt for konsekvenser av å uttale seg. Også kommunalsjef peker på at mange på Fosshagen er svært slitne, noe som kan være med på å forsterke utfordringene. Kommunalsjef viser til at det er mye splittelse og utrygghet i personalgruppa, og flere er også sykemeldt. Etter kommunalsjefs oppfatning er det utfordrende å vite hva som ligger til grunn for utfordringene i arbeidsmiljøet. Det er inne organisasjonspyskologer fra Bedriftshelsetjenesten på Fosshagen for å sørge for at ansatte får den støtten de har behov for og for å vurdere hvordan man kan gå frem for å arbeide videre med ansattgruppen. Virksomhetsleder opplever at det er vanskelig å komme videre før avklaringene om hva som skal skje videre er på plass. Hun observerer at hele Fosshagen lider under dette.

I spørreundersøkelsen bekrefter mange respondenter at de siste månedene har vært utfordrende for de ansatte. En respondent peker på at det er mange ansatte som er slitne på grunn av varslingssaken. Det blir nevnt at flere sykemeldinger fører til en enda større belastning for de som enda står i jobb. Respondenten peker på at det trengs

en avslutning på varslingsaken for at Fosshagen skal klare å fungere optimalt og for at personalet skal oppleve at det var verdt å varsle for at kollegaer og pasienter skal få det bra framover.

I spørreundersøkelsen fikk respondentene spørsmål om hvorvidt de opplever at det er et forsvarlig arbeidsmiljø ved deres avdeling på Fosshagen. Totalt svarer nesten halvparten av respondentene (47 prosent) at de opplever et forsvarlig arbeidsmiljø på sin avdeling, mens en av ti oppgir at det *ikke* er et forsvarlig arbeidsmiljø. 33 prosent av respondentene mener at de «delvis» har et forsvarlig arbeidsmiljø.

Figur 6: Opplever du at det er et forsvarlig arbeidsmiljø ved din avdeling på Fosshagen? (N=110)



Som fremstilt i figuren over er det noe variasjon mellom avdelingene når det gjelder opplevelse av et forsvarlig arbeidsmiljø. Det er ansatte ved fire av avdelingene, samt ansatte i kategorien «annet», som svarer at de ikke har et forsvarlig arbeidsmiljø på sin avdeling, og andelen varierer fra 5 prosent fra «annet» til 21 prosent i avdeling 1. Tre av fire på avdeling 5 oppgir at de har et forsvarlig arbeidsmiljø.

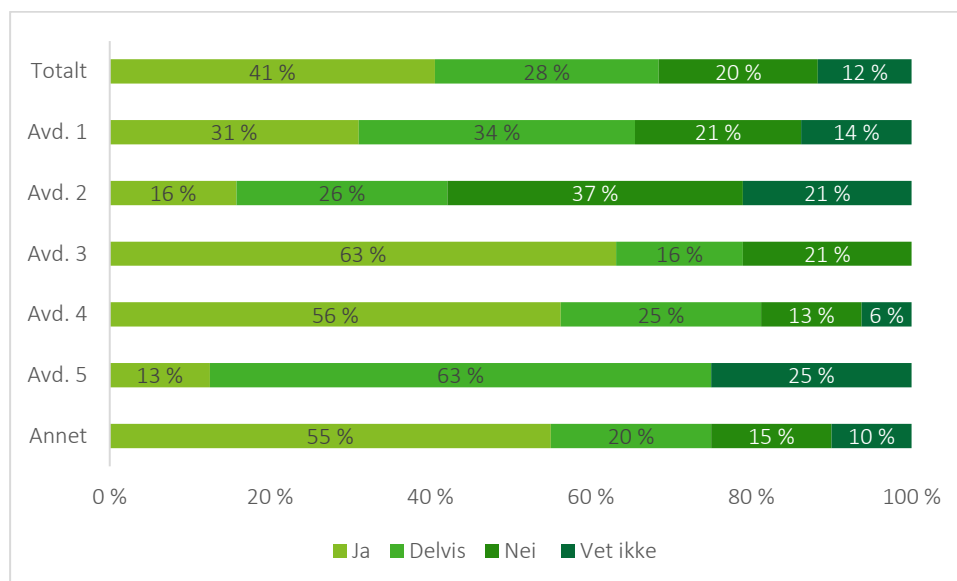
På oppfølgingsspørsmål om hva respondentene opplever at ikke er forsvarlig med arbeidsmiljøet, blir det blant annet pekt på dårlig samarbeid, høy arbeidsbelastning, mangel på hjelpemiddel og periodevis få ansatte på jobb (spesielt på kveld og helg).

Det er også en del respondenter som peker på at det er enkeltpersoner eller grupper av ansatte som skaper uro på avdelingene. Det blir blant annet pekt på at det er en del baksnacking på noen avdelinger. Videre blir det pekt på at det er konflikt mellom faggrupper på Fosshagen, og at enkelte personer ikke klarer å samarbeide med andre faggruppe enn sin egen, eller ikke har forståelse for andres faggruppers arbeidsoppgaver.

Videre blir fravær av ledelse og lite tillit til ledelsen beskrevet som utfordringer ved arbeidsmiljøet. Det blir vist til ledere som er irriterte og kjefter, leder som baksnakker andre ledere foran ansattgruppen, leder som forskjellsbehandler faggrupper og har opptrådt trakasserende og upassende, og leder som ikke følger opp tilbakemeldinger fra ansatte. En del av respondentene presiserer at de svarer for hvordan forholdene har vært under tidligere ledelse.

Respondentene i spørreundersøkelsen ble også bedt om å ta stilling til påstanden om at «i min avdeling er det er tillit mellom ledelse og ansatte». Samlet sett svarer en av fem respondenter at det *ikke* er tillit mellom ledere og ansatte ved deres avdeling, mens 28 prosent svarer at det *delvis* er tillit mellom ledere og ansatte i avdelingen. 41 prosent svarer at det *er* tillit mellom ansatte og ledelsen på deres avdeling, mens 12 prosent svarer «vet ikke».

Figur 7: I min avdeling er det tillit mellom ledelse og ansatte (N=111)



Det fremgår at det er en relativt stor variasjon mellom avdelingene når det gjelder i hvilken grad det oppgis å være tillit mellom ledelse og ansatte. Figur 7 viser at 37 prosent av respondentene ansatt i avdeling 2 oppgir at det ikke er tillit mellom ledelse og ansatte, mens 21 prosent av respondentene ansatt på avdeling 3 svarer det samme. Samtidig svarer 56 prosent av respondentene ansatt på avdeling 4 og 63 prosent på avdeling 3 at det er tillit mellom ledelsen og de ansatte.

Respondentene fikk et åpent spørsmål der de kunne komme med ytterligere kommentarer eller innspill når det gjelder arbeidsmiljø og ledelse ved Fosshagen. Her er det flere som peker på at de opplever et godt arbeidsmiljø mellom personalet på sine avdelinger, men noen presiserer likevel at de har opplevd store konflikter på ledernivået og at dette også har ført til dårlig stemning i avdelingene på grunn av slitne og frustrerte ledere. Det blir av en respondent vist til at dette har ført til at personalet blir engstelige for å skape mer utfordringer og at man gjerne unnlater å stille spørsmål eller ta opp saker med leder.

Gjennom henvendelser til Deloitte og kommentarer i spørreundersøkelsen fremgår det at det er ulik oppfatning innad i avdelingene når det gjelder tillit til egen leder.²⁹ Fra hver av avdelingene og område er det ansatte som uttrykker stor grad av støtte til avdelingsleder og ansatte som uttrykker stor grad av mistillit til avdelingsleder. Det blir i intervju pekt på at ansattgruppen opplever som delt når det gjelder tillit til ledelsen. En respondent i spørreundersøkelsen viser til at det aldri har vært utfordringer i arbeidsmiljøet blant ansatte på vedkommende sin avdeling, men at arbeidsmiljøet mellom ansatte og ledelsen har vært ubehagelig.

Virksomhetsleder viser til at det nå er behov for å gjennomføre flere prosesser parallelt for å bedre arbeidsmiljøet. Det må jobbes både med de ulike faggruppene, og mellom de ansatte og lederne i de enkelte avdelingene.

Manglende oppfølging fra nærmeste leder

Flere ansatte peker på at det er en utfordring med manglende oppfølging fra ledere ved Fosshagen. En av de intervjuede ansattrepresentantene viser til en opplevelse av at gjennomføringsevnen har vært fraværende fra den tidligere ledelsens side. Det blir videre pekt på at saker som har blitt meldt til ledere har blitt registrert, men sjeldent fulgt opp. For utdypende omtale av lederes oppfølging av tjenestene og av avvik ved Fosshagen henvises det til kapittel 4.3 og 4.7.

I undersøkelsen kommer det frem at det i en avdeling har vært mangelfull tilstedeværelse og nærvær fra leder, og at det i liten grad har vært en aktiv oppfølging og styring av avdelingen. Kommunedirektøren peker på at det er mye ansvar som er delegert til avdelingslederne, og at flere av de forholdene som har kommet frem gjennom varslingen har skjedd på den ene avdelingen på Fosshagen.

Det er i denne avdelingen vist til at når ansatte har meldt fra om utfordringer til avdelingsleder, for eksempel knyttet til bemanning, så har de fått de beskjed om at de må organisere seg bedre og at de må løse ting annerledes.

²⁹ Dette gjelder både tidligere avdelingsledere og nåværende avdelingsleder (spørreundersøkelsen ble gjennomført i mars 2021 mens det var én avdelingsleder ute i permisjon).

Det blir pekt på at avdelingsleder ikke i det hele tatt har bidratt for å organisere bemanning og avdeling på en annen måte, men at det snarere har blitt lagt over på de ansatte. Ifølge ansatte var beskjeden fra avdelingsleder at «dette må dere finne ut av», men de fikk lite hjelp til å gjøre det. Det blir i intervju fortalt at denne avdelingslederen ved Fosshagen i liten grad har vært til stede på sine avdelinger, og spesielt etter sommeren 2020. På grunn av korona har de ikke hatt avdelingsmøter. Det er i intervju vist til at det er mye som har sklidd ut på avdelingen etter sommeren 2020, og at det har vært tydelig at de ikke har hatt en fungerende leder på en stund.

Ved en annen avdeling blir det vist til at det over en periode ikke har vært noen styring av de ansatte og at de ansatte har kunnet komme og gå som de ville. Det blir fortalt at det har vært opp til den enkelte å føle ansvar for å gjøre en god jobb, og at det har vært litt delte meninger om hva de på denne avdelingen skal gjøre. Videre blir det pekt på at man på avdelingen egentlig har en god og tydelig plan de kan følge, men at det ikke har blitt gjort fordi det er ingen som har fulgt det opp og de ansatte vet ikke hvor de finner planene. I forbindelse med verifisering viser kommunalsjef til at hun er kjent med at en av yrkesgruppene på Fosshagen har oppgaver også utenfor huset, og at det er stilt lite krav til denne gruppen når det gjelder arbeidstid og leveranse.

Økonomifokus i virksomhetsledelsen

Et annet forhold som trekkes frem som medvirkende årsak til forholdene som har kommet frem i varslingssaken (påstand 1 om uforsvarlige forhold knyttet til tjeneste og/eller drift) og i denne undersøkelsen, er at ledelsen har hatt et sterkt økonomisk fokus på Fosshagen, noe som oppleves å ha gått på bekostning av faglige hensyn. I ett intervju med en avdelingsleder blir det beskrevet at det under tidligere virksomhetsledelse var en opplevelse av at man skulle gjøre ting på billigst mulig måte, og at det verken var pasientens beste, kvalitet i tjenestene eller behov hos ansatte, pasienter eller pårørende som var styrende. Det er flere som gir lignende beskrivelser av et sterkt økonomisk fokus på Fosshagen, og at det mest av alt handlet om å levere gode tall på økonomi.

I et intervju med en avdelingsleder blir det pekt på at det med ny virksomhetsledelse har vært utvist en ny innstilling til hva som skal vektlegges ved Fosshagen. Det har blitt kommunisert at de på Fosshagen skal tenke på kvalitet og ikke bare økonomi. Som eksempel blir det pekt på at det nå har blitt formidlet at «pasientene her skal ha en verdig livsavslutning, det er ikke i slike situasjoner man skal spare penger, man leier inn ekstra ressurser i slike situasjoner når det vurderes som nødvendig». Det blir vist til at dette er helt ulikt hva tidligere virksomhetsledelse formidlet i slike situasjoner.

Kommunedirektør viser til at hun ikke har et inntrykk av at virksomhetslederne har hatt et for sterkt fokus på økonomi, men at det fremstår som at de ikke har hatt god nok faglighet på alle avdelingene.

Tidligere virksomhetsleder har fått forelagt påstanden om stort økonomifokus ved virksomheten og at det blir vist til at dette har gått ut over kvaliteten i tjenestene. Vedkommende svarer følgende:

Politikerne avgjør vår økonomiske ramme som vi må forholde oss til. MBM (lokalt medbestemmelsesutvalg, (merknad fra Deloitte)) har evaluert rammen ved flere anledninger, og kommet med innspill til hvordan budsjettet oppleves. Dette innspillet er sendt tilbake til kommunal ledelse og politikere.

Kommunalsjef peker på at Fosshagen har hatt et stort merforbruk i 2020, men viser til at det nå er lagt inn mer midler på grunn av det politiske vedtaket i handlingsprogrammet for 2021-2024 om en ekstra person på nattevakt. I 2019 hadde Fosshagen et mindreforbruk på NOK 1,7 millioner, noe som i årsrapporten blir forklart med at en ny avdeling på dagsenteret ikke kom i drift som planlagt og budsjettet.³⁰ Ifølge årsrapporten for 2018 endte Fosshagen dette året med et marginalt merforbruk og ble vurdert som i balanse.³¹ Kommunedirektøren peker på at Lier kommune ligger lavt med hensyn til inntekter, og at hun i henhold til kommunelovens §14-4 er forpliktet til å legge frem budsjetter for politikerne som går i balanse. Hun viser videre til at virksomhetslederne må forholde seg til dette, og at det er en sentral del av lederavtalen at de må være villige til, og forstå konsekvensene av, å styre på økonomi. Samtidig medfører dette at det kan være tøft for virksomhetsledelsen å svare for rammene overfor egne ansatte, brukere og pårørende. Kommunedirektør viser til at kommunalsjefen er tydelig i sin kommunikasjon på at dersom det er behov for merforbruk for å sikre forsvarlighet, så er forsvarlighet viktigst. Kommunalsjefen opplyser at hun tidligere hatt noen ressurser på fellesområde omsorg som har kunne dekke særskilte utfordringer for økt bemanning.

³⁰ Årsrapport 2019. Lier kommune.

³¹ Årsrapport 2018. Lier kommune.

Bemanning

Mangelfull bemanning er et av forholdene som er behandlet i varslingsaken på Fosshagen (påstand 1 om uforsvarlige forhold knyttet til tjeneste og/eller drift), og også noe som blir trukket frem i Deloittes intervjuer som et av forholdene som har påvirket kvaliteten på tjenestene ved Fosshagen.

Bemanningssituasjonen er også noe som blir tatt opp i kommentarer fra respondenter i spørreundersøkelsen, der det blant annet blir vist til at manglende bemanning kan gå ut over pasientsikkerheten. Som eksempel blir det pekt på situasjoner der pasienter med demens har kommet seg ut av Fosshagen som følge av at de ansatte ikke har kapasitet til å følge pasientene tett nok opp.

I intervju med ansatte og i spørreundersøkelsen er det flere som viser til at de ikke har hatt tilstrekkelig bemanning på jobb, og at dette i stor grad skyldes økonomiske hensyn. Som eksempel blir det pekt på følgende forhold:

- Det går frem i intervju og gjennom svar i spørreundersøkelsen at tidligere virksomhetsledelse har formidlet at det koster så mye å leie inn ekstra bemanning, og at det heller ikke er ønskelig at man leier inn ekstra personale når man har døende pasienter. Kommunalsjefen viser til at det ofte er pårørende til stede i denne fasen, og at dersom dette ikke er tilfelle må det gjøres en helhetsvurdering for å vurdere behovet for å leie inn ekstra personell. Tilfeller der pasienter har måtte dø alene er også omtalt i varslingsrapport om påstand 1 om uforsvarlige forhold knyttet til tjeneste og/eller drift.
- Det blir opplyst at det har vært vanskelig å få lov til å leie inn ekstravakt på natt. Det blir vist til at det på en avdeling med periodevis urolige og utagerende brukere har blitt bestemt at det skal vurderes hver morgen om det skal leies inn en ekstra person for påfølgende natt. Det blir nevnt at denne ordningen har medført lite forutsigbarhet som har gjort at noen har gruet seg til nattevakt i tilfelle man ble alene i krevende situasjoner, noe som det også har vært tilfelle for ansatte ved flere anledninger. Dette er også et forhold som blir tatt opp i varslingsrapporten. Kommunen påpeker i forbindelse med verifiseringen at ekstra nattevakt kom inn som et midlertidig tiltak sommeren 2020 da man en periode hadde sett et behov for dette, og at ekstra nattevaktsstilling ble et fast tiltak i handlingsprogrammet 2021.
- Det blir pekt på at det ikke ble satt inn ekstra bemanning når det var overbelegg på en avdeling.
- Ved Fosshagen er det ansatt tre fysioterapeuter i helsefagarbeiderstillinger.³² Det blir i intervju pekt på en oppfatning om at dette har blitt gjort fordi det vil være økonomisk smart å sette innen fysioterapeut i en slik stilling siden de kan gjøre «litt av alt» på gjeldende avdeling. Det blir i intervju pekt på at fysioterapeutene en periode også har hatt ansvar for å dele ut medisiner, men at de ikke har fått lov til dette etter at ny virksomhetsleder kom til sykehjemmet.

Det blir av flere ansatte vist til at bemanningsnormen for dag- og kveldsvakt er grei på Fosshagen sammenlignet med andre steder, men at utfordringen har vært at det har manglet tilstrekkelig kompetanse på vaktene. Det blir pekt på at det i stor grad har vært benyttet vikarer for å dekke inn vakter. Det blir videre vist til at bemanningen på natt har vært uforsvarlig.

I et intervju blir det pekt på at det tidligere var én nattevakt med ansvar for 32 pasienter ved to avdelinger på sykehjemmet. Det går frem at de fysiske forholdene er av en sånn art at det er umulig å ha oversikt, og dersom nattevakten var på en av avdelingene og det er alarm på den andre avdelingen er dette et stykke unna. Det blir fortalt at det ble meldt mange avvik om håndtering av vandrende pasienter, dårlige pasienter o.l. og at avdelingsleder varslet virksomhetsleder om at dette ikke var forsvarlig. Til slutt fikk man på avdelingene gjennomslag for å sette inn en nattevakt nummer to, og dette ble også politisk behandlet og vedtatt. Det blir pekt på en opplevelse av at ansatte ikke har blitt hørt i behovet for flere nattevakter fordi de tidligere hadde en avdelingsleder som ikke tok denne diskusjonen med virksomhetsleder.

I intervju med ansattrepresentanter blir det pekt på at det er et behov for økt bemanning, og spesielt på avdelingene der det er behov for en-til-en oppfølging for å forebygge/håndtere utfordrende adferd og uro blant pasientene. Det blir pekt på at behovet for økt bemanning er tatt opp flere ganger med ledelsen på Fosshagen og at fagforeningene også er informert om dette behovet.

I et intervju med en ansattrepresentant blir det vist til at det per april 2021 er få sykepleiere på den ene avdelingen ved Fosshagen. Det går frem at det er flere sykepleiere som har sagt opp jobben på denne avdelingen. Siden det

³² Kommunen viser i forbindelse med verifiseringen til at antall fysioterapeuter i helsefagarbeiderstillinger ble nærmere undersøkt i etterkant av varslingsrapporten, og at det da fremkom at to av disse tre fysioterapeutene har helgestillinger

er vanskelig å få vikarer som er sykepleiere, blir vaktene dekket av andre stillingsgrupper, mens det settes en sykepleier «på topp».

Det blir vist til at det fra de ansatte sin side har blitt arbeidet for å få rekruttert flere sykepleiere, da det har vært mangel på denne kompetansen.

I et intervju med en ansattrepresentant blir det holdt frem at tidligere ledelse ved Fosshagen har respondert på forespørselen å rekruttere flere sykepleiere ved å si at den aktuelle avdelingen klarer seg bra uten sykepleiere, og at legevisitt for eksempel kan utføres av helsefagarbeidere.

Tidligere virksomhetsleder har fått forelagt påstandene om at det har vært behov for å rekruttere flere sykepleiere og at ansatte ikke har fått gehør for dette behovet for kommentar. Hun svarer:

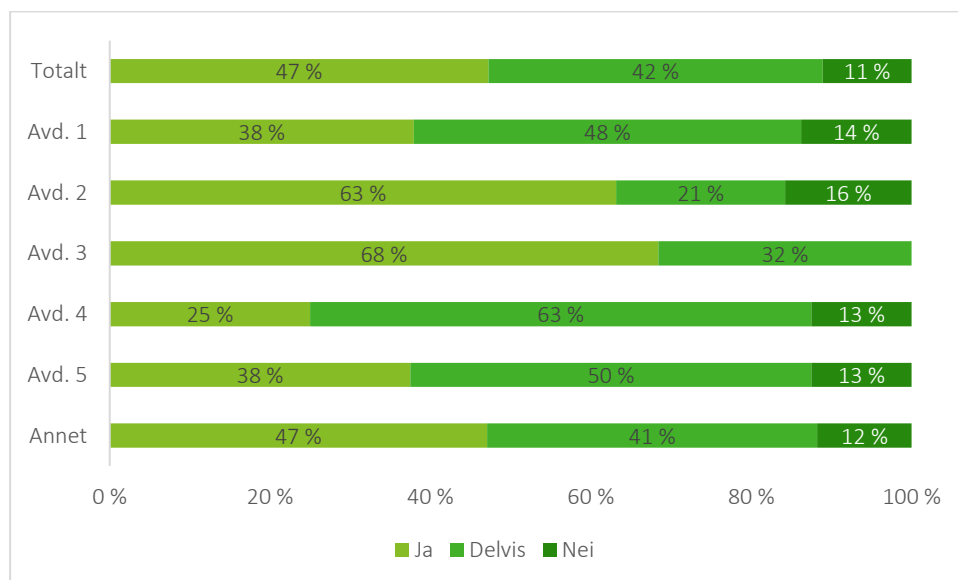
Det er ønskelig å ha ansatt den andel sykepleiere som det er lagt opp til i turnus ved hver enkelt avdeling. Andelen sykepleiere ansatt har økt de siste årene. Dette etter vurderinger fra ansatte, tillitsvalgte og avdelingsledere.

I spørreundersøkelsen peker flere ansatte på at det er utfordringer med å gi forsvarlige tjenester på grunn av at det ikke er tilstrekkelig bemanning og ikke nok fagfolk, både i form av sykepleiere og helsefagarbeidere. En respondent viser til at det på vedkommende sin avdeling over tid bare har vært en sykepleier på 16 pasienter. Det blir videre kommentert at det ved sykefravær og i ferier på en avdeling i stor grad blir satt inn personell uten fagkompetanse.

I spørreundersøkelsen fikk respondentene spørsmål om kapasitet på egen avdeling er tilstrekkelig for å gi forsvarlige tjenester. Samlet sett svarer 35 prosent av respondentene at er tilstrekkelig kapasitet (bemanning, tid og arbeidsbelastning) på deres avdeling til å gi forsvarlige tjenester. 11 prosent svarer nei på dette spørsmålet, mens 46 prosent svarer at det delvis er tilstrekkelig kapasitet og 9 prosent svarer «vet ikke/usikker». Som vist i figur 2 over er det noe variasjon mellom avdelingene på dette spørsmålet.

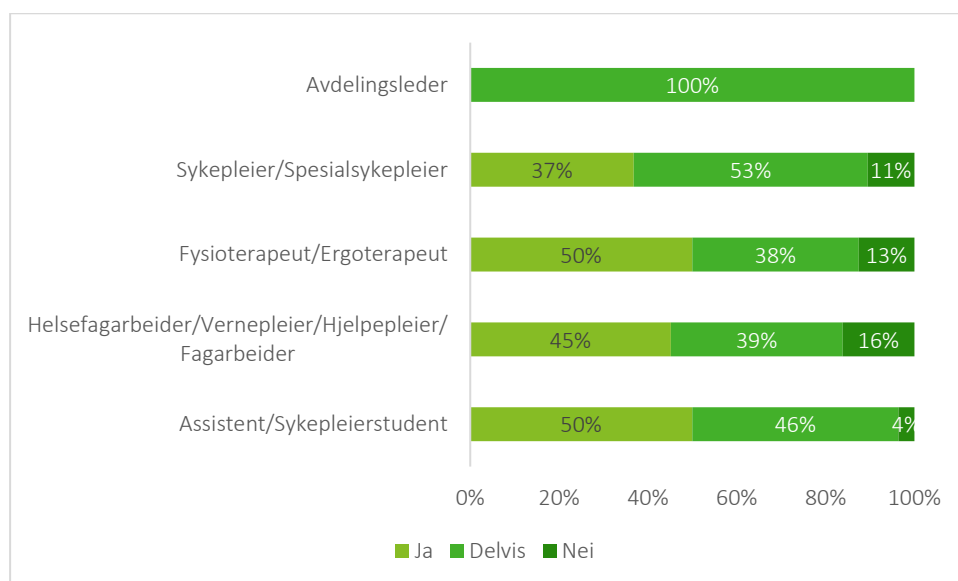
På spørsmålet om den enkelte har kapasitet (tid og arbeidsbelastning) til å ivareta sitt ansvar på en tilfredsstillende måte, svarer totalt 47 prosent at de har tilstrekkelig kapasitet, mens 42 prosent svarer at de delvis har tilstrekkelig kapasitet. Omtrent en av ti (11 prosent) svarer at de ikke har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta sitt ansvar på en tilfredsstillende måte.

Figur 8: Jeg har tilstrekkelig kapasitet (tid og arbeidsbelastning) til å ivareta mitt ansvar på en tilfredsstillende måte (N=108)



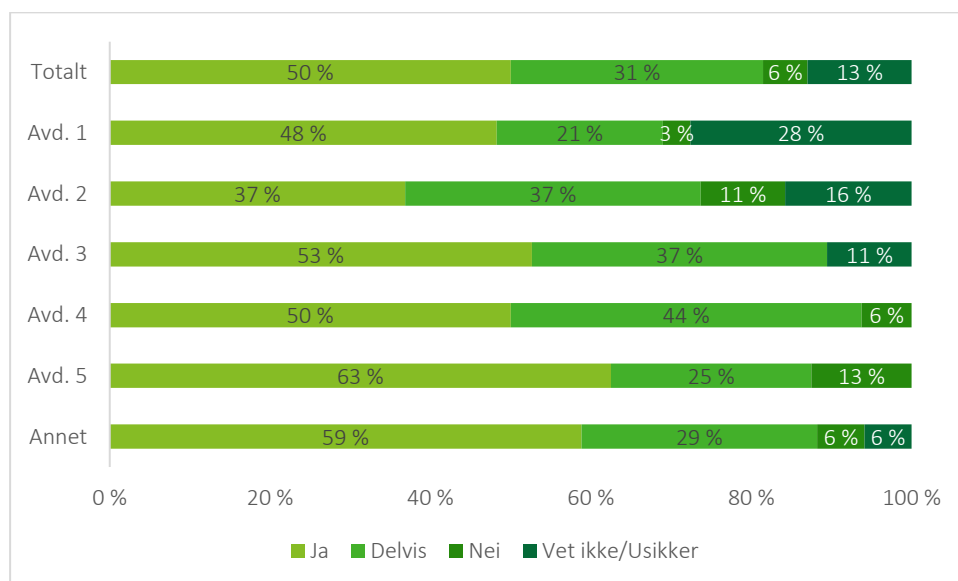
Når vi deler svarene opp på stillinger, ser vi at halvparten av fysioterapeuter/ergoterapeuter ansatt i avdeling på Fosshagen og assistenter/sykepleierstudenter svarer at de har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta ansvaret sitt på en tilfredsstillende måte. Over halvparten av sykepleierne/spesialsykepleierne svarer at de delvis har kapasitet til å ivareta ansvaret sitt og 11 prosent av sykepleierne svarer at de ikke har tilstrekkelig kapasitet til dette. 16 prosent av helsefagarbeiderne/vernepleierne/hjelpepleierne/fagarbeiderne svarer at de ikke har kapasitet til å ivareta sitt ansvar på en tilfredsstillende måte.

Figur 9: Jeg har tilstrekkelig kapasitet (tid og arbeidsbelastning) til å ivareta mitt ansvar på en tilfredsstillende måte (N=96)



Videre fikk respondentene spørsmål om deres avdeling på Fosshagen samlet sett har tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester. Halvparten svarer ja på dette spørsmålet, mens 31 prosent svarer at deres avdeling delvis har tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester. 6 prosent svarer at deres avdeling ikke har tilstrekkelig kompetanse, mens 13 prosent svarer «vet ikke/usikker».

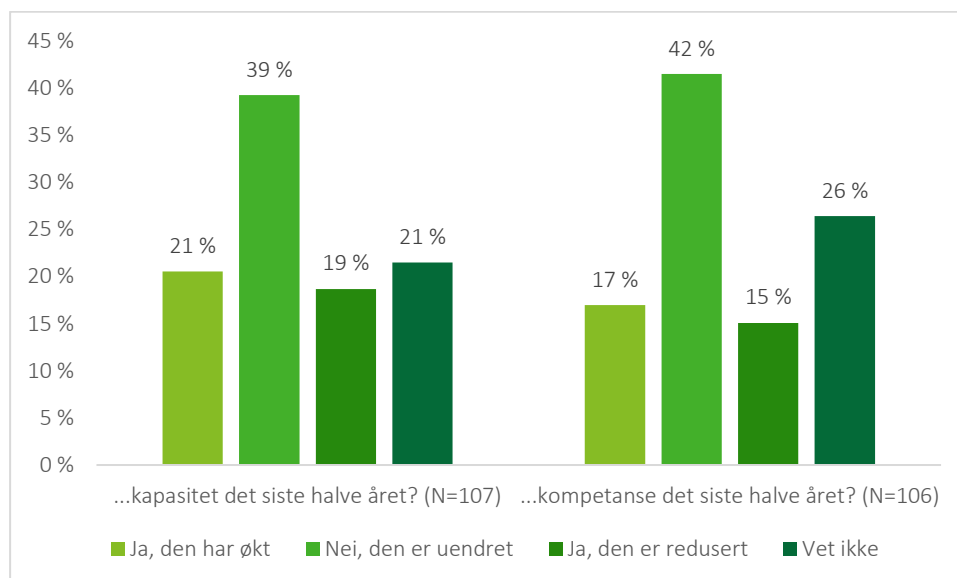
Figur 10: Min avdeling på Fosshagen har samlet sett tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester (N=108)



Som fremstilt i figur 10 svarer 11 prosent i avdeling 2 og 13 prosent i avdeling 5 at det ikke er tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester ved deres avdeling. Av respondentene som arbeider på avdeling 1 og 4, mener henholdsvis 3 og 6 prosent av respondentene at avdelingen ikke samlet sett har tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige tjenester.

Respondentene fikk også spørsmål om det har vært endring i avdelingens kapasitet og kompetanse det siste året. Som fremstilt i figuren under svarer henholdsvis 39 prosent og 42 prosent av respondentene at kapasitet og kompetanse på avdelingen deres ved Fosshagen har vært uendret det siste halve året. 19 prosent av respondentene mener at kapasiteten har blitt redusert i perioden, mens 15 prosent av respondentene mener at det har vært en reduksjon i kompetanse på avdelingen. 21 prosent av respondentene mener at det har vært en økning i avdelingens kapasitet det siste halve året, mens 17 prosent av respondenter viser til at det har vært en økning i kompetanse på deres avdeling det siste halve året.

Figur 11: Har det vært en endring i avdelingens kapasitet det siste halve året?



Kommunedirektør viser til at hun opplever at problemstillinger knyttet til bemanning er et av hovedpunktene i varslingssaken og at dette dreier seg både om bemanning internt mellom avdelinger på Fosshagen og den kommunale bemanningsnormen i Lier. Hun peker på at det allerede er startet et arbeid med å endre organiseringen av bemanningen av spesielt sykepleiere på virksomheten. Hun viser videre til at bemanningsnormen i kommunen er vedtatt av kommunestyret³³, og at dersom denne skal endres må det også gjøres av kommunestyret. Kommunedirektør viser også til at kommunestyret har bestilt en evaluering av bemanningsnormen.

I Deloitte's rapport etter forvaltningsrevisjon av pleie og omsorg i Lier kommune blir også budsjettering og bemanningsplanlegging omtalt.³⁴ Kommunalsjef uttaler i forbindelse med forvaltningsrevisjonen at bemanningsnormen/vektingsmodellen ble tatt i bruk fra 2018, og at den sier noe om hvor mange ansatte det er behov for i en virksomhet utfra hvilke tjenester som tilbys og hvor mange brukerplasser virksomheten har. Hun viser til at virksomhetslederne får utdelt en budsjetttramme for sin virksomhet basert på vektingsmodellen og at virksomhetslederne innenfor disse rammene står fritt til å gjøre prioriteringer. Kommunalsjef forteller videre at bakgrunnen for innføring av vektingsmodellen var at det skulle være mer likhet i bemanningen på alle institusjonene i kommunen.

Det blir i intervju med kommunedirektøren vist til at det ikke er funnet økonomisk handlingsrom for å øke grunnbemanningen ved sykehjemsinstitusjonene, og at dette heller ikke har vært prioritert ved den politiske behandlingen. Kommunen bemerker i forbindelse med verifisering at dette er med unntak av styrking på 1 million kroner etter evaluering av bemanningsnormen 2019.

Nåværende virksomhetsleder ved Fosshagen peker på at hennes opplevelse er at Lier kommune har bedre bemanning innen sykehjemstjenestene enn det som var tilfelle i en nærliggende kommune der hun tidligere var ansatt. Dette er noe hun var positivt overrasket over da hun kom til Lier. Videre mener hun det er høyere medisinsk kompetanse i Lier enn denne andre kommunen når det gjelder blant annet geriatri, demens og psykiatri. Samtidig opplever hun at de i den andre kommunen utnyttet ressursene bedre. Hun beskriver at Fosshagen har mye kompetanse på huset, men at det ikke er rett kompetanse til rett pasient til rett tid. Hun peker videre på at hun opplever at det ved noen avdelinger er manglende sykepleierdekning, og at det er noe ujevn fordeling av kompetanse mellom avdelingene. Virksomhetsleders oppfatning er derfor at utfordringene når det gjelder bemanning på Fosshagen ikke først og fremst handler om antallet, men om hvordan man bruker kompetansen. Hun viser til at dersom det er god grunnbemanning og nok kompetanse på dagvakt til at alt er på stell til kveldsvaktene kommer, trengs det ikke mer bemanning enn det er per i dag. Hun forklarer at det er behovet til

³³ Lier kommune vedtok i 2017 at kommunen skulle innføre en ny budsjettmodell ved alle kommunens institusjoner fra 2018. I sakens vedtak i kommunestyret fremgår det at modellen bygger på prinsippet om like økonomiske forutsetninger for samme kategori brukere. Kommunestyrets vedtak i sak PS 129/2017. Tilgjengelig fra: <http://einnsyn.lierkommune.no/einnsyn/DmbHandling/ShowDmbHandlingDocument?dmbId=25572&caseType=Protokoll®istryEntryId=0&sourceDatabase=EPHORTE>

³⁴ Forvaltningsrevisjon av pleie og omsorg i Lier kommune. Deloitte. 2021.

pasientene som må bestemme, og at dersom det er i perioder er mange utfordringer på en avdeling må det leies inn ekstra personell i de tilfellene der det trengs.

Virksomhetsleder peker på at kommunalsjef har gitt henne i oppdrag å se videre på dette med organiseringen av bemanning sammen med sykepleiergruppen. Totalt skal fire sykepleiere inngå i en gruppe som skal se på grunnturnus, samt ulike bemannings- og kompetansebehov i ulike scenarier. Dette vil gjøre det enklere å vurdere behovet for innleie av personell.

En avdelingsleder peker på at avdelingene hun har ansvar for har mange ansatte med høy kompetanse, men at de får pasienter fra hele kommunen med utfordrende atferd, og at det ikke alltid holder med den bemanningen som er satt. Hun sier også at det noen ganger ikke nok ansatte på vakt til å ta vare på brukerne.

Avdelingsleders behov og ønsker knyttet til bemanning ble meldt muntlig til virksomhetsleder, ikke skriftlig. Det blir vist til at tilbakemeldingen som regel var at avdelingene må samarbeide og utnytte ressursene bedre. Med ny virksomhetsleder opplever avdelingsleder foreløpig at hun får større gjennomslag for vurderinger av behov for mer bemanning.

