

FORVALTNINGSREVISJON

Ressursbruk og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Unjárgga gielda/Nesseby kommune



Rapport 2023

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Nesseby kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitet og ressursbruk i pleie og omsorgstjenestene i Nesseby kommune. 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 Nesseby kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til år uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Nesseby kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 9. mars 2023

Knut Teppan Vik

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Knut-Åge Vargren

Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

KomRev NORD har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Nesseby kommune gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunens kvalitet og ressursbruk i pleie og omsorgstjenester med utgangspunkt i følgende tre problemstillinger:

- **Problemstilling 1:** *Har Unjårga/Nesseby kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie – og omsorgstjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
- **Problemstilling 2:** *Hvordan er Unjårga/Nesseby kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*
- **Problemstilling 3:** *Hvordan opplever brukerne 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. Forskriften er kilde for vår utledning av revisjonskriterier for å besvare problemstilling 1.

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

Konklusjonen på **problemstilling 1** er basert på følgende oppsummerte funn og vurderinger:

- Nesseby kommune *oppfyller i noen grad* revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for pleie og omsorgstjenestene.
- Nesseby kommune *oppfyller ikke* revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i pleie og omsorgstjenestene og i hvilken grad dette skal dokumenteres
- Nesseby kommune *oppfyller i noen grad* revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i pleie og omsorgstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Nesseby kommune *oppfyller i noen grad* revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Nesseby kommune *oppfyller i liten grad* revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

- Nesseby kommune *oppfyller ikke* revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Under **problemstilling 2** har vi sammenliknet Nesseby kommune med sammenliknbare kommuner og landet for øvrig (utenom Oslo). Sammenlikningene gir et overordnet inntrykk av at Nesseby kommune kjennetegnes av:

- En høyere andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre, sammenliknet med landsgjennomsnittet og sammenliknbare kommuner
- Litt flere hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landsgjennomsnittet, men færre hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere sammenliknet med sammenliknbare kommuner
- Litt flere mottakere av institusjonsbaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med sammenliknbare kommuner, og klart flere mottakere av institusjonsbaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landsgjennomsnittet
- Høyere ressursbruk og lavere produktivitet i driften av institusjonsbaserte tjenester sammenliknet med referansegruppene, i alle de fire årene sammenlikningen gjelder
- Relativt lav ressursbruk på hjemmetjenester i 2018 og 2019, og i 2018 høy produktivitet i driften av hjemmetjenestene. Deretter avtakende og lav produktivitet i 2019-2021, og raskt økende ressursbruk på dette tjenesteområdet
- Høyere bemanning i pleie- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittlig for referansegruppene, og dermed samlet sett lav produktivitet i på tjenesteområdet

Problemstilling 3 omhandler pårørendes opplevelser av kvaliteten i tjenestene. Kartleggingen er gjort ved bruk av spørreundersøkelse blant pårørende ved sykehjem. Det var seks pårørende som svarte på undersøkelsen, av ni som mottok den. Resultatene fra spørreundersøkelsene gir ikke et entydig bilde av opplevd tjenestekvalitet blant pårørende til sykehjemsbeboerne i kommunen. Noen tendenser kan likevel leses ut av resultatene. De pårørende som har besvart spørreundersøkelsen, virker *gjennomsnittlig* å være relativt fornøyde med

- Kvaliteten på maten ved sykehjemmet
- Hjelpen tjenestemottakeren – ved behov – får under måltidene
- Tjenestemottakers mulighet til å spise når han/hun ønsker det
- Tjenestemottakers mulighet til å stå opp og legge seg når han/hun ønsker det
- Tjenestemottakers mulighet til selv å bestemme om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal
- Tjenestemottakers tilgang til tilsyn og behandling av lege
- Personalets utførelse av oppgaver relatert til tjenestemottakers behov for mat og drikke (ernæring)
- Personalets utførelse av rydding og renhold på tjenestemottakers rom
- Fellesarealenes utforming sett i forhold til tjenestemottakeres behov

Variabler som skiller seg ut i negativ forstand, der svarene fra respondentene gjennomsnittlig uttrykker dårligere opplevelser av tjenestekvaliteten, er:

- Den sosiale rammen rundt tjenestemottakernes måltid
- Involvering av pårørende ved utarbeidelse av planer som gjelder tjenestemottaker
- Tjenestemottakers tilgang til fysioterapi
- Tjenestemottakers tilgang til tilsyn og behandling av tannlege

- Personalets utførelse av arbeidsoppgaver relatert til trivselstiltak/aktivisering, samtaler, turer osv.
- Tjenestemottakers trivsel på rommet
- Tjenestemottakers tilfredshet med trivselstiltak på sykehjemmet
- Tjenestemottakers tilfredshet med mulighet for å komme ut i frisk luft
- Informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker
- Tjenestemottakers kjennskap til muligheten for å klage på tjenestene

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Nesseby kommune å videreutvikle sitt styringssystem for pleie- og omsorgstjenestene, herunder:

- vurdere hvor omfattende styringssystemet skal være og i hvilken grad det skal formaliseres (dokumenteres)
- treffe tiltak for å klargjøre ansvars- og rollefordeling med hensyn til både tjenesteproduksjon og kvalitetsforbedringsarbeid
- gjennomføre risikoanalyser av virksomheten
- styrke innsatsen med hensyn til å innhente erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende
- sikre en fullstendig og utviklingsorientert håndtering av og tilnærming til innmeldte avvik
- foreta regelmessige gjennomganger og evalueringer av styringssystemet med henblikk på å vurdere hvorvidt det er oppdatert og fungerer etter hensikten

Vi anbefaler også kommunen å vurdere behovet for forbedringer i sykehjemstjenesten med utgangspunkt i spørreundersøkelsen som presenteres i denne rapporten.

Sammendrag	2
1 Bakgrunn og bestilling	6
2 Problemstillinger og revisjonskriterier	7
2.1 Problemstillinger	7
2.2 Kilder for revisjonskriterier.....	7
2.3 Om kvalitetsbegrepet.....	7
2.4 Overordnede krav i regelverket: internkontroll og brukermedvirkning	8
2.5 Brukermedvirkning	9
2.6 Revisjonskriterier	11
2.6.1 Problemstilling 1	11
3 Metode, datamateriale og avgrensing	14
3.1 Metode og datamateriale	14
3.2 Problemstilling 1 – dokumentert styringssystem	14
3.3 Problemstilling 2 - ressursbrukanalyse	14
3.4 Problemstilling 3 – Opplevd kvalitet i sykehjemmet	17
4 Pleie- og omsorgstjenestene	19
5 System for kvalitet i pleie og omsorg	21
5.1 Innledning.....	21
5.2 Revisors funn.....	21
5.2.1 Planlegge.....	21
5.2.2 Gjennomføre	26
5.2.3 Evaluere	28
5.2.4 Korrigere	34
5.3.1 Revisors vurderinger.....	34
6 Ressursbrukanalyse	37
6.1 Innledning.....	37
6.2 Pleie- og omsorgstjenestene i Nesseby kommune – og i referansegruppene.....	38
6.3 Prioriteringsindikatorer – ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene	39
6.4 Utdypende tjenestedata	40
6.5 Produktivitetsindikatorer	41
6.6. Oppsummering og analyse	42
7 Opplevd tjenestekvalitet - sykehjemmet	44
7.1 Resultater fra spørreundersøkelsen	44
7.2 Måltider	44
7.4 Involvering	48
7.5 Bistand fra samhandlere	48
7.6 Personalet	50
7.7 Trygghet og trivsel	52
7.8 Tilrettelegging	55
7.9 Kommunikasjon og informasjonsutveksling.....	55
7.10 Klageadgang.....	56
7.11 Avvik, forbedring og kvalitet	57
7.12 Oppsummering	58
8 kommunedirektørens Uttalelse	59
9 Revisors anbefalinger	62
10 Referanser	63

1 BAKGRUNN OG BESTILLING

Kontrollutvalget i Nesseby kommune vedtok i sak 05/21, i møte 26.01.2021, å bestille forvaltningsrevisjon med temaet ressursbruk, forsvarlighet og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Forvaltningsrevisjon med slikt tema er prioritert øverst i Nesseby kommunes plan for revisjon for perioden 2020- 2024. Planen ble vedtatt av kommunestyret i møte den 15.12.2020 i sak PS 86/20. KomRev NORD sendte overordnet prosjektskisse til kontrollutvalget den 22.03.2021. Skissen ble behandlet av kontrollutvalgets medlemmer via e-post. Revisor fikk tilbakemelding den 04.06.2021 om at kontrollutvalget vurderte at prosjektskissen var i tråd med bestillingen og at vi skulle gå i gang med forvaltningsrevisjonen.

Et hovedformål med forvaltningsrevisjonen har vært å få belyst om kommunen har system for å sikre kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med krav og målsetninger på området. Rapporten belyser også ressursbruken i kommunens pleie- og omsorgstjenester og kartlagt opplevelser av kvalitet.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen har følgende problemstillinger vært utgangspunktet:

1. *Har Unjårga/Nesseby kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie – og omsorgstjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*
2. *Hvordan er Unjårga/Nesseby kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?*
3. *Hvordan opplever brukerne og pårørende kvaliteten i tjenesten?*

2.2 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 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)

I henhold til kontrollutvalgets bestilling er besvarelse av problemstilling 1 rettet inn mot pleie og omsorg som består av både hjemmetjenester og sykehjemstjenester. Også problemstilling 2 omfatter pleie og omsorg, og her belyser vi ressursbruk for årene 2019, 2020 og 2021. Når det gjelder problemstilling 3, opplevd tjenestekvalitet blant pårørende og beboere, er denne i samråd med kontrollutvalgets ønske begrenset til å omfatte sykehjemmet.

Problemstilling 2 og 3 er deskriptive, og vi utleder ikke revisjonskriterier.

2.3 Om kvalitetsbegrepet

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 tilfredsstillende fastsatte krav eller behov som er antydning.¹ Veilederen til kvalitetsforskriften² definerer kvalitetsbegrepet på noenlunde samme måte som ISO. Ifølge veilederen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstillende beskrive 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:

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

- 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, samordnede 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.

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 3 innebærer en kartlegging av tjenestekvaliteten slik pårørende /tjenestemottakere opplever den; altså deres subjektive vurderinger av tjenestenes produkt- og resultatkvalitet.

2.4 Overordnede krav i regelverket: internkontroll og brukermedvirkning

Helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunen, omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Det følger av loven § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvaret for alle pasient- og brukergrupper. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Helsetilsynsloven § 5 pålegger alle som yter helse- og omsorgstjenester å «[...] etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»

Første januar 2017 trådte *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* i kraft. Av formålsparagrafen følger det at formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Det følger av forskriftens § 7c at det i forbindelse med gjennomføring av virksomhetens aktiviteter skal utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

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

I henhold til forskriftens § 5 skal dette styrings-/internkontrollsystemet dokumenteres, og dokumentasjonen skal være av den form og det omfang som er nødvendig i lys av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. 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.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi avgrenset våre undersøkelser til å gjelde det vi anser for å være sentrale deler av et slikt internkontrollsystem. Revisjonskriteriene vi har utledet, kommer frem av delkapittel 2.6.1 nedenfor. For enkelte av disse revisjonskriteriene hjemler det nasjonale regelverket krav om skriftlighet, jf. problemstilling 1.

2.5 Brukermedvirkning

I henhold til *Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse og omsorgstjenesteloven*⁴ har pasienter og tjenestemottakere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 bokstav a, andre ledd. Bestemmelsen gir denne gruppen rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard basert på en individuell helse- og sosialfaglig vurdering. 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.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. § 1. Forskriften § 3 pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som blant annet søker å sikre at den enkelte tjenestemottaker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, at kontinuiteten i tjenesten ivaretas, at den enkelte tjenestemottaker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene, og at tjenestemottakere eventuelt pårørende/(hjelpe)verge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Veileder IS-1201 supplerer og utdypet bestemmelser i kvalitetsforskriften på punkter som er relevante for denne forvaltningsrevisjonen.

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 kvalitetsforskriften § 3 «utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at tjenestemottakere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov». Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

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

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- 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
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Grunnleggende behov omfatter de forhold som fremstilles ovenfor, og ulike tjenestemottakere har ulike behov innenfor disse klassifiseringene. 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 henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, andre ledd, skal kommunen sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og tjenestemottakeres erfaringer og synspunkter.

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal også i henhold til ovennevnte 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. 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 kommer frem 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.»

2.6 Revisjonskriterier

2.6.1 Problemstilling 1

Når det gjelder det tjenesteområdet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon, er det altså slik at kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene er *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 variere 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 Nesseby 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 Nesseby 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 Nesseby kommune skal ha:

- *Et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes i pleie og omsorgssektoren*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i pleie og omsorg 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.

- *Vi utleder som revisjonskriterium om at Nesseby kommune skal planlegge sine tjenester i pleie og omsorgstjenestenes aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

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

- a) *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.*
- b) *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c) *ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veileder og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d) *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*
- e) *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f) *ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*
- g) *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.

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

- a) *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 pleie og omsorgstjenestene i Nesseby kommune skal gjennomføre sine aktiviteter i 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 pleie og omsorgstjenestene i Nesseby kommune skal evaluere virksomhetens aktiviteter i 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 *pleie og omsorgstjenestene i Nesseby kommune skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Revisjonskriteriene er gjengitt i tekstbokser i kapittel 5 nedenfor.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon⁶. Vi sendte oppstartsbrev til Nesseby kommune v/rådmann 15.06.2021. Nesseby kommune oppnevnte virksomhetsleder Lene Bergmo som kontaktperson for denne forvaltningsrevisjonen. Vi avholdt oppstartsmøte 20.08.2021 på Teams hvor virksomhetsleder deltok fra kommunen. I løpet av perioden har den oppnevnte kontaktperson gått over i ny stilling, og nåværende virksomhetsleder er konstituert.

Denne rapporten bygger på muntlig og skriftlig informasjon fra kommuneadministrasjonen samt spørreundersøkelse⁷ blant pårørende til tjenestemottakere i sykehjemmet i kommunen. I det følgende redegjør vi nærmere for metode og datamaterialet for de tre problemstillingene som denne rapporten besvarer.

3.2 Problemstilling 1 – dokumentert styringssystem

I lys av problemstilling 1 sin ordlyd, der det er «dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie – og omsorgstjenestene» som skal kartlegges og vurderes, er det sentrale spørsmålet i hvilken grad Nesseby kommune kan dokumentere et styringssystem for pleie- og omsorgstjenestene. Dermed er det i første rekke skriftlige rutinebeskrivelser som utgjør relevante data i denne sammenhengen.

Som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner opp mot besvarelse av problemstilling 1, har vi etterspurt og mottatt dokumentasjon fra kommunen, herunder skriftlige rutiner og dokumenter relatert til tjenestene yter til sine tjenestemottakere. Vi ble opplyst om at det ikke var all dokumentasjon som var lagret i kommunens felles mapper digitalt, og det kan tilsi at vi ikke er blitt forelagt all dokumentasjon som finnes.

3.3 Problemstilling 2 - ressursbrukanalyse

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 er følgende funksjoner det er relevant å se på angående kommunens ressursbruk innenfor pleie- og omsorgstjenester.

- **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 dagsenter for hjemmeboende,
- aktivitetssentre for personer med utviklingshemming m.m

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/>)

- 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 avlastning, omfatter funksjonen servicefunksjoner som:

- husøkonom
- kjøkken
- kantine/kiosk
- vaskeri
- aktivitør
- 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 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. Nesseby kommune tilhørte frem til og med 2019 KOSTRA-gruppe 6 (KG6); små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter. Det kom ny inndeling fra 2020. Nesseby kommune er nå i KOSTRA-gruppe 15 (KG15) 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 2018, 2019 og 2020 og 2021.

Vi sammenlikner Nesseby kommune med gjennomsnittet for KG6/KG15 og landet utenom Oslo. Drøftingen og fremstillingen av KOSTRA-tallene dreier seg om Nesseby kommunes og referansegruppens prioritering, dekningsgrader og produktivitet i hjemmetjenesten.

Prioriteringsindikatorer

Prioriteringsindikatorer 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 korrigert 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 korrigert 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.

Produktivitetsindikatorer

Produktivitetsindikatorer skal si noe om hva det koster å produsere en enhet av tjenesten, i dette tilfellet kostnad pr. tjenestemottaker eller oppholdsdøgn i institusjon. 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 funksjonskontoplan⁸, slik at rapporteringen skal bli lik i alle kommuner.

