

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet og ressursbruk i eldreomsorgen

Skjervøy kommune



Rapport 2021

FORORD

På bestilling fra kontrollutvalget i Skjervøy kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot «Ressursbruk og kvalitet i eldreomsorgen» i kommunen. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Skjervøy kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Skjervøy kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 25.11.2021

Margrete Mjølhus Kleiven
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Knut-Åge Vargren
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

Knut Teppan Vik og Truls Siri
*Prosjektmedarbeidere,
forvaltningsrevisorer*

SAMMENDRAG

KomRev NORD har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Skjervøy kommune gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunens kvalitet og ressursbruk i tjenester til eldre med utgangspunkt i følgende fire problemstillinger:

1. *Har Skjervøy kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
2. *Hvordan er Skjervøy kommunes ressursbruk på eldreomsorg i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*
3. *Har Skjervøy kommune systemer for brukerinvolvering/brukerundersøkelser i eldreomsorgen i tråd med krav i relevant regelverk? Hvordan brukes resultater fra brukerundersøkelser?*
4. *Hvordan opplever brukere og pårørende kvaliteten i tjenesten?*

Forvaltningsrevisjonen retter seg mot kommunens hjemmetjeneste og sykehjem. **Problemstilling 1** omhandler virksomhetenes styringssystem. Dette skal ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Forskriften inneholder bestemmelser om at virksomheten har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter og for disse forpliktelsene er det beskrevet hvilke oppgaver virksomheten Forskriften er kilde for vår utledning av revisjonskriterier for å besvare problemstilling 1.

Revisors konklusjon på problemstilling 1 er at Skjervøy kommune i liten grad har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

Konklusjonen er basert på følgende oppsummerte funn og vurderinger:

Revisors vurdering at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha *et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes til eldre*. Skjervøy kommune har hatt avtale med Kommuneforlaget om systemløsning for internkontrollsystem og vi er forelagt skriftlige rutinebeskrivelser gjeldende for sykehjemmet og hjemmetjenesten. Vi har også fått muntlige beskrivelser om hvorvidt de skriftliggjorte rutinene inngår i et samlet styringssystem for tjenestene. I vurderingen av revisjonskriteriet har vi vektlagt kommunens egne opplysninger om at systemløsningen ikke har fungert som forutsatt. De skriftlige rutinene som kommunen har for hjemmetjenesten og sykehjemmet er ikke blitt lagret i systemet som forutsatt. Kommunens rutiner er i ringpermer og lagret digitalt i en mappestruktur. Det finnes flere rutinebeskrivelser for oppgaver som skal utføres og disse har revisor fått tilsendt. Kommunen har opplyst at disse ikke er i bruk, ikke har blitt gjennomgått eller revidert etter at de først ble utarbeidet. Vår vurdering av at kommunen ikke har et dokumentert styringssystem har sammenheng med vurderinger opp mot øvrige revisjonskriterier utledet fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Kommunen har erkjent at det er mangler i styringssystemet. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **i liten grad har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i eldreomsorgen og i hvilken grad dette skal dokumenteres*. Det er altså gjort vurdering av at det som foreligger ikke er tilfredsstillende, men ikke av hvor omfattende styringssystemet skal være for de aktuelle tjenestene og i hvilken grad styringssystemet skal dokumenteres.

Kommunen har noen rutiner som har relevans for forskriftens krav om *planlegging*. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune ***i liten grad har oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Vurderingen bygger på funn som at Skjervøy kommune ikke har overordnede mål eller planer som sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten skal styre etter. Kommunen har vedtatt kommuneplanens samfunnsdel i 2020, mens kommunedelplan for helse- og omsorg er i skrivende stund under utarbeidelse. Revisor har ikke fått dokumentasjon som indikerer at tjenesten har en samlet oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere til bruk i tjenestene. Det er heller ikke redegjort for hvordan endringer i regelverket fanges opp og implementeres. Det foreligger ikke samlet oversikt over de ansattes kompetanse, fremtidig kompetansebehov og oversikt over gjennomførte e-kurs. Revisor er ikke forelagt opplæringsplaner for nyansatte. Kommunens systemløsning for avvik har ifølge kommunen fungert dårlig.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring inneholder også bestemmelser om plikten til å *gjennomføre* aktiviteter og hvilke oppgaver som inngår i det.

Kommunen har i deler av tjenesten knyttet seg til en kommersiell løsning for sykepleierutiner (VAR). Denne løsningen er kun tilgjengelig for de ansatte som arbeider i sykehjemmet. De ansatte i hjemmetjenesten søker ofte opp rutiner som er tilgjengelig på internett. Det er ikke dokumentert noen rutiner for ansattmedvirkning, men vi har fått beskrevet at de ansatte medvirker gjennom faste fora som avdelingsmøter, HMS-gruppe og gjennom daglig dialog med ledelsen. Vi har fått opplysninger om at innmeldte avvik gjennomgås i personalmøter, samt at det oppfordres til å sende avvik. Det har ikke vært brukerundersøkelse de siste årene. Den siste var en forenklet brukerundersøkelse i hjemmetjenesten som ble utført i 2016. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har ***i liten grad oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *gjennomført sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*.

Kommunen har selv uttalt at det ikke er noen *evaluering* av tjenestene som gis til tjenestemottakerne. Det er ingen vedtatte mål som kommunen kan evaluere seg selv opp mot, verken overordnet eller på tjenester gitt til enkeltmottakere. Det er ikke utarbeidet et system for å motta og håndtere tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og deres pårørende. Vi har fått beskrivelser av at tilbakemeldinger mottas. Det er ifølge helse- og omsorgssjef satt ned en HMS-gruppe som nå skal ha gjennomgang av rutiner som brukes i tjenestene. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune ***ikke har oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *evaluert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*.

Revisor har fått oversikt over avvik innmeldt, men også beskrivelser av at selve systemet for avvikshåndtering ikke har fungert. Det er ikke skriftliggjorte rutiner for korrigerende eller dokumentasjon for korrigerende tiltak som er gjort. Tjenestene har i 2021 utarbeidet noen nye rutiner, på medisinhåndtering, fallforebygging og sjekkliste for ny pasient. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har ***i liten grad oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *korrigert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*.

I **problemstilling 2** har vi sammenliknet Skjervøy kommunes ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene med gjennomsnittet i landet uten Oslo og KOSTRA-gruppen Skjervøy kommune tilhører. Sammenlikningen viser at Skjervøy kommunes ressursbruk på dette tjenesteområdet har vært høyere enn i de aktuelle KOSTRA-gruppene vi sammenlikner

Skjervøy kommune med for den aktuelle treårsperioden. Dette er ikke helt i tråd med de forventningene som kommunens befolkningssammensetning gir grunnlag for.

Hovedårsaken til den høye ressursbruken på pleie- og omsorgstjenester i Skjervøy kommune, synes å være at kommunen relativt sett har hatt flere mottakere av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester enn hva som har vært gjennomsnittlig i referansegruppene i de tre årene. Også med henblikk på *aktiviserings- og servicetjenester* fremstår Skjervøy kommune med høy dekningsgrad i befolkningen sammenliknet med gjennomsnittet for referansegruppene, særlig i 2018 og 2019. Kommunen har altså gitt tjenester, og da særlig hjemmebaserte tjenester, til en større andel av sin befolkning enn hva som har vært gjennomsnittlig. Følgelig har også de samlede netto driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester utgjort en større del av de totale netto driftsutgiftene i Skjervøy kommune enn hva som har vært gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig i de tre årene.

Produktiviteten i Skjervøy kommunes drift av institusjonstjenester fremstår relativt høy sammenliknet med sammenliknbare kommuner (i KOSTRA-gruppene), og den overordnede bemanningsnormen i pleie- og omsorgstjenesten samlet sett fremstår gjennomsnittlig i 2020 og litt lavere enn gjennomsnittlig i de to forutgående årene.

Driften av kommunens hjemmebaserte tjenester samt aktiviserings- og støttetjenester, fremstår med varierende produktivitet gjennom treårsperioden – men fremstår i 2020 under gjennomsnittlig produktiv.

KOSTRA-tall viser at bistandsbehovet blant kommunens institusjonsbeboere er relativt høyt, noe som tilsier at terskelen for å få sykehjemsplass ikke er lav i Skjervøy kommune. Det er i de hjemmebaserte tjenestene at kommunen ser ut til å yte tjenester til flere enn normalt – sett opp mot referansegruppene.

Revisor vil være varsom med å «spekulere i» hvorfor flere innbyggere «enn normalt» mottar hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester i Skjervøy kommune. Flere forhold kan spille inn, og disse er nærmere redegjort for i rapportens kapittel 6.

Problemstilling 3 gjelder system for brukerinvolvering og brukerundersøkelser. Helse- og omsorgslovgivningen herunder nevnte forskrift inneholder bestemmelser om dette. Å ha system for å sikre dette inngår i et styringssystem på området. Revisors konklusjon er at Skjervøy kommune i liten grad har systemer for brukerinvolvering/brukerundersøkelser. Det foreligger ikke resultater fra brukerundersøkelser til bruk i virksomheten.

Konklusjonen er basert på følgende oppsummerte funn og vurderinger:

Verken skriftlige eller muntlige opplysninger belyser om kommunen har etablert system for å sikre at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbud. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å *sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet.*

Vi har fått beskrivelser av hvordan tjenestene får informasjon fra brukere og pårørende. Det er dialog med de pårørende om det oppstår endringer i medisinerings eller andre helsemessige endringer som de pårørende bør informeres om. Det er imidlertid ikke etablert systemer for å innhente tjenestemottakers erfaringer og synspunkter. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter.*

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de som svarte på den har ganske ulike opplevelser med hensyn til involvering i tjenestetilbud. Flertallet som svarte på spørsmål om opplevelse av kommunikasjon, ga gode vurderinger av dette.

Revisor har blitt informert om at det tidligere har vært et samarbeid med frivillige organisasjoner i Skjervøy og tjenestene. Som følge av koronapandemien er det samarbeidet i stor grad fraværende nå. Det har ikke vært et systematisk arbeid med å samarbeide med brukergruppens organisasjoner. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har **delvis oppfylt** revisjonskriteriet om å *legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner*.

Det har ikke vært en systematisk innhenting av erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende i tjenestene med hensyn på planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Vi har vurdert at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha *system for å benytte erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av eldreomsorgens aktiviteter*.

Tjenestemottakere i Skjervøy kommune har anledning til å medvirke via uformelle kanaler og dialog løpende. Revisor har ikke fått dokumentasjon på at medvirkningsretten er satt i et system slik at alle tjenestemottakere kan medvirke på like vilkår. Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **i liten grad har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha *systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke*.

Problemstilling 4 omhandler brukere og pårørendes opplevelser av kvaliteten i tjenestene. Kartleggingen er gjort ved bruk av spørreundersøkelse blant tjenestemottakere og pårørende ved sykehjem og hjemmetjeneste. Resultatene indikerer på et overordnet nivå at kvaliteten oppleves som god. Resultatene indikerer at grunnleggende faktorer som trivsel, respekt, selvbestemmelse og trygghet ivaretas på en god måte av tjenesteyterne. Tjenestemottakere i hjemmetjenesten gir gode tilbakemeldinger på kommunens ansatte som yter tjenester. Det samme gjelder opplevelsene til de pårørende i sykehjemmet. Tjenester leveres på et godt nivå av hyggelige og dyktige medarbeidere.

Resultatene fra spørreundersøkelsen til mottakere eller pårørende i hjemmetjenesten indikerer samler sett et forbedringspotensial på det å møte til avtalt tid, slik at tjenestemottaker kan planlegge dagen sin. Kontinuitet blant de ansatte trekkes også frem som utfordrende. Flere respondenter har kommentert at det oppleves at det settes av lite tid til hver tjenestemottaker. Spørsmålene som går på brukerinvolvering i utformingen av tjenestetilbudet kommer ut med stor spredning i svarene for hjemmetjenesten, dette indikerer at kommunen har en del å arbeide med når det kommer til brukerinvolvering.

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant pårørende i sykehjemmet indikerer forbedringspotensial hva angår kommunikasjon generelt og gjennomslagskraft/innflytelse med hensyn til tjenestetilbudets utforming. Det samme gjelder kontinuitet med hensyn til hvem som konkret yter tjenester overfor tjenestemottakerne, samt oppfølging fra lege, fysioterapeut og tannlege.

Spørsmålene som gikk på brukerinvolvering og informasjon knyttet til klageadgang fikk samlet sett dårligst score i undersøkelsen.

Med bakgrunn i revisors funn, vurderinger og konklusjoner har vi gitt anbefalinger til Skjervøy kommune. **Revisor anbefaler** at Skjervøy kommune utarbeider et styringssystem for hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten slik at det tilfredsstiller krav i forskrift om ledelse

og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt kravene i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Herunder bør kommunen blant annet

- Gjøre vurderinger av hvilke forbedringer som skal prioriteres, hvordan og hvor de skal implementeres og hvem som skal ha ansvar for at endringer innføres og vedlikeholdes
- Planlegge tjenestene med utgangspunkt i oversikt over virksomhetenes mål, oppgaver, tjenester, organisering og ansvarsfordeling
- Foreta vurderinger av risiko og fare for svikt og bruke det i vurderinger av innretning og omfang av dokumentert styringssystem
- Påse at det etableres et system for innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende

Revisor anbefaler at Skjervøy kommune i utarbeidelsen av et styringssystem vurderer hvilke deler av de eksisterende rutine og prosedyrene som bør gjelde for virksomhetene og hvilke som ikke kan anses gjeldende for kommunens tjenesteleveranse innen hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten.

Vi anbefaler at Skjervøy kommune i arbeidet med dokumentert styringssystem fastsetter planer for hvordan oppgavene gjennomføring, evaluering og korrigerende beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal ivaretas.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1 Bakgrunn og bestilling	10
2 Problemstillinger og revisjonskriterier	11
2.1 Problemstillinger	11
2.2 Om kvalitetsbegrepet	11
2.3 Kilder for revisjonskriterier	13
2.4 Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 1 om sikring av kvalitet i tjenestene.....	13
2.5 Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 3 om brukermedvirkning	16
3 Metode, datamateriale og avgrensing	19
3.1 Metode og datamateriale	19
3.2 Problemstilling 1	19
3.3 Problemstilling 2	20
3.4 Problemstilling 3	22
3.5 Problemstilling 4	23
3.5.1 Spørreundersøkelsen til tjenestemottakere og pårørende i hjemmetjenesten.....	23
3.5.2 Spørreundersøkelsen til de pårørende i sykehjemmet.....	24
3.5.3 Presentasjon av spørreundersøkelsesresultater	24
3.6 Gyldighet og pålitelighet.....	25
3.7 Avgrensninger.....	25
4 Tjenester til eldre i Skjervøy kommune	26
4.1 Organisering helse- og omsorg	26
4.2 Hjemmetjenesten.....	26
4.3 Sykehjemmet.....	28
5 Systemer og rutiner for kvalitet	29
5.1 Revisors funn	29
5.1.1 Planlegge.....	30
5.1.2 Gjennomføre	35
5.1.3 Evaluere	39
5.1.4 Korrigere	40
5.2 Revisors vurderinger	41
6 Ressursbruk i eldreomsorgen	44
6.1 Innledning	44
6.2 Pleie- og omsorgstjenestenes omfang i Skjervøy kommune – og i referansegruppene	45
6.3 Prioriteringsindikatorer – ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene	46
6.4 Utdypende tjenestedata	48
6.5 Produktivitetsindikatorer.....	49
6.6 Revisors oppsummerende kommentarer	50

7	Brukerinvolvering	53
7.1	Innhenting av tilbakemeldinger fra brukere og pårørende	53
7.2	Hjemmetjenesten.....	55
7.3	Sykehjemmet.....	56
7.4	Revisors vurderinger	57
8	Opplevelser av kvalitet i tjenesten	59
8.1	Hjemmetjenesten.....	59
8.1.2	Personalet.....	59
8.1.3	Involvering.....	61
8.1.4	Trivsel og informasjonsutveksling.....	62
8.1.5	Privatliv og respekt	63
8.1.6	Kvalitet og klageadgang.....	64
8.2	Sykehjemmet.....	65
8.2.1	Personalet.....	66
8.2.2	Måltider.....	66
8.2.3	Legge seg og stå opp.....	69
8.2.4	Privatliv og respekt	70
8.2.5	Involvering.....	71
8.2.6	Bistand fra samhandlere.....	71
8.2.7	Utførelse av arbeidsoppgaver hos personalet.....	73
8.2.8	Trygghet og trivsel.....	75
8.2.9	Tilrettelegging.....	77
8.2.10	Responstid.....	78
8.2.11	Aktivitetstiltak.....	79
8.2.12	Kommunikasjon og informasjonsutveksling.....	79
8.2.13	Klageadgang	80
8.2.14	Avvik, forbedring og kvalitet.....	81
9	Oppsummering og konklusjon	83
10	Uttalelse	85
11	Revisors anbefalinger	86
12	Referanser	87

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

Kontrollutvalget i Skjervøy kommune vedtok i sak 31/20, i møte 4.12.2020, å be revisor fremlegge prosjektskisse for forvaltningsrevisjon «Kvalitet og ressursbruk i eldreomsorg». Forvaltningsrevisjon med slikt tema er prioritert øverst i Skjervøy kommunes plan for revisjon for perioden 2020- 2024. Planen ble vedtatt av kommunestyret i møte den 15.12.2020. KomRev NORD sendte overordnet prosjektskisse til kontrollutvalget den 11.1.2021. Skissen ble behandlet av kontrollutvalgets medlemmer via e-post og vi fikk tilbakemelding den 21.1.2021 om at prosjektskissen var i tråd med bestillingen, og at vi skulle gå i gang med forvaltningsrevisjonen.

Et hovedformål med forvaltningsrevisjonen er å belyse om kvaliteten i hjemmetjenester og sykehjemstjenester er i tråd med krav og målsetninger på området – både når det gjelder sentrale målsetninger og regelverk (herunder kvalitetsforskriften) og eventuelle lokale målsetninger. Hovedformålet er også å få belyst kommunens ressursbruk samt hvordan brukere og pårørende opplever kvaliteten.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. **Har Skjervøy kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?**
2. **Hvordan er Skjervøy kommunes ressursbruk på eldreomsorg i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?**
3. **Har Skjervøy kommune systemer for brukerinvolvering/brukerundersøkelser i eldreomsorgen i tråd med krav i relevant regelverk? Hvordan brukes resultater fra brukerundersøkelser?**
4. **Hvordan opplever brukere og pårørende kvaliteten i tjenesten?**

2.2 Om kvalitetsbegrepet

I problemstilling 1 og 4 inngår begrepet «kvaliteten». Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO er en standardreferanse for definisjon av kvalitet i offentlige tjenester. Ifølge ISO utgjøres kvalitet av en helhet av egenskaper og kjennetegn som produktet/tjenesten har, og vedrører evnen til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet.¹ Denne forvaltningsrevisjonen retter seg mot kommunens helse- og omsorgstilbud. Flere regelverk er styrende for tjenestetilbudet, herunder gjelder forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. I veilederen til denne kvalitetsforskriften² defineres kvalitetsbegrepet på noenlunde samme måte som ISO. Ifølge veilederen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv, eller fra tjenestemottakere og pårørende. Videre påpeker veilederen (2004:7) at:

- Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnete og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.
- Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt. Kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er nedfelt i en egen forskrift, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, også kalt Kvalitetsforskriften.
- Forskriften skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivarett sine grunnleggende behov.

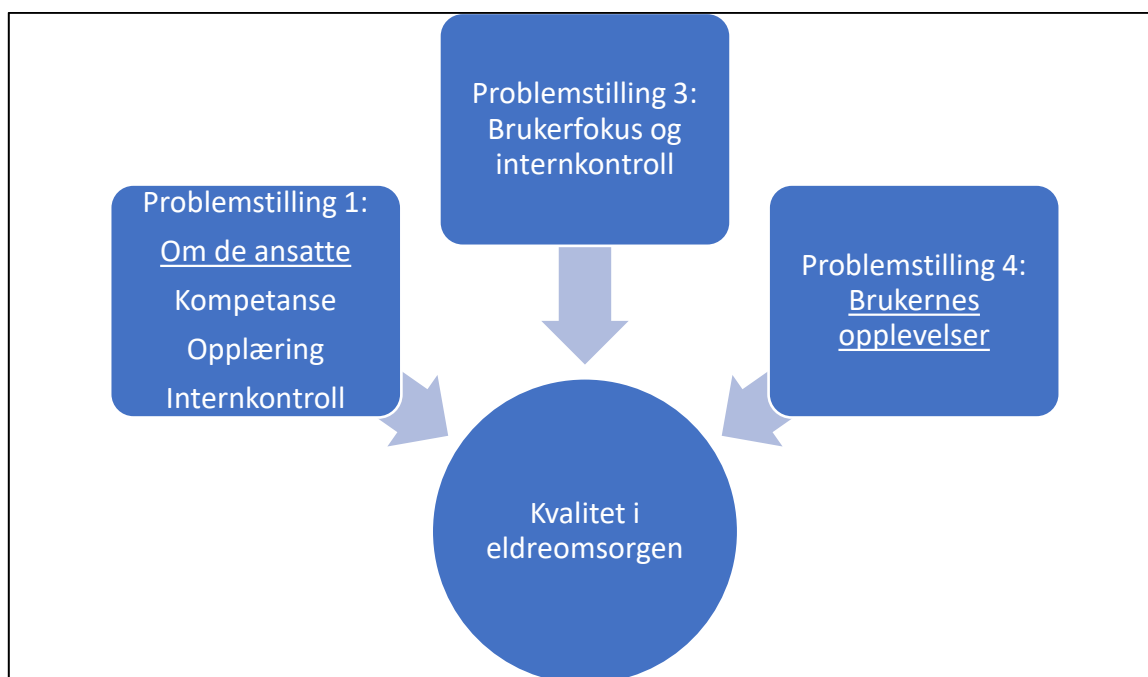
¹ Fra Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2005)

² Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet (2004): Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelseloven og sosialtjenesteloven. IS-1201

Kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien pålegger kommunene å utarbeide prosedyrer og ivareta bestemte hensyn, som gjør at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får dekket sine grunnleggende behov på en god måte. Forskriftene gir ikke brukerne rett til bestemte tjenester, og dette gjør at det kan være vanskelig å måle hva som er god kvalitet på tjenestene. Likevel vil forskriftenes krav og kommunens egne kvalitetsstandarder, brukerundersøkelser og brukermedvirkning til sammen gi gode indikasjoner på kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Det er vanlig å skille mellom ulike typer kvalitet slik som strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultatkvalitet. I rapporten *Bedre måling av kvalitet i kommunene*³ argumenteres det for at det går et skille mellom struktur- og prosesskvalitet på den ene siden og produkt- og resultatkvalitet på den andre siden. Struktur- og prosesskvalitet fanger opp forhold som ressursbruk og organisering som har en mer indirekte effekt for tjenestemottakeren. Det vil si at struktur- og prosesskvalitet dreier seg om forhold som gjelder det å legge til rette for at tjenestemottakerne mottar tjenester av god kvalitet.

Produkt- og resultatkvalitet har større nærhet til tjenestemottaker og dreier seg om egenskaper ved tjenesten som er viktig for tjenestemottakeren og resultatet tjenesten har for tjenestemottaker. I tillegg til å skille mellom ulike typer kvalitet kan det også skilles mellom objektive og subjektive kvalitetsindikatorer. Subjektive kvalitetsindikatorer beskriver opplevd kvalitet basert på tjenestemottakere/pårørende/ansattes vurderinger av hvor fornøyde de er med en kommunal tjeneste. Objektive kvalitetsindikatorer er basert på målinger i henhold til bestemte prosedyrer og kriterier. Under problemstilling 1 har revisor undersøkt struktur- og prosesskvalitet med bakgrunn i objektive kvalitetsindikatorer utledet fra regelverk som blir utdypet i neste delkapittel. Problemstilling 4 innebærer en kartlegging av tjenestekvaliteten slik pårørende /tjenestemottakere og ansatte opplever den; altså deres subjektive vurderinger av tjenestens produkt- og resultatkvalitet.

Oppsummert kan vi visualisere de ulike indikatorene vi har valgt ut som skal svare på problemstillingen om kvalitet i en figur.



Figur 1: Hvordan problemstillingene henger sammen med kvalitet i eldreomsorgen

³ SØF-rapport nr. 02, Senter for økonomisk forskning AS

2.3 Kilder for revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området, og utledes med utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtatte problemstillinger.

For problemstilling 1 og 3 i forvaltningsrevisjonen utleder vi revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28.10.2016 nr.1250 om ledelse og kvalitetsforbedring
- Lov 2.7.2011 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester. (Kvalitetsforskriften)

Problemstilling 2 og 4 er deskriptive, og vi utleder ikke revisjonskriterier.

2.4 Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling 1 om sikring av kvalitet i tjenestene

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt). Kommunens ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, innebærer i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven også plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Nærmere krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktivitet følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Det følger av forskriftens § 3 at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne medvirker til dette.

Av forskriftens § 4 følger det at i forskriften betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså *forholdsmessige*. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig vil

varierte mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at Skjervøy kommune må ha gjort en *vurdering* av hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må Skjervøy kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse gjennomgår vi nedenfor.

Basert på det ovenstående, utleder vi som revisjonskriterier at Skjervøy kommune skal ha:

- *Et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes til eldre*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i tjenestene som ytes til eldre og i hvilken grad dette skal dokumenteres*

Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 – 9 følger de nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere* virksomhetens aktiviteter.

Det følger av forskriften § 6 at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.*
- innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veileder og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*
- ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon om annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Vi utleder som revisjonskriterium om tjenestene som ytes til eldre

- *Skjervøy kommune skal ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 7, og innebærer følgende oppgaver:

- sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*

- b. *sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.*
 - c. *utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
 - d. *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.*
 - e. *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*
- Vi utleder som revisjonskriterium at Skjervøy kommune skal ha gjennomført sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, og innebærer følgende oppgaver:

- a. *kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
 - b. *vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*
 - c. *evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
 - d. *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
 - e. *gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
 - f. *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*
- Vi utleder som revisjonskriterium at Skjervøy kommune skal ha evaluert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9 og innebærer følgende oppgaver:

- a. *rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold*
 - b. *sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres*
 - c. *forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- Vi utleder som revisjonskriterium at Skjervøy kommune skal ha korrigert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Det kommer frem av veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring mv. at dersom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i konkrete tilfeller ikke velger å følge nasjonale faglige retningslinjer for internkontrollarbeidet, bør dette begrunnes faglig og dokumenteres. Internkontrollveilederen peker på dokumentasjon som et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt. Ifølge veilederen er det virksomheten selv - ved den øverste lederen og medarbeiderne – som må avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, samt etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene. Hva som skal dokumenteres, må avgjøres ut ifra virksomhetens egne interne behov.

Selv om det ligger til virksomheten selv å avgjøre i hvilken grad internkontrollen skal dokumenteres skriftlig, har vi i våre vurderinger tatt utgangspunkt i veilederens eksempler og anbefalinger som beste praksis. Beste praksis er ikke noe kommunen er pålagt å følge, men som kommunen sannsynligvis vil ha fordel av å følge. Veilederen peker blant annet på flere elementer av internkontroll som av erfaring bør skriftliggjøres, samt at det bør tas hensyn til medarbeidernes, og spesielt vikarer og nyansattes behov med hensyn til skriftliggjøring av faglige prosedyrer.

I arbeidet med å tilpasse tjenestene etter mottakernes behov, på en helhetlig, samordnet og fleksibel måte, og hvor tjenestemottakere og eventuelt pårørende medvirker i utforming og endring av tilbudet, skal kommunen ifølge kvalitetsforskriftens § 3 «utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at tjenestemottakere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov». Bestemmelsen inneholder blant annet følgende eksempler på hva som menes med «grunnleggende behov»:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov

Grunnleggende behov omfatter flere forhold enn dem som fremstilles ovenfor, og ulike tjenestemottakere har ulike behov. Vi legger til grunn at et tjenestetilbud som oppleves som forutsigbart og er tilpasset den enkeltes tilstand og behov, ivaretar den enkeltes grunnleggende behov.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi avgrenset våre undersøkelser til å gjelde det vi anser for å være sentrale deler av et slikt internkontrollsystem. For enkelte av disse revisjonskriteriene hjemler det nasjonale regelverket et krav om skriftlighet, jf. problemstilling 1.

2.5 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3 om brukermedvirkning

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 har pasienter og tjenestemottakere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 bokstav a, andre ledd. Denne bestemmelsen gir denne gruppen rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard basert på en individuell helse- og

sosialfaglig vurdering. Dette temaet er også omtalt i veilederen til helse- og omsorgsloven⁴. Kommunen står relativt fritt til å utforme tjenestetilbudet som dekker den enkeltes behov for nødvendige og forsvarlige tjenester, men tjenestemottakeren har rett til å medvirke i valget mellom ulike tjenester og tiltak, og kommunen skal så langt som mulig utforme tjenestetilbudet i samarbeid med tjenestemottakeren⁵. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6 bokstav a gjelder dette også helsetjenester i hjemmet.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 første ledd at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Lovens § 3-10 andre ledd bestemmer at kommunen skal sørge for at virksomheter som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgstjenesten skal også legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner, dette i henhold til § 3-10 tredje ledd.

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal også i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav e, sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, tjenestemottakere og pårørende. I kravet ligger det, ifølge veilederen, at det må innhentes informasjon om hvordan pasienter, tjenestemottakere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar samt hva de (eventuelt) mener bør forbedres. Pasienter, tjenestemottakere og pårørende skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (Kvalitetsforskriften) § 3 pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenestemottakere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. I veilederen til kvalitetsforskriften blir det poengtert at brukermedvirkning er et sentralt prinsipp innen helse- og sosialretten og innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig blir utformet i samarbeid med tjenestemottakeren, og dens ønsker.

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 8 bokstav d viser til plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter, som innebærer at virksomheten skal vurderes på bakgrunn av pasienter, tjenestemottakere og pårørendes erfaringer. Det fremgår av tilhørende veileder til forskriften at «hvordan virksomheten vurderes av pasienter, brukere og pårørende gir viktig informasjon om utfordringer og hvilke områder som det eventuelt må jobbes med for å bedre kvaliteten samt pasient- og brukersikkerheten.»