Kommunalsjef viser til at hun er klar over at det oppleves som at de har marginal bemanning ved Fosshagen, men at de etter hennes oppfatning klarer å levere lovpålagte tjenester. Kommunalsjefen har en oppfatning av at det er mange dyktige fagfolk ved institusjonen som gjør en svært god jobb. Kommunalsjef peker videre på at hun fra ny virksomhetsleder har fått innspill om at hennes vurdering er at ressursene ikke har vært utnyttet på en god måte ved Fosshagen. Kommunalsjef påpeker at dette ikke har vært kjent for henne tidligere. Kommunalsjef viser til at hun ikke sjekker turnus ved hver avdeling, og at det er naturlig at virksomhetsleder informerer kommunalsjef dersom hun mener at noe er utilstrekkelig. Hun peker på at tidligere virksomhetsledelse informerte om at det var for få på vakt om natten og de gikk dermed gikk over fra å være tre til å bli fire nattevakter.

3.5 Vurdering

Undersøkelsen viser at flere ledere og ansatte opplever at tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig ved Fosshagen, og det blir pekt på at hendelser har ført til, og potensielt kan føre til, alvorlige konsekvenser for pasientenes tjenester og sikkerhet.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til at kommunen skal tilby forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at tjenestene skal tilrettelegges slik at blant annet den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Videre blir det satt krav til at tjenestene skal tilrettelegges slik at den enkelte pasient gis et verdig tjenestetilbud (§ 4-1 bokstav a og b).

Basert på innspill og opplysninger fra ansatte og ledere som har blitt presentert gjennom intervju og spørreundersøkelsen vurderer Deloitte at det er risiko for at kommunen bryter med krav til forsvarlighet, konkrete regelverk og egne retningslinjer innen flere områder av tjenesteutøvelsen på Fosshagen:

- I undersøkelsen er det flere ansatte som viser til et **manglende fokus på miljøarbeid og forebyggende arbeid** for demente pasienter, noe som blant annet fører til at tvang blir brukt i situasjoner der det kunne ha vært unngått. Det blir videre vist til at ansatte ikke melder avvik når tvang blir benyttet unødvendig. Unødvendig bruk av tvang er ikke i henhold til regelverk som setter krav til at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, *må* tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette (pasient- og brukerrettighetsloven §4A-3 første ledd).
- Ansatte peker også på at det ikke alltid blir fattet vedtak om **bruk av tvang** når dette anses som nødvendig for å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp. Deloitte understreker at dette ikke er i henhold til kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven der det fremgår at det skal fattes vedtak dersom helsehjelpen uten samtykke innebærer et alvorlig inngrep for pasienten.
- Ansatte viser til at det ikke alltid blir etablert **individuelle omsorgsplaner** som skal bidra til å sikre en forsvarlig individuell oppfølging av pasientene på Fosshagen. Deloitte mener at kommunen her bryter med sine egne standarder for tjenester som sier at alle pasienter og brukere skal få opprettet en individuell oppfølgingsplan.
- Noen ansatte viser til at det er **manglende oppfølging av ernæring** og føring av ernæringsjournaler ved Fosshagen. Manglende forsvarlighet når det gjelder oppfølging av ernæring blir også bekreftet i et tilsyn av Fylkesmannen i 2020 Deloitte merker seg at det er iverksatt tiltak etter tilsynet fra Fylkesmann for å bedre arbeid med ernæringsjournaler, men at dette arbeidet ikke er ferdigstilt (som nevnt i avsnitt 4.6.1 om system og rutiner for å sikre etterlevelse av krav i regelverket).

- I undersøkelsen blir det av ansatte og ledere pekt på flere forhold ved **legemiddelhåndteringen** som ikke oppleves som forsvarlig, blant annet at det ofte er mye feil i medisinalutdelingen og at medisiner blir gitt på feil tidspunkt. Det går også frem at det blir meldt et stort antall avvik når det gjelder utdeling av legemidler, og at avvik i medisinalutdeling ikke blir registrert i henhold til egne retningslinjer. Deloitte mener at Lier kommune bryter med krav i forskrift og egne retningslinjer når det gjelder utdeling av legemidler på Fosshagen.³⁵
- I undersøkelsen fremgår det at det kunne gå opp til seks måneder mellom hver gang det har blitt utført gjennomgang av dokumentasjon på mottak og uttak av **narkotiske legemidler** ved Fosshagen. Deloitte mener at en slik praksis bryter med forskrift om legemiddelhåndtering (§ 9) og med Lier kommunes egne retningslinjer på området. Deloitte merker seg at det er iverksatt tiltak på dette området. Deloitte vil understreke at det må sikres at en slik gjennomgang blir gjennomført jevnlig i samsvar med krav i regelverk og egne retningslinjer på området.

Funnene som er gjengitt over samsvarer i stor grad med det som også har blitt påpekt i varslingsrapportene. Deloitte får opplyst at det er satt i gang en rekke tiltak etter varslingsrapportene. Flere av tilbakemeldingene fra ansatte i spørreundersøkelsen er ikke tidfestet, noe som medfører at det ikke alltid er mulig å se om hendelser og forhold har funnet sted før eller etter varslingen sommeren 2020, eller eventuelt etter at det har blitt iverksatt tiltak. Deloitte vil likevel påpeke at denne undersøkelsen gjenspeiler det som ledere og ansatte svarer når de blir bedt om å vurdere tjenesten på undersøkelsestidspunktet (mars/april 2021).

Deloitte vil derfor understreke at kommunen snarest må følge opp disse forholdene som pekt på over, og gjennomføre tiltak for å sikre forsvarlighet i helse- og omsorgstjenestene på Fosshagen. Deloitte vil understreke at det er et overordnet ledelsesansvar å sørge for at tjenestene er forsvarlige og utføres i samsvar med regelverk, rutiner og viktige føringer. Ledelsen må følge tett opp at hensiktsmessige tiltak blir gjennomført og har nødvendig effekt.

For å gjøre dette må ledelsen i tilstrekkelig grad sette i verk tiltak for å sikre at forholdene som blir påpekt blir utført tilfredsstillende i alle avdelinger, samtidig som ledelsen må sette i verk tiltak for å håndtere *årsaken* til uforsvarlige tjenester.

Deloitte vil understreke at ledelsen i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven har ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter om å levere forsvarlige helsetjenester. Loven stiller et eksplisitt krav til at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud. Ansatte og ledere viser til en rekke ulike forhold som påvirker utøvelsen av tjenester, og som er årsak til manglende kvalitet i tjenestene:

- Ansatte peker på at det over tid har vært utfordringer i **arbeidsmiljøet** på flere av avdelingene på Fosshagen og at dette påvirker forsvarlighet i tjenestene blant annet gjennom at det har utviklet seg en fryktkultur der ansatte ikke melder fra til ledelse om svikt eller mangler i tjenestene. Deloitte vil understreke at arbeidsgiver i henhold til arbeidsmiljøloven (§ 4-1 punkt 1) plikter å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø. Deloitte vil gå nærmere inn på kommunens tilrettelegging for et forsvarlig arbeidsmiljø i kapittel 4.3.4 i denne rapporten.
- Flere ansatte beskriver at **bemanningssituasjonen** ikke har vært tilstrekkelig innenfor alle avdelinger, og at dette har ført til at tjenestene ikke alltid har vært forsvarlige. Deloitte har ikke gjort en egen analyse av bemanningen ved Fosshagen. Men flere viser til at det ikke alltid er tilstrekkelig med fagpersoner på vakt. Deloitte merker seg at nåværende virksomhetsleder har fått i oppdrag å gjennomgå organiseringen av bemanning sammen med sykepleiergruppen. Deloitte vurderer at en slik gjennomgang er nødvendig.
- Flere ansatte viser til at utfordringer med manglende forsvarlighet særlig har vært knyttet til en avdeling og at det ved denne avdelingen har vært **fraværende ledelse** over tid. Som en konsekvens av dette blir det blant annet pekt på at rutiner ikke blir etterlevd, at utfordringer, svikt og mangler ikke har blitt rapportert til virksomhetsledelsen og at det er uklare ansvarsforhold på avdelingen. Deloitte vil gå nærmere inn på ledelse og oppfølging av tjenestene på ledernivå i kapittel 4.3 der vi ser på om det er utviklet et godt kontrollmiljø for å sikre en tilstrekkelig internkontroll ved Fosshagen.

I tillegg til momentene over viser undersøkelsen svakheter knyttet til system og rutiner, samt manglende melding og oppfølging av avvik som viktig for å belyse årsaken til mangelfull forsvarlighet og kvalitet i tjenesteutøvelsen. Samlet sett handler dette om å sikre tilstrekkelig internkontroll i virksomheten. Dette er tema for neste kapittel.

³⁵ Forskrift om legemiddelhåndtering omtaler blant annet krav til istandgjøring og utdeling av legemiddel, der det står at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte

4 Internkontroll

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad er det etablert systemer og kultur som sikrer at drift og tjenestetilbud ved Fosshagen ressurscenter er tilfredsstillende, og at svikt og mangler avdekkes og håndteres (internkontroll)? Under dette:

- I hvilken grad er det etablert et tilstrekkelig kontrollmiljø ved Fosshagen? Under dette
 - Er det etablert en tydelig fordeling av ansvar og myndighet når det gjelder drift og tjenestetilbud ved Fosshagen?
 - I hvilken grad blir tjenestene fulgt tilstrekkelig opp på alle ledelsesnivå for å sikre forsvarlige tjenester?
 - Er det etablert et kontrollmiljø som tydeliggjør og legger til rette for ønsket atferd, holdninger og kultur i enheten?
- I hvilken grad er det gjennomført risikovurderinger for å avdekke hvor i tjenestene det er fare for svikt og mangelfulle tjenester?
- I hvilken grad er det etablert system og rutiner for å sikre forsvarlige tjenester og etterlevelse av krav i regelverket knyttet til sentrale arbeidsprosesser?
- I hvilken grad er det etablert systemer for melding og oppfølging av avvik, herunder avvik knyttet til bemanning, kompetanse, arbeidsmiljø, tjenestetilbud mv.?

4.2 Kontrollkriterier

4.2.1 Krav til internkontroll

Kap. 25 i kommuneloven pålegger kommunen å ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Det er kommunedirektøren i kommunen som er ansvarlig for internkontrollen. Kommunens internkontroll skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og skal blant annet inneholde en beskrivelse av hovedoppgaver, mål og organisering av virksomheten, nødvendige rutiner og prosedyrer, og systematikk for å avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

God internkontroll handler i stor grad om å sikre systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge både lovbrudd og uønskede hendelser. Det kommunale internkontrollarbeidet kan for eksempel dreie seg om:

- Å gjennomføre risikovurderinger i en av kommunens virksomheter (som et helsehus/ressurscenter eller en skole), for å avdekke om det er bestemte prosesser eller oppgaver der det er stor risiko for at det kan inntreffe feil eller mangler (både brudd på regelverk eller mangler i tjenestetilbud),
- Å utarbeide rutiner som tydelig definerer hvordan virksomheten skal arbeide for å sikre at disse feilene og manglene ikke inntreffer, og
- Å etablere en arbeidskultur (kontrollmiljø) som sikrer at alle ledere og ansatte forstår viktigheten av å benytte rutiner som er etablert for å unngå at feil og mangler oppstår, og at tjenestene holder den ønskede kvaliteten.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger virksomheter plikt til å **planlegge** (§6), **gjennomføre** (§ 7), **evaluere** (§ 8) og **korrigere** (§ 9) sine aktiviteter for sikre faglig forsvarlige helse og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient og brukersikkerhet og etterleving av krav i helse- og omsorgslovgivningen.

I Helsedirektoratets veileder³⁶ til forskriften går det frem at:

Det er avgjørende for et godt styringssystem at det ikke er tvil om hvor ansvar, oppgaver og myndighet er plassert i en virksomhet. Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være

³⁶ Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/planlegge#paragraf-6f-oversikt-over-kompetanse-og-behov-for-opplaering>

kjent med hvilke oppgaver de selv har, i tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger.

I veilederen til forskriften blir det videre vist til at det er øverste leder sitt ansvar å sørge for system som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre sine oppgaver, og at dette forutsetter at virksomhetene jevnlig gjennomfører kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med rett kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring og etter- og videreutdanning.

Et av de mest brukte rammeverkene for internkontroll er COSO-modellen som definerer internkontroll som en prosess som gir rimelig trygghet for at en organisasjon oppnår sine mål, og som sikrer en effektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av lover og regler. Hovedelementene i COSO-modellen er felles for flere av de ulike rammeverkene for internkontroll. Dei viktigste elementene er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering
- kontrollaktiviteter
- kommunikasjon og informasjon
- ledelsens oppfølging

Komponentene er gjensidig avhengige av hverandre, og likeverdige deler av et internkontrollsystem.

Se vedlegg 3 for utfyllende kontrollkriterier.

4.3 Kontrollmiljø

For å sikre en god internkontroll er det viktig å utvikle et godt kontrollmiljø. Kontrollmiljøet er de standardene, prosessene og strukturene som danner basis for organisasjonens internkontrollarbeid. Det er flere viktige prinsipper for et godt kontrollmiljø, blant annet:

- at ledelsen, med utgangspunkt i organisasjonens mål, etablerer strukturer, rapporteringsveier og egnede fullmakts- og ansvarsforhold.
- at organisasjonen viser at de er opptatt av integritet og etiske verdier
- at organisasjonen forplikter seg til å tiltrekke seg, utvikle og beholde kompetanse som samsvarer med organisasjonens mål.

4.3.1 Kommunens overordnede systemer og rutiner for forbedringsarbeid

Både kommunedirektør og kommunalsjef opplyser om at det de senere årene er igangsatt flere prosesser knyttet til kvalitetsarbeidet i kommunen. Kommunedirektør viser til at satsing på forsterket internkontroll har vært viktig, og at dette var et sentralt element i utviklingsprosjektet som fulgte av kommunestyrevedtak 67/2017, der kommunestyret ønsket å foreta en gjennomgang av kommuneorganisasjonen både på folkevalgt og administrativt nivå. Som oppfølging av vedtaket ble det utarbeidet en rapport med anbefalinger om forbedringer.

I januar 2021 vedtok kommunedirektørens ledergruppe en ny kvalitetspolicy for kommunen.³⁷ Av policyen fremgår det at denne skal være førende for alt kvalitetsarbeid i kommunen. Lederens ansvar for kvalitetsarbeidet i virksomheten fremgår tydelig i Lier kommunes kvalitetspolicy, hvor det fremheves at

Lederne er ansvarlige for at tjenestene til avdelingen eller virksomheten leveres til fastsatt kvalitet og innenfor de gitte økonomiske rammer og legger til rette for et forsvarlig arbeidsmiljø. Lederne på alle nivåer er viktige nøkkelpersoner og pådrivere i arbeidet med kvalitet. De har det overordnede ansvaret for å sette kvalitetsarbeidet i system, for at kvalitetsutvikling skal være en naturlig del av virksomhetens oppgaver og sørge for at alle ansatte blir deltakere i en kvalitetskultur³⁸

Policyen etablerer blant annet prinsipper for kvalitetsledelse og metodikk, samt roller og ansvar i forbedringsarbeidet. Videre beskrives det i policyen et sett av tiltak som skal lede kommuneorganisasjonen til å oppnå de mål som er satt, herunder blant annet internkontroll, risikostyring, kompetansestyring, avvikshåndtering kvalitetsdokumentasjon og ledelsessystem. I tillegg vises det i tiltakslisten til gjennomføring av «ledelsens gjennomgang» samt gjennomføring av internrevisjoner minst en gang årlig. Kommunedirektør viser i intervju til at disse tiltakene innføres fra 2021.

³⁷ *Stadig bedre*. Kvalitetspolicy for Lier kommune. Vedtatt i kommunedirektørens ledergruppe 13.01.2021.

³⁸ *Stadig bedre*. Kvalitetspolicy for Lier kommune. Vedtatt i kommunedirektørens ledergruppe 13.01.2021.

Det arbeides også med å revidere kommunens kvalitetssystem. Kommunedirektør viser til at både arbeidet med revidering av kvalitetssystem og iverksettelse av internrevisjoner trenger mer fremdrift, men at dette har blitt forsinket som følge av covid-19 pandemien. Kommunalsjef for helse, omsorg og velferd viser til at gjennomføring av internrevisjoner allerede er praksis på hennes tjenesteområde.

Kommunalsjef viser til at hun siden 2017 har etablert en ordning der det er konkrete personer som har ansvar for kvalitet og utviklingsarbeid i alle de tjenesteproduserende virksomhetene innen helse, omsorg og velferd. Fire ansatte i kommunen har dette som oppgave i hele eller deler av sin stilling opp mot helse- og omsorgsområdet. En av rådgiverne i kommunalsjefens stab har tittel kvalitetsrådgiver, og vedkommende har ansvar for å etterse at alle kvalitetsprosedyrer og lignende er på plass i virksomhetene, samt å foreta årlige revisjoner.³⁹

Fra 2020 ble det reetablert et kommunalt kvalitetsutvalg for tjenesteområdet helse, omsorg og velferd ledet av kommunalsjef. Virksomhetsledere, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og kommunens fagnettverk for helse, omsorg og velferd er faste deltakere i kvalitetsutvalget. Kvalitetsutvalget skal ivareta områdets og de underliggende virksomhetenes behov for koordinering av kvalitetsarbeidet. I kvalitetsutvalget gjennomgås virksomhetenes nærværstatistikk (sykefravær), skademeldinger, brudd på arbeidsmiljølovens §10 (arbeidstid), avvik, samt andre relevante tema. Utvalget skal ha fem årlige møter, men grunnet Covid-19-situasjonen og utskifting av personell i kommunens stab ble det i 2020 avholdt to møter.

Virksomhetenes lokale medbestemmelsesutvalg (LMU) skal fungere som lokale kvalitetsutvalg. Kommunalsjef viser til at hun har vært opptatt av at det skal være en rød tråd i kvalitetsarbeidet og at alle virksomheter må ta del i overordnet kvalitetsutvalg. Det er nå bygget opp slik at virksomhetene skal ha lokale LMU-er som har møter i forkant av kvalitetsutvalg. De lokale LMU-ene skal gå gjennom alle meldte avvik og eventuelt andre aktuelle hendelser, og skal også se på sykefravær.

4.3.2 Fordeling av ansvar og myndighet for drift og tjenester ved Fosshagen

Kommunedirektøren kan i samsvar med delegasjonsbestemmelsene i Lier kommune⁴⁰ gi andre tjenestemenn fullmakt til å fatte avgjørelser på sine vegne (intern delegasjon).

Virksomhetsleders ansvar

I henhold til delegasjonsbestemmelsene disponerer **virksomhetsleder** sitt budsjett innenfor de rammer som er fastsatt av kommunestyret. Lederavtalen til virksomhetsleder ved Fosshagen fastsetter at virksomhetsleder har alle rådmannens fullmakter innenfor sitt område, med unntak av lønnsfastsettelse utover tariff og oppsigelse/avskjed.⁴¹ Dette omfatter blant annet resultatansvar, arbeidsgiveransvar, personalansvar, økonomiansvar og utviklingsansvar. Ansaret skal utøves i samsvar med kommunens fire lederprinsipper.

Tabell 5: Lederprinsipper i Lier kommune (kilde: Lier kommune)

Prinsipper	Når jeg
Er tydelig og viser retning	• Bidrar til felles forståelse av virksomhetens mål • Holder fokus på mål sammen med medarbeiderne • Tar ansvar for prioriteringer
Skaper resultater gjennom samspill og samarbeid	• Legger til rette for delingskultur • Jobber tverrfaglig og samarbeider for å verdiøke • Sikrer ansvar og eierskap hos medarbeiderne
Inspirerer og viser entusiasme	• Heier på gode innspill og nytenkning • Viser ekte, smittende glede og engasjement for oppgavene • Feirer suksess og deler gode historier
Er relasjonsorientert og bygger tillit	• Ser og bruker tid med hver enkelt medarbeider • Er forutsigbar og etterrettelig • Fremmer en vi-kultur

³⁹ Revisjoner som er gjennomført ved Fosshagen er omtalt i slutten av dette kapittelet

⁴⁰ *Delegasjonsbestemmelser*. Personelhåndbok. Overordnede retningslinjer. Lier kommune. Publisert 22.04.2015.

⁴¹ *Lederavtale – Lier kommune*. Ledertittel: Virksomhetsleder. Enhet: Fosshagen. Signert 2016.

Virksomhetsleders ansvarsområder er videre omtalt i virksomhetsplan for Fosshagen 2020⁴². Når det gjelder resultatansvar fremgår det at dette innebærer

- Å oppfylle de mål som er satt for enhetens ansvarsområde gjennom
 - Budsjett/handlingsprogram og øvrige politiske vedtak
 - Mål for virksomheten og lederavtalen
- Ansvar for kvalitet og omfang av det som produseres i enheten
- Ansvar for ROS-analyse, internkontroll og for at sider tilknyttet virksomheten i kvalitetssystemet er oppdatert/jevnlig revidert
- Ansvar for å melde fra til kommunalsjef ved avvik eller behov for nye tiltak så snart som mulig etter at dette er kjent (budsjett, fremdrift, kapasitet mv.) med vurdering av mulige tiltak og konsekvenser innenfor virksomheten, for om mulig å løse avviket.

Også de øvrige ansvarsområdene er nærmere utdypet i virksomhetsplan og lederavtale. Blant annet heter det at virksomhetsleders økonomiansvar innebærer følgende:

- Økonomistyring i enheten i samsvar med vedtatt handlingsprogram/budsjett
- Å få mest mulig ut av tildelte rammer. Enheten skal være konkurransedyktig på de områder hvor den kan sammenligne seg med andre.
- Å avlegge og følge opp regnskap for enheten inkl. ansvar for over- og underskudd
- Rapportere avvik
- Iverksette tiltak ved avvik eller nye behov

Det går videre frem at virksomhetsleders utviklingsansvar innebærer følgende punkt:

- Å gjennomføre nødvendige omstillinger
- Organisasjonsutvikling og faglig utvikling
- Utvikling av bruker- / kundeholdning i enheten bl.a. gjennom brukerfora
- Å delta på kommunens lederarenaer
- Å ta del i lederutviklingen i kommunen

Det blir i virksomhetsplanen vist til at saker av prinsipiell betydning skal avklares med kommunedirektør. I organisasjonsplanen⁴³ vises det til at virksomhetsleder rapporterer til rådmannen (kommunedirektør). Dette følger av at Lier er en to-nivåkommune. ⁴⁴ Kommunalsjef for helse, omsorg og velferd har delegert ansvar fra kommunedirektøren for oppfølging av virksomhetene under sitt ansvarsområde, inkludert Fosshagen.

Virksomhetsleder ved Fosshagen har delegert deler av sitt ansvar til **avdelingslederne**. Som vist i kapittel 2 er Fosshagen organisert med tre avdelingsledere under virksomhetsleder. Avdelingslederne har fag-, personal- og økonomiansvar for sine avdelinger. Kommunens lederprinsipper omfatter også avdelingslederne.

Kommunalsjefs ansvar

Virksomhetsplan for Fosshagen 2020 omtaler også **kommunalsjef for helse, omsorg og velferd** sine forpliktelser. Dette innebærer blant annet å

- holde virksomhetsleder løpende orientert om temaer som spesielt angår virksomhetsleder og dennes medarbeidere, blant annet ved gjennomføring av jevnlig møter
- gjennomføre utviklingssamtaler med virksomhetsleder
- gi tilbakemelding på virksomhetsleders resultatoppnåelse, basert på systematisk evaluering og resultatvurdering
- gjennomføre veiledning og særskilt støtte der dette etterspørres, eller der det er manglende samsvar mellom krav/forventninger og innfridde resultater
- å holde seg informert om virksomhetens virke som grunnlag for helhetlige drøftinger i rådmannsteamet

Kommunedirektør beskriver i intervju at det i forbindelse med innføring av to-nivå modellen i Lier kommune ble lagt stor vekt på at virksomhetsleder skulle ha fullt og helt ansvar for sin virksomhet, og at dette er detaljert beskrevet i lederavtalen. Samtidig skal virksomheter som har behov for støtte få det enten fra stabsfunksjonene i kommunen eller fra linjen ved kommunalsjef.

⁴² Virksomhetsplan 2020. Gruppeansvar Fosshagen. Lier kommune. Ikke datert.

⁴³ Organisasjonsplan. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 25.06.2020.

⁴⁴ Styringsmodell der virksomhetsleder rapporterer direkte til kommunedirektørnivået uten et mellomliggende etatsjef-nivå eller lignende

Kommunalsjef viser til at hun har det overordnede ansvaret for alle virksomhetene hun har innenfor sitt område. Kommunalsjef beskriver videre at hun skal sørge for at virksomhetslederne har de rette strukturene for å følge opp sitt ansvar i virksomhetene, men at hun ikke går inn i detaljer i dette arbeidet. Både kommunedirektør og kommunalsjef viser til at kommunen praktiserer «tillitsbasert ledelse». Dette omhandler blant annet at hver enkelt virksomhetsleder har ansvaret for å iverksette nødvendige tiltak som skal til for å nå målene og systematisk følge opp kvalitetskrav for den virksomheten de leder.⁴⁵ Det fremgår i intervju at det er en forventning at virksomhetsledelsen rapporterer til kommuneledelsen dersom det er forhold som bør følges opp i virksomhetene.

Ansvarsforhold internt i virksomheten

Når det gjelder ansvarsforholdene internt i virksomheten er det i intervjuer med nåværende virksomhetsleder og avdelingslederne ved Fosshagen vist til ansvarsfordelingen mellom virksomhetsleder og avdelingsleder er tydelig definert i stillingsinstruks og andre styrende dokumenter. Samtidig viser samtlige av de intervjuede lederne til at det i praksis har vært store variasjoner mellom avdelingene i hvordan ansvaret har vært fordelt og utført.

Det beskrives at avdelingslederne under tidligere virksomhetsledelse har hatt svært varierende handlingsrom når det gjelder styring, ledelse og oppfølging av sine avdelinger, noe som også er beskrevet i varslingssekretariatets gjennomgang av varslingssakene ved Fosshagen.⁴⁶ Det har ikke vært en enhetlig ledelse på tvers av avdelingene. Noen avdelingsledere har blitt gitt stort handlingsrom, mens andre har i liten grad fått gjøre egne vurderinger. Det blir i ett intervju opplyst at vedkommende har måttet konferere med, eller handlet på instruks fra virksomhetsleder i svært mange beslutninger, med den konsekvens at avdelingslederen i noen tilfeller har måttet ta avgjørelser som ikke er i samsvar med hva vedkommende selv har vurdert som riktig. Avdelingslederen selv beskriver en opplevelse av å være veldig begrenset og usikker på hvor grensen gikk for hva vedkommende kunne bestemme i sine avdelinger og for sine ansatte, og at det var vanskelig å nå fram hos forrige virksomhetsleder i forbindelse med beslutninger som skulle tas. Også en annen avdelingsleder peker på at vedkommendes myndighet som avdelingsleder ved Fosshagen har vært mindre enn i tilsvarende stillinger i andre kommuner. På den annen side er det beskrevet i intervju at en avdelingsleder i stor grad har styrt sine avdelinger uten involvering og oppfølging fra virksomhetsleder.

I intervju blir det vist til at ledelsen av de ulike avdelingene også har vært medvirkende til å skape ulike arbeidsmiljø og ulik grad av tillit mellom ansatte og leder i avdelingene. Dette blir underbygget av svar fra respondentene i spørreundersøkelsen som er gjennomført.

Svarene fra respondentene i spørreundersøkelsen underbygger at det er ulik grad av tillit mellom ansatte og ledelsen i de ulike avdelingene på Fosshagen. 35 prosent av respondentene ansatt i avdeling 2 oppgir at det ikke er tillit mellom ledelse og ansatte, mens 22 prosent av respondentene ansatt på avdeling 4 svarer det samme. Samtidig svarer 57 prosent av respondentene ansatt på avdeling 4 at det er tillit mellom ledelsen og de ansatte. Over halvparten av respondentene som er ansatt på avdeling 5 svarer at det er tillit mellom ledelse og ansatte på deres avdeling. Det vises til kapittel 3.4.1 og figur 7 for nærmere omtale.

Når det gjelder ansvarsfordeling knyttet til spesifikke områder av driften, herunder når det gjelder avvikshåndtering og forbedringsarbeid, vises det til omtale i kapittel 4.7

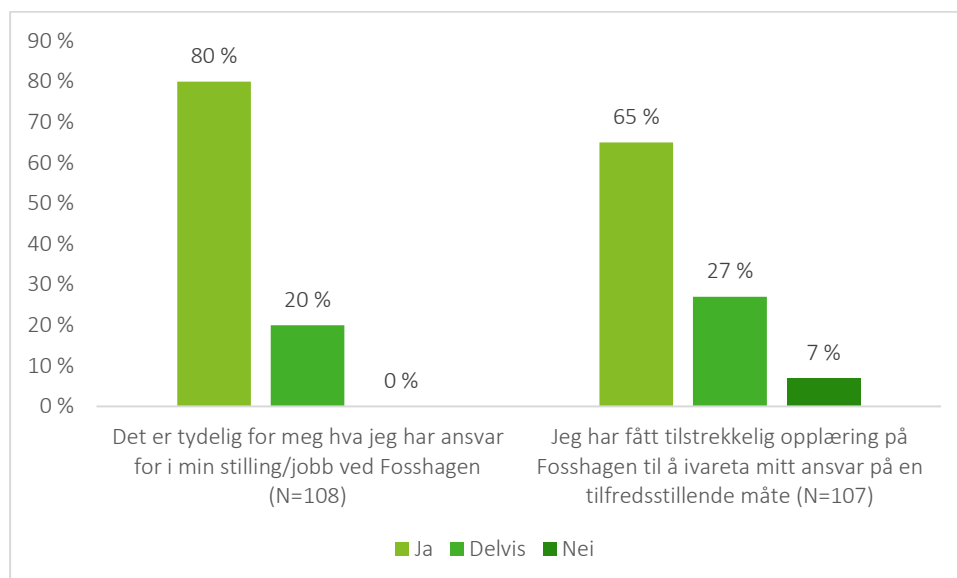
Som beskrevet i 3.4.1 om arbeidsmiljø er det i flere intervjuer trukket frem at det er behov for å jobbe med ansattgruppen for å styrke rolletrygghet og -forståelse og samtidig sikre tilstrekkelig ansvarliggjøring av alle ansatte i virksomheten knyttet til tjenestene som utføres.

Respondentene som svarte på spørreundersøkelsen ble bedt om å ta stilling til påstander knyttet til hvorvidt de opplever at de selv har en klar forståelse av hva som ligger til deres ansvar, og om de har fått tilstrekkelig opplæring. Ingen svarer nei på spørsmålet om de har en klar forståelse av hva som ligger til deres ansvar, mens 80 prosent svarer ja og 20 prosent svarer delvis på dette spørsmålet. På spørsmål om de opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring til å ivareta sitt ansvar på en tilfredsstillende måte svarer 27 prosent at de delvis har fått tilstrekkelig opplæring, mens 65 prosent oppgir at de har fått tilstrekkelig opplæring. 7 prosent av respondentene svarer nei på dette spørsmålet.

⁴⁵ *Stadig bedre*. Kvalitetspolicy for Lier kommune. Dato: 13.01.2021. Punkt 3.2 Ansvar.

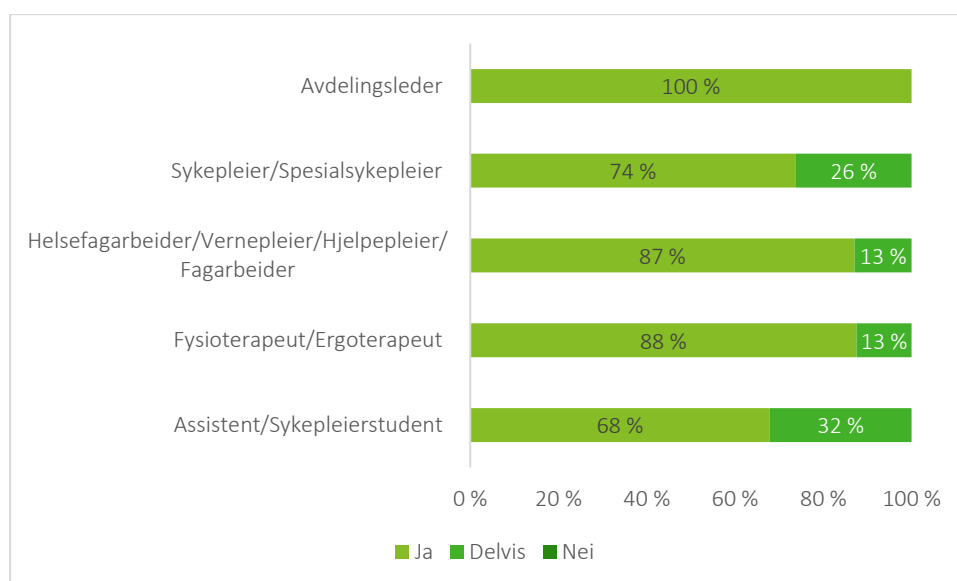
⁴⁶ Lier kommune – Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Varsling av kritikkverdige forhold. Påstand 1-6.

Figur 12: Tilstrekkelig opplæring og forståelse av ansvarsområde



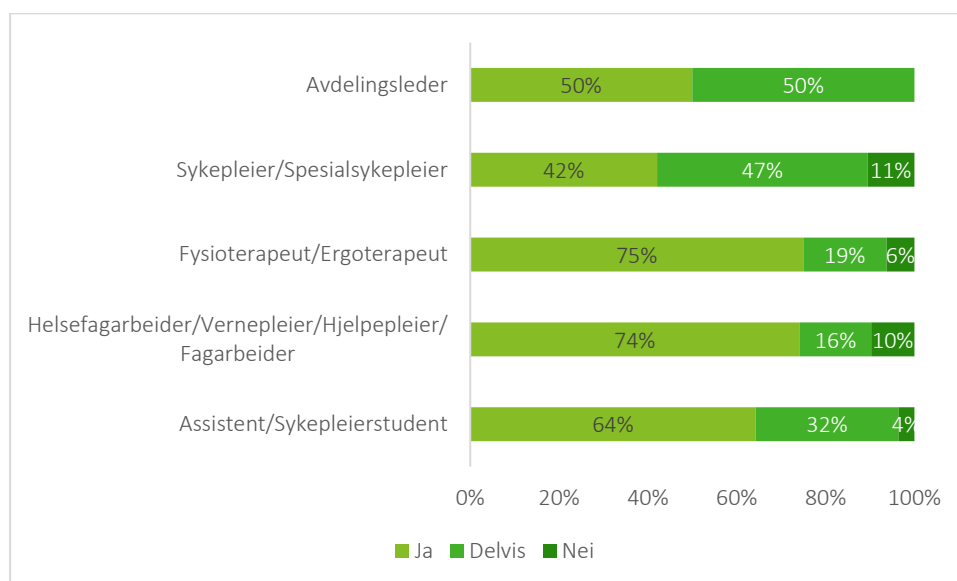
Samtidig viser undersøkelsen en viss variasjon mellom yrkesgruppene. Sykepleiere/spesialsykepleiere og assistenter/sykepleierstudenter skiller seg ut ved at en tydelig større andel, henholdsvis 26 prosent og 32 prosent, som svarer at det delvis er tydelig for dem hva de har ansvar for.

Figur 13: Det er tydelig for meg hva jeg har ansvar for i min jobb/stilling ved Fosshagen (N=94)



Det er videre variasjon mellom yrkesgruppene når det gjelder hvem som opplever at de har fått tilstrekkelig opplæring til å ivareta sitt ansvar på en tilfredsstillende måte. Som vist i figuren under svarer 11 prosent av sykepleiere/spesialsykepleiere at de ikke opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring, og 10 prosent av helsefagarbeidere/vernepleiere/hjelpepleiere/fagarbeidere svarer det samme. Omtrent tre av fire fysioterapeuter/ergoterapeuter og helsefagarbeidere/vernepleiere/hjelpepleiere/fagarbeidere viser til at de opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring.

Figur 14: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring på Fosshagen til å ivareta mitt ansvar på en tilfredsstillende måte (N=94)



4.3.3 Oppfølging av tjenestene på ledernivå

Kommuneledelsens oppfølging av Fosshagen

Som tidligere beskrevet fremgår det av virksomhetsplanen at kommunalsjefens forpliktelser blant annet innebærer å gjennomføre utviklingssamtaler med virksomhetsleder, gi tilbakemelding på virksomhetsleders resultatoppnåelse, og gjennomføre veiledning og særskilt støtte ved behov. Av lederavtalen for Lier kommune fremgår det at det skal gjennomføres jevnlig møter, minimum hvert kvartal, mellom leder og dennes leder for oppfølging av lederavtale og resultatavtale.

Kommunalsjefs oppfølging av virksomheten gjøres gjennom virksomhetsledermøte innen helse, omsorg og velferd hver 14. dag. I tillegg har kommunalsjef normalt to til tre oppfølgingssamtaler med hver av virksomhetslederne årlig. Kommunalsjef er videre involvert i virksomhetene i forbindelse med spesielle hendelser, og skal varsles om alvorlige avvik.

Virksomhetene rapporterer fast på økonomi og sykefraværsoppfølging. Fra 2020 ble det etablert et nytt malverk for mål og indikatorer i virksomhetsplanen i Lier som virksomhetene skal rapportere på. Første rapportering på disse indikatorene var ikke gjennomført på tidspunktet for denne undersøkelsen.