En risiko ved å benytte seg av innrapporterte KOSTRA-tall er at det kan være variasjoner i kvaliteten i kommunenes rapportering til KOSTRA. Slike variasjoner kan svekke sammenliknbarheten kommuner imellom, med hensyn til de indikatorverdiene de «fremstår med» i KOSTRA. Dette vil hefte ved dataenes pålitelighet, og kan dermed også svekke relevansen av å bruke KOSTRA-tall som grunnlag for å vurdere en kommunes ressursbruk på for eksempel pleie- og omsorgstjenestene opp mot andre kommunes ressursbruk på samme tjenesteområde. Det finnes, etter hva revisor kjenner til, få alternativer til KOSTRA hva angår sammenlikninger av ressursbruk kommuner imellom. Vi har derfor valgt å bruke KOSTRA som kilde for sammenlikningene som inngår i kapittel 6 i denne rapporten. Av de ovennevnte årsakene ser vi grunn til å knytte et visst forbehold til våre analyser av KOSTRA-tallene. Fra kommuneadministrasjonens side har det også blitt gitt opplysninger som indikerer at KOSTRA-tallene for Nesseby kommunes pleie- og omsorgstjenester kan inneholde feil. KOSTRA-tallene bør betraktes som indikasjoner, til forskjell fra «uomtviselige fakta», hva angår Nesseby kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenestene sammenliknet med sammenliknbare kommuner.

Vi skal få bemerke at det at SSB har justert på kommunesammensetningen i KOSTRA-gruppene i de årene vi ser på i denne rapporten, medfører at sammenligningsgrunnlaget endrer seg over tid. Også dette forholdet gir grunn til å ta visse forbehold i våre analyser av Nesseby kommunes ressursbruk sammenliknet med sammenliknbare kommuner, da sistnevnte størrelse ikke er den samme gjennom hele perioden som er gjenstand for analyse.

3.4 Problemstilling 3 – Opplevd kvalitet i sykehjemmet

Problemstilling 3 om opplevelse av kvalitet besvarer vi gjennom bruk av spørreundersøkelse. Vi har brukt verktøyet *SurveyXact* for å utarbeide og gjennomføre spørreundersøkelsen. Formålet med spørreundersøkelsen var – i tråd med ordlyden i problemstilling 3 – å få kartlagt opplevelser av kvalitet blant tjenestemottakere i sykehjem og deres pårørende. Beboere på sykehjem kan imidlertid, av helsemessige årsaker, mangle forutsetninger for å svare på en slik spørreundersøkelse. Dette bekrefter også vår kontaktperson i kommuneadministrasjonen. Ved undersøkelser av kvalitet i denne typen tjenester er det under slike forhold viktig at andre som kjenner til tjenestetilbudet får anledning til å uttale seg. Som følge av vurderingen fra kommunen om beboernes evne til å besvare undersøkelsen, valgte vi å henvende oss primært til pårørende med vår spørreundersøkelse. I spørreskjemaet ble pårørende eksplisitt oppfordret til å involvere tjenestemottaker i besvarelsen i den grad det var mulig. Pårørende ble i spørreskjemaet bedt om å krysse av for om besvarelsen var gjort alene eller sammen med beboer/tjenestemottaker.

Revisors spørreskjema ble utformet etter en velutprøvd mal som revisor har lagt til grunn i lignende forvaltningsrevisjoner i andre kommuner. Spørsmålene i spørreskjemaet tar utgangspunkt i sentrale krav som følger av lov og forskrift som regulerer kommunens pleie- og omsorgstjenester. Spørreundersøkelsen besto av 17 spørsmål.

Fra Nesseby kommune fikk vi oversendt en liste som inneholdt navn og adresse på pårørende til beboere i sykehjemmet. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til *ni* pårørende den 29.09.2022.

⁸ 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.

Vedlagt selve spørreskjemaet inngikk et informasjonsskriv og en ferdig frankert konvolutt for retur av utfylt spørreskjema.

I spørreundersøkelsen rettet mot de pårørende til beboere i sykehjem oppnådde vi en svarprosent på 66,67 %. Seks av ni utsendte undersøkelser ble besvart.

Det var ett spørsmål i undersøkelsen hvor vi spurte om undersøkelsen var besvart sammen med, eller uten medvirkning fra tjenestemottaker. Blant respondentene var det ingen som inkluderte tjenestemottakeren i besvarelsen. Spørreundersøkelsesresultatene må derfor betraktes som å reflektere opplevd kvalitet blant de pårørende som har besvart spørreskjemaet.

Presentasjon av resultatene kommer frem av kapittel 7 i denne rapporten.

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 antall respondenter pr. spørsmål.

Når det gjelder spørreundersøkelsesresultatenes gyldighet, legger revisor vekt på at et flertall av de spurte valgte å besvare spørreundersøkelsen. Undersøkelsesresultatene kan imidlertid ikke tillegges gyldighet ut over utvalget: De seks respondentenes svar kan ikke ses som representative for de tre pårørende som valgte å ikke svare på revisors spørreundersøkelse.

Resultater fra spørreundersøkelser er uttrykk for subjektive oppfatninger, og kan ikke betraktes som uomtvistelige fakta relatert til tjenestekvaliteten ved kommunens pleie- og omsorgstjenester. Likevel gir resultatene, betraktet som subjektive opplevelser, viktige indikasjoner med henblikk på tjenestekvaliteten. Dette gjelder særlig når slike resultater ses i sammenheng med andre typer data.

4 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

Pleie og omsorgstjenestene i Nesseby kommune består av sykehjem, hjemmetjenester, institusjonskjøkken, renholder i institusjonen samt hjelpemiddelkoordinator. Virksomheten er samlokalisert på Nyborg i helsesenteret hvor også hjemmetjenesten har sin base. Legekontoret, fysioterapeutklinikken og sykehjemmet er også lokalisert her. Sykehjemmet har korttidsplasser og langtidsplasser. Korttidsplasser er et tidsavgrenset og målrettet opphold i sykehjem hvor målgruppen er personer som har behov for rehabilitering, habilitering utredning med mer. Målgruppen for fast langtidsplass i sykehjemmet er de som ikke får dekket sitt daglige behov for pleie og omsorg i hjemmet eller i omsorgsbolig.

Pleie- og omsorgstjenestene ledes av virksomhetsleder. Det har de siste 5-6 årene vært stor utskifting av ledere i pleie og omsorgstjenesten i Nesseby kommune. Dette har ifølge kommuneadministrasjonen påvirket hvordan tjenestene har vært fulgt opp. Det er en avdelingsleder i hjemmetjenesten og en på sykehjemmet. Avdelingslederne arbeider om lag 30 % i turnus (helg) og 70 % administrativt. Utover helsepersonell og ledere er det ansatt en sekretær i deltidsstilling.

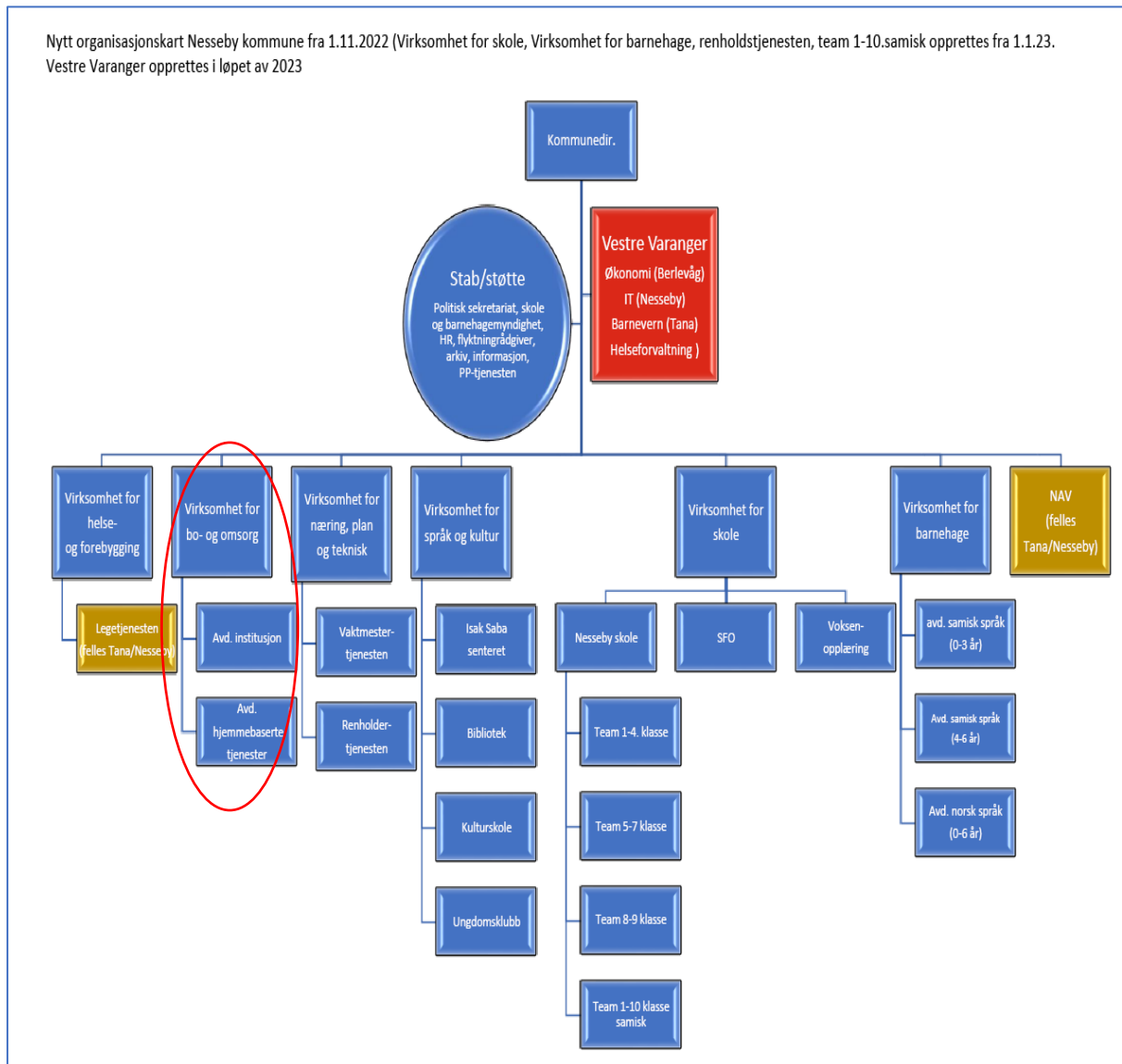
I sykehjemmet er det 16 rom, hvor ett er avholdt til rehabiliteringsplass og ett til avlastningsplass. Sykehjemmet har beboere i 13 faste langtidsplasser per januar 2023. Antallet beboere på korttidsplass varierer fra en til tre. Det er i tillegg en kommunal akutt døgnplass (KAD). Sykehjemmet har om lag 22,5 årsverk.

Hjemmetjenesten har 13 årsverk og yter tjenester til 44 tjenestemottakere per januar 2023.

Revisor får opplyst at det er en del utfordringer med vakante små-stillinger, og at kommunen i noe utstrekning benytter seg av overtidsarbeid og innleie av vikarer for å håndtere disse utfordringene. Arbeidet med å leie inn vikarer er noe avdelingslederne bruker en del tid på.

Fra 01. november 2022 gikk kommunen over til ny organisering som er slik figur 1 under illustrerer. I den forbindelse ble virksomhetsleder for avdelingen som heter bo- og omsorg konstituert og den faste stillingen skal lyses ut.

Nytt organisasjonskart Nesseby kommune fra 1.11.2022 (Virksomhet for skole, Virksomhet for barnehage, renholdstjenesten, team 1-10.samisk opprettes fra 1.1.23. Vestre Varanger opprettes i løpet av 2023)



Figur 1: Ny organisering av Nesseby kommune fra 01.11.22. Kilde: Nesseby kommune

Det kommer frem av organisasjonskartet at institusjons- og hjemmebaserte tjenester er organisert under «Virksomhet for bo og omsorg».

5 SYSTEM FOR KVALITET I PLEIE OG OMSORG

Har Unjårga/Nesseby kommune dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie – og omsorgstjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Revisjonskriterier

Nesseby kommune skal ha:

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

5.1 Innledning

Revisor har fått oversendt alt av skriftlig internkontrolldokumentasjon for Nesseby kommunes pleie og omsorgstjenester som vi har fått opplyst at de har. Fra kommunen har vi fått opplyst at mye av den formaliserte internkontrollen som kommunen har for dette tjenesteområdet, tar form av fysiske dokumenter som er plassert i permer. Noen rutiner er slått opp på vegg i lokalene, har virksomhetslederne opplyst oss om. Det gjelder blant annet rutiner for renhold for medisinerom. Det er ikke gjort noen vurderinger om hvilke rutiner som skal være skriftlige. Det antas fra virksomhetsleders side at det er hovedvekt av muntlige rutiner, om lag 80 % muntlige og 20 % skriftlige. I kommunens årsmelding for 2020 står det følgende om internkontroll: «*Det er også behov for å jobbe med internkontroll, planverk og strategier for å kunne møte behovene for helsetjenester med negativ befolkningsutvikling og rekrutteringsutfordringer.*» Det er ikke anført noe om internkontroll i årsmeldingen for 2021. Kommunen har tatt i bruk Compilo, og arbeidet med å få rutiner inn i systemet er helt i startgropen. Dette arbeidet skal prioriteres i 2023, opplyses det. Compilo har vært brukt i kommunen tidligere. Kommunens IT-avdeling arbeider også med å få på plass skybaserte løsninger for lagring av dokumenter.

5.2 Revisors funn

5.2.1 Planlegge

Mål, oppgaver og organisering

Revisor har undersøkt om det er fastsatt mål, oversikt over oppgaver og organisering. Vi har også undersøkt hvordan tjenesten i sykehjem og hjemmetjenesten innhenter informasjon og kunnskap, og om det er samlet oversikt over regelverk til bruk for de ansatte. Risiko, kompetanse/opplæring og avvik er andre områder som er undersøkt for å vurdere kommunens ivaretagelse av forskriftskrav om planlegging. Kommunens organisering av pleie- og omsorg er beskrevet på kommunens hjemmeside. Kommunen beskriver at pleie- og omsorgstjenester skal bestå av akutt plass for innbyggere som trenger innleggelse straks, korttidsopphold som er

tidsavgrenset og målrettet opphold ved sykehjemmet. Kommunen har tilbud som fast plass på sykehjemmet. Det er 14 plasser - hvorav fire er i skjermet avdeling. Hjelpemiddeltjenesten – det kommunale hjelpemiddellageret – inngår også i kommunens pleie- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen tilbyr også hjemmehjelp, som er praktisk bistand i hjemmet til personer som av ulike grunner har behov for dette, og hjemmesykepleie; pleie og tilsyn til mennesker som bor hjemme. Kommunen tilbyr videre matombringing, alle eller enkelte dager, ut ifra behov. Omsorgsbolig er også en del av kommunens tjenestetilbud. Omsorgsbolig er en fysisk tilrettelagt bolig slik at beboeren skal kunne ta imot pleie og omsorg hele døgnet. Rehabiliteringsplass/korttidsplass, sansehage, trygghetsalarm, dagopphold for eldre og avlastning for barn og voksne er også tilbud fra Nesseby kommunes pleie og omsorgstjenester.

Revisor har ikke mottatt dokumentasjon som beskriver hvordan tjenestene i pleie og omsorg i Nesseby kommune er organisert utover det som er beskrevet over. Det synes altså ikke å foreligge beskrivelser av oppgavefordeling, mål som er satt for tjenesten, eller hvordan ansvaret er fordelt - utover at det er en avdelingsleder i sykehjemmet og en i hjemmetjenesten. Revisor har fått *muntlige* beskrivelser av ansvarsfordelingen: Tjenestene ledes av en virksomhetsleder. Det er to avdelingsledere; en i institusjon og en i hjemmetjeneste. Disse er ansvarlig for utarbeidelse av turnusen. Det er ansvarlige sykepleiere/teamledere på hver vakt. Disse har det overordnede ansvaret for den aktuelle vakta og har dette ansvaret både i institusjon og i hjemmetjenesten. Dette bidrar til å sikre sykepleierkompetanse i begge tjenestene hele tiden. Knyttet til omsorgsboligene har de en fagleder. Denne stillingen er knyttet opp mot brukere med spesielle behov.

Ledergruppen består av virksomhetsleder og avdelingsledere. Det er faste samarbeidsmøter mellom ledere, vernetjenesten og de tillitsvalgte hver tredje uke.

Revisor har blitt forelagt en oversikt over ansatte og de ulike stillingene de har. Revisor har etterspurt stillingsbeskrivelser for de ulike stillingene i tjenestene, men vi har ikke blitt forelagt slike.

I årsmeldingen for Nesseby kommune fra 2021 står det blant annet følgende om pleie- og omsorgstjenestene:

«Pleie – og omsorg består av institusjonsomsorgen og hjemmebasert omsorg. I tillegg befinner institusjonskjøkkenet, fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten seg under PLO.» ... «Vi har hatt ledige sykepleierstillinger store deler av året og de har blitt stående ubesatt over lang tid. Det har vist seg vanskelig å rekruttere sykepleiere til kommunen. Det er ikke bare i Nesseby vi mangler sykepleiere, men dette er en varslet krise i hele landet og som nå også slår ut her hos oss. Ved utgangen av året hadde vi 5,5 sykepleierårsverk stående ubesatt noe som utgjorde om lag halvparten av de totale sykepleierstillingene vi har i Pleie- og omsorg. Virksomhetslederstillingen ble besatt og var i drift igjen fra 1. august.» ... «Sykefraværet ligger på om lag 12%, dette skyldes noe kronisk og naturlige årsaker i tillegg til korona. Sykefraværet jobbes det med kontinuerlig.»