Av dette utleder vi som revisjonskriterier at Skjervøy kommune innenfor eldreomsorgen skal:

- *Sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet*
- *Ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter*
- *Legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner*

Av pasient- og brukerrettighetsloven følger det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (jf. § 3-1). Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utformingen av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven, som hjemmetjenester. Dersom pasienten

⁴ Veilederen gjelder for helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8

⁵ Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, s 11-12

ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Av dette utleder vi som revisjonskriterium at:

Skjervøy kommune innenfor tjenestene som ytes til eldre skal ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke.

Som redegjort for under utledningen av revisjonskriterier under problemstilling 1, angir forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. En del av plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter (forskriftens § 6) innebærer å ha oversikt over brukererfaringer. Som en del av gjennomføringen av virksomhetens aktiviteter, skal Skjervøy kommune sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

I evalueringen av virksomhetens aktiviteter, skal kommunen *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*. Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter omfatter å gjennomføre korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenesteloven etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres. Vi utleder av dette som revisjonskriterium at

Skjervøy kommune skal ha system for å benytte erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av eldreomsorgens aktiviteter.

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon⁶.

Vi sendte oppstartsbrev til Skjervøy kommune v/kommunedirektør 21.01.2021. Skjervøy kommune oppnevnte helse- og omsorgssjef Åshild Hansen som kontaktperson for denne forvaltningsrevisjonen. Vi avholdt oppstartsmøte 05.02.2021 på Teams hvor helse- og omsorgssjef deltok fra kommunen.

Denne rapporten bygger på muntlig og skriftlig informasjon, herunder spørreundersøkelser⁷ blant tjenestemottakere og pårørende. Vi har avholdt intervjuer med helse- og omsorgssjef, avdelingsleder for Solkroken, avdelingssykepleier for sykehjemmet og avdelingssykepleier ved hjemmetjenesten i kommunens lokaler. Representanter fra kommunen har gitt revisor omvisning i lokalene på Skjervøy.

Datamaterialet rapporten bygger på består av:

- Årsmeldinger for Skjervøy kommune for årene 2019 og 2020.
- Tilsendte rutiner for sykehjemmet og hjemmetjenesten
- Intervjuer med avdelingsleder og avdelingssykepleiere
- Resultater fra spørreundersøkelser
- Behovsanalyse for fremtidens tjenester innen helse og omsorg i Skjervøy kommune – rapport fra Telemarksforskning
- KOSTRA-tall for årene 2018, 2019 og 2020

I det følgende redegjør vi nærmere for metode og datamaterialet for de fire problemstillingene som denne rapporten besvarer.

3.2 Problemstilling 1

Våre beskrivelser av kommunens dokumenterte systemer i sykehjems- og hjemmetjenestene baserer seg på dokumentasjon i form av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer og avdelingenes skriftlige rutiner. De skriftlige rutinebeskrivelsene som helse- og omsorgssjef oversendte til revisor, var fordelt i en mappe for sykehjemmet og en mappe for hjemmetjenestene. Vi har innhentet muntlige opplysninger i intervju med helse- og omsorgssjef, avdelingssykepleier på sykehjemmet, avdelingsleder på avdeling Solkroken samt avdelingssykepleier i hjemmetjenesten. Intervjuguiden vi brukte tok utgangspunkt i bestemmelser i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og de dokumenterte rutineene som gjaldt de to tjenestestedene.

I vår besvarelse av problemstilling 1 har vi også benyttet informasjon fra rapporten «Behovsanalyse for fremtidens tjenester innen helse og omsorg – Skjervøy kommune». Rapporten er skrevet av Telemarksforskning som på oppdrag fra kommunen har gjort en behovsanalyse på disse tjenestene. Prosjektet ble gjennomført i perioden februar til april 2021

⁶ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

⁷ For å gjennomføre spørreundersøkelser har vi benyttet verktøyet SurveyXact (<https://www.survey-xact.no/>)

på bestilling fra helse- og omsorgssjefen. Telemarksforsknings rapport ble lagt fram for kommunestyret i sak 19/21, i møte 8.6.2021⁸.

3.3 Problemstilling 2

KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering. Alle landets kommuner skal rapportere data om sine tjenester til Statistisk Sentralbyrå (SSB) som sammenstiller disse og tilbyr styringsinformasjon til kommunene. Kommunene rapporterer til KOSTRA i henhold til en bestemt funksjonskontoplan, og det disse funksjonene det er naturlig å se på angående kommunens ressursbruk på tjenester til eldre.

- **Funksjon 234** *Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse*
- **Funksjon 253** *Helse og omsorgstjenester i institusjon*
- **Funksjon 254** *Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende*
- **Funksjon 256** *Tilbud om øyeblikkelig hjelp (døgnopphold i kommunene)*
- **Funksjon 261** *Institusjonslokaler*

Funksjon 234 omfatter en rekke tjenester til flere grupper innbyggere. De som er nevnt i veilederen til KOSTRA er som følger:

- Eldresentre og dagsentre for hjemmeboende,
- aktivitetssentre for personer med utviklingshemming m.m
- aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning,
- andre dagaktivitetstilbud
- transporttjenester,
- støttekontakt,
- matombringing,
- velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av teknologien, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254),
- vaktmester,
- vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak,
- ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse,
- frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Funksjon 253 omfatter direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse med helse- og omsorgstjenester i institusjon. I tillegg til dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på institusjoner som for eksempel re-/habilitering og avlasting. Omfatter også servicefunksjoner som:

- husøkonom
- kjøkken
- kantine/kiosk
- vaskeri
- aktivitør

⁸ Kommunestyret vedtok å ta behovsanalysen fra Telemarksforskning til orientering. Den skal danne grunnlag for utarbeidelse av kommunedelplan for helse og omsorgsetaten. Videre vedtok kommunestyret at formannskapet delegeres myndighet til å nedsette ei arbeidsgruppe og fastsette et mandat for det videre arbeidet med dimensjonering av helsetjenester til innbyggerne på en bærekraftig måte.

- medisinske forbruksvarer
- tekniske hjelpemidler
- inventar og utstyr
- administrasjon/ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar)
- inntekter av oppholdsbetaling
- utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger
- betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter

Funksjon 254 omfatter:

- Praktisk bistand og opplæring
- Brukerstyrt personlig assistent
- Avlastning utenfor institusjon
- Omsorgslønn
- Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste

Funksjon 256 omfatter:

- Utgifter til tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

Funksjon 261 omfatter:

- Utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner, med tilhørende tekniske anlegg og utendørsanlegg. Dette omfatter lønn mv. til eget drifts-/vedlikeholds personell, innkjøp av materiell og utstyr til drift og vedlikehold, og kjøp av drifts-/vedlikeholdstjenester (eksempelvis vaktmestertjenester, snøryddingsavtaler, renholds avtaler, serviceavtaler på tekniske anlegg, avtaler om vakthold og tilsyn mv.) som er knyttet til institusjonslokaler.
- Avskrivninger av egne bygg. Som driftsaktiviteter regnes løpende drift, renhold, vakthold, sikring, energi og vann, avløp og renovasjon.

SSB har delt alle landets kommuner inn i såkalte KOSTRA-grupper etter tre variabler; folketall, frie inntekter og bundne kostnader. Skjervøy kommune tilhørte frem til 2020 KOSTRA-gruppe 3 (KG3), som består av små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye disponible inntekter. Det kom ny inndeling fra 2020 hvor Skjervøy kommune nå er i KOSTRA-gruppe 6 (KG6) som består av små kommuner med høye bundne kostnader og høye frie disponible inntekter per innbygger. KOSTRA-tallene som presenteres i rapporten er for årene 2017, 2018, 2019 og 2020.

Vi sammenlikner Skjervøy kommune med gjennomsnittet for KG3/KG6 og landet utenom Oslo. Drøftingen og fremstillingen av KOSTRA-tallene dreier seg om Skjervøy kommunes og sammenligningsenhetenes prioritering av dekningsgrader samt produktivitet i hjemmetjenesten.

Prioriteringsindikatorene

Prioriteringsindikatorene skal si noe om hvor mye penger kommunen «velger» å bruke på de enkelte tjenesteområdene. En tjeneste kan sies å være høyt prioritert når en kommune bruker en relativt stor andel av sine ressurser på en bestemt tjeneste. I vurderingen av forskjeller i prioritering mellom ulike kommuner er det flere elementer som kan bidra til å forklare forskjeller:

- Kommunen kan ha et relativt høyt utgiftsbehov knyttet til tjenesten. Dette blir delvis korrigerert for ved å se på utgifter per person i målgruppen. Men hvis målgruppen er heterogen (ulike målgrupper har ulike behov) blir ikke dette fanget opp fullt ut i KOSTRA.
- Kommunen kan ha prioritert en tjeneste høyt på bekostning av andre tjenester. For å få informasjon om dette kan det være interessant å se på hvor stor andel av utgiftene som går til ulike tjenester, eventuelt korrigerert for utgiftsbehov. Det siste kan delvis avhjelpes ved å se på kommuner innenfor samme KOSTRA-gruppe.
- Kommunen kan ha relativt høye inntekter.

De tre ovennevnte punktene bidrar til at forskjeller i utgifter pr. tjeneste fra kommune til kommune ikke utelukkende kan tolkes som et resultat av prioriteringer eller valg på lokalt nivå.

Produktivitetsindikatorene

Produktivitetsindikatorene skal si noe om hva det koster å produsere en enhet av tjenesten, i dette tilfellet kostnad pr. bruker. Produktiviteten kan sies å være høy dersom ressursbruken er lav i forhold til produksjonen. Når produksjonen blir målt ved antall mottakere, blir det imidlertid ikke tatt hensyn til variasjoner i kvaliteten på tjenestene som brukerne mottar. Det blir heller ikke tatt hensyn til variasjoner i brukernes behov eller pleietyngde. Det kan derfor være flere tolkninger av hvorfor en kommune har høye utgifter per mottaker:

- Produktiviteten er lav, dvs. man får lite produksjon igjen i forhold til pengebruken.
- Kvaliteten er høy, dvs. at brukerne mottar relativt gode tjenester.
- Enhetskostnadene er høye, dvs. at det er relativt dyrt å produsere tjenester i den kommunen vi ser på, for eksempel pga. smådriftsulemper, lange reiseavstander eller et høyt lønnsnivå som skyldes mangel på arbeidskraft.

Dekningsgradsindikatorene

En dekningsgrad måler andelen av målgruppen som er mottakere av en tjeneste, eksempelvis andelen innbyggere over 80 år som mottar hjemmetjenester. Når kommunene rapporterer til KOSTRA følges en funksjonskontoplan⁹, slik at rapporteringen skal bli lik i alle kommuner.

Sykehjemmet og sykestua føres på samme funksjon (f253) i regnskapet, mens hjemmetjenesten føres på en egen funksjon (f254). Det er ikke alle kommuner i KG3/KG6 har en sykestue i sin kommune. Det forholdet gjør at sammenligningen mellom Skjervøy og de andre kommunene ikke blir riktig fremstilt. Dette i tillegg til en viss feilmargin i registreringskvalitet i både Skjervøy kommune og de andre kommunene gjør at det kan knyttes noe usikkerhet til sammenligning av absolutte størrelser i KOSTRA.

3.4 Problemstilling 3

Problemstillingen omhandler brukerinvolvering og brukerundersøkelser og vi har gjennomgått det datamaterialet presentert under problemstilling 1 for informasjon om dette. Vi har ikke funnet informasjon i de oversendte dokumenter/rutiner som beskriver hvordan Skjervøy kommune skal arbeide med brukerinvolvering, eller ta i bruk resultater fra brukerundersøkelser i sitt forbedringsarbeid. Vi har derfor også stilt spørsmål om dette i intervjuer med helse- og omsorgssjef, avdelingssykepleier og avdelingsledere. I spørreundersøkelsen vi gjennomførte blant tjenestemottakere og pårørende, jf. beskrivelser i neste delkapittel, inngikk enkelte spørsmål om opplevelse av brukermedvirkning.

⁹ Det gjøres endringer/oppdateringer av funksjonskontoplanen hvert år, slik at det kan være mindre endringer i hva som inngår i de ulike funksjonene fra år til år. Disse endringene er felles for alle kommunene.

3.5 Problemstilling 4

Problemstilling 4 om opplevelse av kvalitet besvarer vi gjennom bruk av spørreundersøkelser. Vi har brukt verktøyet SurveyXact for å utarbeide og gjennomføre spørreundersøkelsen. Formålet med spørreundersøkelsen var – i tråd med ordlyden i problemstilling 4 – å få kartlagt opplevelser av kvalitet blant tjenestemottakere av hjemmetjenester og sykehjem. Beboere på sykehjem og mottakere av hjemmetjenester kan mangle forutsetninger for å svare på en slik spørreundersøkelse. Revisor fikk tilbakemelding fra helse- og omsorgssjef at det var tilfelle; det var ifølge henne en lav andel av mottakere av hjemmetjenester og sykehjemsbeboere som kunne svare selv. Det er derfor – ved undersøkelser av kvalitet i denne typen tjenester – viktig at andre som kjenner til tjenestetilbudet får anledning til å uttale seg. Vi valgte derfor å gjennomføre spørreundersøkelsen blant de tjenestemottakerne som helse- og omsorgssjef vurderte at kunne besvare den selv, og også blant beboernes/tjenestemottakernes pårørende. I spørreundersøkelsen ble pårørende oppfordret til å involvere tjenestemottaker i besvarelsen i den grad det var mulig. Pårørende ble i svarskjemaet bedt om å krysse av for om besvarelsen var gjort alene eller sammen med beboer/tjenestemottaker.

Revisjonens spørreskjemaer ble utformet etter en velutprøvd mal som revisor har lagt til grunn i lignende forvaltningsrevisjoner i andre kommuner. Spørsmålene i spørreskjemaene tar utgangspunkt i sentrale krav som følger av lov og forskrift som regulerer kommunens pleie- og omsorgstjenester.

3.5.1 Spørreundersøkelsen til tjenestemottakere og pårørende i hjemmetjenesten

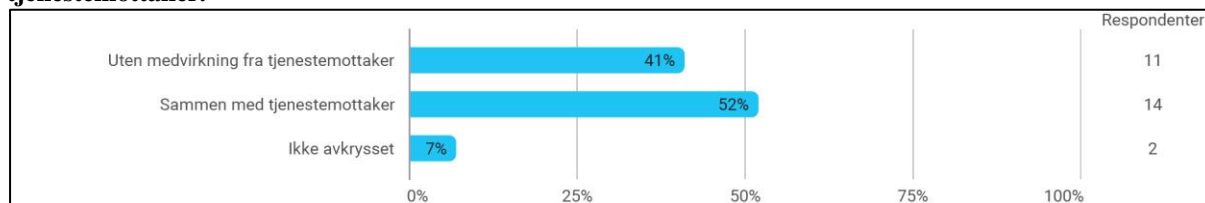
Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 118 tjenestemottakere og pårørende den 09.06.2021. Fra Skjervøy kommune fikk vi oversendt en liste som inneholdt navn og adresse på de tjenestemottakerne av hjemmetjenester som kunne svare på en spørreundersøkelse fra oss. Vi fikk også informasjon om hvem som måtte ha bistand. Kommunen ga også revisor lister over pårørende med tilhørende postadresser. Revisor undersøkte med kommunen om det var mulig å få e-postadresser i stedet for postadresser, men det hadde ikke kommunen tilgjengelig.

Undersøkelsen som ble sendt direkte per post til 89 tjenestemottakere. Vedlagt selve undersøkelsen inngikk et informasjonsskriv og en konvolutt som kunne limes igjen. Den ferdig utfylte undersøkelsen skulle legges i konvolutten slik at hjemmetjenesten kunne samle disse inn igjen.

I de 30 forsendelsene som gikk direkte til tjenestemottakers pårørende inngikk en ferdig frankert returkonvolutt. Innsamlingen av svar på vår spørreundersøkelse ble avsluttet 18.08.2021, det er ikke kommet inn besvarelser i ettertid. Begge disse undersøkelsene var helt identiske spørsmålsutforming, men hadde et noe ulikt følgebrev. Resultatene fra disse to gruppene er å anse som besvarelse på den samme undersøkelsen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant tjenestemottakere og pårørende i hjemmetjenestene var lavere enn i sykehjemmet, men vi har brukt resultatene selv om svarprosenten ikke var helt tilfredsstillende med 23 %. Denne andelen tilsvarer 27 returnerte spørreundersøkelser, av de 118 vi sendte ut. Ved å sende spørreundersøkelsen per post har revisor ikke hatt noen mulighet til å sende påminnelse eller purring på besvarelse.

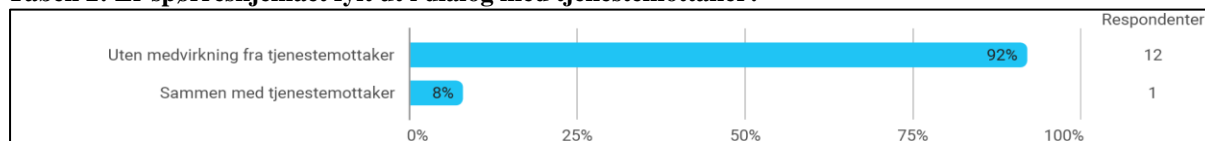
Det var ett spørsmål i undersøkelsen hvor vi spurte om undersøkelsen var besvart sammen med, eller uten medvirkning fra tjenestemottaker. Blant respondentene i undersøkelsen rettet mot hjemmetjenestemottakere var det 14 (52 %) som involverte tjenestemottaker i besvarelsene og elleve som ikke gjorde det. De resterende to hadde ikke svart på det spørsmålet.

Tabell 1: Spørreskjemaet er fylt sammen med tjenestemottaker, eller uten medvirkning fra tjenestemottaker.

3.5.2 Spørreundersøkelsen til de pårørende i sykehjemmet

Ifølge helse- og omsorgssjef var det ikke noen av sykehjemsbeboerne på daværende tidspunkt som var i stand til å besvare en spørreundersøkelse selv. Det ble i samråd med revisor besluttet at spørreundersøkelsen med tema kvalitet i sykehjemstjenester skulle sendes til de pårørende digitalt. Revisor har av kommunen fått e-postadresser til 20 av de pårørende. De resterende tre pårørende fikk undersøkelsen på papir per post. To av de tre svarte og revisor har registrert svarene manuelt i SurveyXact. Undersøkelsen ble dermed sendt til 23 pårørende av beboerne. Fristen for å besvare denne undersøkelsen ble satt til 18.07.2021. Svarprosenten i denne undersøkelsen ble på 57 %, dette ble oppnådd etter to purringer til de som mottok den digitalt.

I spørreundersøkelsen til de pårørende var det i svarskjemaet et felt for avkrysning om besvarelsen var gjort alene eller sammen med tjenestemottaker. Blant pårørende ved sykehjemmet var det 12 av dem (92 %) som besvarte undersøkelsen uten medvirkning av tjenestemottaker.

Tabell 2: Er spørreskjemaet fylt ut i dialog med tjenestemottaker?

Når drøye halvparten (57%) av de pårørende ved sykehjemmet besvarte spørreundersøkelsen, vurderer vi at dataene fra revisjonens spørreundersøkelse gir indikasjoner på de pårørendes opplevelser av kvaliteten i tjenester til eldre i Skjervøy kommune. Vi fanger ikke opp alles meninger og opplevelser, men kun til de som har svart.

3.5.3 Presentasjon av spørreundersøkelsesresultater

Presentasjon av resultatene blir i hovedtrekk gjennomgått i kapittel 8 i rapporten. Tittelen til hver tabell er spørsmålet fra spørreundersøkelsen slik vi stilte det.

I vår presentasjon og drøfting av resultatene fra spørreundersøkelsen bruker vi blant annet følgende begreper:

- Respondentene: personer som har besvart undersøkelsen
- Svarfordeling: hvordan respondentenes svar fordeler seg på de ulike svaralternativene på spørsmålene
- N: det totale antallet personer som har svart på det enkelte spørsmålet i spørreundersøkelsen

På en del spørsmål hadde respondentene anledning til å svare vet ikke. Vi oppgir antallet som svarte vet ikke i tilknytning til det enkelte spørsmålet.

3.6 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og å svare på problemstillingene. Revisor mener at det skriftlige datamaterialet som beskrives i rapporten er relevant for å belyse de problemstillingene som søkes besvart. Vi mener også at helse- og omsorgssjef og de andre intervjuobjektene er relevante informanter, fordi de i kraft av sine stillinger må forutsettes å ha god kjennskap til de tjenestene som ytes til eldre i Skjervøy kommune. Vi vurderer det samlede datamaterialet som tilstrekkelig for å gjøre vurderinger opp mot revisjonskriteriene og svare på problemstillingene.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenliknet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som kommer frem i dem. I tillegg har vi framlagt datamaterialet for kommunen for gjennomgang og korrigert eventuelle faktafeil. Utkast til rapport med revisjonens faktabeskrivelser ble sendt til kommunen for gjennomgang hos kommunen og våre informanter. Vi gjennomgikk rapportens faktabeskrivelser i et møte med tjenestene 04.11.2021. På møtet deltok helse- og omsorgssjef Åshild Hansen, enhetsleder for sykehjem og sykestue Lill Hege Foley, avdelingsleder i hjemmetjenesten Lene Steinsvik og tidligere avdelingsleder på avdeling Solkroken Hege Pedersen. Korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen har revisor innarbeidet i rapporten.

På bakgrunn av forannevnte vurderinger, sammenlikninger og verifiseringer, forutsetter vi at det ikke er vesentlige feil i datamaterialet som presenteres i rapporten. Vi gjør likevel oppmerksom på at vi benytter KOSTRA-tallene med forbehold om at de kan inneholde feil.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er på et overordnet nivå også søkt sikret gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

3.7 Avgrensninger

Forvaltningsrevisjonen retter seg ifølge kontrollutvalgets bestilling seg mot «eldreomsorgen». Med det har vi lagt til grunn helse- og omsorgstjenester som kommunen yter til personer over 67 år.

I problemstillingen om ressursbruk er det tatt med noen indikatorer som kun gjelder for innbyggergruppen over 67 år. En del indikatorer er ikke skilt ut til å gjelde kun innbyggergruppen over 67 år da det ikke er egne indikatorer eller inndelinger som skiller årsgrupper slik.

Resultatene fra spørreundersøkelsene må betraktes som «øyeblikksbilder» fra undersøkelsesperioden, og vi tar forbehold om at situasjonen ved pleie- og omsorgstjenesten kan være endret etter at spørreundersøkelsene ble gjennomført. Spørreundersøkelsesresultatene er representative bare for de synspunktene tjenestemottakerne og pårørende som har besvart undersøkelsen har.

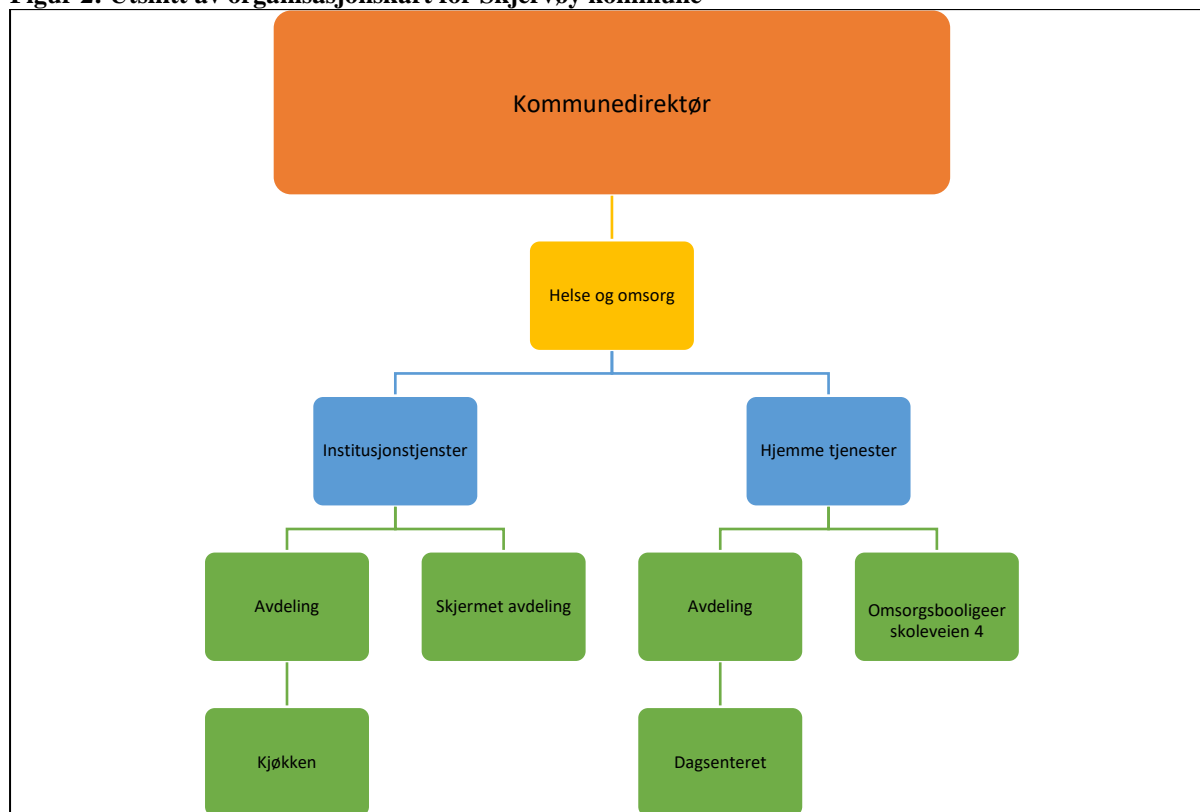
Vi har ikke undersøkt og vurdert hvorvidt kommunen faktisk gir tjenester i henhold til lovverk og gjeldende enkeltvedtak. Det er utenfor revisors mandat å undersøke og vurdere forsvarligheten i det tilbudet til enkeltpersoner.

4 TJENESTER TIL ELDTRE I SKJERVØY KOMMUNE

4.1 Organisering helse- og omsorg

Figuren under her viser et utsnitt av Skjervøy kommunes organisasjonskart med hensyn på Helse- og omsorg, samt de overliggende organisasjonsledd.

Figur 2: Utsnitt av organisasjonskart for Skjervøy kommune



Revisor var på besøk i Skjervøy kommune i slutten av juni 2021 og fikk omvisning av helse- og omsorgssjefen på sykehjemmet, basen for hjemmetjenestene, legekantoret, hybelhuset i Skoleveien samt aktivitetssentret. Lokalitetene sykehjemmet og sykestua har ved helsesentret er om lag 20 år gamle. Ute er det opparbeidede uteområder som kan benyttes til sosiale aktiviteter for beboerne.

4.2 Hjemmetjenesten

Det var fra 1. august 2020 ny leder for hjemmetjenesten. Vedkommende har ikke jobbet i kommunen før.

En stor del av Skjervøy kommunes helsetilbud er lokalisert ved helsesentret. Ledelsen i hjemmetjenesten består av en enhetsleder i, samt en avdelingsleder. Hjemmetjenesten holder også til her sammen med resten av helse- og omsorgstjenesten i helsesentret. Hjemmetjenesten har base i andre etasje, hvor det også er ti heldøgns omsorgsboliger. Tjenesten deler også på medisinrom med sykehjemmet.

Fra 1. mars 2021 overtok hjemmetjenesten ansvaret for behandlinger av søknader som BPA¹⁰ og omsorgsstønad. Krefthomsorgen ble sommeren 2021 flyttet fra hjemmetjenesten til legetjenesten.

Hjemmetjenesten er delt inn i tre deler, hjemmehjelpstjenesten samt to bemannede omsorgsboliger og den delen som yter bistand i hjemmet.

Hjemmetjenesten er ytterligere delt inn i tre geografiske soner. Sone 1 er omsorgsboligene på Helsesenteret, her er det to personer på vakt i ukedagene og en i helgene. Sone 2 er området Vågen og indre Skjervøy, her er det en ansatt på dagvakt. Sone 3 er sentrum og nordre del av øya, her er det en ansatt på dagvakt.

I Skoleveien er det ti hybler og syv leiligheter som hjemmetjenesten har ansvaret for. Det er en nattevakt på ved disse boligene.

I november 2020 ble det etablert en egen nattevakt for hjemmetjenesten, denne betjener de beboerne som bor i hjemmet. Denne nattevakten er stasjonert i omsorgsboligen/basen. Nattevakten er et tiltak for å bidra til at brukere kan bo lengre hjemme. Sommeren 2020 overtok hjemmetjenesten alle oppkallinger fra trygghetsalarm, disse har tidligere gått til sykehjemmet som måtte kontakte hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten har en del ubesatte/vakante stillinger som avdelingsleder bruker mye tid på å dekke opp ved bruk av vikarer. Avdelingsleder opplyste i intervju at det er åtte mindre stillinger som er vakante.

Avdelingsleder i hjemmetjenesten og noen av de andre ansatte vi snakket med på omvisningen beskriver en hverdag med manglende fasiliteter på flere områder. Personalgarderobene er for små og ikke tilpasset antall ansatte, lite kontorplass og ikke gunstig pauserom. Medisinrommet er ifølge de ansatte revisor snakket med for lite. Et eget egnet rom for hjemmetjenesten er under planlegging ifølge helse- og omsorgssjefen.

Bilparken til hjemmetjenesten består i utgangspunktet av syv biler, men en er kondemnert for tiden, mens en annen bil har flere mangler slik at den er omtalt som en «godværsbil» av de ansatte. Tjenesten har fått låne en bil av en annen tjeneste i kommunen ut 2021. Det er en politisk føring om at alle bilene skal byttes ut i løpet av de neste to årene. Dette vil gjøre tilgangen på biler bedre. De første to bilene ble levert i oktober 2021, med planlagt levering av de siste fem bilene i 2022.

Avdelingslederen i hjemmetjenesten som vi intervjuet beskriver en hverdag hvor mye tid går til å håndtere de mange utfordringene en aldrende, og liten bilpark medfører. Dette i tillegg til at de ansatte blir negativt påvirket av at deres viktigste fremkomstmiddel er en knapphetsfaktor. ASVO administrerer service, bilvask, verksted og leiebil når slike behov oppstår. Det er unntaksvis at det benyttes taxi for å komme rundt på hjemmebesøk.

Det er et felles hovedkjøkken både for hjemmetjenesten og sykehjemmet/sykestua. Hovedkjøkkenet står for matproduksjon til de som bor på institusjon og de som bor hjemme, og får maten tilkjørt. Kjøkkenet er nylig bygget ut og det er gjort betydelige investeringer i utstyr. Kjøkkenet er ifølge helse- og omsorgssjefen nå et moderne kjøkken med funksjonelle løsninger og høy standard. De som er ansatt på kjøkkenet har egne garderobefasiliteter, toaletter og pauserom. Kjøkkensjefen har også et lite kontor i tilknytning til kjøkkenet.

