



Gransking av sykehjemssektoren i Oslo kommune

Oslo kommune - bystyresak 183/24

19. desember 2025

KPMG



Sammendrag

Mandat og gjennomføring

Sykehjemsetaten (heretter «SYE») har ansvar for drift av 35 langtidshjem, hvorav 16 av langtidshjemmene driftes av kommunen og 19 av private aktører. Etaten forvalter et omfattende tjenestetilbud og behandler årlig rundt 8 000 pasienter og langtidsbeboere. Den samlede aktiviteten utgjør cirka 1,3 millioner liggedøgn per år. Ved langtidshjemmene og helsehusene er det ansatt omtrent 10 000 medarbeidere, inkludert ansatte ved ikke-kommunalt drevne langtidshjem. Dette gjør SYE til landets største drifter av heldøgns pleie- og omsorgstjenester, og Oslo kommunes nest største etat.

KPMG AS (heretter «KPMG») har gjennomført en gransking av sykehjemssektoren i Oslo kommune. Granskningen er en følge av verbalvedtaket i bystyresak 183/24 om revidert budsjett 2024. Bystyret ba byrådet om å gjennomføre en ekstern gransking av sykehjemssektoren i Oslo, for å avdekke svakheter ved rutiner og systemer for å oppdage og forebygge avvik og feil.

Bystyrets vedtak kom som en direkte respons på flere alvorlige saker som avdekket mangler i sykehjemssektoren i Oslo. I det nevnte vedtaket ble det vist til et eksempel hvor en beboer over lengre tid ikke fikk nødvendig stell eller de medisinerne vedkommende trengte. I den saken skal de pårørende også ha fått mangelfull eller feilaktig informasjon, og det ble journalført stell og medisiner som ikke fant sted. Dette eksemplet sammen med andre historier skapte en bekymring for kvaliteten på omsorgen som tilbys.

Formålet med undersøkelsen har vært å avdekke eventuelle svakheter ved systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil i sykehjemssektoren i Oslo kommune. KPMG mottok følgende mandat:

- Identifisere eventuelle feil og mangler ved systemer og rutiner for avdekking og oppfølging av avvik ved de kommunalt driftede sykehjemmene.
- Utrede hvorvidt kontraktsoppfølgingen med de ikke-kommunalt driftede sykehjemmene er innrettet på en måte som tilstrekkelig kvalitetssikrer systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil.
- Sammenligne kontraktsoppfølgingen av ikke-kommunalt drevne sykehjem og oppfølgingen av kommunale sykehjem, og se om det kan hentes erfaringer som kan bedre oppfølgingen i sin helhet.
- Foreslå tiltak som kan forbedre systemer og rutiner for oppdagelse og forebygging av avvik og feil
- Utrede om det foreligger kostnadseffektive tiltak, som kan redusere risiko for avvik og feil

Undersøkelsen har blitt gjennomført i perioden april til desember 2025. For å sikre at vi har innhentet tilstrekkelig data for å belyse mandatet, har vi benyttet oss av en rekke datainnsamlingsteknikker.

Oppsummering og hovedfunn

Langtidshjemmene er komplekse virksomheter. De kombinerer helse- og omsorgstjenester med omfattende administrativ og logistisk drift, underlagt strenge lovkrav og kvalitetsstandarder. De skal ivareta både medisinske behov og livskvalitet for beboere, samt forventninger fra pårørende. Samtidig må langtidshjemmene sikre godt arbeidsmiljø og koordinert innsats fra en rekke profesjonsgrupper – som sykepleiere, leger, fysioterapeuter, aktivitetsledere og kjøkkenpersonell. Langtidshjemmene håndterer et bredt spekter av utfordringer knyttet til bemanning, økonomistyring, dokumentasjon, avvikshåndtering og pårørendesamarbeid. Denne kompleksiteten forsterkes av behovet for kontinuerlig kvalitetsutvikling og tilpasning til politiske føringer, teknologiske endringer og demografiske utviklingstrekk.

Langtidshjemmene må arbeide systematisk for å forebygge uønskede hendelser, og særlig redusere sannsynligheten for alvorlige hendelser. Med det omfattende antallet ansatte, er det etter vårt syn en viss iboende risiko for at enkeltpersoner ikke følger etablerte rutiner, eller at pasientbehandlingen avviker fra ønsket standard. Det er derfor ikke realistisk å helt fjerne risikoen for uønskede eller alvorlige hendelser.

Undersøkelsen har vist at det er etablert en kultur for registrering av uønskede hendelser, og håndtering av uønskede hendelser er en integrert del av internkontrollen. Langtidshjemmene og SYE har oversikt over alle



registrerte avvik og uønskede hendelser, og det fremstår som langtidshjemmene og SYE arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Videre gir kvalitets- og virksomhetsindikatorerne til SYE verdifull innsikt i drift og utfordringsbildet hos langtidshjemmene. SYE har en risikobasert tilnærming i kontraktsoppfølgingen av ikke-kommunalt drevne langtidshjem, og etaten gjennomgår alle registrerte uønskede hendelser hos leverandørene manuelt. Etter vårt syn har SYE god innsikt i leverandørenes drift på dette området.

Undersøkelsen har identifisert enkelte forbedringsområder innen systemer og rutiner for avdekking og oppfølging av uønskede hendelser ved de kommunale langtidshjemmene. Undersøkelsen har også identifisert forbedringsområder innen kontraktsoppfølging av de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene. Undersøkelsen har i mindre grad identifisert erfaringer fra oppfølgingen av ikke-kommunalt drevne og kommunale langtidshjem, som kan bedre oppfølgingen i sin helhet.

Følgende er våre hovedfunn knyttet til det første mandatpunktet (ikke prioritert rekkefølge):

- **Ansatte opplever registrering av uønskede hendelser som tidkrevende og komplisert.** Dette gjelder særlig valg av kategori og vurdering av alvorlighetsgrad og sannsynlighet når de skal registrere en uønsket hendelse. Dette kan føre til underrapportering.
- **Feilregistrering av konsekvens og sannsynlighet ved registrering av uønskede hendelser gir lav datakvalitet.** Utfordringen med ansattes feilregistrering av konsekvens og sannsynlighet medfører lav datakvalitet på dette området, og igjen at dataen ikke kan brukes som styringsverktøy. Institusjonssjefer og områdedirektører er imidlertid kjent med utfordringen, og bruker ikke dataen i dag til styring.
- **Enkelte ansatte har opplevd negative reaksjoner som følge av at de har registrert uønskede hendelser.** De fleste ansatte oppfatter registrering av uønskede hendelser som positivt og viktig for læring og forbedring. Likevel har vi fått opplyst at det har forekommet negative reaksjoner mot ansatte som har registrert uønskede hendelser.
- **Det forekommer alvorlige hendelser ved langtidshjemmene.** Undersøkelsen har vist, til tross for metodiske svakheter i spørreundersøkelsen, at det forekommer alvorlige hendelser av tilsvarende karakter som var utløsende årsak til denne undersøkelsen.
- **Analyse av kvalitets- og virksomhetsindikatorer på institusjonsnivå kan gi et feil bilde av langtidshjemmens måloppnåelse og utfordringsbilde.** Undersøkelsen viser at det kan være misvisende å kun vurdere resultater på institusjonsnivå, da enkeltavdelinger kan påvirke det samlede resultatet til langtidshjemmet betydelig.
- **Rutineverket i EQS oppleves som for komplisert og tidvis utdatert.** Ansatte og ledere opplever utfordringer med å finne oppdaterte rutiner i EQS, og flere opplever at rutineverket er for komplisert og i enkelte tilfeller utdatert.
- **Langtidshjemmene har varierende grad av kontroll knyttet til bierverv.** Manglende kontroll knyttet til bierverv blant ansatte kan utgjøre en risiko for kvaliteten i ansattes tjenesteutførelse. Det er ikke etablert systematisk praksis for å kartlegge eller risikovurdere ansattes bierverv ved langtidshjemmene.
- **For få ansatte kjenner til Oslo kommune sin varslingsordning og saksbehandlingsrutinen for varslingssaker bør forbedres.** Kjennskapen til Oslo kommunes varslingsordning er lav blant ansatte og saksbehandlingsrutinen for varslingssaker bør forbedres slik at den er i henhold til god praksis.

Følgende er våre hovedfunn knyttet til det andre mandatpunktet:

- **SYE risikovurderer ikke leverandørene i kontraktsperioden og kontraktsoppfølgingen er ikke formalisert.** SYE har en risikobasert tilnærming i kontraktsoppfølgingen, men må styrke området ved å etablere skriftlige rutiner for kontraktsoppfølging og risikovurdere leverandørene løpende i kontraktsperioden.

Vedrørende mandatpunkt fire og fem, har undersøkelsen identifisert forbedringstiltak. Disse er beskrevet i kapittel 9. Etter vårt syn er alle de foreslåtte tiltakene relativt enkle å implementere, og som utgangspunkt kostnadseffektive. Vi har gjennomgått tiltakene i fokusgrupper og i enkelte intervjuer. Vi har fått gode tilbakemeldinger på de foreslåtte tiltakene, men vi gjør oppmerksom på at tiltakene kun er forslag og at SYE selv må vurdere om tiltakene kan og skal implementeres.



Innhold

Sammendrag	2
1. Mandat og gjennomføring	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Mandat og formål	7
1.3 Gjennomføring	7
1.4 Forbehold	10
2. Organisering og ansvar	11
2.1 Innledning	11
2.2 Rolle og ansvarsområder	11
2.3 Vurderinger	14
3. Kvalitet- og styringssystem	16
3.1 Innledning	16
3.2 Kvalitets- og virksomhetsindikatorer	16
3.3 Variasjon mellom langtidshjem og avdelinger	20
3.4 Indikatorer som proaktivt verktøy for kvalitetsforbedring	23
3.5 Vurderinger	23
4. Registrering av uønskede hendelser	25
4.1 Innledning	25
4.2 Registrering av uønskede hendelser i EQS	26
4.3 Andre forhold som påvirker registrering	30
4.4 Vurderinger	35
5. Mottak og oppfølging av uønskede hendelser	37
5.1 Innledning	37
5.2 Generelt om oppfølging av uønskede hendelser	37
5.3 Oppfølging i felles fora	37
5.4 Bruk av ROS-analyse etter mottak av uønsket hendelse	37
5.5 Lukketid og etablering av tiltak	38
5.6 Evaluering av tiltak	39
5.7 Leders risikovurdering av den uønskede hendelsen	39
5.8 Vurderinger	41
6. Alvorlige hendelser	43
6.1 Innledning	43
6.2 Alvorlige hendelser	43
6.3 Vurderinger	44
7. Varsling	45
7.1 Innledning	45



7.2	Nærmere om varslingsordningen og rutine for saksbehandling av varslingsaker	45
7.3	Vurderinger	46
8.	Kontraktsoppfølging	47
8.1	Innledning	47
8.2	Kvalitetskravene som stilles fra SYE	47
8.3	SYE sitt system og rutiner for oppfølging av leverandør	48
8.4	Vurderinger	50
9.	Anbefalinger	54
9.1	Innledning	54
9.2	Anbefaling – kvalitets- og virksomhetsindikatorer	54
9.3	Anbefaling – uønskede hendelser	54
9.4	Anbefaling – varsling	55
9.5	Anbefaling – bierverv	56
9.6	Anbefaling – kontraktsoppfølging	56



1. Mandat og gjennomføring

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Innledning

KPMG AS (heretter «KPMG») har gjennomført en gransking av sykehjemssektoren i Oslo kommune. Granskingen er en følge av verbalvedtaket i bystyresak 183/24 om revidert budsjett 2024. Bystyret ba byrådet om å gjennomføre en ekstern gransking av sykehjemssektoren i Oslo for å avdekke svakheter ved rutiner og systemer for å oppdage og forebygge avvik og feil.

Bystyrets vedtak kom som en direkte respons på flere alvorlige saker som avdekket mangler i sykehjemssektoren i Oslo. Det ble vist til et eksempel hvor en beboer over lengre tid ikke fikk nødvendig stell eller de medisinerne vedkommende trengte. I den saken skal de pårørende også ha fått mangelfull eller feilaktig informasjon, og det ble journalført stell og medisiner som ikke fant sted. Dette eksemplet sammen med andre historier har skapt en bekymring for kvaliteten på omsorgen som tilbys.

1.1.2 Sykehjemsetaten i Oslo kommune

Sykehjemsetaten i Oslo (heretter «SYE») skal gi personer med behov for heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg et best mulig tilbud innenfor de vedtatte politiske, økonomiske og administrative rammer i Oslo kommune. SYE ble opprettet i 2007, og overtok da bydelenes ansvar for å drive kommunale langtidshjem og følge opp kommunens avtaler med ikke-kommunalt drevne langtidshjem.

SYE har ansvar for drift/kontraktsoppfølging av 35 langtidshjem og fire helsehus, hvorav 16 av langtidshjemmene driftes av kommunen og 19 driftes av private aktører. Totalt er det ca. 10 000 ansatte på helsehusene og langtidshjemmene (kommunale og private), og 100 ansatte i etatens administrasjon. Dette gjør SYE til landets største drifter av heldøgns pleie- og omsorgstjenester, og Oslo kommunes nest største etat.

1.1.3 Gjeldende regelverk

Håndtering av uønskede hendelser og avvik skal være en integrert del av kommunens internkontroll. Det følger av kommuneloven § 25-1 at det er kommunedirektørens ansvar å avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik. Helse- og omsorgstjenesteloven har en tilsvarende bestemmelse. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 heter det at kommunen har et ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lovkrav.

Det følger særlig fire plikter etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i hele- og omsorgstjenesten.

Plikten til å planlegge innebærer blant annet å ha oversikt over avvik, uønskede hendelser og annen informasjon som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, herunder om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring. Av Helsedirektoratets veileder til forskriften heter det at øverste leder må sikre at det finnes oversikt, og sørge for at uønskede hendelser mv. trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver. Videre står det at en godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge uønskede hendelser. Å analysere hva som er årsaken til hendelsen vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.

Plikten til å gjennomføre innebærer blant annet å utvikle og iverksette nødvendige rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av helse- og omsorgslovgivningen. Av Helsedirektoratets veileder til forskriften fremgår det at kommuner har fleksibilitet til å selv velge hvilke rutiner som er nødvendige, utover lovpålagte rutiner. Videre står det at kunnskapen fra uønskede hendelser må benyttes til forbedring, og at det er viktig med en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til forbedring.

Plikten til å evaluere innebærer blant annet å gjennomgå uønskede hendelser for å forebygge lignende forhold. Av Helsedirektoratets veileder til forskriften heter det at informasjonen fra en registrert uønsket hendelse skal



brukes til å avdekke årsakene til hendelsen, fremme læring og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Her er det også presisert at en kultur for åpenhet og læring er viktig for å lykkes med dette arbeidet.

Plikten til å korrigere innebærer blant annet å rette opp uforvarselige forhold og iverksette korrigerende tiltak. Av Helsedirektoratets veileder til forskriften heter det at uønskede hendelser må lukkes ved at de rettes opp. Det korrigerende tiltaket må følges opp og evalueres for å sikre at det har effekt.

1.2 Mandat og formål

Formålet med evalueringen har vært å avdekke eventuelle svakheter ved systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil i sykehjemssektoren i Oslo kommune.

KPMG mottok følgende mandat:

- Identifisere eventuelle feil og mangler ved systemer og rutiner for avdekking og oppfølging av avvik ved de kommunalt driftede sykehjemmene.
- Utrede hvorvidt kontraktsoppfølgingen med de ikke-kommunalt driftede sykehjemmene er innrettet på en måte som tilstrekkelig kvalitetssikrer systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil.
- Sammenligne kontraktsoppfølgingen av ikke-kommunalt drevne sykehjem og oppfølgingen av kommunale sykehjem, og se om det kan hentes erfaringer som kan bedre oppfølgingen i sin helhet.
- Foreslå tiltak som kan forbedre systemer og rutiner for oppdagelse og forebygging av avvik og feil.
- Utrede om det foreligger kostnadseffektive tiltak, som kan redusere risiko for avvik og feil.

Å granske de ovennevnte forholdene, innebærer å undersøke et komplekst og omfattende felt. Dette fordi systemer og rutiner for oppdagelse og forebygging av uønskede hendelser og avvik involverer en rekke aktiviteter, systemer, rutiner og ansvarsområder.

I denne granskingen har systemer og rutiner for registrering og oppfølging av uønskede hendelser blitt vektlagt. Dette er en følge av at oppdragsgivers oppdragsbeskrivelse i hovedsak omtaler dette området. Øvrige systemer og rutiner er imidlertid undersøkt hvor ansatte eller andre kilder har vist til utfordringer. Vi bemerker at mandatets første punkt innebærer å identifisere eventuelle feil og mangler ved systemer og rutiner for avdekking og oppfølging av avvik. Dette innebærer at granskingens innretning og denne rapporten i hovedsak svarer ut hvorvidt slike feil eller mangler er identifisert.

1.3 Gjennomføring

1.3.1 Utvalg av kommunale langtidshjem

Ved valg av hvilke langtidshjem som skulle inkluderes i granskingen, ble følgende kriterier lagt til grunn:

- **Representativitet:** Utvalget skulle være representativt for de 16 kommunale langtidshjemmene i Oslo kommune.
- **Historisk avviksrapportering:** Det ble tatt hensyn til variasjoner i avviksrapportering i perioden 2020–2025.
- **Kvalitets- og virksomhetsindikatorer:** Langtidshjem med ulike resultater på relevante indikatorer ble inkludert for å sikre bredde i vurderingsgrunnlaget.
- **Størrelse:** Langtidshjem med ulikt antall døgnplasser ble valgt for å reflektere variasjon i driftsomfang.
- **Driftstid:** Kun langtidshjem som har vært i drift i minst ett år ble vurdert, for å sikre tilstrekkelig datagrunnlag.
- **Tilbud og spesialisering:** Det ble tatt høyde for langtidshjemmenes ulike tilbud, som for eksempel nevrologisk behandling, for å inkludere variasjon i tjenestetilbudet.



KPMG har valgt ut seks kommunale langtidshjem for nærmere undersøkelser:

- Vinderenhjemmet
- Ullernhjemmet
- Lillohjemmet
- Lambertseterhjemmet
- Dronning Ingrid's hage
- Stovnerskoghjemmet

Resultatene for hvert enkelt langtidshjem er anonymisert i rapporten.

1.3.2 Metodikk

Bystyrets bestilling til byrådet var en ekstern gransking. I oppdragsgivers oppdragsbeskrivelse er «evaluering» brukt som begrep flere steder. Vi ønsker derfor å presisere at dette har vært en gransking, hvor granskingsmetodikk har blitt anvendt. KPMG følger Advokatforeningens retningslinjer for private granskinger. De grunnleggende prinsippene i disse retningslinjene – og i KPMGs metodikk – er objektivitet, saklighet, kontradiksjon, forsvarlighet og personvern.

For å sikre at vi har innhentet tilstrekkelig data for å belyse mandatet, har vi benyttet oss av følgende datainnsamlingsteknikker:

- Semi-strukturerte intervjuer
- Gruppeintervjuer
- Fokusgrupper
- Dokumentgjennomgang
- Dataanalyse
- Spørreundersøkelse

1.3.3 Datainnsamling og analyse

Intervjuer

Intervjuer har vært en sentral datakilde i denne granskingen for å sikre at vi har tilstrekkelig dybdeforståelse for systemer og rutiner, samt for å identifisere eventuelle svakheter.

Det er gjennomført totalt 31 intervjuer med ansatte fra ulike nivåer i sykehjemssektoren. Vi har intervjuet institusjonssjef og kvalitetssjef på de fleste utvalgte langtidshjemmene, samt gjennomført gruppeintervju med sykepleiere og helsefagarbeidere. Videre er relevante områdedirektører og andre i SYE intervjuet for å belyse granskingens mandat.

Alle intervjuobjekter har fått tilsendt referat fra samtale for gjennomgang og godkjenning. Vi opplevde utfordringer med enkelte som ikke godkjente referatet sitt, selv etter flere purringer fra KPMG. Årsaken til at de ikke godkjente referatet syntes ikke å være at de ikke ønsket å gjennomgå og godkjenne referatet, men at de ikke fulgte med på e-post eller ikke hadde tid til å gjennomgå. Referatene er interne arbeidsdokumenter for KPMG og vedlegges ikke denne rapporten.

Dokumentasjonsgjennomgang og dataanalyse

Dokumenter og særlig dataanalyse har vært viktige datakilder i granskingen. Vi har fått tilgang til relevante styrende dokumenter og øvrig dokumentasjon, samt tilgang til Power BI hvor vi kunne gjennomføre selvstendige analyser av datamaterialet.

Vi har løpende i granskingen mottatt ny dokumentasjon når behovet har oppstått, og SYE har tilgjengeliggjort dokumentasjonen løpende.

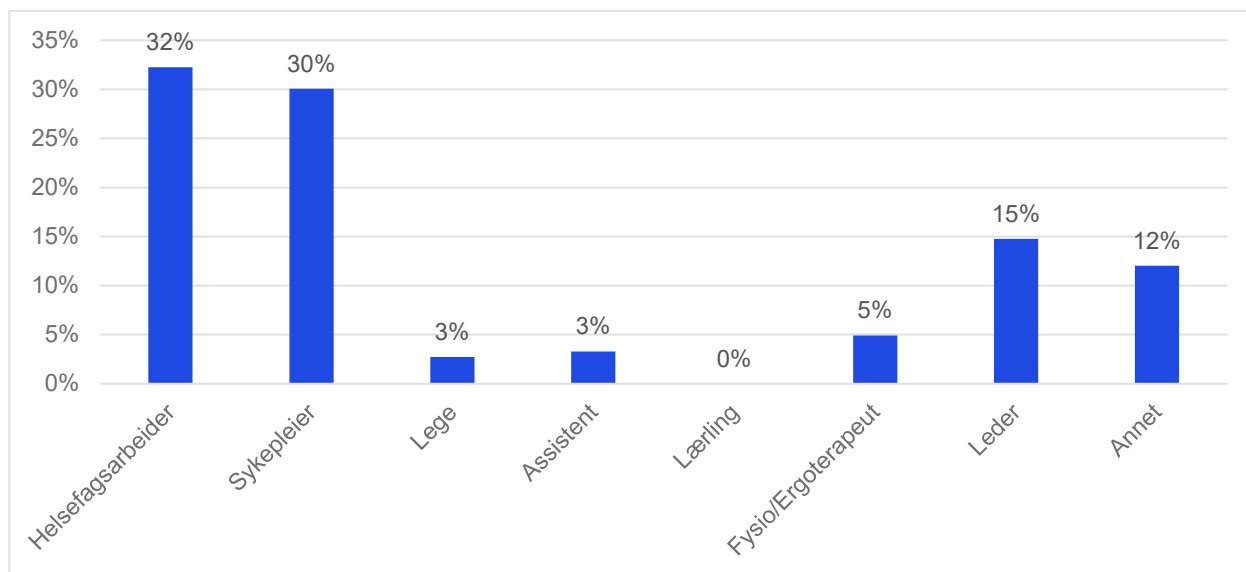


Spørreundersøkelse

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte på de utvalgte kommunale langtidshjemmene i Oslo kommune. Formålet med spørreundersøkelsen har i hovedsak vært å verifisere funnene fra de andre datakildene. Tabellen under viser utvalg og respons for spørreundersøkelsen.

Utvalg	Svar	Svarprosent
1210	183	15%

Av de som svarte var fordelingen:



Tabellen viser hvilke yrkesgrupper som fullførte spørreundersøkelsen

Svarprosenten på spørreundersøkelsen var 15 % (183 ansatte). Den lave deltakelsen reduserer spørreundersøkelsens representativitet og øker risikoen for seleksjonsbias, der de som svarer har særskilte meninger som skiller seg fra de som ikke svarer. Dette gjør at resultatene i mindre grad kan generaliseres til hele målgruppen. Vi har likevel valgt å inkludere resultatene, da andelen helsefagarbeidere og sykepleiere er vesentlig høyere enn resten, og dette er den mest relevante målgruppen.

Fokusgrupper

Det ble gjennomført et fokusgruppemøte med institusjonssjefer og områdedirektører fra de utvalgte langtidshjemmene. Under møtet ble sentrale funn fra granskingen presentert, og deltakerne fikk anledning til å diskutere disse i plenum. Diskusjonen omfattet både identifiserte utfordringer og mulige forbedringstiltak.

1.3.4 Kildetriangulering

I analysen av datakildene og i våre vurderinger har vi triangulert datakildene opp mot hverandre. Data fra intervjuerferater, dokumentasjon, dataanalyse og spørreundersøkelse har blitt sett opp mot hverandre for å validere eventuelle funn. I den grad en uttalelse fra et intervju ikke kan kildetrianguleres opp mot annen data, har vi ikke rapportert på forholdet.

1.3.5 Kontradiksjon

Kontradiksjon er ivaretatt ved at Oslo kommune v/ Byrådsavdeling for helse mottok rapportutkast til gjennomlesning 7. november 2025. Byrådsavdelingen delte rapportutkastet med enkelte i SYE for gjennomlesning og tilbakemeldinger. KPMG mottok tilbakemeldinger på rapporten samlet fra Byrådsavdelingen for helse og SYE 28. november 2025. KPMG har gjennomgått kommentarene til rapportutkastet og gjort nødvendige endringer der hvor det var grunnlag for justering av rapportens beskrivelser.



1.4 Forbehold

Rapporten er utarbeidet på bakgrunn av de opplysningene som er gitt, samt den dokumentasjonen som har vært gjort tilgjengelig for KPMG. KPMG fraskriver seg ethvert ansvar for eventuelle feil eller utelatelser som følge av at opplysningene eller dokumentasjonen som er gitt til oss har vært uriktige eller ufullstendige. Vi forbeholder oss retten til å oppdatere rapporten i en endelig versjon.



2. Organisering og ansvar

2.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi særlig beskrive prosessen knyttet til SYE sitt oppdragsbrev og områdedirektørens oppfølging av de kommunale langtidshjemmene. Det som følger av dette kapitlet er relevant for vårt mandatpunkt hvor vi skal vurdere om det kan hentes erfaringer fra kontraktsoppfølgingen av ikke-kommunalt drevne langtidshjem og oppfølgingen av kommunale langtidshjem, som kan bedre oppfølgingen i sin helhet. Dette mandatpunktet svares ut i kapittel 9.

Utover å gi en beskrivelse av hvordan kommunale langtidshjem følges opp, vil dette kapitlet også omhandle forklaringer gitt fra ansatte knyttet til forhold som kan ha en innvirkning på kvalitet. Dette gjelder da forhold som ikke er omtalt i øvrige deler av rapporten.