Nesseby kommune har ikke til nå i inneværende planperiode utarbeidet en kommunedelplan for helse og omsorg. I kommunens planstrategi for perioden 2020-2023 står det følgende om helse- og omsorgssektoren:

«Fagutdanning innen pleie og omsorg er 66 % mot nasjonalt gjennomsnitt på 74,5 %. Rekrutteringsutfordringene er betydelige og forsterkes av ønsket om at deler av bemanningen må beherske samisk. Forbedret status innen utdanning kan styrke også de lavere trinnene i omsorgstrappa og bidra til en fortsatt dreining mot hjemmebasert omsorg. Kommunen er i

gang med denne viktige endringsprosessen. Kommunen har en god status med hensyn til skjermede plasser for demente på sykehjem. Dagtilbud til demente er fortsatt utestående.»

Konstituert virksomhetsleder har opplyst at det skal lages en folkehelseplan og en helse- og omsorgsplan i 2023, og at de er i gang med dette arbeidet.

I det daglige planlegges tjenesteleveransene i sykehjemmet ut ifra en *døgnrytmeplan*. Turnusen og bemanningsplan settes også opp på bakgrunn av døgnrytmeplanen. Planen beskriver daglige gjøremål på sykehjemmet fordelt på de tre forskjellige vaktene (dag-, aften- og nattevakt)- Planen er delt inn i tidsintervaller for de tre vaktene og inneholder ellers sjekklister, konkrete gjøremål og oppgaver som skal utføres. Enkelte deler av innholdet tar form av huskelister, mens andre deler er mer omfattende beskrivelser av hvordan oppgaver skal utføres. Døgnrytmeplanen er revidert 30.06.2021. Det finnes ikke et tilsvarende dokument for hjemmetjenesten, men dette skal utarbeides i 2023, ifølge avdelingsleder i hjemmetjenesten.

Revisor har blitt forelagt en opplæringsperm for nyansatte. Denne inneholder en del sjekklister for opplæringsaktiviteter som branninstruks, fagsystemet Profil⁹ og Kardex¹⁰. I permene inngår også skjema for taushetserklæring.

Avdelingsmøter gjennomføres, etter det opplyste, ved behov. Når det avholdes møter, gjennomgås ny informasjon som har kommet etter det foregående møtet. Konstituert virksomhetsleder har opplyst at det skal lages en møteplan for avdelingsmøter.

Informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver

Revisor er kjent med at turnusordningen skulle revideres på tidspunktet for oppstartsmøtet. Virksomhetsleder var helt ny i jobben da, og har siden gått over i annen stilling. Det ble innført årsturnus (årlig rullerende turnus) i mars 2022. På slutten av 2022 ble det gjennomført en evaluering sammen med fagforeningene, og det var enighet om at denne ordningen skulle videreføres.

Døgnrytmeplanen har vært i bruk i mange år, og det opplyses at alle ansatte er godt kjent med denne. Planen redigeres etter behov, og ligger til grunn for utarbeidelse av årsturnus.

Det foretas kartlegging av den enkelte tjenestemottaker før tjenester startes opp, opplyser tidligere og konstituert virksomhetsleder. Det er skriftlige rutiner på søknadsprosessen for tildeling av sykehjemsplass eller omsorgsbolig. Kartleggingen av tjenestemottaker før tjeneste starter er også rutinebeskrevet. Det er innført inntaksteam bestående av begge avdelingslederne, sekretær og virksomhetsleder. Inntaksteamet har faste møter hver 14. dag der innkomne søknader behandles og tildelinger foretas. Kartlegging av ny bruker skal være gjort før et slikt møte, og møtet brukes til tildeling av plasser, samt at vedtaket fattes i møtet til inntaksteamet. Saksbehandling gjøres i Visma profil, og vedtak utarbeides der. Tiltakene mottakeren har i henhold til vedtaket, registreres også i Visma profil.

Det har ikke vært utført lokale brukertilfredsundersøkelser.

Relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Planlegging av hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

⁹ Profil er et saksbehandlingssystem.

¹⁰ Kardex brukes for å skrive medisinlister.

På kommunens hjemmeside er det informasjon om relevant regelverk som tjenestene skal forholde seg til. Av den muntlige og skriftlige informasjonen vi har fått, er det ikke noe som indikerer at tjenesten har en *samlet* oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere til bruk i tjenestene. Det er ingen skriftlige rutinebeskrivelser for hvordan endringer i regelverk skal fanges opp og iverksettes i virksomhetens aktivitet.

Alle ansatte har egen konto på NHI-portalen (Norsk Helseinformatikk) som er et medisinsk oppslagsverk for leger og helsepersonell, opplyser konstituert virksomhetsleder.

Utover dette er applikasjonen for *Felleskatalogen*¹¹ lastet ned på vakt-telefonene. Denne er i daglig bruk, og ligger gratis tilgjengelig for nedlastning til telefon.

Bo og omsorg skal i løpet av 2023 ta i bruk Visma-veilederen. Det skal bidra til at alle oppgaver og planer gjøres kjent for alle og at alle medarbeidere får medvirke slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Her kan det også utvikles og iverksette prosedyrer og rutiner, hensynta erfaringer fra brukere og pårørende, sørge for at ansatte har kunnskap om og kompetanse i relevant regelverk samt rette opp og forebygge overtredelser.

Revisor har fått oversendt noe dokumentasjon i form av sjekklister og enkeltstående rutiner. De de ansatte har (naturligvis) tilgang til internett for å gjøre søk angående dette.

Det foreligger ikke oppdaterte stillingsbeskrivelser for de forskjellige delene av ansattegruppen. Det opplyses at det er planlagt oppdatering av stillingsbeskrivelser i 2023.

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

Innhentet informasjon tilsier at det ikke er etablert et system for å gjøre systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester eller resultater. Vi er ikke forelagt dokumentasjon som viser at systematiske gjennomganger faktisk er gjort ved tjenestene.

Det ble gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) i forbindelse med Covid i 2020. Revisor har etterspurt - men er ikke blitt forelagt - noen øvrige risikoanalyser eller redegjørelser for hva som gjøres for å minimere risiko.

Virksomhetsleder viser til at kartlegging ved hjemmebesøk (i forbindelse med hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester) er en slags ROS-analyse i det konkrete hjemmet. Resultatene av kartleggingen legges i *Profil* som informasjon om tjenestemottakeren.

Det er ikke gjort noen overordnet risikoanalyse for sykehjemmet – men det gjøres vurderinger av den enkelte pasient. Det utveksles beskjeder mellom ansatte om risikoforhold i det daglige, gjennom rapporter mellom skiftene.

¹¹ Felleskatalogen er et oppslagsverk over farmasøytiske spesialpreparater som er markedsført i Norge.

Oversikt over de ansattes kompetanse

Revisor har fått oversendt en Excel-fil fra kommunen som inneholder oversikt over de ansatte, deres stillingsstørrelse samt deres fagbakgrunn – med utdanningstittel. Det foreligger, slik revisor oppfatter det, ikke noen kompetanseplan eller skriftlige vurderinger av hva slags kompetanse som pleie og omsorg i Nesseby kommune har behov for i årene som kommer.

Revisor har fått en oversikt over gjennomførte kurs i legemiddelhåndtering. Oversikten er ajourført til og med juni 2022 og viser hvorvidt den enkelte medarbeider har gjennomført grunnkurs i legemiddelhåndtering, oppfriskningskurs og annen legemiddelkompetanse. Dato for siste gjennomførte kurs er påført.

Det eksisterer fysiske sjekklister på om ansatte har gjennomført opplæringer, da gjerne i de tilfeller hvor det er fysisk opplæring. Sjekklister er oversikt over hva som skal gjennomgås, og den ansatte skal krysse av etter hvert som temaene gjennomgås. Sjekklister oppbevares i en perm. Kommunens ansatte har tilgang til en elektronisk kursportal gjennom Norsk Helseinformatikk (NHI¹²). For den elektroniske kursportalen kan man ta ut en logg på gjennomførte opplæringer. Vi har blitt forelagt logg for gjennomførte opplæringer blant ansatte i hjemmetjenesten for perioden 2016-2022, og for ansatte i institusjonstjenester for perioden 2020-2022. Det er ifølge virksomhetsleder uklart hvorfor det ikke lar seg gjøre å ut logg for institusjon fra perioden før 2020.

Oversikt over avvik og andre uønskede hendelser

Revisor har fått informasjon fra virksomhetsleder for pleie og omsorg om at kommunen ikke har et digitalt avvikssystem helt implementert ennå.

Avvik meldes «på papir». Revisor har etterspurt oversikt over avvik for de siste tre år, fordelt på antall avvik, tema for avviket, og status på om det er åpent eller lukket. Revisor har fått tilsendt totalt 17 avvik fra årene 2019 (1), 2021 (8) og 2022 (6) samt to som ikke er merket med årstall - men som etter det opplyste gjelder ett av de tre årene. Nåværende virksomhetsleder opplyser at hun ikke har fått disse tilgjengeliggjort fra forrige virksomhetsleder. Avvikene er ikke markert med alvorlighetsgrad eller hva som har vært konsekvensen av avviket. Avvikene er primært knyttet til områdene¹³ legemidler (6), mat (5), pleie (4), sikkerhet (1) og annet (1). Når det gjelder avvik relatert til legemidler, er det anført i avvikene at pasienter ikke har fått medisiner, har fått feil medisiner eller at dosetter ikke har vært fylt på. Angående mat er det flere avvik knyttet opp mot at det ikke har vært bemanning på kjøkkenet, at pasienter ikke har fått mat og at mat-kort ikke blir fulgt. Ett avvik på sikkerhet gjaldt en dør som ikke var låst. Ett annet avvik kategorisert som «annet», var knyttet til forhold hvor en pasient skulle hjem til egen bolig, men at det ikke var egnede forhold til å bo der.

Avvik som meldes har blitt liggende hos avdelingsledere i papirvarianter, da Compilo ikke er tatt i bruk som digitalt avvikssystem. Avdelingslederne har, etter det opplyste, behandlet dem, men ikke sendt dem videre for oppbevaring og statistikk hos virksomhetsleder. Avdelingslederen som behandler avvikene, lukker disse med å snakke med innmelder. Pasientrelatert avvik registreres i Profil. Disse avvikene blir håndtert ved at det settes inn tiltak og lukkes der dette beskrives, dette loggføres i Profil. Alle andre avvik er i papirversjon. Disse avvikene mottas av avdelingsleder, tiltak blir beskrevet og videresendt virksomhetsleder. Det er ukjent hvor tidligere virksomhetsleder har arkivert disse, har konstituert virksomhetsleder informert revisor om. Nåværende rutiner er at konstituert virksomhetsleder påser at tiltak blir iverksatt, avviket lukkes og dokumentasjon arkiveres i Elements som er deres saksarkiv.

¹² Norsk Helseinformatikk <https://kurs.nhi.no/>

¹³ Kategorisert av revisor på bakgrunn av innholdet da dette ikke var anført på dokumentene.

Klager fra pårørende eller tjenestemottakere registreres inn i Visma profil og saksbehandles der i henhold til forvaltningsloven, opplyser virksomhetsleder. Klager og tilbakemeldinger fra pårørende og tjenestemottakere kommer i forskjellige kanaler. Noen legger det frem muntlig i døra til virksomhetsleder, noen sender e-post og andre sender rett til Statsforvalteren. Skriftlighet etterspørres dersom klagen fremsettes muntlig, opplyser konstituert virksomhetsleder.

5.2.2 Gjennomføre

Gjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer kjent hos de ansatte og gjennomføres

Som vist ovenfor, registrerer revisor at tjenestetilbudet er beskrevet på kommunens hjemmesider på internett. Vi har ikke blitt forelagt prosedyrebeskrivelser som viser hvordan nye eller oppdaterte fagprosedyrer og retningslinjer gjøres kjent og innføres utover at vi har fått det muntlig opplyst at det gjennomgås i avdelingsmøter. Vi har som nevnt fått oversikt over ansatte og deres formalkompetanse, men ingen skriftlig informasjon om hvordan oppgavene er fordelt og gjennomføres utover det som døgnyrtimeplanen viser, og de få rutineene vi er forelagt om medisin og renhold.

I opplæringsperm for nyansatte er det et organisasjonskart. Dette er ikke datert. Organisasjonskartet på kommunens nettside er fra 2007. Vi har mottatt nytt og oppdatert organisasjonskart som gjelder fra 01.11.22.

Nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere

Revisor har etterspurt – men ikke blitt forelagt - noen kartlegging av fremtidig kompetansebehov for virksomheten. Vi har fått opplyst at det skal utarbeides en helse- og omsorgsplan hvor fremtidsutsikter og utfordringer blir redegjort for. Revisor er ikke blitt forelagt noen plan som omfatter hvilken kompetanse som er nødvendig for å løse de oppgaver som tjenestene har med dagens organisering.

Revisor er forelagt opplæringsperm for nyansatte. Dette er en samling av dokumenter som blant annet inneholder sjekklister¹⁴ (1) for nyansatte. Opplæringspermen er ikke datert med når den er utarbeidet eller anført noen dato for revidering. Vi har ikke mottatt denne i utfylt versjon, så revisor vet ikke om den brukes. Videre inneholder permen et opplæringsskjema som også fremstår som en sjekklister (2) for nyansatte. Denne er heller ikke datert. I permen finner revisor også en taushetserklæring, datert 2001, med henvisning til den nå opphevede kommunehelsetjenesteloven.

Permen inneholder også informasjon som de nyansatte trenger om lønn, fravær ved sykdom, ferie og viktige telefonnummer. Videre følger utdrag fra personalhåndboken uten at dette er anført når det er utarbeidet. Innholdsfortegnelse av et dokument som heter «opplæringsskjema for sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere» er også i permen, men revisor har ikke mottatt noen av de rutineene som er nevnt i innholdsfortegnelsen. Dokumentene er ikke datert.

Rutine for uønsket hendelse fra april 2002 redegjør for hvordan uønskede hendelser skal rapporteres og følges opp. I forlengelsen av dette er det en *rutine for registrering av psykososial trakassering relatert til arbeidssituasjonen*, dette er heller ikke datert. I opplæringspermen inngår videre en «sjekklister for leder i forbindelse med nytilsetting», samt en «sjekklister (3) ved opplæring av nytilsatte og vikarer».

¹⁴ I denne permen er det flere sjekklister, vi har nummerert de (1), (2) og (3).

Konstituert virksomhetsleder opplyser at hun har dialog med en selger av Visma veilederen¹⁵ for å benytte det som en opplæringsportal for sine ansatte. Systemet inneholder også oversikt over det til enhver tid gjeldende regelverket og e-læringsmoduler som er relevante for sektoren. Dette skal kommunen søke mer informasjon om, og vurdere om en eventuell anskaffelse er nødvendig. Barnevern og oppvekst i Nesseby kommune benytter denne løsningen, og konstituert virksomhetsleder opplyser at hun skal undersøke med disse om hvordan de erfarer bruk med dette, før de vurderer det ytterligere.

To pleiemedhjelpere tar pr. tid etterutdanning for å bli helsefagarbeider. En ansatt er under sykepleierutdanning. Flere av personer som er vikarer og ekstrahjelp i tjenestene, er under utdanning i relevante fagretninger. Det er tilfredsstillende dekning av faglig personell, opplyser virksomhetsleder.

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

Revisor har blitt forelagt *noen* faglige rutinebeskrivelser for pleie- og omsorgstjenestene:

- Døgnrytmeplan - dette er et dokument som en sekvens av gjøremål i løpet av et døgn i begge tjenestene. (Dokumentet beskriver i større grad *hva* som skal gjøres, enn *hvordan* det skal gjøres.)
- Rutine for legemiddelhåndtering (fra 2021)
- Rutine for rapportering og oppfølging av uønskede hendelser
- Skjema for melding av avvik (udatert)
- Skjema for tilbakemelding på innrapportert avvik (udatert)
- Rutine for smitteavfall
- Prosedyre ved stikkskader og andre blodeksponeringer

Revisor har ikke fått tilsendt konkrete faglige rutiner som står oppført i innholdsfortegnelser vi har mottatt. Kommunen er altså ikke, med hensyn til de aktuelle tjenestene, knyttet til tjenester som sikrer at de faglige rutineene som brukes er til enhver tid oppdatert.

Medvirkning fra virksomhetens medarbeidere

Det inngår ikke i kommunens dokumenter beskrivelser av systemer for å sikre medvirkning fra virksomhetens medarbeidere. Det foreligger ingen skriftliggjøring av hvilken struktur tjenesten skal ha for å sikre medvirkning fra ansatte. Vi har etterspurt, men har ikke blitt forelagt personalreglement eller personalhåndbok.

Fra virksomhetsleder får vi opplyst at de ansatte har personalmøter som arena hvor de kan komme med tilbakemelding til ledelsen. De gir også tilbakemelding via tillitsvalgte. Det er møte mellom ledelsen og de tillitsvalgte hver tredje uke.

Bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Det er ikke gjennomført noen brukerundersøkelser de siste årene i pleie og omsorgstjenestene i Nesseby kommune. Det er ikke opprettet brukerutvalg for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Kommunen har et eldreråd som er aktivt, men vi har ikke mottatt noe ytterligere informasjon om deres arbeid.

Tilbakemeldinger fra pårørende kommer altså etter det opplyste i forskjellige kanaler. Noen legger det frem muntlig overfor virksomhetsleder, og andre sender e-post. Tilbakemeldinger brukes i kvalitetsarbeidet i tjenestene. Virksomhetsleder viser til at tilbakemeldinger fra

¹⁵ <https://www.visma.no/veilederen/helse-omsorg/>

pårørende har ført til nye kartlegginger hos hjemmetjenestemottakere. Om det gjøres ny kartlegging hos en tjenestemottaker, utføres denne av to ansatte, og nytt vedtak fattes da som følge av endret behov hos tjenestemottakeren. Det er utarbeidet et skjema som de ansatte kan benytte seg av for å melde inn endring i tjenestebehov. Skjemaet fylles ut med beskrivelse og meldes inn for å få vurdert tjenestebehovet.

Revisor har ikke blitt forelagt plan eller rutiner for å inkludere brukere eller pårørende i forbedringsarbeidet på en systematisk måte.

5.2.3 Evaluere

Kontroll av at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

Virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål er ikke redegjort for utover det som er tilgjengelig på kommunens nettsider og i døgnrytmeplanen. Døgnrytmeplanen beskriver daglige og ukentlige oppgaver som skal utføres i de forskjellige vaktene gjennom døgnet. Revisor har ikke blitt forelagt dokumentasjon eller på annen måte gjort kjent med at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer eller mål er gjenstand for systematisk evaluering fra kommunens side. Revisor er ikke forelagt noen plan for gjennomgang av eksisterende rutiner eller annen oversikt som indikerer at styringssystemet er gjenstand for systematisk gjennomgang.

Revisor har ikke blitt forelagt noen oversikt over klager som er mottatt i tjenestene. Kommunen dokumenterer at det foreligger et system for at ansatte kan melde avvik innen pleie- og omsorgssystemene. Det er riktignok uklart for revisor om de oversiktene vi har mottatt, omfatter alle innmeldte avvik i den aktuelle tidsperioden. Revisor har ikke fått oversendt møtereferater fra avdelingsmøter, personalmøter eller andre fora hvor de ansatte møter for å få informasjon eller medvirke.

Vurdering av om gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer er egnet til å etterleve krav i lovgivningen, og om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen

Revisor har ikke blitt forelagt noen skriftlige rutiner som beskriver evaluering av tjenesteutøvelsen eller planer for denne opp mot krav i helse og omsorgslovgivning.

Konstituert virksomhetsleder og forrige virksomhetsleder opplyser at rutiner som utarbeides eller oppdateres, ikke systematisk tas vare på digitalt for å kunne korrigere og oppdatere de enkelt ved behov i etterkant. Det opplyses at i den grad dokumentene lagres, lagres de på avdelingsleders fil-område eller på usb-stick. Dokumentene arkiveres ikke på et felles filområde i kommunens datasystem. IT-avdelingen i Nesseby kommune arbeider med å få på plass skybaserte løsninger. Ifølge virksomhetsleder venter pleie- og omsorgstjenestene på tilbakemelding fra IT-avdelingen med hensyn til når systemet er klart for bruk.

Vurdering av virksomheten på bakgrunn av tjenestemottaker og pårørendes erfaringer

Vi har fått muntlig redegjørelse for hvordan kommunen får tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende. Tilbakemeldinger fra pårørende kommer på pårørendes eget initiativ.

Tjenestene som ytes *til den enkelte tjenestemottaker* i hjemmetjenestene og i omsorgsboligene, vurderes årlig av tjenesten er revisor opplyst om av konstituert virksomhetsleder.

Det føres ikke kontroll på om det gis mer tjenester i hjemmetjenestene enn det tjenestemottakeren har vedtak på, opplyser virksomhetsleder.

I institusjon er det legevisitt ukentlig og en større undersøkelse årlig. I den årlige undersøkelsen vurderes tjenestene for den enkelte beboer.

Gjennomgang av avvik og uønskede hendelser

Vi har mottatt det av avvik som virksomhetslederen hadde tilgjengelig på papir, totalt 17 avvik – det eldste fra 2019. Dette kommer i tillegg til de avvikene vi har fått fra fagsystemet. Ved at noen avvik eksisterer i papirform og andre digitalt, er det usikkert å si om vi har fått den totale oversikten over alle avvik. Konstituert virksomhetsleder opplyser at det ikke finnes noen samlet oversikt over avvik. Pasientrelaterte avvik skal håndteres og arkiveres i Profil og av taushetsplikt-hensyn ikke håndteres av konstituert virksomhetsleder, men av avdelingsleder. Når Compilo tas i bruk vil tjenestene kunne ta ut en samlet oversikt over alle innmeldte avvik, sier konstituert virksomhetsleder.

Informasjon om avvikene som er oversendt fra kommunen og som gjelder hjemmetjenesten, er gjengitt i figurene under. Diagrammet øverst er en illustrasjon av oversikten under. Avvikene fra sykehjemmet er ikke grafisk fremstilt, men gjengis nedenfor i form av rapporten vi mottok fra kommunen.



Figur 2: Grafisk fremstilling av avvik for hjemmetjenesten 2020 – 2022. Kilde Nesseby kommune.

PROFIL		Avviksstatistikk pasientjournal				Side : 1 av 1
Periode: 01.01.2020 03.01.2023						Kl.: 14:59:56
Distrikt: Hjemmebasert omsorg		Sone: Alle		Deisone: Alle		Dato: 03.01.2023
Type Avvik	Årsak avvik	Liten	Middels	Stor	Sum	
Bomtur..		0	1	1	2	
	Ikke hjemme..	0	1	0	1	
	Manglende rutine	0	0	1	1	
Tjenester ikke gitt		2	0	2	4	
	Glemt å gi medisin	0	0	1	1	
	Manglende rutine	0	0	1	1	
	Annet	2	0	0	2	
Prosedyre ikke fulgt		0	3	0	3	
	Glemt å gi medisin	0	1	0	1	
	Annet	0	2	0	2	
Fall uten skade		1	4	0	5	
	Sklidd fra..	0	1	0	1	
	Annet	0	2	0	2	
	Snublet i noe..	1	1	0	2	
Bruker glir/dd ned		1	0	0	1	
	Sklidd fra..	1	0	0	1	
Beboer gått ut..		0	1	1	2	
	Annet	0	1	1	2	
Annet		3	5	2	10	
	Ikke dosert med	0	1	0	1	
	Manglende rutine	1	0	1	2	
	Annet	2	4	1	7	
Beboer fått feil med		1	0	0	1	
	Feil bruker	1	0	0	1	
Ikke fått med		3	10	3	16	
	Glemt å gi medisin	2	5	2	9	
	Ikke dosert med	0	1	0	1	
	Manglet rutine/beskr	0	0	1	1	
	Manglende rutine	0	1	0	1	
	Annet	1	3	0	4	
Dosert medisin feil		0	3	4	7	
	Ikke dosert med	0	0	2	2	
	Manglet rutine/beskr	0	1	0	1	
	Manglende rutine	0	0	1	1	
	Annet	0	2	1	3	
Beb ligger på gulvet		2	2	2	6	
	Sklidd fra..	0	1	1	2	
	Annet	1	0	1	2	
	Snublet i noe..	0	1	0	1	
	Ikke brukt alarmsyst	1	0	0	1	
Totalt antall avvik :		13	29	15	57	

Figur 3: Avvik i hjemmetjenesten i årene 2020 - 2022. Kilde Nesseby kommune

Som vi ser av figur 2 og figur 3, er omfanget av avvik meldt i hjemmetjenesten i de tre årene utdraget gjelder for, totalt 57. Avvikene er fordelt i tre alvorlighetsgrader, liten (13 avvik),

middels (29 avvik) og stor (15 avvik). Det er kategoriene «Ikke fått med» og «Annet» som er det største gruppene med avvik. Revisor har fått forklaring på noen kategorier fra kommunen. «Tjenester ikke gitt» betyr at hjemmetjenesten ikke har vært hos bruker. «Ikke fått medisin» - hjemmetjenesten har vært hos bruker, men ikke gitt medisin.

PROFIL		Side : 1 av 2			
Avviksstatistikk pasientjournal		Kl.: 13:10:32			
Periode: 01.01.2020 31.12.2022		Dato: 04.01.2023			
Institusjon: Nesseby sykehjem		Avdeling: Alle			
Type Avvik	Årsak avvik	Liten	Middels	Stor	Sum
Pleieplan ikke fulgt		1	0	0	1
	Motsetter seg hjelp	1	0	0	1
Bomtur..		0	0	1	1
	Manglende rutine	0	0	1	1
Tjenester ikke gitt		4	3	2	9
	Glemt å gi medisin	0	0	1	1
	Motsetter seg hjelp	0	1	0	1
	Manglende rutine	0	0	1	1
	Annet	4	2	0	6
Prosedyre ikke fulgt		0	5	1	6
	Glemt å gi medisin	0	1	0	1
	Manglende rutine	0	1	1	2
	Annet	0	3	0	3
Fall uten skade		9	5	1	15
	Sklidd fra..	3	0	0	3
	Ikke brukt hjelpemid	2	0	0	2
	Rullet ut av senga	0	1	0	1
	Annet	3	3	1	7
	Snublet i noe..	1	1	0	2
Braker glir/dd ned		0	8	0	8
	Sklidd fra..	0	3	0	3
	Rullet ut av senga	0	1	0	1
	Annet	0	4	0	4
Beboer gått ut..		1	6	8	15
	Motsetter seg hjelp	0	0	1	1
	Annet	1	6	7	14
Annet		3	8	8	19
	Motsetter seg hjelp	1	2	2	5
	Manglet rutine/beskr	0	1	0	1
	Manglende rutine	1	0	0	1
	Annet	1	5	6	12
Beboer på andres rom		0	1	0	1
	Annet	0	1	0	1
Beboer fått feil med		0	0	2	2
	Annet	0	0	2	2
Ikke fått med		2	7	4	13
	Glemt å gi medisin	2	7	0	9
	Annet	0	0	4	4
Dosert medisin feil		2	0	0	2
	Annet	2	0	0	2
Fall med skade		0	3	2	5
	Rullet ut av senga	0	2	0	2
	Snublet i noe..	0	1	2	3

Figur 4: Avvik i sykehjemmet i årene 2020 - 2022. Kilde Nesseby kommune

PROFIL		Avviksstatistikk pasientjournal				Side : 2 av 2
Periode: 01.01.2020 31.12.2022						Kl.: 13:10:32
Institusjon: Nesseby sykehjem		Avdelling: Alle				Dato: 04.01.2023
Type Avvik	Årsak avvik	Liten	Middels	Stor	Sum	
Beb ligger på guivet		1	25	10	36	
	Sklidd fra..	0	4	0	4	
	Ikke brukt hjelpemid	0	1	1	2	
	Rullet ut av senga	0	6	2	8	
	Manglende rutine	0	1	0	1	
	Annet	0	8	7	15	
	Snublet i noe..	0	1	0	1	
	Bortreist-ikke beskj	0	2	0	2	
	Ikke brukt alarmsyst	1	2	0	3	
Beboer klatrer..		2	0	1	3	
	Annet	2	0	1	3	
Totalt antall avvik:		25	71	40	136	

Figur 5: Avvik i hjemmetjenesten i årene 2020 - 2022 - side 2. Kilde Nesseby kommune

Avvikene for sykehjemmet i den samme treårsperioden er fremstilt i figur 4 og figur 5. Også her er det samlet for hele treårsperioden, og vi kan ikke analysere utviklingen i perioden eller om det er noen år som skiller seg ut med tanke på antall eller alvorlighet. Også her er avvikenes alvorlighet skalert fra liten – middels – stor. De kategoriene med flest avvik er «Beb ligger på gulvet» (36 avvik), «Annet» (19 avvik), «Beboer gått ut» (15 avvik) og «Fall uten skade» (15 avvik). I sykehjemmet er også kategoriene «Tjenester ikke gitt» og «ikke fått medisin» benyttet, men konstituert virksomhetsleder har opplyst at det er uklart hvorfor disse kategoriene brukes i sykehjemmet da pleierne er inne hos tjenestemottakerne og gir tjenester regelmessig.

Virksomhetsleder opplyser at gjennomgang av avvik er gjort i avdelingsmøter. Revisor er ikke forelagt referat fra avdelingsmøter som understøtter dette. Revisor har gjennom samtale med virksomhetslederne fått bekreftet at avvik gjennomgås i personalmøter med alle de ansatte, men det er ikke er fast tema på disse møtene.

«Avvikskulturen» er bra, ifølge både tidligere og nåværende konstituert virksomhetsleder. De ansatte sier ifra når de har tilbakemeldinger. Det er ikke god nok systematikk i å få avvikene inn i en bestemt form og «kanal». Dette forventes å bedre seg når det kommer på plass system for avvikshåndtering.

Årlig gjennomgang av styringssystemet

Revisor har etterspurt, men ikke blitt forelagt noen, plan for gjennomgang av styringssystemet. Vi har heller ikke blitt forelagt noen skriftlig informasjon om når gjennomgang av rutinene skal gjennomføres. De færreste av rutinebeskrivelsene for konkrete arbeidsoppgaver som revisor har blitt forelagt, er datert.

Avdelingssykepleier har fått det løpende ansvar for å vedlikeholde rutiner som står i permene, ifølge konstituert virksomhetsleder. Rutiner som utarbeides lagres ikke på noe felles sted i IT systemene, og det er ikke alltid det lagres på samme sted. Det er uklart når rutinene siste ble gjennomgått. Ifølge tidligere virksomhetsleder, følger avdelingssykepleierne med på faglige rutiner og gjør justeringer.

5.2.4 Korrigere

Rutiner for å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold samt korrigerende tiltak for å bidra til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves

Revisor har ikke blitt forelagt skriftlige rutinebeskrivelser med henblikk på å rette opp uforsvarlige eller lovstridige forhold. Kommunen har ikke oversendt rutiner som redegjør for hvordan korrigerende tiltak for å bidra at helse- og omsorgstjenestelovgivningen skal etterleves.

Konstituert virksomhetsleder opplyser at alvorlige hendelser som medfører brutt på lov eller forskrift, skal meldes skriftlig. Da vil en undersøkelsesprosess bli iverksatt, og denne vil kunne gi endringer med hensyn til hvordan tjenestene utøves. Revisor har fått oversikt over et større antall avviksmeldinger for de foregående årene.

Forbedring av nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner

Revisor har ikke blitt forelagt noen plan for revidering av rutiner eller indikasjon på konkrete rutiner som er blitt justert som følge av tilbakemelding.

5.3.1 Revisors vurderinger

Et internkontrollsystem 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. Omfanget av og innholdet i styringssystemet, og i hvor stor grad det skal dokumenteres, er forholdsmessig og opptil ansvarlig ledelses skjønn. Det innebærer at revisor ikke kan oppstille absolutte krav til omfanget av styringssystem for sykehjemmet og hjemmetjenesten, og heller ikke absolutte krav til i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Likevel gir bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring klare føringer for *hvilke hensyn et styringssystem skal ivareta*.

Revisor oppfatter at Nesseby kommune ved pleie- og omsorgstjenestene har fremlagt det som foreligger av skriftlige rutiner og beskrivelser med henblikk på sykehjemmet og hjemmetjenestene. De skriftlige rutinebeskrivelsene omfatter noen, men på langt nær alle, av de aktivitetene og oppgavene som tjenestene skal utføre. Flere av rutinebeskrivelsene er relativt gamle og har ikke blitt revidert på lang tid. Kommunen synes ikke å ha en systematisk tilnærming til revidering av skriftlige rutinebeskrivelser. Etter det opplyste er rutinebeskrivelsene spredt i fysiske permer. En stor del av de rutinene som tjenestene arbeider ut ifra i det daglige, er muntlige og ikke nedskrevet, opplyses det. Det opplyses fra ledelsen av tjenestene at skriftlige rutinebeskrivelser utgjør en *liten* del av kommunens internkontroll for tjenesteområdet, anslagsvis 20 %.

Flere av bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring fordrer at det foreligger oversikt over flere forhold, herunder blant annet mål, oppgaver, organisering, kunnskap for planlegging av tjenestetilbudet, relevant regelverk mv., risikoområder, medarbeideres kompetanse og opplæringsbehov samt avvik i tjenesteproduksjonen. Revisor kan vanskelig se at det er mulig å ha oversikt over slike forhold uten skriftliggjort informasjon. De ovenstående funn indikerer at det foreligger noe skriftliggjort informasjon med hensyn til organisering av tjenestetilbudet, ansattes stillingsstørrelse og formalkompetanse, gjennomføring av kurs blant de ansatte, mal for opplæring av nyansatte, kartlegging av tjenestemottakeres behov samt forekomst og innhold i avvik i tjenestene (dog ikke i en fullstendig form). Samtidig oppfatter revisor at det ikke foreligger verken stillingsbeskrivelser, samlet oversikt over regelverket som regulerer tjenestene, kompetanseplan med hensyn til de ansatte, eller et samlet system for avviksrapportering. Revisor ser også grunn til å legge særlig vekt på at det ikke synes å være gjennomført noen risikoanalyse med henblikk på kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Det

å erkjenne virksomhetens risikoforhold er en grunnleggende forutsetning for velfundert internkontroll. Det foreligger så vidt revisor kan se ingen skriftlige rutinebeskrivelser med henblikk på systematisk gjennomgang og evaluering av tjenestenes styringssystem. Revisor kan vanskelig se at systematisk gjennomgang og evaluering av styringssystemet lar seg gjøre uten skriftliggjøring av informasjon og vurderinger.