Kommunen påpeker i verifiseringen av rapporten at Lier før innføringen av virksomhetsplaner i 2020 hadde resultatavtaler for virksomhetslederne, og at disse fokuserte på kvalitet og HMS, i tillegg til økonomi. Deloitte har fått tilsendt utfylte *resultatavtale* og *rapporteringsskjema fra virksomhetsleder til kommunalsjef/fagsjef* fra 2018 og 2019, og det fremgår av rapporteringsskjema for 2018 at virksomhetsleder skulle rapportere på seks målsettinger: kompetanse, livsmestring, kvalitetsarbeid, personale og arbeidsmiljø, velferdsteknologi og økonomi. I 2019 er ikke kvalitetsarbeid på listen over mål det rapporteres på.

Det går frem av resultatavtaler for 2016 og 2017 at det i større grad har blitt rapportert på konkrete satsinger som følge av at Fosshagen ble åpnet i 2016. I 2016 har virksomhetsleder gjennom resultatavtalen rapportert til kommunalsjef på følgende punkt:

- Sikre at nødvendig organisering og verktøy er på plass og implementert i organisasjonen. Forsvarlig drift, faglig og sikkerhetsmessig.
- Fosshagen er et ressurscenter med fokus på profesjonalitet og forbedring i tjenestene. Fremoverlente og myndiggjorte⁴⁷ primærkontakter, og en trygg sykepleiergruppe med klar identitet.
- Oppnå visjon om et levende og åpent hus. Fosshagen har utarbeidet og implementert grunnleggende felles verktøy, kultur og visjon.
- Fosshagen har en robust, proaktiv og trygg ledergruppe.

⁴⁷ I skjema står det «umyndiggjorte primærkontakter». Deloitte har her rettet opp i det som vi regner med er en skrivefeil.

- Fosshagen har en tydelig personalpolitikk som gir klare forventninger til ansatte, og sørger for at vi oppnår **vi-kultur** på Fosshagen

Kommunalsjef beskriver at hun har en tett dialog med sine virksomhetsledere, men at det varierer hvor tett dialogen er ut fra hvilke utfordringer de ulike virksomhetene har. Dialogen med den enkelte virksomhet vil derfor også variere over tid. Kommunalsjef opplyser at det ble gjennomført syv til åtte årlige samtaler med tidligere virksomhetsleder ved Fosshagen på grunn av utfordringsbildet ved Fosshagen. Disse samtalene var både initiert av virksomhetsleder selv, og av kommunalsjef som ønsket å stille spørsmål om situasjonen ved virksomheten. Kommunalsjef viser til at dette har vært relatert til en konflikt ved en av avdelingene ved Fosshagen i 2019 som hun ble holdt orientert om, og oppfølging av avdelingsledere som kommunalsjef var kjent med at det var utfordringer knyttet til. Kommunalsjef opplyser at hun tilbød virksomhetsleder støtte i håndteringen av dette, men at virksomhetsleder ga inntrykk av å håndtere dette selv.

Samtidig opplyser kommunalsjef at virksomhetsleder ved Fosshagen ikke er av de hun har hatt tettest dialog med de siste to årene og at hun ikke har oppfattet at det har vært behov for en tettere oppfølging av Fosshagen enn de andre virksomhetene. Kommunalsjef beskriver at hun har vært lite direkte involvert i møter på Fosshagen. I denne sammenheng viser kommunalsjef til at det ikke har kommet frem av medarbeiderundersøkelsene at det er uforsvarlige forhold ved virksomheten, og at hun i samtaler med hovedtillitsvalgte ikke har fått informasjon om forhold som er uforsvarlige, utover utfordringene i arbeidsmiljøet ved den ene avdelingen (mer om resultat av medarbeiderundersøkelse og medvirkning fra ansatte i avsnitt 4.3.4). Kommunalsjef viser også til at tilbakemeldinger fra pårørende har gitt inntrykk av gode tjenester ved Fosshagen.

Tidligere virksomhetsleder ved Fosshagen har i skriftlig svar til Deloitte beskrevet oppfølging hun har fått fra kommuneledelsen i sin rolle. Virksomhetsleder skriver følgende på spørsmål om hun i løpet av sin tid som virksomhetsleder har tatt opp forhold med kommuneledelsen hvor hun har hatt behov for deres bistand:

Ja, jeg har bedt om bistand og veiledning fortløpende vedr ulike saker slik det er naturlig i en stilling som virksomhetsleder. Eksempler på dette er: Bistand og veiledning i krevende pasient/ pårørende og personalsaker, økonomispørsmål, bistand/ veiledning vedr. utfordringer i samarbeidet i ledergruppen, kompetanse i ledergruppen, meldt behov for personale som kan jobbe dedikert med kvalitet (utviklingssykepleier) i virksomheten, økte midler til å jobbe mer dedikert med kompetanse, utvikling av medisinkabinett med mer.

I perioden før varslingssaken ga jeg beskjed om at jeg var bekymret over miljøet på Fosshagen, spesielt i sykepleiergruppen. Etter varslingssaken opplevde jeg det svært krevende å stå i situasjonen langvarig uten å kunne jobbe med utfordringene.

Kommunalsjef understreker at tillitsbasert ledelse er et grunnleggende prinsipp i kommunen, men at svakheten ved dette er at dersom virksomhetsleder ikke sier fra eller har forståelse for hva som skal rapporteres videre, har ikke kommunalsjef mulighet til å fange opp forhold som ikke fungerer. Kommunalsjef viser til at varslingssakene viser at det har blitt gjort vurderinger ved Fosshagen som hun som kommunalsjef burde ha vært involvert i dersom det var slik at virksomhetsleder ikke klarte å følge opp sitt ansvar. Kommunalsjef peker på at dette er en svakhet ved et tillitsbasert system – dersom virksomhetsleder ikke sier ifra kan heller ikke kommunalsjef fange opp slike tilfeller.

Spesielt trekker kommunalsjef frem to enkelthendelser som er beskrevet i varslingssaken som hun skulle ha vært varslet om. Den ene gjelder da det ble avdekket at en ansatt underslo narkotika fra Fosshagen, og den andre gjelder et skap som hadde falt ned på et pasientrom i 2019. Hun viser til at skaphendelsen ikke medførte pasientskade, men at det potensielt var en risiko. Hun peker på hun umiddelbart ble varslet da det oppstod en ny hendelse med et lignende skap i 2020. Det vises også til kapittel 4.7 for omtale av hendelsen.

Kommunalsjef peker på at hun var veldig forbauset over hendelsen knyttet til mistanken om underslag av narkotika. Hun utdyper at dersom hun hadde vært klar over at det var meldt bekymring om dette ved ansettelse av sykepleier ville hun umiddelbart sagt at ansettelsen må på vent, og at dersom det hadde vært en person som allerede var ansatt ville hun aldri ha gitt vedkommende ansvar for medisiner og ikke tilgang til medisinskap/medisinrom. Kommunalsjef viser til at da hun ble gjort oppmerksom på situasjonen i juni 2020 så ble forholdet politianmeldt etter få dager.

Nåværende virksomhetsleder opplyser at hun har hatt ukentlig kontakt med kommunalsjef etter at hun startet i stillingen ved Fosshagen. Virksomhetsleder kom til Fosshagen fra tilsvarende stilling ved en annen sykehjemsvirksomhet i Lier kommune. Generelt viser virksomhetsleder til at praksis er at man henvender seg til kommunalsjef dersom man som virksomhetsleder har utfordringer i sin virksomhet som har en alvorlighetsgrad

som kommunalsjef bør kjenne til. Hun opplyser at det ikke er etablert faste møtearenaer mellom henne og kommunalsjef utover virksomhetsledermøtene annenhver uke, og at hun ber om å få avsatt tid dersom hun har behov for det. Virksomhetsleder viser til at kommunalsjef har mange ledere under seg og et stort ansvarsområde, og at kommunalsjef har veldig mye å gjøre, og at det derfor skal være et visst alvor før hun kontakter kommunalsjef.

Kommunalsjef har delegert ansvar fra kommunedirektør for oppfølging av virksomhetene. Kommunedirektør forklarer at kommunen har en liten ledergruppe, og at eventuelle utfordringer i virksomhetene drøftes i de ukentlige ledermøtene eller i den løpende dialogen mellom henne og kommunalsjef. Kommunedirektør opplyser at hun var kjent med arbeidsmiljøkonflikten i den ene avdelingen ved Fosshagen i 2019, men at hun utover dette ikke kan huske at forholdene som beskrives i varslingssaken har vært tatt opp i fora der hun har deltatt. Hun beskriver at de kritikkverdige forholdene som har blitt kjent ved Fosshagen er alvorlige og burde ha blitt fanget opp tidligere, men at hun ikke kan huske at hun har blitt informert om forholdene tidligere.

I likhet med kommunalsjef viser kommunedirektør særlig til hendelsene knyttet til narkotikaunderslag og at skap hadde veltet allerede før sommeren 2019 som forhold hun skulle ha fått informasjon om. Kommunedirektøren forklarer at det ikke nødvendigvis er informasjonsflyten hun opplever som problemet i disse sakene, men at det er lederhåndteringen og forståelsen av å drifte en virksomhet ved Fosshagen som er feil. Kommunedirektør har i intervju vist til at hun og kommunalsjef nok har hatt en oppfatning av at ledelsen i større grad håndterte utfordringene ved Fosshagen enn de gjorde. Kommunedirektør viser til at organiseringen i kommunen medfører at det totale ansvar hver kommunalsjef har, er veldig stort. Kommunedirektør mener organiseringen er riktig i en normalsituasjon, men at det i et år med store saker og pandemihåndtering er en bekymring at kommunalsjefene har så store ansvarsområder og arbeidsbelastning. Hun forklarer at ingen av kommunalsjefene har uttrykt at de ikke får den informasjonen de trenger, men at de har en jevnlig dialog om arbeidspresstet og det å ha kapasitet til å håndtere alle oppgaver.

En av de intervjuede avdelingslederne ved Fosshagen viser til at hun opplever at tidligere virksomhetsleder ble målt på lite annet enn økonomi, og at tema som nærvær og medarbeidertilfredshet i liten grad har vært et tema. Hun viser også som eksempel til at avdelingslederne ikke blir jevnlig fulgt opp av kommunens HR-funksjon når det gjelder sykefravær, arbeidsmiljø eller annet. Avdelingslederens oppfatning er at det har vært ført lite kontroll med hva som foregår i den enkelte virksomhet, og forteller at virksomhetsleder dermed har vært den som har hatt all kontroll med virksomheten. Kommunalsjef kommenterer i forbindelse med verifisering at HR er en stab- og støttefunksjon som per i dag ikke har en kontrollerfunksjon overfor virksomhetene.

Tidligere virksomhetsleder fikk også spørsmål om hun ønsket å gi en kommentar til informasjonen om at kommuneledelsen har fått mangelfull informasjon om utfordringer i virksomheten. Hun skriver:

Jeg har alltid vært opptatt av å ha åpenhet innad i virksomheten, og også til min leder. Det opplever jeg at jeg har praktisert. Jeg var ikke kjent med forholdet rundt skapet. Jeg ville ønsket at dette ble meldt som avvik, og at informasjonen rundt risikoen med dette skapet ble benyttet til forbedringsarbeid i hele virksomheten og sikring av lignende risiko. Jeg ga umiddelbart beskjed til leder når det ble oppdaget underslag av narkotika.

Oppfølging av drift og tjenester internt i virksomheten

Det er etablert et årshjul for ledelse ved Fosshagen som beskriver oppgaver for virksomhetsleder og avdelingsleder.⁴⁸ Avdelingsleder rapporterer i henhold til årshjulet månedlig på økonomi. Virksomhetsleder har ansvar for månedlig økonomioppfølging og prognose, samt avvikshåndtering og rapportering til kommunalsjef.

Gjennomgang av lederavtale inngår som aktivitet i januar måned. Virksomhetsleder skal samme måned blant annet utarbeide årsrapport og gjennomføre gjennomgang for å sikre at man overholder krav. Punktet er ikke nærmere beskrevet, men det legges til grunn at dette omfatter årlig gjennomgang av internkontrollsystemet. Utarbeidelse av handlingsplaner /resultatavtaler inngår som aktivitet for avdelingslederne i februar.

Ledergruppen ved Fosshagen består av virksomhetsleder og avdelingslederne. Ledergruppen under forrige virksomhetsleder beskrives i intervjuene som er gjennomført som dysfunksjonell, med manglende samarbeid og fellesskap, involvering og tillit mellom lederne. Det beskrives at avdelingslederne i stor grad jobbet med sitt uten at det var noe fellesskap, og uten at det ble etablert strukturer for samarbeid for å legge til rette for blant annet

⁴⁸ Årshjul Fosshagen 2020

bedre utnyttelse av ressursene og erfaringsutveksling. Videre er det beskrevet som konsekvens av dette at enkelte avdelingsledere har hatt svak lojalitet til ledergruppen og snakket resten av ledelsen ned foran egne ansatte.

Tidligere virksomhetsleder har blitt forelagt informasjonen om en ledergruppe som ikke har fungert for kommentar. Hun skriver:

Jeg opplevde at det tidvis var krevende å få gruppen til å fungere godt. Spesielt fra sen høst 2019. Det jobbet vi med. Når Covid inntraff ble det spesielt utfordrende å få til et arbeid med å utvikle teamet. Jeg opplevde at dette ble ekstra tydelig i perioden før varlingssaken kom. Vi fikk, da varslingssaken ble fremlagt, beskjed om å ikke snakke om dette temaet. Dette gjorde det svært vanskelig å bidra til en god utvikling og trygging av gruppa. Beklageligvis varte denne perioden i over et halvt år. Dette parallelt med håndtering av pandemien opplevde jeg førte til at ledere grunnet utrygghet og psykisk belastning fungerte dårligere, både individuelt og i gruppe. Jeg opplevde at utfordringene gruppa opplevde eskalerte i denne perioden. Det var svært krevende å ikke kunne ta tak i dette.

Det fremgår av intervjuene i undersøkelsen at det har vært store variasjoner mellom avdelingene når det gjelder virksomhetsleders oppfølging av avdelingslederne, og det blir vist til at avdelingslederne også har hatt svært ulik ledelse av sine avdelinger. Noen av lederne blir omtalt som å være lite nærværende i sin avdeling, mens andre blir omtalt å ha en tettere oppfølging av de ansatte. En av avdelingslederne viser til manglende oppfølging da vedkommende begynte som avdelingsleder. Avdelingsleder viser til at vedkommende ikke fikk noen opplæring eller innføring i hva som lå til avdelingsleders ansvar, foruten noen få dager med overlapping fra vikaren som hadde ivarettatt stillingen før. Avdelingslederen beskriver at vedkommende måtte finne ut av mye selv, og måtte lage mange av systemene og rutine selv. Avdelingsleder ble ifølge vedkommende selv ikke gjort kjent sitt ansvar for avvikshåndtering og gjennomføring av risikovurderinger. Samtidig viser hun til at hun har hatt mange samtaler med ny virksomhetsleder og uttrykker at hun er opptatt av at hun har virksomhetsleders støtte videre i prosessen.

Kommunalsjef viser i intervju til at Lier kommune ikke er gode nok på lederopplæring og at dette arbeidet burde ha vært mer systematisert. Kommunalsjef peker blant annet på koronapandemien som årsak til at dette ikke kom på plass i 2020. Det er Organisasjons- og utviklingsenheten i kommunen som er ansvarlig for opplæring av ledere, og videre at det er denne enheten som også har ansvaret for å utvikle et nytt lederprogram og lederopplæringsprogram. Kommunalsjef viser videre til at kommunen i utgangspunktet har en liten ledelse og lite midler til ledelse, noe som medfører relativt store lederspenn og lite lederstøtte til lederne ute i tjenestene. Kommunalsjef peker på at det er nødvendig med støttepersonell for å drive god ledelse, og beskriver at det er behov for å gjøre mer på dette området. Et slikt arbeid vil imidlertid kreve kapasitet og ressurser.

Tidligere virksomhetsleder uttaler følgende som respons på påstand om stor forskjell når det gjelder myndighet og handlingsrom for avdelingslederne:

Da jeg startet som virksomhetsleder var det med en gruppe avdelingsledere med svært ulik ledererfaring og lederkompetanse. Disse personene var ansatt inn i stillingene. De har hatt behov for ulik oppfølging på bakgrunn av dette, samt de lederutfordringene de har stått i.

4.3.4 Tilrettelegging for ønsket atferd, holdninger og kultur

Lederansvar og etiske retningslinjer

Lier kommune har som vist i tabell 5 i avsnitt 4.3.2 etablert fire lederprinsipper for kommunen, med tilhørende punkter som skal etterleves. Lederprinsippene fremgår også av virksomhetsplan for Fosshagen 2020⁴⁹ og lederavtalen for virksomhetsleder⁵⁰, og det er videre spesifisert at virksomhetsledere har ansvar for fem hovedområder: resultatansvar, arbeidsgiveransvar, personalansvar, økonomiansvar og utviklingsansvar. Når det gjelder personalansvar er følgende punkter fremhevet som et virksomhetslederansvar:

- Å tiltrekke, disponere og utvikle medarbeidere i samsvar med kommunens arbeidsgiverpolitiske plattform og personalpolitikk, mål / behov i enheten og den enkeltes forutsetninger. Dette innebærer også kreativ utnyttelse av kompetanse
- Å ivareta prinsipper for medbestemmelse og medvirkning

⁴⁹ Virksomhetsplan 2020. Gruppeansvar Fosshagen. Lier Kommune. Ikke datert.

⁵⁰ Lederavtale – Lier kommune. Ledertittel: Virksomhetsleder. Enhet: Fosshagen. Signert 2016.

- Å vise omsorg for de ansatte ved aktivt å fremme godt arbeidsmiljø, trivsel og trygghet for den enkelte. Dette innebærer blant annet å tilrettelegge for mestring, motivasjon og et godt mellommenneskelig klima
- Å være en kulturbærer og rollemodell som etterlever kommunens etiske retningslinjer, samt legget til rette for jevnlig etisk refleksjon for ansatte i virksomheten
- Å gjennomføre og følge opp årlige medarbeidersamtaler med alle ansatte

Kommunedirektøren forteller at kommunens lederprinsipper bygger på verdiene til kommuneorganisasjonen der virksomhetene skal jobbe med kvalitet og faglig utvikling etter «der skoen trykker mest». Hun peker på at lederne i kommunen har jobbet mye med lederprinsipper.

Kommunestyret i Lier kommune har vedtatt etiske retningslinjer for folkevalgte og ansatte i kommunen.⁵¹ Kommunens etikkplakat og varslingsplakat er del av de etiske retningslinjene. Det fremgår av etikkreglementet at som arbeidsgivere og rollemodeller skal ledere (og folkevalgte) spesielt legge til rette for etisk refleksjon. Etikkplakaten fremhever at kommunen skal være preget av åpenhet, er verdidrevet og tar samfunnsansvar.

Det er som nevnt i avsnitt 4.3.1 nylig utarbeidet en kvalitetspolicy for Lier kommune⁵² som er tenkt skal bidra i kontinuerlige forbedringsarbeidet ved å hjelpe alle ansatte til å strekke seg mot organisasjonens mål. Kvalitetspolicy for kommunen ble vedtatt i januar 2021.

Praksis ved Fosshagen

Trivselsundersøkelse

Det har blitt gjennomført trivselsundersøkelser blant alle ansatte i kommunen i 2017 og 2019 gjennom 10-faktorundersøkelsen. 10-faktorundersøkelsen er en forskningsbasert medarbeiderundersøkelse utviklet av kommunesektorens organisasjon (KS), og er særskilt utviklet for kommuner og fylkeskommuner.⁵³

De samlede resultatene fra Fosshagen fra 2019 viser at virksomheten ligger likt som gjennomsnittet i Norge på tre av de ti faktorene (indre motivasjon, mestringstro og prososial motivasjon) og lavere enn landsgjennomsnittet på de syv resterende faktorene (autonomi, bruk av kompetanse, mestringsorientert ledelse, rolleklarhet, relevant kompetanseutvikling, fleksibilitetsevne og mestringsklima). Resultatene fra 2019 delt på avdelinger fremgår i tabellen under.

Tabell 6: Resultat fra 10-faktorundersøkelse 2019 delt på avdelinger og områder på Fosshagen

	Avd. 1	Avd. 2	Avd. 3	Avd. 4	Avd. 5	Avd. 6	Avd. 7	Snitt i Norge
Indre motivasjon	4,4	4,4	4,1	4,5	4,2	3,8	4,4	4,3
Mestringstro	4,3	4,4	4,2	4,4	4,2	4,1	4,3	4,3
Autonomi	4,3	4,0	3,0	4,5	3,2	4,0	4,3	4,2
Bruk av kompetanse	4,4	4,0	3,2	4,1	4,2	4,0	4,3	4,2
Mestringsorientert ledelse	3,7	4,0	3,0	3,1	2,0	3,9	4,7	4,0
Rolleklarhet	4,4	4,7	4,2	4,1	4,0	4,3	4,5	4,3
Relevant kompetanseutvikling	4,0	4,1	2,9	3,2	1,8	3,9	4,1	3,7
Fleksibilitetsvilje	4,4	4,6	4,3	4,3	3,3	4,3	4,5	4,5
Mestringsklima	3,9	4,1	3,7	3,7	3,0	3,6	4,4	4,1

⁵¹ *Etiske retningslinjer*. Vedtatt av kommunestyret 10.10.2011, sak 74.

⁵² *Stadig bedre*. Kvalitetspolicy for Lier kommune. Vedtatt i kommunedirektørens ledergruppe 13.01.2021.

⁵³ Informasjon om 10-faktorundersøkelsen ligger tilgjengelig her: <https://www.10faktor.no/>

Prososial motivasjon	4,5	4,7	4,9	4,7	4,6	4,8	4,4	4,7
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Som vist i tabellen over er resultatene fra Fosshagen delt opp i syv ulike avdelinger eller områder. Det er spesielt faktoren *mestringsorientert ledelse* og *relevant kompetanseutvikling* som får lav score fra de ansatte ved noen av avdelingene, og da særskilt fra de ansatte på avdeling 3, 4 og 5. De ansatte ved avdeling 5 gir relevant kompetanseutvikling en score på 1,8 og mestringsorientert ledelse en score på 2,0.⁵⁴ Avdeling 5 merker seg videre ut ved å ha lavere score enn de andre avdelingene på faktorene *rolleklarhet* (4,0), *fleksibilitetsvilje* (3,3) og *mestringsklima* (3,0). Når det gjelder faktoren *autonomi* gir de ansatte på avdeling 3 og avdeling 5 en score på henholdsvis 3,0 og 3,2, mens resten av avdelingene gir denne faktoren en snittscore fra 4,0 og opp til 4,5.

Kommentarer fra de ansatte i 10-faktorundersøkelsen fra 2019 handler blant annet om en opplevelse av å ikke bli hørt av ledelsen, at ledelsen oppleves som lite fleksible og imøtekommende når det gjelder blant annet planlegging av ferier og avspasering, ansatte som gjentatte ganger sier fra om manglende utstyr uten at dette blir tatt til følge og lite synlig leder. Videre blir det pekt på at pasienter ikke får tilstrekkelig oppfølging pga. lav bemanning, at fagfolk slutter på grunn av måten virksomheten styres på og at avvik blir brukt mot de ansatte som melder.

Kommentarer fra ansatte etter 10-faktorundersøkelsen i 2017 omhandler blant annet at avgjørelser som blir tatt baseres på økonomi og ikke erfaring og kompetanse hos ansatte, manglende tilstedeværelse fra leder, marginal bemanning og liten tid til beboere, samt lite tid til forebyggende arbeid.

Det er ikke utarbeidet handlingsplaner for alle avdelingene etter gjennomført 10-faktorundersøkelsen i 2019. Av tilsendte handlingsplaner går det videre frem at det for eksempel samlet for to avdelinger er satt opp tre tiltak knyttet til forbedringspunkt innen «mestringsklima» og «prososial motivasjon» med frist for gjennomføring i henholdsvis slutten av 2019 og starten av 2020, men at samtlige punkt står registrert som «ikke påbegynt». En avdeling har satt opp åtte tiltak knyttet til relevant kompetanseutvikling og mestringsklima, men det er ikke ført opp hvorvidt tiltak er påbegynt, fullført eller lignende. På de fleste tiltak er «alle» satt opp som ansvarlige og det er satt en frist for gjennomføring på 2 år.

Kommunalsjefen viser til at det har vært et felles fokus på medarbeiderundersøkelsene i kommunen, men at hun som leder i liten grad har involvert seg i oppfølgingen etter 10-faktorundersøkelsen utenom at hun har fulgt opp i dialog med ledere, vist interesse og har tilgang til rapportene. Hun peker på at Fosshagen var den virksomheten som scoret i nedre sjikt sammenlignet med alle av kommunalsjefens virksomheter i 2019. Kommunalsjefen oppfattet ikke dette som alarmerende og overlot det derfor til virksomhetsleder og utviklingsenheten å følge opp dette på samme måte som øvrige virksomheter.

Kommunalsjef viser til at resultatene fra 10-faktorundersøkelsen blir tatt opp på virksomhetsledersamling, og at hun husker at en av avdelingene på Fosshagen hadde spesielt lav score på noen av faktorene. Kommunalsjef har etterspurt arbeid med oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen i møter med virksomhetslederne, men viser til at hun hadde litt mer samtaler med tidligere virksomhetsleder på Fosshagen i etterkant av undersøkelsen enn det hun hadde med de andre virksomhetslederne. Hun peker på at tidligere virksomhetsleder ved Fosshagen ikke har fulgt opp alle tiltak, da det ikke var kapasitet til dette i 2020.

I intervju med en avdelingsleder blir det vist til at det ved Fosshagen ikke er rapporterte til virksomhetsleder på oppfølging av handlingsplan etter 10-faktorundersøkelsen. Det blir videre i intervju med ansattrepresentanter vist til et inntrykk av at medarbeiderundersøkelsen i praksis ikke har blitt fulgt opp i alle avdelinger på Fosshagen, men at ledelsen bare har sjekket av på at det er utført. Som eksempel blir det i et intervju vist til at det i undersøkelsen kom frem at personalet ønsket flere møteplasser. Ledelsen sa at de skulle prøve å få dette på plass, men at det aldri ble noe av. Det ble ikke lagt en handlingsplan eller fulgt opp på andre måter. I tilsendt handlingsplan som står tiltaket om flere møteplasser som blir nevnt i intervju, registrert som «gjennomført» av leder.

Arbeid med atferd, holdninger og kultur på Fosshagen

I arbeidsreglementet for Fosshagen⁵⁵ går følgende frem under overskriften etikk/arbeidsmiljø:

- Ved bruk av sosiale medier må taushetsplikten overholdes. For øvrig bør man vise varsomhet med å omtale arbeidsplassen og medarbeidere.
- Samhold: Det er alles ansvar å bidra til et godt og inkluderende arbeidsmiljø.

⁵⁴ Gjennomsnittsverdiene ligger mellom 1 og 5, der 5 er høyeste verdi på skalaen

⁵⁵ *Arbeidsreglement Fosshagen*. Dato: 02.05.16. Utarbeidet og godkjent av tidligere virksomhetsleder.

- c. **Team:** Vi er alle del av et team, der vi er gjensidig avhengig av hverandre. Godta ulikhetene, og se styrkene.
- d. **Empati/Omsorg:** Se hverandre. Gi ros og konstruktive tilbakemeldinger. Ønsk hverandre vel.
- e. **Respekt:** Alle brukere av Fosshagen skal behandles med respekt.
- f. **Kommunikasjon:** Snakk til dine medarbeidere, ikke om. Unngå kos med misnøye, snakk med din kollega/leder.

I møteplan for Fosshagen⁵⁶ fremgår det at det skal gjennomføres personalmøter på avdelingene fire ganger i året og at mål med møtet er å ta opp relevante saker for avdelingen, både praktiske-, faglige- og arbeidsmiljørelaterte saker.

Det blir pekt på at det i liten grad har blitt gjennomført personalmøter det siste året på grunn av covid-19 pandemien. To av de intervjuede ansattrepresentantene viser til at arbeidsmiljø ellers verken før eller etter covid-19 jevnlig har blitt drøftet på personalmøtene på deres avdelinger. Det blir nevnt at det i hovedsak er informasjon fra avdelingsleder om for eksempel daglig drift av avdelingen, innleie av vakter og lignende som er på agenda på personalmøter, og at selv om man kan komme med spørsmål og innspill oppleves det veldig unaturlig når det ikke legges opp til det fra avdelingsleder. I et annet intervju blir det påpekt at mange ansatte ikke ser noen grunn til å si ifra, fordi det blir ikke tatt videre uansett. Man får snarere beskjed om at en selv må endre seg.

Som nevnt i avsnitt 4.3.3 om oppfølging av tjenestene på ledernivå viser en avdelingsleder til at de på Fosshagen ikke har blitt målt på eksempelvis nærvær og medarbeidertilfredshet i tillegg til økonomi. Avdelingsleder viser videre til at man på Fosshagen ikke for eksempel har blitt fulgt opp jevnlig av HR når det gjelder sykefravær, arbeidsmiljø eller annet. Som nevnt under avsnitt 4.3.3 kommenterer kommunalsjef i forbindelse med verifiseringen at HR er en stab- og støttefunksjon som per i dag ikke har en kontrollerfunksjon overfor virksomhetene.

Noen av de intervjuede ansattrepresentantene viser til at det hyppig har vært gjennomført refleksjonsmøter, teammøter o.l. på deres avdeling, men at det er en gjennomgående utfordring at personalet ikke tør å si hva de egentlig mener når de samles.

Som nevnt i avsnitt 3.4.1 om arbeidsmiljø er det flere som peker på at det over lang tid har vært, og fremdeles er, utfordringer med arbeidsmiljøet på Fosshagen. I spørreundersøkelsen og intervju blir blant annet pekt på at det har vært langvarige konflikter mellom personer og fagmiljø på Fosshagen og at det relativt raskt utviklet seg en mistillit til ledelsen ved Fosshagen etter oppstart i 2016. I intervju blir det vist til at det på avdelingen der det har vært utfordringer knytte til langvarig profesjonskamp har vært gjort lite med arbeidsmiljøutfordringen og at tidligere avdelingsleder ikke har tatt tak i problemet på tross av at vedkommende har blitt bedt om å gjøre dette. Det blir opplyst at ansatte har fått tilbakemelding om at de må ordne opp i dette selv.

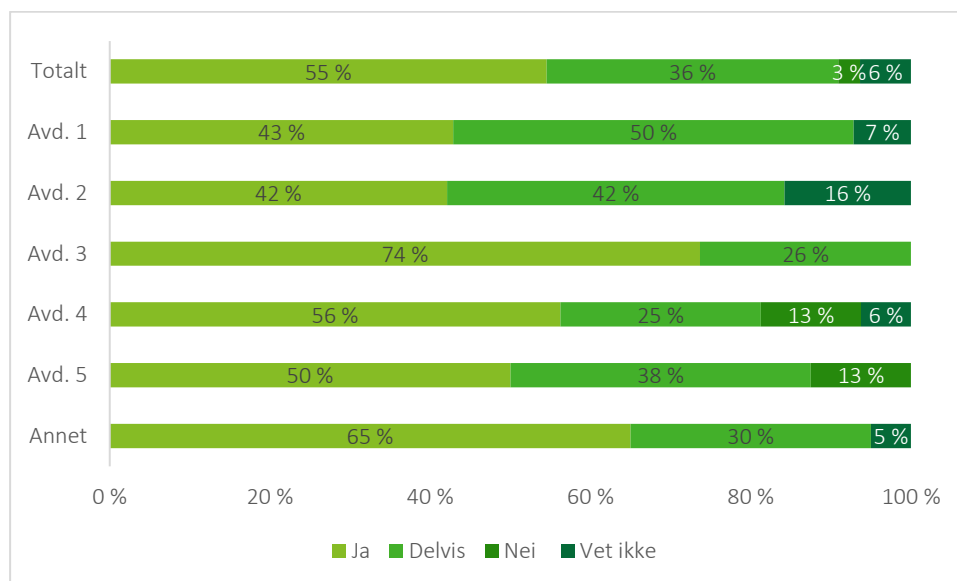
Det blir i intervju og gjennom svar i spørreundersøkelsen pekt på at ledelsen ikke har fremvist gode holdninger og atferd som har medvirket til å løse utfordringer knyttet til arbeidsmiljøet. En respondent peker på at det er mye baksnacking på avdelingen og at vedkommende gruer seg til å gå på jobb og har utfordringer med å sove nettene i forkant av arbeidsvakter på grunn av frykt for å møte på enkelte kollegaer og ledelse. Gjennom svar i spørreundersøkelsen og henvendelser til Deloitte blir det også pekt på at flere ansatte ved ulike anledninger har blitt «kalt inn på teppet» og fått kjeft. Det blir blant annet vist til at dette har vært tilfelle når ansatte har meldt avvik, eller når ansatte har vært uenige med ledelsen i saker.

Det blir i intervju vist til at det er satt i gang arbeid med det psykososiale miljøet på sykehjemmet, og at det i tillegg til at man har inne organisasjonspsykolog fra Bedriftshelsetjenesten, også skal utføres et internt arbeid ved at verneombudene skal snakke med de ansatte om arbeidsmiljø.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til om man på avdelingen er opptatt av å utvikle seg for å gi bedre tjenester til pasientene/beboerne. Totalt er det over halvparten av respondentene som svarer ja på dette spørsmålet (55 prosent), mens 36 prosent svarer at de på deres avdeling er delvis opptatt av dette. 6 prosent vet ikke om man er opptatt av dette på avdelingen, mens 3 prosent oppgir at de på avdelingen ikke er opptatt av å utvikle seg for å gi bedre tjenester til pasientene.

⁵⁶ Møteplan Fosshagen ressurscenter. Datert 17.01.2020. Utarbeidet og godkjent av tidligere virksomhetsleder.

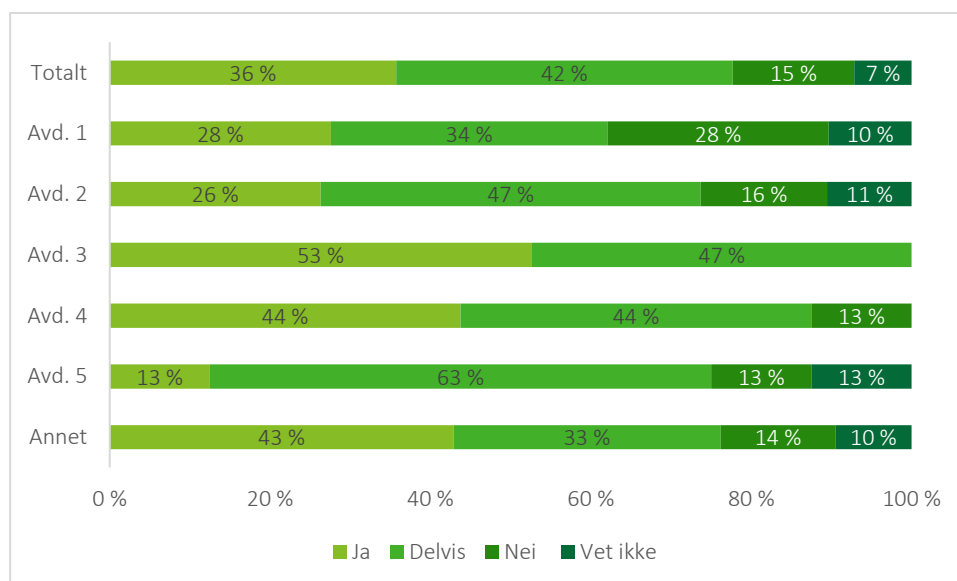
Figur 15: I min avdeling er vi opptatt av å utvikle oss for å gi bedre tjenester til pasientene/beboerne (N=110)



Som fremstilt i figuren over svarer nesten tre av fire på avdeling 3, over halvparten på avdeling 4 og halvparten på avdeling 5 bekreftende på spørsmålet om man på avdelingen er opptatt av å utvikle seg for å gi bedre tjenester til pasientene/beboerne. 13 prosent av respondentene på avdeling 4 og 5 svarer «nei» på dette spørsmålet.

Når det gjelder kultur for å åpent diskutere feil for å lære av dem, så viser figuren under at 42 prosent av respondentene sammenlagt mener at det «delvis» er en kultur for dette, mens 15 prosent svarer at det ikke er en kultur for dette.