2.2 Rolle og ansvarsområder

2.2.1 SYE sitt oppdragsbrev

SYE sitt oppdragsbrev består av de til enhver tid gjeldende felles målene for langtidshjemmene. De felles målene er uttrykk for områder som SYE og langtidshjemmene må prioritere å forbedre. De felles målene for langtidshjemmene i 2025 er i oppdragsbrevet oppgitt å være følgende:

Hovedmål	Delmål
Pasienter, beboere og pårørende opplever gode tjenester	Minst 90 % av pasientene/beboerne/pårørende er ganske fornøyd eller svært fornøyd med tjenestene.
Vi leverer tjenester med god kvalitet	Dette målet defineres som et lokalt mål basert på lokalt utfordringsbilde, og tall- og tidfestede mål avtales mellom institusjonssjef og områdedirektør.
Medarbeidere opplever en god arbeidshverdag	Totalt sykefravær skal være maksimum 6 % innen utgangen av 2025 (maksimalt 2 % korttidsfravær og 4 % langtidsfravær). Redusere turnover til lavere nivå enn i fjor.
Balanse i regnskapet	Balanse i regnskapet.

Det følger av oppdragsbrevet at alle langtidshjemmene skal gjennomføre ROS-analyser for å identifisere sine største utfordringer og tilhørende risikoreduserende tiltak. ROS-analysen og tilhørende tiltak skal dokumenteres i EQS. Dette dokumentet er da relevant ved valg av lokale mål og tema i styringsdialogen mellom områdedirektør og institusjonssjef, og i styringsdialogen mellom institusjonssjef og avdelingsledere. I oppdragsbrevet er det inntatt forslag til indikatorer knyttet til de fire hovedmålene til SYE.

Det følger av oppdragsbrevet at det er ønskelig at hver enkelt langtidshjem identifiserer 4-6 lokale mål basert på eget utfordringsbilde. Utfordringsbildet baserer seg på resultatet fra ROS-analyse, PBI-rapporter, klager, tilsyn, revisjoner m.m. Institusjonssjef skal diskutere og bli enig med områdedirektør om prioriteringer. Målene dokumenteres i styringskortet i EQS på lik måte som for målene som er felles for alle langtidshjemmene.

2.2.2 Områdedirektørene sin oppfølging av de kommunale langtidshjemmene

Av oppdragsbrevet fremkommer det at grad av måloppnåelse og langtidshjemmenes risikobilde er tema i plan- og oppfølgingsmøter og resultatoppfølgingsmøter, samt langtidshjemmenes egne interne virksomhets- og resultatoppfølging. Videre følger det av oppdragsbrevet at styringsdialogen primært vil rette oppmerksomhet der det er risiko for at langtidshjem ikke når målene, tiltak og forventet effekt av tiltak. Videre skal styringsdialogen inkludere langtidshjemmenes eventuelle andre utfordringer som er identifisert gjennom ROS-analyser, klager, revisjoner, tilsynssaker m.m.

Det er to områdedirektører i SYE som har ansvar for å følge opp de kommunale langtidshjemmene. Den ene områdedirektøren har ansvar for å følge opp fem langtidshjem og de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene. Den andre områdedirektøren har ansvar for å følge opp de øvrige kommunale langtidshjemmene.



Begge områdedirektørene har forklart at de gjennomfører plan- og oppfølgingsmøte med langtidshjemmene to ganger i året. I disse møtene deltar den respektive områdedirektøren og institusjonssjefer med sin ledergruppe. Grad av måloppnåelse og langtidshjemmenes risikobilde er tema i møtene.

Begge områdedirektøren har forklart at de gjennomfører resultatoppfølgingsmøter med institusjonssjefene hver måned. Begge har forklart at resultatoppfølgingsmøtene brukes til læring og erfaringsdeling på tvers av langtidshjemmene, samt gjennomgang av styringskort til hvert enkelt langtidshjem.

Videre gjennomfører områdedirektørene et kick-off møte med langtidshjemmene i januar hvert år og i dette møtet gjennomgås tildelingsbrevet. Langtidshjemmene definerer deretter lokale mål opp mot ROS-analyser og eget ambisjonsnivå. Nytt for 2026 vil være at også de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene deltar i dette møtet.

Samlet har områdedirektørene oppgitt at det er følgende etablerte møtearenaer i tillegg til mer sporadiske møtepunkter:

Møtearenaer	Formål	Deltakere	Hyppighet
Områdeledermøte	Områdedirektører sitt ledermøte med institusjonssjefene på strategisk nivå	Kommunale institusjonssjefer	Månedlig
Områdeledermøte	Områdedirektører sitt ledermøte med institusjonssjefene for å sikre deling på tvers, inspirasjon og innovasjon	Kommunale og private institusjonssjefer	2 ganger per år
Refleksjon og forankringsmøte	Institusjonssjefene setter agenda, deler og lærer	Kommunale institusjonssjefer	2-3 ganger per år
Resultatoppfølgingsmøter	Virksomhetsstyringsmål, avvik og tiltak	Områdedirektør og institusjonssjefer (tre i hvert møte)	Månedlig
Kick-off oppdragsbrev	Avklare hva SYE skal oppnå	Kommunale institusjonssjefer (private deltar i 2026)	Januar hvert år
Kvalitetssjefnettverk	Erfaringsdeling på tvers om utfordringer og konkrete muligheter	Kommunale og private kvalitetssjefer	6 ganger i året
Administrasjonssjefnettverk	Erfaringsdeling og opplæring	Administrasjonssjefer	2 ganger i året
Nettverk for fysio- og ergoterapeuter	Erfaringsdeling, kunnskapsdeling og nettverksbygging	Kommunale og private fysio- og ergoterapeuter	4 ganger i året
Psykisk bra nettverk	Faglig utvikling	Ansatte som arbeider på kommunale og private psyk. avdelinger	Hver måned
Palliativt nettverk	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Ressurspersoner fra kommunale og private langtidshjem	2-4 ganger i året
Nettverk for praksisveiledere	Erfaringsdeling	Utnevnte praksisveiledere fra kommunale og private langtidshjem	1 gang i året
Nettverk for digitaliseringskonsulenter	Erfaringsdeling og kunnskapsformidling	Kommunale digitaliseringskonsulenter	4 ganger i året
Nettverk for kokker	Erfaringsdeling og faglig påfyll	Kommunale kokker	2 ganger i året
Legenettverk og eget overlegemøte	Erfaringsdeling og kompetanseoverføring	Leger fra kommunale og private langtidshjem	2 ganger i året
Superbrukernetverk	Deling og læring (system)	Kommunale og private superbrukere	Ikke oppgitt
Frivillighetsnettverk for koordinatører	Deling og læring	Frivillighetskoordinatorer fra kommunale og private langtidshjem	Ikke oppgitt



2.2.3 Institusjonssjef

Institusjonssjefen har det overordnede ansvaret for blant annet drift, kvalitet og risikostyring på sitt langtidshjem og er selv ansvarlig for å gjennomføre risikoanalyser, opprette og gjennomføre risikoreduserende tiltak, samt viderefremme risikoområder til områdedirektør.

Samlet har institusjonssjefene i intervju forklart at prosessen med oppfølging fra områdedirektørene på mange områder fungerer godt. Flere har særskilt fremhevet at de faste møtepunktene med plan- og oppfølgingsmøter og resultatoppfølgingsmøter er tilstrekkelig arenaer for å sikre styringsdialog med områdedirektør, og at det er formålstjenlig at langtidshjemmene selv kan definere konkrete mål ut fra eget utfordringsbilde som supplerer hovedmålene i oppdragsbrevet. Institusjonssjefer har imidlertid vist til at områdedirektørene ikke konkret gjennomgår de uønskede hendelsene på de respektive langtidshjemmene. Det er derfor noe uklart for institusjonssjefer hvor god innsikt områdedirektørene har i enkeltsaker som blir registrert som uønskede hendelser på hvert langtidshjem.

Enkelte institusjonssjefer har forklart at styrende dokumenter er tilgjengelig i EQS, men flere av dokumentene er utdatert. De fleste har også forklart at rutineverket kan fremstå som for komplisert, noe som har medført at det enkelte langtidshjem har laget egne styrende dokumenter for å forenkle rutineverket.

Vi har fått forklart at utgangspunktet er at alle langtidshjemmene i stor grad skal fungere som autonome virksomheter med selvstendig drift- og resultatansvar. Flere institusjonssjefer har forklart at det er begrenset med systematisk erfaringsutveksling mellom langtidshjemmene. De har forklart at områdedirektør oppfordrer institusjonssjefene til å lære av hverandre, og at det er enkelte møteplasser hvor institusjonssjefer deler læring og erfaring. Utover dette er det i stor grad opp til institusjonssjefene selv å innhente kunnskap og dele erfaringer med andre langtidshjem.

2.2.4 Øvrige ansatte

Ansatte har generelt ansvar for å utføre sine arbeidsoppgaver i tråd med arbeidsavtale og de til enhver tid gjeldende krav og rutiner. De ansatte er ansvarlige for å delta i risikostyringen ved behov, og å melde fra om risikoer de identifiserer i eget arbeid. Videre skal ansatte registrere uønskede hendelser, noe som er omtalt senere i rapporten.

Flere ansatte har på lik linje som enkelte institusjonssjefer opplyst at det er krevende å finne de gjeldende rutineene i EQS. Det er vist til at det er krevende å faktisk finne gjeldende rutiner, at rutiner har gått ut på dato, og at rutineene er for kompliserte.

Et flertall sykepleiere og helsefagarbeidere har i intervju opplyst om at det generelt er lite erfaringsutveksling på tvers av avdelinger på et langtidshjem. De beskriver noen få møtearenaer hvor ansatte møtes på tvers, men utover dette har de uttrykt at de ikke opplever å dele erfaringer på tvers av avdelinger.

Enkelte kvalitetssjefer har også vist til at de oppfatter at det mangler systemer og rutiner for å sikre erfaringsutveksling på tvers av avdelinger. Et fåtall kvalitetssjefer har videre opplyst at alvorlige hendelser kan oppstå i avdelinger som har lite samhandling med andre avdelinger. Dette fordi det kan være en risiko for at kulturutfordringer, uønsket praksis eller praksis som er i strid med gjeldende rutiner ikke fanges opp hvis det ikke er samhandling og erfaringsutveksling på tvers. Det er vist til at manglende system og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av avdelinger også kan medføre at avdelinger utvikler en praksis for at ansatte får opplæring i strid med hva som faktisk er gjeldende rutiner, samt at uønskede hendelser kan bli normalisert.

I intervju har KPMG spurt om det var noen forhold som kunne medføre risiko for kvalitet. Et fåtall ansatte og kvalitetssjefer har uttrykt at bierverv kan utgjøre en risiko for ansattes arbeidsutførelse. Vi har fått forklart at det har forekommet hendelser hvor ansatte har sovet på vakt, generelt fremstår som slitne og/eller ikke overholder arbeidstiden fordi de har bierverv. Det er få ansatte som har vist til de nevnte typetilfellene, men enkelte har vist til at bierverv kan utgjøre en risiko for manglende kvalitet i arbeidsutførelsen. På bakgrunn av at dette inkluderte vi spørsmål om bierverv i spørreundersøkelsen. Resultatet av spørreundersøkelsen viser at 12,1 % av respondentene oppga å ha bierverv.

De fleste institusjonssjefene oppga at det er ansatte på deres langtidshjem som har bierverv. Enkelte opplyste at ansatte må oppgi eventuelle bierverv som del av rekrutteringsprosessen, og at de ansatte blir spurt om de har bierverv i medarbeidersamtalen. Ut fra forklaringer fra institusjonssjefene, fremstår det ikke som at alle langtidshjem har praksis for å stille spørsmål om bierverv i medarbeidersamtalene. Uavhengig av om langtidshjemmet har praksis for å avdekke bierverv, er det ingen av institusjonssjefene som ble spurt om temaet, som kunne vise til en oversikt eller lignende over ansatte som har bierverv. De kunne heller ikke fortelle



hvor mange ansatte som har bierverv. Det er heller ingen av institusjonssjefene vi har spurt om temaet, som har opplyst at de har risikovurdert biervervet, dvs. vurdert hvorvidt en ansatt sitt bierverv kan medføre risiko for manglende kvalitet i arbeidsutførelsen.

SYE sin HR-avdeling har vist til at spørsmål knyttet til bierverv er en del av malen for medarbeidersamtaler, at bierverv skal registreres i HR-systemet, og at ansattes plikt til å melde og vurdere bierverv er omtalt i Oslo kommunes personalhåndbok.

2.3 Vurderinger

2.3.1 Innledning

KPMGs mandat innebærer ikke direkte å ta stilling til organisering og ansvar i SYE og på langtidshjemmene. Vi vil imidlertid knytte vurderinger opp mot det utfordringsbildet som er avdekket i dette kapittelet, og vi bemerker at utfordringsbildet som er identifisert har en side mot systemer og rutiner for avdekking og oppfølging av uønskede hendelser og avvik. Når det gjelder oppfølgingen av kommunale langtidshjem er dette omtalt i kapittel 9.

2.3.2 Flere opplever at styrende dokumenter i EQS er for kompliserte og tidvis utdaterte

Både ansatte, institusjonssjefer og kvalitetssjefer har opplyst at det er krevende å finne gjeldende rutiner i EQS, og at rutinene kan oppleves som for kompliserte, samt at det er rutiner i EQS som har gått ut på dato.

KPMG har ikke konkret undersøkt rutineverket i EQS for å avklare om de styrende dokumentene er for kompliserte eller om det ligger styrende dokumenter i EQS som har gått ut på dato. Basert på de nevnte tilbakemeldingene i intervju, er det vår vurdering at det er behov for å gjennomgå rutineverket i EQS for å vurdere om rutineverket er hensiktsmessig utformet og sikre at det ikke ligger rutiner i EQS som har gått ut på dato.

2.3.3 Langtidshjemmene har ikke tilstrekkelig kontroll knyttet til bierverv

KPMG vurderer at eventuell manglende kontroll og rutiner knyttet til bierverv kan medføre risiko for manglende kvalitet og faglig forsvarlig arbeidsutførelse blant ansatte. Dette følger direkte av formålet bak helsepersonelloven § 19 og arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid og hviletid. Det er derfor viktig at langtidshjemmene har kontroll på hvilke ansatte som har bierverv og hvorvidt biervervet kan hindre faglig forsvarlig arbeidsutførelse.

Undersøkelsen viser at det er uklart hvor mange ansatte på langtidshjemmene som har bierverv. Dette skyldes at langtidshjemmene selv ikke har oversikt over dette, og at svarraten i vår spørreundersøkelse er begrenset. Resultatet fra spørreundersøkelsen viser imidlertid at 12,1 % av respondentene oppga å ha bierverv. I gruppeintervju med ansatte og intervju med institusjonssjefene fremstår det også som at de er kjent med at det er ansatte som har bierverv. Etter vårt syn gir dette grunnlag for å si at det er en ikke ubetydelig andel ansatte som har bierverv.

Hos noen langtidshjem stilles det spørsmål om den ansatte har bierverv som del av rekrutteringsprosess og kun hos enkelte langtidshjem stilles det spørsmål om den ansatte har bierverv som del av medarbeidersamtalene. Dette til tross for at det skal være inntatt spørsmål om dette i malen for medarbeidersamtaler. Etter vårt syn bør alle langtidshjemmene ha en slik tilnærming, dvs. å stille spørsmål om bierverv som del av medarbeidersamtalene. Dette for å sikre at bierverv som oppstår etter tiltredelse blir fanget opp.

I den grad bierverv avdekkes, viser undersøkelsen at langtidshjemmene ikke har oversikt over hvilke ansatte som har bierverv, og vi kan heller ikke se at langtidshjemmene konkret har vurdert hvorvidt det enkelte biervervet utgjør en risiko for faglig forsvarlig arbeidsutførelse. SYE har opplyst at bierverv skal registreres i HR-systemet, og at det følger av Oslo kommune sin personalhåndbok at ansatte skal melde fra om bierverv. Vi kan imidlertid ikke se at dette er tilstrekkelig kjent for langtidshjemmene. Samlet vurderer vi at langtidshjemmene ikke har tilstrekkelig kontroll knyttet til bierverv, og det er grunnlag for å stille spørsmål ved om langtidshjemmene er kjent med føringene fra SYE på dette området.



2.3.4 Ulike syn på om erfaringsdeling er tilstrekkelig satt i system

KPMG vurderer at erfaringsdeling på tvers av langtidshjem og avdelinger er et viktig tiltak for å sikre læring og forbedring, samt bidrar til å kvalitetssikre rutiner og arbeidsformer slik at de er oppdatert, tilpasset det enkelte langtidshjem/avdeling og fungerer etter hensikten. Å dele erfaringer kan da også bidra til at uønsket praksis blir avdekket og korrigert.

Alle vi har intervjuet har forklart at erfaringsdeling på tvers av langtidshjemmene og avdelinger er ønskelig, og at områdedirektør oppfordrer langtidshjemmene til å lære av hverandre. I oversikten over møtearenaer som direkte eller indirekte bidrar til erfaringsdeling, ser vi at det er en rekke etablerte møtearenaer på tvers av langtidshjem og profesjoner. Det er ikke en del av vårt mandat å se nærmere på hver av disse møtearenaene, men vi bemerker at enkelte institusjonssjefer etterlyser at læring på tvers av langtidshjem blir satt mer i system. Dette gjelder også kvalitetssjefer og øvrige ansatte, men da særlig på tvers av avdelinger internt på samme langtidshjem.

KPMG vurderer at SYE har etablert en rekke møtearenaer og har tilstrekkelig fokus på erfaringsdeling på tvers, men SYE må vurdere hvorvidt læring på tvers av langtidshjem i større grad kan settes i system. Dette kan for eksempel gjøres ved at god praksis fra enkelte langtidshjem blir dokumentert og tilgjengeliggjort overfor de øvrige langtidshjemmene, utover å kun bli presentert i eksempelvis plan- og oppfølgingsmøter eller resultatoppfølgingsmøter. Tilsvarende tilnærming kan også brukes internt på langtidshjemmene for å sikre erfaringsdeling på tvers av avdelinger.



3. Kvalitet- og styringsystem

3.1 Innledning

SYE benytter kvalitets- og virksomhetsindikatorer for å vurdere tjenestekvalitet og drift ved langtidshjemmene. Indikatorene omfatter både kliniske og organisatoriske forhold, og gir grunnlag for systematisk oppfølging av pasientsikkerhet, ressursbruk og tjenesteforbedring. Kapittelet belyser forskjeller i resultat mellom kommunale langtidshjem, samt variasjoner mellom avdelinger på samme langtidshjem. Ullernhjemmet hadde oppstart februar 2024 og hadde dermed en måned mindre drift enn andre langtidshjem i oversikten i dette kapitlet. Dette kan i noen grad ha påvirket tallene for dette langtidshjemmet.

3.2 Kvalitets- og virksomhetsindikatorer

Oslo kommune benytter Power BI som et sentralt styringsverktøy for datadrevet beslutningsstøtte. Power BI er et interaktivt datavisualiseringsverktøy som muliggjør innsamling, analyse og presentasjon av data på en brukervennlig og intuitiv måte.

I SYE hentes data fra en rekke interne systemer og samles i et felles datavarehus (Power BI). Dette datavarehuset utgjør grunnlaget for rapportering og analyse, og inneholder informasjon om blant annet ernæringskartlegging, legemiddelgjennomgang, sykefravær, økonomi, samt registrerte avvik og uønskede hendelser.

Selv om alle langtidshjemmene måles på alle indikatorer (dette skjer automatisk) så setter SYE kun sentrale mål og følger opp et fåtall indikatorer i virksomhetsstyringen fra et overordnet nivå. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2. Langtidshjemmene vurderer selv hva som er øvrige mål og fokusområder basert på blant annet en lokal ROS-analyse. Enkelt beskrevet er alle rapporter og målinger tilgjengelig for alle, men ikke alle rapporter benyttes på alle langtidshjem.

Tabellen under viser et utvalg kvalitets- og virksomhetsindikatorer som oppdateres automatisk i Power BI, men er ikke en uttømmende liste og institusjonene har muligheten til å benytte andre indikatorer basert på sitt utfordringsbilde.

Kvalitetsindikatorer	Virksomhetsindikatorer
Andel kartlagte for ernæringsrisiko	Balanse i regnskapet
Andel vurdert til risiko som har individuell ernæringsplan	Sykefravær totalt
Andel ansatte som er vaksinerte for influensa	Korttidsfravær
Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner	Andel ansatte 100%
Andel meldte uønskede hendelser per beoer i EQS	Andel ansatte i 80-100%
Andel uønskede hendelser lukket innen frist	Antall AML-brudd
Andel meldte forbedringsforslag i EQS	Andel AML-brudd totalt
Antall råbra meldt i EQS	Andel AML-brudd søndager på rad
Andel gjennomførte legemiddelgjennomganger	Fagdekning totalt
Andel beboere med vanedannende legemidler i reseptgruppe B	Fagdekning uke
Andel beboere med 8 eller flere faste legemidler	Fagdekning helg
Andel beboere med gunstig antibiotika	Turnover
Andel beboere med tvangsvedtak	
Andel pasienter som skrives ut til hjemmet	

Tabellen viser et utvalg av kvalitets- og virksomhetsindikatorer slik de er beskrevet av SYE.



3.2.1 Kvalitetsindikatorer

I dette kapitlet presenteres kvalitets- og virksomhetsindikatorerne slik de er beskrevet av SYE.

Fornøydhet pårørende / Trygghet pårørende

«Fornøydhet pårørende» måler resultater fra spørreundersøkelser om pårørendes tilfredshet med tjenestene. SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi den gir viktig informasjon om opplevd kvalitet og relasjon mellom langtidshjemmene og pårørende. «Trygghet pårørende» viser pårørendes opplevelse av trygghet knyttet til beboers omsorg og behandling.

SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi trygghet er en sentral dimensjon i kvalitet og tillit til tjenestene.

Andel ansatte som er vaksinerte for influensa

Indikatoren viser andelen ansatte ved et langtidshjem som er vaksinert for influensa. Den inkluderer kun vaksinasjon utført ved langtidshjemmet, og kan derfor undervurdere total vaksinasjonsgrad. Influensa kan gi alvorlig sykdom hos eldre og andre sårbare grupper. For beboere på langtidshjem kan en influensainfeksjon føre til komplikasjoner og i verste fall være livstruende. Når flere vaksinerer seg, reduseres risikoen for smittespredning blant beboere og ansatte, noe som bidrar til å opprettholde nødvendig bemanning i en periode der helsetjenesten er presset.

SYE vurderer dette som en kvalitetsindikator fordi det er det viktigste og mest effektive smitteverntiltaket mot influensasykdom.

Andel gjennomførte legemiddelgjennomganger

Indikatoren viser andelen beboere hvor det er utført en legemiddelgjennomgang de siste 12 måneder. Legemiddelgjennomgang skal bidra til best mulig effekt av behandlingen samtidig som risikoen for bivirkninger og pasientskader reduseres.

SYE vurderer dette som en kvalitetsindikator fordi den kan bidra til optimal legemiddelbehandling, færre pasientskader og bedre helse og livskvalitet for den enkelte beboer.

Andel beboere med vanedannende legemidler i reseptgruppe B

Indikatoren viser andelen beboere som står på vanedannende legemidler i reseptgruppe B den siste dagen i måneden. Den omfatter B-preparater som gis fast og ved behov, men viser ikke hvor ofte behovslegemidler faktisk deles ut - kun at de er ordinert av lege og står oppført på legemiddellisten i elektronisk pasientjournal. B-preparater er i hovedsak vanedannende angstdempende og sovemidler, men også svake opioidsmertestillende. Legemidler i reseptgruppe B regnes som risikolegemidler hos eldre og bruk kan øke risikoen for toleranseutvikling og avhengighet, tretthet, fall og kognitiv svikt.

SYE anser dette som en kvalitetsindikator fordi den gir innsikt i forskrivningspraksis, viser i hvilken grad langtidshjemmene følger nasjonale retningslinjer om hensiktsmessig bruk av legemidler til eldre og kan avdekke behov for å øke bruk av ikke-medikamentelle tiltak som ofte er førstevalg fremfor legemiddelbehandling.

Andel beboere med 10 eller flere faste legemidler

Indikatoren viser andelen beboere som står på 10 eller flere faste legemidler på den siste dagen i måneden. Polyfarmasi regnes som en kvalitetsindikator fordi den kan si noe kvaliteten på legemiddelbehandlingen og pasientsikkerheten. Bruk av mange legemidler øker risikoen for bivirkninger og interaksjoner og kan dermed påvirke beboernes helse, livskvalitet og funksjon.

SYE mener indikatoren gir innsikt i forskrivningspraksis, effekten av systematiske legemiddelgjennomganger, samt annen oppfølging av legemiddelbehandling og kan brukes til å avdekke variasjon mellom langtidshjemmene.

Andel beboere med gunstig antibiotika

Indikatoren viser andelen av beboere med antibiotika som får et antibiotikum som er definert som "gunstig". Gunstig antibiotika inngår som primærvalg i nasjonale behandlingsretningslinjer for urinveis- og luftveisinfeksjoner for primærhelsetjenesten. Inndelingen av antibiotika som "gunstig" og "ugunstig" tilsvarer



inndelingen som benyttes i antibiotika styringsprogrammet *Riktigere antibiotikabruk i sykehjem/kommunale helseinstitusjoner* (RASK).

SYE anser dette som en kvalitetsindikator fordi høy andel av gunstig antibiotikabruk kan tilsa en rasjonell forskrivning for den enkelte og bidrar til å redusere resistensutvikling.

Andel vurdert for risiko for underernæring

Indikatoren viser andelen beboere ved langtidshjem som har blitt vurdert for risiko for underernæring de siste 12 måneder. Underernæring har helsemessige konsekvenser som redusert fysisk og kognitiv funksjon, økt sykkelighet og dødelighet. Kartlegging er første steg i å identifisere risiko og iverksette tiltak.

SYE vurderer dette som en kvalitetsindikator fordi den viser om langtidshjemmene følger nasjonale retningslinjer og forebygger og behandler underernæring gjennom systematisk kartlegging.

Andel vurdert til risiko som har individuell ernæringsplan

Indikatoren viser andelen av beboere som er i risiko for underernæring og som har en individuell ernæringsplan. En ernæringsplan sikrer målrettet oppfølging og tiltak for å forebygge og behandle underernæring.

SYE anser dette som en kvalitetsindikator fordi den viser om kartlagt risiko følges opp med konkrete tiltak, i tråd med nasjonale retningslinjer.

Andel meldte uønskede hendelser per plass i EQS

Indikatoren viser hvor mange uønskede hendelser som er registrert ved et langtidshjem, justert for antall plasser langtidshjemmene drifter. Meldinger om uønskede hendelser gir innsikt i risikoområder og mulighet for læring.

SYE vurderer dette som en kvalitetsindikator fordi et høyt antall meldinger kan tyde på godt ytringsklima og meldekultur, og vil kunne avdekke mønstre eller områder innenfor uønskede hendelser med behov for oppfølging.

Andel meldte forbedringsforslag i EQS

Indikatoren viser hvor mange forbedringsforslag som er registrert ved et langtidshjem, justert for antall plasser langtidshjemmet drifter. Forbedringsforslag reflekterer engasjement og vilje til utvikling blant ansatte.

SYE vurderer dette som en kvalitetsindikator fordi det viser en kultur for kontinuerlig forbedring og involvering.

Antall råbra meldt i EQS

Indikatoren viser antall meldte råbra ved et langtidshjem. Råbra gir ansatte mulighet til å melde om det som har gått bra eller fremheve god praksis. Positive tilbakemeldinger styrker arbeidsmiljø og fremmer læring.