Revisors vurdering er at Nesseby kommune *i noen grad* oppfyller revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for pleie- og omsorgstjenestene.

Det har i vår dialog med kommuneadministrasjonen ikke kommet frem informasjon som indikerer at kommuneadministrasjonen har vurdert hvor omfattende styringssystemet for pleie- og omsorgstjenestene bør være, og heller ikke i hvilken grad dette skal dokumenteres. Revisor anser at kommuneadministrasjonen *ikke oppfyller* revisjonskriteriet om å gjøre slike vurderinger.

Problemstillingen revisor her tar utgangspunkt i, er altså hvorvidt kommunen har dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i henhold til gjeldende regelverk. Vurderingene nedenfor er dermed basert på det omfanget av formalisert internkontroll kommuneadministrasjonen har dokumentert.

Revisor registrerer at det foreligger noe informasjon, primært på kommunens internettsider og i ovennevnte døgnrytmeplan (for sykehjemmet), om hvordan tjenestetilbudet er organisert. Det er opplyst at det planlegges å utarbeide en helse- og omsorgsplan i 2023. Kommunen har skriftlige rutiner for kartlegging av tjenestebehov hos enkeltbrukere av tjenestene. Det foreligger en oversikt over ansattes formelle kompetanse, og kommunen har i noe utstrekning oversikt over avvik i tjenesteproduksjonen. Revisor anser likevel at kommunens planlegging av tjenestene kjennetegnes av mangler, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 6. Det foreligger, slik revisor oppfatter det, ikke stillingsbeskrivelser eller andre dokumenter som klargjør fordelingen av ansvar og myndighet med henblikk på tjenesteproduksjonen. Det foreligger ingen samlet oversikt over regelverket som regulerer tjenestene. Det er ikke gjennomført risikoanalyse, og det foreligger ingen kompetanseplan. Revisor anser at Nesseby kommune *i noen grad oppfyller* revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i pleie og omsorgstjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Mangelen på samlet oversikt over gjeldende regelverk, oversikt over ansvar og myndighet i tjenesteutøvelsen, og risikoanalyser, har også betydning for revisors vurdering av pleie- og omsorgstjenestenes styringssystem opp mot § 7 i forskriften. Revisor registrerer at det ikke er gjennomført brukerundersøkelser (de siste årene), og det er ikke opprettet brukerutvalg. Det foreligger imidlertid rutinebeskrivelser for enkeltdeler av tjenesteproduksjonen,

Revisor anser at Nesseby kommune *i noen grad oppfyller* revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Ettersom det foreligger et system – som riktignok ikke fremstår helhetlig – for rapportering av avvik, anser revisor at kommunen ved sin praksis opparbeider seg et grunnlag for evaluering av tjenesteproduksjonen. De foreliggende funn gir imidlertid få indikasjoner på at dette grunnlaget utnyttes på en systematisk måte til evaluering av virksomheten. Mangelen på brukerundersøkelser og brukerutvalg svekker også utgangspunktet for slik evaluering. Revisor finner ingen indikasjoner i den forelagte dokumentasjonen fra kommunens side på at det gjennomføres systematiske gjennomganger av styringssystemet.

Revisors vurdering er at Nesseby kommune *i liten grad* oppfylder revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Revisors funn indikerer at det ikke foreligger formaliserte rutiner for gjennomgang av avvik og korrigerende tiltak i lys av slike gjennomganger. Kommunens praksis på dette området fremstår lite samordnet. Funnene indikerer mangel på systematikk og effektivitet med henblikk på videreutvikling av skriftlige prosedyrebeskrivelser.

Revisors vurdering er at Nesseby kommune *ikke oppfylder* revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

På bakgrunn av de ovenstående vurderinger er revisors konklusjon at Nesseby kommune i noen grad har dokumenterte rutiner og systemer som skal bidra til å sikre at kvaliteten i pleie – og omsorgstjenestene er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer. Revisor anser, som vist ovenfor, at kommunens styringssystem/internkontroll for pleie- og omsorgstjenestene kjennetegnes av flere vesentlig mangler. Revisor oppfatter, med henvisning til de ovenstående funn, at dette er et erkjent forhold fra kommuneadministrasjonens side.

6 RESSURSBRUKANALYSE

Hvordan er Unjårga/Nesseby kommunes ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester i forhold til andre sammenliknbare kommuner, og hva er hovedårsakene til eventuelle forskjeller?

6.1 Innledning

For å besvare denne problemstillingen har vi gjennomført en sammenliknende ressursbruk-analyse med KOSTRA-tall på bestemte *tjenesteområder* i Nesseby kommune.

Det er verdt å merke seg, når en sammenlikner Nesseby kommune med referansegruppene nedenfor, at Nesseby kommune tilhører sone 5 med hensyn til regionalt differensiert arbeidsgiveravgift. Dette medfører blant annet at kommunen ikke betaler arbeidsgiveravgift. Isolert sett svekker dette sammenliknbarheten med kommuner som tilhører andre soner – og betaler arbeidsgiveravgift – med henblikk på flere av KOSTRA-indikatorene som presenteres nedenfor.

Basert på befolkningssammensetningen i en kommune kan vi utlede forventninger om kommunens ressursbruk på, for eksempel, pleie- og omsorgstjenester. I denne rapporten sammenlikner vi Nesseby kommune med gjennomsnittene i KOSTRA-gruppe 6 i (2018 og 2019) og KOSTRA-gruppe 15 (i 2020 og 2021). 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 Nesseby kommune ble flyttet fra KOSTRA-gruppe 6 til KOSTRA-gruppe 15 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 Nesseby kommune, den relevante KOSTRA-gruppen samt landsgjennomsnittet i årene 2018 - 2021.

Tabell 4. Andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre, Nesseby kommune og referansegrupper, 2018-2021

Andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre				
	2018	2019	2020	2021
Nesseby kommune	24,5 %	24,9 %	26,0 %	26,9 %
KG6	22,2 %	23,3 %	-	-
KG15	-	-	23,5 %	24,1 %
Landet u/Oslo	15,7 %	16,1 %	16,4 %	16,8 %

Kilde: Statistisk Sentralbyrå - KOSTRA tabell 11805.

Nesseby har i alle årene sammenlikningen gjelder, ligget over gjennomsnittet for kommunene i KOSTRA-gruppene vi sammenligner med. Tabellen synliggjør videre at andelen innbyggere i alderen 67 år eller eldre var betydelig høyere i Nesseby enn i landet u/Oslo totalt, i alle årene i utvalget. 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 kommer frem av tabell 4 ovenfor, gir i utgangspunktet grunn til å forvente at Nesseby kommunes ressursmessige prioritering av pleie- og omsorgstjenester generelt har vært høyere enn gjennomsnittlig for referansegruppene i alle fire årene.

6.2 Pleie- og omsorgstjenestene i Nesseby kommune – og i referansegruppene
Av tabell 5 nedenfor kommer frem relative tall for dekningsgradene til pleie- og omsorgstjenester i Nesseby kommune, relevante KOSTRA-grupper og landet u/Oslo i årene 2018 - 2021.

Tabell 5. Brukere av pleie- og omsorgstjenester, relative tall, Nesseby kommune og referansegrupper, 2018-2021.

Brukere av pleie- og omsorgstjenester pr. 1000 innbyggere				
	2018	2019	2020	2021
Hjemmebaserte tjenester				
Nesseby kommune	47,8	47,5	47,7	53,9
KG6	66,4	66,7	-	-
KG15	-	-	65,5	63,6
Landet u/Oslo	41,4	40,9	41,0	41,8
Institusjonsbaserte tjenester				
Nesseby kommune	17,0	18,4	14,8	16,4
KG6	14,7	16,8	-	-
KG15	-	-	14,0	13,5
Landet u/Oslo	8,6	8,6	8,2	8,2
Aktiviserings- og servicetjenester				
Nesseby kommune	28,7	28,1	28,4	35,1
KG6	35,9	37,1	-	-
KG15	-	-	32,6	34,9
Landet u/Oslo	24,7	22,8	25,2	25,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå – KOSTRA tabell 12003.

Tabell 5 viser at det relative antallet mottakere av *hjemmebaserte tjenester* i Nesseby kommune må betraktes som *høyt* sammenliknet med landsgjennomsnittet u/Oslo, men lavere enn i KOSTRA-gruppene, i alle de fire årene sammenlikningen gjelder. Det at Nesseby har flere mottakere av hjemmebaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landet u/Oslo, er i grunn som forventet i lys av at Nesseby som nevnt har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Sammenliknet med referansegruppene, fremstår Nesseby kommune som en relativt *institusjonsorientert* pleie- og omsorgskommune. De institusjonsbaserte tjenestenes dekningsgrader var høyere i Nesseby enn gjennomsnittlig for referansegruppene i alle de fire årene sammenlikningene gjelder.

Når det gjelder aktiviserings- og støttetjenester, var antall brukere pr. 1000 innbyggere lavere i Nesseby kommune enn i de aktuelle KOSTRA-gruppene i perioden fra og med 2018 til og med 2020. Disse tjenestenes dekningsgrad steg deretter betydelig i Nesseby frem til i 2021, og i dette året hadde Nesseby kommune høyere dekningsgrad enn begge referansegruppene.

Tallene som kommer frem av tabell 5 gir grunn til å forvente en noe lavere ressursbruk på hjemmebaserte tjenester i Nesseby enn i sammenliknbare kommuner (i KOSTRA-gruppene), og en noe høyere ressursbruk i Nesseby enn i landet for øvrig på det samme tjenesteområdet. Når det gjelder institusjonstjenestene, gir indikatorverdiene i tabell 5 grunn til å forvente en ressursbruk i Nesseby kommune som er høyere enn i referansegruppene i de årene sammenlikningen gjelder.

6.3 Prioriteringsindikatorer – ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene

Tabell 6. Overordnede prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Nesseby kommune og referansegrupper, 2018-2021.

Overordnede prioriteringsindikatorer				
	2018	2019	2020	2021
Avtalte årsverk i omsorgstjenestene pr. 10 000 innbyggere				
Nesseby kommune	560,4	563,2	621,3	705,3
KG6	527,4	563,2	-	-
KG15	-	-	528,0	526,3
Landet u/Oslo	306,0	313,3	315,3	319,0

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Tabell 6 viser antall avtalte årsverk i omsorgstjenestene pr. 10 000 innbyggere i Nesseby kommune og i referansegruppene (gjennomsnitt) for årene 2018, 2019, 2020 og 2021. Trenden for Nesseby kommunes del, er lik den i landet for øvrig: Antall avtalte årsverk pr. 10 000 innbyggere stiger. Men i Nesseby kommune har veksten vært langt hurtigere over fireårsperioden, særlig fra 2019 til 2021. Antall avtalte årsverk pr. 10 000 innbyggere har i hele fireårsperioden ligget langt høyere enn i landet for øvrig, og i 2020 og 2021 lå Nesseby kommune også vesentlig høyere enn gjennomsnittet for KG 15 på denne indikatoren.

Tabell 7. Funksjonsspesifikke prioriteringsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Nesseby kommune og referansegrupper, 2018-2021

Netto driftsutgift pr. innbygger på de relevante funksjoner/tjenesteområder				
	2018	2019	2020	2021
F 234. Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse				
Nesseby kommune	162	219	282	189
KG6	900	868	-	-
KG15	-	-	768	699
Landet u/Oslo	1 011	1 023	975	1062
F 253. Helse- og omsorgstjenester i institusjon				
Nesseby kommune	18904	21390	18718	22131
KG6	14615	16367	-	-
KG15	-	-	16522	17751
Landet u/Oslo	7 176	7 532	7 521	8124
F 254. Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende				
Nesseby kommune	8819	10539	16327	18433
KG6	14932	16541	-	-
KG15	-	-	15673	17785
Landet u/Oslo	9 734	10 457	10 625	11764
F 261. Institusjonslokaler				
Nesseby kommune	1605	1114	1701	1987
KG6	2359	2519	-	-
KG15	-	-	2571	3062
Landet u/Oslo	1 020	1 051	1 101	1199

Kilde: Statistisk Sentralbyrå – KOSTRA tabell 12362.

Indikatorverdiene for institusjonsbaserte tjenester (funksjon 253) i tabell 7, er i tråd med forventningene som kan utledes av indikatorene for dekningsgrader i kapittel 6.2 ovenfor. Fordelt på antall innbyggere brukte Nesseby kommune mer ressurser på helse- og omsorgstjenester i institusjon enn referansegruppene (gjennomsnittlig) i perioden fra og med

2018 til og med 2021. Kommunen hadde i samme periode altså flere mottakere av disse tjenestene pr. 1000 innbyggere enn gjennomsnittlig for referansegruppene.

Kommunens ressursbruk på hjemmebaserte tjenester har økt betraktelig fra 2018 til 2021. I 2018 og 2019 var Nesseby kommunes ressursbruk på dette området vesentlig lavere enn i KG6 og lå nært landsgjennomsnittet. I 2018 lå Nesseby kommune til og med litt under landsgjennomsnittet på denne indikatoren. Kommunens ressursbruk på tjenesteområdet fremstår i disse to årene lavere enn forventet – i lys av dekningsgradene i tabell 5 ovenfor. Når det gjelder 2020 og 2021, indikerer tabell 7 en vesentlig økning i kommunens ressursbruk på hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Dette harmonerer med utviklingen vi ser i tabell 6; der antall avtalte årsverk i pleie- og omsorgstjenestene øker vesentlig fra 2019 til 2020 – og fortsetter å stige til 2021.

Kommunens ressursbruk på aktiviserings- og støttetjenester fremstår svært lav i fireårsperioden, sammenliknet med referansegruppene. Nesseby kommune brukte fra og med 2018 til og med 2021 mindre ressurser på driften av institusjonslokaler enn hva som var gjennomsnittlig i de aktuelle KOSTRA-gruppene. Dette skyldes trolig at kommunen ikke har mer enn ett sykehjem.

6.4 Utdypende tjenestedata

KOSTRA-tallene for pleie- og omsorgstjenester inneholder flere 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, Nesseby kommune og referansegruppene, 2018-2021

Utdypende tjenesteindikatorer				
	2018	2019	2020	2021
Gjennomsnittlig andel tildelte timer i uken hjemmetjenester				
Nesseby kommune	7,2	6,9	5,7	7,2
KG6	9,9	10,3	-	-
KG15	-	-	9,5	10,5
Landet u/Oslo	11,0	10,8	10,8	10,9
Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov (%)				
Nesseby kommune	17,8 %	20,5 %	14,3 %	23,9 %
KG6	13,3 %	14,7 %	-	-
KG15	-	-	14,6 %	15,9 %
Landet u/Oslo	16,5 %	16,7 %	16,8 %	17,0 %
Institusjon – beboere med omfattende bistandsbehov (%)				
Nesseby kommune	50,0 %	64,7 %	61,5 %	64,3 %
KG6	69,8 %	70,8 %	-	-
KG15	-	-	75,2 %	72,9 %
Landet u/Oslo	69,9 %	69,6 %	72,2 %	72,5 %

Kilde: Statistisk Sentralbyrå – KOSTRA tabell I2292.

Indikatorverdiene nederst i tabell 8 kan leses som en indikasjon på at terskelen for å få sykehjems plass er *litt* lavere i Nesseby kommune enn hva som er gjennomsnittet i referansegruppene. Andelen institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov var i alle fire år lavere i Nesseby kommune enn i referansegruppene. Av tabell 5 fremgår det altså at kommunen relativt sett har *flere* mottakere av institusjonsbaserte helse- og omsorgstjenester enn gjennomsnittlig for referansegruppene. Det kan være tilfellet at en i Nesseby kommune har

beboere i institusjon som i andre kommuner ville ha vært mottakere av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Det kommer frem av KOSTRA-tall for kommunens befolkningsprofil at andelen av innbyggere i alderen 80 år eller eldre som er enslige, er betydelig høyere i Nesseby enn i sammenliknbare kommuner og landet for øvrig.¹⁶ Når det gjelder de hjemmebaserte tjenestene, ser vi at andelen tjenestemottakere med omfattende tjenestebehov ser ut til å være høyere i Nesseby enn i referansegruppene, med unntak av i 2020. Samtidig ble det i den aktuelle fireårsperioden gitt betydelig færre timer hjemmetjenester, gjennomsnittlig, til mottakerne av slike tjenester pr. uke. Av grunnlagsdata i KOSTRA ser det ut som at forskjellen mellom Nesseby kommune og referansegruppene er særlig stor når det gjelder antall tildelte timer med praktisk bistand til hjemmeboende tjenestemottakere: Gjennomsnittet er betydelig lavere i Nesseby kommune enn i referansegruppene. Samlet sett fremstår altså det hjemmebaserte tjenestetilbudet som mindre i Nesseby kommune sammenliknet med KOSTRA-gruppene. Det gis betydelig færre timer pr. uke, gjennomsnittlig pr. bruker, og det relative antallet hjemmetjenestemottakere i kommunen er betydelig lavere enn i de aktuelle KOSTRA-gruppene. Kommunens ressursbruk på tjenesteområdet de siste to årene er derfor overraskende.