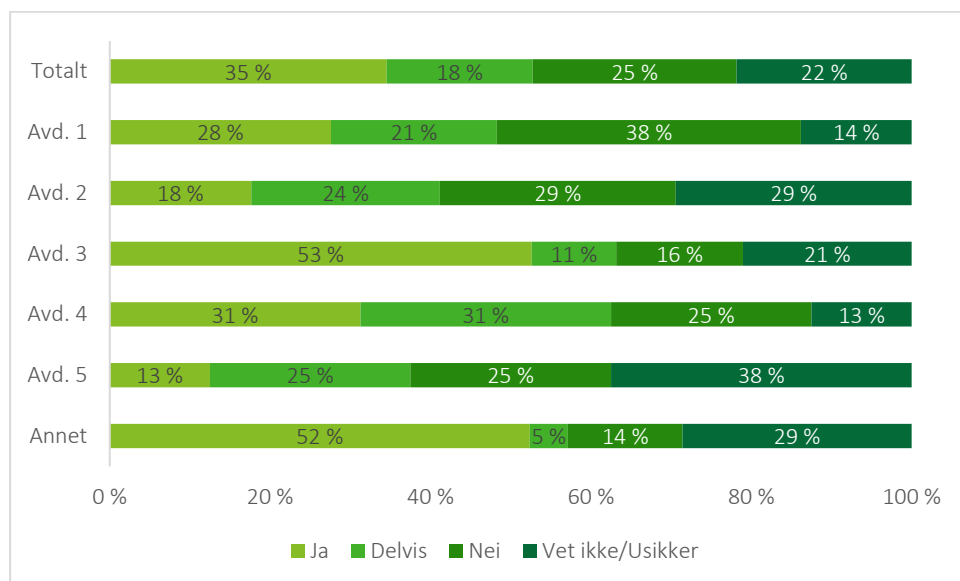
Figur 16: I min avdeling diskuterer vi åpent feil for å lære av dem (N=112)



Respondentene fra de ulike avdelingene fordeler seg noe ulikt når det gjelder spørsmålet som er fremstilt i figuren over. I avdeling 1 er det 28 prosent som svarer at de ikke har kultur for å diskutere feil for å lære av dem, mens mellom 13 prosent og 16 prosent fra de tre andre avdelinger svarer det samme. I avdeling 3 svarer over halvparten «ja» på dette spørsmålet og ingen svarer «nei».

I spørreundersøkelsen blir også respondentene bedt om å ta stilling til påstanden om at «min nærmeste leder har gitt tydelig uttrykk for at etiske dilemma skal diskuteres». Her svarer samlet sett en av fire respondenter «nei» (25 prosent) og omtrent en av tre (35 prosent) svarer «ja».

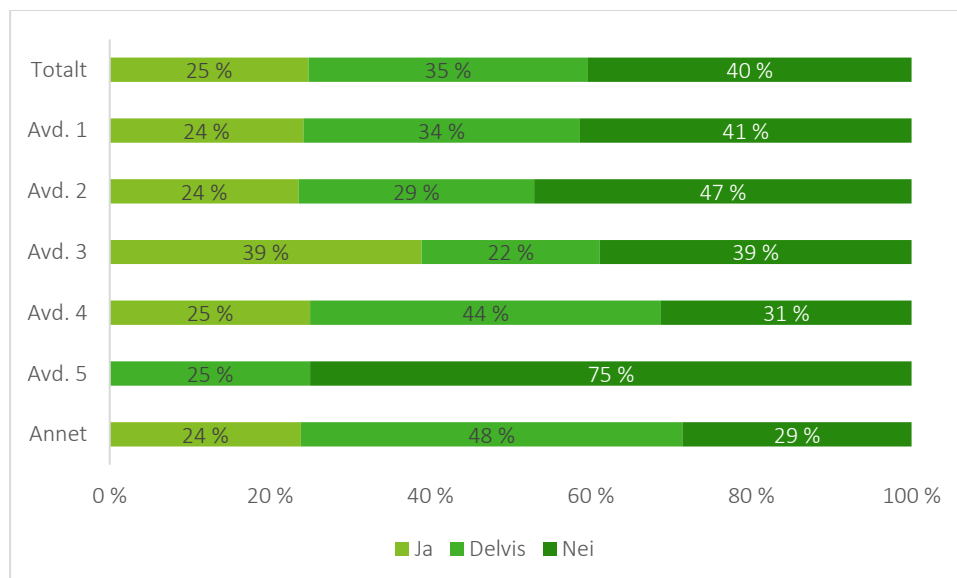
Figur 17: Min nærmeste leder har gitt uttrykk for at etiske dilemma skal diskuteres (N=110)



Som vist i figuren over er det forskjell hvordan man svarer på denne påstanden etter hvilken avdeling man arbeider på. Figuren over viser at det er mellom 13 prosent og 38 prosent som svarer «vet ikke» på påstanden om at nærmeste leder har gitt uttrykk for at etiske dilemma skal diskuteres.

Respondentene som deltok i spørreundersøkelsen ble spurt om de opplever at det er «lagt til rette for etisk refleksjon eller andre typer samtaler/opplæring når det gjelder etikk, holdninger og kultur» ved sin avdeling. Det er 109 respondenter som svarte på dette spørsmålet og totalt er det 25 prosent som svarer «ja», mens 40 prosent svarer «nei» og 35 prosent svarer «delvis».

Figur 18: Opplever du at det er lagt til rette for etisk refleksjon eller andre typer samtaler/opplæring når det gjelder etikk, holdninger og kultur ved din avdeling? (N=109)



Som fremstilt i figur 18 svarer 75 prosent av respondentene ved avdeling 5 «nei» på dette spørsmålet, mens i avdeling 1, 2 og 3 svarer mellom 39 og 47 prosent det samme. Omtrent en av fire respondenter i avdeling 1, 2 og 4 svarer at de opplever at det er lagt til rette for etisk refleksjon eller lignende, mens ingen svarer «ja» på dette spørsmålet i avdeling 5.

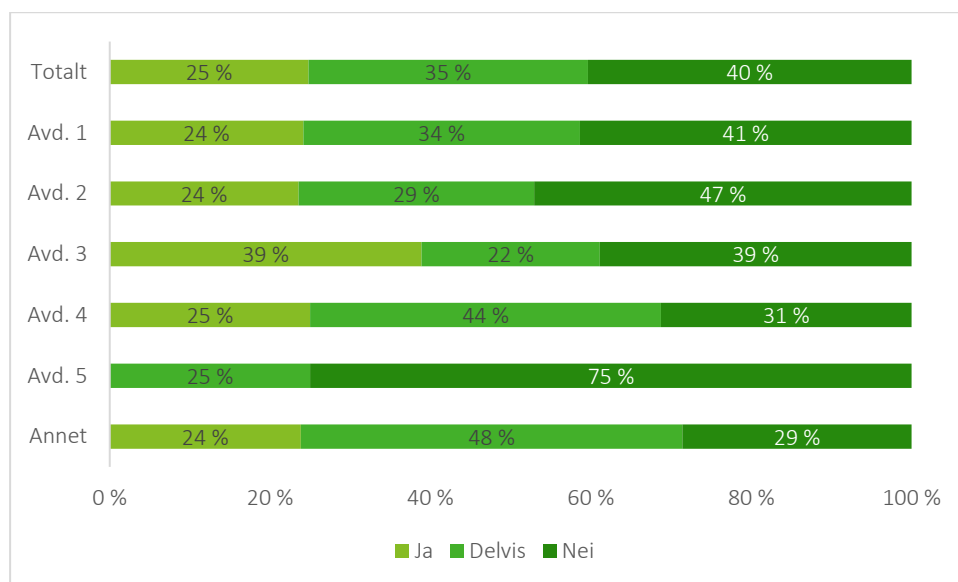
De som svarte «ja» eller «delvis» på spørsmålet om det er lagt til rette for etisk refleksjon eller lignende, fikk et oppfølgingsspørsmål der de ble bedt om å svare på hvor ofte slike etiske refleksjoner eller andre typer samtaler/opplæring knyttet til etikk, holdninger og kultur på Fosshagen blir gjennomført. Rundt en av tre svarer at slike samtaler/refleksjoner blir gjennomført sjelden. Noen peker på at det særlig den siste tiden har blitt færre

samlinger på grunn av covid-19. Videre svarer rundt en av tre at man drøfter og reflekterer sammen i personalgruppen daglig eller eventuelt når det er behov for det, men flere legger til at det ikke er fastsatte rutiner eller faste møter som er satt av til dette. Videre er det fire respondenter som peker på at det månedlig er satt opp tid til etikk-lunsj, men en av respondentene viser til at disse sjelden blir gjennomført.

Opplæring av ansatte

Respondentene som deltok i spørreundersøkelsen, fikk spørsmål om de har fått opplæring i etiske retningslinjer eller lignende ved Fosshagen. Av totalt 109 respondenter er det 40 prosent som svarer «nei» på dette spørsmålet, mens 25 prosent svarer «ja».

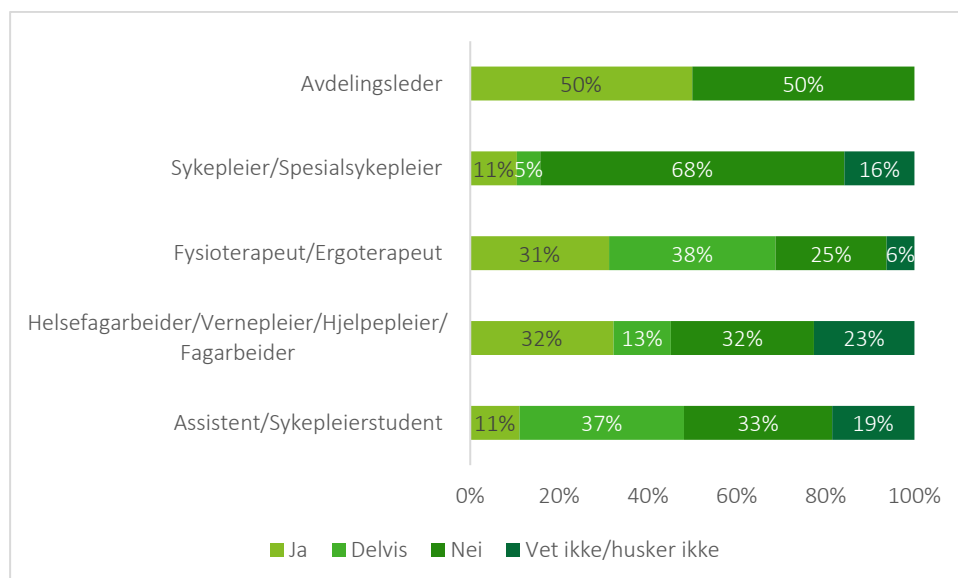
Figur 19: Har du fått opplæring i etiske retningslinjer eller lignende ved Fosshagen? (N=109)



Som fremstilt i figuren over svarer 47 prosent av respondentene fra avdeling 2 «nei» på dette spørsmålet, mens 75 prosent fra avdeling 5 svarer det samme.

I figuren under har vi delt opp svarene på stillingstype, og det går der frem at hovedvekten av respondentene som svarte «nei» er ansatt som sykepleiere/spesialsykepleiere på Fosshagen: nesten 70 prosent svarer at de ikke har fått denne typen opplæring ved Fosshagen.

Figur 20: Har du fått opplæring i etiske retningslinjer eller lignende ved Fosshagen? (N=93)



Respondentene som deltok i spørreundersøkelsen fikk videre spørsmål om de opplever det som tydelig hvor de kan henvende seg dersom de opplever utfordringer på arbeidsplassen knyttet til arbeidsmiljø, ledelse eller

lignende. Nesten halvparten av respondentene svarer «ja» på dette spørsmålet (48 prosent) mens 26 prosent svarer henholdsvis «delvis» eller «nei».⁵⁷

Medbestemmelse

Det er utarbeidet en retningslinje for ansattmedvirkning på Fosshagen⁵⁸ hvor det blant annet fremgår at ledere og tillitsvalgte sammen skal sikre at lovverket skal bli fulgt, og at det arbeides for en felles forståelse av mål og utvikling på Fosshagen. Det fremgår av oversikten av tillitsvalgte og verneombud at dokumentet ikke er oppdatert til å reflektere alle dagens representanter på Fosshagen.

I møteplan for Fosshagen⁵⁹ går det frem at det skal avholdes lokale medbestemmelserutvalgsmøter (LMU) første onsdagen i hver måned, mens det i rutine for internkontroll ved Fosshagen⁶⁰ står at det skal avholdes LMU-møter minst fire ganger i året. I årshjul for internkontroll ved Fosshagen 2021⁶¹ er det lagt opp til fire møter i kvalitetsrådet og seks møter i LMU. I intervju blir det pekt på at LMU og kvalitetsråd tidligere var to ulike fora, men at det har blitt slått sammen til ett og samme møte i LMU.

Kommunedirektør viser til at kvalitetsutvalgene i kommunen ble reetablert i 2020. Bakgrunnen for dette er blant annet organisasjonsutviklingsprosjektet «Sak-67», der et av elementene var bedre internkontroll. Kommunen peker også på at avviksoppfølging er fast tema i kvalitetsutvalget etter 2020 (mer om dette under avsnitt 4.7.1. om system for melding og oppfølging av avvik). I oppfølgingsplanen ble det lagt vekt på betydningen av kvalitetsutvalgene og kommunalsjefenes ansvar. Kommunedirektør påpeker at de har vært opptatt av at det skal være gode LMU i Lier, og at konflikter fortrinnsvis skal løses på lavest mulig nivå. Samtidig viser hun til at virksomheter som har behov for støtte vi få det enten fra stab eller fra linjen ved kommunalsjef. Kommunedirektør viser til at det i tillegg til LMU er etablert arbeidsmiljøutvalg (AMU), samt kontaktmøter med hovedtillitsvalgte i etterkant av kommunestyremøtene.

Kommunalsjef forteller at virksomhetene skal ha lokale LMU som har møter i forkant av kvalitetsutvalg (se avsnitt 4.7 for nærmere beskrivelse av kvalitetsutvalg). Det er et LMU-ene i hver virksomhet og disse skal gå gjennom alle meldte avvik og eventuelt andre aktuelle hendelser og se på sykefravær.

I intervju med tillitsvalgte og verneombud blir det pekt på at man i sin rolle ikke hadde reell medbestemmelse for eksempel gjennom LMU-møter i virksomheten. Det blir vist til en praksis der det ble avholdt ledermøte i forkant av LMU-møter, noe som førte til at saker som skulle opp i LMU allerede var ferdig behandlet, og at det var lite rom for å være uenig med beslutningene som var tatt. Det blir vist til at man i LMU fikk presentert saker som ledelsen hadde jobbet med i forkant, og at det ikke var diskusjoner rundt hvordan man kunne forbedre ulike saker eller hvilke tiltak man kunne sette i verk. Det blir pekt på at LMU har vært et forum for orienteringer fra virksomhetsleder heller enn en arena for drøfting og meningsutveksling. Som eksempel blir det pekt på at avvik ble tatt opp ved at det ble vist oversikt på en skjerm uten ytterligere drøfting. Det blir vist til at på tross av at tillitsvalgte la frem at de burde være med i prosessene fra starten av, ble de ikke hørt.

En av de tillitsvalgte viser til at dersom det var mange gjentakende avvik innen et område, ble det i noen tilfeller drøftet i LMU. Eksempelvis var det et gjentakende problem at flere glemte dobbelsignatur ved utdeling av medisiner. I dette tilfellet ble det diskutert hva som var årsaken til problemet, og det kom frem at å ha ansvar for både telefon og medisiner var uheldig. Det ble derfor bestemt at en person skulle ha ansvar for telefonen, mens en annen delte ut medisinene. Det blir kommentert at det i etterkant har vist seg at ikke alle innmeldte avvik ble tatt opp i LMU.

Det blir vist til at det før 2020 har vært møter i LMU omtrent fem ganger i året, men at det i løpet av det siste året i tillegg har vært ekstraordinære møter i forbindelse med koronapandemien.

Det blir pekt på at det med den nye virksomhetslederen har vært bedre struktur og informasjon i forkant av møtene, og en bedre dialog i møtene.

Når det gjelder medarbeiderinvolvering for ansattrepresentanter utenom LMU så er det flere som i intervju viser til at dette ikke har fungert tilfredsstillende.

Videre blir det av en tillitsvalgt vist til at hovedproblemet har vært at tillitsvalgte, spesielt når det gjelder noen av avdelingslederne, ikke ble inkludert fra starten av i aktuelle prosesser, og at man fikk kort tid til å gi tilbakemelding

⁵⁷ N=108

⁵⁸ *Ansattmedvirkning*. Lier kommune. Dato: 01.04.2019.

⁵⁹ *Møteplan Fosshagen ressurscenter*. Dato: 17.01.2010. Utarbeidet og godkjent av tidligere virksomhetsleder.

⁶⁰ *Rutine for internkontroll, Fosshagen*. Revidert 15.09.2020. Utarbeidet og godkjent av tidligere virksomhetsleder.

⁶¹ Årshjul internrevisjon 2021. Fosshagen

på saker man fikk tilsendt. For eksempel blir det vist til at tillitsvalgt kunne få beskjed om at en turnus var ferdig, og at hun måtte gå inn og godkjenne denne, selv om ikke vedkommende hadde vært med på å utarbeide turnusen. Som tillitsvalgt er det viktig at det man skriver under på stemmer med lovverket, så vedkommende forteller at hun av og til måtte si at hun måtte sjekke ut noe før hun kunne skrive under, men da fikk hun beskjed tilbake om at hun måtte skynde seg.

En av de intervjuede viser til at hun opplever at det har vært en urimelig belastning for de ansatte knyttet til turnus på Fosshagen. Det blir pekt på at det har vært veldig vanskelig med hjelpe-turnuser fordi det har vært lite smidighet fra ledelsens side, og ansatte har sjeldent fått sine ønsker om fri innfridd. Den intervjuede peker på at det selvsagt kan være ugunstig å jobbe turnus når det gjelder fri ved høytider og lignende, men poengterer at det skal legges til rette for at man får innfridd noen ønsker i samsvar med lovverket. Flere viser i intervju til at det har blitt gitt beskjed om svært rigide ferieturnuser og at det ikke oppleves verken helsefremmende eller trivselsfremmende å måtte jobbe flere høytidsdager/perioder i løpet av et år og aldri få innvilget fri når man ønsker. Det blir i et intervju med ansattrepresentant vist til at man fra ledelsen fikk som svar at man som ansatt ikke har krav på fri, og videre blir det fortalt at det særlig er sykepleiere som har hatt store vansker med å få innfridd sine ønsker. Det blir for eksempel i et intervju vist til at det en 17. mai var satt opp elleve sykepleiere på vakt og ingen av dem fikk fri, mens det på en vanlig helg er satt opp tre sykepleiere på vakt.

Mange peker på at det har vært en utfordring med mangelfull informasjon. Det blir blant annet vist til at tillitsvalgte og verneombud fikk vite om ulykken der en pasient fikk et skap over seg en uke etter at dette hadde skjedd. En av de intervjuede peker på at hun fikk vite om dette ved en tilfeldighet. Videre blir det fortalt at saker som har vært oppe i LMU og arbeid som ledelsen viser til at de har gjort eller er i gang med ikke har blitt videreformidlet til de ansatte på Fosshagen. Det blir også vist til at det er en del ansatte som har klaget på lite informasjon.

En av de tillitsvalgte viser til at det også har vært en utfordring at mye av det som har vært diskutert i LMU ikke har kommet frem til andre ansatte på huset. Det blir pekt på at det var mye arbeid ledelsen pekte på at hadde blitt gjort i LMU som ikke var synlig for de ansatte. Tillitsvalgt forteller videre at det ligger mapper på personal PC-ene med prosedyrer og referater fra LMU, men at ingen ansatte har fått beskjed om at dette ligger der. Tillitsvalgte undrer seg over at ledelsen ikke gjorde ansattgruppen oppmerksom på hvor denne informasjonen var tilgjengelig i og med at det har vært mange som har klagt på lite informasjon.

Det blir i intervju med en ansattrepresentant fortalt at det ble startet opp en praksis med «åpent møte» på Fosshagen etter sommeren 2020. Målet med møtet var å snakke om «hva som rørte seg på huset», uten at det var spesiell agenda. Virksomhetsleder, tillitsvalgte og verneombud deltok i «åpent møte», men ikke avdelingsledere. Det blir fortalt at dette forumet fungerte greit, og at det var mye å prate om, særlig med all uroen koronapandemien skapte på huset. Det skjedde også en del hendelser i perioden de hadde åpent møte, blant annet saken med en pasient som fikk et skap over seg og saken knyttet til underslag av narkotika. I møtet kunne de derfor gi tilbakemelding på at de ansatte syntes at de fikk for dårlig informasjon. En av de intervjuede peker på at hun opplevde at tidligere virksomhetsleder var samarbeidsvillig og åpen i dette møtet, og at hun tok til seg det ansattrepresentantene sa ifra om. Likevel følte ikke de ansatte seg ivaretatt, de var redde og syntes at de fikk for dårlig informasjon. For de tillitsvalgte var det derfor viktig å jobbe med å få informasjon ut til de ansatte etter de åpne møtene.

Tidligere virksomhetsleder har fått tilsendt informasjon om innspill som peker på at det i liten grad er lagt til rette for medbestemmelse og medarbeiderinvolvering på Fosshagen. Hun skriver følgende tilbakemelding:

Det er i MBM⁶² lagt opp til at tillitsvalgte bidrar med å utarbeide rutiner for hvordan vi skal jobbe med ulike prosesser. De rutinene vi har jobbet etter har vært utarbeidet på denne måten. Dette gjelder f.eks. også nye måter å jobbe med turnuser, som innebærer at turnusene pusles ute i ansattgruppen sammen med tillitsvalgte. Denne formen har ikke vært ønskelig å gjennomføre fra ansatt og tillitsvalgtgruppens side. Tillitsvalgte bidrar også inn i ansettelse gjennom hele ansettelsesprosessen, gjerne som en del av et ansettelsesutvalg. Der det er føringer sentralt (fra lovverk eller kommuneledelsen/ politikere) vil disse følges slik som i øvrige virksomheter. Det vil da være mindre rom for medvirkning.

Hun legger også til følgende kommentar:

Det undrer meg at dere ser at det i liten grad er lagt til rette for medbestemmelse. Fosshagen har hatt svært mange medbestemmelsesmøter, det har vært holdt mange flere møter enn det rutinen beskriver. Vi har også

⁶² Lokale medbestemmelsesmøter. Merknad fra Deloitte

jobbet mye med å få dette fora til å fungere på en god måte, og for å tilrettelegge for høy deltagelse fra tillitsvalgt og vernetjenesten.

Det blir i intervju med tillitsvalgte påpekt at det høsten 2020 ble gjort grep for å bedre samarbeidet mellom tillitsvalgte, verneombud og ledelsen på Fosshagen. Dette skjedde etter at varslingssakene ble meldt og før virksomhetsleder sluttet. Det ble da gjennomført et ekstraordinært LMU-møte der også en av de hovedtillitsvalgte var med, og hvor det ble drøftet hvordan samarbeidet kunne forbedres.

Det blir både i intervju og i spørreundersøkelsen nevnt at den nye virksomhetslederen har startet å sende ut en e-post med «fredagsinformasjon» til alle ansatte på Fosshagen, noe som flere viser til at er svært positivt og som medvirker til at man som ansatt føler seg mer inkludert. I e-posten informeres det for eksempel om hva som skjer i løpet av uka, eller det kommer oppdateringer på varslingssaken. I et intervju blir det pekt på at de har savnet slik informasjon tidligere.

4.4 Vurdering

Kontrollmiljøet handler i stor grad om kulturen i virksomheten og hvordan denne påvirkes gjennom holdningene og handlingene til ledelsen og de som har overordnet ansvar for styring og kontroll. Basert på undersøkelsen som er gjennomført vurderer Deloitte at det for Fosshagen i liten grad har vært etablert og lagt til rette for et tilfredsstillende kontrollmiljø.

Undersøkelsen viser at øverste ledelse ikke har vært kjent med hva som har vært status i virksomheten og at det har vært behov for bedre oppfølging. Det går frem av undersøkelsen at øverste ledelse har forventet at virksomheten har blitt tilfredsstillende fulgt opp av nærmeste virksomhetsleder og respektive avdelingsledere. Kommuneledelsen har også lagt vekt på at oppfølging av virksomheten er basert på «tillitsbasert ledelse». Deloitte får opplyst i intervju at en svakhet ved et slikt tillitsbasert system er dersom virksomhetsleder ikke sier ifra kan heller ikke kommuneledelsen fange opp kritikkverdige forhold.

Deloitte vi understreke at tillitsbasert styring ikke handler om fravær av kontroll. Kommunedirektøren har overordnet ansvar for å sikre tilfredsstillende internkontroll i henhold til kommuneloven § 25-1, samt ansvar for å etablere og følge opp at sykehjemmet har etablert et tilfredsstillende styringssystem som etterleveres i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Øverste leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten, og at oppgavene faktisk gjennomføres. Øverste leder har også ansvaret for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt, og å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleveres. Tillitsbasert ledelse handler derfor ikke om å kutte styring og kontroll, men heller om å finne den rette balansen mellom styring og ledelse, kontroll og oppfølging innenfor de ulike områdene.⁶³ Det er Deloitte vurdering at dette ikke har vært tilfelle ved Fosshagen.

Selv om det er tydelig definert både i kvalitetspolicy fra 2021, og tidligere i lederavtaler, virksomhetsplan og andre styrende dokumenter hvilket ansvar og oppgaver som påligger lederne i Lier kommune og ved Fosshagen, har ikke dette blitt tilstrekkelig ivarettatt hverken av kommuneledelse, virksomhetsleder eller avdelingsledere. Etter Deloitte vurdering har det ikke blitt etablert tilfredsstillende styring og kontroll på noen av ledernivåene, i samsvar med etablerte system og rutiner. Dette har også medført at svikt og mangler på ett organisatorisk nivå ikke har blitt tilstrekkelig fanget opp og håndtert på neste nivå, og en utilfredsstillende situasjon har fått lov å fortsette over tid uten å bli rettet opp. I kommunelovens forarbeider understrekes det at kommunedirektøren må skaffe oversikt over områder i kommunen hvor det er fare for manglende etterlevelse av lover og forskrifter, og sette inn relevante forebyggende og risikoreduserende tiltak for å hindre og forebygge regelbrudd. Dette er en del av kommunedirektørens oppfølgingsplikt.

Det blir vist til at Lier kommune praktiserer en to-nivåmodell der kommunalsjef i stor grad ivaretar kommunedirektørens oppgaver overfor virksomhetene. Samtidig har kommunen i sin praktisering av en to-nivå-styringsmodell lagt en betydelig del av ansvaret for drift og oppfølging av tjenestene i virksomheten på virksomhetsleder. Undersøkelsen viser at virksomhetsleder har hatt vide fullmakter til selv å styre hvordan virksomheten drives. Flere viser til at kommunalsjefen har et stort kontrollspenn og at det derfor kan være utfordrende å følge opp alle virksomhetene like godt. Kommunalsjef for tjenesteområdet HOV har en stor ansvarsportefølje. Etter vår vurdering viser funnene i undersøkelsen at dette utgjør en risiko med hensyn til kommuneledelsens kapasitet og evne til å ivareta internkontrollen overfor virksomhetene. Deloitte mener også at

⁶³ <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/forskning-og-utvikling/fou-rapporter/Styring-og-kontroll-FoU-Storbyrapport-2019.pdf>

undersøkelsen indikerer at det er relativt høy terskel for å involvere kommunalsjef i forhold som omhandler virksomhetene. Dette medfører etter vår mening risiko for at kommuneledelsen ikke får vesentlig informasjon om utfordringer i kommunens virksomhet før disse har utviklet seg til et høyt alvorlighetsnivå.

Det er særlig noen mangler ved kontrollmiljøet på Fosshagen som Deloitte vil trekke frem:

- Manglende oppfølging av Fosshagen fra øverste ledelse (kommunedirektør og kommunalsjef) og tidligere virksomhetsleder når det gjelder utfordringer i arbeidsmiljø (inkludert ledelse), og mangler, svikt og utfordringer i de utførende tjenestene.
- Ledergruppen ved Fosshagen har ikke fungert tilfredsstillende og det har ikke vært en enhetlig ledelse på tvers av avdelingene ved Fosshagen. Det har i liten grad blitt iverksatt tiltak for å sikre at ledergruppen i virksomheten samlet sett har evnet å ivareta sitt ansvar for å sikre forsvarlige og gode tjenester og for å drive kontinuerlig forbedring av virksomheten ved Fosshagen. Deloitte merker seg at ny virksomhetsleder er i ferd med å sette i verk tiltak for å bedre situasjonen og flere viser i undersøkelsen til at situasjonen er bedre i dag enn tidligere.
- Det har i liten grad blitt gjennomført systematisk lederopplæring i kommunen.
- Manglende fokus på arbeidsmiljø ved noen av avdelingene. Påpekte svakheter ved arbeidsmiljøet i trivselsundersøkelser har ikke blitt tilfredsstillende fulgt opp; det har i liten grad vært arbeidet med handlingsplaner, avdelingsledere har ikke rapportert på oppfølging av handlingsplan til virksomhetsleder, og kommunalsjef har i liten grad involvert seg i oppfølgingen. Deloitte merker seg videre at det både i 2017 og 2019 har kommet skriftlige innspill fra ansattgruppen som blant annet omhandler lite tilstedeværelse fra leder og at meldte avvik blir brukt imot de som melder fra. Utfordringer som har fått vedvare når de ikke har blitt håndtert.
- En betydelig andel av de ansatte opplyser at de bare delvis eller ikke diskuterer feil åpent i avdelingen for å lære av dem. Det er betydelige variasjoner mellom avdelingene. Flere viser til lite åpenhet og frykt for å melde fra om avvik.
- Manglende fokus på etikk og håndtering av etiske dilemma.
 - En betydelig andel ansatte svarer at nærmeste leder ikke eller bare delvis har gitt uttrykk for at etiske dilemma skal diskuteres.
 - En betydelig andel ansatte svarer at det ikke eller bare delvis er lagt til rette for etisk refleksjon eller andre typer samtaler/opplæring når det gjelder etikk, holdninger og kultur ved sin avdeling.
 - En betydelig andel ansatte svarer bare delvis eller nei på at de har fått opplæring i etiske retningslinjer ved Fosshagen.
- Flere viser til at det tidligere ikke har blitt gitt tilfredsstillende informasjon til de ansatte om pågående prosesser, og at det ikke i tilstrekkelig grad er lagt til rette for medbestemmelse og medarbeiderinvolvering på Fosshagen

Lier kommune har i 2021 etablert en ny kvalitetspolicy for kommunen og det har blitt satt i gang flere tiltak for å styrke internkontrollen i kommunen. Det er for tidlig å vurdere hvilke effekt dette arbeidet har for internkontrollen i kommunen generelt og Fosshagen spesielt, men i utgangspunktet mener Deloitte at det er positivt at det er satt i gang et helhetlig og overordnet kvalitets- og internkontrollarbeid i kommunen. Denne undersøkelsen viser at det er nødvendig at øverste ledelse tydeliggjør hvilke forventninger som stilles til den enkelte leder med hensyn til å skape gode kontrollmiljø i virksomhetene og avdelingene. Deloitte vil samtidig understreke viktigheten av at ny policy og tiltak følges opp for å sikre etterlevelse. At policyen blir fulgt opp av kommunedirektør og kommunalsjef et viktig signal om at dette er en policy som er viktig og som skal være styrende for den kommunale virksomheten.

4.5 Risikovurderinger

4.5.1 Datagrunnlag

Krav og føringer for gjennomføring av risikovurderinger

Lier kommunes kvalitetspolicy legger til grunn at ledelsessystemet for kvalitet skal bygge på en risikobasert tilnærming. Det vises til at dette betyr at alle virksomheter må ha en risikostyring, og at det som en del av risikostyringen skal det utarbeides risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) for virksomhetens drift.⁶⁴ ROS-analysen skal utarbeides etter godkjent mal, og skal gjennomgås årlig. Kvalitetspolicyen ble vedtatt i kommunedirektørens ledergruppe i januar 2021.

⁶⁴ Stadig bedre. Kvalitetspolicy for Lier kommune. Vedtatt i kommunedirektørens ledergruppe 13.01.2021.

I virksomhetsplanen til Fosshagen for 2020 vises det til at virksomhetsleder har ansvaret for gjennomføring av ROS-analyser. Av årshjul for internrevisjon ved Fosshagen for 2021 fremgår at det skal gjennomføres ROS-analyse av medikamenthåndtering i januar årlig (både avdelings- og virksomhetsnivå) og overordnet ROS-analyse i oktober årlig.⁶⁵ Det fremgår også av Fosshagens rutine for internkontroll at risikovurderinger skal gjennomføres årlig.⁶⁶

Kommunedirektør viser i intervju til at det å gjennomføre risikovurderinger er en del av ansvaret til enhver ledelse, spesielt når man endrer noe i driften. Hun påpeker imidlertid at kommuneledelsen nok ikke har fulgt opp at virksomhetene har gjort dette godt nok, i alle fall ikke for hele kommunen samlet sett.

Kommunalsjef opplyser i intervju at det i prinsippet ikke blir gjennomført overordnede ROS-analyser på tvers av virksomhetene, og at det ikke er gjennomført en overordnet analyse av hva som er risiko ved de ulike virksomhetene. Hun viser til at hun som kommunalsjef skal sørge for at virksomhetslederne har de rette strukturene for å følge opp sitt ansvar i virksomhetene, men at hun ikke ser på detaljer i dette arbeidet som for eksempel gjennomførte ROS-analyser.

Kommunalsjef opplyser videre at hun har registrert at det ikke blir benyttet felles mal for gjennomføring av ROS-analyser. Hun peker på at dette ble tatt opp med virksomhetslederne for omtrent to år siden. Det ble videre tatt opp at lederne måtte støtte hverandre i analysearbeidet og på denne måten forbedre resultatene. Kommunalsjef peker på at det ble satt i gang et arbeid med dette, men at det aller meste har ligget brakk i 2020.

Samtidig opplyser kommunalsjef at hun har vært inne i kvalitetssystemet og sett ROS-analysene som er gjennomført ved Fosshagen, og at hun ikke har tenkt at det var områder der Fosshagen mangler ROS-analyser.

Kommunalsjef peker på at hun har veldig spredte områder i tjenestelinjen under seg og at det er påbegynt et arbeid med felles ROS-analyser på tvers av virksomhetene innen for eksempel sykehjem, hjemmetjenesten mv.

Gjennomførte risikovurderinger ved Fosshagen

Deloitte har i forbindelse med undersøkelsen bedt om å få oversendt gjennomførte risikovurderinger som er gjennomført for å avdekke svikt eller mangelfulle tjenester ved Fosshagen ressurscenter. Deloitte har i den forbindelse mottatt følgende dokumentasjon:

- overordnet ROS-analyse for Fosshagen for 2019
- ROS-analyser for fire avdelinger for 2019, samt for tre avdelinger for 2020
- totalt fire risikovurderinger for pasientoppfølging og vold/trusler fra hhv. 2016, 2018 og 2020
- to risikovurderinger for legemiddelhåndtering fra hhv. 2017 og desember 2020
- to risikovurderinger om hhv. ressurser på natt og frafall av ansatte ifm. pandemi fra 2020
- fem risikovurderinger av sikkerhet av teknisk art fra perioden 2016-2020 (herunder eksempelvis branntilløp, datasikkerhet og sykesignal ute av funksjon),

De avdelingsvise og overordnede risikovurderingene benytter en felles mal som omfatter HMS-relaterte forhold som ergonomi og arbeidsstilling, arbeidsutstyr, brann, ventilasjon, informasjonssikkerhet og ulykker i uteområde. Farekildene som er vurdert er i all hovedsak sammenfallende mellom avdelingene. ROS-analysene omfatter også psykososialt arbeidsmiljø, herunder mobbing/trakassering, vold og trusler. Risikoene vurderes på en skala fra 1-3 på dimensjonene sannsynlighet og konsekvens. For risikoer som får et produkt som er høyere enn 6 skal det angis forebyggende tiltak, med ansvarlig og frist for gjennomføring. Arbeidsstilling og manglende ergonomisk tilpasning, mobbing/trakassering, forhold knyttet til luftkvalitet, støy, brannsikkerhet på veranda samt IT- og personvernrelaterte risikoer er de farekildene som gjennomgående vurderes med høyest risiko i risikovurderingene som er gjennomgått. Med unntak av ett tilfelle (knyttet til systemsvikt i fagsystem) er ingen risikoer vurdert med produkt høyere enn 6.

Det er i hovedsak oppgitt generelle forebyggende tiltak for å adressere risikoene. Eksempelvis er mobbing/trakassering gitt en risiko på 6 i ROS-analysen i både 2019 og 2020 i en av avdelingene. Tiltakene som er beskrevet er «Fra pasienter: kollegial støtte. Varsle leder. Fra kolleger: foreb. arbeidsmiljøtiltak. Varsle leder». De fleste tiltak er oppført med frist «kontinuerlig», eller «nå». I de tilfeller der det er beskrevet konkrete tiltak, eksempelvis «opplæring», fremgår det ikke om eller eventuelt når tiltakene er gjennomført. Det er ikke utarbeidet tiltaksplaner utover de tiltak som er oppgitt i analysemalen.

Risikovurderingen av legemiddelhåndtering fra 2017 rangerte risikoene «mangelfull dobbeltkontroll der det er et krav», «feil ifht legemidler ved bytte av omsorgsnivå/institusjon» og «feil ved utdeling av legemidler» som de tre

⁶⁵ Årshjul internrevisjon 2021. Fosshagen

⁶⁶ Rutiner for internkontroll, Fosshagen. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Revidert 15.09.2020.

høyeste risikoene. Mangelfull dobbeltkontroll var vurdert med maksimal risiko og konsekvens (3x3). Av oppfølgingsplanen fra risikovurderingen fremgår det at tiltaket som ble iverksatt for å håndtere denne risikoen var at leder sendte ut informasjon om at dobbeltkontroll er et krav til alle som har bemyndigelse for legemiddelhåndtering. Når det gjelder feil ved utdeling av legemidler er det oppgitt at det ble innført gjennomgang av legemiddelutdelingsskjema for siste uke på fredager.