SYE anser dette som en kvalitetsindikator fordi det bidrar til å spre god praksis og styrke kultur for kvalitet.

Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner

Indikatoren viser andel beboere som har en infeksjon på et bestemt måletidspunkt. Det gjennomføres to punktmålinger hvert år i sammenheng med Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelser (NOIS-PIAH). Helsetjenesteassosierte infeksjoner kan blant annet skyldes mangelfull hygiene, prosedyrefeil eller svikt i rutiner.

SYE anser dette som en kvalitetsindikator fordi lav forekomst kan tyde på god praksis og høy forekomst kan indikere behov for forbedring.

Antall beboere med tvangsvedtak

Indikatoren viser antall beboere som har et tvangsvedtak registrert i journalsystemet. Den viser ikke omfanget av tvangsbruk, men antall vedtak som er fattet og dokumentert.

SYE vurderer dette som en kvalitetsindikator fordi den gir innsikt i praksis og gir langtidshjemmene mulighet for videre analyse og faglige diskusjoner. SYE har ikke satt en terskel for hva som er et korrekt nivå på antall tvangsvedtak da utøvelse av tvang kan være nødvendig i bestemte situasjoner som stell,



legemiddelhåndtering eller tilbakeholdelse. Behovet for tvangsvedtak vil variere basert på langtidshjemmene beboergruppe og må vurderes lokalt.

3.2.2 Virksomhetsindikatorer

Tallene nedenfor er hentet fra Power BI og viser de utvalgte langtidshjemmenes tall for de ulike virksomhetsindikatorene. For å få et best mulig sammenligningsgrunnlag ble det hentet tall for 2024.

Balanse i regnskapet

Indikatoren måler om langtidshjemmene har økonomisk balanse mellom faktiske kostnader og tildelt budsjetttramme. SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi økonomisk kontroll er avgjørende for bærekraftig drift og god ressursutnyttelse.

Sykefravær totalt

Indikatoren måler samlet fravær blant ansatte grunnet sykdom. SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi høyt fravær kan påvirke kontinuitet og kvalitet i tjenestene, og kan være et tegn på arbeidsmiljøutfordringer.

Korttidsfravær

Indikatoren viser fravær av kort varighet. SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi hyppig korttidsfravær kan indikere belastning, stress eller smitteutfordringer.

Turnover

Indikatoren viser andelen ansatte som har sluttet av antall faste ansatte. Den skiller ikke på årsak til at den ansatte sluttet eller om den ansatte gikk av med pensjon. Indikatoren viser informasjon på koststed, langtidshjem og etatsnivå. SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi opplæring av nyansatte er ressurskrevende og stabilitet i ansattgruppen kan bidra til god kvalitet og kontinuitet i tjenestene.

Antall AML-brudd

Indikatoren viser antall brudd på arbeidsmiljøloven (AML) i Gat på et gitt måletidspunkt. Data hentes ut en gang i måneden. Endringer som gjøres i etterkant av frist blir ikke inkludert. SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi AML-brudd kan indikere utfordringer med bemanning og arbeidsbelastning.

Andel AML-brudd totalt

Indikatoren viser andelen AML-brudd totalt per antall vakter. SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi den gir et bilde av hvor utbredt AML-brudd er og behov for tiltak i turnusplanlegging.

Andel AML-brudd søndager på rad

Indikatoren viser andelen AML-brudd søndager på rad per antall vakter. SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi det kan indikere belastende arbeidstidsordninger og behov for bedre planlegging.

Fagdekning totalt

Indikatoren viser andelen vakter som er dekket med helsepersonell med helsefaglig kompetanse. SYE utforsker flere driftsmodeller med ulik fagsammensetning for å sikre gode, bærekraftige og forsvarlige tjenester og det er derfor ikke satt et sentralt mål for fagdekning.

SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi fagdekning kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet.

Fagdekning uke

Indikatoren viser andelen vakter i ukedager som er dekket med helsepersonell med helsefaglig kompetanse. SYE utforsker flere driftsmodeller med ulik fagsammensetning for å sikre gode, bærekraftige og forsvarlige tjenester og det er derfor ikke satt et sentralt mål for fagdekning.

SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi fagdekning kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet.



Fagdekning helg

Indikatoren viser andelen vakter i helg som er dekket med helsepersonell med helsefaglig kompetanse. SYE utforsker flere driftsmodeller med ulik fagsammensetning for å sikre gode, bærekraftige og forsvarlige tjenester og det er derfor ikke satt et sentralt mål for fagdekning.

SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi fagdekning kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet.

Andel ansatte med 100 % stilling

Indikatoren viser andelen ansatte med 100 % stilling.

SYE anser dette som en virksomhetsindikator fordi høy andel heltidsansatte bidrar til bedre kontinuitet og stabilitet i tjenestene.

Andel ansatte med 80–100 % stilling

Indikatoren viser andelen ansatte med stillingsprosent mellom 80 og 100 %.

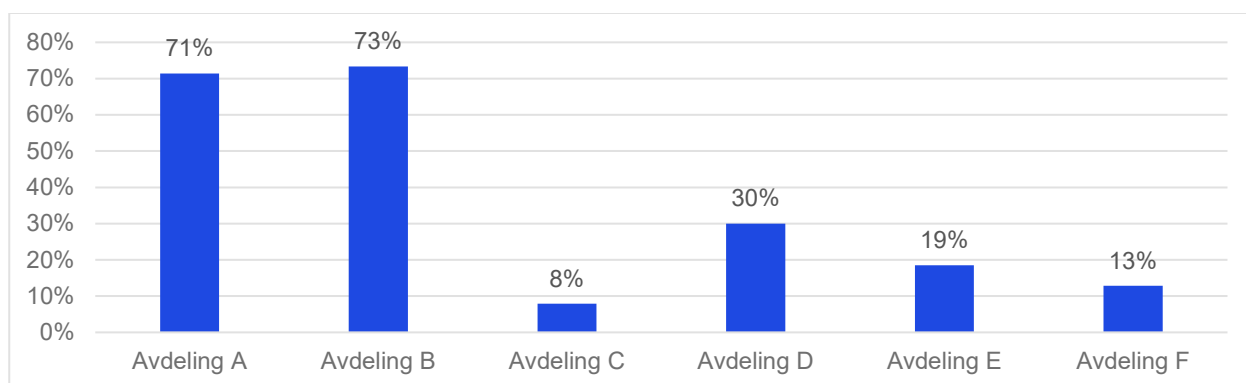
SYE vurderer dette som en virksomhetsindikator fordi det gir oversikt over hvor mange ansatte som er kontinuitetsbærere med høy tilstedeværelse og som bidrar til stabil drift.

3.3 Variasjon mellom langtidshjem og avdelinger

De utvalgte langtidshjemmene har variasjoner i resultatet innenfor de ulike kvalitets- og virksomhetsindikatorene. Som eksempel hadde et langtidshjem 20,5 % turnover, mens et annet hadde 7,5% turnover. Enkelte kvalitets- og virksomhetsindikatorer i Power BI gir mulighet for detaljert kontroll av tall på avdelingsnivå ved de ulike langtidshjemmene. Samtidig finnes det indikatorer som kun presenterer et overordnet bilde av langtidshjemmet som helhet. Som eksempel er det mulig å se hvilke avdelinger som har registrert uønskede hendelser, hvor mange de har registrert og hvor mange tiltak som ble lukket innen fristen. Det er derimot ikke mulig å se hvilke avdelinger som har gjennomført legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging, her er det kun tall for hvert langtidshjem.

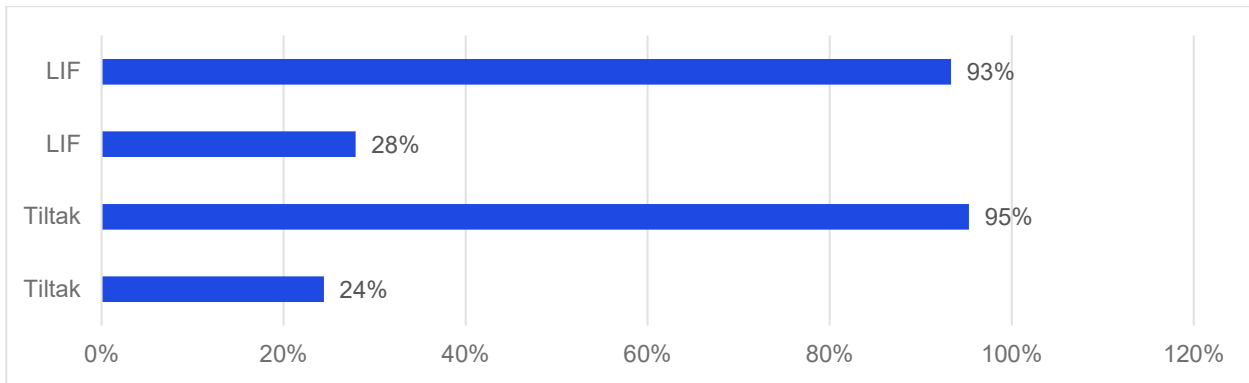
En analyse av de ulike avdelingene som har beboere ved de utvalgte langtidshjemmene viste at det var stor spredning internt på langtidshjemmene. Som eksempel ble det i 2024 registrert totalt 132 AML-brudd ved et utvalgt langtidshjem, med et gjennomsnitt på 33 brudd per avdeling. Ved å benytte median som mål, og dermed ekskludere den ene avdelingen som alene stod for 89 % av bruddene (117 brudd), ble gjennomsnittet redusert til 7 AML-brudd per avdeling.

På et annet langtidshjem hadde to avdelinger laget tiltak for over 70 % av de uønskede hendelsene, mens andre avdelinger hadde laget tiltak for mellom 8 % og 30 % av de uønskede hendelsene.



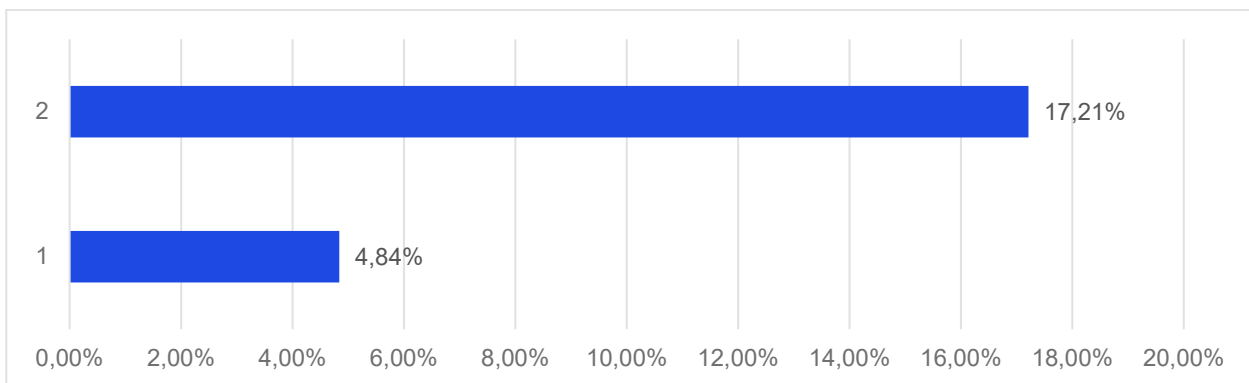
Tabellen viser spredningen i tiltak mellom avdelinger på et utvalgt langtidshjem

Det var også variasjoner mellom avdelinger på ulike langtidshjem. Blant de utvalgte langtidshjemmene hadde de ti avdelingene som knyttet flest tiltak til uønskede hendelser i 2024 et gjennomsnitt på over 95 % tiltak knyttet til hendelser. Til sammenligning hadde de ti avdelingene som knyttet færrest tiltak til uønskede hendelser et gjennomsnitt på 24 %. For lukking av hendelser innen tidsfrist (LIF) var gjennomsnittet 93% for de som lukket flest innen fristen, og 28% for de som lukket minst innen fristen.



Tabellen viser forskjellen på de 10 avdelingene som knyttet flest tiltak til uønskede hendelser og de som knyttet færrest, samt resultatene for uønskede hendelser som fikk tiltak og som ble lukket innen fristen i 2024.

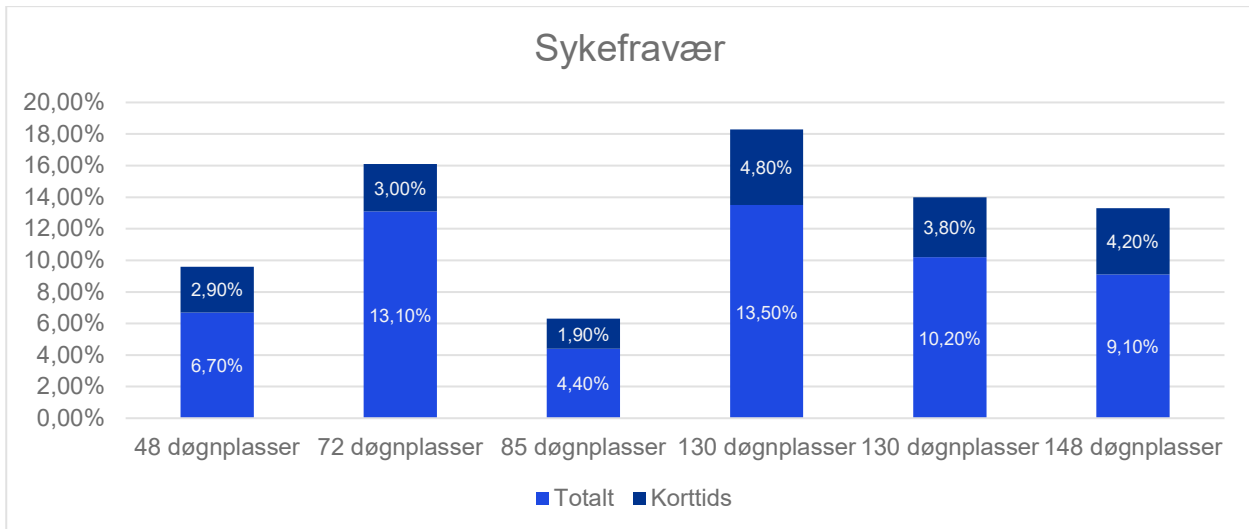
Det samme resultatet vises for eksempel innen sykefravær, der de 10 avdelingene med lavest sykefravær hadde et gjennomsnitt på 4,84%, mens de med høyest hadde et gjennomsnitt på 17,21%.



Tabellen viser forskjellen på gjennomsnittet på de 10 avdelingene med lavest / høyest sykefravær.

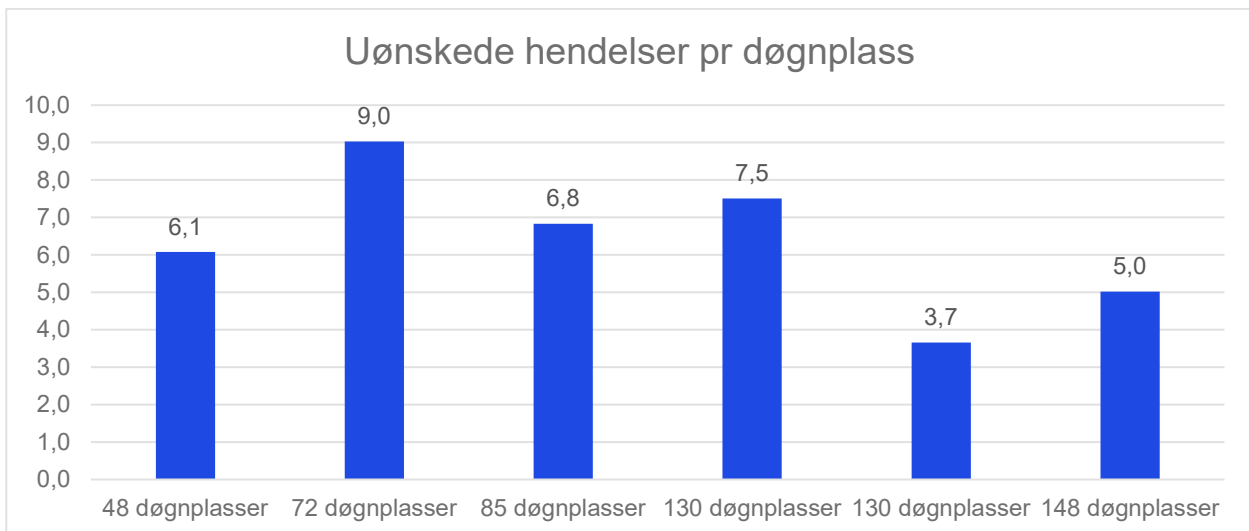
De utvalgte langtidshjemmene varierer betydelig i størrelse, med det minste langtidshjemmet med 48 døgnplasser og det største med 148. Det er også variasjon i hvordan de utvalgte langtidshjemmene er utformet og organisert. Noen har et flertall av somatiske pasienter og enkelte beboere med demens, mens andre har utelukkende beboere med demens. Enkelte langtidshjem har spesialavdelinger for pasienter med rusproblematikk eller psykiske utfordringer. I tillegg varierer bygningsmessig utforming og bruk av teknologi; noen er mer tradisjonelle langtidshjem, mens andre er bokkonsepter designet rundt helseteknologiske løsninger.

Våre dataanalyser viser variasjoner både mellom langtidshjemmene som helhet og mellom avdelinger innen hvert enkelt langtidshjem. For å ta hensyn til variasjoner i langtidshjemmenes størrelse, ble det gjennomført en sammenlignende analyse av sykefravær, registrerte uønskede hendelser og brudd på arbeidsmiljøloven (AML). Analysen viser at det foreligger variasjoner mellom langtidshjemmene, uavhengig av langtidshjemmenes størrelse.



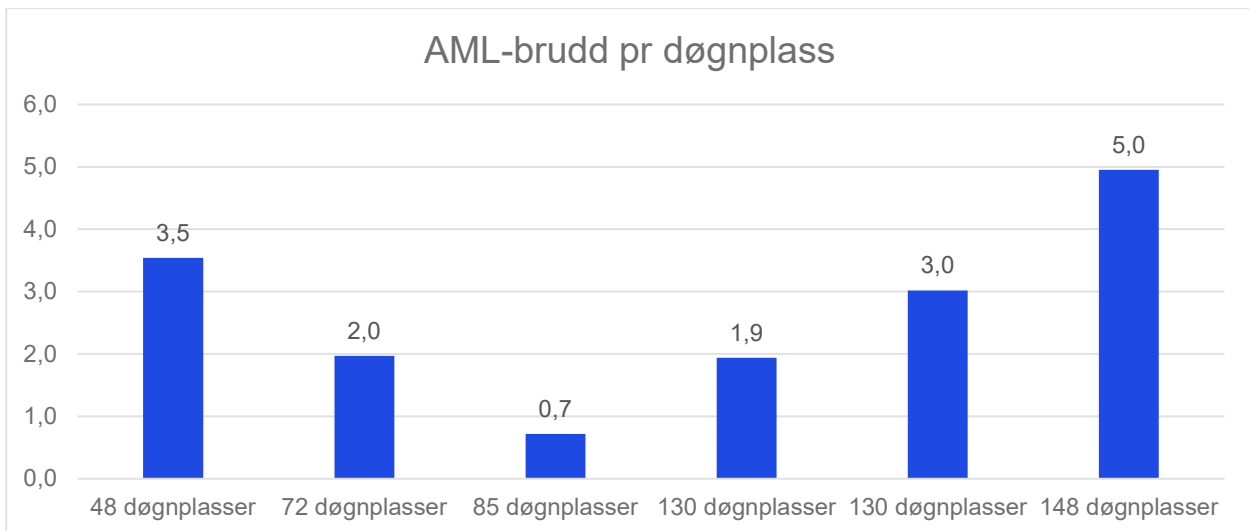
Tabellen viser korttidsfravær og totalt sykefravær på de seks utvalgte langtidshjemmene i 2024.

Langtidshjemmet med 85 døgnplasser har et totalt fravær på 4,4 %, mens et av langtidshjemmene med 130 døgnplasser har tre ganger så høyt fravær, til tross for at det kun er 52 % større. Videre har langtidshjemmet med 72 døgnplasser et fravær på 13,1 %, noe som er 4 prosentpoeng høyere enn langtidshjemmet med 148 døgnplasser, til tross for at sistnevnte er mer enn dobbelt så stort.



Tabellen viser antall registrerte uønskede hendelser per døgnplass på de seks utvalgte langtidshjemmene i 2024.

Ett langtidshjem med 130 døgnplasser har registrert om lag dobbelt så mange uønskede hendelser som et annet langtidshjem med tilsvarende kapasitet. Videre har det minste langtidshjemmet i utvalget nesten like mange registrerte uønskede hendelser som et langtidshjem med tre ganger så mange døgnplasser.



Tabellen viser antall AML-brudd per døgnplass på de utvalgte seks langtidshjemmene i 2024.

Ett langtidshjem med 148 døgnplasser er 74 % større enn et langtidshjem med 85 døgnplasser, men har over 600 % flere AML-brudd per døgnplass. Ett av langtidshjemmene med 130 døgnplasser har registrert over 50 % flere AML-brudd enn et annet langtidshjem med tilsvarende kapasitet.

3.4 Indikatorer som proaktivt verktøy for kvalitetsforbedring

Bruk av kvalitets- og virksomhetsindikatorer kan bidra til å forebygge uønskede hendelser på langtidshjem ved å gi ledelsen og ansatte et faktabasert grunnlag for tidlig identifisering av risiko. Indikatorer gjør det mulig å overvåke trender og oppdage avvik fra normaltilstanden før de utvikler seg til alvorlige hendelser.

Når indikatorene analyseres systematisk, kan de avdekke underliggende årsaker, som for eksempel ressursmangel eller svikt i rutiner, og dermed danne grunnlag for forebyggende tiltak. I tillegg kan bruken av indikatorer bidra til å skape en kultur for kontinuerlig forbedring, der beslutninger baseres på data fremfor antakelser, noe som bidrar til å styrke både pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene.

Som eksempel kan en markant nedgang i indikatoren «Fornøydhet pårørende», som bygger på spørreundersøkelser om pårørendes tilfredshet med tjenestene, være et mulig signal om underliggende utfordringer. Ved å følge utviklingen i denne indikatoren tett, kan SYE/ledelsen oppdage negative trender før de eskalerer, og iverksette målrettede tiltak for å rette opp forholdene. Slik kan indikatorene fungere som et proaktivt verktøy for kvalitetsforbedring. Dette bekreftes også i intervju der institusjonssjefer og kvalitetssjefer forklarte at de benytter kvalitets- og virksomhetsindikatorer til å følge opp driften av langtidshjemmene.

3.5 Vurderinger

3.5.1 Innledning

Vi vil i det følgende presentere våre observasjoner og vurderinger knyttet til kvalitets- og virksomhetsindikatorerne i SYE.

3.5.2 Kvalitets- og virksomhetsindikatorerne gir verdifull innsikt

SYE har opplyst at indikatorer for kvalitet- og virksomhetsstyring utgjør sentrale verktøy i arbeidet med drift og utvikling av tjenestene. Vi er enig i denne vurderingen. Dette fordi indikatorene gir et overordnet bilde av tilstand og utvikling, og bidrar til å identifisere områder som krever nærmere oppfølging eller forbedringstiltak.

Det er etter vårt syn viktig at indikatorene tolkes i lys av faglig kompetanse, lokal kontekst og informasjon som ikke lar seg kvantifisere. En helhetlig vurdering av drift, utfordringer og utviklingsbehov forutsetter derfor også bruk av andre kilder, som tilsynsfunn, brukerundersøkelser, klager, risikoanalyser og annen kvalitativ informasjon. Undersøkelsen viser at SYE er bevisst på dette og at data sammenstilles med andre kilder.

Selv om etatens styringsindikatorer er tilgjengelige i Power BI, viser vår undersøkelse at det er stor variasjon i hvor mye de ulike indikatorene faktisk vektlegges i styringen – både på etatsnivå og lokalt ved



langtidshjemmene. Dette harmoniserer for øvrig med oppdragsbrevets utforming og langtidshjemmenes anledning til å prioritere ut fra lokale forhold og behov.

Vi registrerer at Power BI-rapportene er utviklet over flere år, og det har ikke vært praksis å avpublisere rapporter så lenge innholdet er korrekt. Dette innebærer at enkelte indikatorer fortsatt er synlige og tilgjengelige, selv om de ikke lenger inngår i formelle styringsdokumenter. Etter vårt syn fremstår det som fornuftig at dataene er tilgjengelig og kan brukes av langtidshjemmene og SYE ved behov.

Selv om kvalitets- og virksomhetsindikatorer gir et strukturert bilde av driften, er det etter vårt syn krevende å fastslå om de faktisk fører til færre uønskede hendelser. Nesten alle intervjuede fremhevet at det er et sterkt fokus på å registrere uønskede hendelser, uavhengig av alvorlighetsgrad. Samtidig viser undersøkelser at ansatte ved de utvalgte langtidshjemmene opplever vurdering av konsekvens og sannsynlighet som komplisert, og at denne kompleksiteten fører til store variasjoner i hvordan hendelser klassifiseres.

Når vurderingene av konsekvens og sannsynlighet ved registrering av uønskede hendelser mangler konsistens og pålitelighet, blir det vanskelig å bruke denne dataen som et grunnlag for analyse av kvalitets- og virksomhetsindikatorers effekt på forebygging av uønskede hendelser. En reduksjon i for eksempel alvorlige/svært alvorlige uønskede hendelser kan skyldes manglende registrering, økt fokus på klassifisering ved bruk av risikomatriksen, eller en faktisk reduksjon i uønskede hendelser.

Ved å øke datakvaliteten for uønskede hendelser, kan det bli enklere å vurdere hvordan kvalitets og virksomhetsindikatorerne faktisk bidrar til å forebygge uønskede hendelser. Datakvaliteten for uønskede hendelser vil bli nærmere omtalt i kapittel 4.

3.5.3 Å analysere kvalitets- og virksomhetsindikatorer på institusjonsnivå kan gi et feil bilde

Våre dataanalyser har avdekket variasjoner i resultat på kvalitets- og virksomhetsindikatorerne både mellom langtidshjemmene som helhet og mellom avdelinger innen hvert enkelt langtidshjem. Vår forståelse er at dette til en viss grad kan årsaksforklares med at lokale forhold påvirker resultatene. Et eksempel på dette er fagdekning, hvor et av de utvalgte langtidshjemmene inngår i et forsøksprosjekt med mål om å kun benytte faste stillinger. For andre indikatorer, som sykefravær, har vi imidlertid ikke identifisert åpenbare årsaker til variasjonene. Undersøkelsen viser for eksempel at et langtidshjem har et sykefravær på over 13 %, mens andre ligger under 5 %, uten at vi har funnet klare forklaringsfaktorer. Variasjonen mellom langtidshjem og mellom avdelinger fremkommer også når det tas hensyn til størrelse.