6.5 Produktivetsindikatorer

Tabell 9. Produktivetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene, Nesseby kommune og referansegrupper, 2018-2021. Kilde: Statistisk Sentralbyrå – KOSTRA tabell 12209.

Produktivetsindikatorer, pleie- og omsorgstjenestene				
	2018	2019	2020	2021
Årsverk pr. bruker av omsorgstjenester				
Nesseby kommune	0,76	0,75	0,90	0,92
KG6	0,59	0,67	-	-
KG15	-	-	0,59	0,61
Landet u/Oslo	0,56	0,58	0,58	0,58
Utgifter pr. oppholdsdøgn i institusjon, i kr				
Nesseby kommune	5 971	6 813	5 217	6508
KG6	3 965	4 139	-	-
KG15	-	-	4 450	5172
Landet u/Oslo	3 710	3 482	4 033	4437
Korrigerede brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester, i kr				
Nesseby kommune	241 889	338 614	454 595	440 674
KG6	250 762	298 137	-	-
KG15	-	-	249 081	289 313
Landet u/Oslo	266 347	286 125	283 685	307 953
Korr. brutto driftsutgifter pr. mottaker av aktiviserings- og servicetjenester, i kr				
Nesseby kommune	5 630	7 923	9 920	5 367
KG6	26 484	24 565	-	-
KG15	-	-	24 392	26 407
Landet u/Oslo	45 705	51 391	43 209	46 709

Produktivetsindikatorer skal si noe om enhetskostnader i en bestemt tjeneste. I tabell 9 på forrige side er det for tre av indikatorene brukere/tjenestemottakere som er «enheter». I den siste indikatoren er oppholdsdøgn den aktuelle enheten. Som det kommer frem av tabellen, hadde Nesseby kommune i alle de fire årene sammenlikningen gjelder, betydelig flere årsverk pr. bruker av omsorgstjenester. Dette er i utgangspunktet en indikasjon på lav produktivitet i

¹⁶ I 2021 var andelen 82,1 % i Nesseby, 65,2 % i KG 15 og 60,2 % i landet utenom Oslo.

tjenesteproduksjonen. Avstanden mellom Nesseby kommune og gjennomsnittet i referansegruppene øker særlig i 2020 og 2021, og dette synes hovedsakelig å være relatert til utviklingen i kommunens drift av hjemmebaserte tjenester. Mens utgiftene pr. oppholdsdøgn i institusjon økte med 9 % i løpende priser fra 2018 til 2021, økte de korrigerte brutto driftsutgiftene pr. mottaker av hjemmetjenester med 82 % i samme periode.

6.6. Oppsummering og analyse

Fremstillingene ovenfor gir et overordnet inntrykk av at Nesseby kommune kjennetegnes av:

- En høyere andel innbyggere i alderen 67 år eller eldre, sammenliknet med landsgjennomsnittet og sammenliknbare kommuner
- Litt flere hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landsgjennomsnittet, men færre hjemmetjenestemottakere pr. 1000 innbyggere sammenliknet med sammenliknbare kommuner
- Litt flere mottakere av institusjonsbaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med sammenliknbare kommuner, og klart flere mottakere av institusjonsbaserte tjenester pr. 1000 innbyggere sammenliknet med landsgjennomsnittet
- Høyere ressursbruk og lavere produktivitet i driften av institusjonsbaserte tjenester sammenliknet med referansegruppene, i alle de fire årene sammenlikningen gjelder
- Relativt lav ressursbruk på hjemmetjenester i 2018 og 2019, og i 2018 høy produktivitet i driften av hjemmetjenestene. Deretter avtakende og lav produktivitet i 2019-2021, og raskt økende ressursbruk på dette tjenesteområdet
- Høyere bemanning i pleie- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittlig for referansegruppene, og dermed samlet sett lav produktivitet i på tjenesteområdet

Etter revisors syn er det, med utgangspunkt i Nesseby kommunes befolkningsprofil, som forventet at kommunens samlede ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester er høyere enn hva som er gjennomsnittlig for landet. Når den primære målgruppen for tjenesteområdet relativt er større enn «normalt» i en kommune, har dette naturligvis konsekvenser for hvor mye ressurser kommunen må bruke på tjenesteområdet. Kostnadsutviklingen og det tilsynelatende «fallet» i produktivitet i kommunens drift av hjemmetjenestene er etter vårt syn det mest bemerkelsesverdige funnet i tallene. Vi har derfor analysert tallmateriale fra kommuneregnskapet for årene 2019, 2020 og 2021 i noe mer detalj.

For *funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester* til hjemmeboende finner vi en økning i fast lønn fra om lag 10,3 millioner kroner i 2019 til ca. 14 millioner kroner i 2021. Sammenholdt med tilsvarende tallserie for *funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon* sannsynliggjør denne økningen at mye av den tendensen som kommer frem av tabell 6 og 9 ovenfor, har med driften av kommunens *hjemmetjenester* å gjøre.

Kommuneadministrasjonen opplyser at en vakanse i avdelingslederrollen for hjemmetjenestene i perioden fra 2017 til mars 2020 har medført at kommunens systemer for registrering av tjenestemottakere ikke ble ajourført. Dermed kan antallet mottakere av hjemmetjenester som kommer frem av KOSTRA-statistikken her i kapittel 6, være for lavt. Revisor registrerer likevel at det i KOSTRA-tallene for 2021, jf. tabell 5 ovenfor, er økning i det relative antallet hjemmetjenestemottakere fra året før. Grunnlagsdata fra Statistikkbanken indikerer at antall mottakere av helsetjenester i hjemmet har blitt redusert fra 45 i 2018 til 41 i 2021. Mottakere av praktisk hjelp økte fra 28 til 29 i perioden 2018-2020, ifølge tallene fra Statistikkbanken. Revisor anser imidlertid at det – i lys av informasjonen fra kommuneadministrasjonen – er usikkerhet knyttet til også disse tallene. Det kan også tenkes at den synkende produktiviteten, særlig i driften av hjemmetjenestene i perioden, skyldes økt sykefravær og økt bruk av vikarer. Revisor har etterspurt sykefraværstatistikk tilbake til 2018,

men har i skrivende stund ikke mottatt dette fra kommunen. Revisor ønsket disse opplysningene for å se om en eventuell økning i sykefravær kunne være en årsak til de funn vi gjorde. Vi viser for øvrig til kommunedirektørens uttalelse til denne rapporten – i kapittel 8 nedenfor.

7 OPPLEVD TJENESTEKVALITET - SYKEHJEMMET

Hvordan opplever brukerne og pårørende kvaliteten i sykehjemstjenesten?

7.1 Resultater fra spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen om opplevd tjenestekvalitet ved sykehjemmet er rettet mot de pårørende. Ingen pårørende har i spørreskjema opplyst at de involverte tjenestemottaker i besvarelsen.

Spørreskjemaet var bygget opp med to typer hovedspørsmål. Det inngikk flere «påstander» relatert til kvaliteten ved tjenestene ved sykehjemmet. De pårørende ble i spørreskjemaet bedt om å angi hvor enige de var i påstandene. Den andre typen spørsmål innebar at de pårørende skulle angi i hvilken grad de opplever tjenestene ved sykehjemmet som å ha bestemte kjennetegn. Respondentene fikk også muligheten til å svare «vet ikke» om de andre alternativene ikke «traff». Avslutningsvis var det mulighet for å skrive en kommentar – enten til konkrete spørsmål eller til hele undersøkelsen.

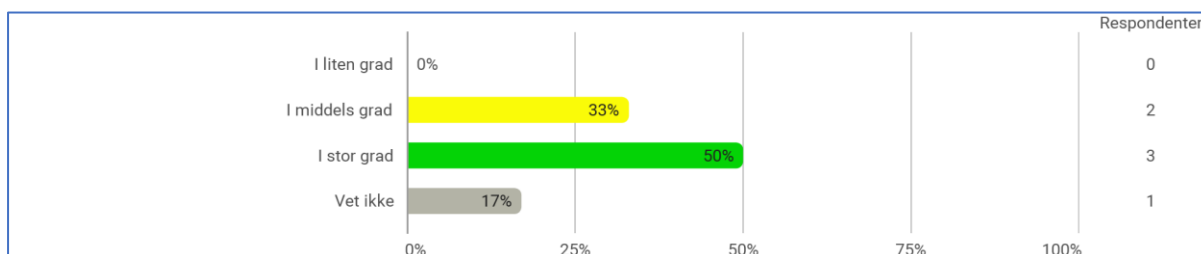
For alle spørsmålene presenterer vi nedenfor svarfordelingen, og vi belyser hva svarene kan være indikasjoner på.

7.2 Måltider

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 angir flere kvalitetskrav relatert til mat og måltider. Spørsmålene i vårt spørreskjema tar langt på vei utgangspunkt i disse kravene.

- ***I hvor stor grad opplever du - at maten som serveres tjenestemottaker, er av god kvalitet?***

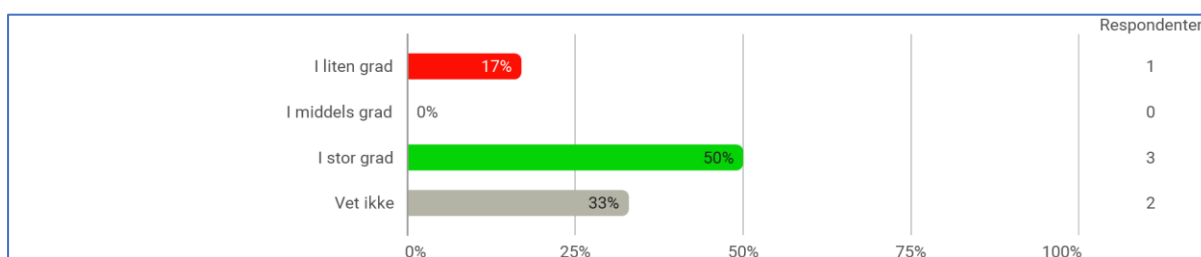
Respondentene er delt i sin oppfatning om kvaliteten på om maten som serveres til tjenestemottakere er god. To av seks har svart *i middels grad* og tre av seks *i stor grad*. En svarte *vet ikke*.



Figur 6: *I hvor stor grad opplever du - at maten som serveres tjenestemottaker, er av god kvalitet?*

- ***I hvor stor grad opplever du - at tjenestemottaker er fornøyd med maten han/hun får?***

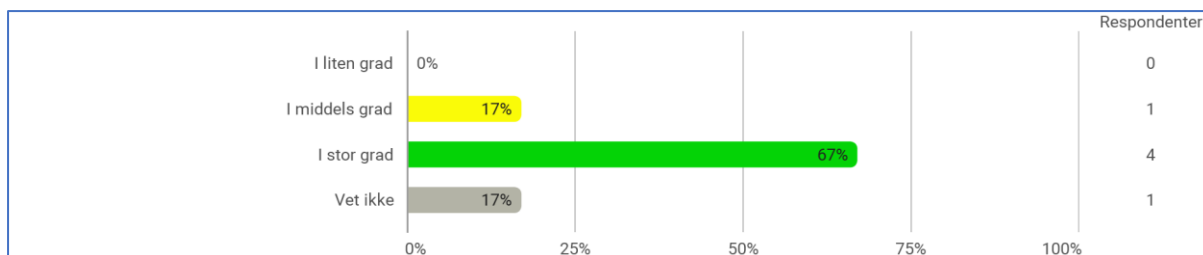
På spørsmålet om tjenestemottakeren er fornøyd med maten han/hun får, opplever en respondent at dette *i liten grad* er tilfelle. Tre har svart *i stor grad* og, to *vet ikke*.



Figur 7: *I hvor stor grad opplever du - at tjenestemottaker er fornøyd med maten han/hun får?*

- ***I hvor stor grad opplever du - at tjenestemottaker får tilstrekkelig bistand ved måltidene dersom vedkommende trenger dette?***

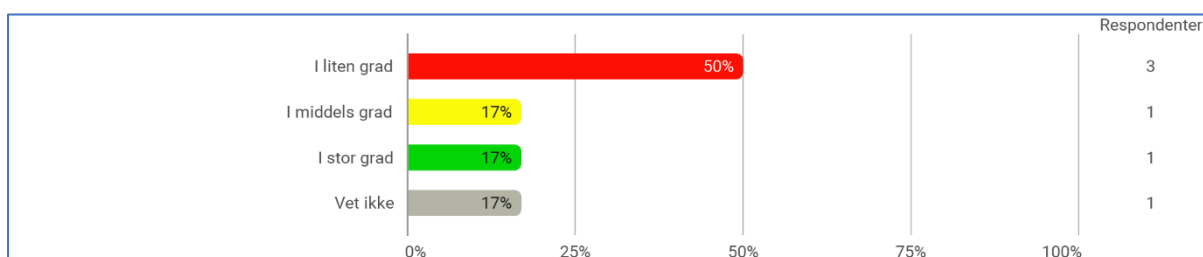
Angående bistand ved måltidet har én av seks svart at de opplever at tjenestemottaker *i middels grad* får tilstrekkelig bistand ved måltider. *Fire av seks* har svart at det er tilfelle *i stor grad*, mens en har svart *vet ikke*.



Figur 8: I hvor stor grad opplever du - at tjenestemottaker får tilstrekkelig bistand ved måltidene dersom vedkommende trenger dette?

- ***I hvor stor grad opplever du - den sosiale rammen rundt tjenestemottakers måltid som god?***

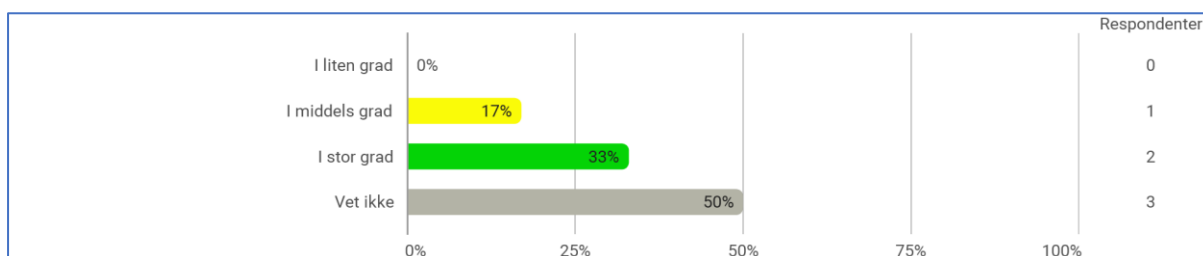
Tre av seks respondenter har svart at de *i liten grad* opplever den sosiale rammen rundt tjenestemottakers måltid som god. Én respondent har svart at rammen opplevtes *middels god*, en har svart *i stor grad* og en har svart *vet ikke*.



Figur 9: I hvor stor grad opplever du - den sosiale rammen rundt tjenestemottakers måltid som god?

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

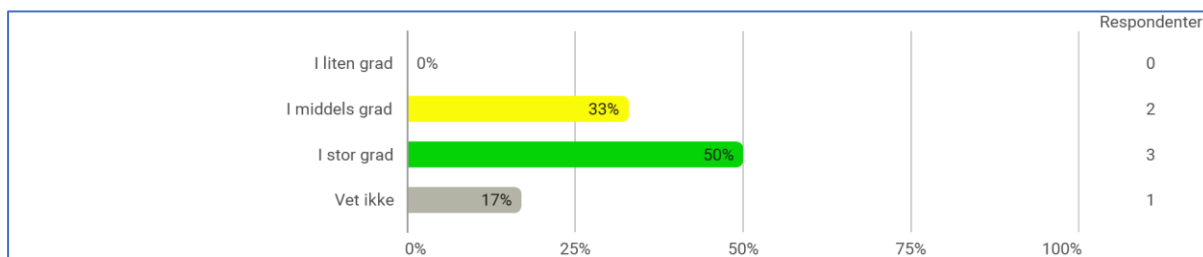
Hvorvidt maten er tilpasset tjenestemottakers behov (allergier, intoleranser og størrelse på porsjoner) blir omtalt i dette spørsmålet. En har svart *i middels grad*, to *i stor grad* og tre *vet ikke*.



Figur 10: I hvor stor grad opplever du - at maten er tilpasset tjenestemottakers behov (størrelse på porsjoner og eventuelt allergier/intoleranser)?