Ansatte som er intervjuet i undersøkelsen relaterer i hovedsak begrepet «risikovurdering» til forhold knyttet til sikkerhet/HMS, herunder vold og trusler fra pasienter. Gjennomgangen viser at det er gjort flere risikovurderinger knyttet til vold og trusler i avdelingene. Gjennomgangen viser at det er vurdert å være høy risiko knyttet til vold og trusler fra pasienter. Tiltakene som er beskrevet for å redusere risikoen varierer mellom risikovurderingene.

I en risikoanalyse av vold og trusler som er gjennomført i en avdeling i 2018 er samtlige tiltak i oppfølgingsplanen reaktive beskrivelser av hva man bør gjøre når en uønsket hendelse har oppstått (se Figur 21).

Figur 21: Handlingsplan etter ROS-analyse vold og trusler ved avdeling, 2018

Uønsket hendelse	Tiltak	Frist for gjennomføring	Ansvar for gjennomføring	Utført
Verbal aggresjon fra pasienter.	- Trekke seg unna, komme tilbake senere. - Andre kolleger kan gå inn i stedet. - Flere kan gå inn til bruker samtidig. - Samtale med kolleger og/eller leder om det som har hendt.	Gjøres ved behov. Gjøres ved behov. Gjøres ved behov. Gjøres ved behov.	Alle Alle Alle Alle	
Verbal aggresjon fra pårørende.	- Samtale med kolleger og/eller leder om det som har hendt. - En annen i kollegiet kan gå inn. - Dersom det er et gjentakende problem, kan leder også gå inn i situasjonen.	Gjøres ved behov. Gjøres ved behov. Gjøres ved behov.	Alle Alle Alle	
Slag/spark utilsiktet.	- Skrive skademelding. - Ser man at slag/spark kan være en fare, bør flere fra personalet gå inn samtidig. - Man må tenke på egen plassering ifht. pasienten	Gjøres ved behov. Gjøres ved behov. Gjøres ved behov.	Alle Alle Alle	
Trusler om vold.	- Skrive skademelding. - Skal meldes til leder. - Samtale med kolleger og/eller leder om det som har hendt. - Ser man at trusler om vold kan være en fare, bør flere fra personalet gå inn samtidig.	Gjøres ved behov. Gjøres ved behov. Gjøres ved behov. Gjøres ved behov.	Alle Alle Alle Alle	

I risikoanalyse av vold og trusler fra 2020 er det beskrevet forslag til forebyggende tiltak, herunder hyppig vergetrening av hele personalgruppen, nok kompetanse og personale tilgjengelig til enhver tid, én til én hele tiden, intern/ekstern undervisning.⁶⁷ Det fremgår ikke hvordan forslagene til tiltak eventuelt er fulgt opp eller gjennomført.

Det er også oversendt en ROS-analyse fra 2020 knyttet til bemanning i én etasje på natt. I denne analysen er det vurdert flere forhold knyttet til tjenestekvalitet som følge av bemanningssituasjonen på natt.⁶⁸ Det fremgår av analysen at det er leid inn ekstra nattevakt fra april 2020, og at det er søkt om midler til nattevakt der ROS-analysen er lagt til grunn for søknaden. Avdelingslederen på den aktuelle etasjen viser i intervju til at ROS-analysen ble gjennomført etter gjentatte henvendelser fra avdelingslederen til virksomhetsleder om behovet for dette. Ansatte og verneombud deltok også i vurderingen. Dette bekreftes i intervju av verneombud, som viser til at hun opplevde at det ble gjennomført tiltak i etterkant av ROS-analysen.

Det er ikke gjennomført overordnet risikovurdering av tjenestene ved Fosshaugen, verken for hele virksomheten eller for enkelte avdelinger utover det som er nevnt over. Avdelingslederne som er intervjuet i undersøkelsen opplyser at det i liten grad har vært oppmerksomhet på gjennomføring av risikoanalyser ved Fosshagen. Én avdelingsleder forklarer i intervju at hun, da hun skulle gjennomføre risikovurderinger på egne avdelinger etter at hun startet ved Fosshagen, satte av et eget møtetidspunkt til dette for å involvere de ansatte. Avdelingslederen

⁶⁷ Risikoanalyse Ressursavdelingen 2020. Ikke datert

⁶⁸ Risikoanalyse ressurser på natt 2020. Virksomhet: Fosshagen. Ikke datert.

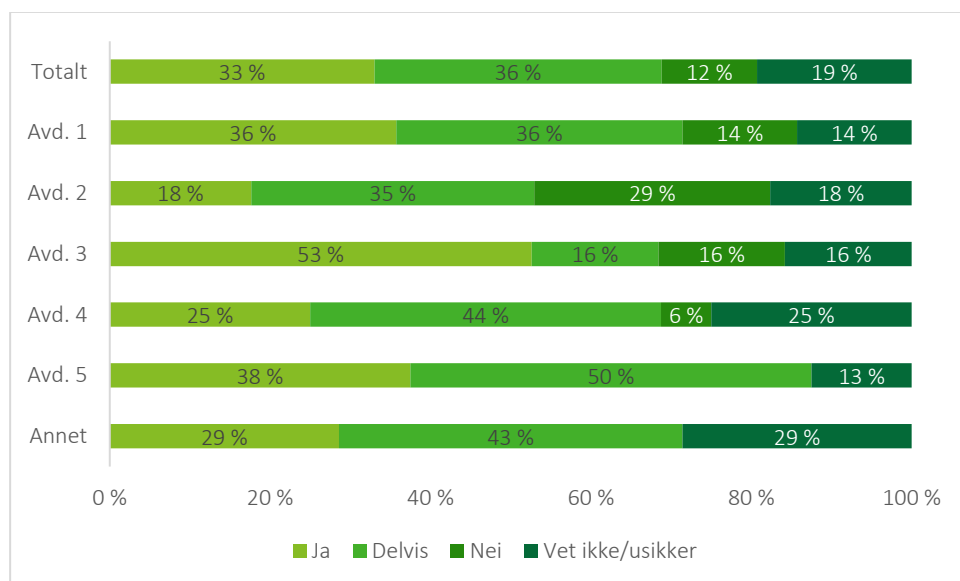
forklarer at hun da opplevde at de aller fleste ansatte ikke visste hva en risikovurdering handlet om, og at de opplyste at de ikke hadde vært involvert i dette arbeidet tidligere. Ei heller var de kjent med innholdet i tidligere risikovurderinger. Avdelingslederen opplyser at hun ikke har opplevd å få tydelige føringer og signaler fra tidligere virksomhetsleder om gjennomføring av ROS-analyse annet enn en forventning om at ROS analyser per avdeling skulle gjennomføres årlig.

Dette bekreftes av den andre intervjuede avdelingslederen, som opplyser at vedkommende ikke fikk noen innføring i hvilke oppgaver hun skulle ivareta som avdelingsleder da hun startet i stillingen, og at hun for kort tid siden fikk beskjed fra tidligere virksomhetsleder om å gjøre en ROS-analyse fordi det var noe man burde gjøre årlig. Avdelingslederen opplyser at hun ikke har fått noen føringer eller veiledning i hvordan dette skal gjøres. Avdelingslederen forklarer at risikovurderingen ble tatt opp på et ukentlig refleksjonsmøte, der en ansatt skrev et forslag og ba de andre om innspill. Avdelingsleder forklarer at hun leverte dette til virksomhetsleder, men at hun ikke blandet seg i hva de ansatte skrev. Avdelingslederen opplyser at det etter dette ikke har vært gjort ytterligere oppfølging av risikovurderingen, og at det ikke er et tema hun har brukt tid på. Hun viser til at varslingssaken ble kjent kort tid etter at risikovurderingen var gjennomført.

En av avdelingslederne opplyser at hun ikke kan huske å ha vært til stede på møte hvor det er foretatt risikovurderinger, bortsett fra en risikovurdering knyttet til covid-19 i mars 2020. Hun viser til at risikovurderinger som ble igangsatt i ledergruppen ikke alltid ble gjennomført. Dette gjaldt blant annet to av tre påbegynte risikovurderinger i 2020. Avdelingslederen anslår at det ble brukt en til to timer på gjennomføring av risikovurderinger i ledergruppen.

I spørreundersøkelsen Deloitte har gjennomført ble de ansatte på Fosshagen spurt om de opplever at ledelsen ved Fosshagen har innsikt i deres avdelings eventuelle utfordringer. Det er 109 respondenter som svarer på dette spørsmålet, og 36 prosent mener at ledelsen delvis har denne innsikten, mens 33 prosent svarer «ja» på dette spørsmålet og 12 prosent svarer «nei».

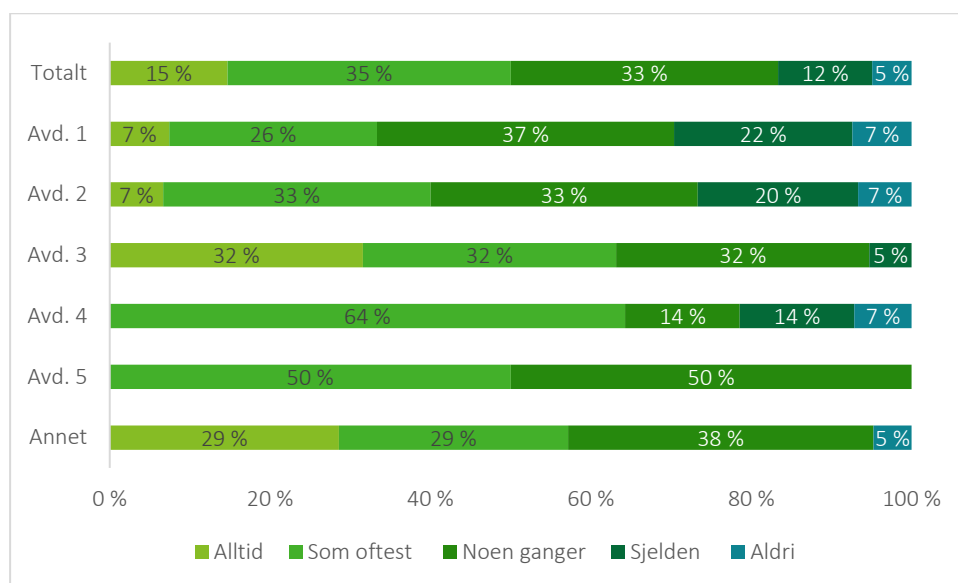
Figur 22: Opplever du at ledelsen ved Fosshagen har innsikt i avdelingen sine eventuelle utfordringer? (N=109)



Det er til dels klare forskjeller mellom avdelingene når det gjelder dette spørsmålet. Over halvparten (53 prosent) av respondentene fra avdeling 3 mener at ledelsen har innsikt i avdelingen sine eventuelle utfordringer, mens halvparten av respondentene ved avdeling 5 mener at ledelsen har «delvis» innsikt i dette ved deres avdeling. Avdeling 4 og «annet» skiller seg ut ved at henholdsvis 25 prosent og 29 prosent av respondentene svarer at ledelsen ikke har innsikt i avdelingens utfordringer.

På spørsmål om de opplever at det innen rimelig tid blir iverksatt tiltak for å håndtere risikoer og utfordringer i avdelingen, svarer totalt 33 prosent at dette noen ganger blir gjort, mens 35 prosent svarer «som oftest» på dette spørsmålet. 12 prosent svarer at det sjelden blir iverksatt tiltak innen rimelig tid, mens 5 prosent sier at dette aldri blir gjort.

Figur 23: Opplever du at det innen rimelig tid blir satt i verk tiltak for å håndtere identifiserte risikoer og utfordringer i avdelingen? (N=102)



Fordelt på avdelinger svarer 14 prosent av respondenter fra avdeling 4 at de opplever at det sjelden iverksettes tiltak for å håndtere risikoer og utfordringer i avdelingen, mens henholdsvis 20 prosent og 22 prosent fra avdeling 2 og 1 svarer det samme. Halvparten av respondentene i avdeling 5 svarer at det «noen ganger» iverksettes tiltak innen rimelig tid.

4.5.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at det er gjennomført enkelte risikovurderinger ved Fosshagen i all hovedsak er knyttet til HMS-relaterte forhold (vold, trusler, ergonomi, brann m.m.) og IT sikkerhet.

Det er gjennomført risikovurderinger av legemiddelhåndtering, men dette er ikke gjort årlig. De vurderinger som er gjennomført viser at det er betydelig risiko knyttet til legemiddelhåndtering. Tiltakene som er beskrevet i oppfølgingen av disse synes etter Deloitte vurdering ikke å ha vært tilstrekkelige for å redusere risikoen knyttet til legemiddelhåndtering til et tilfredsstillende nivå.

Videre viser undersøkelsen at det ikke er gjennomført systematiske risikovurderinger av drift og tjenestekvalitet ved Fosshagen. Ingen av de avdelingsvise eller overordnede risikovurderingene omfatter forhold knyttet til tjenestekvalitet, eksempelvis når det gjelder unødvendig bruk av tvang, bemanning og kompetanse, individuell oppfølging eller andre kjente risikoforhold som nevnt blant annet i kapittel 3. Kjente avvik og risikoer er i liten grad tatt inn i risikovurderingene. Dette innebærer etter Deloitte vurdering at Fosshagen ikke har hatt tilstrekkelig oversikt over områder i virksomheten der det er risiko for svikt eller mangel, eventuelt vesentlig forbedringsbehov slik det er satt krav til i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Deloitte vurderer derfor at det heller ikke er sikret forsvarlige tjenester i henhold til krav til dette i kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Tilsvarende viser undersøkelsen at kommuneledelsen ikke har gjennomført risikovurderinger som omfatter risikoer på tvers av virksomhetene, og at kommuneledelsen heller ikke gjennomfører egne risikovurderinger av virksomhetene. Til dette vil Deloitte bemerke at gjennomføring av slike risikovurderinger synes å være en helt nødvendig og sentral forutsetning for at kommunedirektør skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for internkontrollen i kommunen i en modell der virksomhetsleder er gitt så stor frihet og ansvar for driften som i Lier kommune. Manglende gjennomføring av risikovurderinger både på virksomhetsnivå og hos kommuneledelsen har medført at det ikke er avdekket forhold som åpenbart ville ha synliggjort svakheter i organisering, ledelse/kompetanse og internkontroll ved Fosshagen.

Deloitte vurderer med dette at Lier kommune, ved kommunedirektør, ikke har oppfylt kommunelovens krav til å ha internkontroll med tjenestene ved for å sikre at avvik og risiko for avvik avdekkes, og at avvik og risiko for avvik som er avdekket, følges opp.

Deloitte merker seg at det i ny kvalitetspolicy for 2021 blir lagt vekt på ledelsessystemet for kvalitet skal bygge på en risikobasert tilnærming. Det vises til at dette betyr at alle virksomheter må ha en risikostyring, og at det som en del av risikostyringen skal det utarbeides risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) for virksomhetens drift. ROS-analysen skal utarbeides etter godkjent mal, og skal gjennomgås årlig.

4.6 System og rutiner for å sikre etterlevelse av krav i regelverket

4.6.1 Datagrunnlag

Rutiner og prosedyrer

Det er etablert flere rutiner og prosedyrer for tjenesteområder og arbeidsprosesser ved Fosshagen ressurscenter, blant annet innen ernæring, omsorg ved dødsleiet/mors, legemiddelhåndtering, klinisk vurderingskompetanse og bruk av velferdsteknologi. Av de over 30 rutiner og prosedyrer Deloitte har fått oversendt fremgår det av fem av dem at de har blitt revidert. Noen av rutinene er opp mot 20 år gamle (utarbeidet i 2002) uten at det fremgår i dokumentet hvorvidt det har blitt revidert. Åtte rutiner mangler signering på godkjenning og fire rutiner er utarbeidet og godkjent av samme person. I noen av dokumentene fremgår det ikke hvem som har utarbeidet rutinen.

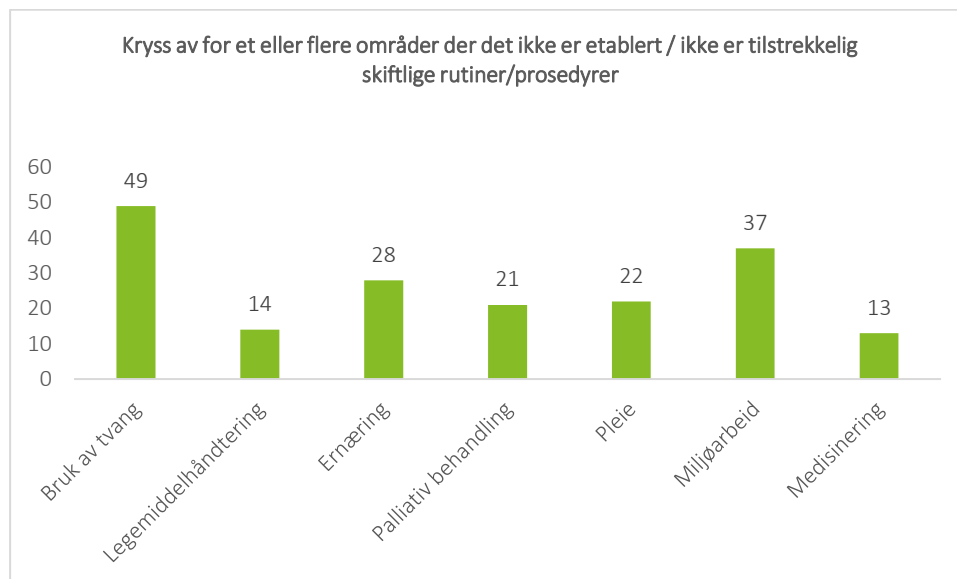
Det blir opplyst at kommunen bruker prosedyreverktøyet VAR Healthcare som er integrert i det elektroniske pasientjournalssystemet Profil. VAR er en database med en rekke prosedyrer som kan være aktuelle for helsesektoren.⁶⁹

Vi vil i dette kapittelet ikke gjennomgå samtlige system og rutiner for områder og arbeidsprosesser ved avdelingene på Fosshagen, men setter søkelys på områder der vi har fått innspill på at rutiner og system er mangelfulle.

I intervju med både ansattrepresentanter og en avdelingsleder og gjennom spørreundersøkelsen blir det vist til at det mangler rutiner for forebyggende arbeid med hensyn til å redusere eller forhindre bruk av tvang, og det blir videre pekt på svakheter ved og manglende bruk av rutiner for legemiddelhåndtering. Ny virksomhetsleder ved Fosshagen peker på at hun registrerer at det er etablert en del rutiner og prosedyrer ved Fosshagen, men at hun er usikker på hvor mye medarbeiderne har vært involvert i arbeidet med å utarbeide dette, hvor godt medarbeidere kjenner til rutiner og prosedyrer og hvor godt rutiner og prosedyrer er implementert. Hun påpeker videre at omfanget av medisinalvik er et tegn på at rutinene ikke følges.

I spørreundersøkelsen fikk respondentene også spørsmål om å krysse av for et eller flere forhåndsdefinerte områder der de opplever at det ikke er etablert eller ikke er tilstrekkelig skriftlige rutiner og prosedyrer. Svarene fremgår i figuren under.

⁶⁹ VAR Healthcare tilbyr blant annet rundt 400 oppdaterte fagprosedyrer. <https://www.varhealthcare.no/>

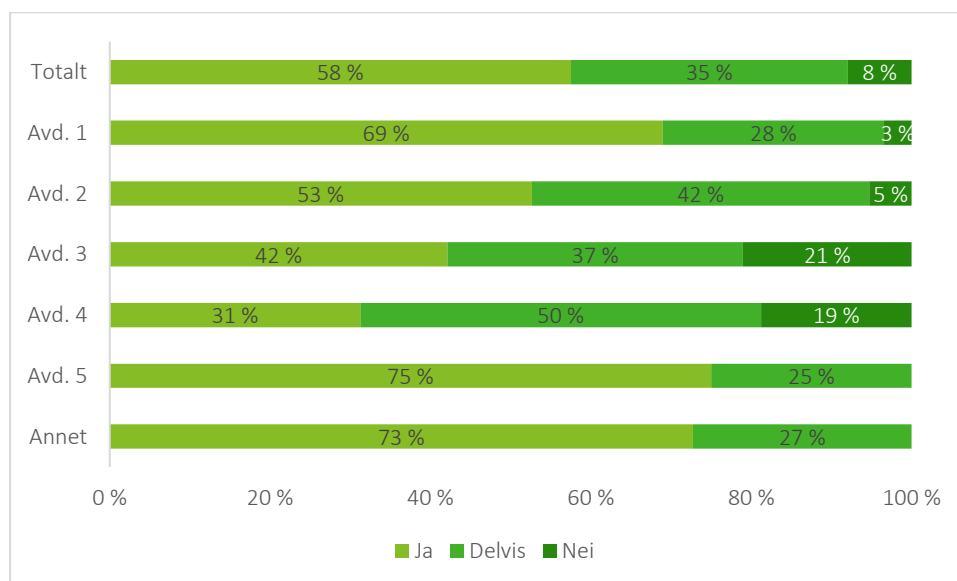
Figur 24: Områder der det ikke er etablert eller er mangelfulle rutiner og prosedyrer⁷⁰

49 av respondentene som har svart på spørreundersøkelsen mener at det ikke er etablert, eller ikke er tilstrekkelig skriftlige rutiner og prosedyrer for bruk av tvang.⁷¹ 37 av respondentene som svarer mener videre at det er manglende rutiner for miljøarbeid, mens 28 respondenter peker på at det ikke er tilstrekkelig rutiner når det gjelder arbeid med ernæring. 22 av respondentene mener at det ikke er tilstrekkelig rutiner og prosedyrer for pleie, mens 21 peker på at det mangler rutiner for palliativ behandling. 13 personer peker på at det mangler rutiner for medisinering og 14 personer viser til at dette også er mangelfullt når det gjelder legemiddelhåndtering.

Kjennskap til rutiner og prosedyrer

I intervju blir det av flere nevnt at det er tungvint å finne frem i kvalitetssystemet der rutiner, prosedyrer o.l. ligger tilgjengelig. De ansatte på Fosshagen som svarte på spørreundersøkelsen fikk spørsmål om å ta stilling til påstanden «jeg vet hvor jeg finner rutiner og prosedyrer for arbeidsoppgavene mine». Totalt er det 113 respondenter som svarer på dette spørsmålet, og 58 prosent av disse svarer «ja», mens 35 prosent svarer «delvis» og 8 prosent svarer «nei».

Figur 25: Jeg vet hvor jeg finner rutiner og prosedyrer for arbeidsoppgavene mine (N=113)



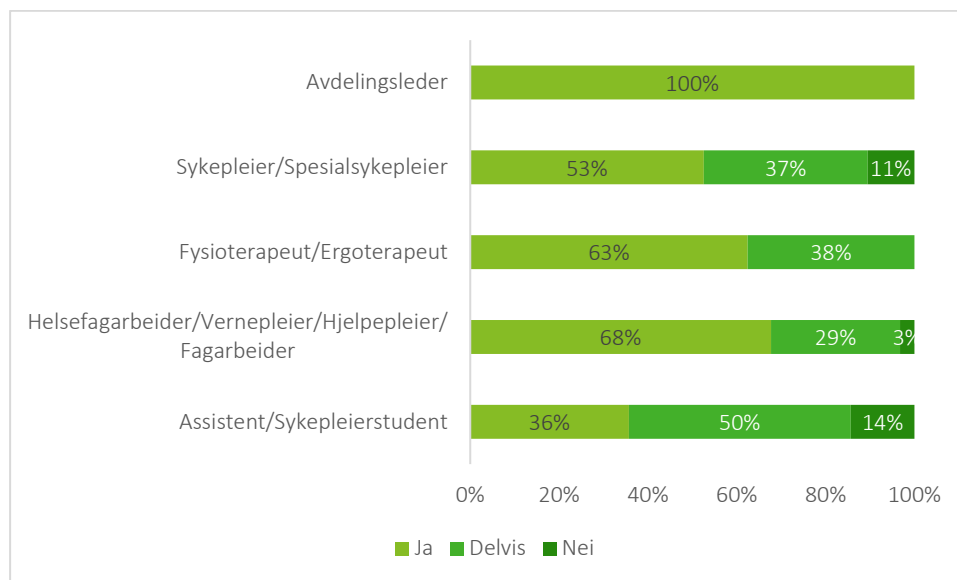
⁷⁰ Respondentene hadde på dette spørsmålet mulighet til å krysse av for flere alternativ.

⁷¹ Respondentene fikk i dette spørsmålet forklart at de kunne gå videre til neste spørsmål uten å krysse av for noen av alternativene dersom de mener at det er tilstrekkelige rutiner og prosedyrer innen alle de nevnte områdene, eller at de er usikre/ikke vet. 55 av de i alt 121 respondentene valgte å gå videre uten å krysse av for noen av alternativene.

I figuren over fremgår det at det ved avdeling 3 og 4 er rundt en av fem respondenter som svarer at de ikke kjenner til hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver. Ved avdeling 1 svarer 8 prosent av respondentene at de ikke vet hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver.

I figuren under er svar på spørsmålet om kjennskap til *hvor* man finner rutiner og prosedyrer delt på stillingskategorier. Som fremstilt i figuren svarer 11 prosent av sykepleiere/spesialsykepleiere at de ikke vet hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver, mens 14 prosent av assistenter/sykepleierstudenter svarer det samme. Mellom 29 prosent og 38 prosent av henholdsvis sykepleiere/spesialsykepleiere, fysioterapeuter/ergoterapeuter og helsefagarbeidere/vernepleiere/hjelpepleiere/fagarbeidere oppgir at de «delvis» vet hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver.

Figur 26: Jeg vet hvor jeg finner rutiner og prosedyrer for arbeidsoppgavene mine (N=91)



I et åpent kommentarfelt er det flere av respondentene som nevner manglende kjennskap til rutiner, og en av respondentene peker på at en del ansatte ikke kjenner til hvor man finner kvalitetssystemet der rutiner og prosedyrer ligger. Det blir også av en respondent nevnt at mange av rutinene på avdelingen har sklidd ut, blant annet som følge av at de på avdelingen har hatt en fraværende avdelingsleder som ikke følger opp at ansatte kjenner til og følger rutiner.

I de neste avsnittene vil vi se nærmere på noen av områdene der respondentene peker på at det ikke er etablert tilstrekkelig prosedyrer og rutiner.

Rutiner og system for å sikre riktig bruk av tvang og vedtak om tvang (inkludert miljøarbeid)

Det er ikke utarbeidet retningslinjer eller prosedyrer for miljøarbeid ved Fosshagen. 37 respondenter viser til at det ikke er tilstrekkelig rutiner for miljøarbeid. De blir pekt på at miljøarbeid er viktig for å forebygge bruk av tvang. Deloitte får opplyst at selv om en ikke har utarbeidet rutiner for miljøarbeid for å forebygge tvang arbeides det mye med miljøarbeid på en av avdelingene der denne problemstillingen er mest aktuelt, og der mange av brukerne egentlig har behov for en-til-en oppfølging. Det blir i intervju pekt på at nye personer på avdelingen går sammen med en fast og erfaren ansatt for å få opplæring i for eksempel miljøarbeid.

I intervju med en avdelingsleder blir det bekreftet at det ikke er etablert egne rutiner for det forebyggende arbeidet med hensyn til å redusere eller forhindre bruk av tvang. Det er utarbeidet tre rutinebeskrivelser som omhandler bruk av tvang ved sykehjems virksomhetene i Lier kommune: *rutine for utarbeidelse av vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A*⁷², *rutinebeskrivelse for vurdering av samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A*⁷³ og *rutine for håndtering av utfordrende atferd*⁷⁴. Førstnevnte rutine er utarbeidet og godkjent av kommuneoverlegen i 2019, mens rutine for vurdering av samtykkekompetanse er utarbeidet i 2012 og godkjent av kvalitetsutvalget. Det fremgår ikke av rutinene om de er reviderte.

⁷² Rutine for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap.4a. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 15.07.2019

⁷³ Rutinebeskrivelse vurdering av pasientens samtykkekompetanse jf. pasient- og brukerrettighetsloven Kap 4A. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 18.10.2012.

⁷⁴ Rutine for håndtering av utfordrende atferd. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 02.06.2018. Ikke signert som godkjent.

Rutine for håndtering av utfordrende atferd er utarbeidet av tidligere virksomhetsleder ved Fosshagen i 2018. Det er ikke registrert at rutinen er godkjent, og rutinen fremstår som uferdig ved at det ikke er lagt inn kvalitetskriterier eller referanser til lovverk eller lignende.

Avdelingsleder peker på at de jobber med å redusere bruk av tvang, og at dersom det er nødvendig med tvangsbruk skal det skrives vedtak og registreres i Profil. Det blir vist til at ansattgruppen har samtaler om ulike situasjoner som kan føre til tvangsbruk slik som stellesituasjoner, og hvilke tiltak som kan fungerer for ulike pasienter. Det blir i intervju vist til at alvorlige hendelser med bruk av tvang ofte oppstår på kveld eller natt. Det blir pekt på at det ofte fremgår at det ikke har vært tilstrekkelig bemanning når disse situasjonene oppstår, men avdelingsleder peker på at det samtidig er vanskelig å forberede seg på når hendelser vil oppstå slik at man kan sette inn folk på forhånd. Det blir videre vist til at det blir gjennomført refleksjonsmøte og samtale med de involverte ansatte i etterkant av slike hendelser.

Kommunen opplyser at fag- og utviklingsansvarlig i samarbeid med en avdelingsleder har hatt tett dialog med Statsforvalteren i forbindelse med problemstillinger rundt tvang og kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven.⁷⁵ I januar og februar inneværende år ble det arrangert et Teamsmøte mellom Statsforvalteren og ansatte på den aktuelle avdelingen der det er behov for en- til- en oppfølging. Ansatte fikk gjennom dette oppdatert fagkunnskap om regelverket. I tillegg var det fokus på aktuelle case de ansatte står i i hverdagen.

I intervju med en avdelingsleder blir det vist til at det har vært gjennomført flere vergekurs for personalet på en av avdelingene og at det er to ressurspersoner på denne avdelingen som gjennomfører opplæringen. Avdelingsleder opplyser at fokus i kurset er hvordan man kan beskytte seg selv eller hindre skade på eller av pasienten dersom man kommer i en vanskelig situasjon. På kurset gjennomføres simuleringsøvelser der de lærer riktige grep å bruke når de må benytte fysisk tvang. Noen av respondentene i spørreundersøkelsen nevner vergetreningen som har blitt gjennomført og en av respondentene peker på at dette burde være obligatorisk for alle ansatte på avdelingen, da dette blir benyttet daglig.

I et intervju blir det vist til at flere ansatte har reagert på praksis for bruk av tvang i den ene avdelingen på Fosshagen. Det blir pekt på at flere ansatte har vært vitne til at flere ansatte på avdelingen legger pasienter i bakken (jf. tabell 7 i avsnitt 4.7 der det blir vist til avviksmeldinger som skildrer denne formen for tvangsbruk). Den intervjuedes oppfatning er at denne praksisen vitner om mangel på kompetanse og kunnskap om lovverk. En avdelingsleder peker på at hun tidligere har sagt hva hun mener i ledermøter om vergekursene og bruk av tvang uten at dette førte til endringer eller faglige diskusjoner. Avdelingsleder viser til at ny virksomhetsleder er oppmerksom på denne problemstillingen og har begynt å sette inn tiltak.

Som vist i figur 24 peker 49 respondenter på at det ikke er etablert, eller ikke er tilstrekkelig skriftlige rutiner for bruk av tvang. I et oppfølgingsspørsmål fikk respondentene mulighet til å forklare hva de eventuelt opplever at mangler av rutiner og prosedyrer. Her er det flere respondenter som viser til at det ikke blir gitt tilstrekkelig informasjon om når eller hvordan tvang kan brukes. Som eksempel blir det pekt på at det ikke er tilstrekkelig informasjon om når det er lov eller ikke med bruk av sengehest, dørstopper og bruk av belte i stol. En av respondentene viser til at bruk av tvang er svært aktuelt på avdelingen der vedkommende arbeider, men at det ikke finnes prosedyrer på dette. Det blir videre vist til at manglende prosedyrer i tillegg til manglende opplæring for alle ansatte på avdelingen har ført til uforsvarlig og unødvendig bruk av tvang på avdelingen og at helsepersonell er usikre og redde. Noen respondenter peker på at de ikke har oversikt over hva som skal gjøres dersom det er behov for å bruke tvang.

Legemiddelhåndtering og medisinerings

Det er utarbeidet følgende sentrale prosedyrer og rutiner for legemiddelhåndtering i Lier kommune: praktisk legemiddelhåndtering for henholdsvis hjemmetjenesten, bolig og institusjon⁷⁶, *generell retningslinje for legemiddelhåndtering*⁷⁷, *rutiner for medisinkabinett*⁷⁸ og *rutine for istandgjøring og bytte av smerteplaster hos brukere på Fosshagen*⁷⁹. Videre peker kommunen på at det er flere aktuelle prosedyrer fra VAR Healthcare som kan benyttes i forbindelse med legemiddelhåndtering.

⁷⁵ Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp mv.

⁷⁶ *Praktisk legemiddelhåndtering, hjemmetjenesten og boliger*. Ikke datert

Praktisk legemiddelhåndtering i institusjon. Lier kommune. Dato: 26.11.2020.

⁷⁷ *Legemiddelhåndtering generell retningslinje*. Utarbeidet av kommuneoverlege. Lier kommune. Ikke datert.

⁷⁸ *Rutiner Kabinett*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 27.05.2019, revidert 23.11.2020.

⁷⁹ *Rutine for istandgjøring og byting av smerteplaster hos brukere på Fosshagen*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Ikke datert.

I intervju med en avdelingsleder blir det pekt på at sykepleiere tidligere har kunnet dobbeltkontroller⁸⁰ seg selv ved utdeling av A-preparater, og at denne praksisen har medført at en ikke har sikret at den enkelte pasient har fått de medisiner som de skal ha. Det blir vist til at det nå er gjort endringer i denne retningslinjen. Praktisk retningslinje for legemiddelhåndtering i institusjon er revidert i november 2020. I en tidligere utgave av *retningslinjen for praktisk legemiddelhåndtering i institusjon*⁸¹ (ikke datert) fremgår det ikke beskrivelse av krav til dobbeltkontroll, men i sist revidert versjon fremgår en detaljert beskrivelse av dobbeltkontroll som inkluderer både hvem som skal gjøre dette og når det skal gjennomføres.

Kommunalsjef mener at prosedyren som gjelder medikamenthåndtering er tydelig, men at tidligere virksomhetsleder har ikke oppfattet dette slik og la til grunn en annen praksis når det gjelder dobbeltkontroll ved utdeling av medisiner. Kommunalsjef peker på at hun ikke har vært klar over at de på Fosshagen i mange tilfeller lot sykepleier ta dobbeltkontroll av seg selv.

Nåværende virksomhetsleder peker på at hun opplever at det ikke bestandig er samsvar mellom hva som står i rutinene og det som faktisk gjøres. Hun peker på at det store omfanget av medisinavvik har vært påpekt ved avdelingen der det i størst grad blir meldt avvik på dette, men at når hun spør sykepleierne hva de gjør og hvordan de vet hva de skal gjøre knyttet til medisinhåndtering beskriver de ulike typer uformelle praksiser med for eksempel gule lapper med beskjeder om medisin som ikke er utlevert eller muntlig overlevering av slike beskjeder ved vaktskifte. Virksomhetsleder påpeker at det finnes systemer for medisinhåndtering, og at når disse ikke følges er det enten fordi folk ikke vet hva rutinene er eller at de velger å ikke følge dem.

I intervju med en avdelingsleder blir det vist til at utvikling av lokale varianter av legemiddelhåndtering er en av konsekvens av at det blir opplevd som tungvint å finne fram til rutiner og retningslinjer. Det blir i intervju med en annen avdelingsleder også poengtert at det er tungvint å bruke kvalitetssystemet og vanskelig å finne dokumenter her.

Tidligere virksomhetsleder peker på at medikamenthåndtering er et krevende område. Hun viser til at de fleste av avvikene som meldes i pleie og omsorg omhandler medikamenthåndtering, og at det også var slik på Fosshagen. Hun peker på at det er ønskelig at det skal skrives avvik, og at de dermed kunne benytte dette i forbedringsarbeidet.

Det blir i intervju med en avdelingsleder vist til at det har blitt arbeidet systematisk med medisinhåndtering på to av avdelingene på grunn av at det ble meldt mange avvik på dette. Det blir pekt på at ansatte og avdelingsleder på den ene avdelingen har arbeidet særlig med rutine for medisinutdeling ved at de etablerte en forbedringstavle på vaktrommet og gikk gjennom avvik dag for dag. Alle dager de ikke hadde avvik på medisinutdeling ble det satt et grønt kryss på tavla. Ansatte var involvert i hvordan de skulle jobbe med dette.

Det blir pekt på at det også ble innført samme type tiltak på andre avdelinger, der de markerte med rødt på tavlen dersom det oppsto avvik, for eksempel knyttet til avvik som manglende signering i medisinkort og lignende. Da dette førte til en forbedring ble avdelingsleder enig med ansatte om at de ikke trengte å fortsette med «avvikskalenderen» siden de hadde oppnådd resultatene de ønsket.