Vi ser at variasjonen på enkelte avdelinger på et langtidshjem kan ha stor innvirkning på langtidshjemmets samlede resultater, og dermed gi et skjevt bilde av den faktiske situasjonen for langtidshjemmet i sin helhet. For eksempel kan én avdeling ha høyt sykefravær, mens de øvrige avdelingene ligger innenfor SYE sitt mål. I slike tilfeller vil gjennomsnittet for hele langtidshjemmet trekkes opp, og indikere at langtidshjemmet har generelle utfordringer, selv om det i realiteten kun er én avdeling hvor det bør iverksettes tiltak. Avdelinger med gode resultater kan maskere utfordringer andre steder i virksomheten, på samme måte som avdelinger med svake resultater kan trekke ned gjennomsnittet og gi et overdrevent negativt inntrykk av helheten.

SYE har opplyst at de vurderer tallene på både avdelings-, institusjons-, område- og etatsnivå og fokuserer på enkelt-avdelinger i styringsdialogen med langtidshjemmene. I vår undersøkelse fant vi at flere avdelinger hadde avvik både fra gjennomsnittet for sitt eget langtidshjem og fra gjennomsnittet for alle de utvalgte hjemmene. Basert på dette vurderer vi at det kan være mer hensiktsmessig å rette oppmerksomheten mot avdelingsnivå fremfor institusjonsnivå, også i styrings- og oppfølgingsarbeidet.



4. Registrering av uønskede hendelser

4.1 Innledning

Registrering av uønskede hendelser er en sentral del av kvalitetsarbeidet ved langtidshjemmene. Vi vil i dette kapitlet beskrive ulike faktorer som påvirker registrering av hendelser og kvaliteten på dataene som registreres i EQS.

4.1.1 Uønskede hendelser og EQS

Oslo kommune sin veileder «EQS Veileder for melde og behandle uønskede hendelser, avvik og forbedring» (heretter «veilederen») ble sist revidert 28. januar 2025. Formålet med veilederen er å beskrive ansvarsfordelingen og lokalt samarbeid som bidrar til kvalitetsforbedring, samt å beskrive hva som skal registreres som uønsket hendelse eller avvik og hvordan slike hendelser registreres i EQS. Veilederen gjelder for flere byrådsavdelinger og etater i kommunen, inkludert SYE.

Veilederen definerer leder og ansatte sine ansvarsområder. Leder har ansvar for å ha oversikt over og behandle uønskede hendelser og avvik. Videre har leder ansvar for å iverksette tiltak i enkeltsaker, bruke meldte hendelser til læring og forbedringsarbeid, og bruke tilgjengelig statistikk og rapporter til styring og kontroll av kvalitet og internkontroll. Leder har også et ansvar for å etablere god meldekultur og engasjere ansatte i utvikling- og forbedringsarbeid.

Ansatte har ansvar for å melde om uønskede hendelser, avvik og forbedringer. Videre skal ansatte kjenne til krav og forventninger til hvordan oppgaver skal utføres, og holde seg oppdatert om nye og endrede rutiner. Ansatte skal også holde seg faglig oppdatert, følge opplæringsplaner og bidra til forbedring og utvikling av tjenesten.

I veilederen del 2 er det et eget kapittel med informasjon til ansatte som skal melde uønskede hendelser og forbedringsforslag i EQS. Det fremgår tydelig at det skal være lav terskel for å melde uønskede hendelser, og at uønskede hendelser ikke skal beskrive kollegaer eller andre sin arbeidsutførelse. En uønsket hendelse skal være rettet mot arbeidsplassens organisering, struktur, rutiner mv. Det står at det er systemsviker som skal bli synlige og konsekvensene av dem som skal forbedres. Videre er det i veilederen en liste med eksempler på forhold som kan meldes, eksempelvis brudd på lover og rutiner, feil og mangler som har en konsekvens for tjenestemottakeren eller arbeidsmiljøet, nestenulykker og ulykker. Det følger ikke en oversikt over konkrete typetilfeller som utgjør en uønsket hendelse i veilederen. Veilederen definerer også forhold som ikke anses som uønskede hendelser, herunder klage fra tjenestemottakere, personrelaterte hendelser og varslingssaker.

Avslutningsvis har veilederen en lenke til en praktisk beskrivelse med steg for steg beskrivelse av hvordan ansatte melder uønskede hendelser.

Extend Quality System (EQS) er SYE sitt system for å registrere og behandle uønskede hendelser. EQS kvalitetsstyringssystem er bygd opp av moduler som kan settes sammen etter virksomhetens behov og leveres med norsk eller engelsk som standard valgbare språk. I tillegg kan løsningen leveres med språkpakke for svensk, dansk eller spansk. Dette gjelder tekster i brukergrensesnittet slik som menyer, ledetekster til funksjonalitet, dialogbokser, hjelpetekster til verktøyknapper, brukerveiledninger og lignende. Via en nettleser har brukere tilgang til aktuelle dokumenter som rutiner og manualer, samt andre dokumenter.

EQS er tilgjengelig på PC, mobil og nettbrett, herunder både private og jobberelaterte enheter.

I EQS har de ansatte mulighet å melde inn gode ideer og forslag til forbedringer på arbeidsplassen. Registreringen gjøres som et forbedringsforslag, med nærmeste leder som mottaker. Alle ansatte på arbeidsplassen kan lese innkomne forbedringsforslag. De ansatte har også mulighet til å rapportere noe som de mener er virkelig bra på arbeidsplassen gjennom #Råbra.



4.1.2 Opplæring

De fleste vi har intervjuet har forklart at ansatte mottar opplæring i registrering av uønskede hendelser i EQS. Opplæring gis ved tiltredelse, men enkelte har pekt på at det kunne vært behov for oppfriskningskurs for ansatte som har jobbet en stund på avdelingen.

Resultatet fra spørreundersøkelsen viser at 67,6 % av respondentene svarte at de var svært enig eller enig i at de har fått tilstrekkelig opplæring i å registrere uønskede hendelser i EQS. Det var 15,3 % av respondentene som var uenig eller svært uenig i at de har mottatt tilstrekkelig opplæring.

Vi har også fått opplyst av SYE at de har en egen onboardingsplan for å sikre en helhetlig og kvalitetssikret opplæringsprosess for nyansatte.

4.2 Registrering av uønskede hendelser i EQS

4.2.1 Registrering i EQS

Ansatte som opplever en hendelse de vurderer som uønsket, skal registrere denne i EQS. Intervjusamtalene med ansatte og ledere ved langtidshjemmene viser en felles forståelse av at formålet med registreringen er å bidra til forbedring av tjenestene. De fleste ansatte oppgir at ledelsen tydelig har kommunisert forventningen om at uønskede hendelser skal registreres. Videre fremgår det at alle intervjuede ansatte er kjent med rutinen og bekrefter at registrering i EQS er en etablert praksis.

Registrering av uønskede hendelser skjer via et webbasert skjema som er tilgjengelig på intranett. Skjemaet inneholder flere obligatoriske felter, markert med rød stjerne (*), som må fylles ut før innsending. I tillegg er det lenker til veiledningsressurser, blant annet risikomatrisen, som gir støtte til vurdering av hendelsens alvorlighetsgrad. Når registreringen er fullført, sendes saken automatisk videre til leder for oppfølging.

Under følger en beskrivelse av de mest sentrale feltene i skjemaet samt funn knyttet til prosessen for registrering.

Fritekstbokser

Det er totalt fire fritekstbokser i EQS:

- Gi en kort beskrivelse av hendelsen
- Hva gjorde du for å redusere konsekvensen av hendelsen?
- Kommentar til alvorlighetsgraden av hendelsen
- Innspill til forbedring for å unngå at lignende hendelser skjer igjen

Enkelte intervjuede har opplyst at ansatte med annenspråklig bakgrunn kan oppleve utfordringer ved registrering av uønskede hendelser. Dette skyldes at beskrivelsen av hendelsen må utformes på norsk, noe som kan være krevende for enkelte.

I spørreundersøkelsen fikk de som svarte at de var uenig (10,4%) eller svært uenig (2,2%) i at det var lett å registrere uønskede hendelser, et ekstra spørsmål om hvorfor. Her krysset 21,7% av for at «det er vanskelig å skjønne hva jeg skal skrive» og 4,3% krysset av for at «det er vanskelig å skrive på norsk».

Hendelsestype

I feltet for hendelsestype skal den som registrerer den uønskede hendelsen velge kategorien som best samsvarer med den aktuelle hendelsen. Skjemaet inneholder åtte overordnede kategorier, som hver har egne underkategorier, og disse kan igjen ha ytterligere underinndelinger. Noen kategorier utløser tilleggsspørsmål, for eksempel om den som melder hendelsen er sykepleier. Et eksempel på strukturen er:

Legemidler → Utdeling → Gitt feil legemiddel.

Enkelte ansatte oppgir at de noen ganger avstår fra å registrere uønskede hendelser i EQS fordi de er usikre på hvilken kategori hendelsen skal plasseres i, samt hvilken konsekvensgrad som skal angis. For å håndtere utfordringen søker enkelte ansatte hjelp fra kolleger for å fullføre registreringen, noe som medfører ekstra ressursbruk på avdelingen.



Av de som svarte at de var uenig (10,4%) eller svært uenig (2,2%) i at det var lett å registrere uønskede hendelser, krysset 65,2% av for at «det er vanskelig å finne rett kategori».

ID fra fag- eller journalsystem

Et fåtall ledere pekte på viktigheten av å registrere hvilket system/ID som var involvert i hendelsen. Hvis ansatte opplyser om dette, er det enklere for leder å følge opp den uønskede hendelsen i ettertid.

4.2.2 Konsekvens og sannsynlighetsvurdering

Ved registrering av uønskede hendelser skal den som melder vurdere hendelsens alvorlighetsgrad og hyppighet. Alvorlighetsgrad angis ved å velge én av følgende fem kategorier: *ubetydelig, lav, moderat, alvorlig* eller *svært alvorlig*. Deretter skal melder anggi hvor ofte tilsvarende hendelser forekommer i arbeidssammenheng, basert på følgende alternativer: *årlig eller sjeldnere, noen ganger per år, månedlig, ukentlig* eller *daglig*.

Kategoriseringen skal gjøres med utgangspunkt i veilederen for risikovurdering, som beskriver hvilke konsekvenser de ulike kategoriene indikerer. Risikovurderingen er basert på skjønn, men skal ta utgangspunkt i kriteriene i risikomatriksen utarbeidet av Byrådsavdelingen for helse (HLS). Veilederen presiserer at risikovurderingen gir føringer for videre behandling, herunder prioritering og valg av tiltak.

En *svært alvorlig* hendelse kan være et dødsfall eller at flere personer rammes av alvorlig, varig funksjonsnedsettelse eller skade. En hendelse som medfører mindre eller kortvarige medieoppslag kan kategoriseres som *moderat*.

Veileder

Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Ingen skade Tap/skade/merforbruk mindre enn 50. 000kr for virksomheten Ubetydelig påvirkning fra media Påvirker ikke etterlevelse Ubetydelig innvirkning på måloppnåelse av virksomhets mål	Småskader Tap/skade/merforbruk mellom 50. 000kr og 250 000kr for virksomheten Henvendelse fra media uten negative oppslag Kan medføre brudd på intern instruks eller reglement, uten at dette medfører brudd på lov, forskrift eller annet regelverk. Liten innvirkning på oppnåelse av virksomhetens mål.	Mindre alvorlig personskade Tap/skade/merforbruk mellom 250. 000kr og 1. million kr for virksomheten Mindre eller kortvarige oppslag i media. Kan medføre eller bidra til mindre alvorlige brudd på lov, forskrift eller annet regelverk. Kan medføre brudd på intern instruks eller reglement. Moderat innvirkning på oppnåelse av virksomhetens drift.	Alvorlig personskade eller varig funksjonsnedsettelse. Tap/skade/merforbruk mellom 1 og 5. millioner kr for virksomheten. Negative oppslag i riksdekkende media over flere dager. Tap av tillit hos innbyggere og samfunnet. Kan medføre eller bidra til brudd på lov, forskrift eller annet regelverk. Manglende oppnåelse av mindre kritiske mål i tildelingsbrevet.	Dødsfall eller flere personer rammes av alvorlig varig funksjonsnedsettelse eller skade. Tap/skade/merforbruk over 5. millioner kr for virksomheten. Langvarig og svært negative oppslag i riksdekkende media. Vesentlige tap av tillit hos innbyggere og samfunnet. Kan medføre eller bidra til alvorlige brudd på lov, forskrift eller annet regelverk. Manglende oppnåelse av kritiske mål i tildelingsbrevet.
Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
Sjeldnere enn en gang i året.	Forventes å inntreffe årlig. Hendelsen kan oppstå under sjeldne omstendigheter.	Forventes inntreffe minst kvartalsvis. Hendelsen kan oppstå under noen omstendigheter.	Forventes å inntreffe tilnærmet månedlig. Hendelsen kan oppstå under flere omstendigheter.	Forventes å inntreffe ukentlig. Hendelsen kan oppstå under de fleste omstendigheter.

Tabellen er hentet fra kapitlet «Risikovurdering» i Veileder for melde og behandle uønskede hendelser, avvik og forbedringer

Basert på intervjuer ved de utvalgte langtidshjemmene fremkommer det at kjennskapet til tabellene for vurdering av konsekvens og sannsynlighet er varierende. Svært få ansatte oppga at de benyttet disse tabellene aktivt når de registrerer uønskede hendelser. I tillegg opplyste flertallet at de enten aldri hadde sett tabellene, eller var usikre på hvordan de skulle brukes i praksis.



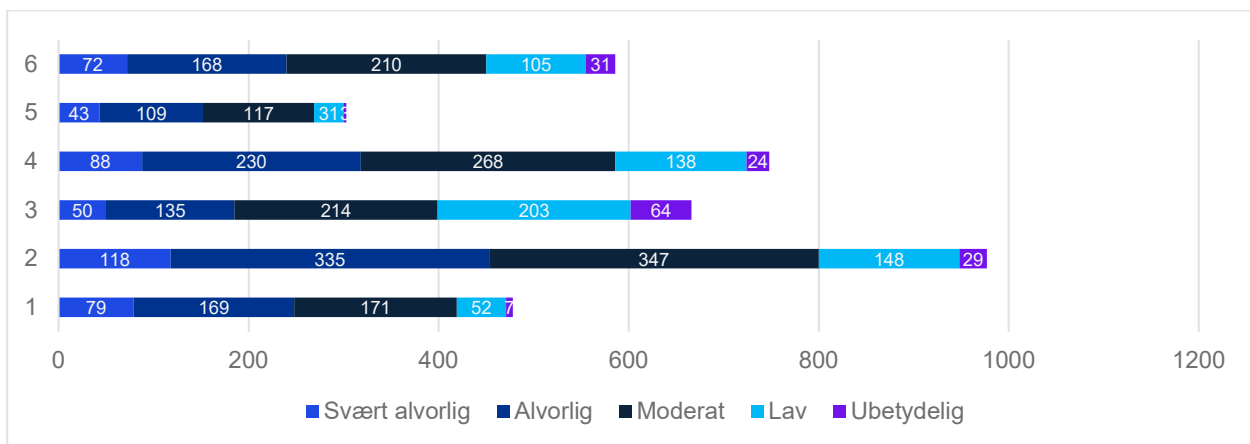
Vi oppfattet i intervjuene at vurderingene i stor grad baseres på en kombinasjon av kollegial drøfting og den enkeltes subjektive opplevelse av hendelsen. Dette åpner for et betydelig rom for tolkning, og en del ansatte oppga at de satte konsekvens ut fra hva som kunne ha skjedd, snarere enn hva som faktisk skjedde.

Videre har vi i intervju fått opplyst at enkelte konsekvensvurderinger blir påvirket av den ansattes emosjonelle tilstand i registreringsøyeblikket. Dette gjaldt særlig ved gjentakende hendelser, hvor frustrasjon over manglende oppfølging kunne føre til at konsekvensen ble vurdert som mer alvorlig enn tidligere.

I det vesentlige har institusjonssjefer og områdedirektører forklart at de er kjent med utfordringen knyttet til feil registrering av konsekvens og sannsynlighet.

Analyse av alvorlighet og sannsynlighet rapportert i EQS

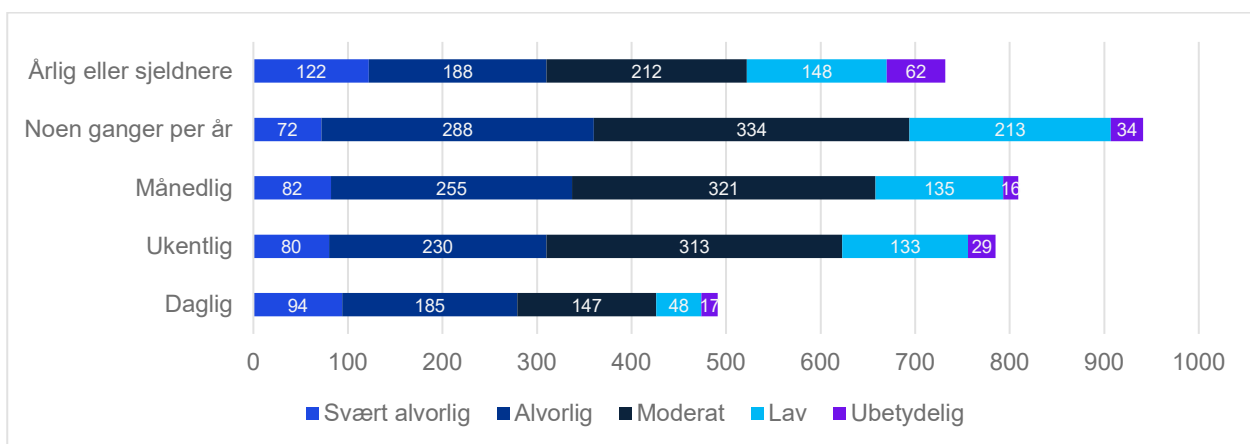
En analyse av registrerte avvik og uønskede hendelser ved de utvalgte langtidshjemmene i 2024 støtter hypotesen om at ansatte i stor grad ikke kjenner til risikomatrisen. Av over 3 700 registrerte hendelser er nærmere 1 600 klassifisert som «svært alvorlig» (450) eller «alvorlig» (1 146). Våre undersøkelser gir ingen indikasjoner på at forholdene beskrevet under disse kategoriene i risikomatrisen faktisk har forekommet 1 600 ganger i løpet av 2024 ved de seks langtidshjemmene.



Tabellen over viser fordelingen på konsekvensområde for de utvalgte langtidshjemmene i 2024.

For å vurdere om det foreligger samsvar mellom oppgitt sannsynlighet for uønskede hendelser og faktisk registreringsvolum, har vi gjennomført en sammenlignende analyse. Hyppighetskategoriene som angis ved registrering (daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger per år, årlig eller sjeldnere) er operasjonalisert til teoretisk forventet antall hendelser per år. Det muliggjør en enkel kontroll av om registreringsmønsteret står i rimelig forhold til de sannsynlighetsvurderingene som oppgis.

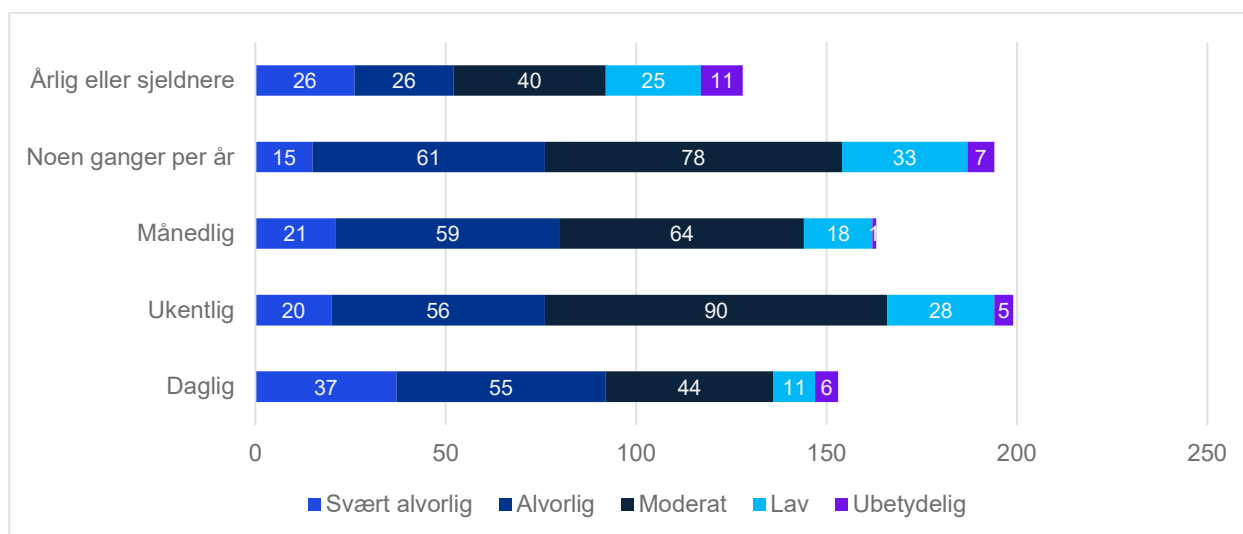
Som illustrasjon: Dersom en uønsket hendelse - for eksempel fall med svært alvorlig konsekvens - vurderes å inntreffe daglig, tilsvarer det teoretisk om lag 365 registrerte hendelser i løpet av ett år. Av 3758 uønskede hendelser ble 491 registrert som daglig, 785 som ukentlig, 809 månedlig, 941 noen ganger pr og 732 årlig eller sjeldnere.



Tabellen viser fordelingen innenfor konsekvensområde for de registrerte uønskede hendelsene i 2024.



Innenfor kategorien behandling og pleie ble det registrert 837 uønskede hendelser, og av disse var 153 rapportert å skje daglig.



Tabellen viser fordelingen innenfor konsekvensområde for kategorien behandling og pleie i 2024.

En manuell gjennomgang av registrerte uønskede hendelser innen kategorien behandling og pleie, som er oppgitt å forekomme daglig, viser at det til tross for enkelte tematiske likhetstrekk, er betydelig variasjon i hendelsenes karakter. Det ble identifisert et bredt spekter av ulike typer hendelser, noe som tyder på at kategorien favner om mange ulike situasjoner og problemstillinger.

innenfor hendelser klassifisert som svært alvorlige, ble det registrert totalt 20 unike tema. Dette indikerer at selv om hyppigheten er høy, er det ikke nødvendigvis snakk om gjentakelse av én og samme hendelsestype, men snarere en samling av ulike alvorlige hendelser innen samme overordnede kategori.

Ansatte ved de utvalgte langtidshjemmene opplevde vurdering av konsekvens og sannsynlighet som komplisert, noe som resulterer i store variasjoner i registrerte data. Dette gjør det utfordrende å bruke dataene som grunnlag for tiltak på et overordnet nivå, da påliteligheten og konsistensen i vurderingene er begrenset.

Lokalt ser imidlertid ikke den varierende datakvaliteten ut til å ha like store konsekvenser. Ledere som aktivt fulgte opp uønskede hendelser og hadde dialog med de involverte, fikk god innsikt i hendelsen. Dette gav dem mulighet til å korrigere eventuelle feilvurderinger i ettertid og samtidig involvere de ansatte i utforming av tiltak.

Denne praksisen bidro til at alvorlige hendelser ble håndtert, selv om de formelle registreringene i EQS kunne være mangelfulle eller misvisende. En av lederne ga i intervju uttrykk for at de stort sett brukte den ansattes vurdering av konsekvens og sannsynlighet til å få innsikt i hvordan den ansatte opplevde hendelsen.

Områdedirektørene har forklart at de er kjent med at datakvaliteten her er lav, og at de derfor i mindre grad kan bruke denne statistikken i styring og forbedringsarbeidet.

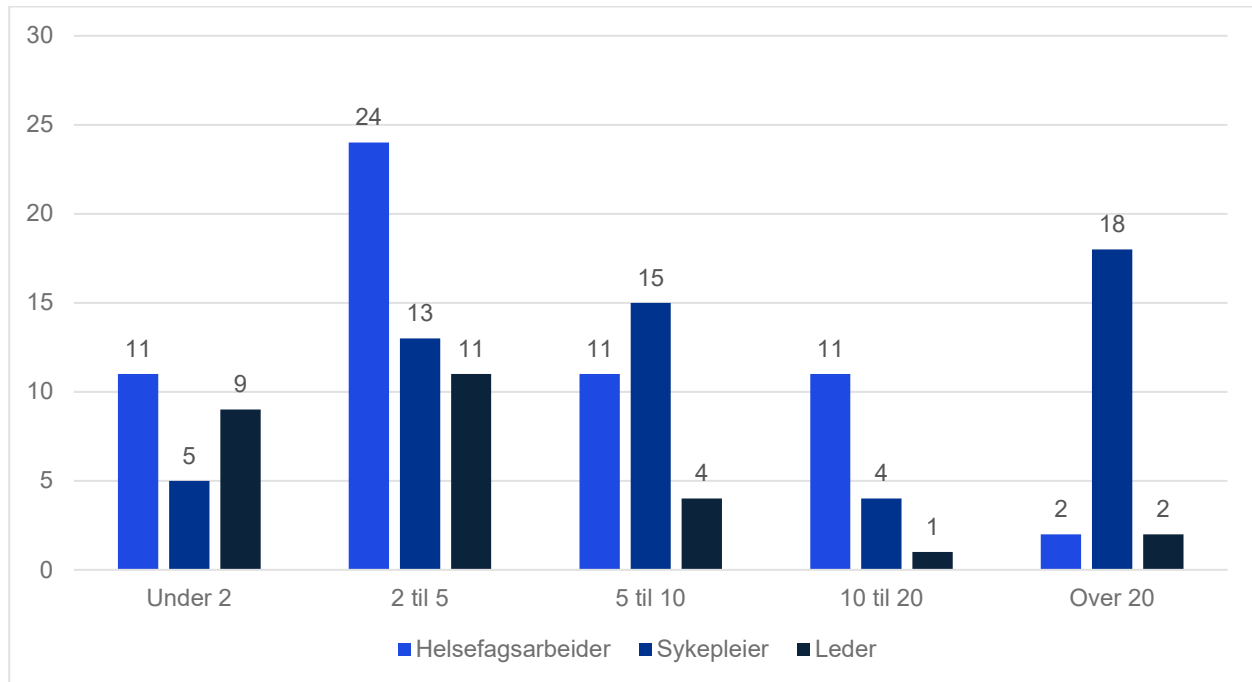


4.3 Andre forhold som påvirker registrering

4.3.1 Ansattes opplevelse

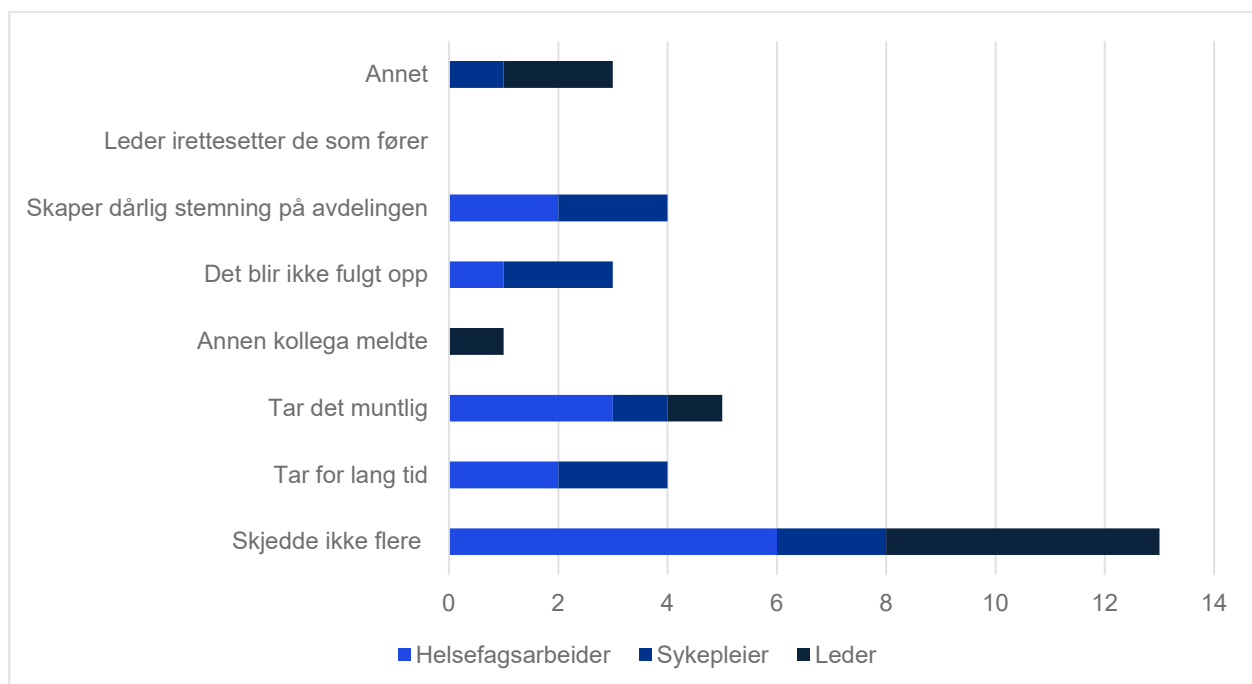
I tillegg til oppsettet i EQS er det også andre forhold som påvirker registreringen av uønskede hendelser. Flere spørsmål i både intervjuer og i spørreundersøkelsen var knyttet til hvorfor det eventuelt ikke registreres uønskede hendelser.