¹⁰ Brukerstyrt personlig assistanse

4.3 Sykehjemmet

Det var konstituert leder ved sykehjemmet da revisor i juni 2021 var på besøk i tjenesten. Ny leder for sykehjemmet startet 1. september 2021. Hver avdeling på sykehjemmet har egen avdelingsleder.

Sykehjemmet (Skarven) er delt inn i en avdeling med ni brukere med demens (Solkroken), og en somatisk del med 18 brukere. I tilknytning til den somatiske delen, er det en sykestue, hvor en av døgnplassene og to sykestueplasser finansieres av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) med totalt kroner 1,5 million årlig.

De ansatte som jobber på avdeling Solkroken, jobber kun der. De andre ansatte deler på å arbeide på somatisk avdeling og på sykestua. Sykepleiere går i tredelt turnus og de øvrige ansatte i todelt turnus. Det er egne ansatte til å ivareta nattevakter. Ansatte som jobber både på sykehjem og på sykestua veksler mellom vaktene. Har en ansatt vakt på sykestua har han/hun også ansvar for deler av sykehjemmet. Dette fordeles litt etter kompetanse, men de er avhengige av å ha sykepleier på jobb hele døgnet – og det klarer de, får revisor opplyst fra kommunen. De opplever ifølge avdelingssykepleier utfordringer til tider, men det løser seg. Det var ved revisors besøk opplyst at det for tiden var ventetid for å få sykehjemsplass.

Det har tidligere vært en prosjektstilling som miljøarbeider ved sykehjemmet. Gjennom prosjektet ble det kjøpt inn en del aktivitetsutstyr som sykehjemmet ennå har tilgjengelig. Utstyret brukes i liten grad ble det opplyst om ved vårt besøk. I prosjektperioden var det organiserte, og tilrettelagte aktiviteter for beboerne flere ganger i uken. Stillingen som aktivitør ble ikke videreført etter prosjektperioden.

Skjervøy kommune har ansatt en sykepleier som skal arbeide 50 % med velferdsteknologi. Den ansatte er i ordinær pleie i den andre 50 % delen av stillingen.

Sykehjemmet har den senere tid gått til innkjøp av inventar, utstyr og tekniske hjelpemidler. Disse innkjøpene ble finansiert av pengegaver de mottak. Gavene var på om lag 1,4 millioner kroner og var øremerket sykehjemmet. Sykehjemmet har også kjøpt inn to elsykler som de kan bruke for å ta beboerne med ut på tur, dette har blitt godt mottatt av beboerne ifølge helse- og omsorgssjefen.

Avdeling Solkroken ved sykehjemmet har fått tildelt 250 000 kroner i øremerkede prosjektmidler fra Statsforvalteren i Troms og Finnmark. Der er planlagt å benytte disse midlene til aktiviteter for beboerne på avdelingen i form av blant annet sansetralle, besøksverter og innkjøp av utstyr som grill, og andre ting som er aktivitetsfremmende for beboerne.

5 SYSTEMER OG RUTINER FOR KVALITET

Har Skjervøy kommune dokumenterte rutiner, og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Revisjonskriterier

Skjervøy kommune skal ha:

- *et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes til eldre*
- *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i eldreomsorgen og i hvilken grad dette skal dokumenteres*
- *planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *gjennomført sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *evaluert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *korrigert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

5.1 Revisors funn

Revisor har fått tilsendt rutiner fra Skjervøy kommune, disse rutineene er ikke lagret i et internkontrollsystem, men lagret i en mappestruktur digitalt og i fysisk papirutgave. Kommunen har hatt avtale med Kommuneforlaget om internkontrollsystem. Ifølge helse- og omsorgssjef skulle rutineene for hjemmetjenesten og sykehjemmet legges inn i dette systemet, men det er utsatt da det har pågått et arbeid med å kjøpe inn nytt system. Kommunen har gått til anskaffelse av Compilo¹¹ som avvikssystem, og det skal etter planen tas i bruk fra 1. januar 2022. Ifølge helse- og omsorgssjef skal rutineene flyttes inn i nytt internkontrollsystem når dette er på plass.

I det følgende er informasjon om de dokumenterte rutineene som Skjervøy kommune har sendt til oss på vår forespørsel. Det inngår også informasjon som vi har fått i samtaler med helse- og omsorgssjef, avdelingsledere og avdelingssykepleier. Det er mange år siden de skriftlige rutinebeskrivelsene ble utarbeidet. Dette viste også våre informanter til. Vi fikk opplyst at rutinebeskrivelsene var satt i perm uten at de brukes aktivt i den daglige driften. Oppdatering av rutiner har vært satt på dagsorden flere ganger tidligere, men det har blitt skjøvet på av forskjellige årsaker. Årsaker som ble nevnt var blant annet fravær og omprioritering av arbeidsoppgaver, dette gjelder begge tjenestene. De rutineene revisor har fått oversendt er adskilt for de to tjenestene. Slik det fremstår for revisor er det ingen rutiner utenom rutine for medisinerom som er felles for de to tjenestene.

Kommunen har egne dedikerte rutiner på følgende områder som er av interesse for denne forvaltningsrevisjonen: Aktiviteter, Iplosregistrering, rutiner for mottak av nyansatte, matombringing, medisinerom, kardexmøte, personalmøte, sjekklister for sykepleier, sjekklister for hjelpepleier og diverse rutiner for renhold av forskjellige rom tjenesten bruker. En egen

¹¹ <https://compilo.no/>

rutine for vurderingsbesøk, primærsystemet, aftenvakt, dagvakt, helgevakt samt arbeidsplassvurdering i brukers hjem. Vi har ikke mottatt noen rutiner knyttet til bilparken som hjemmetjenesten disponerer. Rutinene som gjelder for hjemmetjenesten, er heller ikke av nyere karakter. Det er ikke anført når de er utarbeidet eller revidert i de fleste tilfeller.

Revisor har fått oversendt en rekke rutiner som går på pleie og konkrete gjøremål innenfor sykehjemmets tjenester. Vi har også fått noen rutiner som går på daglige rutiner for de tre skiftene (dag, kveld og natt). Vi har mottatt sjekklister i forbindelse med ansettelse av vernepleiere og sykepleiere. Oversikt over hva som skal gjennomgås ved vernerunde av verneombud har vi også mottatt. Ingen av de nevnte er anført med dato for utarbeidelse eller revisjon.

En rekke rutiner for renhold og orden i forskjellige rom på sykehjemmet, stuene, lager, vaktrom, storbadet, avdelingskjøkken, laboratoriet med mer. Dette er rutiner fra 2002 og 2003, med unntak av rutine for pårønderom som er fra 2011.

Når det gjelder informasjon om konkrete tjenestemottakere, bruker kommunen systemet Profil. Revisor har fått opplyst fra kommunen at alt arbeid med pasienter blir registrert i systemet.

Revisor oppfatter at Skjervøy kommune v/hjemmetjenesten og sykehjemmet ikke har bygget opp et helhetlig styringssystem for bruk i disse to tjenestene. I det følgende gir vi beskrivelser for de skriftlige og muntlige opplysningene vi har om tjenestene herunder særskilt om det foreligger skriftliggjorte rutiner og prosedyrer eller ikke. Vi har også brukt informasjon fra rapporten til Telemarksforskning. Vi har sortert fremstillingen etter planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav om og som de utledete revisjonskriteriene er sortert etter. Behovsanalysen fra Telemarksforskning ble ifølge helse- og omsorgssjefen bestilt som følge av et ønske om å ha tallgrunnlag, og noe håndfast i bunn når det skal gjøres endringer i fremtiden. Det gjelder både hvordan tjenestene er organisert, utfordringer i tiden som kommer og for å søke en forklaring på den høye ressursbruken som har vært over år i tjenestene.

5.1.1 Planlegge

Mål, oppgaver og organisering

Revisor har undersøkt om det er fastsatt mål og finnes beskrivelser av hjemmetjenestens og sykehjemmets oppgaver, aktiviteter og organisering herunder om ansvars- og oppgavefordeling. Skjervøy kommune har ikke utarbeidet en kommunedelplan for helse og omsorg. Kommunens enheter innenfor helse og omsorg har dermed ikke noen vedtatte overordnede mål som legger føringer for hvilke konkrete mål som bør fastsettes for de ulike tjenestestedene. I kommunal planstrategi som ble vedtatt i kommunestyret i Skjervøy 15.12.2020 er utarbeidelse av en kommunedelplan innenfor helse og omsorg satt på agendaen for utarbeidelse i 2021.

Kommuneplanens samfunnsdel¹² angir at kommunen skal rekruttere og beholde nødvendig kompetanse, gjøre om deltidsstillinger til heltidsstillinger, ta i bruk ny velferdsteknologi, samt tilby et nødvendig og tilstrekkelig differensiert botilbud. Det er gjennom vedtakelse av planen også bestemt at det skal arbeides for at sykestuetilbudet opprettholdes, og at det er tilstrekkelig med institusjonsplasser.

¹² Kommuneplanens samfunnsdel vedtatt i kommunestyre 16.04.20

Videreføring og styrking av tilbudet gjennom frisklivssentralen er også inkludert i samfunnsdelen. Kommunen skal også arbeide for en verdig eldreomsorg hvor de eldre får anledning til å opprettholde aktivitet og samhørighet.

Vi er ikke forelagt dokumentasjon som beskriver sykehjemmets eller hjemmetjenestens overordnede mål, oppgaver og tjenester, organisering og ansvarsfordeling. Revisor har i intervju fått beskrivere av hvordan sykehjemmet og hjemmetjenesten er organisert, jf. våre beskrivelser ovenfor. Telemarksforskning har i intervjuene i forbindelse med sitt rapportarbeid fått det påpekt at lederspenet i virksomheten er stort, i den forstand at ledelsen har ansvar for mange ansatte og tjenesten over tid har fått tilført mange oppgaver.

Heltidskultur har vært tema også i revisors samtaler med helse- og omsorgssjefen. Høyt sykefravær og utfordringer med rekruttering kan henge sammen med dette temaet. Telemarksforskning viser i sin rapport til at det har vært prøvd ulike turnus- og vaktordninger med varierende hell. Større stillinger vil kunne gjøre det mer attraktivt å søke på jobb i Skjervøy kommune innenfor helse- og omsorg.

Skjervøy kommune v/sykehjemstjenesten har fremlagt rutinebeskrivelser for vaktene dag, kveld og natt. I disse er det angivelse av oppgaver og hvordan de skal utføres. I disse rutinene er det fokus på viktige gjøremål som skal sikre beboers behov for medisiner, mat og stell døgnet gjennom. Andre viktige gjøremål som tidspunkter for kontroll av medisiner og narkotikapreparater står det om i rutinene.

Skjervøy kommunes prosedyre for primærpleie i sykehjem angir at primærpleie er en måte å organisere tjenesten i sykehjem, og at primærpleie innebærer at en autorisert helsearbeider har hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient og dens pårørende. Det fremgår videre at primærpleie skal gi muligheter for å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. Samtlige sykehjemspasienter i Skjervøy kommune skal ha primærpleier og primærhjelpepleier/helsefagarbeider.

I primærpleierens/primærkontaktens ansvarsområder inngår det blant annet å ivareta flere av brukerens «grunnleggende» behov, jf. kvalitetsforskriften § 3 andre ledd; at pasienten har mulighet til brukermedvirkning, at det blir utarbeidet tiltaksplan i profil, at pasienten får kontakt med lege, tannlege og fysioterapeut når dette er nødvendig, og at det legges til rette for pasientens deltakelse i sosiale aktiviteter.

Prosedyren om primærpleie beskriver også hvem som har ansvar for de daglige gjøremålene rundt brukeren, være seg stell, mat, sosiale forhold og å holde orden på rommet. Ernæringskartlegging og timebestilling hos frisør, tannlege, fotpleier, samt diverse innkjøp inngår også i prosedyren.

Hjemmetjenesten har en noe tilsvarende rutine som går på primærkontakter, dette skal gi brukeren bedre og helhetlig omsorg og pleie. Det skal fremme et bedre samarbeid og kommunikasjon mellom brukeren, pleieren og pårørende, noe som gir økt trygghet og gir mulighet for å utdype det terapeutiske forholdet på det beste. Den ansatte har da ifølge rutinen et overordnet primæransvar for syv til ni brukere.

Informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver

Ifølge helse- og omsorgssjef klarer kommunen å gi et godt tilbud til de som trenger det. Det har vært fokus på å starte tjenestene så snart som mulig etter søknad er innkommet. Kartlegging og saksbehandling kommer etter at tilbudet er startet. Kommunen har opplyst at når søknad er kommet inn, skannes den inn i Profil og fordeles til saksbehandler. Profil er kommunens saksbehandlingssystem på området og leveres av Visma. Det er ikke mulig å søke digitalt, men søknadsskjema ligger på kommunens hjemmesider i pdf-utgave. Kommunen har sendt over tildelingskriteriene for tjenester. I disse er det redegjort for saksbehandling av søknader. Det redegjøres også der for rammene for tjenesten, hva som inngår og hva som ikke inngår. Forventninger om hva tjenestemottaker kan ha fra tjenesten, samt hvilke forventninger tjenesten har av mottaker er nevnt her.

Ved innvilgelse av hjemmetjenester er det en kartlegging som gjøres, her under blir det utført hjemmebesøk av avdelingsleder i hjemmetjenesten. Det er utarbeidet en rutine for dette besøket, «vurderingsbesøk hos søker». Rutinen er ikke markert med når den er utarbeidet, eller når den er revidert sist. I rutinen er det listet opp en rekke faktorer som skal gjennomgås ved besøket, eksempelvis arbeidsplassvurdering av brukers hjem, pleiebehov, tilsynsbehov, hjelp til medisiner, ernæring, samtykkekompetanse og utlevering av informasjon.

Når en ny beboer får plass på sykehjemmet er det informasjonsutveksling fra hjemmetjenesten om beboer har hatt tjenester derifra, samt fra lege og pårørende. Det er utarbeidet en sjekkliste/rutine for mottak av ny pasient. Dette går på både praktiske og medisinske sjekkpunkter, fra merking av klær og hjelpemidler, klargjøring av medisiner, melding til kjøkken om ny beboer, legeundersøkelse og kartlegging av syn og hørsel.

De ansatte ved hjemmetjenesten og på sykehjemmet har tilgang til en smarttelefon med diverse apper som hjelpemiddel i hverdagen. Appen Mobil omsorg er koblet sammen med journalsystemet i Profil, slik at de ansatte får opp både aktive oppgaver som skal utføres, men også det som er lagret i journalen fra tidligere. Smarttelefonen er også koblet opp mot alarmsystemet på sykehjemmet, hvor de ansatte kan respondere på alarmer fra beboere, samt be om assistanse fra en kollega. Alarmsystemet har flere nivåer basert på behovet den enkelte ansatte har for assistanse i en hendelse.

Telemarksforskning trekker frem tverrfaglig samarbeid i sin rapport. Informantene de har snakket med har fremhevet at det foregår mye god tverrfaglig samhandling på Helsesenteret, mellom sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Samtidig blir det påpekt at samarbeidet på tvers av tjenester innenfor pleie og omsorg har et forbedringspotensial, og at det er behov for å tenke nytt. I forlengelsen av det, blir det og stilt spørsmål ved om dagens organisering er hensiktsmessig, eller om ressursene og kompetansen i pleie- og omsorgstjenesten kan utnyttes bedre dersom det gjøres organisatoriske grep.»

Relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

Det er ikke informasjon i de dokumentene vi har fått tilsendt fra kommunen som indikerer at tjenesten har en samlet oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere til bruk i tjenestene. Det er heller ikke redegjort for hvordan endringer i regelverk skal fanges opp og implementeres i virksomhetens aktivitet.

Vi ble forklart i løpet av intervjuene at regelverk gjennomgås når det er endringer i det, men ikke i noe fast intervall eller satt i system på noe vis. Revisor er ikke blitt forelagt noen rutiner som beskriver hvordan faglig oppdatering er satt i system i virksomheten. Dette gjelder både i hjemmetjenesten og i sykehjemmet.

Oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel og minimering av risiko i fremtiden

Revisor er ikke forelagt noen rutine for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester eller resultater. En slik gjennomgang skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt, eller brudd på regelverk. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne ha verdifull innsikt om risiko. Deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes.

Revisor er ikke forelagt noen risikovurdering i noen av tjenestene vi har sett på, men det er opplyst at det er gjort en slik innenfor temaet Velferdsteknologi. Det er også utført en slik risikovurdering innenfor medisinromarbeid i april 2021. Ved spørsmål om det er gjennomført risikovurderinger på andre områder, så har vi fått beskjed at det ikke er gjennomført.

Revisor er forelagt skriftlig rutine for fallforebygging, denne rutinen er utarbeidet i 2021 og dette er en rutine som bidrar med å øke tryggheten til beboer ved sykehjemmet. Det er også en egen rutine som beskriver hva som skal gjøres om en pasient ikke kan gjøres rede for, den er av eldre dato.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at det skal gjøres risikovurderinger i hvert enkelt hjem de utfører tjenester i, men dette arbeidet ligger langt etter planen.

Oversikt over de ansattes kompetanse

Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeidere har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Dette forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning. Revisor er ikke blitt forelagt noen oversikt over kompetanse i ansattegruppen, eller kartlegginger av kompetansebehov. Vi er heller ikke forelagt opplæringsplaner for nyansatte, eller gjennomførte kurs i elektronisk løsning som er tilgjengelig for de ansatte. En oversikt over de ansattes kompetanse er tenkt inn i WebSak¹³ ifølge avdelingssykepleier i sykehjemmet, men det er ikke på plass på tidspunkt for vårt intervju.

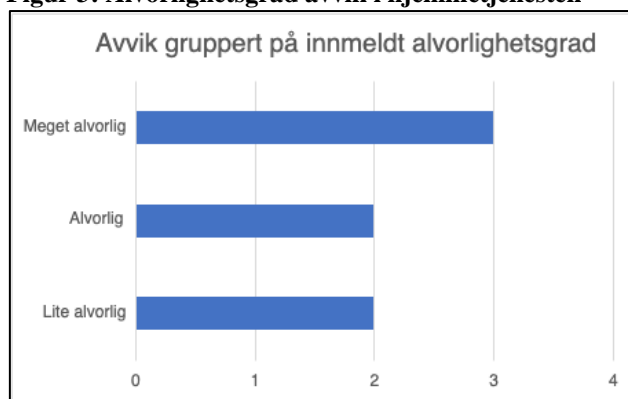
Avdelingsleder for hjemmetjenesten har oversikt over de ansattes kompetanse og utdanning på sitt kontor.

Oversikt over godkjente medisinkurs, samt delegasjoner på medisinutlevering oppbevares på avdelingsleders kontor ifølge avdelingsleder for Solkroken. De medarbeiderne som har tilgang til medisinrommet, har en delegasjon på det. Denne utstedes først etter at det er gjennomført et digitalt kurs i temaet.

Oversikt over avvik og andre uønskede hendelser, herunder uønskede hendelser

Revisor har via helse- og omsorgssjef i kommunen fått oversendt noen avvik som er registrert, men som følge av at kommunen har vært i prosess med å bytte internkontrollsystem har avvik vært ført i varierende grad på papir og digitalt. Kommunen har tidligere brukt Kommuneforlaget som avvikssystem, men som følge av utfordringer med dette er det ikke er en god og komplett oversikt over avvik. De avvikene vi har fått redegjørelse for er syv avvik som er registrert i perioden 01.01.2019 tom 31.12.2020. Avvikene er registrert i hjemmetjenesten. Figurene under viser fordelingen av disse avvikene på alvorlighetsgrad og på hvilke typer avvik det er.

¹³ WebSak er et digitalt dokumenthåndteringssystem som gjerne brukes for behandling, arkivering, deling, publisering og ekspedering av virksomhetens dokumenter på en sikker måte. Kilde: www.acos.no

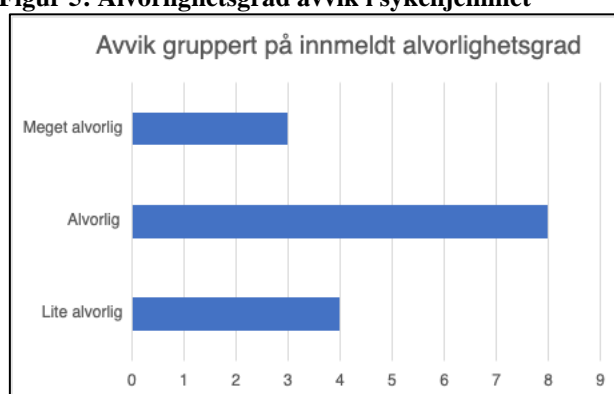
Figur 3: Alvorlighetsgrad avvik i hjemmetjenesten

Kilde: Skjervøy kommune

Figur 4: Type avvik som er meldt i hjemmetjenesten i perioden

Kilde: Skjervøy kommune

I sykehjemmet er det i samme periode, 01.01.2019 – 31.12.2020 meldt 15 avvik. Alle er markert som lukket.

Figur 5: Alvorlighetsgrad avvik i sykehjemmet

Kilde: Skjervøy kommune

Figur 6: Type avvik som er meldt i sykehjemmet i perioden

Kilde: Skjervøy kommune

5.1.2 Gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens oppgaver består ifølge forskriften blant annet av å gjøre planer, mål, oppgaver kjent i virksomheten og å sikre nødvendig kunnskap for medarbeiderne. Som det kom frem av våre beskrivelser ovenfor har ikke kommunen utarbeidet overordnede mål, definert oppgaver eller systematisk arbeid med innhenting av informasjon eller for å gjøre risikovurderinger. Det foreligger flere skriftliggjorte prosedyrer og rutiner, og selv om de ikke synes å ha utgangspunkt i oversikter og analyser ut fra plikten til å planlegge, er det relevant å beskrive det som finnes.

Revisor har mottatt en del sykepleierfaglige rutiner fra kommunen. Disse rutineene beskriver forskjellige situasjoner i stell og pasientbehandling, og redegjør for daglige gjøremål.

Utover dette er det også mottatt rutiner som går på inn- og utskrivning av pasienter, matservering, miljøvakt, møte med ny beboer, oppbevaring av penger og verdisaker, primærpleie, årskontroll og bakvakt. Det er også en egen rutine på trusler og vold, heller ikke denne har anført dato for godkjenning/utarbeidelse.

Det gjøres en del medisinutlevering i hjemmetjenesten, og det er tatt i bruk multidoser¹⁴. De ansatte som leverer ut medisin har nødvendig kompetanse ifølge helse- og omsorgssjef. Avdelingsleder utsteder delegasjon etter godkjent gjennomført nettkurs, dette ble bekreftet i intervju med avdelingsleder på Solkroken.

Som redegjort for i kapittel 2 ovenfor fremgår det av kvalitetsforskriften at for å løse de omfattede oppgaver skal det utarbeides skriftlige nedfelta prosedyrer som skal bidra til å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Revisor har gjennomgått mottatte prosedyrer/rutiner og satt de i sammenheng med kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, disse behovene er gjengitt i tabellen under. Av de rutineene som vi har funnet som er gjeldende for å dekke kravene i forskriften er noen av disse av eldre dato. Noen prosedyrer er av relativt sett ny dato, fra 2019.

¹⁴ Multidose er ferdig pakkede poser med ferdig sorterte legemidler. Posene er merket med dato for når de skal tas. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene>

Tabell 3: Gjengivelse av kravene i forskriften om hvilke områder som skal ha skriftlige rutiner

Krav om kvalitet	Prosedyre sykehjem	Oppdatert
oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet	Folder til ny beboer	Ikke angitt
selvstendighet og styring av eget liv	Ingen prosedyre forelagt	
fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat	Prosedyre for primærpleie	02.10.2019
sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet	Prosedyre for primærpleie	02.10.2019
følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold	Prosedyre for dagvakt Prosedyre for kveldsvakt Prosedyre for nattevakt	02.10.2019 02.10.2019 02.10.2019
mulighet for ro og skjermet privatliv	Ingen prosedyre forelagt	
få ivarettatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)	Prosedyre for dagvakt Prosedyre for kveldsvakt Prosedyre for nattevakt	02.10.2019 02.10.2019 02.10.2019
mulighet til selv å ivareta egenomsorg	Ingen prosedyre forelagt	
en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser	Pleie og omsorg til alvorlig syke og døende	18.07.2001
nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand	Prosedyre for årskontroll	13.03.2003
nødvendig tannbehandling og ivarettatt munnhygiene	Prosedyre for primærpleie	02.10.2019
tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov	Ingen prosedyre forelagt	
tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise	Ingen prosedyre forelagt	
tilpasset hjelp ved av- og påkledning	Ingen prosedyre forelagt	
tilbud om eget rom ved langtidsopphold	Folder til ny beboer	Ikke angitt
tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.	Miljøvakt på stua	13.03.2003

Som tabellen over viser fant vi ikke rutiner som dekker alle de grunnleggende behovene som kvalitetsforskriften § 3 har omtalt. De grunnleggende behovene det gjelder er: «selvstendighet og styring av eget liv», «mulighet for ro og skjermet privatliv», «mulighet til selv å ivareta egenomsorg», «tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov», «tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise» og «tilpasset hjelp ved av- og påkledning»

Gjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer kjent hos de ansatte

Revisor er ikke forelagt skriftlige beskrivelser av hvordan de to tjenestene er organisert. Vi har heller ikke blitt forelagt prosedyrer som sikrer at nye eller oppdaterte fagprosedyrer og retningslinjer gjøres kjent og innføres. Vi har ikke fått noen oversikt over ansatte, kompetanse og oppgavemengde.

Gjennom sjekklister for nyansatte blir det gjort en gjennomgang med den ansatte i hvilke rutiner som gjelder for de oppgavene han/hun skal gjøre. Revisor har ikke sett slike utfylte sjekklister. I intervjuene med avdelingsleder og avdelingssykepleier ble revisor informert om at det er jevnlig møter med de ansatte, som avdelingsmøter, personalmøter og møter i HMS-gruppa. I disse møtene er temaene variert og det skrives referat fra møtene. Revisor har blitt forelagt møtereferater fra HMS-gruppemøter i 2019 og 2020. I disse referatene fremkommer det at tema som økonomi, rekruttering, fravær, ferieavvikling med mer. Revisor er også forelagt referat fra personalmøte hvor referat fra HMS-gruppa er gjennomgått, samt at konkrete daglige gjøremål det skal være fokus på, som renhold, oppdatering av lister. Utover dette er det også nevnt ønsker om kurs, forbedringstiltak for både personalet og beboerne.

Via smarttelefonløsningen og tilgangen til Profil, har de ansatte mulighet til å sjekke, og oppdatere tiltaksplaner, skrive notater og dokumentere ved hjelp av bilder. Dette gjør at de ansatte kan både planlegge og gjennomføre dagens oppgaver på en effektiv måte. Denne mobile teknologien oppleves som effektiv og nyttig i det daglige arbeidet ifølge de som vi intervjuet.

Nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere

Revisor er ikke forelagt noen kartlegging av fremtidig kompetansebehov for virksomheten. Strategisk kompetanseutvikling er å være forberedt på nye oppgavetyper. Det å sikre at medarbeidere har tilstrekkelig opplæring og etterutdanning på sitt fagfelt er å anse som relevant for å sikre at tjenestene som gis er innenfor de krav som gjelder.

De ansatte på sykestua og sykehjemmet har fått tilbud om å ta en rekke e-kurs for å friske opp kunnskapen. Eksempler på kurs som er omtalt er:

- Legemiddelhåndtering
- HLR
- Innføring i omsorgsyrket
- Basale smittevernrutiner
- Grunnleggende palliasjon
- Samtykkekompetanse
- Tvang og makt
- Matomsorg og ernæringstiltak
- Dokumentasjon
- Observasjonskompetanse
- Nye koronavirus; informasjon og råd til helsepersonell.
- Luftveisinfeksjoner og Covid-19, sykdomslære og observasjoner

Etter gjennomført kurs skal kursbeviset sendes til helse- og omsorgssjef.

Telemarksforskning kommenterer i sin rapport at hjemmetjenesten har i utgangspunktet en relativt god sykepleierdekning. utfordringen er at sykefraværet blant sykepleierne i hjemmetjenesten er høyt, og har vært det over lengre tid. Det fører til utfordringer med sykepleierbemanningen i det daglige, og høy belastning på gjenværende personell. Over tid fører det til høy ressursbruk på innleie/vikarbruk, men det kan også ha konsekvenser i form av svakere faglighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Det blir og påpekt at det tidvis er vanskelig å få tak i vikarer, slik som revisor også fikk tilbakemelding om i sine intervjuer.

Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen

Revisor er ikke forelagt rutiner for avviksregistrering, men i intervjuet med avdelingssykepleier i sykehjemmet kom det frem at det er systematisk gjennomgang av innmeldte avvik, for å se sammenheng mellom hendelser og videre forløp. For eksempel på medisnavvik, om det var sammenheng mellom når avviket oppsto og når medisinen ble gitt. Avvik har åpenbart vært tema i ansattegruppen, da med det hovedmål at alle avvik skal registreres. Nytt avvikssystem tas i bruk fra 1. januar 2022. Opplæring i det nye systemet blir gitt til alle ansatte ifølge helse- og omsorgssjefen.

Revisor er forelagt noen administrative rutiner, faglige prosedyrer for tjenestene, men mye er mange år gamle, uten angivelse av dato for utarbeidelse eller revidering. Som tidligere redegjort for er ikke disse samlet og lagt inn et internkontrollsystem.

I tilknytning til smarttelefonene som er nevnt over har de ansatte ved sykehjemmet tilgang til en database med sykepleierprosedyrer (VAR)¹⁵. Prosedyrene i VAR har fokus på utførelse av praktiske oppgaver som bidrar til fysisk velvære, god hygiene, trygg behandling og diagnostikk. Det fremgår blant annet i beskrivelsene om VAR's vitenskapelige og faglige perspektiv at: «*Rammeverket i VAR speiler en tenking om sykepleie som ivaretagelse av grunnleggende behov*». VAR inneholder ulike prosedyrer innenfor en rekke områder; *aktivitet/hvile, eliminasjon, ernæring, hud og vev, kunnskap/utvikling, respirasjon, sirkulasjon, smerte/sansetilstand, stell av døde, førstehjelp, og hygiene.*» Under hvert fagområde er det en rekke undermapper med prosedyrer.