Som vist i figur 24 på side 64 svarer 13 respondenter i spørreundersøkelsen at det er manglende rutiner og retningslinjer for medisiner, mens 14 respondenter svarer at dette også mangler for legemiddelhåndtering ved deres avdelinger på Fosshagen.

Ernæring

Kommunen har utarbeidet en rutine for variert og helsefremmende kosthold⁸² og rutine for forebygging og behandling av underernæring⁸³. Det fremgår ikke av rutinene om de har blitt revidert siden henholdsvis 2002 og 2010. Kommunen viser videre til at det er aktuelle VAR-prosedyrer⁸⁴ som kan benyttes i kartlegging av ernæringsstatus og at kommunen har en egen ernæringsjournal i Profil som kan opprettes i pasientens journal dersom dette er aktuelt. Det er utarbeidet maler for registrering og måling av væskeinntak og diurese.

⁸⁰ Begrepet dobbeltkontroll er definert i legemiddelhåndteringsforskriftens § 3 bokstav k) til å være når to personer, som hver for seg, og ved å signere manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre.

⁸¹ *Praktisk legemiddelhåndtering i institusjon*. Lier kommune. Dato: 26.11.2020.

⁸² *Variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til ernæring*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 11.11.2002. Utarbeidet av egen arb.gr. Godkjent av styringsgr.

⁸³ *Forebygging og behandling av underernæring*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 25.01.2010.

⁸⁴ Det blir opplyst at kommunen bruker prosedyreverktøyet VAR Healthcare som er integrert i det elektroniske pasientjournalssystemet Profil. Det er dermed mulig å lenke aktuelle prosedyrer fra VAR til pasientenes journaler

I rutine for forebygging og behandling av underernæring⁸⁵ fremgår det at det i den enkelte virksomhet skal utpekes en ansatt som er ernæringskontakt og som årlig skal utarbeide oversikt over ernæringsstatus i den enkelte virksomhet. Det går videre frem at personer i ernæringsmessig risiko skal bli spesielt fulgt opp med individuell ernæringsplan hvor dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak er beskrevet

Det blir videre vist til at det ble startet opp et forbedringsarbeid knyttet til ernæring ved Fosshagen i 2020, men at dette arbeidet har blitt satt på pause noen måneder på grunn av lederskifte og at prosjektleder er omplassert til covid-19 vaksinerings. Kommunen påpeker i forbindelse med verifisering at det i 2020 ble iverksatt tiltak for å bedre arbeid med ernæringsjournaler.

Bakgrunnen for forbedringsarbeidet er en tilsynssak der fylkesmannen konkluderer med at Lier kommune ved Fosshagen ressurscenter har brutt forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 når det gjelder oppfølging av en pasients væske- og ernæringsinntak gjennom opphold på sykehjemmet, håndtering av urinretensjon⁸⁶, stell og oppfølging av kateter og oppfølging av pasientens helsetilstand i forkant av sykehusinnleggelse.⁸⁷ Det fremgår av fylkesmannens vurdering at sykehuset anbefalte tett oppfølging av pasienten når det gjaldt næring og væske og at «man evt. fører spise/drikke-skjema for å ha kontroll på dette». Fylkesmannen vurderer at Fosshagen ikke har et tilstrekkelig system for å følge opp ernæring og drikke som er i samsvar med god praksis. Det blir blant annet pekt på at det ikke foreligger daglige registreringer av ernærings- og væskeinntak i pasientens journal, i tillegg til at de registreringene som er gjort mangler oppsummering og vurdering av inntaket. Fylkesmannen vurderer at flere forhold i saken er så alvorlige at det anses som brudd på forsvarlighetskravet; både avviket fra god praksis når det gjelder system for registrering av nærings- og væskeinntak, manglende helsehjelp, avvik fra praksis for forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner og praksis for oppfølging av forverring i pasientens helsetilstand

Lier kommune har sendt inn bemerkning til statsforvalternes utredning i tilsynssaken. Det går her frem at kommunen stiller seg undrende til hvorfor det ikke er lagt vekt på vurderinger fra sykehuset som fremkommer i epikrisen. I tillegg stiller kommunen spørsmål ved hvorfor det er utelatt deler av teksten fra FHI sin veileder i vedtaket.⁸⁸

I spørreundersøkelsen peker 28 respondenter på at de opplever at det ikke er etablert eller ikke er tilstrekkelige skriftlige rutiner/prosedyrer knyttet til ernæring på Fosshagen. I oppfølgingsspørsmål om hva de eventuelt opplever at mangler av rutiner og prosedyrer, blir det av en respondent pekt på at det ikke har vært en god nok plan i forhold til *hvilke* brukere som skal følges opp i forbindelse med ernæring og *hvordan* de skal følges opp. Respondenten viser til at det på grunn av dette kan bli en noe tilfeldig oppfølging på ernæring og at det er vanskelig å følge opp på en god måte i travle perioder. To andre respondenter etterlyser mer fokus på ernæring og det blir foreslått en kontaktperson for ernæring og oversikt over næringsinnhold i ukesmenyen.

I forbindelse med verifisering påpeker kommunen at god medisinsk utredning og behandling ikke alltid betyr at alle tiltak skal iverksettes. Det blir vist til at det er svært viktig å gi enkeltpasienter individuell vurdering, at denne vurderingen skal gjøres av lege, og at beslutningen om innsatsnivå skal gjøres av lege i samråd med pasient. Dersom pasienten er kognitivt svekket og ikke i stand til å uttrykke egne valg skal pårørende uttale seg på vegne av pasienten. Kommunen viser videre til at dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven, samt helsepersonelloven: Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

4.6.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at flere ansatte ved Fosshagen opplever at det ikke i tilstrekkelig grad er etablert system og rutiner som sikrer forsvarlige tjenester og etterlevelse av krav i tjenestene. De ansatte peker spesielt på at de opplever at det er manglende rutiner og prosedyrer når det gjelder bruk av tvang, miljøarbeid og oppfølging av ernæring. Videre er det flere ansatte som viser til at det ikke er tilstrekkelige rutiner og prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering og medisinerings. Dette er områder hvor det også er påpekt at det forekommer avvik.

⁸⁵ Forebygging og behandling av underernæring. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 25.01.2010.

⁸⁶ Manglende evne til å tømme blæren for urin.

⁸⁷ Avgjørelse i tilsynssak. Fylkesmannen i Oslo og Viken. Dato: 20.10.2020.

⁸⁸ E-post fra Lier kommune 21.01.2021

Kommunen plikter å legge til rette for at personell som utfører helse- og omsorgstjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (4-1 bokstav c. i helse og omsorgstjenesteloven). Videre er det krav til at virksomheten skal arbeide systematisk med kvalitetsarbeid for å sikre at ansatte gjennomfører tjenester i samsvar med regelverk og eventuelt kommunens egne mål og vedtak på området.

Undersøkelsen viser at det er etablert retningslinjer for flere sentrale arbeidsprosesser ved Fosshagen, men at en del ansatte oppgir at de ikke kjenner til eller ikke er kjent med hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver. Deloitte vil understreke viktigheten av at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er gjort kjent i virksomheten, slik at man sikrer at tjenestene blir gjennomført på en forsvarlig måte. Deloitte vurderer videre at manglende retningslinjer eller manglende kjennskap til etablerte retningslinjer kan ha vært medvirkende til påpekte avvik og mangler ved tjenesten blant annet knyttet til ernæring, tvang og legemiddelhåndtering som går frem av avsnitt 3.3 om ansatte og lederes opplevelse av tjenester ved fosshagen.

Det fremgår av undersøkelsen at de kvalitetsdokumentene som er utarbeidet ikke blir revidert jevnlig, at det ikke alltid fremgår tydelig hvem som har utarbeidet rutinene eller om de er godkjent. I tillegg fremgår det at noen rutiner er utarbeidet og godkjent av samme person. Deloitte mener at dette indikerer at det ikke er tilstrekkelig gode system for å arbeide med kvalitetsarbeid i form av utarbeiding og revidering av rutiner og prosedyrer på Fosshagen. Deloitte vil understreke at dette ikke er i henhold til krav i regelverket som blant annet setter krav til at rutiner og retningslinjer til enhver tid skal være oppdatert (jf. § 5 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene).

4.7 System for melding og oppfølging av avvik

4.7.1 Datagrunnlag

System og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid ved Fosshagen

I januar 2021 vedtok kommunedirektørens ledergruppe en ny kvalitetspolicy for Lier kommune (se også 4.3.1). Når det gjelder avvikshåndtering trekkes det i kvalitetspolicyen for Lier kommune frem at

Å utvikle god avvikshåndtering krever at medarbeidere opplever at det er trygt og at det finnes en god kultur for å kunne melde fra til ledelsen når de opplever at noe ikke er som det skal. Medarbeidere må erfare at det å melde avvik handler om å lære av episoder og eventuelle feil som kan oppstå. For å sikre et fungerende forbedringsarbeid i kommunen, er det krav om at avvik blir meldt og behandlet på lavest mulig nivå i organisasjonen. Dette gir også ledelsen nødvendig styringsinformasjon.

Avvik meldes fortrinnsvis på eget arbeid i egen virksomhet eller dersom det oppdages brudd som er gjort av kolleger. Avvik, observasjoner og forbedringsforslag skal meldes i digitalt avvikssystem.

Forbedringsprosessen må løpe kontinuerlig, og den skal involvere alle ansatte.

Det er hensiktsmessig å skjelne mellom faktiske avvik og observasjon/forbedringsforslag.

Kommunen benytter systemet Risk Manager for melding og håndtering av avvik. Kommunedirektør opplyser i intervju at det jobbes med å implementere et nytt verktøy for avviksmelding, da kommunedirektøren har fått tilbakemeldinger på at det er vanskelig å melde avvik i eksisterende system.

Det er etablert en egen prosedyre for forbedringsarbeid på Fosshagen.⁸⁹ Av formålsbeskrivelsen fremgår det at prosedyren skal sikre at avvik blir fulgt opp og behandlet, og at korrigerende tiltak skal sikre at systemet forbedres på de områder hvor avvik oppstår. Avvik er i prosedyren definert som «manglende oppfyllelse av dokumentert krav eller brudd på lover, forskrifter og/eller retningslinjer».

I henhold til prosedyren er alle ansatte ansvarlige for å rapportere avvik til nærmeste overordnede. Ledere er ansvarlige for å behandle avvik innen sitt ansvarsområde, og virksomhetsleder er ansvarlig for å sikre at alle avvik håndteres og lukkes. Det vises også til at avdelingslederen er ansvarlig for å sette i gang nødvendige tiltak for å finne den egentlige grunnen til at avvik oppstår, hindre gjentakelser, og for å identifisere bakenforliggende årsaker.

Det vises i prosedyren for forbedringsarbeid ved Fosshagen til at avvik og forbedringsarbeid skal ha en naturlig plass i organisasjonsarbeidet, og at det i den sammenheng er viktig å benytte møtearenaer som rapport situasjoner, avdelingsmøter, ledermøter og lokalt medbestemmelsesutvalg (LMU). Videre fremgår det at der det oppdages uheldige tendenser (alvorlige enkeltstående avvik, eller gjentatte avvik), skal det vurderes tiltak inn i kompetanseplan eller endring i organisering.

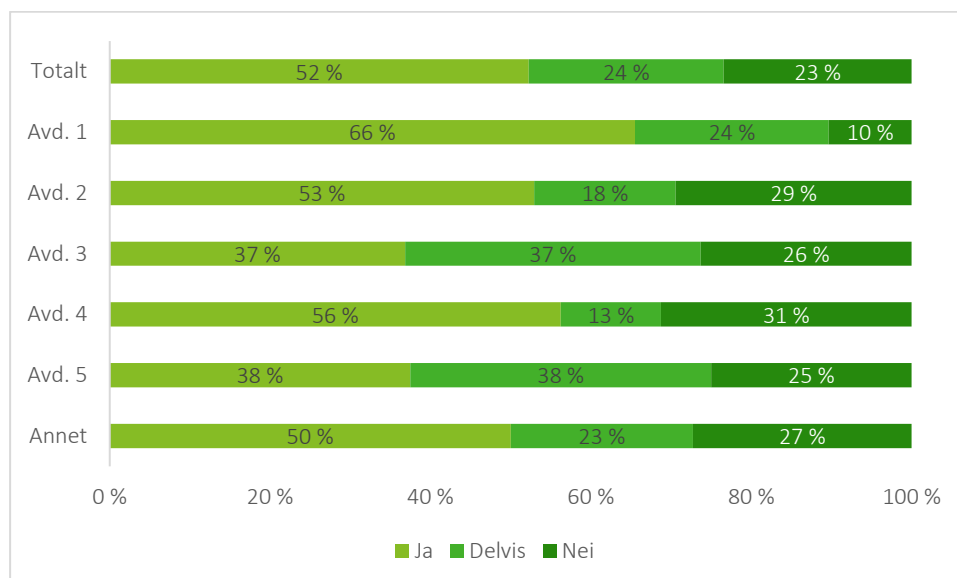
Av lederavtalen i Lier kommune fremgår det at leder skal melde fra til sin leder ved avvik eller behov for nye tiltak så snart som mulig etter at dette er kjent med vurdering av mulige tiltak og konsekvenser innenfor enheten, for om mulig å løse avviket. I kommunens kvalitetspolicy presiseres det at «der det er avdelingsleder, skal denne normalt være første mottaker av et avvik». Av Fosshagens prosedyre for forbedringsarbeid fremgår det imidlertid at avviket skal gå direkte til virksomhetsleder for å sikre informasjon til hovedansvarlig. Det bekreftes i intervjuene at dette har vært praksis i hele Lier kommune, noe som skal skyldes begrensninger i den tekniske løsningen i avvikssystemet. Ny virksomhetsleder ved Fosshagen har i intervju vist til at flere virksomhetsledere i kommunen har ønsket en endring i systemet som gjør at avvikene først går til avdelingsleder med virksomhetsleder på kopi. Virksomhetsleders oppfatning er at det er riktig og viktig at avvikene skal gå til avdelingsleder slik at denne kan ta tak i og jobbe med avvikene med en gang. Dersom virksomhetsleder først skal vurdere og distribuere avvikene tar det altfor lang tid før avvikene blir tatt tak i, og nye og alvorlige avvik kan oppstå i mellomtiden. Kommunen påpeker i forbindelse med verifiseringen at endringen som omhandler at avvik skal gå til avdelingsleder først, ble iverksatt i ny kvalitetspolicy. Det blir vist til at dette nå er ny praksis i kommunen på bakgrunn av blant annet erfaringene fra Fosshagen

Praksis for avvikshåndtering og kvalitetsarbeid ved Fosshagen

I spørreundersøkelsen ble ansatte ved Fosshagen stilt ulike spørsmål knyttet til sin kunnskap om avvikssystemene og melding av avvik. På spørsmål om det er tydelig hvordan man skal gå frem for å melde avvik svarer over halvparten av respondentene «ja» (52 prosent), mens omtrent en av fire svare henholdsvis «delvis» eller «nei».

⁸⁹ Prosedyre for forbedringsarbeid på Fosshagen. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 20.09.2018.

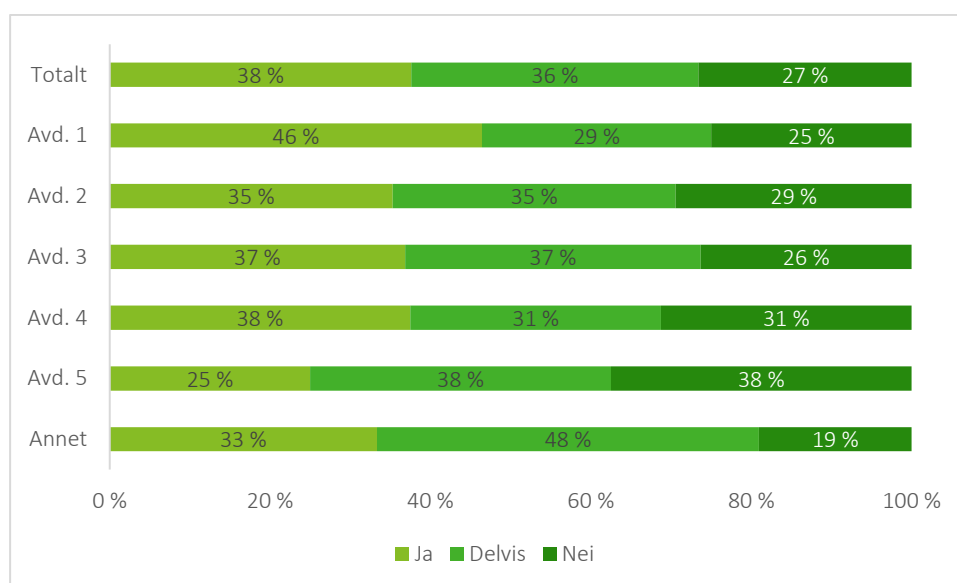
Figur 27: Er det tydelig hvordan du skal gå frem for å melde avvik? (N=111)



Det er forskjell mellom avdelingene når det gjelder ansattes oppfatning av om det er tydelig hvordan de skal gå frem for å melde avvik. Som fremstilt i figur 27 svarer 31 prosent av respondentene på avdeling 4 at dette ikke er tydelig, mens 29 prosent i avdeling 2 og 26 prosent i avdeling 3 svarer det samme.

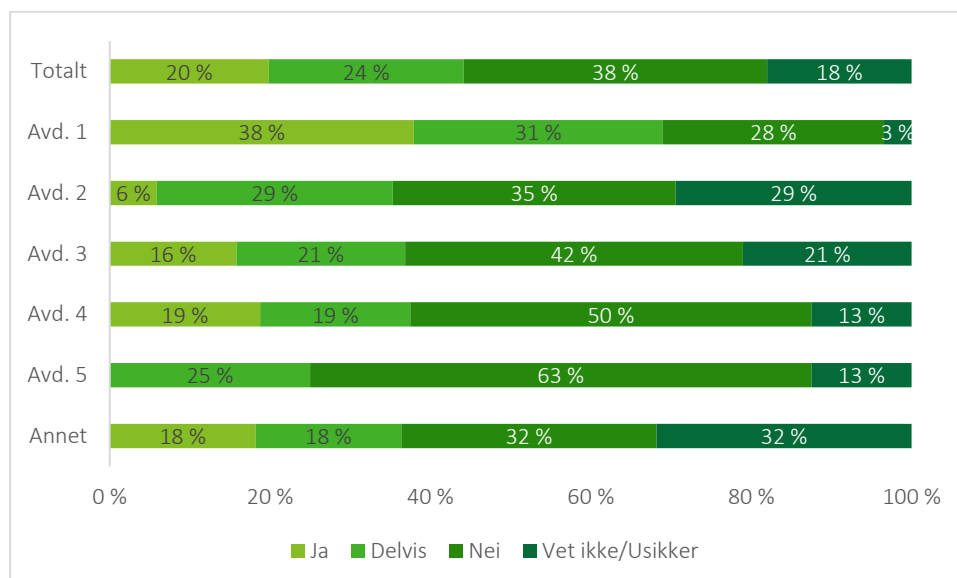
På spørsmål om det er tydelig *hvilke* avvik som skal meldes svarer totalt 27 prosent at dette ikke er tydelig, mens 38 prosent mener at dette er tydelig og 36 prosent svarer at dette delvis er tydelig. Som vist i figuren under er det også på dette spørsmålet noe variasjon mellom avdelingene.

Figur 28: Er det tydelig hvilke typer avvik som skal meldes? (N=109)



Dette kan sees i sammenheng med hvilken opplæring og kompetanse de ansatte har fått når det gjelder avvikshåndtering. På spørsmål om det er gitt tilstrekkelig opplæring til ansatte på deres avdeling når det gjelder melding av avvik, svarer totalt 38 prosent at det ikke er gitt tilstrekkelig opplæring (Figur 29). På avdeling 5 er det hele 63 prosent som svarer «nei» på dette spørsmålet og på avdeling 4 svarer halvparten det samme. Manglende opplæring og kunnskap om avvikshåndtering trekkes også frem i en rekke fritekstsvaer knyttet til avvikshåndtering i spørreundersøkelsen.

Figur 29: Er det gitt tilstrekkelig opplæring til ansatte på din avdeling når det gjelder melding av avvik? (N=111)



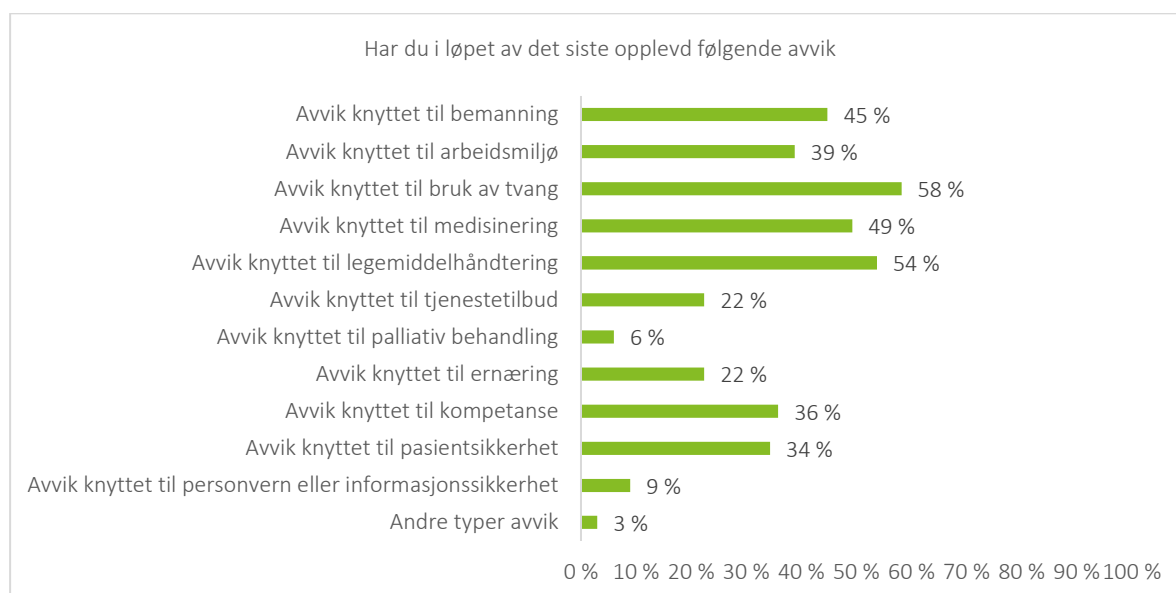
Det fremgår samtidig av oversendt dokumentasjon at 74 ansatte fra Fosshagen deltok på kurs i avvikshåndtering og meldekultur som ble gjennomført i regi av fag- og utviklingsansvarlig for sykehjem og hjemmesykepleie i Lier kommune i 2019.⁹⁰ Kommunalsjef poengterer også denne opplæringen i avvikshåndteringen i forbindelse med verifiseringen av rapporten, og viser til at det var krav om at alle ansatte med stillingsprosent over 50% skulle gjennomføre denne opplæringen.

Omfang av avvik

Av intervjuer i undersøkelsen beskrives det at det skjer mange avvik ved Fosshagen. Kommunalsjef viser til at Fosshagen er den virksomheten på hennes område hvor det meldes flest avvik, men viser samtidig til at det kan være et positivt tegn på at det er kultur for å melde avvik. Også ny virksomhetsleder ved Fosshagen beskriver at omfanget av avvik på Fosshagen er høyt.

I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om de i løpet av det siste året har opplevd ulike typer avvik. 60 prosent av respondentene svarte at de hadde opplevd et eller flere typer avvik.

Figur 30: Opplevde avvik det siste året (N=65)



⁹⁰ «Svar på oppgave 9 til Deloitte, Fosshagen». Dokument datert 02.03.2021

Som det fremgår av figur 30 er bruk av tvang, legemiddelhåndtering og medisiner de kategoriene hvor flest respondenter har opplevd avvik. Svarene viser tydelige forskjeller mellom avdelingene. Én avdeling skiller seg tydelig ut med hensyn til bruk av tvang, ved at 91 prosent av de som har opplevd avvik ved denne avdelingen har opplevd avvik knyttet til tvangsbruk. En annen avdeling skiller seg fra de andre ved å ligge tydelig høyere enn resten på avvik knyttet til medisiner (61 prosent av de som hadde opplevd avvik i den aktuelle avdelingen) og legemiddelhåndtering (83 prosent av de som hadde opplevd avvik i den aktuelle avdelingen).

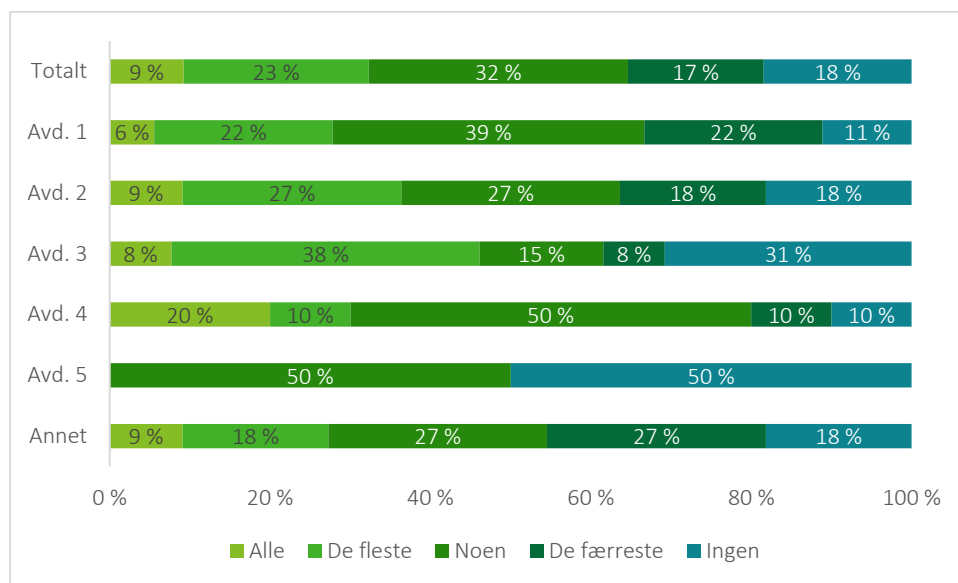
I intervju forklarer ny virksomhetsleder at hun observerer at det er veldig mange unødvendige medisinalavvik ved Fosshagen. Det forundrer henne at avvikene skjer om og om igjen, og hun viser til at man kunne ha iverksatt tiltak for å unngå dette. Virksomhetsleder viser til at det i enkelte situasjoner vil kunne oppstå avvik og at dette er vanskelig å unngå, men at det store omfanget av avvik kan forebygges og unngås. Hun viser til at det store omfanget og hyppigheten av for eksempel avvik knyttet til manglende dobbeltkontroll ved utdeling av medisiner er et symptom på at systemene ikke er gode nok, eller at ansatte ikke tar ansvar for eller er lojale til å følge dem eller at ansatte ikke har god nok informasjon.

Virksomhetsleder forklarer at hun er forundret over det store avviksomfanget ved Fosshagen, og spesielt ved den ene avdelingen. Hun viser til at avdelingen har hatt lite nærværende ledelse. Samtidig viser hun til at Fosshagen har personell med mye kompetanse, og at det store omfanget av avvik også viser behov for at helsepersonellet selv tar mer ansvar. Hun viser til at dersom man som helsepersonell ser at systemene ikke fungerer har man også selv et ansvar for å ta tak i dette for å ivareta pasientsikkerheten.

Praksis og kultur for melding av avvik

Samtidig som omfanget av avvik beskrives som høyt, viser svarene på spørreundersøkelsen at mange avvik ikke meldes. De respondentene som oppga at de hadde opplevd avvik ble spurt om hvor mange av disse de meldte. Samlet svarer 18 prosent at de ikke meldte noen av avvikene de har opplevd, 32 prosent oppgir at de har meldt «noen» avvik og 17 prosent svarer at «de færreste» opplevde avvikene har blitt meldt.

Figur 31: Hvor mange av avvikene du har opplevd, meldte du? (N=65)



Det er, som figuren over viser, relativt store forskjeller mellom avdelingene. I avdeling 3 og 5 er det henholdsvis 31 prosent og 50 prosent av respondentene som ikke har meldt noen av avvikene de har opplevd.

Respondentene som svarte at de ikke meldte fra om alle avvik de har opplevd, ble i oppfølgingsspørsmål spurt om årsakene til at de ikke har meldt avvik. Enkelte viser til at andre på avdelingen har meldt avvikene eller at det ikke var tid til å skrive avvik. Gjennomgående vises det imidlertid til manglende opplæring i å skrive avvik og usikkerhet knyttet til hva som er avvik. Videre er det flere respondenter som beskriver at avvik ikke oppleves å bli fulgt opp, at man blir møtt med beskjed om at det ikke er avvik eller at man blir bedt om ikke å skrive avvik. Under gjengis et utvalg av svarene⁹¹:

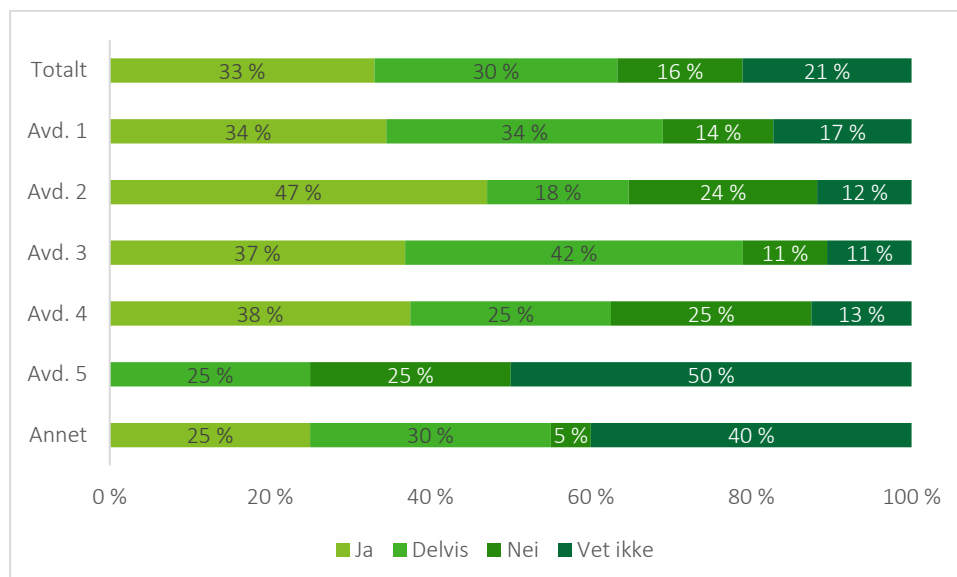
⁹¹ I enkelte av svarene er det foretatt enkelte språklige/grammatiske endringer

- Har meldt kun avvik som handler om medisiner. Andre avvik har ikke blitt meldt siden ledelsen er ikke opptatt å behandle/ eller det tar månedsvis å behandle avvikene.
- Har ikke tid og en glemmer... og noen ganger så tenker en at det ikke er noe vits da avvikene ikke blir tatt på alvor
- Leder har flere ganger skrevet at avvikene mine «ikke er avvik» og dermed har det skapt høyere terskel for meg å melde avvik når ledelsen sier det ikke er avvik
- Avvik blir ofte sendt tilbake med beskjed om at melder skulle gjort ting annerledes. Avvik blir annullert da leder mener at det ikke er avvik. Leder har vært nedlatende til de som melder avvik. Opplever at avvik ikke medfører endring. Må gå ENDA mer overtid for å ha tid til å skrive avvik.
- Usikker på om det er ordentlige avvik da det virker vanlig for de andre ansatte.
- Jeg vet ikke hvordan man melder avvik på arbeidsplassen. Det er heller ikke vanlig på avd å melde avvikene som blir observert.
- Noe av årsaken til at ikke alle avvikene har blitt meldt er at det på slutten av en vakt ikke er tid til å melde det inn og så blir det glemt. En annen årsak kan være at det i perioder har føltes litt nytteløst å stadig melde den samme typen avvik. I perioder har det føltes som om det er større fokus på å «ta» den som har gjort feilen enn å finne en løsning på et problem.

Som omtalt tidligere i rapporten har både ny virksomhetsleder og kommuneledelsen uttrykt bekymring over alvorlige avvik som ikke er meldt ved Fosshagen. I flere intervju er det pekt på en svært alvorlig hendelse november 2020 der en pasient fikk et skap over seg på et beboerrom. Beboeren døde i etterkant av hendelsen, men kommunen påpeker i forbindelse med verifiseringen at dokumentert dødsårsak fra lege fastholder at det ikke er skapet som har forårsaket dødsfallet. Det blir videre vist til at det i juni 2019 var et nesten-uhell med et skap som veltet på et annet beboerrom på Fosshagen. Det blir i flere intervju pekt på at det tok over en måned før skapet som veltet i juni ble sikret, og at øvrige skap på beboerrom på denne avdelingen da også ble festet til veggen. Det ble ikke meldt avvik på hendelsen i juni, og det ble ikke gjort tiltak for å sikre at skap på beboerrom ved resten av avdelingene ble tilstrekkelig sikret. Det er i intervjuer også beskrevet andre alvorlige avvik som ikke ble meldt da de oppsto.

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene svare på påstanden «i min avdeling er det kultur for å melde fra dersom det blir avdekket avvik, svikt eller mangler. Som fremstilt i figuren under er det 16 prosent som svarer «nei» på dette spørsmålet, mens en av tre svarer «ja».

Figur 32: I min avdeling er det kultur for å melde avvik dersom det blir avdekket avvik, svikt eller mangler (N=109)



Svarene på spørreundersøkelsen viser at svarene fordeler seg relativt likt på avdelingene på dette spørsmålet, sett bort fra avdeling 5 der 50 prosent svarer at de ikke vet om det er kultur for å melde avvik, og henholdsvis en av fire mener at det er, eller delvis er, en kultur for å melde fra dersom det blir avdekket avvik, svikt eller mangler.

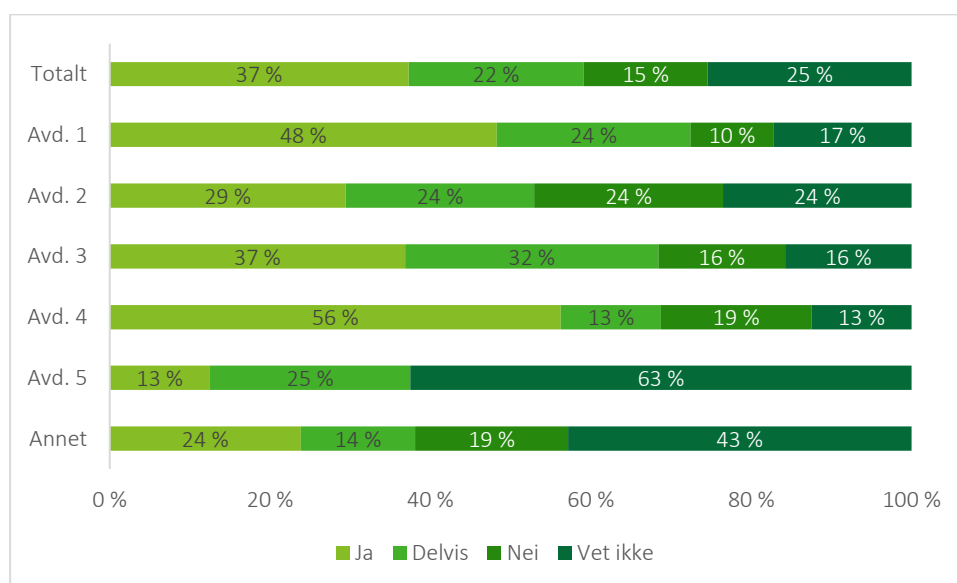
Respondenter som svarte at det ikke, eller delvis, er kultur for å melde fra om avvik ble bedt om å utdype årsakene til dette.

Flere viser igjen til manglende opplæring og kunnskap om hvordan man går frem eller hva som er å regne som avvik. Samtidig er det flere som viser til fare for å få tilsnakk eller ikke bli tatt på alvor. Under gjengis et utvalg av svarene⁹²:

- *Jeg har selv ikke blitt opplært til dette, så vet ikke hva det er som bør meldes ifra og hvordan. I tillegg føler jeg at det ofte blir «skravlet» om hva som er et problem, men at samtlige av ansatte virker umotiverte til å faktisk gjøre noe med problemet og melde ifra.*
- *Usikkerhet ved konsekvensen ved å melde fra*
- *Det er blitt gjort svært lite opplæring for avvik. Flesteparten av ansatte vet ikke hvor de går inn for å skrive avvik. De vet ikke hvordan de gjør det og blir oppfordret til å ikke gjøre det.*
- *Personalet er redde for å bli kalt inn på teppet dersom man skriver avvik. Ofte når man har kommet med et avvik til leder har man blitt bedt om å gå til tidligere virksomhetsleder med dette.*
- *Ikke kun avvik, men det å snakke om ting som burde forbedres osv. Ansatte er redde for å få tilsnakk på en ugrei måte fra nærmeste leder.*
- *Opplever at avvik ikke blir behandlet som avvik. Opplever at de som skriver avvik blir uglesett. Avvik medfører ingen endring og personalet ser derfor ikke hensikten.*

Respondentene i spørreundersøkelsen fikk også konkret spørsmål om man kan melde fra uten å være redd for sanksjoner eller represalier. Det er totalt 110 respondenter som har svart på dette spørsmålet, og 15 prosent av disse svarer «nei», mens 22 svarer «delvis». Det er 37 prosent av respondentene som svarer at de kan melde fra om avvik uten å være redd for sanksjoner.