Hvor mange uønskede hendelser har du registrert i EQS det siste året?



Tabellen viser hva helsefagsarbeider, sykepleier og leder svarte på spørsmålet. De som valgte <2 fikk et tilleggsspørsmål om hvorfor.

Jeg har registrert under 2 uønskede hendelser fordi:



Tabellen viser hva helsefagsarbeider, sykepleier og leder svarte på spørsmålet. Det var mulig å velge flere alternativer.



I intervjuene ble det blant annet pekt på følgende faktorer som påvirket registrering av uønskede hendelser:

Det er tidkrevende å registrere uønskede hendelser

Det fremkommer gjennomgående i intervju at registrering av uønskede hendelser oppleves som tidkrevende. Et flertall av de ansatte oppgir at de enten ikke har tid til å registrere hendelsen i en hektisk arbeidshverdag, eller at selve registreringsprosessen i EQS er teknisk krevende på grunn av mange kategorier og et omfattende skjema med obligatoriske felter.

De fleste som har påpekt denne utfordringen, understreker at den særlig gjelder hendelser med lav alvorlighetsgrad. Flere oppgir at de i slike tilfeller velger å adressere hendelsen muntlig med den det gjelder, fremfor å registrere den i EQS.

I spørreundersøkelsen fikk de som svarte at de var uenig (10,4%) eller svært uenig (2,2%) i at det var lett å registrere uønskede hendelser et ekstra spørsmål om hvorfor. Her krysset 69,6% av for at «det tar for lang tid».

Kjenner ikke til ulike plattformer som kan benyttes til registrering av uønskede hendelser

Ansatte oppgir at de er kjent med at EQS er tilgjengelig via PC. Få var imidlertid klar over at systemet også kan benyttes på mobiltelefon og nettbrett, både på private og jobberelaterte enheter. Blant de som kjente til denne muligheten, uttrykte enkelte motvilje mot å installere arbeidsrelaterte applikasjoner på privat telefon.

I spørreundersøkelsen svarte 96,2 % at dersom de skulle registrere en uønsket hendelse i EQS, så brukte de PC. Av de som svarte, krysset 7,7 % av for at de også benyttet mobil, og kun 2,7 % krysset at de også benyttet mobiltelefon.

Sykepleiere registrer flere uønskede hendelser enn andre

Intervjuene viser at sykepleiere opplever det som enklere å registrere uønskede hendelser via PC, ettersom de i løpet av arbeidsdagen utfører flere oppgaver på datamaskin. Helsefagarbeidere og andre ansatte som i mindre grad benytter PC i sitt daglige arbeid, oppgis å registrere færre uønskede hendelser.

I spørreundersøkelsen svarte 78 % av helsefagarbeiderne at de hadde registrert 10 eller færre hendelser, mens samme tall for sykepleierne var 60 %. Av de som svarte at de hadde registrert 10 eller flere hendelser var 22% helsefagarbeidere og 40 % sykepleiere. 89 % av ledere svarte at de hadde registrert 10 eller færre hendelser, og 11 % svarte at de hadde registrert 10 eller flere hendelser. Det var kun 3 % av helsefagarbeidere som svarte at de hadde registrert mer enn 20 uønskede hendelser, mot 33 % av sykepleierne.

Ulik forståelse av hva som er en uønsket hendelse

Intervjusamtalene indikerer at det er noe forskjell i oppfatningen mellom ansatte og ledere når det gjelder hva som skal regnes som en uønsket hendelse. Lederne fremstår som tryggere på hvilke hendelser som skal registreres i EQS, mens ansatte i større grad uttrykker usikkerhet. Denne usikkerheten ser ut til å være påvirket av faktorer som avdelingskultur, kompetanse, erfaring og personlige vurderinger.

Her skiller spørreundersøkelsen seg fra intervjuene, da 92,4 % var enige (56,3 %) eller svært enige (36,1 %) i at de er kjent med hva som defineres som en uønsket hendelse. 2,2 % var uenige og kun 1% var svært uenig i påstanden.

Repetisjon skaper slitasje på motivasjon for registrering

En utfordring som ble fremhevet i flere intervjuer, gjelder avdelinger med mange repeterende hendelser, slik som rus- og demensavdelinger. Et eksempel som ble trukket frem, var en beboer som gjentatte ganger truet ansatte på livet. I enkelte perioder forekom truslene daglig, og det oppstod en opplevelse av slitasje da alle hendelsene skulle registreres i EQS. Samtidig ble det opplyst at beboerens helsetilstand var så alvorlig at ulike tiltak hadde liten eller ingen effekt. Trusler ble derfor oppfattet som en del av normalsituasjonen i møte med beboeren, og enkelte ansatte sluttet etter hvert å registrere hendelsene i EQS.



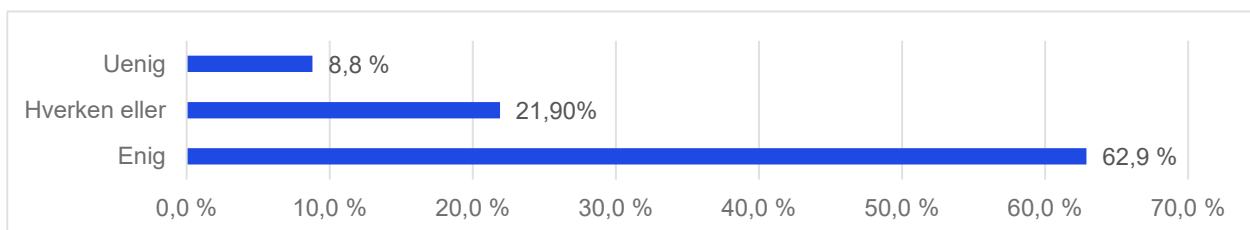
4.3.2 Leders påvirkning på registrering

Intervjuene viser at leders oppfølging av uønskede hendelser har stor innvirkning på hvor mange hendelser som registreres. Ledere som håndterer hendelser aktivt, involverer ansatte og følger opp på en god måte, motiverer ansatte til å registrere flere hendelser. Manglende involvering og oppfølging fra leder har derimot en negativ effekt på registreringsviljen.

Ansatte som opplever at registrering av uønskede hendelser fører til konkrete forbedringer, rapporterer oftere. Derimot oppgir enkelte at de registrerer færre hendelser når de opplever at «det skjer ingenting» etter registrering, da de vurderer det som lite meningsfullt.

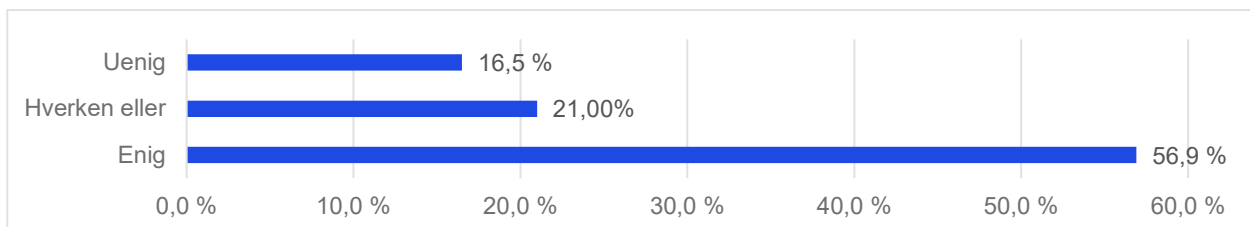
Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at over halvparten av respondentene er enige eller svært enige i at leder følger opp uønskede hendelser, involverer ansatte og gir tilbakemelding om hvilke tiltak som ble iverksatt. Det fremkommer imidlertid en noe større andel som er uenige eller svært uenige i at leder diskuterer tiltak eller gir tilbakemelding på gjennomførte tiltak, sammenlignet med spørsmålet om leder følger opp hendelser generelt.

Min leder følger opp uønskede hendelser for å forhindre at lignende hendelser skjer igjen:



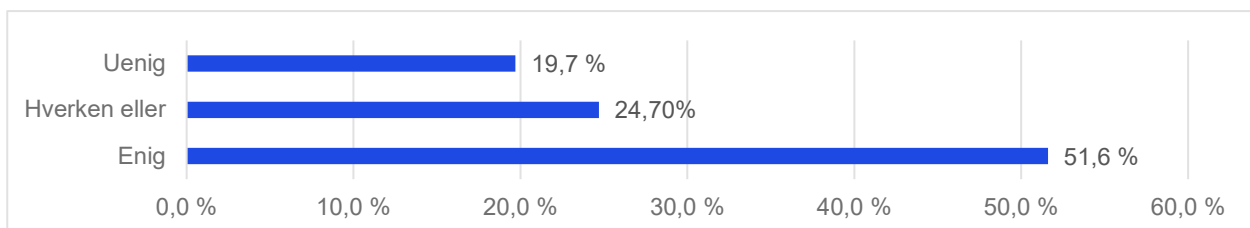
Tabellen viser en sammenslåing av kategoriene svært enig/enig og svært uenig/uenig, samt de som svarte hverken eller på spørsmålet «min leder følger opp uønskede hendelser for å forhindre at lignende hendelser skjer igjen». Kategorien «vet ikke» er utelatt.

På min avdeling diskuterer vi ofte mulige tiltak sammen med leder:



Tabellen viser en sammenslåing av kategoriene svært enig/enig og svært uenig/uenig, samt de som svarte hverken eller på spørsmålet «på min avdeling diskuterer vi ofte mulige tiltak sammen med leder». Kategorien «vet ikke» er utelatt.

Jeg får tilbakemelding fra min leder om hvilke tiltak som ble iverksatt:



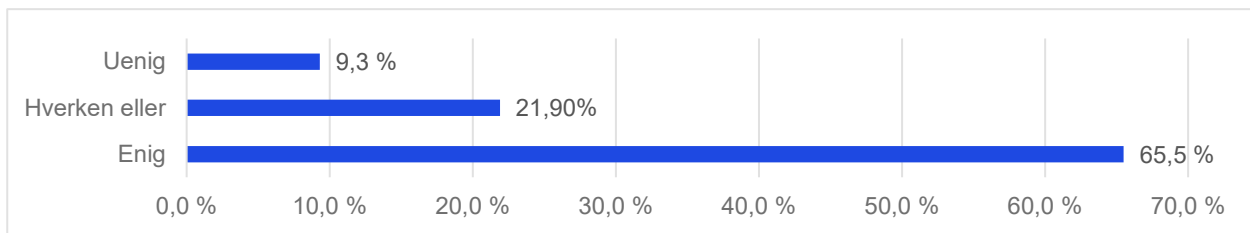
Tabellen viser en sammenslåing av kategoriene svært enig/enig og svært uenig/uenig, samt de som svarte hverken eller på spørsmålet «jeg får tilbakemelding fra min leder om hvilke tiltak som ble iverksatt». Kategorien «vet ikke» er utelatt.

4.3.3 Kultur og arbeidsmiljøets påvirkning på registrering

Intervjuene viser en viss variasjon i forståelse og aksept for rapportering av uønskede hendelser. Den overordnede tilbakemeldingen er imidlertid at rapportering oppfattes som positivt og som et verktøy for å forbedre tjenestene ved langtidshjemmene. Dette inntrykket støttes av spørreundersøkelsen, der over 60 % av respondentene oppgir at registrering av uønskede hendelser anses som positivt på arbeidsplassen.



På min arbeidsplass blir registrering av uønskede hendelser ansett som noe positivt:

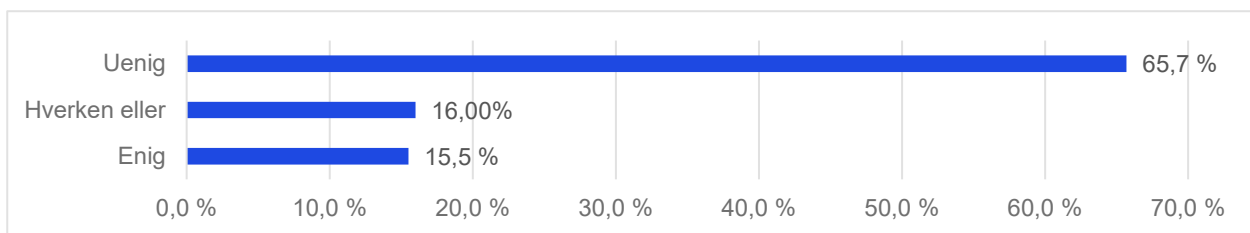


Tabellen viser en sammenslåing av kategoriene svært enig /enig og svært uenig/uenig, samt de som svarte hverken eller på spørsmålet «på min arbeidsplass blir registrering av uønskede hendelser ansett som noe positivt». Kategorien «vet ikke» er utelatt.

Til tross for at majoriteten av respondentene uttrykker enighet i påstanden, viser undersøkelsen at nærmere 10 % er uenige eller svært uenige. Dette samsvarer med funn fra intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, hvor enkelte har beskrevet utfordringer knyttet til reaksjoner på registrering av uønskede hendelser.

Det fremkommer at enkelte ansatte opplever det som svært belastende når en hendelse de har vært involvert i blir registrert. Andre er opptatt av å identifisere hvem som har registrert hendelsen. I noen avdelinger beskrives det at ansatte kan bli konfrontert eller irettesatt av kolleger for å ha registrert en uønsket hendelse. Det er også rapportert om tilfeller der registrering brukes som en form for gjengjeldelse, ved at ansatte skriver uønskede hendelser på personer som tidligere har registrert hendelser. Dette understøttes også av resultatet på spørreundersøkelsen.

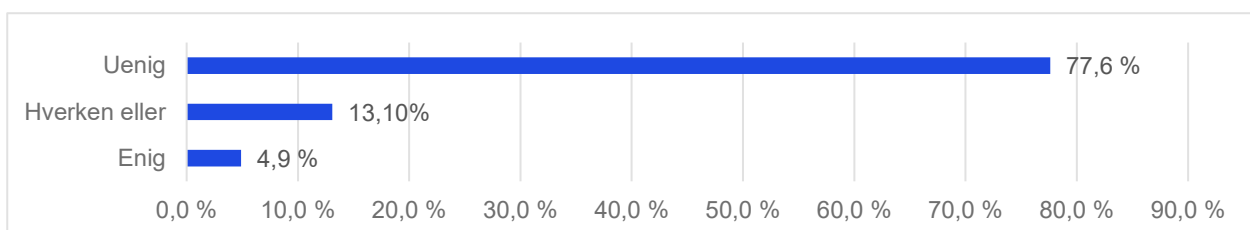
På min avdeling risikerer vi negative reaksjoner hvis vi registrerer uønskede hendelser:



Tabellen viser en sammenslåing av kategoriene svært enig /enig og svært uenig/uenig, samt de som svarte hverken eller på spørsmålet «på min avdeling risikerer vi negative reaksjoner hvis vi registrerer uønskede hendelser». Kategorien «vet ikke» er utelatt.

Basert på intervju fremstår det som at det i de fleste tilfellene er ansatte som reagerer negativt på registrering av uønskede hendelser. Dette understøttes også av spørreundersøkelsen der nærmere 80% var uenig eller svært uenig i at ledere har reagert negativt på registrering av uønskede hendelser.

Min leder har reagert negativt mot meg fordi jeg har registrert uønskede hendelser:



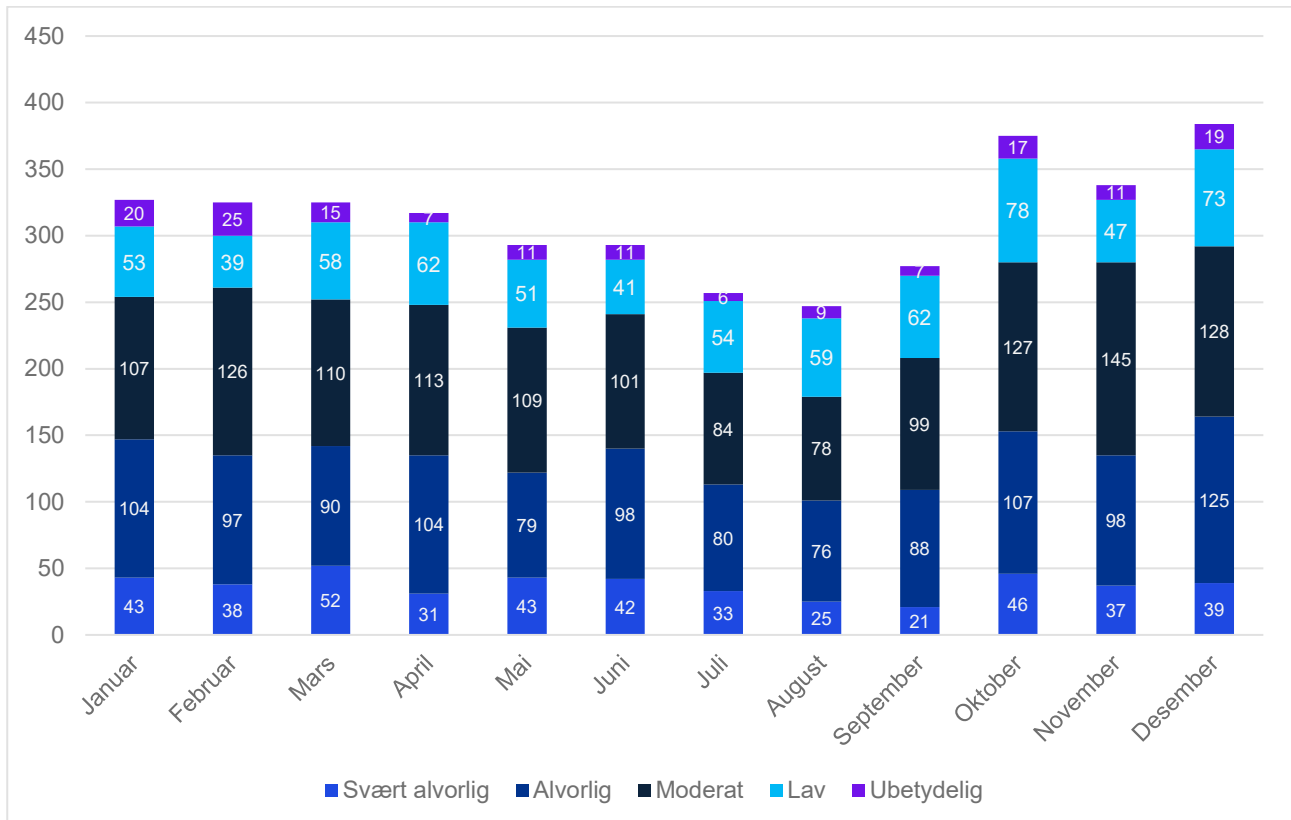
Tabellen viser en sammenslåing av kategoriene svært enig/enig og svært uenig/uenig, samt de som svarte hverken eller på spørsmålet «min leder har reagert negativt mot meg fordi jeg har registrert uønskede hendelser». Kategorien «vet ikke» er utelatt.



4.3.4 Sesongvariabler i registrering

Langtidshjemmene har samme krav til bemanning om sommeren som resten av året. I ferieavviklingsperioden brukes det derfor vikarer for å sikre tilstrekkelig bemanning.

For å undersøke en mulig sammenheng mellom bruk av vikarer og rapportering av avvik og uønskede hendelser, gjennomførte vi en kvantitativ dataanalyse ved utvalgte langtidshjem. Analysen tok for seg antall registrerte avvik per måned gjennom et kalenderår, fordelt på ulike konsekvensområder. Formålet var å identifisere eventuelle mønstre eller variasjoner i avviksregistrering som kunne relateres til omfanget av vikarbruk.



Tabellen viser antall registrerte uønskede hendelser på de utvalgte langtidshjemmene i 2024, fordelt på måned og oppgitt alvorlighetsgrad ved registrering.

Som tabellen over viser var det en reduksjon i antall rapporterte avvik og uønskede hendelser i juli og august, sammenlignet med resten av året. I juli og august ble det registrert henholdsvis 257 og 247 avvik og uønskede hendelser per måned, mens snittet for året som helhet var 313 per måned.



4.4 Vurderinger

4.4.1 Innledning

Vi vil i det følgende knytte våre vurderinger opp mot faktorer som påvirker registrering av uønskede hendelser og kvaliteten på de dataene som registreres i EQS.

4.4.2 Det er etablert en kultur for registrering av uønskede hendelser

Basert på funn fra intervjuer, fokusgrupper og spørreundersøkelse, er det vår vurdering at majoriteten av medarbeiderne oppfatter registrering av uønskede hendelser som både viktig og meningsfylt. Det fremstår som ansatte har forståelse for formålet med registreringen, og hvorfor dette er viktig for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet. Undersøkelsen viser at ledelsen ved langtidshjemmene har kommunisert at dette er et prioritert område overfor de ansatte.

Vi vurderer at det i det vesentlige er etablert en kultur for registrering av uønskede hendelser ved de utvalgte langtidshjemmene.

Samtidig viser undersøkelsen at det er utfordringer knyttet til at ansatte opplever at de får reaksjoner eller blir gjengjeldt mot hvis de registrerer uønskede hendelser. Etter vårt syn kan dette påvirke hvorvidt ansatte registrerer uønskede hendelser, og dermed i verste fall føre til underrapportering. Omfanget av reaksjoner eller gjengjeldelse mot noen som registrerer en uønsket hendelse, synes imidlertid å være begrenset. I avdelinger der slikt oppstår mener vi det vil være viktig med rask respons fra ledelsen og trolig også områdedirektør for å håndtere enkelthendelsen, og for å sikre at det synliggjøres at slik kultur ikke er akseptert.

4.4.3 Registrering av uønskede hendelser oppfattes som tidkrevende og tidvis komplisert

Undersøkelsen viser at flere ansatte synes EQS er tidkrevende og tidvis komplisert. Det er særlig de subjektive vurderingene knyttet til valg av kategori for den uønskede hendelsen, samt vurdering av sannsynlighet og konsekvens, som ansatte opplever som utfordrende å definere.

Selv om det er mange kategorier, opplever de ansatte at de til tider ikke finner rett kategori for akkurat den hendelsen. Dette skaper usikkerhet og noen velger å ikke registrere hendelsen siden den ikke har egen kategori. De bruker også en del tid på å vurdere hvor alvorlig hendelsen var, og forholder seg i liten grad til veilederen, ofte fordi de ikke vet at den eksisterer eller at de glemmer den.

Vi vurderer at registreringsprosessen med fordel kan forenkles uten at kvaliteten på data reduseres. Dette vil etter vårt syn medføre at ansatte bruker mindre tid på registrering av uønskede hendelser. Dette reduserer igjen risiko for underrapportering som følge av at ansatte opplever registrering av uønskede hendelser som for tidkrevende og komplisert.

Vår anbefaling er å redusere antall felter til et minimum, eksempelvis ved at registreringen primært baseres på en fritekstbeskrivelse av hendelsen, supplert med eventuelle forslag til forbedring fra den som registrerer den uønskede hendelsen.

4.4.4 Registrering av feil konsekvens og sannsynlighet medfører lav datakvalitet

Basert på beskrivelsene i veilederen for konsekvensvurdering av uønskede hendelser, observerer vi at majoriteten av hendelsene ved de utvalgte langtidshjemmene trolig burde vært registrert med lav eller ubetydelig konsekvens, enkelte som moderat, og et fåtall som alvorlig eller svært alvorlig. Våre undersøkelser viser imidlertid at kun 22 % av hendelsene på de utvalgte langtidshjemmene i 2024 er registrert med lav eller ubetydelig konsekvens, 35 % med moderat, og hele 42 % er registrert med alvorlig eller svært alvorlig konsekvens.

Vi vurderer at et stort omfang av de uønskede hendelsenes blir registrert med feil konsekvens og sannsynlighet. Dette medfører at registreringen fra ansatte ikke gjenspeiler virkeligheten på de utvalgte langtidshjemmene. Samtidig er trolig dette ikke en stor utfordring knyttet til faktisk oppfølging av de uønskede hendelsene. Dette skyldes at leder som følger opp den uønskede hendelsen, uansett leser beskrivelsene og gjør seg opp en egen mening om konsekvens og sannsynlighet. Utfordringen med feilregistrering synliggjøres i hovedsak i statistikken, og feilregistrering medfører lav datakvalitet på dette området.



Våre undersøkelser viser at verken ledere ved de utvalgte langtidshjemmene eller områdedirektørene opplever at de kan ha tillit til statistikken knyttet til alvorlighetsgrad og sannsynlighet. Derfor benyttes disse dataene i begrenset grad som styringsverktøy. Dette reiser etter vår mening et spørsmål om hvilken gevinst som oppnås ved å registrere disse kategoriene, særlig når ansatte allerede opplever registreringen som komplisert og tidkrevende. Å la noen andre enn den som registrerte den uønskede hendelsen definere konsekvens og sannsynlighet, vil etter vårt syn øke datakvaliteten og registreringsprosessen for ansatte blir mer effektiv.

Et alternativ kan være bruk av teknologi som kunstig intelligens til å kategorisere hendelsen basert på innmelder sin beskrivelse i fritekstfeltet. En slik løsning bør imidlertid ikke stå i veien for å flytte registrering av konsekvens og sannsynlighet bort fra de ansatte frem til teknologien kan ta over.