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

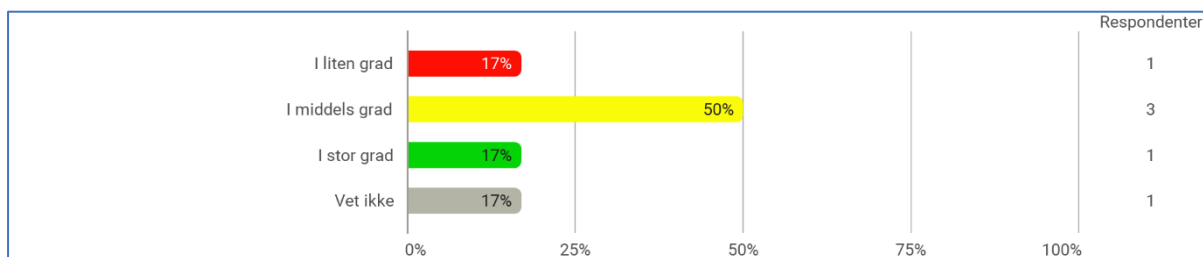
Også med hensyn til dette spørsmålet, er respondentene delt i sine svar. En har svart i liten grad, tre i middels grad, en i stor grad. Den siste respondenten har svart vet ikke.



Figur 11: I hvor stor grad opplever du at - det legges til rette for tjenestemottaker slik at han/hun får spise når han/hun ønsker?

- ***I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker får oppfylt ønsker om hva han/hun vil spise?***

Respondentene er delt; med ett svar på i liten grad, tre i middels grad og ett i stor grad. En svarte vet ikke.



Figur 12: I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker får oppfylt ønsker om hva han/hun vil spise?

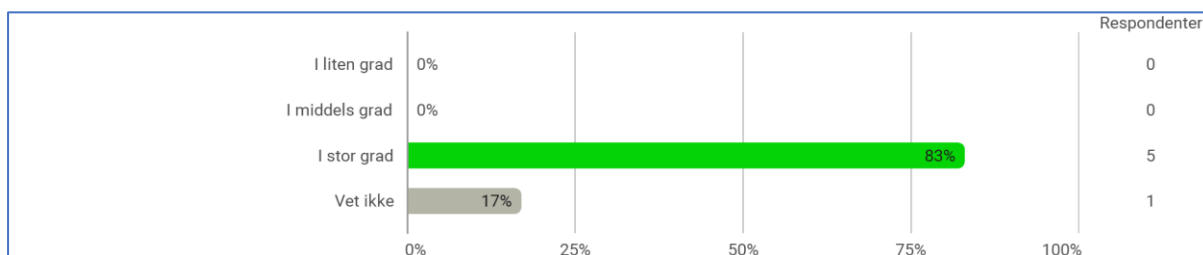
Respondentenes svar på spørsmålene som gjelder mat og måltider gir ikke et entydig bilde. All den tid resultatene ikke er entydig positive, kan de ses som uttrykk for forbedringsbehov.

7.3 Privatliv og respekt

Blant de forhold som inngår nedenfor, er spørsmål om opplevelse av beboers mulighet til å bestemme selv når vedkommende skal legge seg og stå opp.

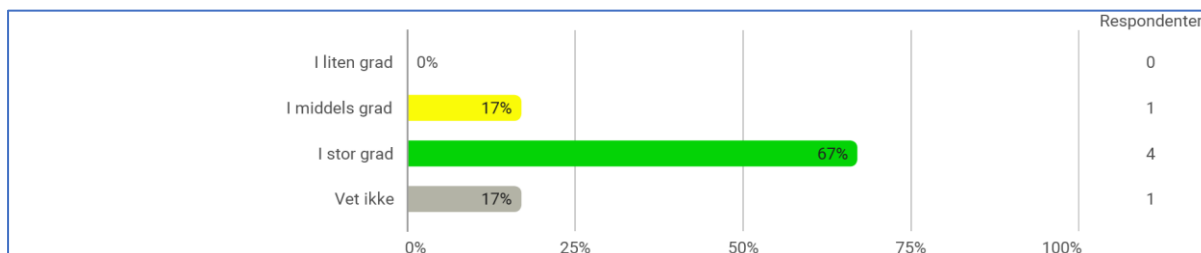
- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får - stå opp når han/hun vil?***

Fem av seks av respondentene har svart at tjenestemottakere i stor grad får stå opp når de vil. Én har svart vet ikke.



Figur 13: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får - stå opp når han/hun vil?

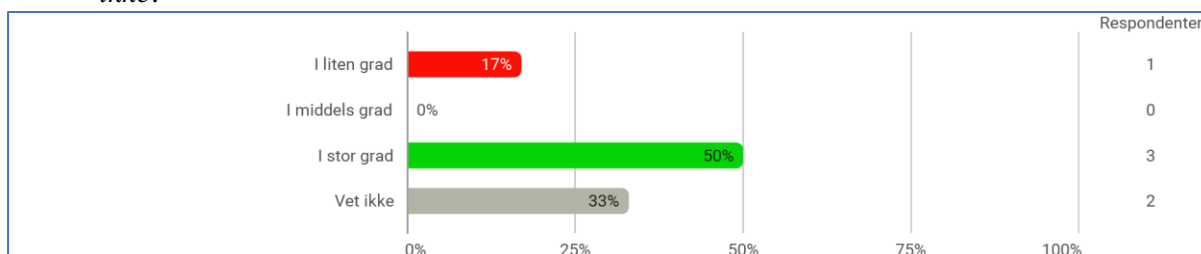
- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får - legge seg når han/hun vil?***
På spørsmålet om tjenestemottakerne kan legge seg når de vil, har fire av seks respondenter svart *i stor grad*. En har svart *i middels grad*, og en har svart *vet ikke*.



Figur 14: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får - legge seg når han/hun vil?

- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får - ha mulighet til privatliv?***

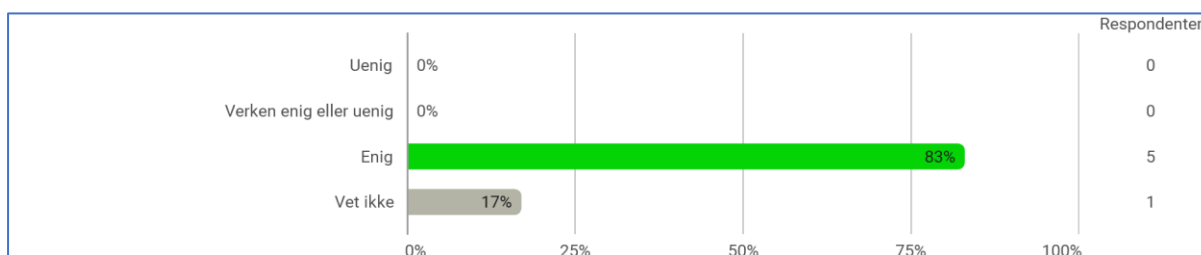
På spørsmålet om pårørendes opplevelse av om tjenestemottaker får ha privatliv, er det noe spredning blant respondentene. En har svart *i liten grad*, tre *i stor grad* og to *vet ikke*.



Figur 15: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker får - ha mulighet til privatliv?

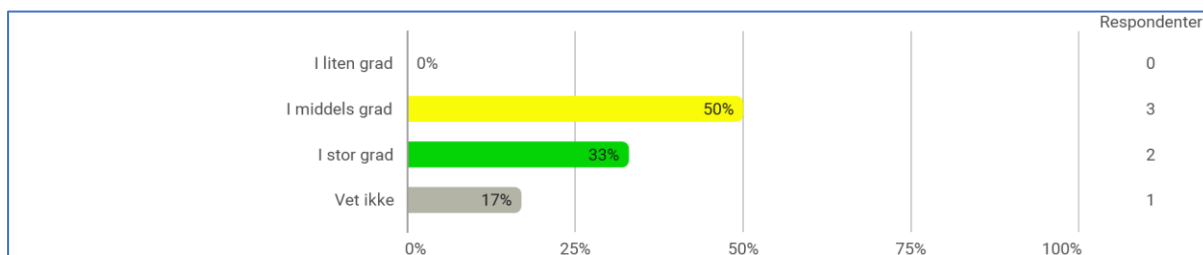
- ***Angi hvor enig du er i følgende påstand: "tjenestemottaker bestemmer selv om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal."***

De pårørendes opplevelse av om tjenestemottaker kan bestemme om han/hun vil være på rommet eller i avdelingens fellesområder, er mer «homogen» enn hva som er tilfellet på flere av de andre spørsmålene i undersøkelsen. Fem av seks av respondentene synes å være av den oppfatning at tjenestemottaker bestemmer dette selv, da alle har sagt seg enig i påstanden. Én har svart *vet ikke*.



Figur 16: Angi hvor enig du er i følgende påstand: "tjenestemottaker bestemmer selv om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal."

- ***I hvor stor grad opplever du at personalet behandler tjenestemottaker med respekt?***
På spørsmålet om i hvor stor grad respondenten opplever at personalet behandler tjenestemottaker med respekt, har tre svart *i middels grad*, to *i stor grad*, og en *vet ikke*.

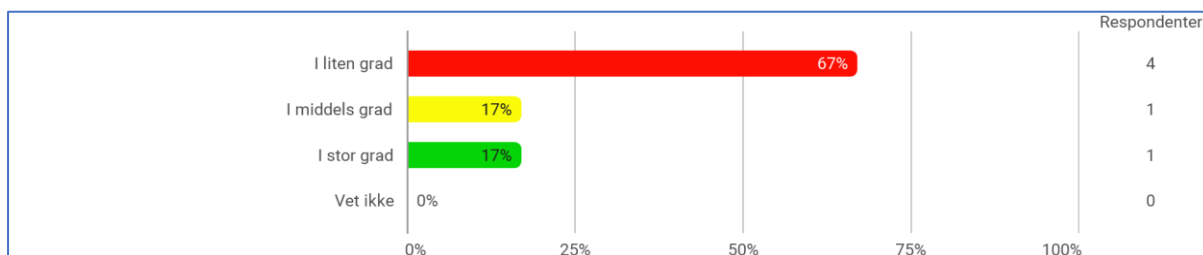


Figur 17: I hvor stor grad opplever du at personalet behandler tjenestemottaker med respekt?

Flere av de pårørende som har svart på undersøkelsen fremstår som jevnt over fornøyd med beboers mulighet til privatliv samt respekt fra de ansatte overfor tjenestemottaker.

7.4 Involvering

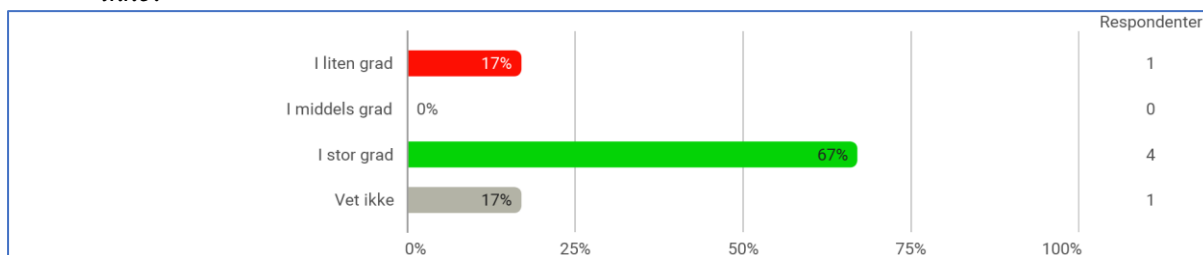
- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker og eller du/dere involveres når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker?***
Fire av seks respondenter opplever *i liten grad* å bli involvert når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker. En respondent opplever seg *i stor grad* involvert. En respondent har svart *vet ikke*.



Figur 18: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker og eller du/dere involveres når det utarbeides planer som gjelder tjenestemottaker?

7.5 Bistand fra samhandlere

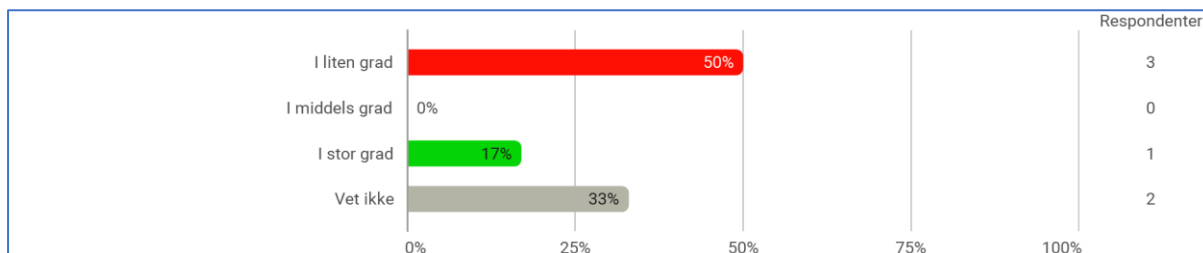
- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - tilsyn/behandling av lege?***
Fire av seks respondenter opplever *i stor grad* at tjenestemottaker ved behov får tilsyn/behandling av lege. En respondent opplever dette *i liten grad*. En har svart *vet ikke*.



Figur 19: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - tilsyn/behandling av lege?

- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - fysioterapi?***

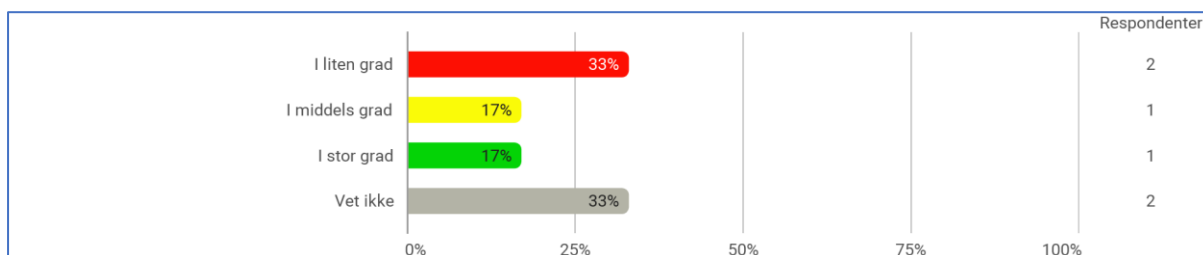
En av seks respondenter opplever *i stor grad* at tjenestemottaker ved behov får fysioterapi. Tre av seks respondenter opplever dette *i liten grad*, mens to har svart *vet ikke*.



Figur 20: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - fysioterapi?

- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - tilsyn av tannpleier/behandling av tannlege?***

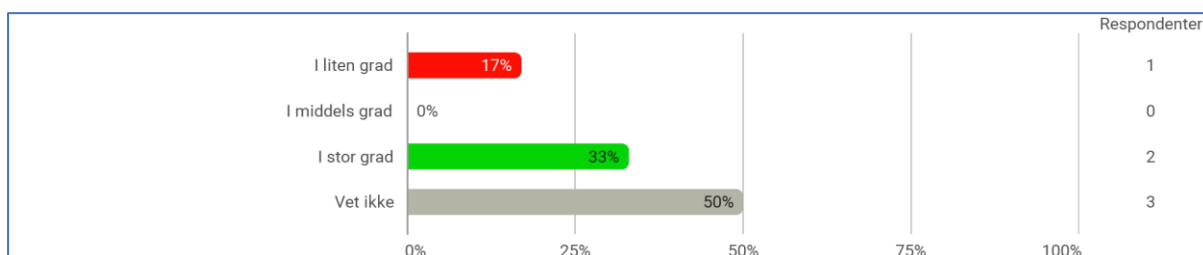
To av seks respondenter opplever at tjenestemottaker *i liten grad* får tilsyn av tannpleier eller behandling av tannlege ved behov. En respondent har svart *i middels grad*, én har svart *i stor grad* og to *vet ikke*.



Figur 21: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - tilsyn av tannpleier/behandling av tannlege?

- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - smertelindring?***

Også i spørsmålet om smertelindring opplever respondentene at tjenestemottakerne i forskjellig grad får slikt ved behov. En har svart *i liten grad*, to *i stor grad*, og tre *vet ikke*.



Figur 22: I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker ved behov får - smertelindring?

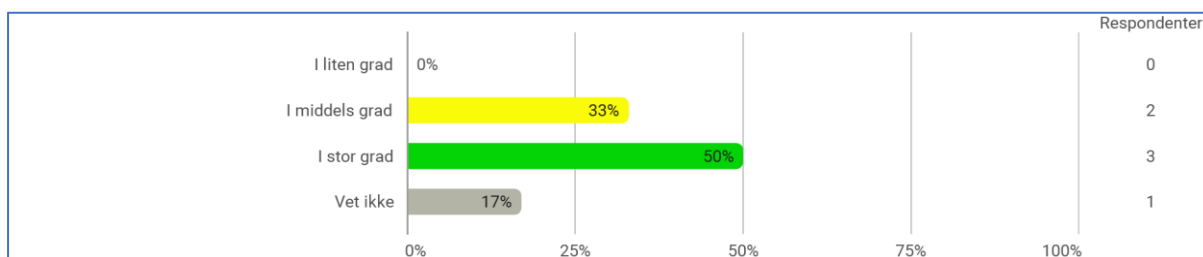
De pårørendes opplevelse av hvordan bistand beboer har fra samhandlere varierer noe i forhold til hvilken type samhandler det er spurt om. Flere pårørende er fornøyd med tilsyn fra lege, men færre er fornøyd med tilbudet om bistand fra tannlege og fysioterapeut.