De ansatte i hjemmetjenesten hadde ikke tilgang til VAR på tidspunktet for vårt besøk. Det ble opplyst at de hadde tilgangen tidligere, men den er ikke lenger tilgjengelig. Hjemmetjenesten må ofte søke opp rutiner via internett. Ofte bruker de rutiner utarbeidet fra Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) eller andre relevante kilder. Rutiner som UNN har, kan ha avvik fra det som tjenesten ellers legger til grunn for arbeidet ved rutineene i VAR.

Rutinen for medisinhåndtering er oppdatert i januar 2021.

Medvirkning

I kommunens dokumenter er det ikke beskrivelser av systemer for medvirkning. De har ikke skriftliggjort hvilken struktur de skal ha for å sikre medvirkning. De møtene som arrangeres for de ansatte i både sykehjem og hjemmetjenesten har et preg av faglige møter, har avdelingsledere og avdelingssykepleier fortalt. Det kan være temaer som er ekstra fokus på som følge av avvik som har skjedd, eller som det er viktig å ha ekstra fokus på i en periode. Det ble nevnt både særskilt fokus på smittevern og hygiene i intervjuene. Gjennomgang av regelverket i form av kursing eller klasseromsundervisning er det lite av. Som nevnt over er det tilbud om å ta e-kurs for de ansatte på sykehjemmet og sykestua.

Medarbeidere medvirker i form av den daglige dialogen med ledelsen for tjenestene, samt i personalmøter hvor det er mulig å melde inn saker. Medarbeider som har meldt inn en sak må da være til stede i møtet og legge den frem. De ansatte har også mulighet til å medvirke og gi tilbakemelding via sine respektive tillitsvalgte. Medarbeidere kommer med forslag til forbedringer i det daglige arbeidet, dette uten at det er satt i noe slags formelt system.

Erfaringer fra tjenestemottaker og pårørende

Den siste brukerundersøkelsen som ble gjennomført var i 2016 i hjemmetjenesten. Revisor har sett resultatene av denne undersøkelsen, men ikke noe mer dokumentasjon om arbeidet etter at kommunestyret var informert om resultatene. I denne undersøkelsen er det anført at den er iverksatt på bakgrunn av kommunestyrets vedtak om brukerundersøkelse hvert 3. år. Det har ikke vært slik undersøkelse i 2019 eller 2020.

Ifølge avdelingssykepleier i sykehjemmet kommer tilbakemeldinger fra pårørende i den daglige interaksjonen med dem, og dette blir inkludert i utformingen av tjenestetilbudet. I dokumentasjonen som revisor er forelagt inngår det ikke noen beskrivelser av hvordan dette skal sikres i alle saker.

¹⁵ <https://www.varhealthcare.no/>

5.1.3 Evaluere

Vi fant ingen indikasjon på at internkontrollen har vært regelmessig gjennomgått slik det står i internkontrollforskriften § 4 at det skal gjøres. Dette er bekreftet av både avdelingsledere og enhetsleder i samtaler /intervju.

Kontroll av virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål

Kommunen har selv uttalt at det er ingen evaluering på de tjenestene som er gitt til tjenestemottakerne. Kommunen har ingen overordnede planer eller mål å foreta kontroll opp mot. Kommunestyret har som tidligere nevnt vedtatt hyppighet på brukerundersøkelser innenfor tjenestene.

Gjennomføring av oppgaver

Revisor er forelagt noen rutiner som beskriver hvordan spesifiserte oppgaver skal utføres, dette er rutiner som er flere år gamle.

Vi er blitt informert om at det i Profil skal merkes av for gjennomførte tiltak fortløpende, og at dette kan dokumenteres med både bilde og tekst. I intervjuene kom det frem at det ikke er noen strukturert gjennomgang av om tiltak gjennomføres og merkes av på riktig måte i profil. Avdelingsleder må da inn på hver enkelt tjenestemottaker å gå gjennom tiltakene og dokumentasjonen knyttet til de for å avdekke eventuelle avvik som ikke er meldt inn i avviksløsningen, men bare skrevet i et notat. Ikke utførte oppgaver og tiltak skal gjennomgås på rapport i forbindelse med hvert vaktskifte. Avdelingssykepleier har beskrevet mulighetene for å ta ut rapporter på tiltak i Profil som omfattende og med et resultat som gjør det lite hensiktsmessig å arbeide med rapporten.

Evaluere tiltak opp mot krav i helse og omsorgslovgivning

Revisor har ikke fått forelagt noen skriftlige rutiner som beskriver hvordan evaluering opp mot krav i helse og omsorgslovgivning skal systematisk gjennomføres. Revisor har fått muntlig opplyst i intervju at det ikke er årlig gjennomgang av tjenestetilbudet og omfanget av tjenester som leveres til den enkelte hjemmetjenestemottaker. Vedtakene som er gjort er ikke gjenstand for regelmessig gjennomgang, verken opp mot behov for bistand i hjemmet eller helse. I rutiner for vurderingsbesøk er hyppighet og fremgangsmåte for vurdering av brukers hjelpebehov. Blant annet er det også anført at nytt vedtak og ny tiltaksplan sendes ut ved endring i hjelpebehovet basert på årlig eller halvårlig vurdering.

Dette er en tilbakemelding også Telemarksforskning har fått i sin rapport hvor de omtaler det som at det er behov for å gjennomgå både hvordan tildeling av hjemmetjenester foregår, og nivået på tjenestene som gis. De har i sine undersøkelser fått indikasjoner at nivået på tildelte tjenester er nokså høyt, og at det i liten grad er systemer for å jevnlig evaluere den enkelte brukers tjenestebehov.

Beboere på sykehjemmet har årlig gjennomgang og regelmessig helsesjekk med veiing og medisingjennomgang. En slik gjennomgang ble bekreftet av avdelingssykepleier ved sykehjemmet i intervju.

Vurdere virksomheten på bakgrunn av tjenestemottaker og pårørendes erfaringer

Revisor er ikke forelagt noen rutiner for hvordan innhenting og bruk av brukererfaringer skal gjennomføres på en systematisk måte i Skjervøy kommune. Det er heller ikke forelagt noen rutiner for hvordan pasienter, brukere, eller pårørende skal involveres i forbedringsarbeid.

Revisor har hatt dialog på telefon med helse- og omsorgssjef som har bekreftet dette muntlig. I intervjuene vi har hatt med avdelingsledere/avdelingssykepleier kom frem de samme

opplysninger. Ingen av de vi snakket med kunne tidfeste når siste brukerundersøkelse fant sted. Vi har fått oversendt resultater av en spørreundersøkelse som ble gjort i hjemmetjenesten i november/desember 2016. Vi har ikke fått noen skriftlig dokumentasjon om hvordan det ble arbeidet med resultatene i ettertid.

Tilbakemeldingene som kommunen fikk fra pårørende og tjenestemottakere før Covid-19 var i stor grad i uformelle kanaler. Slike tilbakemeldinger kom gjerne da de pårørende var på besøk i sykehjemmet. Det er lite tilbakemeldinger via klager eller i annen skriftlig form.

Tjenestene har ikke selv formulert mål og forventningene til disse. Når det mangler, mangler tjenestene også et grunnlag for å gjøre evalueringer. Telemarksforskning viser til dette i sin rapport. Det står følgende om dette: «Det kan over tid ha blitt skapt relativt høye forventninger til hva hjemmetjenesten skal utføre av tjenester. Per i dag syntes det iallfall å være ulike oppfatninger av hva hjemmetjenesten skal, og ikke skal ta seg av – blant politikere, øvrige tjenester, brukere og pårørende. Det virker som om tjenesten selv ikke i stor nok grad kan påvirke omfang og nivå på tjenestene som gis.»

Gjennomgå avvik og uønskede hendelser

Revisor er blitt forelagt noen rapporter fra avvik som er meldt, men ikke selve avvikene. Revisor har i intervjuene med avdelingsledere og avdelingssykepleier fått informasjon om at avvikssystemet i Skjervøy kommune ikke har fungert slik tiltenkt over tid. Dette har medført at avvik ikke er kommet frem dit de skulle, eller har kommet flere ganger når de først kom frem. Skjervøy kommune var på tidspunkt for vårt besøk i prosess med å skaffe nytt digitalt avvikssystem, Compilo som er det nye systemet skal være på plass fra 1. januar 2022. Mangel på avvikssystem som har fungert har medført at noen avvik er meldt manuelt på papir, og oversikt over disse har ikke revisor fått forelagt. Vi har derfor ikke en samlet oversikt over meldte avvik i tjenesten.

Revisor har ikke fått noen orientering om hvordan disse avvikene er fulgt opp utover det at de alle sammen er registrert som lukket.

Årlig gjennomgang av avvikssystemet

Det har ikke vært årlig gjennomgang av hele styringssystemet, ifølge helse- og omsorgssjefen. Dette understøttes også i intervjuene vi avholdt. Revisor er heller ikke blitt informert om når siste gjennomgang av styringssystemet var gjennomført, eller når neste gjennomgang er planlagt.

Ifølge avdelingsleder i hjemmetjenesten er det satt ned en HMS-gruppe som skal gjennomgå rutinene de bruker i tjenesten, men dette arbeidet er blitt skjøvet på slik som det også beskrives for sykehjemmets del.

5.1.4 Korrigere

Rette opp uforsvarlige forhold

Utvalget avvik revisor har fått forelagt for 2 års perioden 01.01.2019 – 31.12.2020 er ifølge kommunen mangelfullt som følge av de nevnte utfordringer med avvikssystemet de har hatt. Revisor er ikke forelagt de opprinnelige avvikene, og heller ikke hvordan de er løst og fulgt opp. Revisor har blitt opplyst av kommunen at avvikene var lukket.

Korrigerende tiltak

Revisor er ikke informert om at det er dokumentert noen korrigerende tiltak, men i intervjuene fremkom det at de i møter tar opp hendelser for å lære av dem til ettertid.

Revidering av rutiner og prosedyrer

De fleste av de rutineene revisor er blitt forelagt er ikke anmerket med når de er revidert sist, eller når plan for neste revidering er. De rutineene som er av nyere dato er:

- «sjekklister for ny pasient» som ifølge kommunen er utarbeidet i 2021. Rutinen er derimot ikke merket med dato for utarbeidelse eller med hvem som har godkjent denne.
- «Prosedyre på fallforebygging», fra april 2021. Denne skal etter planen revideres i april 2022 og er godkjent av daværende fungerende virksomhetsleder ved sykehjemmet.
- «Metodebok i legemiddelhåndtering», fra januar 2021. Dette er en omfattende rutine som beskriver et viktig område innen or helse og omsorg. Det er ikke anført i denne når den skal revideres.

5.2 Revisors vurderinger

Styringssystem for helse- og omsorgstjenester skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Både omfanget av og innholdet i styringssystemet, og i hvor stor grad det skal dokumenteres er forholdsmessig. Det innebærer at revisor ikke kan oppstille konkrete krav til omfanget av styringssystem for sykehjemmet og hjemmetjenesten eller hvordan dette skal dokumenteres. Revisor har i arbeidet med denne forvaltningsrevisjonen fått informasjon om at internkontrollsystemet som skulle benyttes (Kommuneforlaget) av hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten ikke har blitt det som forutsatt. Skriftlige rutiner og prosedyrer har ikke blitt lagt inn i systemet og dermed ikke vært tilgjengelig for samtlige ansatte gjennom dette systemet. Revisor har i anledning denne forvaltningsrevisjonen fått oversendt det kommunen har av skriftlige rutiner og beskrivelser gjeldende for sykehjemmet og hjemmetjenestene. Skriftlige rutiner som vi er forelagt, omhandler flere av de aktivitetene og oppgavene som tjenestene skal utføre og fremstår relevante som en del av et styringssystem for de aktuelle tjenestene. De dokumenterte rutineene og prosedyrene synes imidlertid ikke etablert for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring. Flere av rutineene er gamle og ikke blitt revidert og vi har fått opplysninger om at de er spredt både i fysiske og digitale mapper. Muntlige beskrivelser fra tjenestene er at de skriftlige rutineene og prosedyrene ikke brukes i virksomhetene.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes til eldre.

Til grunn for denne vurderingen om at det mangler et dokumentert styringssystem ligger også de vurderinger vi har gjort opp mot de øvrige utledete revisjonskriteriene fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, jf. redegjørelser i det følgende.

Dokumentasjon av styringssystemet skal bidra til å sikre at praksis er i tråd med føringer og beslutninger, samt at lovpålagte krav følges. Det må vurderes nøye hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at omfanget av et styringssystem blir passende til virksomheten, samt at det inneholder meningsfulle og nødvendige prosedyrer. Skriftlige prosedyrer må være i aktiv bruk. Revisor har ikke fått bekreftelser fra Skjervøy kommune på at de oversendte rutiner og prosedyrer er i aktiv bruk nå. De er satt i permer og brukes ikke aktivt i utførelsen av arbeidet eller i opplæring av nyansatte. Dokumentasjonen er ikke oppdatert og er lite tilgjengelig for de ansatte. Den dokumentasjonen revisor har lagt til grunn

er i stor grad av eldre årgang, men noen nye og oppdaterte dokumenter ligger også til grunn. Kommunen ved helse- og omsorgssjefen har uttalt til revisor at de vet at de har utfordringer på dette området og det de har er ikke godt nok. Revisor oppfatter at en del av formålet med å få bestilt en behovsanalyse var blant annet at kommunen så behov for tjenesteutvikling og gjennomgang av organiseringen av tjenestene. Kommunen har selv vurdert at foreliggende systemer og skriftlige rutinebeskrivelser ikke er i tråd med hva som er nødvendig for de aktuelle tjenestene. Vi legger i vurderingen vekt på at kommunen selv har erkjent dette og således mener at det er behov for et mer omfattende styringssystem. At kriteriet er vurdert som i liten grad oppfylt begrunner vi i at det ikke er dokumentert vurderinger av omfang av styringssystem og i hvilken grad det skal dokumenteres.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune ***i liten grad har oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i eldreomsorgen og i hvilken grad dette skal dokumenteres.*

Vurderingene i det videre baserer seg på vår gjennomgang av konkrete prosedyrer og rutiner oversendt revisor samt muntlige opplysninger som vi har fått om disse og tjenestenes oppgaver for øvrig.

Det foreligger ikke oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter eller ansvarsfordeling. Skjervøy kommune har ikke en komplett oversikt over kompetansen til de ansatte ved sykehjemmet, men dette foreligger for hjemmetjenesten. Skjervøy kommune har dokumentert overfor revisor hvordan det innhentes informasjon om tjenestemottakere for å kunne planlegge tjenestetilbudet til disse. Det er ikke utarbeidet beskrivelser for hvordan innhente informasjon for å planlegge tjenestetilbudet på et mer overordnet nivå.

Det foreligger ikke en komplett oversikt over avvik eller klager. Det er redegjort for en forenklet brukerundersøkelse i hjemmetjenesten.

Revisor er ikke forelagt noen rutiner for risikovurderinger. At det ikke foreligger rutiner for å gjennomføre risikovurderinger er ikke ensbetydende med at risikovurderinger ikke gjennomføres. Vi har fått opplyst fra helse- og omsorgssjef at det er foretatt risikoanalyse på to områder: velferdsteknologi og medisinerrutiner. Med hensyn til planlegging av virksomhetens aktiviteter og arbeidet med kvalitetsforbedring anser revisor det som en svakhet at det ikke foreligger rutiner som skal bidra til å sikre systematiske risikovurderinger. Styringssystemet skal blant annet tilpasses risikoforhold, noe som etter revisors syn tilsier at det bør være rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har ***i liten grad oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Revisor har fått beskrevet at det skjer kunnskapsoverføring mellom kollegaer uten at det er nedfelt i en skriftlig rutine, særlig i forbindelse med at tjenesten får nye ansatte. Virksomhetens ansatte medvirker i felles fora som personalmøter, HMS-gruppe og i rapportmøter mellom vakter. Systematisk bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende er ikke omtalt i skriftlige rutiner som vi er forelagt. Vi har fått muntlige opplysninger om at tilbakemeldinger brukes i utarbeidelsen av de individuelle tjenestetilbudene i begge tjenestene.

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. At kommunen ikke har hatt et

avvikssystem, har gjort dette arbeidet utfordrende. Imidlertid vektlegger revisor også i denne vurderingen at kommunen ikke har egne rutiner for å gjennomføre risikovurderinger. Flere av de skriftlige rutinene som kommunen har forelagt oss viser at det finnes prosedyrer for flere av de oppgavene som de ansatte skal gjøre i løpet av arbeidsdagen og sine vakter. Det er ikke utarbeidet et system for å sikre at dette og overordnede føringer for virksomheten gjøres kjent blant de ansatte. Det at sykehjemmet har tilgang til VAR-systemet for sykepleierutiner mens hjemmetjenesten ikke har det, beskriver at det er manglende samlet styringssystem.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har ***i liten grad oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *gjennomført sine aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Som det fremkommer under revisors funn, er det ikke skriftliggjorte mål, planer og tiltak for hjemmetjenesten og sykehjemmet på mer overordnet nivå. Dette medfører at tjenestene ikke har noe å evaluere tjenestene opp mot på et mer overordnet nivå.

Når det gjelder tjenestetilbudet på individnivå, er det ingen systematisk kontroll i verken sykehjemmet eller hjemmetjenesten om de tiltak som er lagt inn i Profil utføres daglig. Et annet eksempel er at det ikke er noen vurdering av tjenester i hjemmet etter at en tjenestemottaker har fått et vedtak om tjenester. Tjenestene starter opp før søknaden er saksbehandlet og vurderingene skal være gjort. Tjenestene får tilbakemeldinger fra brukere og pårørende, men dette er ikke satt i system slik at det danner grunnlag for endringer i hele tjenesten, men kun hos enkeltmottakere. Det er opplyst i intervju at avvik gjennomgås med de ansatte i personalmøter. Det gjennomføres ikke en årlig systematisk gjennomgang av hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune ***ikke har oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *evaluert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Revisor er ikke gjort kjent med at det har vært meldt om lovstridige forhold i sykehjemmet eller i hjemmetjenesten. I intervjuer med avdelingsledere og avdelingssykepleier har vi fått bekreftelse at det drives forbedringsarbeid i tjenestene, men at dette ikke er skriftliggjort. Det har vært tema på personalmøter, hvor det har blitt enighet om justering av arbeidsprosesser, men utførelsen av dette er ikke igangsatt. Vi har fått beskrevet at det er utfordrende for nye ansatte å sette seg inn i hva som er gjeldende praksis/rutine.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har ***i liten grad oppfylt*** revisjonskriteriet om å ha *korrigert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes til eldre tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Konklusjon

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger er revisors konklusjon at Skjervøy kommune ***i liten grad*** har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

6 RESSURSBRUK I ELDREOMSORGEN

Hvordan er Skjervøy kommunes ressursbruk på eldreomsorg i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?

6.1 Innledning

Selv om ordlyden i ovenstående problemstilling impliserer en avgrensning til «eldreomsorg», er utgangspunktet i en sammenliknende analyse med KOSTRA-tall at det er ressursbruk på bestemte *tenesteområder* som analyseres. En kommunes ressursbruk på tjenester utelukkende overfor, for eksempel, personer over 67 år lar seg ikke skille ut i slike analyser. Det overordnede utgangspunktet er likevel at eldre innbyggere utgjør en hovedmålgruppe for pleie- og omsorgstjenester.

Basert på befolkningssammensetningen i en kommune kan vi utlede forventninger om kommunens ressursbruk på, for eksempel, pleie- og omsorgstjenester. I denne rapporten sammenlikner vi Skjervøy kommune med gjennomsnittene i KOSTRA-gruppe 3 i (2018 og 2019) og KOSTRA-gruppe 6 (i 2020). KOSTRA-gruppene er det klart mest relevante referansegruppene, men vi har også inntatt indikatorverdier for landsgjennomsnittet i tabellene og fremstillingene nedenfor. I denne konkrete sammenhengen, der Skjervøy kommune ble flyttet fra KOSTRA-gruppe 3 til KOSTRA-gruppe 6 f.o.m. 1.1.2020, utgjør landsgjennomsnittet u/Oslo den stabile referansegruppen for sammenlikning gjennom treårsperioden.

Eldre innbyggere utgjør altså i utgangspunktet en hovedmålgruppe for pleie- og omsorgstjenester. Tabell 4 viser andelen av befolkningen som var 67 år eller eldre i Skjervøy kommune, den relevante KOSTRA-gruppa samt landsgjennomsnittet i 2018, 2019 og 2020.

Tabell 4. Andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre, Skjervøy kommune og referansegrupper, 2018-2020

Andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre			
	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>
Skjervøy kommune	19 %	19,3 %	19,4 %
KG3	18,8 %	19,4%	-
KG6	-	-	21,5 %
Landet u/Oslo	15,7 %	16,1 %	16,4 %

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Forskjellen mellom Skjervøy kommune og KG3 i 2018 og 2019 var etter revisors syn helt marginal. Fra og med 2020 ble Skjervøy kommune del av KG6, og dette året hadde Skjervøy en mindre andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre enn hva som var gjennomsnittlig for KOSTRA-gruppa. Tabellen synliggjør videre at andelen innbyggere i alderen 67 år eller eldre var høyere i Skjervøy enn i landet u/Oslo totalt, både i 2018, 2019 og 2020.

At en kommune har en relativt høyere andel av sine innbyggere i en hovedmålgruppe for et tjenesteområde er et forhold som ofte medfører en høyere prioritering av – eller større ressursbruk på – dette tjenesteområdet. Befolkningssammensetningen som fremgår av tabell 4 ovenfor, gir i utgangspunktet grunn til å forvente at Skjervøy kommunes ressursmessige prioritering av pleie- og omsorgstjenester generelt har vært tilnærmet lik gjennomsnittet i KG3 i 2018 og 2019, og noe lavere enn gjennomsnittlig for KG6 i 2020. Tallene i tabell 4 gir videre grunnlag for en forventning om høyere ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene i Skjervøy enn gjennomsnittlig for landet u/Oslo – i samtlige tre år.

6.2 Pleie- og omsorgstjenestenes omfang i Skjervøy kommune – og i referansegruppene

Av tabell 5 nedenfor fremgår relative tall for brukere av pleie- og omsorgstjenester i Skjervøy kommune, relevante KOSTRA-grupper og landet u/Oslo i årene 2018, 2019 og 2020.

Tabell 5. Brukere av pleie- og omsorgstjenester, relative tall, Skjervøy kommune og referansegrupper, 2018-2020.

Brukere av pleie- og omsorgstjenester pr. 1000 innbyggere			
	2018	2019	2020
Hjemmebaserte tjenester			
Skjervøy kommune	68,6	72,8	67,1
KG3	55	50,4	-
KG6	-	-	66,9
Landet u/Oslo	41,4	40,9	41
Institusjonsbaserte tjenester			
Skjervøy kommune	9,3	9,9	9,7
KG3	10,6	10	-
KG6	-	-	11,4
Landet u/Oslo	8,6	8,6	8,2
Aktiviserings- og servicetjenester			
Skjervøy kommune	35,7	34,8	30,8
KG3	30,2	25,7	-
KG6	-	-	34,5
Landet u/Oslo	24,7	22,8	25,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5 viser at det relative antallet mottakere av *hjemmebaserte tjenester* i Skjervøy kommune må betraktes som *høyt* sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo i alle de tre årene sammenlikningen gjelder. Det samme forholdet fremgår mellom Skjervøy kommune og KG3 både i 2018 og 2019. Forskjellen mellom Skjervøy kommune og gjennomsnittet for KG6 i 2020 er helt marginal.

Av den mer detaljerte statistikken som foreligger hos Statistisk Sentralbyrå, fremgår det at det i *aldersgruppen 0-66 år* hadde Skjervøy kommune i samtlige tre år – relativt sett – flere hjemmetjenestemottakere enn hva som var gjennomsnittlig for landet u/Oslo i samme periode. Skjervøy kommune lå også vesentlig høyere enn gjennomsnittet for KG3 på denne variabelen i 2018 og 2019. I 2020, der det er KG6 som er den relevante KOSTRA-gruppa, lå Skjervøy marginalt lavere enn gjennomsnittet for sammenliknbare kommuner – men fortsatt altså vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet.

Også når det gjelder *aldersgruppen 67-79 år* hadde Skjervøy kommune vesentlig flere hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere enn gjennomsnittlig for landet i perioden f.o.m. 2018 t.o.m. 2020. De to siste årene har Skjervøy også ligget vesentlig høyere enn de relevante KOSTRA-gruppene med hensyn til denne variabelen.

I *aldersgruppen 80 år eller eldre* har antall hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere i Skjervøy ligget stabilt høyere enn gjennomsnittet både for landet u/Oslo og for sammenliknbare kommuner (les: de to KOSTRA-gruppene).

Dekningsgraden av hjemmetjenester i Skjervøy kommunes befolkning fremstår i lys av ovenstående data over gjennomsnittlig høy sett i forhold til både landet og sammenliknbare kommuner i perioden fra og med 2018 til og med 2020.

Hva angår *institusjonsbaserte tjenester* fremstår Skjervøy kommune med et relativt tall for antall tjenestemottakere som i samtlige tre år er langt nærmere landsgjennomsnittet u/Oslo, men likevel høyere. For hele perioden har Skjervøy kommune lavere indikatorverdi på *antall brukere av institusjonstjenester pr. 1000 innbyggere* enn gjennomsnittsverdiene for de relevante KOSTRA-gruppene. Samlet sett gir indikatorverdiene inntrykk av en dekningsgrad for institusjonsbaserte tjenester i Skjervøy kommunes befolkning som er «mer normal» enn den for hjemmebaserte tjenester.

Skjervøys indikatorverdier for *aktiviserings- og servicetjenester* fremstår for alle de tre årene som høyere enn landsgjennomsnittet u/Oslo, og – frem til endringen av KOSTRA-gruppene f.o.m. 2020 – som høyere enn gjennomsnittlig for sammenliknbare kommuner. I tjenesteområdet «aktiviserings- og servicetjenester» inngår blant annet eldre- og dagsentra for hjemmeboende, aktivitetssentra for personer med utviklingshemming, transporttjenester, støttekontakt, matombringning, trygghetsalarm, vaktmester, vask av tøy for hjemmeboende og andre velferdstiltak.

Samlet sett gir indikatorene i tabell 5 grunnlag for å forvente en relativt høy ressursbruk på *hjemmetjenester* samt *service- og aktiviseringstjenester* i Skjervøy i perioden 2018-2020. Indikatorene for *institusjonstjenester* gir grunnlag for å forvente en ressursbruk på disse tjenestene som ligger nærmere, men også her litt høyere enn, landsgjennomsnittet u/Oslo. Tallene gir videre grunnlag for å forvente en relativt lavere ressursbruk i kommunens institusjonstjenester i samme treårsperiode, sett opp mot sammenliknbare kommuner i KOSTRA-gruppene.

6.3 Prioriteringsindikatorer – ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene

I tabell 6 nedenfor presenterer vi overordnede prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene i Skjervøy.

Tabell 6. Overordnede prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Skjervøy kommune og referansegrupper, 2018-2020.

Overordnede prioriteringsindikatorer			
	2018	2019	2020
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter			
Skjervøy kommune	37 %	37,2 %	38,7 %
KG3	33,1 %	33,5 %	-
KG6	-	-	37,3 %
Landet u/Oslo	31,9 %	32,4 %	32,1 %
Avtalte årsverk i omsorgstjenestene pr. 10 000 innbyggere			
Skjervøy kommune	418	441	456
KG3	349	383	-
KG6	-	-	444
Landet u/Oslo	275	282,3	283,7

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Begge de to indikatorene som fremgår av tabell 6 ovenfor, indikerer en (økende og) høyere ressursbruk (prioritering) av pleie- og omsorgstjenester i Skjervøy kommune sammenliknet med referansegruppene. Tendensen som fremgår av tabellen, er ikke overraskende sett i lys av

det relative antallet brukere av disse tjenestene, og i særdeleshet hjemmebaserte tjenester, i Skjervøy – målt opp mot referansegruppene (se tabell 5 ovenfor).

Av tabell 7 nedenfor fremgår prioriteringsindikatorer spesifisert for de ulike tjenesteområdene/funksjonene som i KOSTRA sorterer under det overordnede begrepet «omsorgstjenester».

Tabell 7. Funksjonsspesifikke prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Skjervøy kommune og referansegrupper, 2018-2020

Netto driftsutgift pr. innbygger på de relevante funksjoner/tjenesteområder			
	2018	2019	2020
F 234. Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse			
Skjervøy kommune	1 572	1 688	1 645
KG3	993	901	-
KG6	-	-	925
Landet u/Oslo	1 011	1 023	972
F 253. Helse- og omsorgstjenester i institusjon			
Skjervøy kommune	8 005	8 850	8 605
KG3	9 615	10 815	-
KG6	-	-	11 790
Landet u/Oslo	7 176	7 532	7 538
F 254. Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende			
Skjervøy kommune	17 409	16 235	19 710
KG3	11 721	13 018	-
KG6	-	-	16 673
Landet u/Oslo	9 734	10 457	10 612
F 256. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud			
Skjervøy kommune	446	465	410
KG3	172	166	-
KG6	-	-	118
Landet u/Oslo	147	151	146
F 261. Institusjonslokaler			
Skjervøy kommune	1 851	2 081	2 122
KG3	1 927	2 025	-
KG6	-	-	2 234
Landet u/Oslo	1 020	1 051	1 101

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Av tabell 7 ovenfor fremgår det at Skjervøy kommunes ressursbruk pr. innbygger på funksjon 254 «Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende» er vesentlig høyere enn i referansegruppene i alle årene sammenlikningen gjelder. Skjervøy fremstår dermed med høy prioritering – altså høy ressursbruk – på dette tjenesteområdet. Årsaken er etter all sannsynlighet den høye dekningsgraden hjemmebaserte tjenester har i Skjervøy kommunes befolkning. Også når det gjelder *aktiviserings- og støttetjenester*, som primært ytes til hjemmeboende, ser vi at Skjervøy kommune har høyere indikatorverdier enn referansegruppene i samtlige tre år.

Hva angår Skjervøy kommunes *institusjonstjenester*, fremstår Skjervøy med lavere netto driftsutgifter pr. innbygger enn gjennomsnittlig for sammenliknbare kommuner (de relevante KOSTRA-gruppene) – både i 2018, 2019 og 2020. Kommunens netto driftsutgifter til

institusjonslokaler fremstår i samme periode tilnærmet gjennomsnittlig f.om. 2018 t.o.m. 2020 – sammenliknet med de to KOSTRA-gruppene.

Skjervøy kommunes netto driftsutgifter pr. innbygger til *øyeblikkelig hjelp – døgntilbud* fremstår høyere enn i referansegruppene for samtlige tre år.