5. Mottak og oppfølging av uønskede hendelser

5.1 Innledning

Registrering av uønskede hendelser er som nevnt en sentral del av kvalitetsarbeidet ved langtidshjemmene. Vi vil i dette kapitlet beskrive ulike faktorer som påvirker mottak og oppfølging av de uønskede hendelsene som registreres i EQS.

5.2 Generelt om oppfølging av uønskede hendelser

Håndtering av uønskede hendelser fremstår generelt som et område med høy oppmerksomhet ved de utvalgte langtidshjemmene. Et flertall ledere og ansatte gir uttrykk for at de opplever at meldinger om uønskede hendelser blir fulgt opp relativt raskt. Dette bidrar til en opplevelse av at systemet tas på alvor, og at det er en vilje til å lære og forbedre praksis. Noen av de som er intervjuet var mer kritisk til oppfølging av uønskede hendelser. Noen opplevde at leder i liten grad fulgte opp uønskede hendelser ut over å behandle det i EQS, og at det var en del variasjon i måten de ansatte ble involvert på der noen ledere var flinkere enn andre.

5.3 Oppfølging i felles fora

Et post-møte er i praksis et avdelingsmøte der ansatte og ledere møtes. Noen langtidshjem har faste post-møter med en fast agenda, mens andre gjennomfører møtene ved behov. Tema som kan tas opp på post-møter kan være alt fra sykefravær og økonomi til uønskede hendelser eller implementering av nye rutiner. Møtene er en god arena for å ta opp stort og smått som måtte skje i avdelingen, og er en mulighet for de ansatte til å diskutere ulike tema med hverandre og ledelsen.

Et flertall ansatte forteller at uønskede hendelser, spesielt de alvorlige, tas opp på post-møter og diskuteres i fellesskap. Dette gir andre på avdelingen god innsikt i det som har skjedd og en mulighet til å lære av det andre har opplevd. Her kan også forslag til tiltak, evaluering av eksisterende tiltak, og endring av rutine og praksis diskuteres. Bruk av post-møter til å diskutere uønskede hendelser var en praksis et flertall påpekte ble gjort på deres avdeling og de opplevde at det var en god måte å involvere de ansatte på.

Enkelte intervjuobjekter fortalte imidlertid at det ikke var noe etablert praksis for å videreformidle informasjon til andre ansatte som ikke var til stede under møtet. Inntrykket etter intervjuene er at informasjonsdeling er en utfordring på tvers av de utvalgte langtidshjemmene, og dette gjelder også uønskede hendelser.

5.4 Bruk av ROS-analyse etter mottak av uønsket hendelse

ROS-vurdering står for Risiko- og sårbarhetsvurdering. Det er en systematisk gjennomgang som brukes for å identifisere og analysere risikoer og sårbarheter for å forebygge uønskede hendelser. Dokumentet *EQS - Veileder for melde og behandle uønskede hendelser, avvik og forbedringer* beskriver hvordan ROS-analyse også kan benyttes hvis det er behov for en dypere analyse av årsaker til at en uønsket hendelse oppsto.

Ved bruk av ROS-vurdering etter mottak av en uønsket hendelse bør flere involveres i analysen, fortrinnsvis de som er berørt av hendelsen. ROS-vurdering gjennomføres når det er viktig å få frem et bredt spekter av årsaker til hendelsen, forståelse for problemstillingen, samt eierskap til besluttede tiltak.

Dypere årsaksanalyse kan gjøres ved høy alvorlighetsgrad og risiko ved hendelsen, for eksempel:

- Alvorlige hendelser som berører sikkerhet til tjenestemottakere eller medarbeidere.
- Hendelser som har alvorlige konsekvenser faglig, økonomisk eller for omdømme, og meldepliktige hendelser
- Avvik som krever tiltak eller koordinering utenfor egen bydel/etat eller sektoren

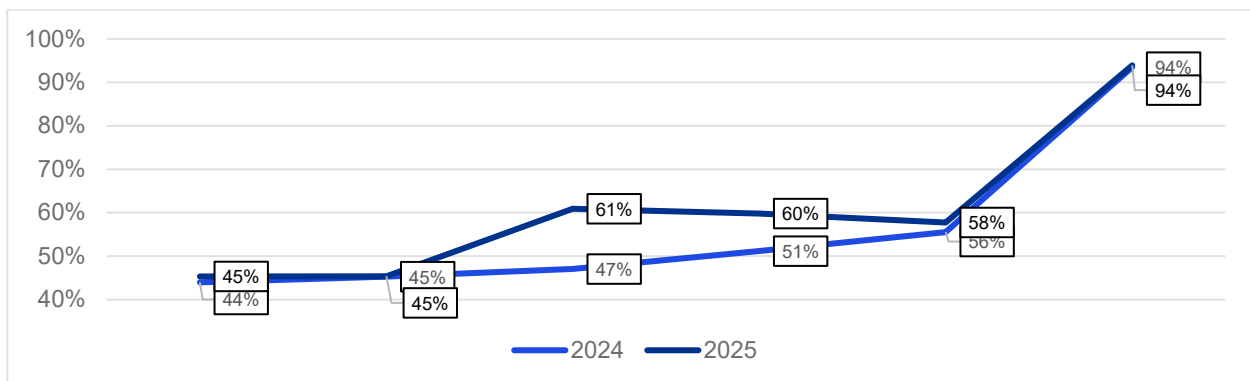


- Avvik etter internt og eksterne tilsyn/revisjon der det avdekkes alvorlig svikt.

Basert på intervjuene fremkommer det at enkelte avdelinger ved langtidshjemmene ikke har etablert noen fast praksis for risikovurdering i etterkant av uønskede hendelser. Dette står i kontrast til andre avdelinger hvor slike vurderinger gjennomføres systematisk og i samarbeid med de ansatte. Målet er å identifisere bakenforliggende årsaker, vurdere risiko og etablere forebyggende tiltak. Det settes også en dato for evaluering av tiltakene, slik at man kan vurdere effekt og eventuelt justere innsatsen ved behov.

5.5 Lukketid og etablering av tiltak

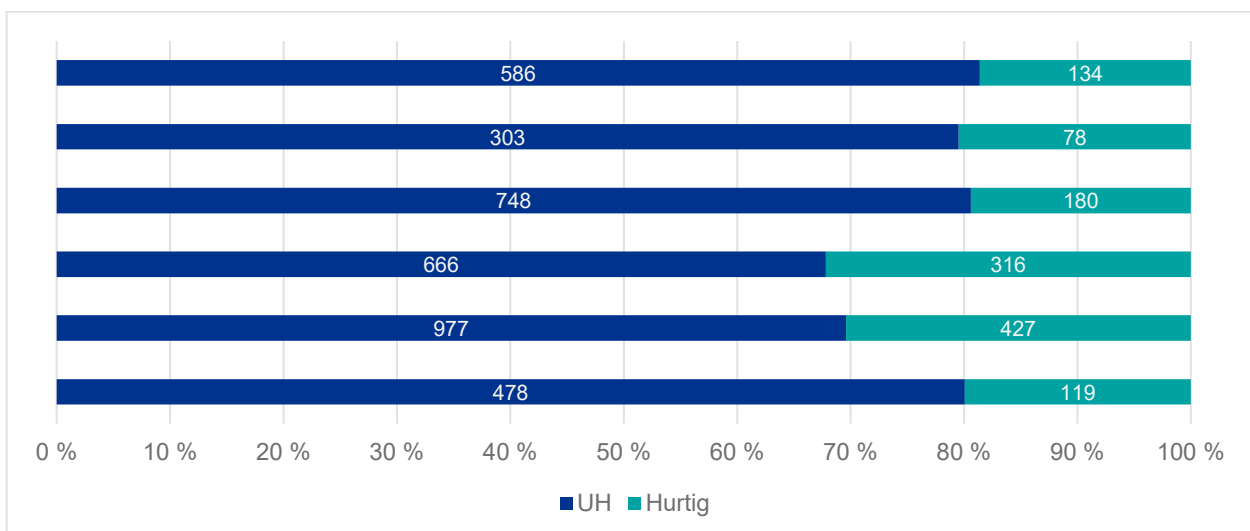
SYE har som mål at alle uønskede hendelser skal være tildelt relevante tiltak og lukkes innen 40 dager etter registrering. En gjennomgang av lukketid ved utvalgte langtidshjem i 2024/2025 viser imidlertid betydelige variasjoner i måloppnåelse. Det langtidshjemmet som presterte best, klarte å lukke 94 % av hendelsene innen fristen, mens det med svakest resultat oppnådde en lukkerate på 44 %.



Tabellen viser antall uønskede hendelser lukket innen fristen på de utvalgte langtidshjemmene i 2024 og 1. januar - 27. oktober 2025.

I intervjuene kom det fram at en av årsakene til den store variasjonen i lukketid mellom langtidshjemmene er ulike praksiser for når en hendelse anses som lukket. Noen langtidshjem lukker hendelsen umiddelbart etter at et tiltak er definert, mens andre venter til de har observert at tiltaket har hatt ønsket effekt. Dersom effekten av tiltaket først kan vurderes etter mer enn 40 dager, vil hendelsen ikke bli lukket innen SYE sitt mål om behandlingstid.

Hvis det ikke er nødvendig med tiltak skal det begrunnes, som ved hurtigbehandling av hendelsen (EQS). En analyse av uønskede hendelser på de utvalgte langtidshjemmene for 2024 viser at de fleste hendelsene ikke blir hurtigbehandlet. To langtidshjem hurtigbehandlet noe flere hendelser enn de andre.



Tabellen viser andelen av uønskede hendelser (2024) som ble hurtigbehandlet på hvert langtidshjem.



5.6 Evaluering av tiltak

Noen av lederne som ble intervjuet, understreket viktigheten av å evaluere tiltak som er iverksatt etter en uønsket hendelse og at dette er en av de mest sentrale aktivitetene i oppfølgingsarbeidet. Evalueringen bør gjennomføres etter en viss tid, slik at det er mulig å vurdere om tiltakene faktisk har hatt ønsket effekt. De fremhevet at det ofte er hensiktsmessig å gjennomføre slike evalueringer i samarbeid med de ansatte, for eksempel i postmøter eller egne kvalitetsmøter. I intervjuet ble det påpekt at uten en evaluering vil verken ledere eller ansatte ha grunnlag for å vite om tiltakene har vært effektive.

Det var enkelte ledere som fremhevet evaluering av tiltak som et kritisk punkt i håndtering av uønskede hendelser, men dette virket ikke å være implementert og fulgt opp av de fleste som ble intervjuet.

5.7 Leders risikovurdering av den uønskede hendelsen

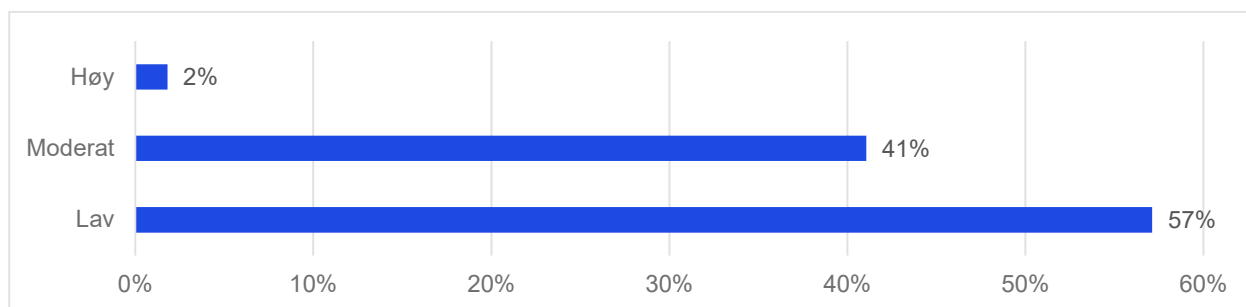
Ved registrering av en uønsket hendelse skal det alltid angis både konsekvens og sannsynlighet. Disse to parameterne danner grunnlaget for en risikovurdering, som klassifiseres i kategoriene **lav**, **moderat** eller **høy risiko**. Eksempelvis vil en hendelse med *lav* konsekvens vurdert til *månedlig* forekomst typisk resultere i en lav risiko. Derimot vil en hendelse med *moderat* konsekvens vurdert til *daglig* forekomst, klassifiseres som høy risiko.

Etter at en uønsket hendelse er registrert, skal ansvarlig leder gjennomføre en risikovurdering av hendelsen. Denne vurderingen klassifiseres, i likhet med den opprinnelige registreringen, i kategoriene **lav**, **moderat** eller **høy risiko**.

En analyse av uønskede hendelser ved de utvalgte langtidshjemmene i perioden november 2023 til mai 2025 viser at ledere ofte har en annen vurdering enn den som registrerte hendelsen:

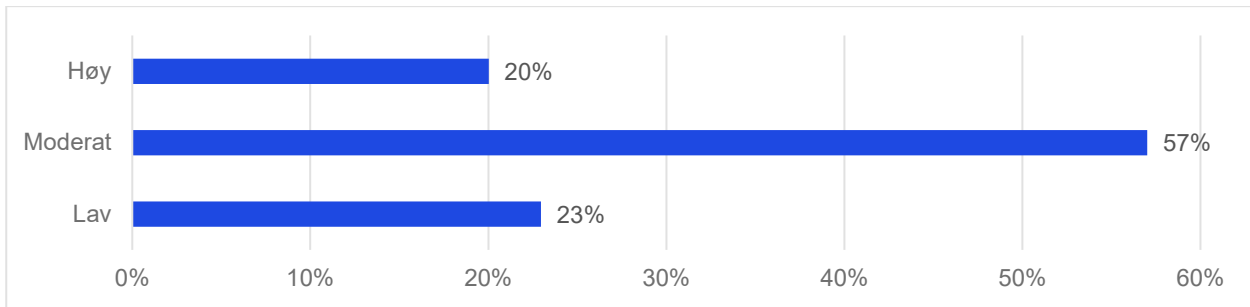
- I **43 %** av tilfellene vurderte leder risikoen **lavere** enn den som registrerte hendelsen.
- I **47 %** av tilfellene var risikovurderingen **identisk**.
- I **10 %** av tilfellene vurderte leder risikoen **høyere**.

Som et eksempel var det registrert 884 uønskede hendelser med risikovurdering lav i perioden mai 2023 til mai 2025. Etter leders vurdering av hendelsene hadde 57 % fått samme risikovurdering, 41 % var endret til moderat og 2 % endret til høy.



Tabellen viser hvor mange prosent av 884 uønskede hendelser med risikovurdering lav som ble vurdert annerledes av leder som behandlet hendelsen. Tallene er fra perioden november 2023 – mai 2025.

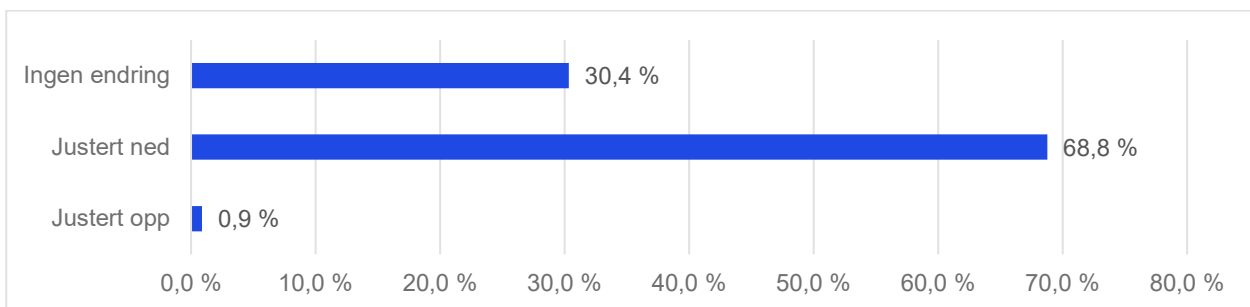
I et annet eksempel var det registrert 1568 uønskede hendelser med risikovurdering høy. Etter leders vurdering av hendelsene hadde 20 % fått samme risikovurdering, 57 % var endret til moderat og 23 % endret til lav.



Tabellen viser hvor mange prosent av 1568 uønskede hendelser med risikovurdering høy som ble vurdert annerledes av leder som behandlet hendelsen. Tallene er fra perioden november 2023 – mai 2025.

I tilfeller der konsekvensnivået var registrert som "svært alvorlig", men den samlede risikovurderingen fremstod som moderat eller høy, viser analysen at ledere i stor grad har justert ned alvorlighetsgraden:

- I 69 % av tilfellene hadde leder justert ned konsekvensnivået.
- I 30 % av tilfellene hadde leder opprettholdt samme risikovurdering som den som registrerte hendelsen
- Kun i 1 % av tilfellene hadde leder vurdert risikoen høyere enn den som registrerte hendelsen

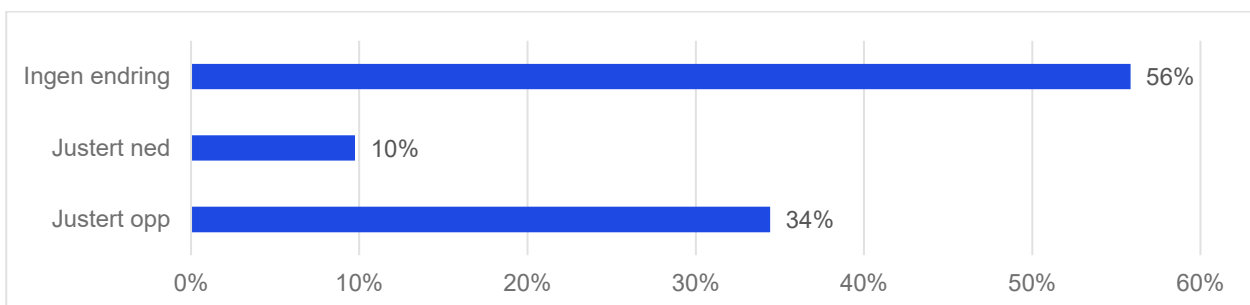


Tabellen viser hvor mange prosent av uønskede hendelser registrert med konsekvens «svært alvorlig» som ble vurdert annerledes av leder som behandlet hendelsen. Tallene er fra perioden november 2023 – mai 2025.

Analysen viser at risiko i stor grad ble vurdert som lavere av ledere i tilfeller der konsekvensnivået var angitt som moderat, alvorlig eller svært alvorlig.

I tilfeller der konsekvensen var satt som lav eller ubetydelig, var det derimot større variasjon i leders risikovurdering:

- I 56 % av tilfellene var det ingen endring i risikovurderingen.
- I 34 % av tilfellene ble risikoen justert opp av leder.
- Kun i 10 % av tilfellene ble risikoen justert ned.



Tabellen viser hvor mange prosent av uønskede hendelser registrert med konsekvens «lav» eller «ubetydelig» som ble vurdert annerledes av leder som behandlet hendelsen. Tallene er fra perioden november 2023 – mai 2025.



5.8 Vurderinger

5.8.1 Innledning

Vi vil i det følgende knytte våre vurderinger opp mot behandling av uønskede hendelser etter at de er registrert.

5.8.2 Det er variasjon i hvordan uønskede hendelser følges opp

Våre undersøkelser viser at det er variasjon mellom både langtidshjem og avdelinger i hvordan uønskede hendelser følges opp, og i hvilken grad ansatte involveres i prosessen. Avdelinger med bred involvering har et større eierskap til håndtering av uønskede hendelser og en mer positiv holdning til registrering. I kontrast så vi at ansatte på avdelinger med begrenset involvering opplevde registrering som lite meningsfullt, ettersom de hadde inntrykk av at registrerte hendelser ikke førte til tiltak.

Basert på undersøkelsen mener vi at ledere som tar hendelsene på alvor, undersøker faktum, involverer ansatte i utforming av tiltak og evaluerer tiltakene i etterkant, bidrar til en kultur der registrering oppleves som meningsfullt og relevant. Denne typen oppfølging styrker tilliten til systemet og oppleves som anerkjennende for den som har registrert hendelsen.

5.8.3 Krevende å sikre informasjonsdeling til de som ikke kan delta på fellesmøter

En gjentakende utfordring som kom frem i enkelte intervjuer var mangelfull informasjonsdeling med ansatte som ikke hadde anledning til å delta på fellesmøter. Vi registrerer også at både ledere og ansatte synes informasjonsdeling generelt er utfordrende på langtidshjemmene.

5.8.4 Enkelte avdelinger mangler fast praksis for ROS-analyse

Våre undersøkelser viser at enkelte avdelinger ved langtidshjemmene mangler en fast praksis for risikovurdering etter uønskede hendelser. Det er trolig heller ikke nødvendig å gjøre dette på alle uønskede hendelser, men for hendelser som er mer alvorlig kan en risikovurdering gi gevinster. En slik ROS-analyse kan bidra til å identifisere bakenforliggende årsaker, vurdere risiko og etablere forebyggende tiltak.

5.8.5 Vanskelig å vurdere lukketid på grunn av ulik praksis

Det er variasjoner mellom de utvalgte langtidshjemmene for hvor mange prosent av tiltak som lukkes innen fristen. Våre undersøkelser viser at en av årsakene til den store variasjonen i lukketid mellom langtidshjemmene er forskjeller i praksis for når en hendelse anses som lukket. Enkelte enheter lukker hendelsen umiddelbart etter at et tiltak er definert, mens andre venter til de har observert at tiltaket har hatt ønsket effekt. Dersom effekten først kan vurderes etter mer enn 40 dager, vil hendelsen ikke bli lukket innen SYE sitt mål for behandlingstid.

Vi vurderer at ulik praksis for når et tiltak anses som lukket gjør det utfordrende å sammenligne lukketid på tvers av langtidshjem. For å sikre konsistente data som kan benyttes i styring og analyse, anbefales det å standardisere rutiner for lukking av tiltak.

5.8.6 Evaluering av tiltak i EQS benyttes ikke i stor grad

I EQS er det mulig å legge inn et eget tiltak for å evaluere tiltak, men basert på undersøkelsene fremstår det ikke som at det dette benyttes i særlig stor grad. Det fremstår som at det er mer opp til lederne for de ulike avdelingene å følge opp om tiltaket har gitt ønsket effekt.

Vi mener at evaluering av iverksatte tiltak etter en uønsket hendelse er viktig for å sikre at ønsket effekt oppnås, og at lignende hendelser forebygges i fremtiden. En systematisk evaluering gir innsikt i hvorvidt tiltakene har hatt ønsket effekt, og om de har bidratt til å redusere risiko og/eller forbedre arbeidsprosesser. Uten en slik vurdering risikerer man at tiltak forblir symbolske eller ineffektive.



5.8.7 Den som håndterer den uønskede hendelsen vurderer konsekvens og sannsynlighet annerledes enn den som registrerte hendelsen

Våre analyser av uønskede hendelser ved de utvalgte langtidshjemmene viser tydelige forskjeller mellom ledernes risikovurderinger og vurderingene gjort av den som registrerte hendelsen. Dette gjelder særlig i tilfeller der konsekvensnivået ble angitt som moderat, alvorlig eller svært alvorlig. I disse situasjonene vurderte ledere risikoen gjennomgående lavere enn den opprinnelige vurderingen fra den som registrerte den uønskede hendelsen. En manuell gjennomgang av over 3700 uønskede hendelser fra 2024 ved utvalgte langtidshjemmene viser etter vår mening at leders justering fremstår som rimelig i de fleste tilfeller.

Vi ser samtidig at når konsekvensen ble vurdert som lav eller ubetydelig av den som registrerte hendelsen, var det større variasjon i ledernes vurderinger. I flere tilfeller oppjusterte ledere risikoen sammenlignet med den opprinnelige vurderingen. Samlet gir dette indikasjon på at når hendelser først registreres, oppfattes de ofte som mer alvorlig av den som behandler hendelsen.

I intervjuene har både ledere og ansatte pekt på at det registreres færre uønskede hendelser som er vurdert å ha en lav eller ubetydelig konsekvens. Noe av forklaringen som er gitt i intervjuene er at hverdagen handler om å prioritere mellom viktige oppgaver, og hendelser vurdert til lav og ubetydelig konsekvens prioriteres bort. Enkelte har også pekt på at for eksempel betegnelsen «ubetydelig» i seg selv bidrar til at hendelser med så lav alvorlighet ikke prioriteres registrert. Ingen ønsker å gjøre noe som ikke har betydning.

Dataanalysen underbygger dette funnet ved å vise at antallet registrerte hendelser med ubetydelig eller lav alvorlighetsgrad er betydelig lavere enn antallet i kategoriene moderat, alvorlig og svært alvorlig.

Etter vårt syn kan dette indikere at det skjer flere uønskede hendelser på de utvalgte langtidshjemmene enn de som er registrert, dvs. underrapportering. Dette fordi ansatte vurderte konsekvensen som lav og derfor unnlot å registrere hendelsen. Ut fra vurderingen ovenfor om at ansatte feilvurderer konsekvens og sannsynlighet, kan det også være en risiko for at disse hendelsene var mer alvorlig enn den ansatte oppfattet. Det er derfor ikke her automatikk i at risikoen for underrapportering faktisk gjelder uønskede hendelser av lav eller ubetydelig konsekvens. Det vil derfor framover være viktig å gjenta budskapet overfor ansatte om at alle uønskede hendelser skal registreres.



6. Alvorlige hendelser

6.1 Innledning

De siste årene har det blitt avdekket alvorlige saker knyttet til mangler i eldreomsorgen. En av de mer graverende historiene var en langtidshjems-beboer som over lengre tid ikke fikk nødvendig stell og de medisinerne vedkommende trengte. De pårørende ble gitt mangelfull eller feil informasjon om behandlingen, og det ble journalført stell og medisiner som ikke var utført.

Formålet med undersøkelsen har vært å avdekke eventuelle svakheter ved systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil i sykehjemssektoren i Oslo kommune. Det har derfor ikke vært en del av vårt mandat å undersøke de konkrete hendelsene som utløste denne granskingen. Det har likevel vært naturlig å se nærmere på om det kan ha forkommet lignende hendelser ved de utvalgte kommunale langtidshjemmene.

6.2 Alvorlige hendelser

I spørreundersøkelsen ble fire av spørsmålene utformet med bakgrunn i en alvorlig hendelse ved et av langtidshjemmene i Oslo, som tidligere hadde fått bred omtale i media. Formålet med disse spørsmålene var å undersøke om ansatte opplevde tilsvarende utfordringer på kommunale langtidshjem hvor de selv er ansatt. I det følgende vil vi presentere spørsmålene og respondentenes svar.

Jeg har det siste året selv sett at kolleger har vært voldelig eller aggressiv mot pasienter:

- Totalt 85,2 % av respondentene oppgir at de ikke har erfart slike hendelser. 9,9 % rapporterer å ha opplevd dette minst én gang, fordelt på 4,4 % én gang, 1,1 % to ganger og 4,4 % mer enn to ganger. I tillegg valgte 4,9 % å ikke besvare spørsmålet.