Figur 33: I min avdeling kan man melde fra om regelbrudd og andre problemer uten å være redd for sanksjoner eller represalier (N=110)



Som fremstilt i figuren over er det 10 prosent i avdeling 1 og 16 prosent i avdeling 3 som svarer at man ikke kan melde fra om regelbrudd og andre problemer uten å være redd for sanksjoner, mens 19 prosent i avdeling 4 og 24 prosent i avdeling 2 svarer det samme. 63 prosent av respondentene i avdeling 5 svarer at de ikke vet om man kan melde fra uten å være redd for sanksjoner eller represalier.

Respondentene som svarte «nei» eller «delvis» ble bedt om å utdype dette i oppfølgingsspørsmål. Flere av forholdene som tidligere er nevnt beskrives. I tillegg er det flere som beskriver å bli møtt med sinne eller kjeft dersom man melder fra om problemer, og at ansatte ikke «tør» å gå til leder med avvik. Det blir også vist til at en risikerer å selv få skylden for avvikene.

Kommunalsjef viser til at tjenesteområdet for helse- omsorg og velferd har hatt fokus på bruk av avvikssystem de siste to årene, herunder blant annet å trygge ansatte på å melde avvik, for eksempel hvordan man skal gå frem for å melde avvik på en riktig måte og at man heller skal melde for mange enn for få avvik. Kommunalsjef understreker at det er uheldig at tidligere virksomhetsledelse ved Fosshagen ikke klarte å sortere dette, og viser

⁹² I enkelte av svarene er det foretatt enkelte språklige/grammatiske endringer

til at det fremgår av varslingsene at leder har gått til melder med beskjed om at meldingen av avvik er feil. Kommunalsjef forklarer at hun har vært pådriver for at man må legge til rette for og oppfordre til å melde avvik, dette har blant annet vært tema på flere samlinger med den totale ledergruppen. Kommunalsjef oppsummerer at det tyder på at det har vært en uheldig praksis når det gjelder avviksmelding ved Fosshagen.

Kommunedirektør forklarer at hennes opplevelse er at avvikssystemene og avvikshåndteringen blir brukt litt feil i mange virksomheter, og at det er viktig å ha fokus på at avvikshåndtering er forbedringsarbeid. Hun mener det er viktig at kommuneledelsen kjenner til alvorlige avvik, men viser til at avvikshåndtering først og fremst er en virksomhetsintern håndtering for å bli bedre.

Tidligere virksomhetsleder ved Fosshagen har fått forelagt beskrivelsen av en kultur ved Fosshagen der ansatte har vegret seg for å melde fra om utfordringer. Tidligere virksomhetsleder svarer til dette at

Det har vært jobbet med å oppnå en kultur for åpenhet, for å melde avvik og jobbe med forbedring fra oppstart på Fosshagen. Dette har vært formidlet både gjennom skriftlige rutiner, og i alle fora og opplæringer. Det er leit om det oppleves at vi ikke har lyktes.

Oppfølging av avvik og forbedringsarbeid

Det beskrives i intervjuene med ansattrepresentantene at det ikke har vært gjennomført systematisk oppfølging av avvik, og at det ofte ikke har blitt gitt tilbakemelding på avvikene som er meldt. Ny virksomhetsleder peker på at hun savner «den røde tråden» i kvalitets- og forbedringsarbeidet ved Fosshagen. Hun forteller at hennes inntrykk er at personellet ikke har blitt tatt med i stor nok grad i arbeidet med å få avvik over i forbedringsarbeid. Hun viser til at avvik blir håndtert av avdelingsleder eller virksomhetsleder som noe man skal få unna og avslutte fortest mulig, uten å vurdere hvilket forbedringsarbeid som må gjøres for å unngå at det skjer igjen. Kommunen påpeker i forbindelse med verifiseringen at avvikssystemet gir automatisk tilbakemelding til melder når avviket er lukket.

Manglende involvering av ansatte når det gjelder håndtering av avvik beskrives også i intervjuer med tillitsvalgte og i svar på spørreundersøkelsen. Det er i intervju vist til at avvik var fast punkt på agendaen i det lokale medbestemmelsesutvalget (LMU), men at det sjelden eller aldri ble diskutert nærmere hva som var årsakene til eller hensiktsmessige tiltak for å håndtere avvikene.

En av de intervjuede avdelingslederne forteller at hennes avdeling, i likhet med Fosshagen ellers, fremdeles har forbedringspunkter når det gjelder forbedrings- og kvalitetsarbeid. Hun peker på at det er viktig at ansatte også blir involvert og ansvarliggjort i dette arbeidet. Avdelingslederen forklarer at hun, da hun begynte i sin stilling satte i gang tiltak for å redusere omfanget av avvik på medisinerings ved avdelingen og fikk gode erfaringer og resultater av dette. Avdelingslederen viser til at hun tidligere har delt status for arbeidet med forbedringsarbeid og resultat av arbeid med avvik for sine avdelinger på ledermøter, men at hun opplevde liten interesse for dette blant de andre lederne.

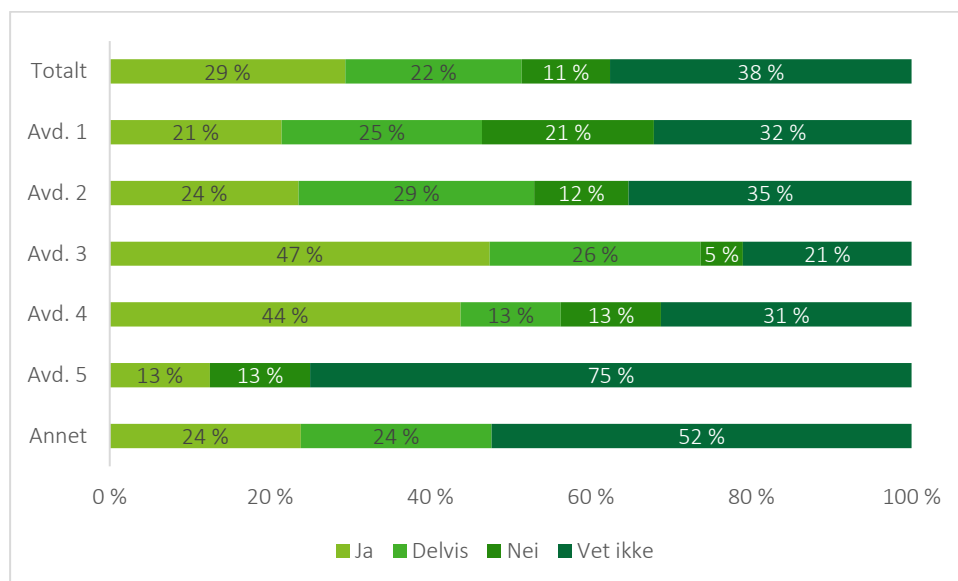
Som omtalt i 4.6.1 beskriver en annen avdelingsleder i intervju at hun, på bakgrunn av avvik knyttet til medisinerings satte i gang avvikskalender som et tiltak på sine avdelinger, der de markerte med rødt dersom det oppsto avvik, for eksempel manglende signering i medisinkort og lignende. Dette førte til en forbedring. Avdelingslederen forklarer at hun da ble enig med de ansatte at de ikke trengte å fortsette med dette siden de hadde oppnådd de resultatene de ønsket, og de sluttet med avvikskalenderen.

Kommunen viser i forbindelse med verifiseringen av rapporten til at Lier kommune var pilot i pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge Hender 24/7» i regi av Helsedirektoratet,⁹³ og at alle avdelingene i denne forbindelse var involvert i forbedringsarbeid.

I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om leder følger opp avvik og setter i verk nødvendige tiltak. Det er totalt 109 respondenter som svarer på dette spørsmålet og 11 prosent av dem svarer at leder *ikke* følger opp meldte avvik og setter i verk nødvendige tiltak, mens 38 prosent svarer «vet ikke». Videre svarer 22 prosent at dette «delvis» blir gjort og 29 prosent oppgir at leder følger opp og setter i verk nødvendige tiltak.

⁹³ Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» var et nasjonalt program mellom 2014 og 2018 for å øke pasientsikkerheten i Norge og redusere pasientskader gjennom målrettede tiltak, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Deloitte. November 2019.

Figur 34: Min leder følger opp meldte avvik og setter i verk nødvendige tiltak (N=109)



I avdeling 5 svarer tre av fire respondenter at de ikke vet om leder følger opp avvik og setter i verk nødvendige tiltak. 12 prosent av respondentene fra avdeling 2 og 13 prosent fra avdeling 4 svarer at dette ikke blir gjort på deres avdeling, mens 21 prosent fra avdeling 1 svarer det samme.

Intervjuede ansattrepresentanter peker på at saker ikke tas alvorlig, og at ansatte ikke blir ivare tatt godt nok. Når det gjelder hendelsen med tyveri av narkotika (omtalt i varslingsrapport om påstand 3 om ledelsens kritikkverdige håndtering av underslag/tyveri av narkotika fra en ansatt), blir det i intervju påpekt at oppfølgingen av dette fra ledelsen ikke har vært god nok. Det tok lang tid før det ble iverksatt tiltak, og mange ansatte har vært utrygge som følge av dette. Det blir fortalt i intervju at den aktuelle ansatte fikk fortsette i jobben også etter at forholdene ble kjent, og kommunedirektør peker på at det fremdeles er uklart hvem som besluttet dette.

Det er i Deloitte's undersøkelse gjennomført en stikkprøvegjennomgang av avviksmeldinger ved Fosshagen. Totalt 119 avviksmeldinger fra 2019 og 2020 er gjennomgått. Gjennomgangen viser at det er store forskjeller med hensyn til hvordan avvikene føres. Flere av avvikene inneholder lite informasjon om avviket. Dette er også kommentert fra avdelingsleder i forbindelse med lukking av avviket, der avvik lukkes uten tiltak grunnet manglende informasjon. I systemet for avviksmelding skal avvikene knyttes til overordnede kategorier for avvikene, herunder eksempelvis HMS, tjenestekvalitet og informasjonssikkerhet.

Avvikssystemet inneholder flere moduler som skal fylles inn i forbindelse med melding og håndtering av avvik, herunder

- beskrivelse av avviket
- vurdering av konsekvens og faktisk utfall
- vurdering av årsak til avviket
- beskrivelse av tiltak
- vurdering og evaluering av tiltakene som er foreslått
- en vurdering av sannsynlighet for gjentakelse og kommentar i forbindelse med lukking av avviket.

Det er store forskjeller i hvordan de ulike feltene er fylt ut i avvikene som er gjennomgått, og det fremstår ikke å være en enhetlig praksis for føring av avvik eller håndtering av avvik. Blant annet viser gjennomgangen at

- Feltet for vurdering og evaluering av tiltakene som er foreslått er i de fleste tilfeller ikke fylt ut.
- Sannsynlighet for gjentakelse er i en rekke tilfeller ikke vurdert.
- Det gis sjelden en beskrivelse av faktisk utfall av avviket, heller ikke i tilfeller der alvorlighetsgraden er oppgitt som «alvorlig» og faktisk utfall er oppgitt som «kritisk».

I en rekke av avvikene er tiltakene som oppgis en beskrivelse av hva som burde ha vært gjort i situasjonen, en gjengivelse av rutine på området, eller henvisning til generelle tiltak. Når det gjelder sistnevnte fremgår det ikke

om tiltaket faktisk er gjennomført, hvordan en skal sørge for at dette gjøres, hvem som er ansvarlig og eventuelle tidsfrister for oppfølging. Dette gjelder for eksempel i fire tilfeller av avvik knyttet til tvang, hvorav tre er behandlet etter fire måneder og ett er behandlet etter to måneder, der «skrive tvangsvedtak» eller «vurdere tvangstiltak» er oppgitt som tiltak. I de tilfellene der det fremgår at det er gjennomført tiltak er disse i stor grad reaktive, og i all hovedsak rettet mot å rette opp det konkrete avviket som er meldt, for eksempel at det er snakket med den ansatte eller at rutinen er delt ut til ansatte.

I tabellen under gjengis et utvalg av avvik med tiltaksbeskrivelser.

Tabell 7: Eksempel på avvik med tiltaksbeskrivelser

Beskrivelse av avvik	Beskrivelse av tiltak	Kommentar fra Deloitte
Flere ansatte holder fast en pasient for å gi pasienten en sprøyte. Øvrige pasienter er uten tilsyn mens dette pågår i over en time, og det blir pekt på at dette ikke er forsvarlig.	«Samarbeid med andre ansatte på Fosshagen. Ansvarsvakt skulle fordele/delegere videre oppgaver at andre pasienter blir ivaretatt.»	Det fremgår ikke hvordan dette skal gjøres, tidsfrist, hvem som er ansvarlig, eller behov for kontroll
Pasient ble lagt ned på gulvet etter utagering. Flere ansatte måtte holde pasienten nede.	«Bli kjent med rutiner ifht holdning til pas. Bli kjent med vergetrening. Informere legen. Skrive vedtak kap 4 A. Ta opp på refleksjonsmøte på avd.»	Avviket er lukket 4 måneder etter at det ble registrert. Det fremgår ikke hvorvidt eller ev. hvordan tiltakene er gjennomført
Pasient ville ikke ha morgenstell, herunder skifte fra nattøy til vanlige klær. Pasienten ble utagerende når det kom flere pleiere inn for å gjennomføre stellet mot pasientens vilje. Det beskrives at pasienten ble svært utagerende og måtte holdes med makt for å gjennomføre skifte av tøy.	«Bruke god tid hos pasient under stell. kjente personale. vurdere å skrive 4a-vedtak.»	Pasientens fødselsnummer er skrevet i overskriften på avviket. Dette fremstår som et brudd på retningslinjer for personvern. Det fremgår ikke hvorvidt vedtak er skrevet.
Pasient har ikke vedtak (4A) på stell mot sin vilje og det har vært ukjentlig behov for stell mot pasientens vilje. Pasienten er inkontinent, og det er derfor nødvendig å fatte vedtak for stell på denne pasienten.	«Vurdere å skrive 4a-vedtak»	Avviket er lukket 1 måned etter at det ble meldt. Det fremgår ikke hvorvidt vedtak er skrevet
Pasient ble tvangsmedisinert (injeksjon), da vedkommende ikke ville ta imot eventueltmedisin og var utagerende.	«Vergetrening. Miljøarbeid. Gi beskjed til legen. Skrive vedtak kap 4 A»	«Stort arbeidspress» er oppgitt som årsak til avviket. Avviket er lukket 4 måneder etter at det er registrert. Det fremgår ikke hvorvidt vedtak er skrevet
Pasient ble ikke stelt etter planen pga. manglende kapasitet, ansatte fra andre avdelinger hadde heller ikke kapasitet til å bistå med stell på aktuell avdeling.	«Bedre organisering vedr arbeidstid. Prioritering av arbeidsoppgaver. Ta opp rutiner på avd på avd møter. Gi beskjed til neste vakt/nattevakt	Det fremgår ikke hvordan dette skal gjøres, av hvem og når

om hvem av brukere trenger
bistand ved stell.»

Pasient har motsatt seg stell. Ansatt som har ført avvik opplyser om at pasient kan ha hatt smerter Pasient ble gitt eventueltmedisin, men motsatte seg fortsatt stell. Pasient ble til slutt stelt mot sin vilje.	«Unngå tvang. Gi smertestillende medisiner i god tid før stell. Bruke god tid under stell. Prøve med å bytte personalet/flere forsøkt»	Det fremgår ikke hvordan en skal sørge for at tiltaket blir satt i verk, og hvem som er ansvarlig for å følge opp.
Det mangler dobbeltkontroll av dosetter på avdelingen	«Dobbelkontroll av to spkl. Følge opp retningslinjer, ta opp med personalgruppe»	Det fremgår ikke hvordan en skal sørge for at tiltaket blir satt i verk, og hvem som er ansvarlig for å følge opp.

Avdelingslederen som har håndtert majoriteten av avvikene som er gjengitt i tabell 7 forklarer at hun ikke har fått tilbakemeldinger som tilsier at avvik er håndtert feil. Hun forklarer at hun unngår bevisst å legge skylden på ansatte, og er opptatt av at avvik handler om forbedringsarbeid og ikke om den enkelte ansatte.

Av gjennomgangen av meldte avvik fremgår det at én avdelingsleder gjennomgående oppgir «info om avvik» som tiltak for å lukke avviket. Tiltaket er beskrevet som: «alle avvik sendes på mail til ansatte. På denne måten blir de oppmerksom på type avvik som kommer og således påminnet om hvilke rutiner som skal følges». Det er gjennomgått 16 avvik som er behandlet av den aktuelle avdelingslederen. I 14 tilfeller er «info til ansatte» oppgitt som tiltak, hvorav det i ni tilfeller er eneste tiltak. Blant annet gjelder dette tilfeller som beskriver gjentakende og/eller alvorlige avvik, herunder for eksempel:

- Ikke gitt fentanylplaster
- Bruk av tvang (her er det også vist til som tiltak at skjermet avdeling bistår i hht. rutine). Avviket beskriver bruk av tvang med vergegrep
- Avvik i dobbeltkontroll. Det er i avviket gjort en gjennomgang som viste totalt 19 avvik i dobbeltkontroll, hvorav ni ved utdeling av A-preparater
- Medisineringsavvik. Melder beskriver at vedkommende har «brukt mye ressurser på feildoseringer, flere avvik angående medisiner på morgenen. Flere pasienter fikk medisiner sent utlevert grunnet feil i medisiner. Som ansatt ser u.t at dette er unødvendig tidsbruk når det har vært god sykepleie dekning dagen i forveien. Det har vært sykdom på avdelingen i dag, samt det kom pasient fra sykehus. Når det er svikt i rutiner blir det brukt mye tid på feil som kunne vært unngått.» Oppgitt årsak for avviket er at rutinen er mangelfull.
- Defekt alarmsystem som medførte at pasient som måtte på toalettet satt 20 minutter før noen tilfeldigvis kom forbi og hjalp til. Det er vist til at det samme skjedde dagen før med samme pasient.
- Gitt A-preparat uten å signere

I de tilfeller det er beskrevet andre tiltak er dette hhv. «opplæring til ansatt», «snakket med ansatt» og henvisning til bistand fra skjermet avdeling.

Avdelingslederens praksis med å sende ut lister over alle avvik på e-post til alle ansatte i avdelingen er problematisert både i intervjuer og i spørreundersøkelsen som er gjennomført. Det er vist til at dette i mange tilfeller er det eneste tiltaket avdelingsleder gjennomførte for å håndtere avvikene. Videre er det vist til at hensikten med mailen var å vise oversikt over omfanget av avvik og hva det var viktig at avdelingen var oppmerksom på. Det beskrives imidlertid at det som skjedde, var at de ansatte ble veldig opptatt av om de kunne se sine egne avvik eller prøvde å finne ut hvem som hadde meldt avvik på dem. Noen av avvikene var også gjenkjennbare, som for eksempel konflikter mellom ansatte. Det vises til at fokuset i avdelingen ble på hvem som

hadde gjort avvik og hvem som hadde meldt det, snarere enn hvorfor avvikene skjedde og hvordan man kunne hindre at det skjedde igjen. Videre vises det til at det har utviklet seg en kultur på den aktuelle avdelingen der ansatte melder avvik på hverandre, og at det er en følelse av at man skal «ta hverandre». Det vises til at man opplever seg som uthengt når avvikene sendes ut på e-post til alle ansatte, samtidig som flere påpeker at det ikke foretas noen annen oppfølging av avvikene.

Gjennomgangen viser videre relativt store forskjeller på hvor raskt avvikene blir behandlet. I en rekke av avvikene har det gått mer enn en måned fra avviket er registrert til det er lukket. Flere av avvikene som er gjennomgått er lukket fire måneder etter at avviket er registrert. Dette omfatter blant annet et tilfelle av omfattende bruk av tvang (injeksjon i nødverge/tvangsmedisinering) og flere tilfeller av feilmedisinering. I enkelte av sakene fremgår det at tiltakene tar noe tid å gjennomføre før avviket lukkes, mens det i flertallet av disse sakene ikke er beskrevet tidkrevende tiltak som årsak til behandlingstiden.

En av de intervjuede avdelingslederne opplyser at tidsperioden for oppfølging av avvik varierer veldig, og at hun noen ganger ønsker å behandle avviket etter at hun har sett resultater av igangsatte tiltak, mens andre avvik kan lukkes med en gang. Avdelingslederen forklarer at hun tar kontakt med den det gjelder for å finne ut hva som skjedde når avvik har oppstått.

Som tidligere nevnt fremgår det av intervjuer med avdelingsledere at nye ledere ved Fosshagen har fått lite opplæring i avvikshåndtering. Kommunedirektør forklarer at det ikke er mye obligatorisk opplæring for ledere i kommunen, og at det gjennomføres ikke jevnlig gjennomganger for hele kommunen knyttet til avvikshåndtering. I forbindelse med verifiseringen peker kommunen på at oppfølging og bruk av avvikssystemet har vært tema på ledersamlinger i Helse, omsorg og velferd i 2019 og 2020.

Tiltak for å styrke kvalitetsarbeidet

Ny virksomhetsleder har siden hun startet i januar igangsatt flere tiltak rettet mot kvalitetsarbeidet ved Fosshagen. Blant annet er det ansatt to ressurspsykepleiere, samt planlagt ansettelse av ytterligere én, i et ettårig prosjekt som skal ha et ekstra ansvar for å drive, motivere til og følge opp forbedringsarbeidet i avdelingene. Virksomhetsleder viser til at dette ikke fratar avdelingslederne ansvar for kvaliteten og forbedringsarbeidet, men at de trenger noen å spille på som kan bistå med å sette forbedringsarbeidet i system. Hun viser til at turnusarbeidet medfører at kontinuiteten i forbedringsarbeidet forsvinner, og at det blir tilfeldig hvordan dette følges opp, og at ressurspsykepleierne er sentrale for å ivareta denne kontinuiteten. Kommunalsjef viser til at hun har gitt aksept og det er søkt tilskuddsmidler hos Statsforvalteren til disse stillingene.

Ny virksomhetsleder har videre igangsatt et arbeid for å implementere verktøyet «det grønne korset» rettet mot avviksarbeid og avvikskultur. Virksomhetsleder viser til at det gjennom bruk av dette verktøyet er en daglig arena for å snakke om avvik det siste døgnet og gå inn i årsakene til at avvik oppstår, og at det gjennom dette legges til rette for at både ledere og medarbeidere blir en del av forbedringsarbeidet og bidrar til å identifisere tiltak for å unngå at samme feil skjer igjen. Virksomhetsleder peker på at man på denne måten unngår at avvikshåndteringen blir et skrivebordsarbeid som utføres av leder, og det bidrar til å sikre at ansattgruppen får eierskap og lojalitet til tiltakene som skal settes i verk. Til dette punktet påpeker kommunen i forbindelse med verifiseringen at omtrent 80 ansatte har hatt opplæring i avvikshåndtering i 2019. Det var krav om at alle ansatte med stillingsprosent over 50% skulle gjennomføre denne opplæringen.

Som beskrevet innledningsvis i dette kapittelet er det også igangsatt tiltak knyttet til kvalitetsarbeidet i Lier kommune generelt. Kommunedirektør viser i intervju til at når det svikter ved en virksomhet ser man viktigheten av å få på plass tiltak som nytt kvalitetssystem, internrevisjoner og fellesopplæring av avdelingsledere. Kommunedirektør viser til at alt dette har måttet nedprioriteres som følge av pandemien.

Tilsyn og revisjoner

Av dokumentasjonen som er oversendt til Deloitte i forbindelse med undersøkelsen fremgår det at det er gjennomført to interne kvalitetsrevisjoner fra kommunens stab ved Fosshagen, én i september 2016⁹⁴ og én i februar 2018⁹⁵. Rapportene beskriver flere positive observasjoner. I begge revisjonene er det samtidig påpekt flere avvik knyttet til pasientjournaler. I revisjonsrapporten fra 2018 er det vurdert at «generelt oppfyller ikke

⁹⁴ Rapport fra internt tilsyn ved Fosshagen. Lier kommune. Dato: 06.09.2016.

⁹⁵ Rapport fra kvalitetsrevisjon ved Fosshagen. Lier kommune. Dato: 16.02.2018.

journalføringen krav i lov og/eller forskrift og retningslinjer». Videre er bruk av kommunens kvalitetssystem påpekt som forbedringsområde i begge revisjonene. Begge revisjonene viser også til manglende system for opplæring av nyansatte. I revisjonsrapporten fra 2016 er det i tillegg vist til at ansatte ikke får tilbakemelding på hva som skjer med avvik som meldes inn. Videre er det i rapporten vist til at det oppleves veldig sårbart med få ansatte på vakt (en nattevakt på 32 brukere).

Dokumentasjonen viser videre at det er gjennomført revisjon/tilsyn av legemiddelhåndtering ved Fosshagen i juni 2019⁹⁶ og i mars 2017.⁹⁷ Revisjonen fra 2017 konkluderte blant annet med at «det er mye usikkerhet rundt narkotikaregnskapet 2016 for Fosshagen. Krav i Legemiddelhåndteringsforskriften og retningslinjene er ikke implementert». Det vises blant annet til at det ikke er laget månedsregnskap, og at det ikke gjennomføres dobbeltkontroll ved mottak, påfylling og uttak av A-preparater. Videre ble det påvist at det ikke var gjennomført og dokumentert dobbeltkontroll ved istandgjøring og utdeling av morfin og ved påføring av smerteplaster.

I Fosshagens svar til Deloitte vises det til hhv. utarbeiding av nye retningslinjer, sykepleierforum og gjennomgang av avvik som tiltak for å rette avvikene.⁹⁸

Revisjonen fra 2019 påpekte totalt sju avvik. I ett avvik fremgår det at virksomheten ikke hadde tilstrekkelig kontroll på A-regnskapet (narkotikaregnskap). Flere av de øvrige avvikene var knyttet til riktig oppbevaring og kassering av legemidler. Tiltakene som er oppgitt for å lukke avvikene er i hovedsak beskrevet som en gjengivelse av kravet, eksempelvis «alle sykepleiere som benytter kabinettet SKAL påse at legemidler blir lagt tilbake på riktig lokasjon.», «alle som håndterer legemidler er ansvarlig for å lese på forpakningen hvordan det skal oppbevares» og «alle legemidler skal kasseres i returskuff, eller i blå boks på medisinerrom». ⁹⁹

4.7.2 Vurdering

Øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Lier kommune har etablert både system, policy og prosedyrer som gjelder avvikshåndtering. Denne undersøkelsen viser at det likevel er betydelige mangler og svakheter knyttet til avvikshåndtering ved Fosshagen ressurscenter. Deloitte mener at praksis for avvikshåndtering ved Fosshagen bryter med sentrale lovkrav knyttet til å sikre forsvarlige tjenester. Manglende avvikshåndtering er ikke i samsvar med kommuneloven § 25-1 krav til internkontroll som krever at kommunedirektøren skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Dagens praksis tilfredsstiller heller ikke krav i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring knyttet til planlegging, gjennomføring og evaluering av virksomhetens aktiviteter, og da særlig § 8e og kravet om å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Undersøkelsen viser blant annet at:

- En betydelig andel av de ansatte mener det ikke er tydelig hvordan de skal gå frem for å melde avvik
- En betydelig andel ansatte mener det ikke er tydelig hvilke typer avvik som skal meldes
- En betydelig andel ansatt mener at de ikke er gitt tilstrekkelig med opplæring knyttet til avvikshåndtering
- En betydelig andel ansatte opplyser at opplevde avvik ikke alltid meldes og at det ikke er kultur for å melde fra dersom det avdekkes avvik
- Flere ansatte opplyser om at en ikke kan melde fra om avvik uten å være redd for sanksjoner
- Flere ansatte opplyser om at avvik ikke blir fulgt opp av ledelsen med nødvendige tiltak, eller de blir fulgt opp alt for sent
- Det har ikke vært en systematikk knyttet til å benytte meldte avvik som en del av forbedringsarbeidet

Gjennomgangen av et utvalg av avvik bekrefter etter Deloitte vurdering at det ikke gjennomføres en god og systematisk oppfølging av meldte avvik ved Fosshagen. Deloitte merker seg at avvik er dårlig beskrevet, i flere tilfeller lukkes avvikene svært sent, ofte er tiltakene som foreslås lite konkrete både i innhold, med hensyn til hvem som er ansvarlig og når det er frist for gjennomføring. Det fremgår ikke klart om det er gjennomført tiltak for å lukke avvikene og hindre at lignende avvik oppstår igjen.

⁹⁶ Rapport fra revisjon legemiddelhåndtering ved Fosshagen ressurscenter. Lier kommune. Dato: 22.05.2019.

⁹⁷ Rapport fra internrevisjon. Sykehusapotekene. Dato: 18.03.17

⁹⁸ Svar på legemiddelrevisjon på Fosshagen 14 og 15 mars. Udatert, 2017.

⁹⁹ Revisjon legemiddelhåndtering Fosshagen juni 2019. Svar på revisjonsrapport. Udatert, 2019

Konsekvensen av en manglende avviksmeldekultur og manglende systematisk oppfølging av avvik er at avvik gjentas, og at en uforsvarlig praksis kan fortsette uten at dette blir korrigert. Denne undersøkelsen viser at feil og mangler som har blitt påpekt ikke har blitt rettet opp, og blir gjentatt. Deloitte vil understreke at flere av avvikene som blir meldt er svært alvorlige og handler om fare for liv og helse. Videre viser undersøkelsen at avvik i mangel tilfeller ikke meldes, og at dette blant annet begrunnes med frykt for represalier ved melding av avvik. Deloitte vurderer at avvikshåndteringen ved Fosshagen, med enkelte få unntak, etterlater et inntrykk av en ledelse som ikke har hatt kompetanse til, eller erkjent betydningen av å ta tak i avvik og risikoer som potensielt har vesentlige konsekvenser for kvaliteten og forsvarligheten i tjenestetilbudet ved virksomheten. Det må straks settes i verk tiltak for å sikre en tilfredsstillende avvikshåndtering ved Fosshagen ressurscenter.

5 Konklusjon og anbefalinger

Fosshagen ressurscenter er ett av tre sykehjem som ligger til helse, omsorg og velferdsområdet i Lier kommune.

Deloitte har gjennomført en undersøkelse av Fosshagen ressurscenter, der formålet har vært å avdekke utfordringer knyttet til god og forsvarlig drift ved Fosshagen, samt årsaker til og virkninger av avdekket svikt og mangelfulle tjenester ved virksomheten. Videre har det vært et formål å undersøke årsaker til eventuelle mangler ved driften, og hvorvidt det ved Fosshagen er etablert en tilfredsstillende internkontroll for å sikre en forsvarlig drift av avdelingene og etterlevelse av regelverk.

Undersøkelsen av Fosshagen avdekker en rekke svikt og mangler knyttet til Lier kommunes system og rutiner for å sikre god og forsvarlig drift ved Fosshagen, og dermed for å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven. Videre viser undersøkelsen at Lier kommune ikke har en tilstrekkelig internkontroll som sikrer at lover og forskrifter følges, slik kravet er i kommunelovens kapittel 25. Deloitte mener at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har sørget for tilfredsstillende styring og kontroll av virksomheten, og at feil og mangler ikke har blitt avdekket og fulgt opp godt nok. Deloitte vil understreke at internkontroll er et lederansvar på alle nivå, men at det er kommunedirektør som har det øverste ansvaret for at det er etablert tilfredsstillende internkontroll for hele virksomheten.

Undersøkelsen viser at flere ledere og ansatte opplever at tjenesteutøvelsen ikke oppleves som god og forsvarlig ved Fosshagen, og det blir pekt på at hendelser har ført til, og potensielt kan føre til, alvorlige konsekvenser for pasientenes tjenester og sikkerhet. På bakgrunn av de opplysninger og innspill som kommer frem i undersøkelsen vurderer Deloitte at det er risiko for at Lier kommune bryter med krav til forsvarlighet, konkrete regelverk og egne retningslinjer innen flere områder av tjenesteutøvelsen på Fosshagen. Det har i undersøkelsen fremkommet flere eksempler på at dette har fått negative konsekvenser for kvaliteten på tjenestene til pasientene ved Fosshagen. I undersøkelsen blir blant annet følgende forhold trukket frem:

- Manglende fokus på miljøarbeid og forebyggende arbeid for demente pasienter
- Unødvendig bruk av tvang og manglende registrering av vedtak om tvang
- Manglende individuelle omsorgsplaner som skal bidra til å sikre en forsvarlig individuell oppfølging av pasientene på Fosshagen
- Feil i legemiddelhåndtering (f.eks. feil tidspunkt, mangler medisiner i dosett, observerer ikke virkning av medisin gitt i palliativ fase, avvik i medisinutdeling blir ikke registrert i henhold til egne retningslinjer.)
- Manglende oppfølging av ernæring og føring av ernæringsjournaler

Deloitte vil påpeke at flere av tilbakemeldingene fra ansatte i spørreundersøkelsen ikke er tidfestet, noe som medfører at det ikke alltid er mulig å se om hendelser og forhold har funnet sted før eller etter varslingen sommeren 2020 eller eventuelt etter at det har blitt iverksatt tiltak. Deloitte har videre ikke gått inn i de enkelte hendelsene eller forholdene som blir påpekt av ansatte i spørreundersøkelsen for å vurdere om det faktisk har forekommet kritikkverdige forhold (i form av mangelfull helsehjelp). Deloitte vil likevel understreke at denne undersøkelsen gjenspeiler det som ledere og ansatte svarer når de blir bedt om å vurdere tjenesten på undersøkelsestidspunktet (mars/april 2021). Deloitte mener derfor det er grunnlag for å følge opp de forholdene som er påpekt, samtidig som kommunen må sette i verk tiltak for å håndtere årsakene til uforsvarlige tjenester for å sikre at slike forhold ikke gjentas.

Ansatte og ledere viser videre til en rekke ulike forhold knyttet til **ledelse, arbeidsmiljø og bemanning som de opplever påvirker utøvelsen av tjenester, og som er årsak til manglende kvalitet i tjenestene**. Ansatte peker på at det over tid har vært utfordringer i **arbeidsmiljøet** på flere av avdelingene på Fosshagen og at dette påvirker forsvarlighet i tjenestene blant annet gjennom at det har utviklet seg en kultur der ansatte ikke melder fra til ledelse om svikt eller mangler i tjenestene. Deloitte vil understreke at arbeidsgiver i henhold til arbeidsmiljøloven (§ 4-1 punkt 1) plikter å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø. Flere ansatte beskriver også at **bemanningssituasjonen** ikke har vært tilstrekkelig innenfor alle avdelinger, og at dette har ført til at tjenestene ikke alltid har vært forsvarlige.

Deloitte har ikke gjort en egen analyse av bemanningen ved Fosshagen. Men flere viser til at det ikke alltid er tilstrekkelig med fagpersoner på vakt. Deloitte merker seg at nåværende virksomhetsleder har fått i oppdrag å gjennomgå organiseringen av bemanning sammen med sykepleiergruppen. Deloitte vurderer at en slik gjennomgang er nødvendig.

Flere ansatte viser til at utfordringer med manglende forsvarlighet særlig har vært knyttet til en avdeling og at det ved denne avdelingen har vært **fraværende ledelse** over tid. Som en konsekvens av dette blir det blant annet pekt på at rutiner ikke blir etterlevd, at utfordringer, svikt og mangler ikke har blitt rapportert til virksomhetsledelsen og at det er uklare ansvarsforhold på avdelingen.

Undersøkelsen avdekker at en rekke mangler knyttet til **internkontroll** er medvirkende til manglende styring og kontroll av Fosshagen ressurscenter. Både kommuneloven § 25-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til internkontroll både for kommunen som helhet og for helsetjenesten spesielt.

Selv om det er tydelig definert både i kvalitetspolicy fra 2021, og tidligere i lederavtaler, virksomhetsplan og andre styrende dokumenter hvilket ansvar og oppgaver som påligger lederne i Lier kommune og ved Fosshagen, har ikke dette blitt tilstrekkelig ivarettatt hverken av kommuneledelse, virksomhetsleder eller avdelingsledere. Etter Deloitte's vurdering har det **ikke blitt etablert tilfredsstillende styring og kontroll på noen av ledernivåene**, i samsvar med krav til internkontroll i regelverket eller i samsvar med etablerte system og rutiner. Dette har også medført at svikt og mangler på ett organisatorisk nivå ikke har blitt tilstrekkelig fanget opp og håndtert på neste nivå, og en utilfredsstillende situasjon har dermed fått lov å fortsette over tid uten å bli rettet opp.

Deloitte mener at det for Fosshagen i liten grad har vært etablert og lagt til rette for et tilfredsstillende **kontrollmiljø**. Kontrollmiljøet handler i stor grad om kulturen i virksomheten og hvordan denne påvirkes gjennom holdningene og handlingene til ledelsen og de som har overordnet ansvar for styring og kontroll. Undersøkelsen viser at øverste ledelse ikke har vært kjent med hva som har vært status i virksomheten og at det har vært behov for bedre oppfølging. Det går frem av undersøkelsen at øverste ledelse har forventet at virksomheten har blitt tilfredsstillende fulgt opp av virksomhetsleder og respektive avdelingsledere.