6.4 Utdypende tjenestedata

KOSTRA-tallene for pleie- og omsorgstjenester inneholder en rekke utdypende tjenesteindikatorer som i mange tilfeller sier noe om bakgrunnen for hvorfor en kommune fremstår med høyere (eller lavere) ressursbruk enn sammenliknbare kommuner på dette tjenesteområdet.

Tabell 8. Utdypende tjenesteindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Skjervøy kommune og referansegruppene, 2018-2020

Utdypende tjenesteindikatorer			
	2018	2019	2020
Andel hjemmetjenestebrukere med høy timesats (%)			
Skjervøy kommune	8 %	6,6 %	6,2 %
KG3	7 %	7,3 %	-
KG6	-	-	6,7 %
Landet u/Oslo	7,2 %	7,4 %	7,4 %
Gjennomsnittlig andel tildelte timer i uken			
Skjervøy kommune	10,7	10,6	10,6
KG3	11	11	-
KG6	-	-	10
Landet u/Oslo	11	10,8	10,8
Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov (%)			
Skjervøy kommune	19,5 %	15,5 %	17 %
KG3	15,7 %	15,8 %	-
KG6	-	-	15,5 %
Landet u/Oslo	16,5 %	16,7 %	16,8 %
Institusjon – beboere med omfattende bistandsbehov (%)			
Skjervøy kommune	85,2 %	93,1 %	82,1 %
KG3	76,7 %	73,1 %	-
KG6	-	-	74,5 %
Landet u/Oslo	69,9 %	69,6 %	72,2 %

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

De tre første indikatorene i tabell 8 sier noe om hjemmetjenestemottakere sett som en gruppe – og hvilket omfang disse trenger og får tjenester i. Skjervøy kommune hadde i 2018 en litt høyere - men i 2019 og 2020 litt lavere – andel hjemmetjenestebrukere med høy timesats, sammenliknet med referansegruppene. Det gjennomsnittlige totalantall timer tildelt i uken pr. hjemmetjenestemottaker, fremsto i samme periode tilnærmet likt i Skjervøy som i referansegruppene.

Skjervøy kommune hadde en høyere andel *hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov* sammenliknet med referansegruppene i både 2018 og 2020. I 2018, da forskjellen mellom Skjervøy kommune og referansegruppene var størst, hadde Skjervøy kommune også, som nevnt, en litt høyere andel hjemmetjenestemottakere med høy timesats.

Skjervøy kommunes andel *institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov* var høyere enn i referansegruppene i alle de tre årene sammenlikningen gjelder.

6.5 Produktivitetsindikatorer

Produktivitetsindikatorer skal si noe om enhetskostnader i en bestemt tjeneste. I tabell 9 nedenfor er det for tre av indikatorene brukere/tjenestemottakere som er «enheter». I den siste indikatoren er oppholdsdøgn den aktuelle enheten.

Tabell 9. Produktivitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Skjervøy kommune og referansegrupper, 2018-2020.

Produktivitetsindikatorer, pleie- og omsorgstjenestene			
	2018	2019	2020
Årsverk pr. bruker av omsorgstjenester			
Skjervøy kommune	0,51	0,53	0,58
KG3	0,53	0,56	-
KG6	-	-	0,56
Landet u/Oslo	0,56	0,58	0,58
Utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon, i kr			
Skjervøy kommune	3 307	3 674	4 010
KG3	3 768	4 062	-
KG6	-	-	4 269
Landet u/Oslo	3 710	3 482	4 033
Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester, i kr			
Skjervøy kommune	250 345	248 995	290 680
KG3	240 724	266 644	-
KG6	-	-	263 089
Landet u/Oslo	266 347	286 125	283 685
Korr. brutto driftsutgifter pr. mottaker av aktiviserings- og servicetjenester, i kr			
Skjervøy kommune	44 442	48 804	53 348
KG3	35 067	34 617	-
KG6	-	-	28 676
Landet u/Oslo	45 705	51 391	43 141

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Av tabell 9 fremgår det at Skjervøy kommunes *antall årsverk pr. bruker av omsorgstjenester* var marginalt lavere enn i referansegruppene i 2018 og 2019. I 2020 lå Skjervøy kommune marginalt høyere enn KG6 og likt med landsgjennomsnittet u/Oslo. Tallene indikerer at produktiviteten i kommunens drift av *pleie- og omsorgstjenester samlet sett* har vært tilnærmet gjennomsnittlig i treårsperioden – og kanskje til og med litt over gjennomsnittlig i 2018 og 2019 – med hensyn til bemanningsnorm.

Når det gjelder kommunes *utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon*, viser tabell 9 at Skjervøy har lavere indikatorverdi enn henholdsvis KG3 og KG6 gjennom treårsperioden. Dette indikerer høyere produktivitet i sykehjemsdriften sammenliknet med sammenliknbare kommuner over de tre årene. I 2018 og 2020 fremstår Skjervøy også med lavere utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo.

Skjervøy kommunes *korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester* økte fra 2018 til 2020. Indikatorverdiene varierte både for Skjervøy og referansegruppene sin del. Skjervøy kommune fremstår med lavere korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av

hjemmetjenester enn gjennomsnittlig for landet u/Oslo både i 2018 og 2019. I 2020 fremstår Skjervøy med noe lavere produktivitet sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo og klart lavere produktivitet enn gjennomsnittlig for KG 6.

Indikatorverdiene for *korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av aktiviserings- og servicetjenester* gir inntrykk av at Skjervøy kommunes drift av disse tjenestene i 2019 og 2020 var mindre produktiv enn sammenliknbare kommuner (i de aktuelle KOSTRA-gruppene) og i landet utenom Oslo. I 2020 fremstår Skjervøy kommunes drift av disse tjenestene som vesentlig mindre produktiv enn i referansegruppene.

6.6 Revisors oppsummerende kommentarer

Som vist innledningsvis i dette kapittelet, har Skjervøy kommune i de tre siste hele kalenderårene hatt en høyere andel innbyggere i alderen 67 år og over sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo. Det er i lys av dette ikke overraskende at Skjervøy kommune i de tre årene har brukt mer ressurser på pleie- og omsorgstjenester enn hva som har vært gjennomsnittlig for landets kommuner (utenom Oslo).

At Skjervøy kommunes ressursbruk på dette tjenesteområdet også har vært høyere enn i de aktuelle KOSTRA-gruppene vi sammenlikner Skjervøy kommune med for den aktuelle treårsperioden, er imidlertid ikke helt i tråd med de forventningene som kommunens befolkningssammensetning gir grunnlag for. Hovedårsaken til den høye ressursbruken på pleie- og omsorgstjenester i Skjervøy kommune, synes å være at kommunen relativt sett har hatt flere mottakere av hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester enn hva som har vært gjennomsnittlig i referansegruppene i de tre årene. Også med henblikk på *aktiviserings- og servicetjenester* fremstår Skjervøy kommune med høy dekningsgrad i befolkningen sammenliknet med gjennomsnittet for referansegruppene, særlig i 2018 og 2019. Kommunen har altså gitt tjenester, og da særlig hjemmebaserte tjenester, til en større andel av sin befolkning enn hva som har vært gjennomsnittlig. Følgelig har også de samlede netto driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester utgjort en større del av de totale netto driftsutgiftene i Skjervøy kommune enn hva som har vært gjennomsnittlig i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig i de tre årene.

Produktiviteten i Skjervøy kommunes drift av institusjonstjenester fremstår relativt høy sammenliknet med sammenliknbare kommuner (i KOSTRA-gruppene), og den overordnede bemanningsnormen i pleie- og omsorgstjenesten samlet sett fremstår gjennomsnittlig i 2020 og litt lavere enn gjennomsnittlig i de to forutgående årene.

Driften av kommunens hjemmebaserte tjenester samt aktiviserings- og støttetjenester, fremstår med varierende produktivitet gjennom treårsperioden – men fremstår i 2020 under gjennomsnittlig produktiv.

Revisor leser det høye bistandsbehovet blant kommunens institusjonsbeboere, jf. tabell 5 ovenfor, som uttrykk for at terskelen for å få sykehjemsplass ikke er lav i Skjervøy kommune. Det er i de hjemmebaserte tjenestene at kommunen ser ut til å yte tjenester til flere enn normalt – sett opp mot referansegruppene.

Revisor vil være varsom med å «spekulere i» hvorfor flere innbyggere «enn normalt» mottar hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester i Skjervøy kommune. Flere forhold kan spille inn, herunder:

- Kommunens tildelingspraksis:
 - Det høye relative antall tjenestemottakere i hjemmebaserte tjenester og (i 2018 og 2019) aktiviserings- og servicetjenester *kan* være uttrykk for en orientering mot «LEON-prinsippet»¹⁶ i kommunens drift av pleie og omsorgstjenester; der et prinsipp er å yte tjenester på *laveste effektive omsorgsnivå*. Indikatorverdiene som presenteres i dette kapittelet indikerer altså *ikke* at Skjervøy kommune har en lav terskel for å tilby sykehjemsplass. Når det gjelder tjenester til hjemmeboende, kan indikatorverdiene i våre fremstillinger ovenfor indikere en mer «raus» tildelingspraksis. Telemarksforskning henviser i sin rapport videre til et arbeid som ble utført i 2016 av Bedriftskompetanse om nivå på tjenester i Skjervøy kommune. Her ble det påpekt at det i liten grad er tydelig hvor tjenestenivået skal ligge. «I Bedriftskompetanse sin ressurs- og organisasjonsanalyse av Skjervøy kommune ble det påpekt at det i liten grad er tydelig hvor tjenestenivået skal ligge i de enkelte tjenester (Bedriftskompetanse 2016). Oppgaver og tjenester er ikke tydelig nok definert, dermed blir det i stor grad opp til den enkelte ansatte å definere oppgavene i tjenestetilbudet og hva som er «godt nok». Det gjør i neste omgang ressursstyring og avgrensning av tjenestetilbudet vanskelig, og øker risikoen for at tjenestenivået blir for høyt. Kriterier for tjenestetilbud kan med fordel tydeliggjøres/fastsettes (tjenestebeskrivelser), tjenester bør vurderes mer kritisk før tildeling, og tjenester bør revurderes etter noe tid.» Revisor har et lignende inntrykk av nåværende situasjon i Skjervøy kommune.
- Demografiske og sosiale forhold relatert til kommunens befolkning:
 - Variabler som vil påvirke det samlede pleiebehovet er, foruten befolkningens alderssammensetning generelt, forekomsten av sykdom og helseproblemer i befolkningen samt antall aleneboende pleietrengende og andre sosiale forhold. Telemarksforskning har i sin rapport kommentert at kommunestørrelse og bosetningsmønster påvirker ressursbruk innen pleie og omsorg. Små kommuner har høyere kostnader i institusjonsomsorgen som følge av mindre rom for å utnytte stordriftsfordeler. Dette i tillegg til en spredt bosetning som medfører kostandsulemper innen hjemmetjenesten med tanke på lange reiseavstander bidrar til en forsterkende negativ effekt. Det gjenspeiles også i at små kommuner har en større andel av tjenestemottakerne boende hjemme.
- Folkehelse:
 - Telemarksforskning har i sin rapport sett på Folkehelsebarometret fra FHI for 2020. Det viser at Skjervøy på fire av ti indikatorer for helsetilstanden skårer signifikant dårligere enn landsgjennomsnittet. Det gjelder andel innbyggere med psykiske symptomer og lidelser, muskel- og skjelettlidelser, overvekt og fedmeproblema-tikk (unge, 17 år) og hjerte- og karsykdommer (i primærh.tj). Den tilgjengelige folkehelsestatistikken indikerer at det er behov for å jobbe forebyggende, inn mot særlig barn og unge og at kommunen kan legge til rette for mer fysisk aktivitet. Dette er et langsiktig arbeid som ikke vil kunne løse de utfordringer kommunen har i skrivende stund. Videre er det etter Telemarksforskningens vurdering positivt at kommunen har gått inn i prosjektet «Gode valg» sammen med flere andre kommuner i Nord-Troms (gjennom Troms og Finnmark fylkeskommunes program for folkehelsearbeid i kommunene).

¹⁶ Prinsippet innebærer at forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.

- Aleneboende over 80 år:
 - Skjervøy kommune hadde i 2020, 67 personer over 80 år som var aleneboende, dette utgjør 2,56% av den totale befolkningen i Skjervøy. Andelen for hele landet i samme gruppe er 2,11%. Dette indikerer at Skjervøy kommune har en større andel av personer over 80 år som bor alene i hjemmet. Dette er faktorer som er med på å forklare den høye ressursbruken på hjemmetjenester, og i noen grad kan være «kamouflerte» institusjons-kostnader i hjemmetjenesten om disse mottakerne får mye tjenester i hjemmet.

7 BRUKERINVOLVERING

Hvilke systemer har Skjervøy kommune for brukerinvolvering/brukerundersøkelser i eldreomsorgen? Hvordan brukes resultater fra brukerundersøkelser?

Skjervøy kommune skal:

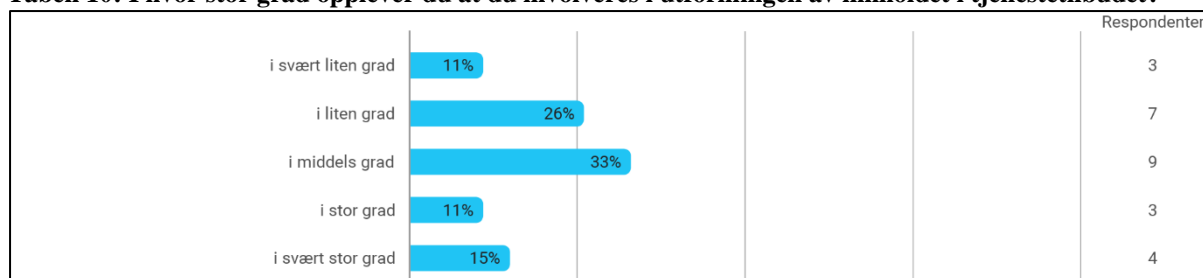
- *sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet*
- *ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter*
- *legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner*
- *ha system for å benytte erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av eldreomsorgens aktiviteter.*
- *ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke.*

7.1 Innhenting av tilbakemeldinger fra brukere og pårørende

Som redegjort for i kapittel 5 har ikke Skjervøy kommune skriftlige nedfelte rutiner for innhenting av erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende eller for medvirkning fra tjenestemottaker. Vi har fått beskrivelser av hvilke rutiner som foreligger for medvirkning i forbindelse med kartlegging av tjenestebehov, men rutiner for medvirkning etter at tjenesten er tildelt. Skjervøy kommune har i de siste årene ikke gjennomført systematiske brukerundersøkelser for de tjenestene som ytes til eldre, verken i hjemmetjenesten eller i sykehjemstjenesten. Sist brukerundersøkelse var en forenklet utgave i 2016 i hjemmetjenesten. I verifiseringsmøtet ble det kommentert fra kommunen sin side at de ser at det må utarbeides prosedyrer for brukerinvolvering basert på resultatene fra spørreundersøkelsen presentert i kapittel 8.

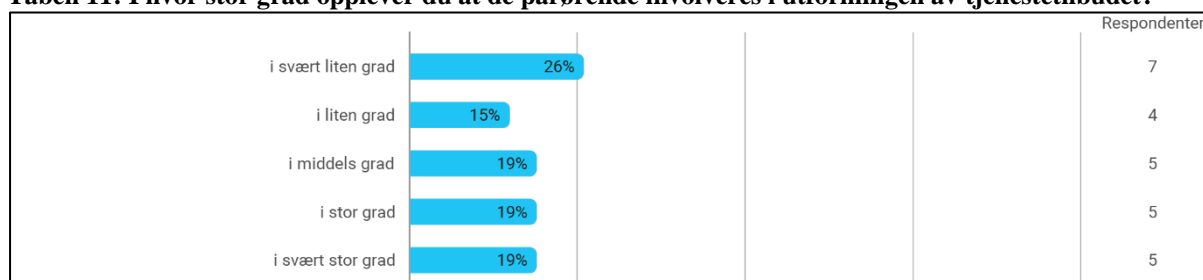
I intervjuene som revisor hadde med to avdelingsledere, en avdelingssykepleier og helse- og omsorgssjefen har vi fått informasjon at dette er arbeid som de skal starte med, men som enda er i planleggingsfasen.

I spørreundersøkelsen som vi gjennomførte blant brukere og pårørende ved hjemmetjenesten og sykehjemmet inngikk det flere spørsmål for å kunne bidra til å belyse temaet brukerinvolvering. Resultatene på spørsmål til brukere og pårørende i hjemmetjenesten om involvering i utformingen av tjenestetilbudet er presentert nedenfor. Tabell 10 omhandler opplevelse av involvering av bruker og tabell 11 omhandler opplevelse av involvering av pårørende.

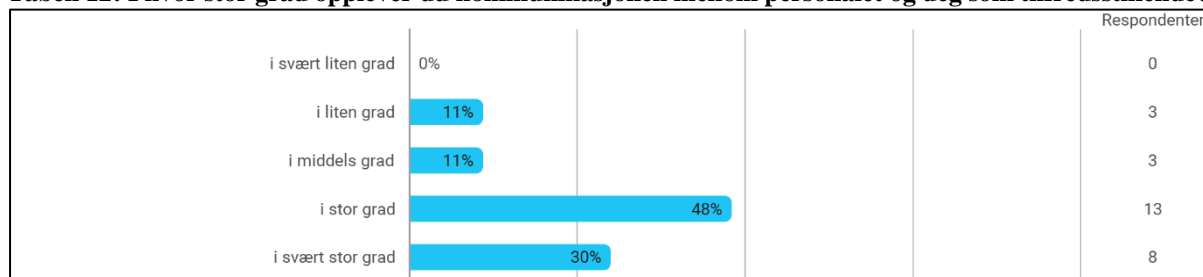
Tabell 10: I hvor stor grad opplever du at du involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet?

Det er stor spredning i svarene på spørsmålet som gjaldt involvering av tjenestemottaker i utforming av tjenestetilbudet. Syv av de spurte besvarte spørsmålet med stor eller svært stor grad blir involvert i utformingen av tilbudet. Den største enkeltgruppen utgjør de som har svart i middels grad, med ni respondenter. De som utgjør svarene i svært liten eller liten grad på involvering, utgjør ti respondenter. Svarfordelingen viser ulike erfaringer blant mottakere av hjemmetjenester og det kan tilsa at kommunen ikke har en ensartet praksis på dette. Det var én av respondentene som svarte «vet ikke». N=27.

De pårørendes opplevelser av involvering er viktig, da det i mange tilfeller er gjennom dette at tjenestemottaker får fremmet sine behov.

Tabell 11: I hvor stor grad opplever du at de pårørende involveres i utformingen av tjenestetilbudet?

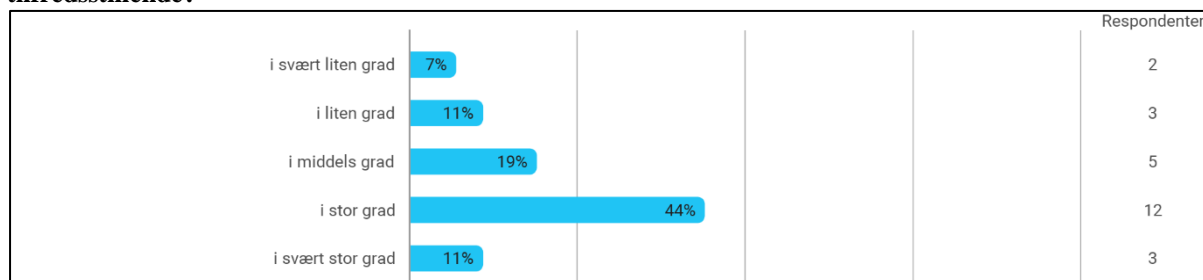
Også på spørsmålet om pårørendes involvering i utforming av tjenestetilbudet var det stor spredning i besvarelsen. Det var elleve som svarte i svært liten eller liten grad opplever seg nok involvert i utformingen av tjenestetilbudet. De som har besvart med i middels grad, utgjør fem pårørende. Ti svarte at de i stor eller svært stor grad opplever seg involvert i utformingen av tilbudet. Flere tilbakemeldinger i kommentarene er at de pårørende ikke er kontaktet/involvert i utformingen av tilbudet. Også disse resultatene indikerer manglende systematisk tilnærming til involvering av pårørende. En har svart «vet ikke». N=27.

Tabell 12: I hvor stor grad opplever du kommunikasjonen mellom personalet og deg som tilfredsstillende?

Svarene på spørsmål om kommunikasjon mellom personalet og tjenestemottaker er her fremstilt for undersøkelsen rettet mot hjemmetjenesten. Med sine 21 respondenter i gruppen svært stor grad eller i stor grad indikerer resultatene at kommunikasjonen mellom personalet og tjenestemottaker jevnt over fungerer. Det var ingen som svarte i svært liten grad fornøyd, men tre svar på i liten grad tilsier at det er opplevelser av at kommunikasjon ikke fungerer. I

noen av kommentarene fra respondentene er kommunikasjon mellom de forskjellige pleierne fremhevet som en utfordring. Beskjeder blir ikke gitt videre, oppgaver blir avglemt, og noen vet ikke hva de skal gjøre når de kommer. Ingen har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

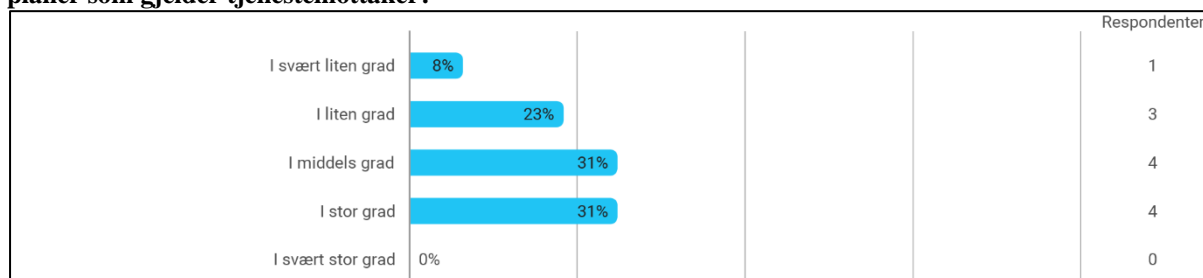
Tabell 13: I hvor stor grad opplever du informasjonsutveksling om deg innad i personalet som tilfredsstillende?



Det er spredning i respondentenes opplevelse av om de opplever informasjonsutveksling innad i personalet som tilfredsstillende. Flertallet gir de beste vurderingene. I flere av fritekstkommentarene er det vist til at beskjeder blir glemt, oppgaver ikke gjøres og at det er tilfeller av dårlig kommunikasjon innad i personalet. To har svart «vet ikke». N=27.

I tabell 14 viser vi resultatene på spørsmål om opplevd grad av involvering i planer som gjelder tjenestemottaker på sykehjem.

Tabell 14: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker og eller du/dere involveres når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker?



Majoriteten av de som har besvart sier at verken de eller beboer opplever å involveres i utarbeidelsen av planer som gjelder tjenestemottaker. Ingen har svart at de i svært stor grad involveres, fire har svart at de i stor grad involveres, mens fire har svart at de i middels grad involveres. Også fire respondenter har svart at de i svært liten eller liten grad involveres ved utarbeidelse av planer. Dette kommer også til uttrykk i kommentarene som beskriver opplevelser som at de ikke er blitt kontaktet, uvisshet om det er/har vært planer som omhandler tjenestemottaker. En annen kommentar går på at de pårørende ikke får opplysninger fra kommunen, dette har vært tatt opp fra den pårørendes side. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Vi har etterspurt hvilke tilbakemeldinger de to tjenestene eventuelt har fått fra tjenestemottakere og pårørende.

7.2 Hjemmetjenesten

Blant tjenestemottakerne i hjemmetjenestene er det ulike behov for bistand. Tilbakemeldingene i denne gruppen kommer både fra brukere og de pårørende. I hjemmetjenesten er ikke innhenting av tilbakemeldinger satt i system.

Revisor har fått beskrevet av avdelingsleder i hjemmetjenesten at tilbakemeldinger fra brukerne ofte er positive. Hun viste til at de er takknemlig for å kunne bo hjemme og få hjelp og bistand slik at de kan fortsette med det.

Tilbakemeldinger fra de pårørende handler ifølge avdelingsleder om observasjoner av endring i adferd, for å undersøke om hjemmetjenesten har observert det samme som de som pårørende ser. Eksempel på dette kan være tidlig stadium av demens.

Hjemmetjenesten har en del mottakere som ikke har norsk som førstespråk. De har derimot ansatte som kan kommunisere med de tjenestemottakerne på deres språk.

Det er ingen årlig gjennomgang av tjenestetilbud som gis i form av hjemmetjenester. Tilbudet om bistand opphører om tjenesten ser at behovet ikke er der mer. Mottaker kan søke om nytt tilbud om behovet skulle oppstå igjen.

Revisor har ikke blitt fremlagt skriftlige eller muntlige beskrivelser av fremgangsmåte for å innhente tilbakemeldinger fra noen av de ovennevnte avdelingene med tilhørende brukergrupper. Det fremkom ikke i intervjuer at tilbakemeldinger fra tjenestemottakere eller beboere var systematisk samlet inn og brukt i forbedringsarbeidet.

7.3 Sykehjemmet

Beboergruppen som nå bor på sykehjemmet beskrives av avdelingssykepleier som meget pleietrengende. Innenfor denne gruppen er det ikke lagt opp til noen systematisk innhenting av tilbakemeldinger fra brukere eller pårørende. Før covid-19 pandemien var det i større grad tilbakemeldinger på en uformell tone da de pårørende var innom på besøk. Muligheten for en slik måte å gi tilbakemelding på har blitt borte i store deler av 2020 da det har vært strenge restriksjoner på besøk på sykehjemmet.

De har forsøkt med møte for pårørende tidligere, men i den siste tiden med covid-19 har det ikke latt seg gjennomføre.

I intervjuene med avdelingsledere og avdelingssykepleier ble vi fortalt at de ansatte er godt kjent med beboerne på avdelingen.

Revisor har fått opplyst at det er rutiner som ikke er nedskrevet, men som gjelder i praksis på at man tar kontakt med pårørende om det er noe med tjenestemottaker. Dette er gjerne etter legevisitt om det gjøres endringer på medisiner eller det er andre forhold i helsetilstanden som det må informeres om. Legevisitt er en gang i uken på onsdager.

Det er også opprettet en e-postgruppe til alle pårørende hvor det sendes generell informasjon som de pårørende kan ha nytte av. Dette kan være informasjon om besøksordninger, aktiviteter og om hvilke ting som skjer som kan påvirke tjenestetilbudet. Noen få har ikke e-post og de får det skriftlig når de er i avdelingen.

Det har tidligere vært et samarbeid med frivillige organisasjoner i Skjervøy og sykehjemmet, men dette har ikke latt seg gjennomføre i tiden med korona. Samarbeidet er fraværende nå.

Solkroken

I sykehjemmet ved avdeling Solkroken har de den gruppen beboere som er demente. I denne gruppen er det noen beboere som har vedtak om tvang, dette innebærer at kommunen har etter vedtak lov til å benytte tvang for å sikre at beboer får den pleie og tjenestetilbud som de har

krav på. Dette er et virkemiddel som sjelden brukes, ifølge intervjuobjektene. Innenfor denne brukergruppen får sykehjemmet oftest tilbakemeldinger fra de pårørende, men ikke i noen strukturert form eller kanal. Innsamlingen av tilbakemeldinger er ikke satt i system og kommer som både ris og ros.

Tilbakemeldinger som kommer fra beboere eller pårørende er ifølge avdelingsleder hensyntatt i det videre tjenestetilbudet så fremst det er innenfor tjenesten å tilby dette.

7.4 Revisors vurderinger

Verken skriftlige eller muntlige opplysninger belyser om kommunen har etablert system for å sikre at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbud.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å *sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet.*

Vi har fått beskrivelser av hvordan tjenestene får informasjon fra brukere og pårørende om tjenesteleveransen. Avdelingsledere i begge tjenestene informerer om at de har dialog med de pårørende om det oppstår endringer i medisinerings eller andre helsemessige endringer som de pårørende bør informeres om. Det er imidlertid ikke etablert systemer for å innhente tjenestemottakers erfaringer og synspunkter.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha etablert systemer for innhenting av tjenestemottakers erfaringer og synspunkter.*

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de som svarte på den har ganske ulike opplevelser med hensyn til involvering i tjenestetilbud. Flertallet som svarte på spørsmål om opplevelse av kommunikasjon, ga gode vurderinger av dette.

Revisor har blitt informert om at det tidligere har vært et samarbeid med frivillige organisasjoner i Skjervøy og tjenestene. Som følge av Koronapandemien er det samarbeidet i stor grad fraværende nå. Det har ikke vært et systematisk arbeid med å samarbeide med brukergruppens organisasjoner.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har **delvis oppfylt** revisjonskriteriet om å *legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner.*

Det har ikke vært en systematisk innhenting av erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende i tjenestene med hensyn på planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerings. Det var en forenklet brukerundersøkelse i hjemmetjenesten i 2016.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha system for å benytte erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerings av eldreomsorgens aktiviteter.*

Tjenestemottakere i Skjervøy kommune har anledning til å medvirke via uformelle kanaler og dialog løpende. Revisor har ikke fått dokumentasjon på at medvirkningsretten er satt i et system slik at alle tjenestemottakere kan medvirke på like vilkår til utformingen av eget tjenestetilbud.

- Revisors vurdering er at Skjervøy kommune har **i liten grad oppfylt** revisjonskriteriet om å *ha systemer som ivaretar tjenestemottakers rett til å medvirke.*

Konklusjon

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger er revisors konklusjon at Skjervøy kommune **i liten grad** har systemer for brukerinvolvering/brukerundersøkelser. Det foreligger ikke resultater fra brukerundersøkelser til bruk i virksomheten.

8 OPPLEVELSER AV KVALITET I TJENESTEN

Hvordan opplever brukere og pårørende kvaliteten i tjenesten?

8.1 Hjemmetjenesten

Spørreundersøkelsen har 18 spørsmål og resultatene er gjengitt under her. Resultatene er delt inn i grupper med spørsmål som hører sammen med hverandre. Vi har sortert spørsmålene og resultatene i følgende kategorier for kartleggingen rettet mot hjemmetjenesten:

- Personalet
- Involvering
- Trivsel og informasjon
- Privatliv og respekt
- Kvalitet og klageadgang

For alle spørsmålene presenterer vi svarfordelingen og vi belyser hva svarene kan være indikasjoner på. Revisor har forelagt resultatene fra spørreundersøkelsen og revisors kommentarer til disse for kommunen. Kommunen hadde ikke supplerende opplysninger eller kommentarer til resultatene.