Jeg har det siste året selv sett at kolleger har vært voldelig eller aggressiv mot ansatte:

- Flertallet av respondentene (82,0 %) oppgir at de ikke har opplevd voldelig eller aggressiv atferd rettet mot ansatte. Samtidig rapporterer 11,5 % at de har opplevd slike hendelser minst én gang, fordelt på 3,3 % én gang, 3,8 % to ganger og 4,4 % mer enn to ganger. Videre oppgir 6,6 % at de ikke ønsker å svare på spørsmålet.

Jeg har det siste året selv opplevd at kolleger har journalført aktivitet som ikke var utført:

- Resultatene viser at 69,8 % av respondentene oppgir at de ikke har opplevd dette. Samtidig rapporterer 20,8 % at de har opplevd det minst én gang, fordelt på 6,0 % én gang, 2,2 % to ganger og 12,6 % mer enn to ganger. Videre oppgir 7,1 % at de ikke ønsker å svare, mens 2,2 % angir annet.

Jeg har det siste året selv opplevd at kolleger har sagt til pårørende at aktiviteter var utført, selv om det ikke var gjort:

- Resultatene viser at 87,4 % av respondentene oppgir at de ikke har opplevd dette. 7,1 % har opplevd det minst én gang, fordelt på 1,1 % én gang, 2,2 % to ganger og 3,8 % mer enn to ganger. Videre oppgir 4,4 % at de ikke ønsker å svare, mens 1,1 % angir annet.

Resultatene fra undersøkelsen viser at flertallet av respondentene ikke har opplevd de nevnte hendelser i egen arbeidshverdag. Oppsummert oppgir ca. 10 % at de har sett en kollega være aggressiv eller voldelig mot en pasient og 11 % mot en kollega det siste året.

Vi har gjennomført totalt 31 intervjuer, hvorav flere var gruppeintervjuer med inntil fem ansatte samlet. Nesten samtlige informanter oppga at de ikke hadde observert tilfeller av aggressiv eller voldelig adferd mot brukere eller kollegaer. De fleste uttrykte at de hadde vanskelig for å se for seg at slike hendelser kunne forekomme ved deres avdeling. I ett intervju ble vi presentert med informasjon om alvorlige hendelser. Disse hendelsene var tilbake i tid og begrenset til enkeltansatte. Det var også mulig å legge inn en kommentar i spørreundersøkelsen, og i en av kommentarene beskrives situasjoner der klare/oppegående beboere forteller at andre ansatte har vært aggressiv og voldelig mot beboerne. Respondenten hadde ikke sett dette selv, men fått informasjon av beboerne.



I spørreundersøkelsen oppga 20 % av respondentene å ha sett en kollega journalføre en aktivitet som ikke hadde blitt utført. Det var 7 % av respondentene som oppga å ha sett en kollega si til en pårørende at en aktivitet var utført selv om det ikke medførte riktighet.

I intervju var det enkelte ansatte som beskrev situasjoner der enkelte pasienter hadde pårørende som stilte urealistiske eller umulige krav til de ansatte. Et eksempel som ble trukket frem, var krav om at en beboer skulle drikke en bestemt mengde væske til frokost, til tross for at beboeren nektet. Dersom pårørende insisterte, kunne enkelte ansatte til slutt journalføre at beboeren hadde fått i seg væsken, selv om dette ikke var tilfelle, for å unngå konflikt og tilfredsstillte pårørendes forventninger.

6.3 Vurderinger

6.3.1 Innledning og metodiske bemerkninger

Vi vil i det følgende knytte våre vurderinger opp mot resultatet av spørreundersøkelsen og intervjuer.

Innledningsvis vil vi bemerke at svarprosenten på spørreundersøkelsen var 15 % (183 ansatte). Den lave deltakelsen reduserer spørreundersøkelsens representativitet.

Videre inneholder spørreundersøkelsen noen metodiske svakheter ved spørsmålsstillingen. Spørsmålet «Jeg har det siste året selv sett at kolleger har vært voldelige eller aggressive mot pasienter/kolleger» inneholder to separate problemstillinger i én formulering, noe som kan skape uklarhet hos respondentene. I tillegg mangler spørsmålet en definisjon av hva som menes med «aggressiv» eller «voldelig», noe som gir rom for individuell tolkning. Denne utformingen kan ha påvirket svarenes presisjon og sammenlignbarhet.

Videre ble det i dette spørsmålet ikke skilt mellom aggressiv eller voldelig atferd som er ulovlig eller uønsket, og handlinger som kan være nødvendige og faglig forsvarlige, for eksempel for å forhindre at pasienter skader seg selv eller andre. Fraværet av denne distinksjonen åpner for at respondentene kan ha rapportert både alvorlige hendelser og situasjoner der ansatte har handlet til pasientens beste.

6.3.2 Alvorlige hendelser

Resultatet fra spørreundersøkelsen viser at 10% av respondentene oppga at de har sett en kollega være aggressiv eller voldelig mot en pasient det siste året. Av respondentene oppga 11% at de hadde sett en kollega være aggressiv eller voldelig mot en kollega det siste året. Intervjuene ga ikke indikasjoner på slike alvorlige hendelser av dette omfanget, da nesten samtlige ansatte oppga at de ikke hadde observert aggressiv eller voldelig adferd mot brukere eller ansatte, og flertallet uttrykte at de hadde vanskelig for å se for seg at slike hendelser kunne forekomme ved deres avdeling.

Over 20% av respondentene oppga å ha sett en kollega journalføre aktiviteter som ikke var utført, og 7 % har sett en kollega si til en pårørende at en aktivitet var utført selv om det ikke medførte riktighet. Dette funnet understøttes av intervjuene, hvor enkelte informanter beskrev situasjoner der enkelte pasienter hadde pårørende som stilte urealistiske eller umulige krav til de ansatte. Et eksempel som ble trukket frem, var krav om at en beboer skulle drikke en bestemt mengde væske til frokost, til tross for at beboeren nektet. Dersom pårørende insisterte, kunne enkelte ansatte til slutt registrere at beboeren hadde fått i seg væsken, selv om dette ikke var tilfelle, for å unngå konflikt og tilfredsstillte pårørendes forventninger.

Respondentene på de ovennevnte spørsmålene var fordelt på alle de seks utvalgte langtidshjemmene, noe som indikerer at hendelsene ikke var begrenset til ett langtidshjem eller en avdeling.

Vår vurdering er at resultatet fra spørreundersøkelsen, til tross for metodiske svakheter, viser at alvorlige hendelser til en viss grad trolig forekommer ved kommunale langtidshjem. Dette gir etter vårt syn grunnlag for bekymring, men vi vil igjen bemerke at spørreundersøkelsen har metodiske svakheter knyttet til disse spørsmålene, at intervjuene ikke viser et slikt utfordringsbilde, og at det ikke har vært innenfor vårt mandat å undersøke enkeltstående hendelser. Vurderingene i denne rapporten baserer seg derfor utelukkende på respondenters beskrivelser og opplevelser, uten verifikasjon av konkrete situasjoner. Vi har heller ikke kjennskap til hvilke forhold som ligger til grunn for rapporteringen i spørreundersøkelsen, noe som begrenser muligheten til å vurdere årsakssammenhenger eller kontekst.



7. Varsling

7.1 Innledning

Varsling innebærer at ansatte sier fra om mulige kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass. Kritikkverdige forhold er forhold som er i strid med rettsregler, etiske retningslinjer på arbeidsplassen og etiske normer med bred tilslutning i samfunnet. En fungerende varslingsordning er viktig fordi det bidrar til å avdekke og forbedre kritikkverdige forhold, og er således en viktig ordning som skal bidra til kvalitet i tjenesten.

I dette kapitlet har vi sett nærmere på de eksisterende varslings- og saksbehandlingsrutinene og hvorvidt ansatte har kjennskap til varslingsordningen.

7.2 Nærmere om varslingsordningen og rutine for saksbehandling av varslingssaker

7.2.1 Sentral og lokal varslingsordning

Oslo kommune har en sentral varslingsordning hvor ansatte og eksterne kan varsle om kritikkverdige forhold. Det fremgår av varslingsordningen at den er en viktig del av Oslo kommune sitt arbeid med å sikre integritet, åpenhet og kvalitet i sine tjenester. Formålet med varslingsordningen er å forebygge, avdekke og forbedre uønskede forhold. Oslo kommune åpner og legger til rette for anonyme varslinger.

Veilederen «EQS Veileder for melde og behandle uønskede hendelser, avvik og forbedring» har en referanse til varslingsordningen til Oslo kommune. I veilederen står det at Oslo kommune både har en sentral varslingsordning og at «på arbeidsplassen er det lokale rutiner for varsling». SYE har opplyst at de har en varslingsrutine som gjelder for alle langtidshjem.

7.2.2 Rutine for saksbehandling av varslingssaker

Oslo kommune har en rutine for saksbehandling av varslingssaker. Rutinen gjelder for etatsdirektører, direktører, institusjonssjefer og lokalt varslingsutvalg.

Vi registrerer at rutinen for saksbehandling av varslingssaker ikke omtaler hvordan undersøkelser av varslingssaker skal gjennomføres, eksempelvis hvordan intervjuer skal gjennomføres og hvordan kontradiksjon skal sikres. Hvordan bevisvurderinger skal gjennomføres og hvilket beviskrav som gjelder er heller ikke omtalt. Videre inneholder rutinen en beskrivelse av hvordan varsler skal følges opp og hvilke tilbakemeldinger varsler skal få etter at varslingshåndteringen er avsluttet. Rutinen omtaler ikke hvordan omvarslede skal ivaretas og hvilke tilbakemeldinger som skal gis til omvarslede etter at varslingshåndteringen er avsluttet.

Av veilederen «EQS Veileder for melde og behandle uønskede hendelser, avvik og forbedring» fremgår det at ansatte ikke skal melde varslingssaker i EQS. I lys av at institusjonssjefene oppga å ha mottatt få varslingssaker i sin virksomhet, anså vi det som relevant å ytterligere følge opp i intervjusamtalene om det kan være at ansatte registrerer varslingssaker i EQS, selv om systemet kun skal brukes til uønskede hendelser. De fleste institusjonssjefene opplyste om at de gjennomgår alle registrerte uønskede hendelser. Det var ingen av institusjonssjefene som fortalte at de har rutine eller praksis for å vurdere om en registrert uønsket hendelse er et varsel, og dermed løfte saken ut fra EQS og over i varslingshåndteringsporet.

7.2.3 Ansattes kjennskap til varslingsordningen

I intervju med sykepleiere og helsefagarbeidere var det svært få som oppga at de kjente til Oslo kommune sin varslingsordning. Vi observerte også at det var få ansatte som forsto forskjellen mellom varsling og registrering av uønskede hendelser. Alle avdelingsledere og institusjonssjefer vi har intervjuet har imidlertid opplyst at de kjenner til varslingsordningen.

Resultatet av spørreundersøkelsen viser at 33 % av respondentene oppga ikke å kjenne til Oslo kommune sin varslingsordning. Videre oppga 38,3 % av respondentene at de ikke kjenner til hvor de finner informasjon om varslingsordningen og varslingskanalen.



7.3 Vurderinger

7.3.1 Innledning

Vi vil i det følgende knytte våre vurderinger til resultatet fra intervjuer og spørreundersøkelsen.

7.3.2 Få ansatte kjenner til Oslo kommune sin varslingsordning

Varslingsordningen i Oslo kommune er et sentralt verktøy for å avdekke kritikkverdige forhold, herunder brudd på etiske retningslinjer, gjeldende rettsregler og allment aksepterte normer i samfunnet. Ordningen bidrar til å identifisere og korrigere alvorlige forhold. En viktig styrke ved varslingsordningen er muligheten for anonym varslings, noe som ikke er mulig ved registrering av uønskede hendelser i EQS-systemet. Anonymitet kan senke terskelen for å si fra, og dermed øke sannsynligheten for at ansatte sier fra.

Intervjuer med sykepleiere og helsefagarbeidere avdekket lav kjennskap til Oslo kommunes varslingsordning. Spørreundersøkelsen viser at 33 % av respondentene ikke kjenner til ordningen, og 38,3 % oppgir at de ikke vet hvor de finner informasjon om varslingsordningen og varslingskanalen. Dette nyanserer inntrykket fra intervjuene, men samlet sett vurderes det som bekymringsfullt at så få ansatte har kjennskap til varslingsordningen.

7.3.3 Risiko for at varslingsaker blir registrert av ansatte i EQS

Vi erfarer at det generelt kan være krevende for ansatte og andre å vite om en hendelse skal registreres ved bruk av system for uønskede hendelser eller i varslingskanalen. Dette kan skyldes manglende kunnskap om de forskjellige kanalene, men også at det kan være uklart om den konkrete hendelsen anses som en uønsket hendelse eller et varsel. På grunn av dette er det viktig at de som mottar uønskede hendelser og varsler, har praksis og rutine for å vurdere om saken er meldt i riktig kanal.

Alle avdelingsledere og institusjonssjefer som ble intervjuet, opplyste at de kjenner til varslingsordningen. Samtidig fremkom det at ingen av institusjonssjefene har etablert rutiner eller praksis for å løfte potensielle varslingsaker som blir registrert i EQS over i varslingssporet. Vi vurderer at det er en generell risiko for at varslingsaker feilaktig blir registrert og håndtert som uønskede hendelser. Dette underbygges også av at få ansatte oppga å forstå forskjellen mellom varslings og uønskede hendelser. Samtidig vil vi bemerke håndtering av en uønsket hendelse i stor grad harmoniserer med kravene til håndtering av varslingsaker, dvs. at forholdet innen rimelig tid blir tilstrekkelig undersøkt. Det er derfor ikke nødvendigvis slik at feilklassifisering av varsler fører til at langtidshjemmet ikke overholder sin undersøkelsesplikt. Håndtering av varslingsaker innebærer imidlertid også ivaretagelse av andre rettigheter og plikter beskrevet i arbeidsmiljøloven og på arbeidstilsynets nettside. Etter vårt syn kan feilklassifisering føre til manglende ivaretagelse av kravene til varslingshåndtering.

7.3.4 Saksbehandlingsrutinen har ikke tilstrekkelig kvalitet

En varslingsrutine skal etter arbeidsmiljøloven inneholde en oppfordring til å varsle, beskrivelse av fremgangsmåten for varslings, og en beskrivelse av fremgangsmåten for hvordan arbeidsgiver mottar, behandler og følger opp varslinger. Sistnevnte stiller krav til at arbeidsgiver beskriver hvordan varsler saksbehandles. En rutine som konkret beskriver saksbehandlingen, bidrar til å sikre en forutsigbar prosess, enhetlig behandling og kvalitet i varslingshåndteringen.

Arbeidstilsynet har på sin nettside en liste over hvilke spørsmål og forhold en varslingsrutine bør gi svar på, eksempelvis hvordan et varsel undersøkes, prinsipper for god saksbehandling og hva den som er omvarslet kan forvente i varslingshåndteringsprosessen.

Som nevnt registrerer vi at saksbehandlingsrutinen ikke omtaler hvordan undersøkelser av varslingsaker skal gjennomføres, eksempelvis hvordan intervjuer gjennomføres og hvordan den som saksbehandler varselet sikrer at kontradiksjon blir ivarettatt. Rutinen beskriver heller hvordan bevisvurderinger skal gjennomføres og hvilke beviskrav som gjelder. Rutinen omtaler hva varsler kan forvente av ivaretagelse og informasjon i prosessen, men ikke hva som gjelder for omvarslede.

Ovennevnte innebærer etter vårt syn at saksbehandlingsrutinen ikke er i henhold til god praksis. Varslingsaker må håndteres konkret ut fra hvilke påstander som er fremsatt og hvilke undersøkelser som er nødvendige og hensiktsmessige. Prosess og metode vil imidlertid i stor grad være lik uavhengig av sakstype. SYE bør sikre at varslingsrutinen er i henhold til god praksis slik at den skaper nødvendig forutsigbarhet og



veiledning for den som håndterer varselet, og for varsler, omvarslede og øvrige. Dette bidrar til en enhetlig behandling av alle saker og kvalitet i varslingshåndteringen.

8. Kontraktoppfølging

8.1 Innledning

SYE har avtale med tre ideelle og to kommersielle aktører om drift av til sammen 19 langtidshjem. Etter inngåelse av kontrakt, må kommunen gjennom kontraktoppfølging kontrollere at kontrakten er oppfylt og at avtalte tjenester er av den kvalitet som er avtalt.

Ved oppfølging av kontrakt er det mange områder som skal følges opp. I lys av vårt mandat begrenser denne undersøkelsen seg til spørsmålet om hvorvidt kontraktoppfølgingen er innrettet på en måte som tilstrekkelig kvalitetssikrer systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil, samt en vurdering av om det kan hentes erfaringer fra kontraktoppfølgingen av ikke- kommunalt drevne langtidshjem og oppfølgingen av kommunale langtidshjem som kan bedre oppfølgingen i sin helhet.

I dette kapitlet vil vi overordnet redegjøre for hvilke krav, rettigheter og plikter som følger av kontraktene, samt særlig om hvordan SYE faktisk følger opp leverandørene innenfor det nevnte området. For oppfølging av kommunale langtidshjem viser vi til kapitlet om organisering og ansvar.

8.2 Kvalitetskravene som stilles fra SYE

8.2.1 Generelle kvalitetskrav

Kravene til kvalitet følger av tjenesteytingsavtalene med de respektive leverandørene. I avtalene heter det at leverandøren skal ha kvalitetssystemer, prosedyrer, rutiner og organisering av driften i henhold til:

- At det overordnede kvalitetsmålet «brukere skal oppleve at de mottar rehabilitering, behandling og omsorg av god kvalitet, tilpasset individuelle behov» oppnås.
- At tjenesten har den kvalitet som er avtalt.
- At tjenesteytingsavtalen bestemmelser og alle aktuelle lover og forskrifter som til enhver tid gjelder for driften, etterleves.

Vi har i intervju fått opplyst at det ikke stilles særskilte krav til hvilket kvalitetssystem eller system for registrering av uønskede hendelser som leverandøren skal bruke. Det er vist til at dette skyldes hensynet til rettferdig konkurranse og hvilke krav som kan stilles i en offentlig anskaffelse. Vi har fått opplyst at alle leverandørene har system for registrering av uønskede hendelser, noe de også er forpliktet til i kontrakt ved at de skal etterleve alle lover og forskrifter som er gjeldende på området.

8.2.2 Leverandørens rapporteringsplikt

Leverandøren forplikter seg i tjenesteytingsavtalen til å gjennomføre årlige beboer- og pårørendeundersøkelser. Krav til beboertilfredshet er likt som for kommunale langtidshjem.

Videre skal leverandørene gjennomføre kvantitative metodiske årlige arbeidsmiljøundersøkelser, hvor SYE skal ha innsyn i resultatene og hvordan resultat følges opp av leverandøren.

Leverandøren er forpliktet etter tjenesteytingsavtalen til å gjennomføre medarbeiderundersøkelser minimum hvert andre år, slik som kommunale langtidshjem, og det fremgår av tjenesteytingsavtalen at SYE skal ha tilgang til resultatene fra medarbeiderundersøkelsene.

I tjenesteytingsavtalene fremgår det at leverandørene for egen kostand skal utarbeide og levere de rapporter/statistikker som SYE til enhver tid krever for sin kontroll og oppfølging av leverandørene.

Følgende data skal SYE motta «umiddelbart»:



- Rapporter vedrørende beboerskader, uhell, feilmedisinering, legemiddelsvinn mm.
- Rapporter vedrørende klager fra beboere og pårørende.
- Rapporteringslister over inn- og utskrivninger.

Videre skal SYE motta følgende data på forespørsel:

- Andre statistikker/rapporter som oppdragsgiver trenger i sin rapportering til overordnede myndigheter.
- Oversikt over ansatte i tjenesten.
- Rapporter vedrørende oppdrag til utenlandske oppdragstakere.
- Resultater og tiltaksplaner i forhold til beboere-, pårørende og medarbeiderundersøkelser.

Listene er ifølge tjenesteytingsavtalene ikke uttømmende.

Vi har fått opplyst at SYE stiller krav til at leverandørene rapporterer på følgende data hver måned:

- Sykefravær
- Fagdekning
- Antall heltidsstillinger i pleien
- Brudd på arbeidsmiljøloven
- Kvalitetsavvik
- Bemanning
- Uønskede hendelser

Denne dataen lastes opp i Power BI og gjøres tilgjengelig for leverandørene og de som følger opp kontrakten fra SYE. Resultat fra pårørende- og beboerundersøkelser i regi av SYE lastes også opp i Power BI. Dataen brukes eksempelvis i kontraktsoppfølgingsmøtene.

8.3 SYE sitt system og rutiner for oppfølging av leverandør

8.3.1 Overordnet om kontraktsoppfølgingsprosessen og uønskede hendelser

Det er én områdedirektør som har ansvaret for kontraktsoppfølgingen. Vedkommende har flere kollegaer som bistår i arbeidet, herunder en ressurs fra HR, Kvalitet, Økonomi og Stab.

Vi har fått opplyst at SYE risikovurderer leverandørene ved inngåelse av kontrakt, men det gjennomføres ikke løpende formaliserte risikovurderinger i avtaleperioden utover ved virksomhetsoverdragelser. Videre har områdedirektør forklart at SYE ikke har formalisert kontraktsoppfølgingen i skriftlige rutiner, prosessbeskrivelser eller lignende. Vi har i intervju med områdedirektør fått forklart hvilken praksis SYE har for kontraktsoppfølging.

Områdedirektøren har vist til at selve kontraktsoppfølgingen er risikobasert. Dette ble underbygget med at data fra leverandørene gjennomgås etter at de er mottatt, og resultatet fra gjennomgangen av dataen danner grunnlag for videre oppfølging av leverandøren. Dette innebærer at oppfølgingen av leverandører er basert på risiko avdekket i data fra leverandøren eller andre kilder.

Når det gjelder oppfølging av uønskede hendelser hos leverandørene konkret, mottar SYE alle uønskede hendelser fra leverandørene en gang i måneden. Områdedirektøren har opplyst at alle uønskede hendelser hos leverandørene gjennomgås manuelt. Områdedirektør har forklart at det er viktig å gjennomgå alle de uønskede hendelsene da de gir god innsikt i leverandørens drift. Områdedirektør har selv vist til at manuell gjennomgang av uønskede hendelser er tidkrevende, og at KI kan gi potensial for å effektivisere dette arbeidet.



Vi har fått opplyst at SYE ikke tester leverandørenes tekniske system for registrering av uønskede hendelser, og kvaliteten på leverandørens rutiner for registrering, mottak og håndtering av uønskede hendelser blir vurdert kun hvis det foreligger indikasjoner på behov for slik gjennomgang.

Områdedirektør har forklart at det er noen forskjeller i hvordan de kommunale og ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene følges opp. I intervju viste hun til enkelte eksempler, herunder at SYE ikke aksepterer at leverandøren har lavere bemanning eller fagdekning enn det som følger av kontrakt. Dette vil da anses som kontraktsbrudd. Samme tilnærming og mekanisme har de ikke for de kommunale langtidshjemmene.

Videre er det aksept for at de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene opererer på forskjellige måter, så lenge det er i henhold til kontrakt. For kommunale langtidshjem stilles det i større grad krav til at de opererer på lik måte. Dette gjelder eksempelvis hvilke systemer og rutiner de skal ha. Vi oppfattet at områdedirektør samtidig viste til at oppfølgingen av ikke-kommunalt drevne og kommunale langtidshjem i vesentlig grad er lik. Dette ble underbygget med at både ikke-kommunalt drevne og kommunale langtidshjem må følge føringene fra SYE. For de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene følger kravene av kontrakt og for de kommunale følger kravene av oppdragsbrevet.

8.3.2 Kontraktsoppfølgingsmøter

Det gjennomføres kontraktsoppfølgingsmøte med leverandøren en gang hvert halvår. KPMG har fått tilsendt en møteplan for 2025 som viser «oppfølging og samhandling med ikke kommunale langtidshjem». Oversikten viser at kontraktsoppfølgingsmøtene i 2025 ble gjennomført i mars/april og oktober/november.

I forkant av møtet får leverandøren tilsendt en agenda som leverandøren skal forberede til møtet. Agendaen angir temaer som skal gjennomgås i kontraktsoppfølgingsmøtet, og hvilken dokumentasjon leverandørene skal oversende i forkant av møtet. Vi har fått opplyst at temaene i agendaen er utarbeidet basert på data fra ulike kilder, eksempelvis klager, meldte uønskede hendelser og resultat fra beboer- og pårørendeundersøkelser.

Dataen som leverandøren deler i forkant av kontraktsoppfølgingsmøtet, gjennomgås av ressursene fra HR, Kvalitet, Økonomi og Stab. Hvis dokumentasjonsgjennomgangen avdekker funn som skal følges opp, dokumenteres dette i referatmalen til det forestående kontraktsoppfølgingsmøtet.

Før selve kontraktsoppfølgingsmøtet gjennomføres det et internt formøte, hvor områdedirektør og de nevnte ressursene deltar. I møtet gjennomgås funnene fra gjennomgangen av leverandørens dokumentasjon og data. Basert på hvilke funn som er identifisert, avklares det hvem fra SYE som deltar i kontraktsoppfølgingsmøtet med leverandøren. Områdedirektør og spesialrådgiveren fra Kvalitet deltar fast i alle møter, og de øvrige ved behov. Både områdedirektøren og spesialrådgiveren fra Kvalitet har begge helsefaglig utdanningsbakgrunn. Områdedirektør har forklart at funn fra gjennomgangen av dokumentasjon og data kun dokumenteres i malen for kontraktsoppfølgingsmøtene.

Temaer som dekkes i kontraktsoppfølgingsmøtet er blant annet bemanning, fagdekning, sykefravær, beleggprosent/økonomi og bygningsmessige forhold.

Hvis det i kontraktsoppfølgingsmøtet avdekkes at kontraktskrav ikke blir etterlevd, må leverandøren utarbeide en plan med angitte frister for å sikre oppfyllelse av kravene. Det utarbeides referat fra alle kontraktsoppfølgingsmøter, som leverandøren får til verifisering.

8.3.3 Oppfølging utover de faste kontraktsoppfølgingsmøtene

Som nevnt gjennomføres det faste kontraktsoppfølgingsmøter med leverandørene to ganger i året. Utover dette har vi fått forklart at det kan gjennomføres ytterligere kontraktsoppfølgingsmøter eller andre oppfølgingsaktiviteter ved behov. Dette kan eksempelvis skje hvis leverandøren har mottatt flere uønskede hendelser innen samme område eller uønskede hendelser av alvorlig karakter. I et slikt tilfelle vil oppfølgingen i hovedsak innebære å følge opp den konkrete hendelsen overfor langtidshjemmet, samt stille spørsmål ved om rutinene er tilstrekkelig for å unngå at tilsvarende hendelser skjer igjen.

I tjenesteytingsavtalen forplikter leverandøren seg til å samarbeide med SYE, eksempelvis ved å medvirke til undersøkelser eller rapporteringer som gjennomføres i regi av Oslo kommune eller andre instanser. SYE har også forbeholdt seg retten til å gjennomføre de kontrolltiltak som SYE til enhver tid mener er nødvendig, slik som beboerundersøkelser, tilsyn, kvalitetsrevisjoner, målinger og rapporteringer.