Kommuneledelsen har også lagt vekt på at **oppfølging av virksomheten er basert på «tillitsbasert ledelse»**. Deloitte får opplyst i intervju at en svakhet ved et slikt tillitsbasert system er dersom virksomhetsleder ikke sier ifra kan heller ikke kommuneledelsen fange opp kritikkverdige forhold. Deloitte understreker at tillitsbasert styring ikke handler om fravær av kontroll. Kommunedirektøren har overordnet ansvar for å sikre tilfredsstillende internkontroll i henhold til kommuneloven § 25-1, samt ansvar for å etablere og følge opp at sykehjemmet har etablert et tilfredsstillende styringssystem som etterleves i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Øverste leder skal sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten, og at oppgavene faktisk gjennomføres. Øverste leder har også ansvaret for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt, og å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Tillitsbasert ledelse handler derfor ikke om å kutte styring og kontroll, men heller om å finne den rette balansen mellom styring og ledelse, kontroll og oppfølging innenfor de ulike områdene.¹⁰⁰ Det er Deloitte's vurdering at dette ikke har vært tilfelle ved Fosshagen.

Undersøkelsen viser at flere ansatte ved Fosshagen opplever at det **ikke i tilstrekkelig grad er etablert system og rutiner som sikrer forsvarlige tjenester og etterlevelse av krav i tjenestene** på Fosshagen.

- De ansatte peker spesielt på at de opplever at det er manglende rutiner og prosedyrer når det gjelder bruk av tvang, miljøarbeid og oppfølging av ernæring. Videre er det flere ansatte som viser til at det ikke er tilstrekkelige rutiner og prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering. Dette er områder hvor det også er påpekt at det forekommer avvik.
- Det er etablert retningslinjer for flere sentrale arbeidsprosesser ved Fosshagen, men en del ansatte oppgir at de ikke kjenner til eller ikke er kjent med hvor de finner rutiner og prosedyrer for sine arbeidsoppgaver. Deloitte vil understreke viktigheten av at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er gjort kjent i virksomheten, slik at man sikrer at tjenestene blir gjennomført på en forsvarlig måte. Deloitte vurderer videre at manglende retningslinjer eller manglende kjennskap til etablerte retningslinjer kan ha vært medvirkende til avvik og mangler ved tjenesten som i denne undersøkelsen blir påpekt av ansatte og ledere ved Fosshagen.
- Det fremgår av undersøkelsen at de kvalitetsdokumentene som er utarbeidet ikke blir revidert jevnlig, at det ikke alltid fremgår tydelig hvem som har utarbeidet rutinene eller om de er godkjent. I tillegg fremgår det at noen rutiner er utarbeidet og godkjent av samme person. Deloitte mener at dette indikerer at det ikke er tilstrekkelig gode system for å arbeide med kvalitetsarbeid i form av utarbeiding og revidering av rutiner og prosedyrer på Fosshagen. Deloitte understreker at dette ikke er i henhold til krav i regelverket

¹⁰⁰ <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/forskning-og-utvikling/fou-rapporter/Styring-og-kontroll-FoU-Storbyrapport-2019.pdf>

som blant annet setter krav til at rutiner og retningslinjer til enhver tid skal være oppdatert (jf. § 5 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene).

Deloitte vurderer at Lier kommune ikke har oppfylt kommunelovens krav til å ha internkontroll med tjenestene ved for å **sikre at avvik og risiko for avvik avdekkes, og at avvik og risiko for avvik som er avdekket, følges opp**.

- Undersøkelsen viser at det er gjennomført enkelte **risikovurderinger** ved Fosshagen, og at disse i all hovedsak er knyttet til HMS-relaterte forhold (vold, trusler, ergonomi, brann m.m.) og IT sikkerhet. Det er gjennomført risikovurderinger av legemiddelhåndtering, men dette er ikke gjort årlig. De vurderinger som er gjennomført viser at det er betydelig risiko knyttet til legemiddelhåndtering. Tiltakene som er beskrevet i oppfølgingen av disse synes etter Deloitte vurdering ikke å ha vært tilstrekkelige for å redusere risikoen knyttet til legemiddelhåndtering til et tilfredsstillende nivå.
- Det er ikke gjennomført systematiske risikovurderinger av drift og tjenestekvalitet ved Fosshagen. Dette innebærer etter Deloitte vurdering at Fosshagen ikke har hatt tilstrekkelig oversikt over områder i virksomheten der det er risiko for svikt eller mangler, eventuelt vesentlig forbedringsbehov slik det er satt krav til i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Deloitte vurderer derfor at det heller ikke er sikret forsvarlige tjenester i henhold til krav til dette i kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven.
- Kommuneledelsen har ikke gjennomført risikovurderinger som omfatter risikoer på tvers av virksomhetene, og har heller ikke gjennomført egne risikovurderinger av virksomhetene. Deloitte bemerker at gjennomføring av slike risikovurderinger synes å være en helt nødvendig og sentral forutsetning for at kommunedirektør skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for internkontrollen i kommunen i en modell der virksomhetsleder er gitt så stor frihet og ansvar for driften som i Lier kommune.

Manglende gjennomføring av risikovurderinger både på virksomhetsnivå og hos kommuneledelsen har medført at det ikke er avdekket forhold som åpenbart ville ha synliggjort svakheter i organisering, ledelse/kompetanse og internkontroll ved Fosshagen.

Undersøkelsen viser videre at det er **betydelige mangler og svakheter knyttet til avvikshåndtering ved Fosshagen ressurscenter**.

- Deloitte mener at praksis for avvikshåndtering ved Fosshagen bryter med sentrale lovkrav knyttet til å sikre forsvarlige tjenester. Manglende avvikshåndtering er ikke i samsvar med kommuneloven § 25-1 krav til internkontroll som krever at kommunedirektøren skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Dagens praksis tilfredsstiller heller ikke krav i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring knyttet til planlegging, gjennomføring og evaluering av virksomhetens aktiviteter, og da særlig § 8e og kravet om å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.
- Gjennomgangen av et utvalg av avvik bekrefter etter Deloitte vurdering at det ikke gjennomføres en god og systematisk oppfølging av meldte avvik ved Fosshagen. Deloitte merker seg at avvik er dårlig beskrevet, i flere tilfeller lukkes avvikene svært sent, ofte er tiltakene som foreslås lite konkrete både i innhold, med hensyn til hvem som er ansvarlig og når det er frist for gjennomføring. Det fremgår ikke klart om det er gjennomført tiltak for å lukke avvikene og hindre at lignende avvik oppstår igjen.

Konsekvensen av en manglende avviksmeldekultur og manglende systematisk oppfølging av avvik er at avvik gjentas, og at en uforsvarlig praksis kan fortsette uten at dette blir korrigert. Deloitte understreker at flere av avvikene som blir meldt er svært alvorlige og handler om fare for liv og helse. Videre viser undersøkelsen at avvik i mange tilfeller ikke meldes, og at dette blant annet begrunnes med redsel for represalier ved melding av avvik. Deloitte vurderer at avvikshåndteringen ved Fosshagen, med enkelte få unntak, etterlater et inntrykk av en ledelse som ikke har hatt kompetanse til, eller erkjent betydningen av å ta tak i avvik og risikoer som potensielt har vesentlige konsekvenser for kvaliteten og forsvarligheten i tjenestetilbudet ved virksomheten. Det må straks settes i verk tiltak for å sikre en tilfredsstillende avvikshåndtering ved Fosshagen ressurscenter.

Lier kommune har i 2021 etablert en ny kvalitetspolicy for kommunen og det har blitt satt i gang flere tiltak for å styrke internkontrollen i kommunen. Det er for tidlig å vurdere hvilken effekt dette arbeidet har for internkontrollen i kommunen generelt og Fosshagen spesielt, men i utgangspunktet mener Deloitte at det er positivt at det er satt i gang et helhetlig og overordnet kvalitets- og internkontrollarbeid i kommunen.

På bakgrunn av funn og vurderinger i undersøkelsen vil Deloitte anbefale at Lier kommune:

- 1) Snarest følger opp og undersøker nærmere forholdene der ansatte og ledere påpeker mangelfulle tjenester, og gjennomfører tiltak for å sikre forsvarlighet i helse- og omsorgstjenestene på Fosshagen. Under dette:
 - a. Sørger for at bruk av tvang, oppfølging av ernæringsbehov og legemiddelhåndtering blir gjennomført på en tilfredsstillende måte og i henhold til krav i regelverket
 - b. Sikrer at det blir utarbeidet individuelle omsorgsplaner for pasienter ved Fosshagen
- 2) Sikrer at bemanningen organiseres på en måte som sikrer at alle avdelinger til enhver tid har forsvarlig bemanning og at personell og ressurser utnyttes på en hensiktsmessig måte, herunder at igangsatte tiltak knyttet til bemanningsplanlegging følges opp og implementeres på tvers av virksomheten.
- 3) Sikrer et forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte på Fosshagen ressurscenter i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-1 punkt 1, herunder:
 - a. Sikre tilstrekkelig oppfølging av arbeidsmiljøundersøkelser i avdelingene på Fosshagen
- 4) Etablerer et tilfredsstillende kontrollmiljø, gjennom å
 - a. Etablere tilfredsstillende styring og kontroll på alle ledernivåene, i samsvar med etablerte system og rutiner, herunder blant annet:
 - i. Sikre systematisk lederoppfølging på alle ledernivå
 - ii. Styrke lederopplæring, særlig på virksomhets- og avdelingsnivå
 - b. Tilrettelegge for jevnlig etisk refleksjon eller andre typer samtaler/opplæring når det gjelder etikk, holdninger og kultur ved avdelingene
 - c. Tilrettelegge for tilfredsstillende medbestemmelse og medarbeiderinvolvering på Fosshagen
- 5) Sikrer at det blir gjennomført jevnlig risikovurderinger av drift og tjenester i avdelingene på Fosshagen, og at det blir satt i verk tiltak for å følge opp identifiserte risikoområder
- 6) Sikrer at kommuneledelsen gjennomfører risikovurderinger som omfatter risikoer på tvers av sykehjemsvirksomhetene, og at det blir satt i verk tiltak for å følge opp identifiserte risikoområder
- 7) Sørger for tilstrekkelige system og rutiner som sikrer forsvarlige tjenester og etterlevelse av krav i tjenestene på Fosshagen, og under dette:
 - a. Etablerer tilstrekkelig rutiner og retningslinjer for sentrale arbeidsprosesser
 - b. Sikrer at ansatte er kjent med etablerte rutiner, planer og retningslinjer
 - c. Sikrer tilstrekkelig system for kvalitetsarbeid i form av utarbeiding og revidering av rutiner og prosedyrer
- 8) Straks setter i verk tiltak for å sikre tilstrekkelig avvikshåndtering ved Fosshagen, og under dette:
 - a. Sikre tilstrekkelig kompetanse blant ledere og ansatte knyttet til melding og oppfølging av avvik
 - b. Sikrer en systematisk og tilstrekkelig oppfølging av meldte avvik
 - c. Legge til rette for systematisering og analyse av avvik som grunnlag for å identifisere risikoområder og gjentakende avvik

Vedlegg 1: Høringsuttalelse



Lier kommune

Dato: 25.05.2021

Høringsuttalelse fra kommunedirektøren angående Fosshagen

Opprinnelig varslings sak, bakgrunn for undersøkelse

Bakgrunnen for undersøkelsen var varslings sak ved Fosshagen ressurscenter som ble mottatt av kommunen i slutten av juli 2020 og håndtert av kommunens eksterne varslingssekretariat. Endelig varslingsrapport forelå medio desember. Varslings saken pekte på flere kritikkverdige forhold ved Fosshagen ressurscenter.

Internkontroll

Rapporten som nå fremlegges fra Deloitte vektlegger kommunedirektørens ansvar for internkontroll ref. kommunelovens § 25- 1. Denne rapporten konkluderer med at kommunedirektøren ikke har oppfylt kommunelovens krav til internkontroll.

Kommunedirektøren startet i 2018 et prosjektarbeid om styring og internkontroll. Prosjektrapporten ble ferdigstilt i januar 2020. Det er i etterkant utarbeidet en ny kvalitetspolicy i januar 2021 som ble presentert for virksomhetslederne i mars dette år. Det er en erkennelse at dette arbeidet må styrkes og systematiseres langt bedre enn det har blitt utført i dag. Kommunedirektøren har ikke hatt den kapasiteten og gjennomføringskraften som det er behov for på dette området. Det må etableres både bedre styringssystemer, bedre opplæring og gjennomføres internrevisjoner. Kommunedirektøren foreslår å styrke ledelsen av dette arbeidet med en 50% stilling slik at nåværende stilling utvides til 100%. Det er også startet et arbeid med å kjøpe inn nytt kvalitetssystem.

Sykehjemmene i Lier har en stilling felles til fag og kvalitetsforbedrende arbeid, denne stillingen ble opprettet i 2018 og har hovedfokus på opplæring av ansatte i viktige temaer som dokumentasjon og kvalitetsforbedrende arbeid (avviksmelding). I 2020 har den ansatte som innehar denne stillingen i all hovedsak jobbet med nye oppgaver som har tilkommet på grunn av pandemien. Mange av de ordinære arbeidsoppgavene har av denne grunn ikke blitt gjennomført. Det anses som ønskelig med mer ressurser til denne typen kvalitetsarbeid ute på tjenestestedene.

I helse, omsorg og velferd er det lagt rutiner for årlig kvalitetsrevisjon, dette ble ikke gjennomført i 2020 grunnet pandemiarbeidet. Normale driftsår skal det gjennomføres kvalitetsrevisjon ved alle de kommunale sykehjemmene årlig. Sentral kvalitetsrådgiver har ansvaret for revisjonsgjennomgang mens både ledere og fag- og kvalitetsansvarlig deltar i revisjonen. Funn i kvalitetsrevisjonene danner grunnlag for videre forbedringsarbeid i de ulike virksomhetene.

Fosshagen, mangelfull drift:

Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i fem av seks punkter fra varslingen fra august 2020.

Denne rapporten bekrefter de funn som er avdekket tidligere når det gjelder mangler i tjenesteutøvelsen.

Det er allerede iverksatt tiltak for momentene som fremkommer i pkt 3.5.

Deloitte skriver på side 84. *“Deloitte vil påpeke at flere av tilbakemeldingene fra ansatte i spørreundersøkelsen ikke er tidfestet, noe som medfører at det ikke er mulig å se om hendelser og forhold har funnet sted før eller etter varslingen sommeren 2020 eller etter det er iverksatt tiltak.”*

På bakgrunn av manglende tidfesting kan ikke rapporten si noe om effekten av ulike tiltak. Men den bekrefter de funn som tidligere er gjort.

“Deloitte har videre ikke gått inn i de enkelte hendelsene eller forholdene som blir påpekt av ansatte i spørreundersøkelsen for å vurdere om det faktisk har fremkommet kritikkverdige forhold.”

På bakgrunn av manglende sjekk av fakta mot kilde har kommuneoverlegen følgende uttalelse:

Vedr. påstander om mangelfull medisinsk oppfølging av sår:

Kommuneoverlegen uttaler at Deloitte burde ha sjekket faktisk dokumentasjon når det kommer til påstander om medisinsk behandling og oppfølging. Målet må være å avdekke om utsagn om blant annet mangelfullt sårstell, som er beskrevet på s 22, stemmer med det som dokumenteres i journal. Kommuneoverlege uttaler at dette kunne Deloitte ha gjort ved å be om journalutskrift når man vil sitere fra enkelte pasienters behandling.

Kommuneoverlegen påpeker videre:

Alle personer som får langtidsplass ved sykehjem, har en underliggende skrøpelighet. Det er liten tvil om at den "skrøpelige pasienten" har det best dersom god behandling kan gis på sykehjemmet. Transport, poliklinikk, akuttmottak og annen behandling utenfor sykehjemmet er en stor belastning for den "skrøpelige pasienten", særlig om kognitiv svikt foreligger. Det er ikke alltid slik at mest mulig behandling er til det beste for pasienten.

Fosshagen har god legedekning med sykehjemslege i 80% stilling, det gjennomføres faste legevisitter 4 dager per uke. I tillegg er det vakthavende lege på kveld og helg som kan kontaktes ved behov.

Vakthavende lege har tilgang til pasientjournalen.

All medisinsk behandling skal være kunnskapsbasert og individtilpasset. Det er ikke slik at det foreligger generelle prosedyrer for alle enkelttiltak. Lier kommune har bla. tilgang til VAR prosedyreverktøy for helsepersonell, sykehjemshåndbok for leger, nasjonale veiledere og norsk elektronisk legehåndbok når vurderinger skal gjøres. Det er langt mer krevende for legen å avstå fra behandling og utredning enn å sende pasienten videre inn til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at legen gjør grundige vurdering og det er lav terskel for telefonisk konferering med spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen om videre behandling er alltid legens beslutning og skal dokumenteres i pasientens journal.

Sykehjemslegen gjennomfører årskontroll på samtlige pasienter. Årskontrollen tar sikte på langtidspanlegging for pasienten for å oppnå best mulig livskvalitet. Hva er viktig for pasienten selv? Hva er pasientens medisinske utsikter? I dette inngår vurdering med tanke på nytte av utredning og behandling i sykehus dersom pasienten skulle få en forverring. Dersom pasienten har nedsatte kognitive evner tas pårørende med i denne dialogen. Innsatsnivå dokumenteres i journal.

Akkurat som at det ikke finnes én type antibiotika som behandler alle infeksjoner finnes det ikke én prosedyre for alle sår. Det må derfor gjøres konkret vurdering i hver enkelt sak. Fosshagen har en egen sykepleier med spesialkompetanse på sår som benyttes ved utarbeidelse av konkrete sårprosedyrer i hvert enkelt tilfelle. I saken det vises til i rapporten forelå det konkret sårprosedyre og det er godt dokumentert hvordan såret ble fulgt opp. Sår, eller sårrelaterte komplikasjoner er ikke dokumentert som dødsårsaken.

Vedr. påstand om ensidig og mangelfull ernæring:

Deloitte har ikke sjekket faktisk grunnlag for ernæring av beboere ved Fosshagen sykehjem. Det omtales på side. 23 i rapporten at et ikke tallfestet antall respondenter mener det gis ensformig mat som kan medføre underernæring.

Alle beboere får tilbud om minimum 4 faste måltider pr. døgn. Brødmåltider vil beboer selv bestemme hva som er ønsket pålegg, om de ikke ønsker brød tilbys det som oftest yoghurt, havregrøt eller lignende som alternativ, de som er tidlig oppe eller sent i seng får ekstra måltid om de ønsker. Middag lages på kommunes sentralkjøkken, det er en variert meny gjennom uken og hver porsjon er beregnet ut ifra aldersgruppens særskilte behov for ernæring. Det tilrettelegges også for individuelle behov der dette er vurdert av lege å være hensiktsmessig (forhøyet ernæringstetthet i maten, allergier eller andre særskilte forhold).

Kommunedirektøren er ikke kjent med bakgrunnen for at enkelte ansatte mener det er ensidig kost ved Fosshagen og fare for underernæring. Ved en forespørsel til kommunens sentralkjøkken kan dokumentasjon på næringsinnhold i middager legges frem.

I en tilsynssak fra Statsforvalteren i 2020 ble det konkludert med at Fosshagen ikke hadde gode nok rutiner for oppfølging av næringsinntak til en beboer. Mange eldre har nedsatt matlyst eller redusert ernæringsopptak i tarmen som kan medføre vektreduksjon. Det er derfor viktig at det er gode systemer for å påse at pasientene tar til seg næring. Det ble iverksatt tiltak for å sikre at ernæringsjournaler benyttes og at individuelle tiltak blir iverksatt når det er behov. Om påstandene som refereres til i denne rapporten omhandler tilsynssaken i 2020 eller status i dag må sjekkes ut videre.

Vedr. Omtale av manglende utført kontroll av narkotikaregnskap:

På side 38 trekker Deloitte frem brudd på forskrift om legemiddelhåndtering. Dette er tidligere omtalt i varslingsrapporten. Det ble avdekket brudd i denne rutine i forbindelse med funn av ureglementert uttak av medikamentsvinn på huset våren 2020. Det ble fra september 2020 iverksatt nye rutiner som skulle sikre at dette ble utført en fast dag hver mnd. Dokumentasjon på gjennomført narkotikaregnskap foreligger og er del av hva som skal sjekkes ved årlig internkontroll.

Kommunedirektøren ser at Deloitte anmerket at dette må sikres at blir gjort. Ordningen er alt implementert og satt som fast arbeidsoppgave, dette ville kunne dokumenteres om Deloitte hadde ønsket å se dokumentasjon.

Kommunedirektøren finner at det i liten grad er gjort nye funn i rapporten vedr. opplevelse av tjenestene ved Fosshagen. Dette er også Deloitte's egen vurdering. Det er viktig å påpeke at i tillegg til tiltak for å rette opp mangelfull drift så må også effekten av tiltak måles over tid.

Arbeidsmiljø:

Det kom tydelig frem i varslingsrapporten at ansatte opplevde at Fosshagen var en arbeidsplass med utfordringer i arbeidsmiljøet. Det er avdekket uenighet mellom ulike faggrupper og det har vært avdekket manglende tillit til ledelsen. Det er iverksatt mange nye tiltak og det jobbes kontinuerlig med forbedringsarbeid. Det er viktig for de ansatte og ledelsen på Fosshagen å jobbe fremover.

Det er under ny virksomhetsleder startet et arbeid i personalgruppen sammen med bedriftshelsetjenesten. I denne forbindelse ble det gjennomført medarbeiderundersøkelse i februar/mars 2021. I denne undersøkelsen kommer det frem at det er ulike utfordringer både grunnet mangel på ledelse og konflikter mellom ansatte, det fremkommer også at det er store ulikheter mellom de ulike avdelingen i virksomheten. Det vil fremover jobbes med tiltak pr. avdeling, tiltak og mål utarbeides i samhandling med ansatte.

Denne rapporten vil sammen med de øvrige rapportene og dokumentasjonen danne grunnlag for videre forbedringsarbeidet ved Fosshagen ressurscenter. Rapporten peker på at flere av tiltakene som er iverksatt er viktige og man må sikre at de blir gjennomført som planlagt.

Kommunedirektøren vil rapportere på fremdrift av ulike tiltak både når det gjelder internkontroll og forbedringsarbeid ved Fosshagen.

Godkjent med elektronisk signatur

Bente Gravdal
Kommunedirektør

Vedlegg 2: Kommentar til høringsuttalelsen

Under vil Deloitte kommentere et par momenter i kommunens høringsuttalelse.

I høringsuttalelsen viser kommunen til at «på bakgrunn av manglende tidfesting kan ikke rapporten si noe om effekten av ulike tiltak. Men den bekrefter de funn som tidligere er gjort». Deloitte vil vise til at spørreundersøkelsen ble gjennomført i mars 2021 og ledere og ansatte ble bedt om å svare på spørsmål om hvordan de opplever ulike sider ved tjenestene på undersøkelsestidspunktet. Slik sett vil svarene på spørreundersøkelsen si noe om effekten av eventuelle tiltak på undersøkelsestidspunktet. Deloitte's bemerkning angående manglende tidfesting er knyttet til de konkrete hendelsene ansatte har vist til som eksempler på at tjenestene ikke i tilstrekkelig grad har vært forsvarlige.

Videre peker kommunen på at Deloitte burde ha sjekket faktisk dokumentasjon når det kommer til påstander om medisinsk behandling og oppfølging, og at målet må være å avdekke om utsagn om blant annet mangelfullt sårstell stemmer med det som dokumenteres i journal. Videre blir det påpekt at Deloitte ikke har sjekket faktisk grunnlag for ernæring av beboere ved Fosshagen sykehjem.

Til dette vil Deloitte bemerke at det som ledd i å svare ut første problemstilling om ansatte og lederes opplevelse av tjenestene ved Fosshagen ikke har blitt gjennomført en helsefaglig undersøkelse av verken sårstell eller oppfølging av ernæring hos enkeltpasienter. Vårt mandat har vært å undersøke eventuelle områder hvor ansatte og ledere opplever at tjenestene ikke er forsvarlige, og eventuelle årsaker til dette.

Videre viser kommunen til at ordningen med jevnlig gjennomgang av narkotikaregnskap er implementert og satt som fast arbeidsoppgave og at dette ville kunne dokumenteres om Deloitte hadde ønsket å se dokumentasjon. Til dette ønsker Deloitte å bemerke at det i oppstartsbrev med dokumentforespørsel (sendt 26.02.2021) ble etterspurt «system, rutiner og prosedyrer for å sikre forsvarlige tjenester og etterleving av krav i regelverket knyttet til sentrale arbeidsprosesser ved Fosshagen ressurscenter», herunder blant annet legemiddelhåndtering. I tillegg ble kommunen bedt om å sende over eventuell «annen dokumentasjon som kommunen vurderer som relevant for undersøkelsen». Deloitte har fått tilsendt *Rutiner kabinett* (revidert i 2020) og *Praktisk legemiddelhåndtering i institusjon* (2020) som begge er nevnt i rapporten, men har ikke mottatt annen dokumentasjon på ev. endringer eller implementering av arbeidsoppgaver knyttet til narkotikaregnskap. Deloitte har heller ikke mottatt dokumentasjon på implementerte arbeidsprosesser for narkotikaregnskap i forbindelse med verifiseringen av rapporten.

Vedlegg 3: Kontrollkriterier

Krav i lov og forskrift

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1 i helse- og omsorgstjenestelova omtaler kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Her står det at:

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Krav til forsvarlighet

§ 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven omtaler krav til forsvarlighet i kommunens helse- og omsorgstjenester. Her går det blant annet frem at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 c) og at tilstrekkelig fagkompetanse blir sikret i tjenestene (§ 4-1 d).

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten går det frem at virksomheten skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, jf. § 6f. Videre står det i § 7b, at virksomheten skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem.

I Helsedirektoratets veileder¹⁰¹ til forskriften, blir det i veiledningen til § 6f vist til at det er øverste leder sitt ansvar å sørge for system som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre sine oppgaver, og at dette forutsetter at virksomhetene jevnlig gjennomfører kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med rett kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring og etter- og videreutdanning.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) omtaler i § 3 at tjenestenes innhold skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivarettatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet blant annet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen

Krav til styring av virksomheten

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd innebærer kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester også en plikt til å «planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tydeliggjør hvilke plikter kommuneledelsen har når det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av helse- og omsorgstjenestene (jf. §§ 6 til 9 i forskriften). Ifølge § 3 i forskriften har den som har det overordnede ansvaret for virksomheten ansvar for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av aktivitetene i virksomheten. Videre går følgende frem av § 5 i forskriften:

- Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.
- Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.
- Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

¹⁰¹ Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/planlegge#paragraf-6f-oversikt-over-kompetanse-og-behov-for-opplaering>

Kommunen skal blant annet ha oversikt over og beskrive virksomheten sine mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal gå klart frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring (§ 6 bokstav a).

§ 7 i forskriften omhandler plikten til å gjennomføre, og sier blant annet at kommunen skal «utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av helse- og omsorgslovgivningen (...)» (§ 7 bokstav c).

Helsedirektoratet har gitt ut en veileder til forskriften. Her står det følgende om § 7 c) overfor:

- Øverste leder skal sikre at virksomheten utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Virksomhetene står langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak som er nødvendige. Noen deler av lovverket har krav om konkrete prosedyrer og rutinebeskrivelser, slik som forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Men i hovedsak må virksomhetene selv ta stilling til hvilke faglige og administrative rutiner som er nødvendig.

Internkontroll

Kap. 25 i kommuneloven pålegger kommunen å ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Det er kommunedirektøren i kommunen som er ansvarlig for internkontrollen. Kommunens internkontroll skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og skal blant annet inneholde en beskrivelse av hovedoppgaver, mål og organisering av virksomheten, nødvendige rutiner og prosedyrer, og systematikk for å avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

Kommunesektoren har ansvar for oppgaver som er viktige for innbyggerne og lokalsamfunnet, og leverer et mangfold av tjenester som har stor betydning for folks liv og livskvalitet. Internkontrollen kommunen utfører skal ikke bare bidra til at kommunen unngår lovbrudd, men har også som formål å sikre til at kommunen gjennomfører sine arbeidsprosesser og -oppgaver på en måte som gjør at kommunens innbyggere får levert alle disse tjenestene med god kvalitet. Kommunens internkontroll er altså ment å bidra til en utvikling som er i samsvar med lover, regler og folkevalgtes planer og vedtak, at tjenesteyting og forvaltning er effektiv og holder tilstrekkelig kvalitet, samt til at kommunen har et godt omdømme og legitimitet hos befolkningen.

God internkontroll handler i stor grad om å sikre systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge både lovbrudd og uønskede hendelser. Det kommunale internkontrollarbeidet kan for eksempel dreie seg om:

- Å gjennomføre risikovurderinger i en av kommunens virksomheter (som et helsehus/ressurscenter eller en skole), for å avdekke om det er bestemte prosesser eller oppgaver der det er stor risiko for at det kan inntreffe feil eller mangler (både brudd på regelverk eller mangler i tjenestetilbud),
- Å utarbeide rutiner som tydelig definerer hvordan virksomheten skal arbeide for å sikre at disse feilene og manglene ikke inntreffer, og
- Å etablere en arbeidskultur (kontrollmiljø) som sikrer at alle ledere og ansatte forstår viktigheten av å benytte rutiner som er etablert for å unngå at feil og mangler oppstår, og at tjenestene holder den ønskede kvaliteten.

Legemiddelhåndtering

§ 4 i forskrift om legemiddelhåndtering omtaler virksomhetsleders ansvar:

Virksomhetsleder skal sørge for at virksomhetens internkontrollsystem har rutiner som kvalitetssikrer informasjonen om pasientens legemiddelbruk ved innleggelse og utskriving, og ved overføring innen virksomheten. Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. internkontrollforskrift i sosial- og helsetjenesten §3, herunder:

- a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.
- d) Sørge for at virksomheten har et system for håndtering av legemidler i reseptgruppene A og B.

Krav til arbeidsmiljø og medvirkning

I arbeidsmiljøloven § 3-1 blir det slått fast at for å sikre at helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, skal arbeidsgiver sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten.

Arbeidsmiljøloven setter videre krav til at arbeidsgiver skal sikre et forsvarlig arbeidsmiljø. § 4-1 peker blant annet på at

- 1) Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet.
- 2) Ved planlegging og utforming av arbeidet skal det legges vekt på å forebygge skader og sykdommer. Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, arbeidstidsordninger, lønssystemer, herunder bruk av prestasjonslønn, teknologi mv. skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas.
- 3) Det skal vurderes om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid i virksomheten. Tiltak som er nødvendig for å forebygge og redusere eventuell risiko ved alenearbeid skal iverksettes, slik at lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ivaretas.
- 4) Virksomheten skal innrettes for arbeidstakere av begge kjønn

§ 2-3 pålegger videre arbeidsgiver å sikre at arbeidstakerne skal medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske HMS-arbeid. § 8-1 pålegger videre arbeidstaker plikt til å informere om og drøfte spørsmål av betydning for arbeidstakernes arbeidsforhold med arbeidstakernes tillitsvalgte.

Helsehjelp til brukere uten samtykkekompetanse

Pasient- og brukerrettighetsloven setter krav om at helsehjelp skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (§ 4A-1 andre ledd). I § 4A-3 blir det videre omtalt at:

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen

Det går videre frem at selv om vilkårene som omtalt over er oppfylt, kan *bare* helsehjelpen gis der dette etter er helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsningen for pasienten. Det presiseres at i tillegg til at kravet om tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, må alle tre vilkårene i § 4A-3 andre ledd (a, b, c) være oppfylt for at det skal kunne fattes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

I Helsedirektoratets kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven¹⁰² blir det pekt på at kravet om tillitsskapende tiltak er strengt vilkår og at det skal mye til for at ikke tillitsskapende tiltak skal forsøkes før tvungen helsehjelp eventuelt iverksettes. Det blir videre vist til eksempler på tillitsskapende tiltak som kan bidra til pasienten ikke motsetter seg helsehjelp: *helhetlig tenkning, kjennskap til pasienten, veiledning og erfaringsoverføring, refleksjonsgrupper e.l., kartlegging av årsaker, tid, informasjon, kommunikasjonsform, samarbeid med pårørende mv., litt om gangen og tilvenning til helsehjelpen*

Helsedirektoratet påpeker videre at

Når pasienten motsetter seg helsehjelp, må terskelen for å yte helsehjelp ligge høyt. Helsepersonellet skal alltid ta utgangspunkt i pasientens behov. Hensynet til medpasienter eller arbeidssituasjonen til helsepersonellet er ikke grunnlag for å gi tvungen helsehjelp.

¹⁰² Helsedirektoratet. Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer. Sist faglig oppdatert 01. januar 2018

Vedlegg 4: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2020-06-19-78.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-2020-12-04-134.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). LOV-2020-12-04-134.
- Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-2019-06-14-21.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2020-02-04-119.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). FOR-2020-06-19-1238.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (forskrift om legemiddelhåndtering). FOR-2016-12-22-1866.

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helsedirektoratet (2018). Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 18. september 2018, lest 02. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet (2018): Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Sist endret 29.10.2018.
- Helsedirektoratet (2017): Saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Veileder til lov og forskrift. Sist endret 07.2017.

Dokumenter fra kommunen

- *Ansattmedvirkning*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 01.04.2019.
- *Arbeidsreglement Fosshagen*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 02.05.16.
- *Delegasjonsbestemmelser. Personelhåndbok. Overordnede retningslinjer*. Lier kommune. Dato: 22.04.2015.
- *Etiske retningslinjer*. Vedtatt av kommunestyret 10.10.2011, sak 74.
- *Forebygging og behandling av underernæring*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 25.01.2010.
- *Lederavtale – Lier kommune. Ledertittel: Virksomhetsleder. Enhet: Fosshagen*. Signert 2016.
- *Legemiddelhåndtering generell retningslinje*. Lier kommune. Ikke datert.
- *Praktisk legemiddelhåndtering i institusjon*. Lier kommune. Dato: 26.11.2020.
- *Møteplan Fosshagen ressurscenter*. Dato: 17.01.2010.
- *Organisasjonsplan*. Kvalitetsdokument, Lier kommune. Dato: 25.06.2020.
- *Prosedyre for forbedringsarbeid på Fosshagen*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 20.09.2018.
- *Rapport fra internrevisjon*. Sykehusapotekene. Dato: 18.03.17.
- *Rapport fra internt tilsyn ved Fosshagen*. Lier kommune. Dato: 06.09.2016.
- *Rapport fra kvalitetsrevisjon ved Fosshagen*. Lier kommune. Dato: 16.02.2018.
- *Rapport fra revisjon legemiddelhåndtering ved Fosshagen ressurscenter*. Lier kommune. Dato: 22.05.2019.

- *Risikoanalyse ressursavdelingen 2020*. Ikke datert.
- *Risikoanalyse ressurser på natt*. 2020. Ikke datert.
- *Revisjon legemiddelhåndtering Fosshagen juni 2019. Svar på revisjonsrapport*. Ikke datert, 2019.
- *Rutiner Kabinett*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 27.05.2019, revidert 23.11.2020.
- *Rutine for internkontroll, Fosshagen*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Revidert 15.09.2020.
- *Rutine for istandgjøring og byting av smerteplaster hos brukere på Fosshagen*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Ikke datert.
- *Rutine for vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 15.07.2019.
- *Rutinebeskrivelse vurdering av pasientens samtykkekompetanse jf. pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 18.10.2012.
- *Standard for korttidsplass i institusjon*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Godkjent av kommunestyret 10.12.2007.
- *Standard for langtids plass for aldersdemente i skjermet institusjon*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Godkjent av kommunestyret 10.12.2007.
- *Standard for rehabiliteringsplass*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Godkjent av kommunestyret 10.12.2007.
- *Stadig bedre*. Kvalitetspolicy for Lier kommune. Vedtatt i kommunedirektørens ledergruppe 13.01.2021.
- *Svar på legemiddelrevisjon på Fosshagen 14 og 15 mars*. Udatert, 2017.
- *Variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til ernæring*. Kvalitetsdokument. Lier kommune. Dato: 11.11.2002.
- *Virksomhetsplan 2020. Gruppeansvar Fosshagen*. Lier kommune. Ikke datert.
- Årshjul internrevisjon 2021. Fosshagen.
- Årshjul Fosshagen 2020.

Andre kilder

- *Avgjørelse i tilsynssak*. Fylkesmannen i Oslo og Viken. Dato: 20.10.2020.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Rapport. Mandat og saksbehandling. Varsling av kritikkverdige forhold. Overordnet rapport.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Internt notat – saksbehandling – varsling av kritikkverdige forhold – påstand 1.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Internt notat – saksbehandling – varsling av kritikkverdige forhold – påstand 2.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Internt notat – saksbehandling – varsling av kritikkverdige forhold – påstand 3.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Internt notat – saksbehandling – varsling av kritikkverdige forhold – påstand 4.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Internt notat – saksbehandling – varsling av kritikkverdige forhold – påstand 5.
- Lier kommune. Varslingssekretariatet. Sak 02/2020. Internt notat – saksbehandling – varsling av kritikkverdige forhold – påstand 6.



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at www.deloitte.no.

© 2021 Deloitte AS