8.1.2 Personalet

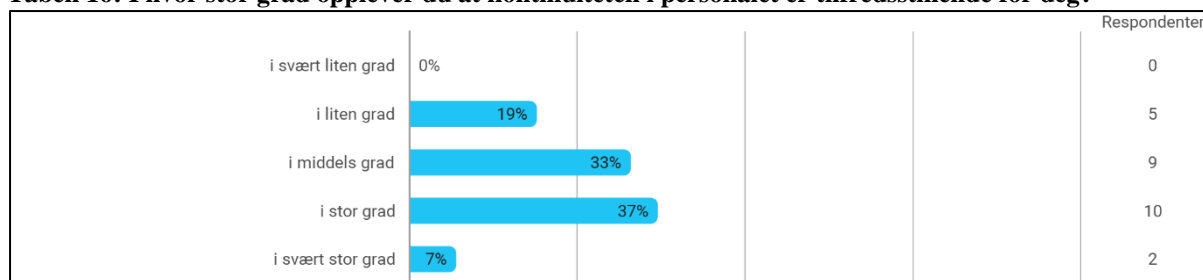
I tabellene nedenfor er resultatene på spørsmålene vi stilte om opplevelse av personalets kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene sine, kontinuitet i personalet og om tidsbruk. Respondentene skulle angi hvor enig de var i påstander vi hadde formulert om dette.

Tabell 15: Angi hvor enig du er i følgende påstand: "Jeg opplever at "personalet har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver"

				Respondenter
i svært liten grad	0%			0
i liten grad	0%			0
i middels grad	33%			9
i stor grad	41%			11
i svært stor grad	19%			5

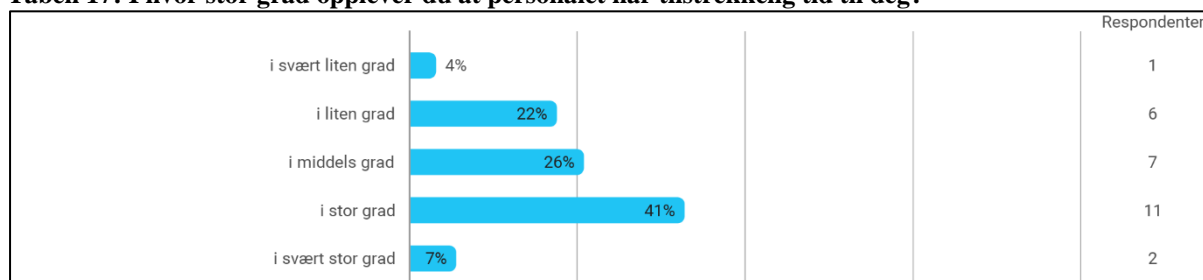
Svarene presentert i tabell 15 indikerer at kompetansen til de ansatte oppleves som god blant de som har besvart undersøkelsen. Flertallet svarte med de to svaralternativene som er best, men vi ser også at det er respondenter som har svart i middels grad. Vi fikk fra noen av respondentene kommentarer til dette spørsmålet. Det vises til blant annet manglende kompetanse på rensing av høreapparat, renhold, og at noen ansatte oppleves som ufaglærte. Flere respondenter har i fritekstkommentarer gitt ros til personalet. To svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

Med kontinuitet i personalet mener vi hvorvidt det er utskiftninger i tjenesteytere som besøker tjenestemottaker. Vi stilte spørsmål om tjenestemottaker opplever kontinuitet i personalet som tilfredsstillende.

Tabell 16: I hvor stor grad opplever du at kontinuiteten i personalet er tilfredsstillende for deg?

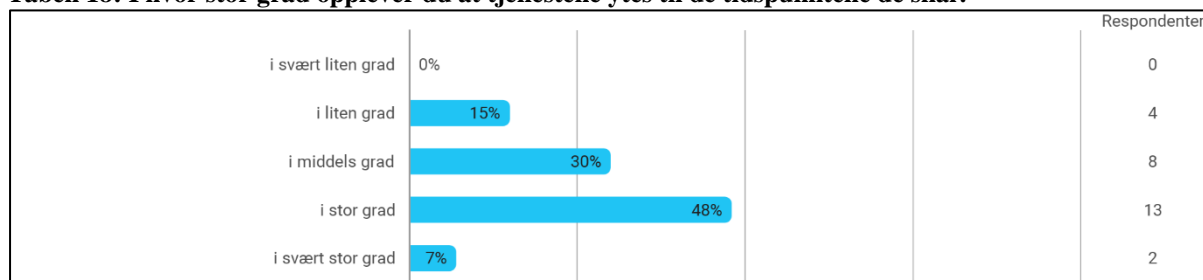
Det var 14 respondenter som ga mindre gode vurderinger og 12 ga de beste vurderingene av om kontinuiteten i personalet opplevtes tilfredsstillende. De 27 som har svart på spørsmålet har altså ganske ulike oppfatninger. Dette kan være indikasjon på at brukere har mange ulike tjenesteytere hos seg. På den annen side kan det være tilfellet hos mange, men at det er flere som ikke synes det påvirker vedkommende. Svarene viser at det er respondenter som mener at kontinuiteten ikke er tilfredsstillende. En av 27 som svarte på dette spørsmålet, svarte vet ikke.

Vi ba også om at tjenestemottakerne ga sin vurdering av om personalet hadde tilstrekkelig tid til dem. Svarfordelingen som vi viser i tabell 17 nedenfor viser at flertallet av respondentene opplever at personalet har nok tid. Antallet svar på i middels grad og dårligere viser at det er tjenestemottakere som opplever at tjenesteyter ikke bruker nok tid hos vedkommende.

Tabell 17: I hvor stor grad opplever du at personalet har tilstrekkelig tid til deg?

Det ble kommentert fra flere respondenter at det ikke er satt av nok tid til de oppgavene som er avtalt at det skal utføres. Ifølge en respondent opplevtes det at noen av personalet har mer tid enn andre. Hovedvekten av kommentarer handler om at det opplevtes som om at det settes av lite tid til hver tjenestemottaker. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. n=27.

I tabell 18 er resultatene på spørsmålet om i hvor stor grad opplever du at tjenestene ytes til de tidspunktene de skal.

Tabell 18: I hvor stor grad opplever du at tjenestene ytes til de tidspunktene de skal?

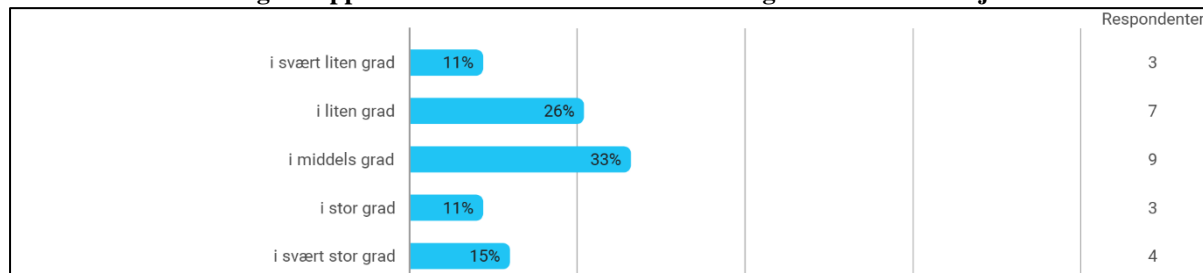
Det var 12 av 27 respondenter svarte i liten eller middels grad på de opplever at tjenestene ytes på de avtalte tidspunkt. Samlet sett er respondentene delt på midten i sin opplevelse av om tjenestene ytes til avtalt tidspunkt. I en fritekstkommentar til dette spørsmålet er det skrevet at

det har vært uforutsigbarhet om når tjenestene skulle utføres, en respondent har ventet hele dagen på besøket, selv om det har vært avtalt tidligere. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet.

8.1.3 Involvering

Involvering er et viktig prinsipp i utforming av tjenestetilbud som gis etter helse- og omsorgslovgivningen. Spørsmål fra undersøkelsen og resultatene som handler om graden av opplevd involvering er redegjort for i det følgende.

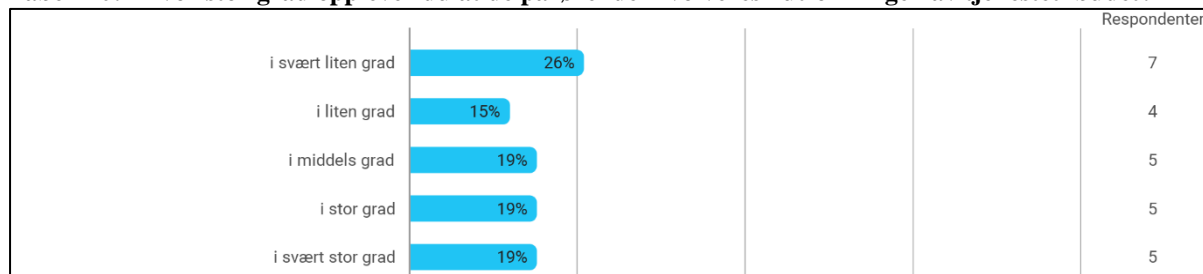
Tabell 19: I hvor stor grad opplever du at du involveres i utformingen av innholdet i tjenestetilbudet?



Det er stor spredning i hva respondentene har besvart. Noen opplever at de i stor grad blir involvert i utformingen av tjenestetilbudet, mens andre gir uttrykk for at de involveres lite. Spredningen i svarene kan indikere at kommunen ikke har en ensartet og systematisert praksis for involvering. Det er i tråd med beskrivelser vi har fått fra kommunen; om at dette ikke er systematisk tilnærming til brukerinvolvering. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

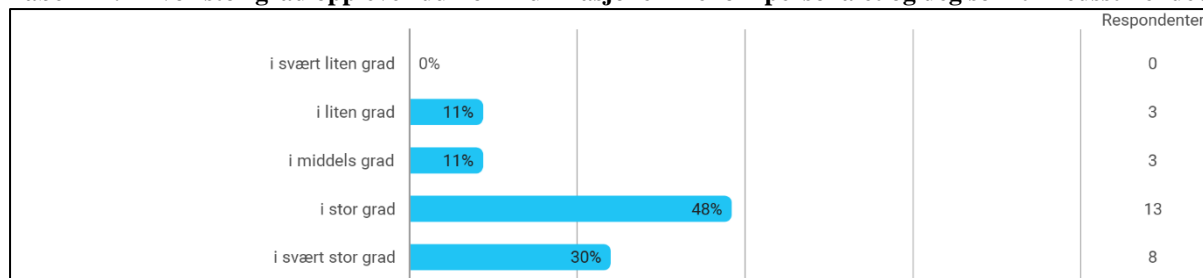
Det kan også være relevant å involvere pårørende i utformingen av tjenestetilbud. Nedenfor ser vi resultatene – som er stor spredning – på opplevelse av involvering av pårørende.

Tabell 20: I hvor stor grad opplever du at de pårørende involveres i utformingen av tjenestetilbudet?



Alle svaralternativene ble benyttet blant respondentene på dette spørsmålet og de har spredt seg jevnt. Dette gir uttrykk for ganske ulike opplevelser av involvering av pårørende blant respondentene. Revisor har ikke kunnskap om i hvilken grad pårørende skulle vært involvert eller ikke, og vi vil være varsomme med å tolke hvorvidt dette samlet sett gir indikasjoner på tilfredshet eller ikke når det gjelder pårørendeinvolvering. Det kan være at det for flere respondenter ikke har vært påkrevd. Flere tilbakemeldinger i kommentarene er at de pårørende ikke er kontaktet/involvert i utformingen av tilbudet. Dette sammen med svarfordelingen kan ha sammenheng med at det i kommunen ikke er innarbeidet fast praksis for involvering av verken tjenestemottaker eller pårørende. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=27.

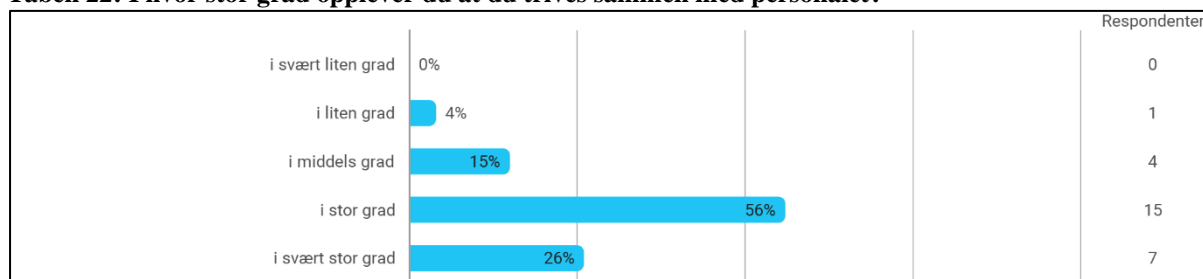
Et aspekt med involvering, er hvordan tjenestemottaker opplever kommunikasjonen. Nedenfor er resultatene på spørsmålet vi stilte om opplevelse av kommunikasjon med personalet.

Tabell 21: I hvor stor grad opplever du kommunikasjonen mellom personalet og deg som tilfredsstillende?

Majoriteten av respondentene har på dette spørsmålet svart at de i stor eller svært stor grad synes kommunikasjonen mellom personalet og tjenestemottaker er bra. I noen av kommentarene fra respondentene er kommunikasjon mellom pleierne fremhevet som en utfordring. Andre kommentarer er at beskjeder blir ikke gitt videre og fulgt opp, oppgaver blir avglemt, samt noen av pleierne vet ikke hva de skal gjøre når de kommer. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

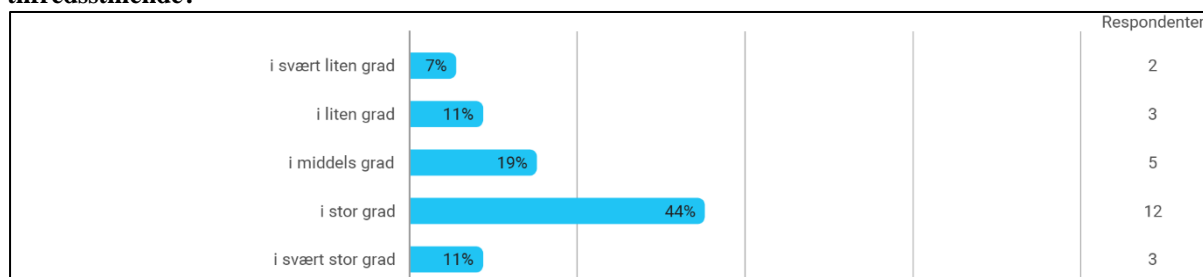
8.1.4 Trivsel og informasjonsutveksling

Det er viktig at tjenestemottaker trives sammen med personalet. Trivsel vil kunne gi et godt samarbeidsforhold mellom mottaker og tjenesteutøver. Spørsmålene som faller inn under kategorien trivsel og resultatene presenteres i det følgende.

Tabell 22: I hvor stor grad opplever du at du trives sammen med personalet?

Det er 22 av de 27 som har besvart dette spørsmålet som har oppgitt at de opplever å trives i stor grad eller i svært stor grad sammen med personalet. Det er ingen som har svart at de i svært liten grad trives med personalet, mens fire respondenter har svart i liten grad og middels grad. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27. Samlet sett gis det gode tilbakemeldinger på opplevelse av trivsel med personalet.

Informasjonsutveksling mellom de ansatte om tjenestemottaker er viktig for å sikre riktige tjenester uavhengig av hvem i personalet som skal yte tjenestene.

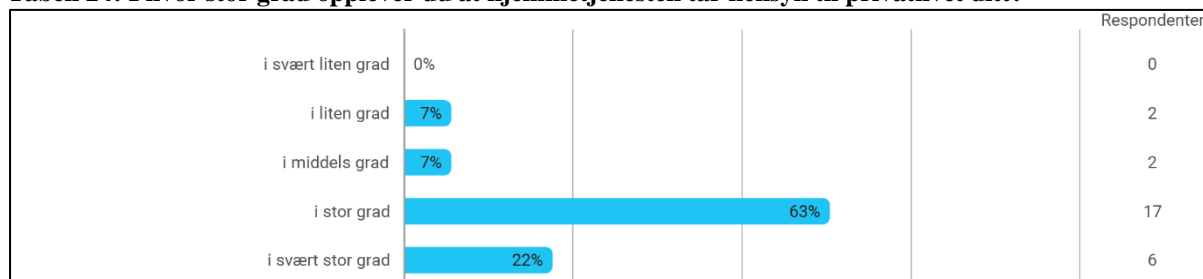
Tabell 23: I hvor stor grad opplever du informasjonsutveksling om deg innad i personalet som tilfredsstillende?

Alle svaralternativene ble brukt blant respondentene på dette spørsmålet og det gir uttrykk for ulike opplevelser. Flertallet av respondentene – 15 av 27 – er i stor eller svært stor grad fornøyd med informasjonsutveksling om tjenestemottaker innad i personalet. Fem respondenter har svart i svært liten eller i liten grad. I kommentarfeltet til dette spørsmålet skrev flere av respondentene at beskjeder blir glemt, oppgaver ikke gjøres og tilfeller av dårlig kommunikasjon innad i personalet. To svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

8.1.5 Privatliv og respekt

Tjenestemottaker har krav på privatliv og respekt, og vi har derfor stilt spørsmål om tjenestemottakers opplevelser av dette.

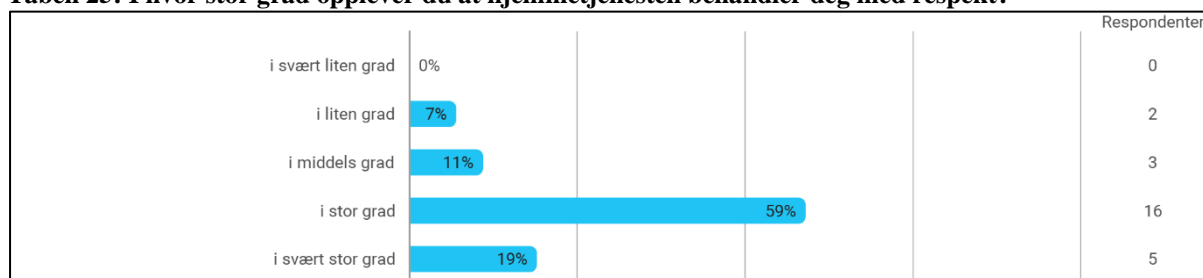
Tabell 24: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten tar hensyn til privatlivet ditt?



Privatlivet til tjenestemottaker blir av 23 respondenter i stor eller i svært stor grad opplevd hensyntatt. Dette er en indikasjon på at tjenestene klarer å hensynta dette. Det er imidlertid noen som har svart med alternativene i liten grad og i middels grad. Dette kan være indikasjon på at det kan ha vært manglende kommunikasjon omkring tjenestemottakers ønsker og behov for å sikre dette. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

Respekt for tjenestemottaker er også et element for å opprettholde tillit til tjenesten og en profesjonell fremtoning av kommunens ansatte. Vi spurte derfor om i hvor stor grad det oppleves at hjemmetjenesten behandler deg med respekt.

Tabell 25: I hvor stor grad opplever du at hjemmetjenesten behandler deg med respekt?



Samlet sett gis det gode vurderinger av respondentene på dette spørsmålet og dette er indikasjon på at tjenesteyterne er respektfulle overfor tjenestemottakerne. Av de som har svart har 21 en opplevelse at de i stor eller svært stor grad opplever at de ansatte i hjemmetjenesten behandler dem med respekt. Fem av respondentene har svart i liten eller i middels grad. Det er en kommentar blant respondentene om at en mottaker opplever å ikke bli behandlet med respekt av alle i personalet. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

Vedtak skal være basert på en søknad med påfølgende saksutredninger fra kommunen. Vi har spurt om opplevelser av å få tjenester i henhold til vedtak.

Tabell 26: Opplever du at du får tjenester i henhold til vedtak?

				Respondenter
I ingen grad	0%			0
I liten grad	0%			0
I middels grad	41%			11
I stor grad	37%			10
Fullt og helt	22%			6

Flertallet av de som har svart gir her de beste vurderinger. Ingen opplever at de i ingen eller liten grad får tjenester de har vedtak på, mens 11 av de spurte opplever at de i middels grad får de tjenester de har vedtak på. Skjervøy kommune har ikke rutiner for å vurdere vedtak på nytt etter at det er gitt. Dette kan medføre at mottakere har vedtak som var riktig på et tidspunkt for tildeling, og at det kan være at tjenestene er mer eller mindre omfattende nå i forhold til innvilgelse. En kommentar i spørreundersøkelsen at det er kuttet i tjenestetilbudet uten å gi beskjed til mottaker eller pårørende. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

8.1.6 Kvalitet og klageadgang

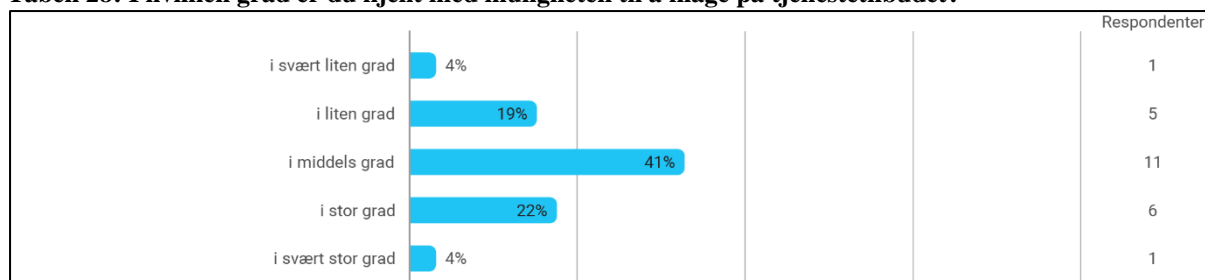
Kvalitet i tjenestene er viktig, at det oppleves at tjenestene som ytes holder faglig god kvalitet og er forsvarlige. Kvalitet i denne sammenheng er brukers opplevde kvalitet. Forventninger til hva som tjenesten skal levere vil kunne variere fra mottaker til mottaker.

Tabell 27: Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestetilbudet?

				Respondenter
Som svært dårlig	0%			0
Som nokså dårlig	4%			1
Som middels	15%			4
Som nokså god	41%			11
Som svært god	41%			11

Det klare flertallet opplever at det er god kvalitet på tjenestene som gis. Dette kommer tydelig frem med elleve som har svart nokså god og elleve som har svart svært god. En respondent synes tilbudet er nokså dårlig, mens fire opplever det som middels kvalitet. Kommentarene som er knyttet til dette spørsmålet går på tilgjengelig tid til brukeren, samt at tilbudet oppleves som redusert ut ifra oppfatning av eget behov. Det å komme til avtalt tid trekkes også frem, noe som gjør det utfordrende å planlegge hverdagen. Andre kommentarer handler om stor vikarbruk og manglende ressurser. En respondent opplever seg dårlig behandlet og skal ha varslet ledelsen om dette uten at det har skjedd noe bedring. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

Tilbakemeldinger fra tjenestemottaker til kommunen om tjenesteyter kan gis på flere måter, også som klager på vedtak eller utøvelsen av tjenestene. Her i det følgende presenterer vi resultatene på spørsmål om hvordan tjenestemottakerne opplever å kunne klage, og i hvor stor grad de er informert om adgangen til å klage.

Tabell 28: I hvilken grad er du kjent med muligheten til å klage på tjenestetilbudet?

Resultatet av dette spørsmålet kan tyde på at kjennskapen til at det er en mulighet til å klage på tjenestetilbudet er variert blant mottakerne. Det var syv som svarte i stor eller svært stor grad på i hvilken grad de er kjent med mulighetene til å klage på tjenestetilbudet. Den største gruppen med 11 er i middels grad kjent med mulighetene. De som har svart i svært liten eller liten grad utgjør seks respondenter. Det opplyses i kommentarene at det er de pårørende som klager, men også at det er manglende informasjon fra kommunen på dette området. En av respondentene opplever at det ikke nytter å klage. Tre svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=27.

8.2 Sykehjemmet

Spørreundersøkelsen har 41 spørsmål og resultatene er gjengitt under her. Vi har sortert spørsmålene og resultatene i følgende kategorier for kartleggingen rettet mot sykehjemmet:

- Personalet
- Måltider
- Legge seg og stå opp
- Privatliv og respekt
- Involvering
- Bistand fra samhandlere
- Utførelse av arbeidsoppgaver hos personalet
- Trygghet og trivsel
- Responstid
- Tilrettelegging
- Aktivitetstiltak
- Kommunikasjon og informasjonsutveksling
- Klageadgang
- Avvik, forbedring og kvalitet

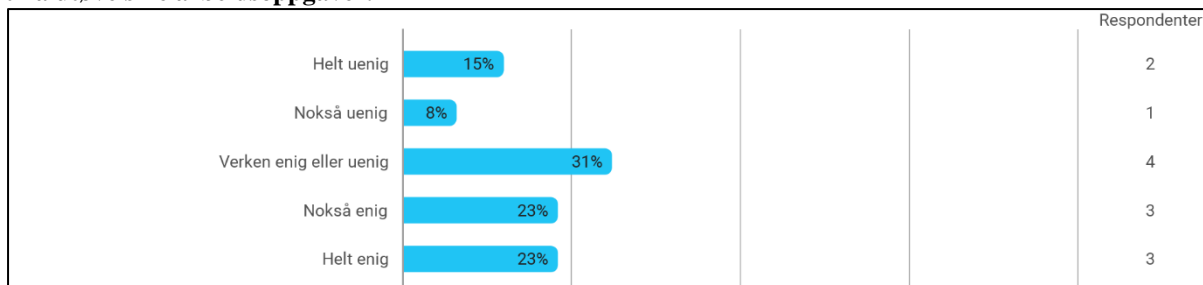
Spørreundersøkelsen som er rettet mot sykehjemmet er rettet mot de pårørende, 12 av de 13 som besvarte undersøkelsen gjorde dette uten å involvere tjenestemottaker i besvarelsen.

For alle spørsmålene presenterer vi svarfordelingen og vi belyser hva svarene kan være indikasjoner på. Revisor har forelagt resultatene fra spørreundersøkelsen og revisors kommentarer til disse for kommunen. Kommunen hadde ikke supplerende opplysninger eller kommentarer til resultatene.

8.2.1 Personalet

I tabellene nedenfor er resultatene på spørsmålene vi stilte om opplevelse av personalets kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene sine. Respondentene skulle angi hvor enig de var i påstander vi hadde formulert om dette.

Tabell 29: Angi hvor enig du er i følgende påstand: Jeg opplever at personalet har tilstrekkelig kompetanse til å utøve sine arbeidsoppgaver.

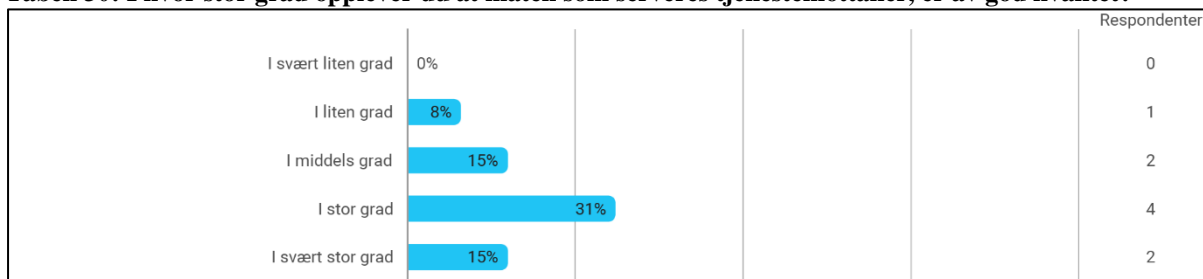


De 13 pårørende av sykehjemsbeboere som svarte på spørsmålet har ulike oppfatninger av personalets kompetanse. Tre respondenter er helt uenig eller nokså uenig i påstanden. De resterende fire er verken enig eller uenig i opplevelsen av kompetansenivået til de ansatte. I fritekstkommentar fremgikk synspunkter om at det er for mange ufaglærte på jobb i helgene, samt at det mangler kompetanse av stell og omsorg til demente beboere. I tillegg til at det oppstår misforståelser da assistenter ikke snakker godt norsk. Ingen har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

8.2.2 Måltider

Mat er viktig, og skal danne grunnlaget for et variert kosthold basert på gode ernæringsmessige vurderinger. Det er ikke bare maten i seg selv som er viktig, men også den sosiale rammen rundt måltider har stor verdi for tjenestemottaker.

Tabell 30: I hvor stor grad opplever du at maten som serveres tjenestemottaker, er av god kvalitet?



Respondentene som har svart i stor eller i svært stor grad utgjør seks pårørende, mens de som har svart i liten eller i middels grad utgjør tre. Opplevelsen av om maten som serveres til tjenestemottaker er splittet, riktignok er det ingen som er i svært liten grad fornøyd. Det kan ha sammenheng med at det er flest pårørende som har besvart undersøkelsen uten medvirkning av beboer. Ifølge flere kommentarer fra svarene i undersøkelsen er flere som opplyser at det er god kvalitet på maten, men det er en del forstyrrelser i måltidene. Fire har svart «vet ikke». N=13.

Pårørendes opplevelse av om tjenestemottaker er fornøyd med maten, er fremstilt her.

Tabell 31: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med maten han/hun får?

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	0%			0
I middels grad		54%		7
I stor grad		31%		4
I svært stor grad		15%		2

Svarene på dette spørsmålet kan tolkes i retning av at det ikke er noen pårørende som opplever at tjenestemottakere er misfornøyd med maten. av de totalt 13 som svarte har de delt seg i midten der halvparten (6) opplever at tjenestemottaker er fornøyd, mens den andre halvparten (7) oppfatter at tjenestemottaker ikke alltid er fornøyd. En kommenterer at pårørende er sjelden til stede under måltidet, men det som er observert er bra. Ingen har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Noen beboere trenger bistand i spisesituasjoner, svarene på dette spørsmålet sier noe om de pårørendes opplevelse av bistanden tjenestemottaker får.

Tabell 32: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får tilstrekkelig bistand ved måltidene dersom vedkommende trenger dette?