SYE har opplyst at hvis de blir kjent med forhold ved tjenesteytingen fra leverandør som vurderes å være av betydning for kvaliteten i tjenesten, så gjennomføres det kvalitetsrevisjoner eller tilsyn. Vi har fått beskrevet at tilsynene som utgangspunkt er varslet, men ved mistanke om alvorlige forhold er tilsynet uanmeldt. Tilsynet gjennomføres da rettet mot det konkrete området hvor det kan være svakheter. Det utarbeides en rapport i etterkant av tilsynet, hvor leverandøren må redegjøre for eventuelle funn fra tilsynet. Leverandøren må også utarbeide plan for forbedring.

8.4 Vurderinger

8.4.1 Innledning

Innledningsvis vil vi bemerke at utgangspunktet er at kommunale helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet retter seg både mot kommunen, og den enkelte aktør som yter kommunale helse- og omsorgstjenester. Ikke-kommunalt drevne langtidshjem er dermed underlagt de samme lovkrav og tilsynsmyndigheter som langtidshjem som driftes i egenregi av kommunen.

Etter inngåelse av kontrakt, må kommunen gjennom kontraktsoppfølging kontrollere at kontrakten er oppfylt og at avtalte tjenester er levert i det omfang og av den kvalitet som er avtalt. Kontraktsoppfølgingen beror derfor i stor grad på hvordan kontrakten er utformet og hvilke krav som er stilt til leverandøren.

Denne granskningen har undersøkt hvorvidt kontraktsoppfølgingen med de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene er innrettet på en måte som tilstrekkelig kvalitetssikrer systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil. Dette innebærer en begrenset, men viktig del av kontraktsoppfølgingen.

8.4.2 SYE har i kontraktene sikret gode forutsetninger for kontraktsoppfølging og de som følger opp kontraktene har nødvendig formalkompetanse

SYE har i kontraktene sikret seg en innsynsrett som innebærer at kommunen har innsynsrett i leverandørens systemer for internkontroll og kvalitetssikring, samt all underliggende dokumentasjon. I kontraktene fremgår det at SYE har adgang til å gjennomføre kontrolltiltak slik som kvalitetsrevisjoner og tilsyn overfor leverandøren. Videre har leverandørene forpliktet seg til å løpene eller på forespørsel rapportere på forskjellige områder, slik som uønskede hendelser. Etter vårt syn danner kontraktene et godt grunnlag for å gjennomføre forsvarlig og effektiv kontraktsoppfølging.

Å gjennomføre kontraktsoppfølging på dette området, krever at den som følger opp kontrakten har god innsikt i kontrakten og hvilke krav lovgiver og SYE stiller til kvalitet, men også har kompetanse og erfaring til å forstå og identifisere forhold som kan medføre risiko. For å sikre dette anbefaler DFØ i sin veileder for kjøp av helse- og sosialtjenester at den som følger opp kontrakten har helse- og sosialfaglig kompetanse. Slik kompetanse er nødvendig fordi det er et element av faglig skjønn i en helhetlig evaluering av kontraktskrav som angår kvalitet. Videre fremgår det av veilederen at de som følger opp kontrakten bør ha god kjennskap til kontrakten.

Vi registrerer at områdedirektør og spesialrådgiveren fra Kvalitet begge har helsefaglig utdanningsbakgrunn. Dette er i tråd med DFØ sin anbefaling. Videre har begge deltatt i anskaffelsesprosessen, og innehar derfor etter vårt syn god kjennskap til de konkrete leverandørene og kontraktene.

8.4.3 SYE har ikke formalisert kontraktsoppfølgingen av leverandørene

I DFØ sin veileder for kjøp av helse- og sosialtjenester, er det anbefalt at kontraktsoppfølgingen er satt i system ved bruk av rutiner og prosessbeskrivelser, samt at kontraktsoppfølgingen er basert på en risikovurdering.

Undersøkelsen har vist at SYE har en etablert praksis for kontraktsoppfølging, men den er ikke formalisert i en skriftlig kontraktsoppfølgingsrutine, prosessbeskrivelser, årshjul eller lignende. Dette fremstår etter vårt syn som en stor svakhet. En kontraktsoppfølgingsrutine og eventuelle tilhørende prosessbeskrivelser og årshjul vil bidra til å dokumentere prosessen, formalisere roller og ansvar, sikre at oppfølgingen skjer systematisk og effektivt, samt sikre at kontraktsoppfølgingen er sporbar og dokumentert. Videre vil en kontraktsoppfølgingsrutine danne et godt grunnlag for kontinuerlig forbedring, da en definert og formalisert prosess vil gi grunnlag for å vurdere forbedringsområder i kontraktsoppfølgingen. Avslutningsvis vil en formalisert prosess definere hvordan oppfølgingsaktiviteter skal gjennomføres, både av hensyn til frekvens, men også hvordan dokumentasjon skal gjennomgås, og hvordan kvalitetsrevisjoner/tilsyn skal gjennomføres. Dette for å sikre en effektiv og enhetlig tilnærming som ivaretar kvalitet i kontraktsoppfølgingen.



Undersøkelsen har vist at SYE ikke risikovurderer leverandørene i avtaleperioden foruten ved kontraktsinngåelse og ved virksomhetsoverdragelser. Det er ikke et konkret lovkrav at kommunen skal risikovurdere leverandører, men det følger av krav til styring, internkontroll og forsvarlighet at kommunen må ha oversikt over risiko, deriblant også hos leverandøren. Vi ser imidlertid at de konkrete aktivitetene i kontraktsoppfølgingen bærer preg av å være risikobasert. Etter vårt syn praktiserer SYE en risikobasert tilnærming i kontraktsoppfølgingen ved at risiko vurderes på bakgrunn av gjennomgang av leverandørens data, slik som eksempelvis uønskede hendelser og andre kilder. Dette danner grunnlag for videre oppfølging i kontraktsoppfølgingsmøter og andre oppfølgingstiltak. De løpende risikovurderingene bør etter vårt syn formaliseres og dokumenteres i større grad, og danne grunnlag for en overordnet risikovurdering av leverandøren.

Vi kan heller ikke se at innsikten som SYE skaffer seg ved å gjennomgå data fra leverandørene, registreres på hensiktsmessig måte. Denne dataen utgjør et vesentlig erfaringsgrunnlag som brukes i oppfølging av leverandøren og i fremtidige anskaffelser. Det er da ikke tilstrekkelig etter vårt syn at observasjoner fra dokumentgjennomgangen dokumenteres i referatet fra kontraktsoppfølgingsmøtet. Denne dataen bør systematisk registreres på egnet måte slik at den effektivt kan brukes og sammenstilles med historikk for å identifisere risiko. Dataen bør også brukes til å risikovurdere leverandøren, slik omtalt ovenfor.

8.4.4 Leverandørene har systemer og rutiner for å oppdage og forebygge avvik og feil

Vi vil først bemerke at kontraktene med de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene ikke stiller krav til konkrete systemer og rutiner for å oppdage og forebygge feil og mangler, utover at ikke-kommunalt drevne langtidshjem skal ha systemer og rutiner for å etterleve lovkrav. Dette fremstår som hensiktsmessig all den tid SYE ikke kan stille krav til konkrete systemer og rutiner av hensyn til anskaffelsesregelverket. Dette medfører at de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene kan ha andre tekniske systemer og rutiner enn de kommunale langtidshjemmene. I det vesentlige skal imidlertid systemene og rutinene være like, hvis de skal etterleve lovkrav på området.

Vi registrerer at alle de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene har systemer og rutiner for å oppdage og forebygge feil og mangler, slik de er pålagt. SYE tester ikke leverandørens tekniske systemer for registrering av uønskede hendelser, men vi kan heller ikke se at dette er nødvendig med mindre kontraktsoppfølgingen gir indikasjoner på at de tekniske systemene ikke fungerer. Vi har ikke i denne undersøkelsen blitt gjort oppmerksom på at SYE har opplevd utfordringer med leverandørens tekniske systemer for registrering av uønskede hendelser.

8.4.5 SYE har kontroll på leverandørens uønskede hendelser, men arbeid med å gjennomgå leverandørens uønskede hendelser kan effektiviseres

Undersøkelsen har vist at de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene rapporterer på uønskede hendelser en gang i måneden. SYE mottar denne dataen og gjennomgår hver uønsket hendelse manuelt. Etter vårt syn bidrar dette til at SYE har god kontroll på de registrerte uønskede hendelsene, innsikt i drift og settes i stand til å vurdere risiko og behov for videre oppfølging. Det kan stilles spørsmål ved om manuell gjennomgang av alle uønskede hendelser er effektivt, noe det trolig ikke er, men det er ikke en del av vårt mandat å vurdere effektiviteten i kontraktsoppfølgingen konkret.

Områdedirektøren har selv vist til at enkelte kan mene at manuell gjennomgang av uønskede hendelser kan fremstå som ineffektivt, og at KI kan effektivisere og øke kvaliteten i dette arbeidet. Vi har ingen konkrete indikasjoner på manglende kvalitet i den manuelle gjennomgangen av de uønskede hendelsene, men det kan fremstå som sårbart og personavhengig. Vi er derfor enig i områdedirektør sin vurdering knyttet til bruk av KI til å effektivisere og sikre kvalitet i arbeidet. Dette vil også trolig medføre at tiden som brukes til å gjennomgå uønskede hendelser, kan brukes til andre aktiviteter i kontraktsoppfølgingen.

8.4.6 Kontraktsoppfølgingsmøtene sikrer oppfølging og dialog, men frekvens og andre oppfølgingstiltak kan vurderes

I veilederen for kjøp av helse- og sosialtjenester fra DFØ heter det at det er viktig med god dialog med leverandøren for å sikre en felles forståelse av målet med anskaffelsen, herunder i dette tilfellet kvalitet. Videre må SYE ha tilstrekkelig kontroll med leverandørens tjenesteutøvelse. Dette forutsetter at SYE innhenter relevant og tilstrekkelig data fra leverandør for å vurdere om tjenesten samsvarer med kvalitetsstandardene i kontrakten og i regelverket.



Undersøkelsen har vist at SYE innhenter og gjennomgår relevant data fra leverandørene månedlig og i forkant av kontraktsoppfølgingsmøtene som gjennomføres to ganger i året. SYE innhenter og gjennomgår også bruker- og pårørendeundersøkelser, noe som er viktig da det gir viktig kunnskap om tjenesten fra brukere og pårørende sitt perspektiv.

Kontraktsoppfølgingsmøtene er formelle møter som referatføres. I møtene gjennomgås blant annet uønskede hendelser, bemanning, fagdekning, sykefravær mv. Kontraktsoppfølgingsmøtene består av en felles del som er lik for alle de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene. Dette fremstår som hensiktsmessig da det på generelt grunnlag er like krav og oppfølgingspunkter for alle ikke-kommunalt drevne langtidshjem. Videre består kontraktsoppfølgingsmøtet av en individuell del, hvor lokale forhold på hvert langtidshjem gjennomgås. Dette fremstår også som hensiktsmessig da det kan være lokale variasjoner i grad av etterlevelse av kvalitet mellom de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene, på lik linje som for de kommunale langtidshjemmene. Hvis det i forkant eller i selve kontraktsoppfølgingsmøtet avdekkes forhold som må forbedres, må leverandøren utarbeide en plan for forbedring.

Vi registrerer at kontraktsoppfølgingsmøtene er de eneste avtalte faste møtene for oppfølging av kvalitet mellom SYE og de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene. Selv om det er tilfellet, har vi fått forklart at SYE også følger opp langtidshjemmene ved behov, eksempelvis hvis SYE ved gjennomgangen av de uønskede hendelsene ser behov for ytterligere oppfølging. Etter vårt syn innebærer dette at kontraktsoppfølgingen er fleksibel, men det kan oppfattes som noe sårbart at det kun er to faste møtepunkter i året om kvalitet.

For å kontrollere kvaliteten i tjenestene, er det også viktig å gjennomføre eksempelvis kvalitetsrevisjoner for å innhente informasjon om hvorvidt leverandøren leverer kvalitet i henhold til kontrakt og lovkrav. Kvalitetsrevisjoner er viktig på grunn at dette hensynet, men også fordi de kan fremme kvalitetsutvikling ved å sette fokus på områder hvor leverandøren har et forbedringspotensial.

Undersøkelsen har vist at SYE gjennomfører kvalitetsrevisjoner av leverandørene. Slik vi har fått det forklart gjennomføres revisjonene ved behov hvis dokumentgjennomgangen gir grunnlag for det. Dette innebærer at SYE har en risikobasert tilnærming til bruk av kvalitetsrevisjoner, noe som er i tråd med god praksis. Samtidig kan det være hensiktsmessig å gjennomføre et begrenset antall kvalitetsrevisjoner uavhengig av risiko, fordi kvalitetsrevisjoner kan bidra til å fange opp utfordringer som ikke avdekkes gjennom data. Ved formalisering av kontraktsoppfølgingen ved å etablere skriftlige rutiner mv. bør SYE ta stilling til på hvilket grunnlag kvalitetsrevisjoner skal gjennomføres og frekvens.

8.4.7 Sammenligning av oppfølgingen av ikke-kommunalt drevne og kommunale langtidshjem

Det er naturlig at det er forskjeller mellom oppfølgingen mellom ikke-kommunalt drevne og kommunale langtidshjem. Dette følger av at de private aktørene er autonome virksomheter med egne systemer og rutiner, som skal etterleve en kontrakt. Hvis ikke-kommunalt drevne langtidshjem ikke etterlever kontrakten, gjelder som utgangspunkt alminnelige privatrettslige sanksjoner. Sanksjonene som kan brukes er regulert av kontrakt, og er typisk retting, tilbakehold av godtgjørelse og erstatning.

De kommunale langtidshjemmene er også i stor grad autonome, men er underlagt en rekke systemer og rutiner fra SYE som i stor grad er felles for alle kommunale langtidshjem. Selv om det er prinsipielle forskjeller i oppfølgingen av kommunale og ikke-kommunalt drevne langtidshjem, er det også påfallende likheter. Dette ved at ikke-kommunalt drevne langtidshjem skal etterleve en kontrakt og kommunale langtidshjem skal etterleve oppdragsbrevet. Dette innebærer at både kommunale og ikke-kommunalt drevne langtidshjem skal etterleve føringer fra SYE, i tillegg til gjeldende regelverk.

Å sammenligne oppfølgingen av ikke-kommunalt drevne og kommunale langtidshjem har vært noe utfordrende fordi oppfølgingen av private langtidshjem ikke er formalisert i skriftlige rutiner, prosessbeskrivelser eller lignende. Vår forståelse av oppfølgingen av private langtidshjem bygger derfor på forklaringer gitt i intervju.

Både kommunale og private langtidshjem har en etablert møtестruktur med SYE to ganger i året. For de kommunale langtidshjemmene er dette plan- og oppfølgingsmøter. For de private aktørene er det kontraktsoppfølgingsmøter. På dette punkt er oppfølgingen relativt likt.

SYE sitt ønske om å dele erfaringer i fellesmøter mellom de kommunale langtidshjemmene, bør etter vårt syn også i større grad praktiseres overfor de private langtidshjemmene. Vi har fått opplyst at det nylig har vært et initiativ for å sikre at leverandørene også deltar i fellesmøter, eksempelvis plan- og oppfølgingsmøter og kick-off møtet i starten av året. Dette bør etter vårt syn videreføres. Dette fordi leverandørene trolig har kunnskap og erfaring om drift av langtidshjem, som har overføringsverdi til de kommunale langtidshjemmene. Det er



derfor viktig at denne kunnskapen deles med SYE og de kommunale langtidshjemmene i så stor utstrekning som mulig.

For de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene gjennomgår SYE alle de uønskede hendelsene hver måned, og gjennomgangen gjøres manuelt ved å lese de registrerte uønskede hendelsene. Dette innebærer at de ikke-kommunalt drevne langtidshjemmene sine uønskede hendelser er underlagt en form for ekstern kontroll. Dette er ikke tilfellet for de kommunale langtidshjemmene. Områdedirektørene gjennomgår ikke de kommunale langtidshjemmene sine uønskede hendelser konkret. Her er det de kommunale langtidshjemmene selv som gjennomgår de uønskede hendelsene, og deretter rapporterer til områdedirektør i plan- og oppfølgingsmøtet eller resultatoppfølgingsmøtet.

Det fremstår som fornuftig at gjennomgang av de uønskede hendelsene er underlagt en form for ekstern kontroll, dvs. av noen utenfor langtidshjemmet. Dette kan bidra til å styrke oppfølgingen ved å øke sannsynligheten for at trender og utfordringer blir avdekket. Etter vårt syn kan SYE vurdere om også registrerte uønskede hendelser hos kommunale langtidshjem skal være underlagt en form for ekstern kontroll. Hvorvidt dette er effektiv ressursbruk sett opp mot formålet, må imidlertid avklares. Et alternativ kan være å bruke KI i dette arbeidet.



9. Anbefalinger

9.1 Innledning

Vi vil i dette kapittelet redegjøre for anbefalte tiltak i lys av våre vurderinger. I mandatet fremgår det at KPMG skal foreslå tiltak som kan forbedre systemer og rutiner for avdekking og forebygging av avvik og feil. Videre skulle KPMG utrede om det foreligger kostnadseffektive tiltak, som kan redusere risiko for avvik og feil.

Etter vårt syn er alle de foreslåtte tiltakene relativt enkle å implementere, og som utgangspunkt kostnadseffektive. Vi har gjennomgått tiltakene i fokusgrupper og i enkelte intervjuer. Vi har fått gode tilbakemeldinger på de foreslåtte tiltakene, men vi gjør oppmerksom på at tiltakene kun er forslag og SYE må selv vurdere om tiltakene kan og skal implementeres.

9.2 Anbefaling – kvalitets- og virksomhetsindikatorer

SYE har definert 15 sentrale kvalitetsindikatorer og 13 virksomhetsindikatorer som oppdateres kontinuerlig i Power BI. Alle langtidshjem måles automatisk på samtlige indikatorer. Likevel setter SYE kun mål og følger opp et begrenset antall indikatorer på overordnet nivå i virksomhetsstyringen. Det enkelte langtidshjem vurderer selv hvilke øvrige indikatorer som skal inngå i deres lokale målsettinger. Det er betydelige variasjoner i resultatene, både mellom ulike langtidshjem, mellom avdelinger innen samme hjem og mellom avdelinger på tvers av hjemmene.

Vi anbefaler at SYE:

- Tilgjengeliggjør data for alle kvalitets- og virksomhetsindikatorer på avdelingsnivå for å gi et mer detaljert bilde av variasjoner mellom avdelinger.
- Følger opp avdelinger på hvert enkelt langtidshjem fremfor institusjonen som helhet, ettersom én avdeling kan ha stor innvirkning på det samlede resultatet.

Etter hvert som mer data blir tilgjengelig i Power BI, kan antallet rapporter øke betydelig, noe som gir mulighet til å måle langtidshjemmene på stadig flere indikatorer. Det anbefales at SYE vurderer om kvalitets- og virksomhetsindikatorene bør deles inn i kategorier, der noen beholder betegnelsen «kvalitetsindikator», mens andre får navn som tydeliggjør at de ikke nødvendigvis måler kvalitet, men er informasjon som kan benyttes ved behov.

9.3 Anbefaling – uønskede hendelser

Undersøkelsen viser at ansatte opplever utfordringer knyttet til registrering av hendelser i EQS, særlig når det gjelder korrekt kategorisering samt vurdering av alvorlighetsgrad og sannsynlighet. Disse utfordringene medfører at færre uønskede hendelser blir registrert, at registreringsprosessen tar lengre tid, og at datakvaliteten for konsekvens- og sannsynlighetsvurderinger reduseres.

Vi anbefaler at SYE endrer prosessen knyttet til registrering og behandling:

- Å forenkle registreringsprosessen ved å redusere antall felter i EQS til et minimum. Registreringen bør primært baseres på en fritekstbeskrivelse av hendelsen, supplert med eventuelle forslag til forbedring fra den som registrerer hendelsen.
- Å flytte ansvaret for kategorisering samt vurdering av alvorlighetsgrad og sannsynlighet til den som behandler hendelsen i EQS. Dette innebærer at den som registrerer hendelsen kun trenger å beskrive hendelsen, uten å forholde seg til disse vurderingene.
- Alvorlige hendelser som tas opp i felles fora bør formidles videre til ansatte som ikke hadde anledning til å delta. Dette gjelder også informasjon om hvilke tiltak som er iverksatt, samt hvilke konsekvenser disse vil ha for driften på avdelingen.



- Å etablere en felles praksis for oppfølging av uønskede hendelser etter registrering. En slik praksis kan inkludere direkte kontakt med den som har registrert hendelsen, samarbeid med ansatte om å utarbeide og iverksette tiltak, samt evaluering av tiltakets effekt i etterkant.
- Det er i dag ulik praksis mellom langtidshjemmene for når et tiltak anses som lukket. For å sikre konsistens og gjøre data sammenlignbare på tvers av enhetene, anbefales det å etablere en felles standard for lukking av tiltak.

Videre anbefales det at SYE informerer bredt om muligheten for å registrere uønskede hendelser via alternative enheter, som mobiltelefon og nettbrett. Dette kan bidra til økt tilgjengelighet og lavere terskel for registrering. I tillegg bør SYE fortsette arbeidet med å utvikle en kultur der registrering av uønskede hendelser oppfattes som en positiv handling som fremmer læring og forbedring for hele etaten.

I intervjuene ble det påpekt at alvorlighetsgraden "ubetydelig" kan gi inntrykk av at hendelser med ubetydelig konsekvens ikke er viktige å registrere. Enkelte informanter uttrykte at denne betegnelsen kommuniserer lav verdi og betydning, noe som kan påvirke motivasjonen for å registrere slike hendelser. Vi anbefaler at SYE vurderer en endring av betegnelsen av denne kategorien.

Kunstig intelligens

Teknologi som kunstig intelligens bør vurderes implementert i oppfølgingen av uønskede hendelser. Selv om implementering av KI ikke har vært en del av denne utredningen, tillater vi oss å foreslå noen tiltak som mulig kan bidra til forbedret registrering og oppfølging:

- Analysere fritekstbeskrivelser av hendelser og automatisk foreslå riktig kategori, alvorlighetsgrad og sannsynlighet.
- Ved å analysere historiske data kan KI muligens identifisere mønstre og forutsi hvilke typer hendelser som har høy sannsynlighet for å oppstå.
- KI kan foreslå tiltak basert på tidligere lignende hendelser på tvers av alle langtidshjemmene.
- Teknologien kan også tilby tale-til-tekst-funksjonalitet for enklere registrering via mobil eller nettbrett.
- KI kan gi forslag til tiltak basert på beste praksis og tidligere erfaringer, samt å rangere tiltak etter forventet effekt og ressursbruk.

Vi presiserer at forslagene til bruk av kunstig intelligens ikke er utredet av KPMG fra et teknologisk perspektiv. De må derfor forstås som teoretiske muligheter som krever nærmere vurdering og utredning før eventuell implementering.

9.4 Anbefaling – varsling

Undersøkelsen viser at for få ansatte kjenner til varslingsordningen, at langtidshjemmene ikke har lokale varslingsrutiner, at det ikke finnes en rutine eller praksis for å løfte saker fra EQS som er et varsel over i varslingssporet og at saksbehandlingsrutiner for varslingssaker har svakheter.

Vi anbefaler at SYE sikrer at varslingskanalen og varslingsrutinene er kjent for ansatte, for eksempel ved å:

- Gjennomføre bevisstgjøringskampanjer om varsling
- Informere ansatte om varslingskanalen og varslingsrutinene i fellesmøter

Videre anbefaler vi at SYE:

- Sikrer at saksbehandlingsrutinen for varslingssaker er i tråd med beste praksis



9.5 Anbefaling – bierverv

Undersøkelsen har vist at langtidshjemmene ikke har tilstrekkelig kontroll på hvor mange ansatte som har bierverv, hvilke type bierverv ansatte har og om biervervet medfører risiko for arbeidsutførelsen.

Vi anbefaler at SYE sikrer at alle langtidshjemmene har system og rutiner knyttet til bierverv, ved å for eksempel:

- Sikre at langtidshjemmene er kjent med rutineene knyttet til bierverv, herunder at de skal registreres i HR-systemet og at temaet er omtalt i Oslo kommunes personalhåndbok.
- Sikre at alle langtidshjemmene ved rekrutteringsprosess og i medarbeidersamtaler løpende følger opp om den ansatte har bierverv.
- Sikre at bierverv som avdekkes blir registrert og risikovurdert. Dette vil gi institusjonssjefene og avdelingsleder kontroll på den ansattes totale arbeidsbelastning og risiko.

Videre anbefaler vi at SYE vurderer om dataen som registreres om bierverv, kan brukes i analysearbeidet knyttet til uønskede hendelser. Hvis en ansatt med bierverv forårsaket en uønsket hendelse, kan det være verdifullt å analysere hvorvidt biervervet, dvs. arbeidsbelastningen var en utløsende årsak.

9.6 Anbefaling – kontraktsoppfølging

Undersøkelsen har vist at SYE ikke har formalisert arbeidet med kontraktsoppfølging i en skriftlig kontraktsoppfølgingsrutine, årshjul eller lignende. Videre viser undersøkelsen at SYE ikke har en formalisert risikovurdering av leverandørene i avtaleperioden foruten ved kontraktsinngåelse og ved virksomhetsoverdragelser. SYE gjennomgår alle registrerte uønskede hendelser hos leverandørene manuelt, og KI kan trolig brukes til å effektivisere og sikre kvalitet i arbeidet.

Vi anbefaler at SYE styrker arbeidet med kontraktsoppfølgingen ved å:

- Formalisere kontraktsoppfølgingen i en skriftlig kontraktsoppfølgingsrutine med tilhørende prosessbeskrivelser og eventuelt årshjul for aktiviteter.
- Risikovurdere leverandørene i kontraktsperioden.
- Effektivisere gjennomgangen av leverandørenes uønskede hendelser, for eksempel ved bruk av KI.

Undersøkelsen har sammenlignet kontraktsoppfølgingen av ikke-kommunalt drevne langtidshjem og oppfølgingen av kommunale langtidshjem, men ikke i det vesentlige identifisert erfaringer som på tvers kan styrke oppfølgingen i sin helhet utover at vi anbefaler at SYE:

- Fortsetter arbeidet med å inkludere ikke-kommunalt drevne langtidshjem i erfaringsdelingen på tvers av langtidshjemmene.
- Vurderer om også registrerte uønskede hendelser hos kommunale langtidshjem skal bli underlagt en form for ekstern kontroll.



Kontakt oss

Jan Erik Gran Olsen

Ansvarlig partner

Tlf: +47 406 39 430

Jan.erik.gran.olsen@kpmg.no

Sigve Røger

Prosjektleder

Tlf: +47 909 20 184

Sigve.roger@kpmg.no

Bettina Sonerud

Prosjektmedarbeider

Tlf: +47 994 34 804

Bettina.sonerud@kpmg.no

Håkon Lindberg

Prosjektmedarbeider

Tlf: +47 472 82 516

Hakon.Lindberg@kpmg.no



The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© KPMG AS and KPMG Law Advokatfirma AS, a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

The KPMG name and logo are trademarks used under license by the independent member firms of the KPMG global organization.