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	8%			1
I middels grad	0%			0
I stor grad		46%		6
I svært stor grad		15%		2

Åtte av de som har svart opplyser at beboer i stor eller svært stor grad opplever at de får nok bistand under måltidene. En av respondentene har svart at de i liten grad er fornøyd med den bistanden som ytes i forbindelse med måltidene. Spredningen i svar og den relativt sett store delen «vet ikke» kan indikere at det er lite informasjon rundt hvilken bistand som ytes ved måltidene, da de pårørende ikke er til stede i disse situasjonene. Blant de som har kunnskap om dette og har svart på spørsmålet, er det gitt gode vurderinger på dette spørsmålet. Fire har svart «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

I spisesituasjoner er det gjerne flere beboere sammen. Pårørendes opplevelse av den sosiale rammen er undersøkt her.

Tabell 33: I hvor stor grad opplever du den sosiale rammen rundt tjenestemottakers måltid som god?

				Respondenter
I svært liten grad	8%			1
I liten grad	8%			1
I middels grad		31%		4
I stor grad		31%		4
I svært stor grad		8%		1

Alle svaralternativene er brukt på dette spørsmålet. Omtrent en tredjedel har svart vet ikke eller i svært liten/liten grad. Det er vanskelig for revisor å uttale seg om hva resultatene kan indikere med hensyn til hva som faktisk kan være praksis rundt måltidene. Vi bemerker at måltidene kan være tidspunkter hvor få pårørende er til stede. Fem av de pårørende som har svart har en opplevelse av at den sosiale rammen rundt måltidene er i stor grad eller i svært stor grad god. To har svart «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

Allergier og intoleranser er viktig å hensynta, det samme er brukers appetitt og behov for størrelse på porsjonene. Pårørendes tilbakemeldinger på spørsmålet om i hvor stor grad de opplever at maten er tilpasset tjenestemottakers behov er fremstilt her.

Tabell 34: I hvor stor grad opplever du at maten er tilpasset tjenestemottakers behov (størrelse på porsjoner og eventuelt allergier/intoleranser)?

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	8%			1
I middels grad	8%			1
I stor grad	31%			4
I svært stor grad	31%			4

Det er to respondenter som har svart i liten eller i middels grad. Maten oppleves som i liten grad tilpasset for en tjenestemottaker, samme gjelder for gruppen i middels grad. Den største gruppen med åtte respondenter finner vi blant de som har svart at de er i stor eller i svært stor grad de opplever seg fornøyd med om porsjonene er tilpasset den enkelte, samt at allergier og intoleranser er ivaretatt. Tre svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

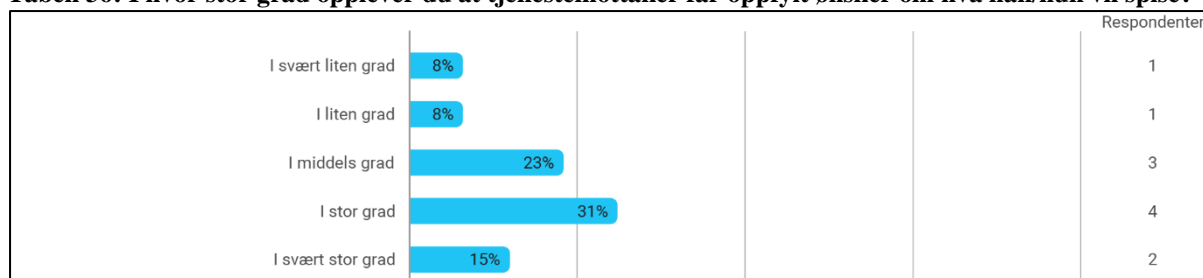
Beboers opplevelse av valgfrihet til å spise ved eget ønske, er kartlagt gjennom spørsmålet i hvor stor grad opplever du at det legges til rette for tjenestemottaker slik at han/hun får spise når han/hun ønsker det.

Tabell 35: I hvor stor grad opplever du at det legges til rette for tjenestemottaker slik at han/hun får spise når han/hun ønsker?

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	8%			1
I middels grad	31%			4
I stor grad	23%			3
I svært stor grad	15%			2

Av de som har besvart undersøkelsen er det fem som har svart i stor eller i svært stor grad på om det legges til rette for at tjenestemottaker får spise når de selv ønsker. Fire respondenter mener at det kun i middels grad legges til rette, mens en opplever at det i liten grad legges til rette for beboer. Tre svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

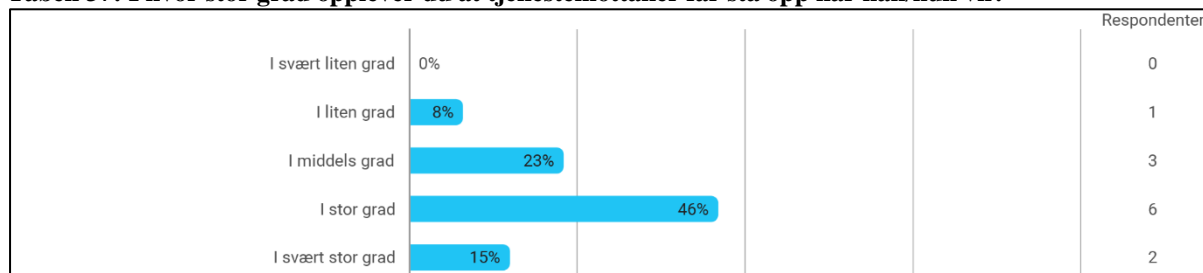
I tabellen nedenfor er resultatene på spørsmålet vi stilte til de pårørende om de opplever at tjenestemottaker får oppfylt ønsker om hva han eller hun vil spise.

Tabell 36: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får oppfylt ønsker om hva han/hun vil spise?

Dette spørsmålet om tjenestemottaker får oppfylt sine ønsker om hva han/hun vil spise har noe større spredning i svarene enn en del av de andre spørsmålene. Gruppen som svarte i svært liten og i liten grad utgjør her to respondenter, gruppen i middels grad utgjør tre, mens den største gruppen her er de som i stor eller svært stor grad er fornøyd. Spredningen i svarene gir ikke et entydig bilde av tjenestemottakernes opplevelser. To svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

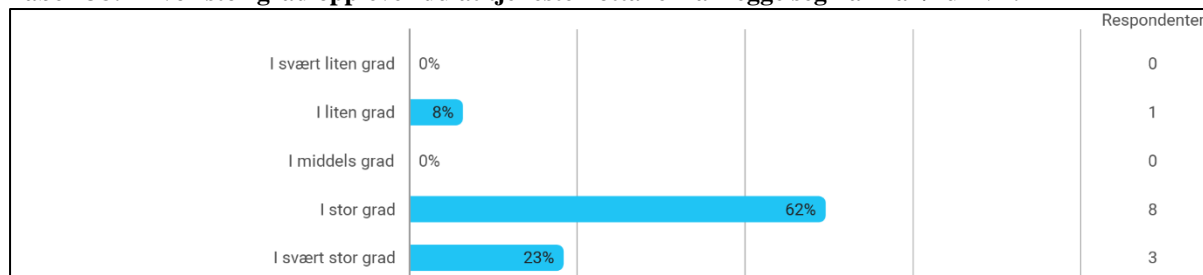
8.2.3 Legge seg og stå opp

Blant de forhold som angår selvbestemmelse, inngikk noen spørsmål om opplevelse av beboers mulighet til å bestemme selv når vedkommende skal legge seg og stå opp. Funksjonsnivået i beboergruppen varierer naturligvis noe, slik at det vil være individuelle forskjeller i hva som er ønskelig og praktisk gjennomførbart innenfor dette temaet.

Tabell 37: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får stå opp når han/hun vil?

I svarene til dette spørsmålet er spredningen i svarene stor, men åtte av de som har svart opplever i stor eller i svært stor grad at beboer får legge seg og stå opp når de vil. At flertallet svarte i stor grad og i svært stor grad kan være indikasjon på sykehjemmet tilpasser dette til tjenestemottakers egne ønsker. En av kommentarene fra respondentene er at beboer blir liggende lenge og morgenstellet tatt sent. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, N=13.

Pårørendes synspunkter på om de opplever at tjenestemottaker får legge seg når han/hun vil, er fremstilt i tabellen nedenfor.

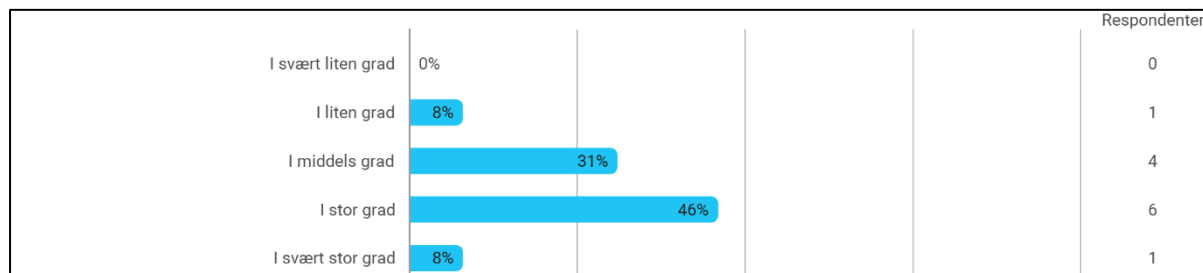
Tabell 38: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får legge seg når han/hun vil?

Elleve av de som har besvart har svart i stor eller svært stor grad på om tjenestemottaker får legge seg når han/hun vil. En av de som har svart opplever dette i liten grad. Resultatene tyder på at flere pårørende er fornøyd med at beboer kan ha større autonomi når det kommer til å legge seg enn å stå opp. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

8.2.4 Privatliv og respekt

Svarene på om de pårørendes opplever om beboer har mulighet til privatliv fremstilles her.

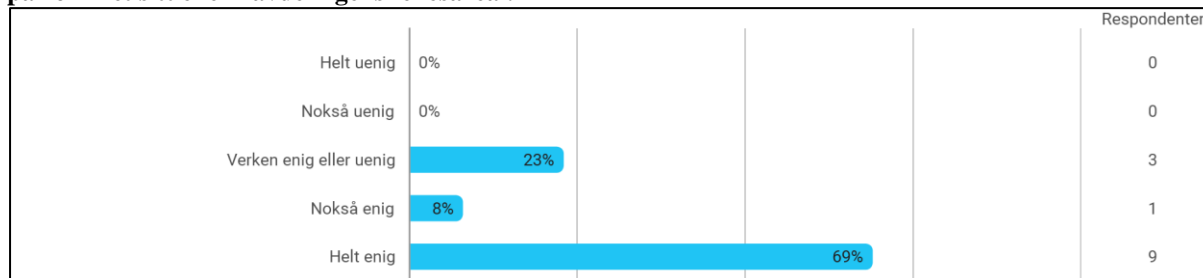
Tabell 39: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker har mulighet til privatliv?



Tilbakemeldingene om privatlivet er i stor grad positive, men har samme oppfatning av dette for sin beboer ved sykehjemmet. En respondent mener at det i liten grad er mulighet til privatliv, fire mener det er i middels grad mulighet til privatliv, og syv opplever det som i stor eller svært stor grad. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

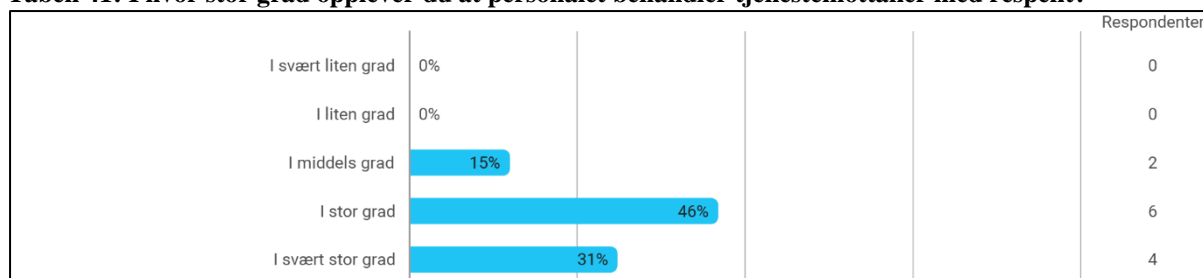
De pårørendes svar på påstanden om beboers selvstendighet til å bestemme selv om hvor han/hun vil tilbringe den våkne tiden er fremstilt her.

Tabell 40: Angi hvor enig du er i følgende påstand: "tjenestemottaker bestemmer selv om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal."



På spørsmålet om tjenestemottaker bestemmer selv om han/hun ønsker å være på rommet eller i fellesarealet har de aller fleste respondentene opplevelse av at det får tjenestemottaker. Gruppen som er nokså enig eller helt enig utgjør ti respondenter. De resterende tre respondentene har svart at de er verken enig eller uenig i påstanden. Ut ifra svarene så kan vi se at tjenestemottaker har stor valgfrihet om hvor de ønsker å oppholde seg i løpet av dagen. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

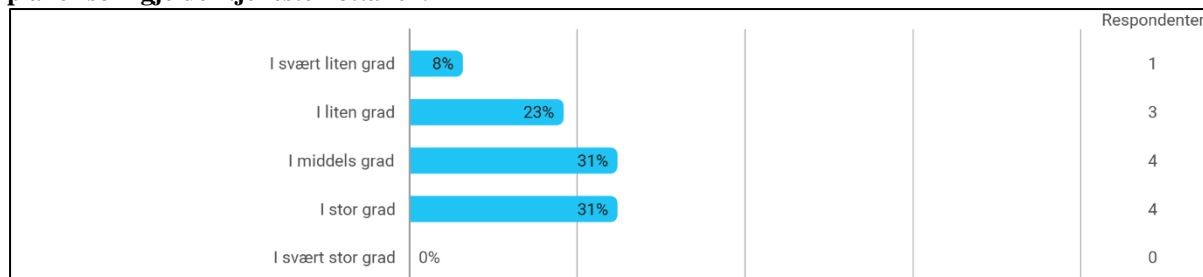
Respekt er viktig i et tillitsforhold som er etablert mellom beboer og de ansatte. Her er fremstillingen av hvordan pårørende har svart på spørsmål om de opplever at personalet behandler tjenestemottaker med respekt.

Tabell 41: I hvor stor grad opplever du at personalet behandler tjenestemottaker med respekt?

Ti respondenter svart i stor eller i svært stor grad at de opplever at tjenestemottakere blir behandlet med respekt av de ansatte. To respondenter har svart at det oppleves slik i middels grad. Tilbakemeldingene fra de som har svart på undersøkelsen er dermed noe blandet, men størstedelen av respondentene opplever at tjenestemottaker blir behandlet med respekt. Andelen som svarte «vet ikke» er også lav på dette spørsmålet med en respondent. N=13.

8.2.5 Involvering

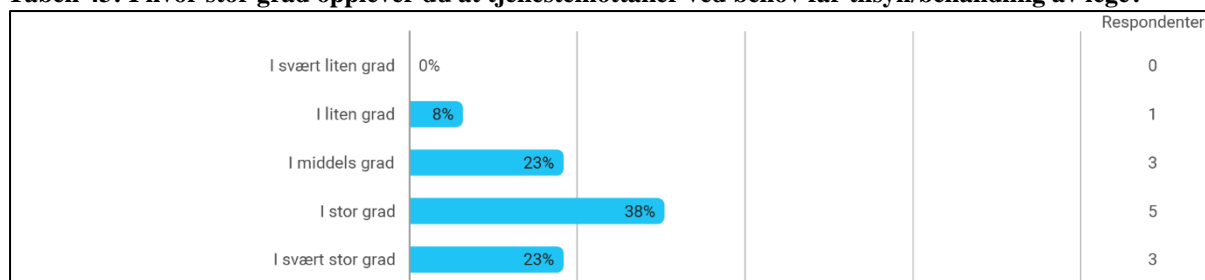
Tjenestemottaker og pårørende skal involveres i utformingen av tjenestetilbudet. Her er respondentenes respons på spørsmålet vi stilte i spørreundersøkelsen om involvering i planer som gjelder tjenestemottaker.

Tabell 42: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker og eller du/dere involveres når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker?

Ingen har svart at de i svært stor grad involveres, fire har svart at de i stor grad involveres, mens fire har svart at de i middels grad involveres. Også fire respondenter har svart at de i svært liten eller liten grad involveres ved utarbeidelse av planer. Samlet sett indikerer svarfordelingen at dette kan være et område med behov for forbedringer i kommunen. Det var noen som ga kommentarer til dette spørsmålet. Det ble vist til at de ikke er blitt kontaktet, uvisshet om det er/har vært planer som omhandler tjenestemottaker. En annen kommentar går på at de pårørende ikke får opplysninger fra kommunen, dette har vært tatt opp fra den pårørendes side. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

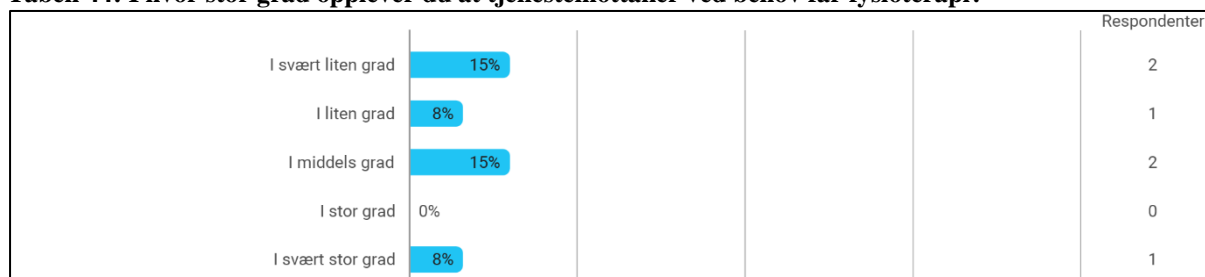
8.2.6 Bistand fra samhandlere

Et godt samarbeid med tilstøtende tjenester er viktig for å sikre at tjenestemottaker får det tjenestetilbud som de etter loven har krav på. Andre tjenester som sykehjemmet samhandler med kan være blant annet lege, tannlege og fysioterapeut. Det er tilsyn av lege en gang i uken, hver onsdag.

Tabell 43: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får tilsyn/behandling av lege?

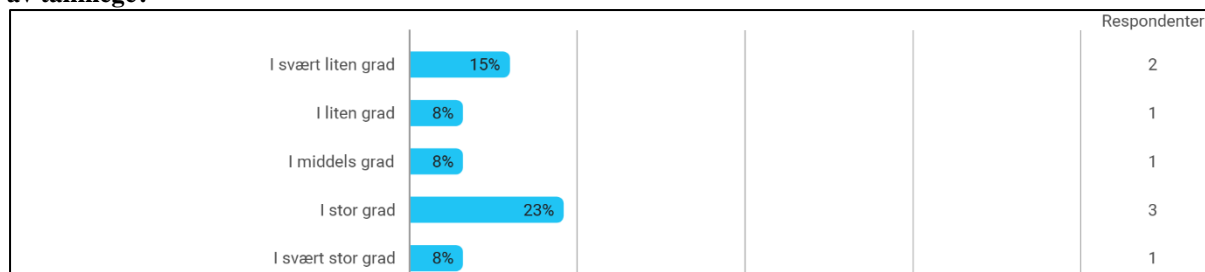
Hovedvekten av besvarelsene er at de i stor eller svært stor grad opplever at beboer får tilsyn/behandling av lege ved behov. De resterende fire har en opplevelse av at det i liten eller middels grad ytes tilsyn/behandling ved behov. Spredningen i svarene indikerer at noen tjenestemottakere kan ha behov for ytterligere legetilsyn enn den tiden som er satt av hver uke. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Fysioterapi er et av tilbudene som gis til beboere ved sykehjemmet. Her er respondentens opplevelse av om dette behovet er dekket hos tjenestemottaker gjengitt.

Tabell 44: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får fysioterapi?

Spredningen i svarene på dette spørsmålet indikerer at det er lite dialog mellom de pårørende som har svart på undersøkelsen og tjenestemottaker/sykehjemmet om fysioterapi. Det at syv respondenter har svart vet ikke, og tre har svart i svært liten eller liten grad indikerer at det er lite informasjon om tilbudet ut til de aktuelle pårørende. I kommentarene til dette spørsmålet så etterspørres det mer fysioterapi, samt dialogen rundt når dette tiltaket iverksettes. N=13.

Tilsyn av tannpleier eller behandling av tannlege er viktig av flere årsaker. I dette spørsmålet er respondentens opplevelse av dette tilbudet gjengitt.

Tabell 45: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får tilsyn av tannpleier/behandling av tannlege?

Det er fire respondenter som har svart i stor eller svært stor grad at de opplever at det er godt tilbud om tannhelsetjenester. Her er det en stor gruppe som svarer vet ikke, og spredningen blant de andre alternativene er stor. Dette kan indikere at informasjon rundt tilbudet om tilsyn av tannlege/tannpleier kan bli bedre fra kommunens sin side. Fem svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Smertelindring ved behov kan være viktig for livskvaliteten til beboer. Under fremstilles respondentens opplevelse av om de får dette ved behov.

Tabell 46: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får smertelindring?

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	8%			1
I middels grad	31%			4
I stor grad	31%			4
I svært stor grad	31%			4

Av de som har besvart undersøkelsen opplever åtte i stor eller svært stor grad at beboer får nødvendig smertelindring ved behov. En noe mindre gruppe på fire er i middels grad ikke om tjenestemottaker får smertelindring ved behov. En av de pårørende opplever i liten grad at beboer får den smertelindringen det er behov for. I liten grad og i middels grad utgjør en relativt sett stor gruppe, noe som indikerer at det kan være behov for tettere dialog mellom de pårørende og kommunen om dette temaet. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

8.2.7 Utførelse av arbeidsoppgaver hos personalet

Her gjengis respondentens opplevelse av de ansattes utførelse av arbeidsoppgaver knyttet til mat/drikke/ernæring ol.

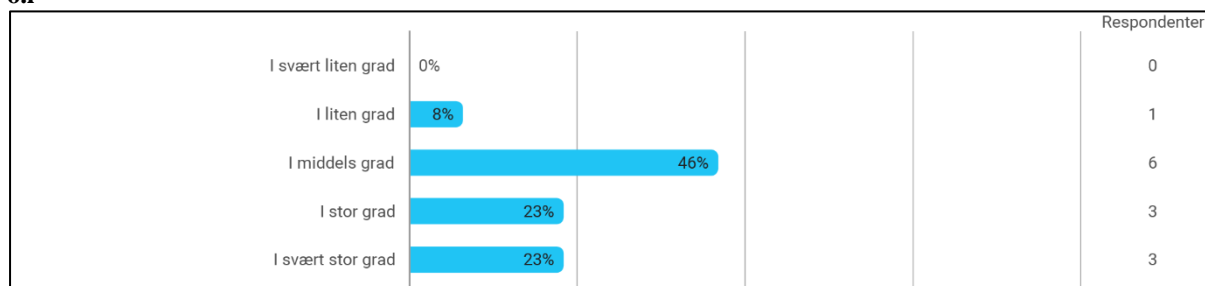
Tabell 47: I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? Oppgaver knyttet til tjenestemottakers behov for mat/drikke/ernæring o.l.

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	0%			0
I middels grad	17%			2
I stor grad	50%			6
I svært stor grad	25%			3

Respondentens opplevelse av personalets utførelse av oppgaver knyttet til mat/drikke/ernæring er oppsummert i dette spørsmålet. Selv om noen har svart vet ikke eller i middels grad kan man si at de med ni besvarelser i kategoriene i stor og i svært stor grad opplever de aller fleste at personalet løser denne type arbeidsoppgaver på en bra måte. Dette kan indikere at bistanden til tjenestemottaker i måltidssammenheng er jevnt over opplevd som å være på et bra nivå. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Personlig hygiene er viktig for blant annet verdighet og sykdomsforebygging, derfor spurte vi opplevelsene knyttet til dette temaet.

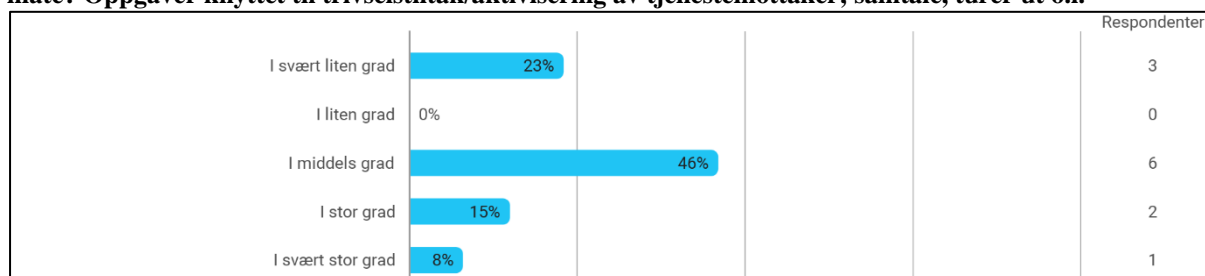
Tabell 48: I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? Oppgaver knyttet til tjenestemottakers personlige hygiene; toalett, kroppsvask/dusj, munnhygiene o.l



Av de som har besvart dette spørsmålet har seks svart i stor eller i svært stor grad, dette er like mange som har svart i middels grad. En av respondentene svarte at de i liten grad opplevde at personalet utfører oppgaver knyttet til kroppshygiene på en god måte. Spredningen i svarene viser at det er blandede opplevelser av oppgaver knyttet til personlig hygiene. Dette indikerer kommunen bør se på om utførelsen av disse oppgavene opp imot hva som kan forventes innenfor personlig hygiene. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

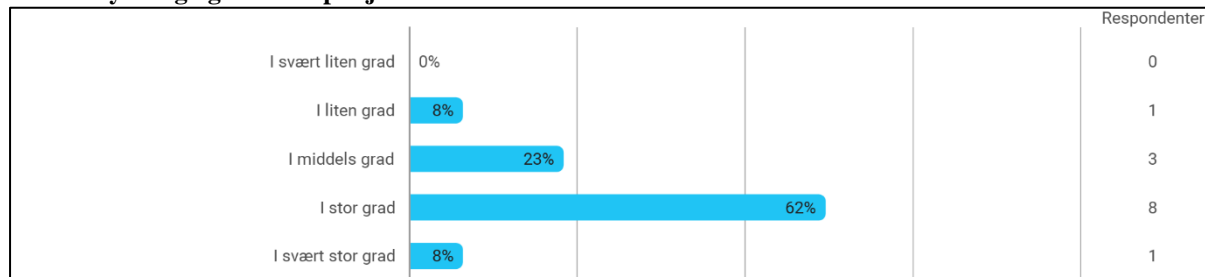
Fysisk aktivitet, frisk luft og aktivisering kan være viktig for beboerne, derfor har vi et spørsmål som redegjør om opplevelsen av dette tilbudet til beboere.

Tabell 49: I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? Oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av tjenestemottaker; samtale, turer ut o.l.



Aktivitetstilbudet har i 2020 og 2021 vært redusert av flere årsaker. Den ene er Covid-19 pandemien som har ført til store restriksjoner i hva slags aktiviteter som kunne utføres. Utover dette var det et aktivitørprosjekt som ble avsluttet som følge av manglende finansiering. Begge disse faktorene har nok medført at det er færre muligheter for aktiviteter for beboere. Dette kan være faktorer som er med å forklare at tre respondenter har svart i svært liten grad, og seks i middels grad. Det er tre respondenter som har svart at de i stor grad eller svært stor grad opplever at personalet utfører trivselstiltak og aktivisering på en tilfredsstillende måte. Et eget aktivitetsrom etterspørres blant annet i kommentarene til spørreundersøkelsen. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

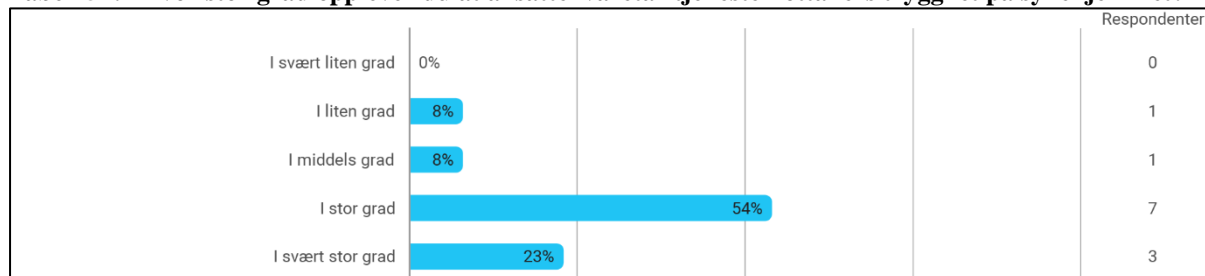
Ryddighet og renhold på rommet er en av oppgavene som de ansatte skal utføre. Her er respondentenes opplevelse av dette.

Tabell 50: I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? Rydding og renhold på tjenestemottakers rom.

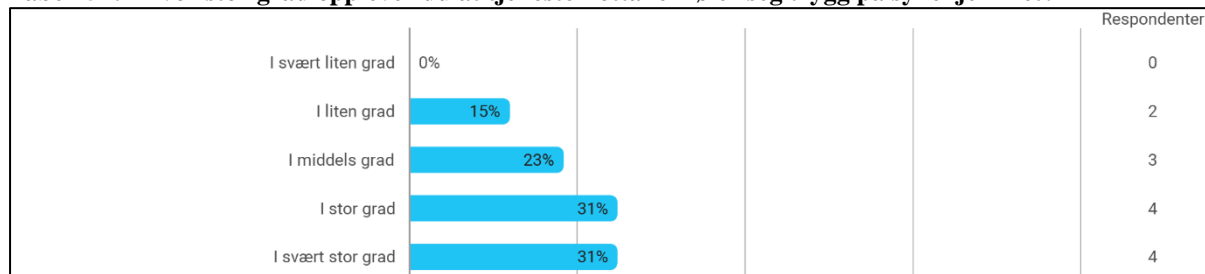
Av de spurte opplever ni i stor eller svært stor grad at renhold utført av personalets på beboers rom er tilfredsstillende. En respondent deler i liten grad samme oppfatning, mens tre har svart seg i middels grad enig. Rommene på sykehjemmet kan gjøres personlig med et visst preg av private ting, men det må ikke møbleres slik at ikke personalet får gjort sine arbeidsoppgaver. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

8.2.8 Trygghet og trivsel

Sykehjemsbeboere skal føle seg trygge på sykehjemmet. Vi har derfor spurt om opplevelse av at ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet på sykehjemmet.

Tabell 51: I hvor stor grad opplever du at ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet på sykehjemmet?

Av de spurte, opplever ti det slik at beboer er i stor grad eller svært stor grad seg trygg på sykehjemmet. Det at så mange svarer i stor eller svært stor grad indikerer at tjenestemottakerne opplever at de ansatte ivaretar tryggheten på en god måte. To av de spurte har svart i middels og i liten grad. Overgangen fra å bo hjemme til å bo på institusjon kan være stor for enkelte og det er viktig at omgivelsene oppleves som trygg og god. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Tabell 52: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker føler seg trygg på sykehjemmet?

De pårørendes opplevelse av at tjenestemottaker er trygg er fremstilt her. Av de spurte pårørende er det åtte som i stor eller svært stor grad opplever at beboer føler seg trygg på sykehjemmet. To pårørende deler i liten grad denne opplevelsen, mens tre gjør det i middels grad. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Tjenestemottakers trivsel sammen med de ansatte er viktig for å danne et godt grunnlag for samarbeid, her er respondentenes opplevelse av dette.

Tabell 53: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker trives sammen med de ansatte?

				Respondenter
I svært liten grad	0%			0
I liten grad	0%			0
I middels grad	31%			4
I stor grad	38%			5
I svært stor grad	23%			3

Det er ingen som opplever at tjenestemottaker i svært liten og liten grad ikke trives sammen med de ansatte. Fire av de som har respondert opplever at beboer trives i middels grad med de ansatte, mens åtte respondenter har en opplevelse av at beboer trives i stor eller svært stor grad. Resultatene blir ytterligere understøttet av en av kommentarene «noen pleiere er fantastiske og forstår brukeren og gir seg tid.» En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Trivselstiltak for å aktivisere og stimulere beboerne har vært mangelvare i koronatiden. Denne perioden kan ha påvirket hvordan opplevelsen av slike tiltak kommer frem i de neste spørsmålene.

Tabell 54: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med det gjennomføres trivselstiltak ved sykehjemmet (i form av underholdning eller andre former for meningsfull aktivitet) tjenestemottakeren?

				Respondenter
I svært liten grad	8%			1
I liten grad	23%			3
I middels grad	38%			5
I stor grad	8%			1
I svært stor grad	15%			2

Aktivitetstiltak og de rammene rundt dette er kommentert tidligere i rapporten. Opplevd fornøydhet som dette spørsmålet søker å belyse er spredt, to er svært fornøyd og en er svært misfornøyd. Ikke et entydig bilde av hva som oppleves. Noen av kommentarene fra respondentene går på at det bør være mer aktivitet, og beboerne er avhengig av pårørende eller støttekontakter for å komme seg ut i frisk luft og på tur. En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

Beboers trivsel sammen med de andre beboerne kan være vesentlig for hvordan beboer opplever bosituasjonen på sykehjemmet.

Tabell 55: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker trives sammen med beboere?

					Respondenter
I svært liten grad	8%				1
I liten grad	8%				1
I middels grad	31%				4
I stor grad	15%				2
I svært stor grad	0%				0

Trivsel sammen med de andre beboerne er viktig i det store bildet, på spørsmål om dette er spredningen i svarene stor. Det er seks respondenter som opplever det i middels grad eller dårligere angående hvordan tjenestemottaker trives sammen med det andre beboerne. Ingen har svart i svært stor grad, men to har svart i stor grad. Ifølge kommentarene så savner noen beboere å ha noen å føre samtale med, det oppleves utfordrende som følge av de andre beboernes helsetilstand. Fem svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Opplevd trivsel på rommet er også noe som vi har spurt om i undersøkelsen.

Tabell 56: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker trives på rommet?

					Respondenter
I svært liten grad	0%				0
I liten grad	8%				1
I middels grad	38%				5
I stor grad	46%				6
I svært stor grad	8%				1

Tilbakemeldingene fra respondentene er at flertallet av de som har svart på spørreundersøkelsen opplever at beboer trives på rommet. I det nedre sjiktet av skalaen er det en respondent som har opplyst at beboer i liten grad trives på rommet, mens fem har svart i middels grad. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. n=13.

8.2.9 Tilrettelegging

Rommene ved sykehjemmet er relativt likt utstyrt, men her forsøker vi å kartlegge om de behov beboer har oppleves som dekket slik rommene er utformet i dag.

Tabell 57: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottakers rom (inklusive bad) er tilrettelagt for hans/hennes behov?

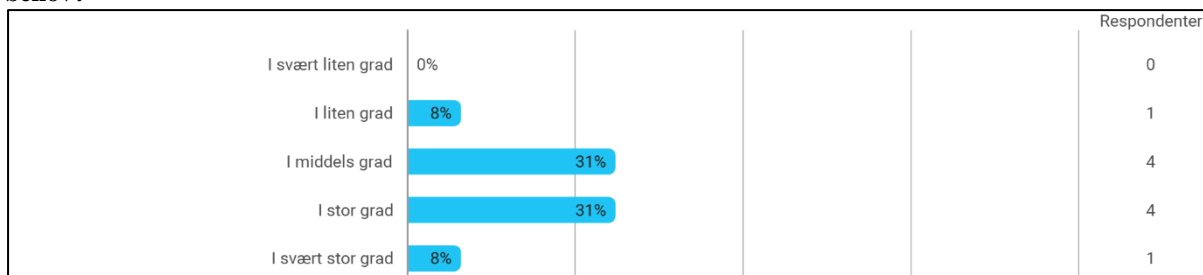
					Respondenter
I svært liten grad	0%				0
I liten grad	0%				0
I middels grad	23%				3
I stor grad	54%				7
I svært stor grad	23%				3

Rommene som beboer har, er enerom med tilknyttet bad. Det er ingen av de som har svart på spørreundersøkelsen som synes rommet er i liten eller svært liten grad tilpasset beboers behov, men tre respondenter har svart i middels grad. De resterende ti har svart at rommet er i stor eller svært stor grad tilpasset beboers behov. Bruken av løfteutstyr i forbindelse med

toalettbesøk og dusj/bading er trukket frem som positivt i kommentarene til spørsmålet. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Fellesarealene skal dekke alle beboernes behov, her er respondentens opplevelse av om de dekker beboers individuelle behov.

Tabell 58: I hvor stor grad opplever du at sykehjemmets fellesarealer er tilrettelagt for tjenestemottakers behov?

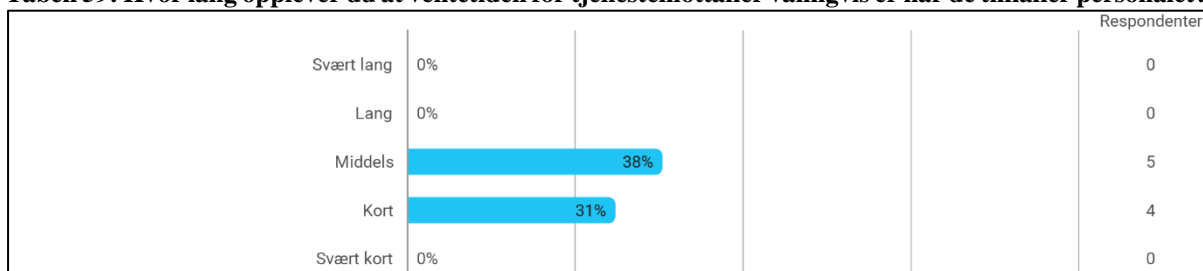


På spørsmål om fellesarealene er det nok utfordrende å ta stilling til om disse oppleves tilrettelagt, da det er mange behov som skal dekkes innenfor et fellesområde, og ikke bare den enkelte beboers individuelle behov. Det er noe spredning i besvarelsene på dette spørsmålet, men majoriteten, med åtte respondenter er samlet i gruppene middels og i stor grad. Dette kan indikere at fellesarealene oppleves som delvis gode for å dekke beboernes samlede behov. En av kommentarene fra respondentene er at fellesarealet er lite, og de arealene som er tilgjengelig benyttes sjelden. Det etterspørres også tiltak som er aktivitetsrettet. Tre svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

8.2.10 Responstid

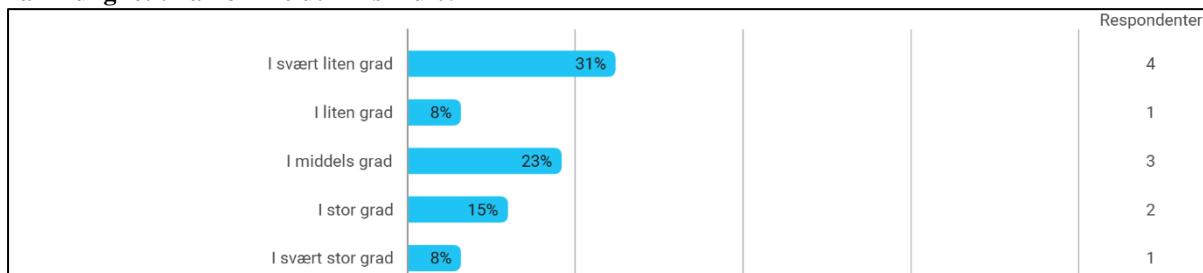
Når et behov oppstår så er det ut ifra behovets karakter tidskritisk om tjenestemottaker får bistand så snart som mulig eller må vente. I enkelte tilfeller eller i løpet av døgnet er det færre ansatte tilgjengelig for beboerne, og dette kan være årsaker som gjør at beoer må vente lenger enn ønskelig på å få bistand. Trivsel både blant de ansatte, og de andre beboerne er med på å sikre gode rammer for de som boer på sykehjemmet.

Tabell 59: Hvor lang opplever du at ventetiden for tjenestemottaker vanligvis er når de tilkaller personalet?



Opplevd ventetid er nok utfordrende for pårørende å svare på da de ikke er på sykehjemmet hele tiden. Svarfordelingen her er delt mellom opplevd ventetid som kort og middels. En relativt høy andel vet ikke på dette spørsmålet gjør at det er uklart hvordan denne gruppen beboere opplever det. Det kommenteres i spørreundersøkelsen at det som regel er kort ventetid på dagtid når det er flere ansatte på jobb på sykehjemmet. Fire svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

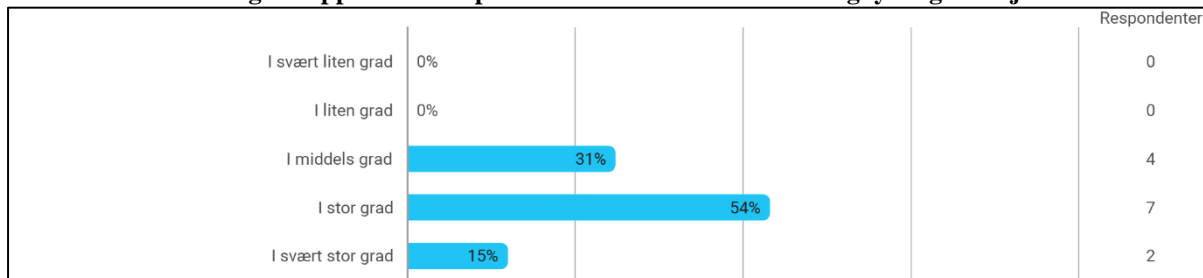
8.2.11 Aktivitetstiltak

Tabell 60: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med at tjenestemottakeren jevnlig har mulighet til å komme ut i frisk luft?

Dette spørsmålet søker å belyse om tjenestemottaker er fornøyd med muligheten til å komme ut i frisk luft. Her er det stor spredning i svarene som er mottatt. Det er et tydelig signal til at respondentgruppa ikke er helt fornøyd med mulighetene for beboerne å komme ut i frisk luft. Det er flere som er misfornøyd enn de som er fornøyd med mulighetene som på tidspunktet forelå til beboer å komme ut i frisk luft. Flere av respondentene opplyser pårørende eller støttekontakten tar de med for å få frisk luft. To svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

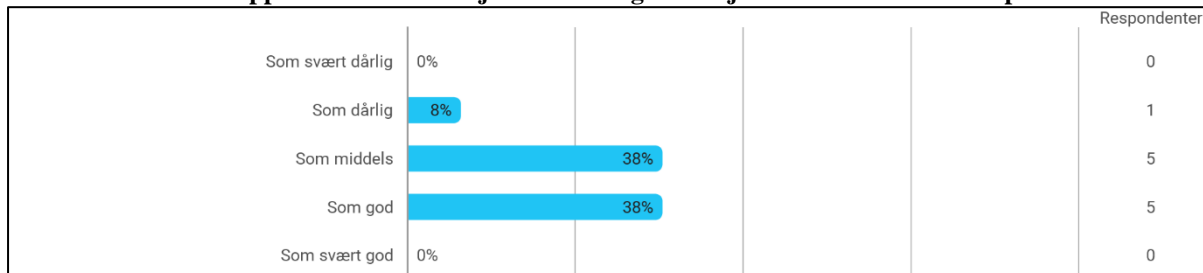
8.2.12 Kommunikasjon og informasjonsutveksling

Kommunikasjon mellom tjenestemottaker og de ansatte, mellom de pårørende og de ansatte, samt innad i ansattegruppen er viktig for å sikre en god flyt av informasjonsflyt om den som skal motta tjenester.

Tabell 61: I hvor stor grad opplever du at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker?

Det er ni av de pårørende som har svart som opplever i stor og i svært stor grad at personalet kommuniserer klart og tydelig med beboerne. Fire av respondentene opplever kommunikasjon til å være i middels grad. Utfordringer kan oppstå når pleiere er dårlig i norsk eller har det travelt ifølge kommentarer fra undersøkelsen. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

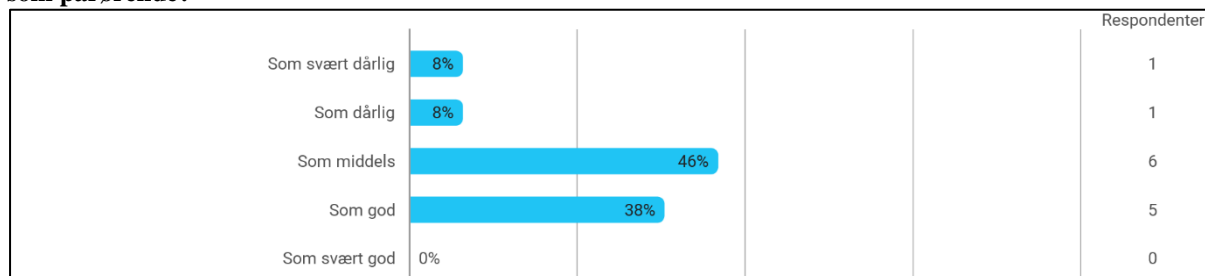
Vi har spurt pårørende om informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker innad i personalet.

Tabell 62: Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker innad i personalet?

Informasjonsutvekslingen innad i personalet er nok utfordrende for pårørende å si noe om, besvarelsene her er noe spredt og med overvekt av middels og positive opplevelser. En respondent har dårlig opplevelse av informasjonsutvekslingen om beboer innad i personalet. To svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. N=13.

Kommunikasjon fra personalet til de pårørende er en viktig kilde til informasjon om beboers livssituasjon.

Tabell 63: Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker mellom personalet og dere som pårørende?

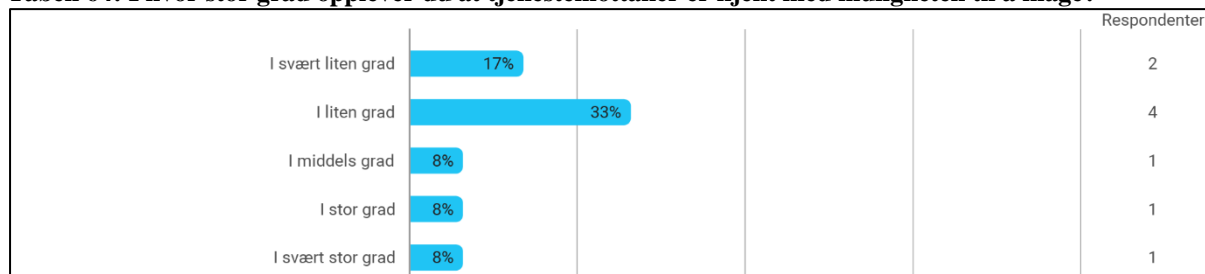


Fem av de som har svart har sagt at informasjonsutvekslingen mellom personalet og de pårørende, om beboer er god. To har svart at det er svært dårlig eller dårlig, mens de resterende seks har svart at det er på et middels nivå. Respondenter opplyser at de må be om informasjon, kontakten fra sykehjemmet til de pårørende er ikke utstrakt. Ingen svarte «vet ikke» på dette spørsmålet. n=13.

8.2.13 Klageadgang

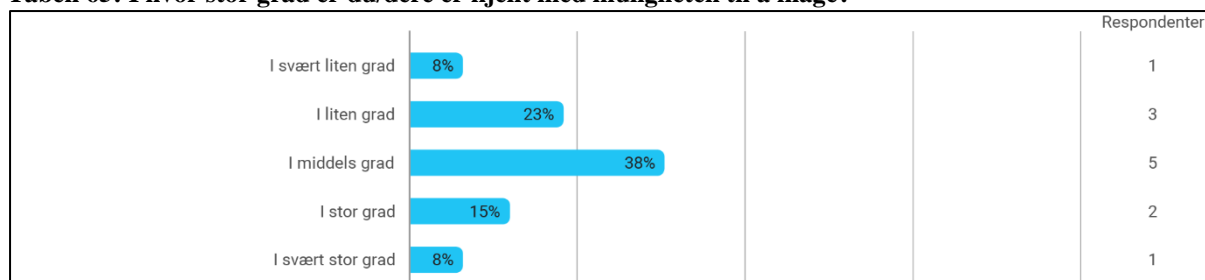
Klage på tjenestetilbud eller andre aspekter rundt tjenesteyting er en viktig tilbakemeldingskanal for kommunen.

Tabell 64: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er kjent med muligheten til å klage?



Spredningen i svarene på dette spørsmålet er stor, men med en overvekt av i svært liten og i liten grad. Dette indikerer at respondentenes opplever at beboerne ikke er kjent med muligheten til å klage på tjenestetilbudet. Tre svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

Informasjon om å klage på tjenester er vesentlig for å faktisk klage om en er misfornøyd med tjenestene. Her er vi på i hvor stor grad respondentene er kjent med muligheten til å klage.

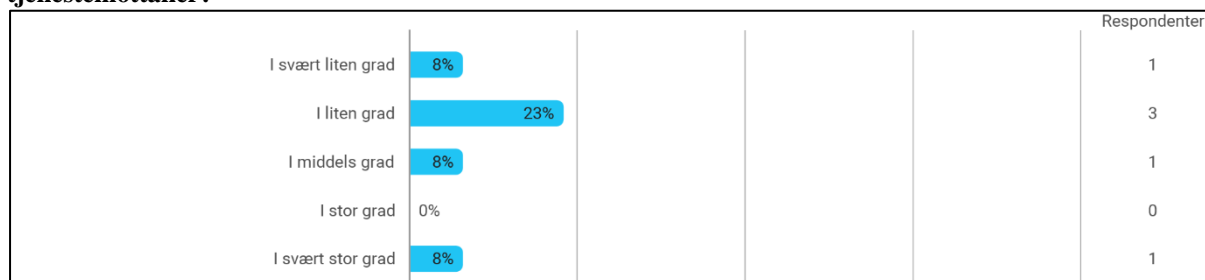
Tabell 65: I hvor stor grad er du/dere er kjent med muligheten til å klage?

De pårørende opplever i varierende grad å være informert om adgangen til å klage på tjenestetilbudet. Vi har tidligere i rapporten redegjort for at kommunen ikke har en systematisk tilnærming til å sikre tilbakemeldinger og bruke dette i forbedringsarbeid. Også svarfordelingen på dette spørsmålet kan indikere behov for forbedringer på dette området.

En svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

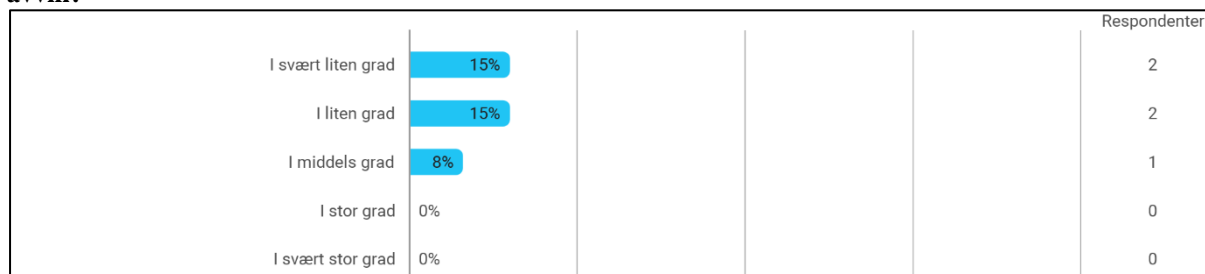
8.2.14 Avvik, forbedring og kvalitet

I tillegg til klager, er avvik en viktig kilde til forbedring, forebygging og utvikling av tjenestetilbudet. Her er respondentens opplevelse av dette gjengitt.

Tabell 66: I hvor stor grad opplever du at det er fokus på forebygging av avvik i tjenestene til tjenestemottaker?

Dette er nok vanskelig å svare på for pårørende, men av de som har svart andre alternativer enn «vet ikke» er sprikende i sin opplevelse. Syv svarte «vet ikke» på dette spørsmålet, n=13.

Innmeldte avvik må også bidra til å forbedre tjenestene, samt forebygge fremtidige avvik. Derfor har vi stilt spørsmål om respondentens opplevelse av om de meldte avvik er grunnlag for forbedring.

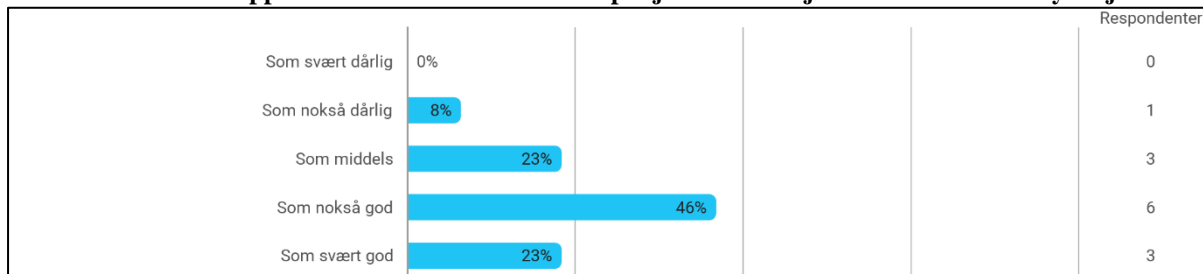
Tabell 67: I hvor stor grad opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene/forebygge avvik?

Det var mange som svarte vet ikke på dette spørsmålet (Åtte av 13). Det kan være vanskelig for de pårørende å svare generelt på dette spørsmålet. Antallet «vet ikke-svar» kan også ha sammenheng med at det er mange som ikke har rapportert inn noe som de mente måtte bidra til forbedring. At fem svarte på spørsmålet og svarte i middels grad og dårligere kan være

indikasjon på at det er pårørende som har rapportert inn noe de mente skulle vært fulgt opp, men som ikke ble det. N=13.

Samlet opplevd kvalitet hos respondentene gjengis her. Dette er ikke et uttrykk for den samlede kvaliteten på tjenestene som leveres i sykehjemmet, men opplevelsene til de respondentene som valgte å svare på undersøkelsen.

Tabell 68: Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestene til tjenestemottaker ved sykehjemmet?



Totalt oppleves tjenestene som leveres som bra, ni av de som har svart har brukt de to høyeste skalaene, nokså god og svært god. Selv om det kun er en som har svart «som nokså dårlig» bør kommunen etterstrebe og levere jevnt på kvalitet til tjenestemottakerne. Ingen svarte «vet ikke på dette spørsmålet». N=13.

9 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I problemstilling 1 er undersøkelser av Skjervøy kommunes dokumenterte systemer og rutiner for å sikre at tjenestene i hjemmetjenesten og sykehjemmet er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

Kommunen har ikke et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes til eldre. Det er ikke gjort vurderinger av hvor omfattende styringssystem som er nødvendig og i hvilken grad det skal dokumenteres, men kommunen har formidlet til oss at det må utvikles et styringssystem. Vi har gjennomgått den oversendte dokumentasjon, intervjuet avdelingsledere og avdelingssykepleier. Vi har gjennomgått informasjonen fra kommunen og vurdert den opp mot revisjonskriteriene som er utledet av relevante lover og forskrifter. Revisors funn viser at Skjervøy kommune har elementer av et styringssystem med relevans for hva et styringssystem skal bestå av ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling. Vi har imidlertid vurdert at flertallet av de utledete revisjonskriteriene om planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens oppgaver i liten grad er oppfylt.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger er **revisors konklusjon på problemstilling 1 at Skjervøy kommune i liten grad har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.**

Problemstilling 2 er behandlet i kapittel 6 i rapporten. Her har vi gjennomført en ressursbruksanalyse av hjemmetjenesten og sykehjemmet. Resultatet av ressursbruksanalysen indikerer at Skjervøy kommune drifter sykehjemmet med noe lavere netto driftsutgifter enn gjennomsnittet i sammenlignbare kommuner i KOSTRA-gruppene.

Skjervøy kommune har prioritert hjemmebaserte tjenester høyt og bruker dermed en større del av korrigerende brutto driftsutgifter per mottaker enn sammenlignet med landet u/Oslo og de sammenlignbare kommunene i KOSTRA-gruppene.

Det er forhold som taler for at ressursbruken til slike tjenester er høyere i Skjervøy enn i andre kommuner det er naturlig å sammenligne seg med, dette kan være blant annet demografiske forhold og befolkningssammensetning.

I problemstilling 3 er undersøkelser av kommunens systemer for å sikre brukerinvolvering og brukerundersøkelser. Kommunen får informasjon fra brukere og pårørende, men dette er ikke satt i et system. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser.

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger er **revisors konklusjon på problemstilling 3 at Skjervøy kommune i liten grad har systemer for brukerinvolvering/brukerundersøkelser.** Det foreligger ikke resultater fra brukerundersøkelser til bruk i virksomheten.

Problemstilling 4 er en kartlegging av brukere og pårørendes opplevelser av kvaliteten i tjenestene. Kartleggingen er gjort ved gjennomføring av spørreundersøkelse blant mottakere av hjemmetjenester og deres pårørende og blant pårørende til beboere på sykehjemmet. Resultatene i begge undersøkelsene indikerer at tjenestene som leveres til mottakerne oppleves som gode, og blir levert av kvalifisert personale som tjenestemottakerne går godt overens med. Resultatene indikerer forbedringsområder tilknyttet involvering i utforming av tjenestetilbudet,

på informasjon fra kommunen om klageadgang og på aktivitetstilbud – særlig for beboere i sykehjemmet.

10 UTTALELSE

Revisor sendte 10.11.2021 rapporten på uttalelse til Skjervøy kommune v/kommunedirektør. Vi mottok uttalelse den 23.11.2021 og denne er inntatt i sin helhet nedenfor.



SKJERVØY KOMMUNE

Skjervøy kommune

Mottakere i følge liste

Vår ref.:
21/1848 - 2 / CISSAM

Dato:
23.11.2021

Uttalelse fra Skjervøy kommune ang forvaltningsrapport "Kvalitet og ressursbruk i eldreomsorgen"

Viser til mottatt rapportutkast til forvaltningsrevisjon av kvalitet og ressursbruk i eldreomsorgen i Skjervøy kommune.

Jeg har ingen merknader til rapportens innhold.

Med hilsen

Cissel Samuelsen
Kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til
doris.gressmyr@komrevnord.no
margrete.kleiven@komrevnord.no
Åshild Hansen

Postadresse
Postboks 145
9189 Skjervøy

Besøksadresse
Skoleveien 6
9189 Skjervøy

Telefon
+47 7775500

Kontonr.
Org.nr.
941812716

E-post
post@skjervoy.kommune.no
Internett
www.skjervoy.kommune.no

11 REVISORS ANBEFALINGER

Revisor skal gi anbefalinger når det er hensiktsmessig. Revisors vurderinger er at Skjervøy kommune ikke har oppfylt fullt ut noen av de utledete revisjonskriteriene om dokumentert styringssystem og konklusjonen er at Skjervøy kommune i liten grad har dokumenterte rutiner og systemer for å sikre at kvaliteten i eldreomsorgen er i tråd med krav i regelverk, retningslinjer og anbefalinger. **Revisor anbefaler** på den bakgrunn at Skjervøy kommune utarbeider et styringssystem for hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten slik at det tilfredsstillende krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt kravene i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Herunder bør kommunen blant annet

- Gjøre vurderinger av hvilke forbedringer som skal prioriteres, hvordan og hvor de skal implementeres og hvem som skal ha ansvar for at endringer innføres og vedlikeholdes
- Planlegge tjenestene med utgangspunkt i oversikt over virksomhetenes mål, oppgaver, tjenester, organisering og ansvarsfordeling
- Foreta vurderinger av risiko og fare for svikt og bruke det i vurderinger av innretning og omfang av dokumentert styringssystem
- Påse at det etableres et system for innhenting av erfaringer fra brukere og pårørende

Revisor har beskrevet hvilke dokumenterte rutiner og prosedyrer Skjervøy kommune har i hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten. Tjenestene har skriftlige rutiner og prosedyrer som ikke er i bruk og noen som er i bruk. **Revisor anbefaler** at Skjervøy kommune i utarbeidelsen av et styringssystem vurderer hvilke deler av de eksisterende rutiner og prosedyrene som bør gjelde for virksomhetene og hvilke som ikke kan anses gjeldende for kommunens tjenesteleveranse innen hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten.

Etablering av et dokumentert styringssystem for tjenestene må starte med planlegging, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Anbefalingene ovenfor retter seg hovedsakelig mot denne delen av styringssystem. **Vi anbefaler** at Skjervøy kommune i arbeidet med dokumentert styringssystem fastsetter planer for hvordan oppgavene gjennomføring, evaluering og korrigering beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal ivaretas.

12 REFERANSER

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28.10.2016 nr.1250 om ledelse og kvalitetsforbedring
- Lov 2.7.2011 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester. (Kvalitetsforskriften)
- Behovsanalyse for fremtidens tjenester innen helse og omsorg – Skjervøy kommune TF-rapport nr. 623- 2021
- KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Url: www.ssb.no/kostra/

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Sjøvegan, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Skjervøy kommune:

<i>Ayfallsservice AS</i>	2019
<i>Innkjøpstjenesten Nord-Troms</i>	2019
<i>Psykososialt miljø i barnehager og grunnskolen</i>	2019
<i>FDV, kommunale bygg</i>	2017
<i>Barnevern</i>	2016
<i>Undersøkelse i Skjervøy Fiskeriutvikling AS</i>	2015