7.6 Personalet

I punktene 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.

- ***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.***

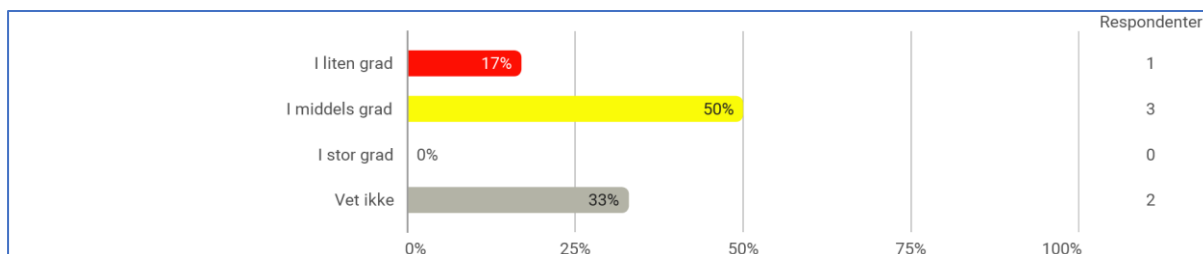
I spørsmålet er det flere påstander om hvordan de pårørende opplever at personalet løser arbeidsoppgaver knyttet til tjenestemottaker. I den første påstanden er det den pårørendes opplevelse av hvordan tjenestemottakers behov for drikke/mat/ernæring og lignende som vi stiller spørsmål om. Tre av respondentene har svart at de opplever dette *i middels grad*, to har svart *i stor grad* og en har svart *vet ikke*.



Figur 23: *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.*

- ***I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - hygiene; toalett, kroppsvask/dusj, munnhygiene o.l.***

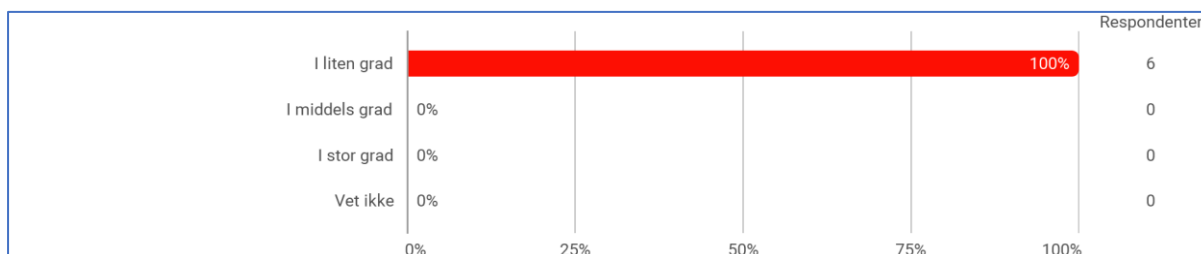
På dette spørsmålet har en av respondentene svart i *liten grad*, tre i *middels grad* og to *vet ikke*.



Figur 24: *I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - hygiene; toalett, kroppsvask/dusj, munnhygiene o.l.*

- ***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.***

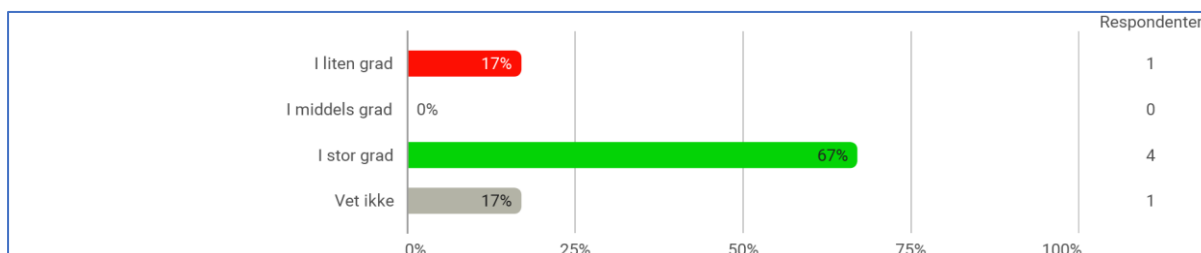
Trivselstiltak/aktivisering av tjenestemottakerne undersøkes i det neste spørsmålet. Alle seks respondentene har svart *i liten grad* på dette. Flere av kommentarene i fritekstfeltet omtaler dette punktet, hvor det påpekes at det ikke er tilgjengelig aktivitør samt at det er usikkert hvor mye tjenestemottaker kommer seg ut i frisk luft.



Figur 25: 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.

- ***I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - Rydding og renhold på tjenestemottakers rom***

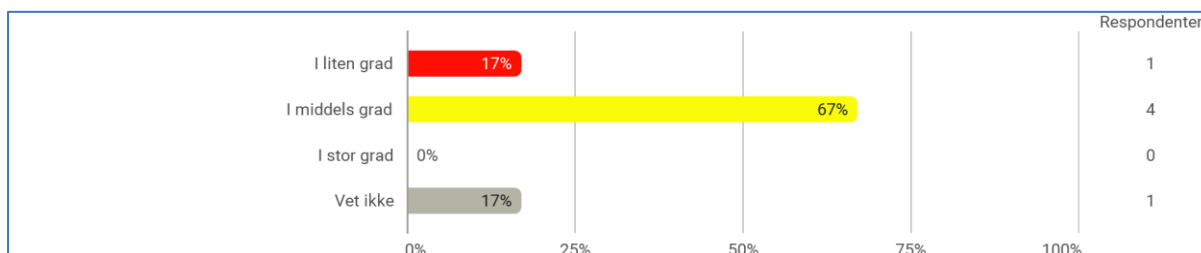
Personalets arbeidsoppgaver knyttet til renhold og ryddighet på tjenestemottakers rom oppleves *i liten grad* tilfredsstillende av en av respondentene, mens fire har svart *i stor grad* her. En har svart *vet ikke*.



Figur 26: I hvor stor grad opplever du at personalet utfører følgende arbeidsoppgaver på tilfredsstillende måte? - Rydding og renhold på tjenestemottakers rom

- ***I hvor stor grad opplever du at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker?***

Graden av opplevd tydelig kommunikasjon mellom personalet og tjenestemottaker har respondentene vurdert i dette spørsmålet. En av seks opplever *i liten grad* at personalet kommuniserer tydelig med tjenestemottaker. Fire av seks opplever det *i middels grad*, mens én av respondentene har svart *vet ikke*.



Figur 27: I hvor stor grad opplever du at personalet kommuniserer klart og tydelig med tjenestemottaker?

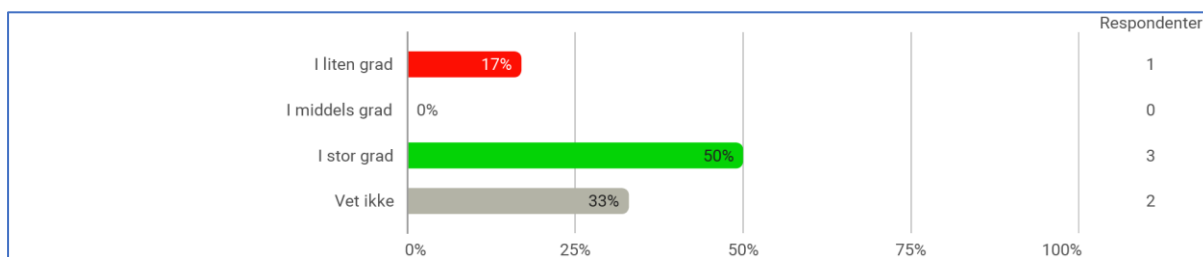
De av de pårørende som har svart på undersøkelsen har delt oppfatning av hvordan personalet utfører sine oppgaver samlet sett. Det er ingen av de pårørende som har gitt tilbakemelding om å være i stor grad fornøyd med utførelsen av oppgaver til kroppsvask og hygiene. Alle de pårørende som svarte, er *i liten grad* fornøyd med beboers mulighet til å komme ut i frisk luft. Majoriteten av de pårørende som svarte er fornøyd med ryddigheten på beboers rom, mens de i middels grad synes kommunikasjon mellom beboer og personalet er klar og tydelig.

7.7 Trygghet og trivsel

Vi har spurt om opplevelser av hvorvidt ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet på sykehjemmet.

- ***I hvor stor grad opplever du at - ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet på sykehjemmet?***

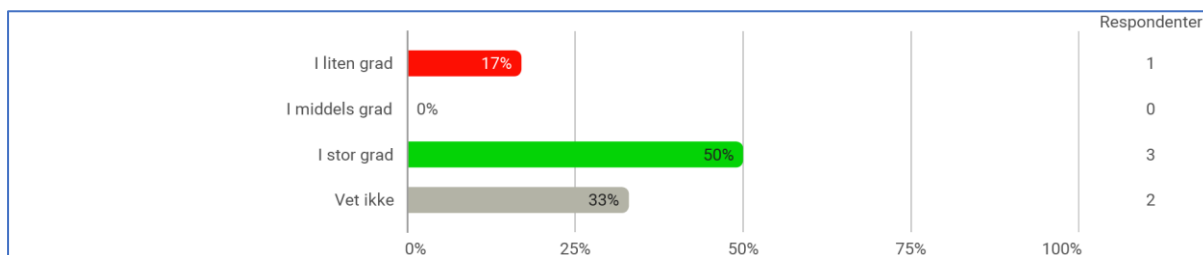
Respondentene har under dette spørsmålet svart på i hvilken grad de opplever at de ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet på sykehjemmet. Her har en av seks svart i *liten grad*, tre i *stor grad* og to *vet ikke*.



Figur 28: I hvor stor grad opplever du at - ansatte ivaretar tjenestemottakers trygghet på sykehjemmet?

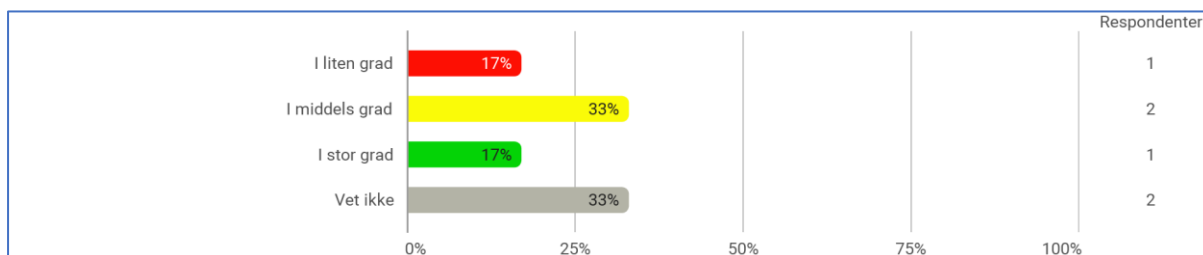
- ***I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker føler seg trygg på sykehjemmet?***

Den neste påstanden omhandler respondentens opplevelser av om tjenestemottaker føler seg trygg på sykehjemmet. Her er det samme svarfordeling som i påstanden over, en *i liten grad*, tre i *stor grad* og to *vet ikke*.



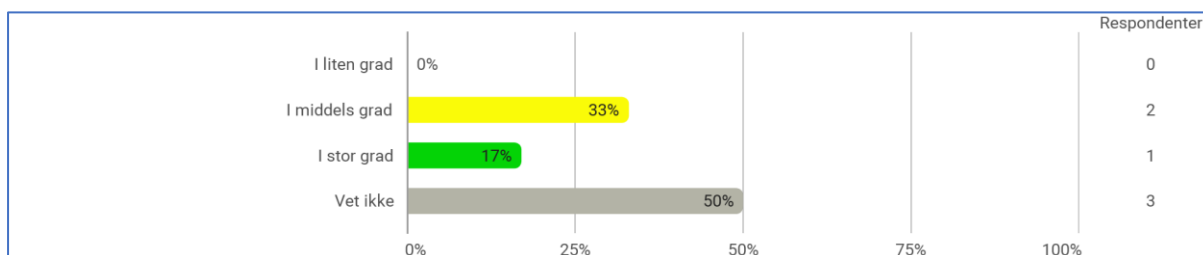
Figur 29: I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker føler seg trygg på sykehjemmet?

- ***I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker trives sammen med de ansatte?***
Spørsmålet som måler respondentenes opplevelse av om tjenestemottaker trives sammen med de ansatte, har ett svar på *i liten grad*, to *i middels grad*, ett *i stor grad* og to *vet ikke*.



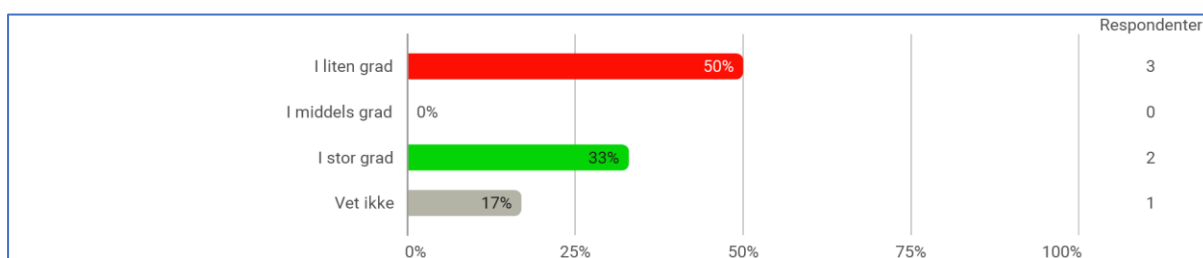
Figur 30: I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker trives sammen med de ansatte?

- ***I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker trives sammen med beboere?***
Spørsmålet måler respondentens opplevelse av om tjenestemottaker trives sammen med de øvrige beboerne. Her har to av respondentene svart *i middels grad*, en har svart *i stor grad* og tre *vet ikke*.



Figur 31: I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker trives sammen med beboere?

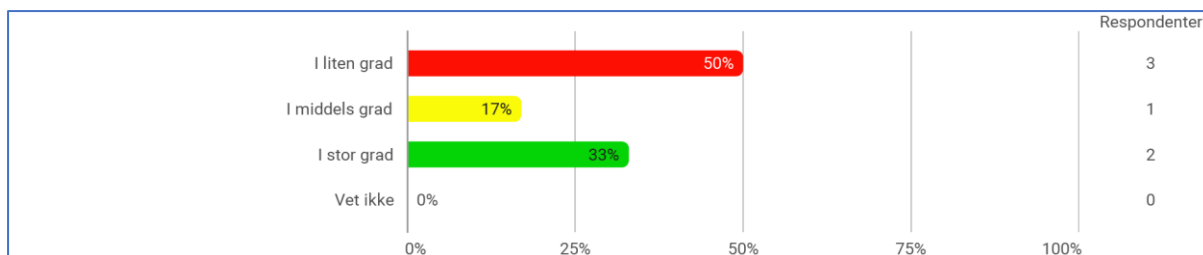
- ***I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker trives på rommet?***
I spørsmålet om hvordan respondenten opplever at tjenestemottakeren trives på rommet er besvarelsene delt mellom tre på *i liten grad*, to på *i stor grad* samt en på *vet ikke*.



Figur 32: I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottaker trives på rommet?

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

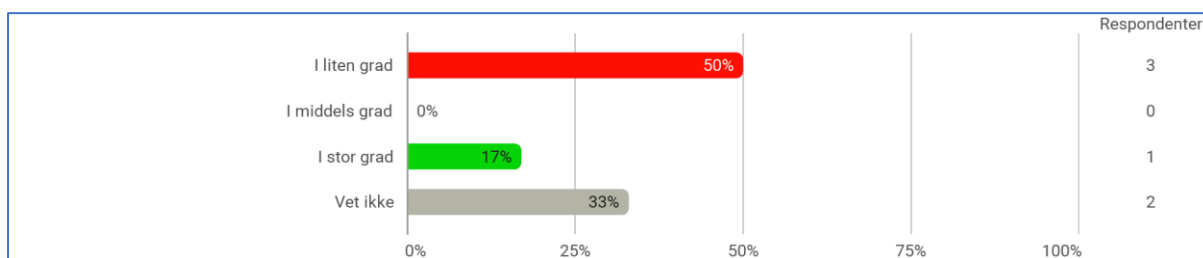
På spørsmålet om hvordan respondenten opplever at tjenestemottaker er fornøyd med at det gjennomføres trivselstiltak, har tre av seks svart *i liten grad*, en *i middels grad* og to *i stor grad*.



Figur 33: *I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med - at det gjennomføres trivselstiltak ved sykehjemmet (i form av underholdning eller andre former for meningsfull aktivitet) tjenestemottakeren?*

- ***I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med - at han/hun jevnlig har mulighet til å komme ut i frisk luft?***

Respondentenes opplevelse av om tjenestemottaker er fornøyd med å komme jevnlig ut i frisk luft undersøkes her. Tre av seks respondenter har svart at de *i liten grad* opplever at tjenestemottaker er fornøyd, en *i stor grad* og to *vet ikke*.



Figur 34: *I hvor stor grad opplever du at tjenestemottaker er fornøyd med - at han/hun jevnlig har mulighet til å komme ut i frisk luft?*

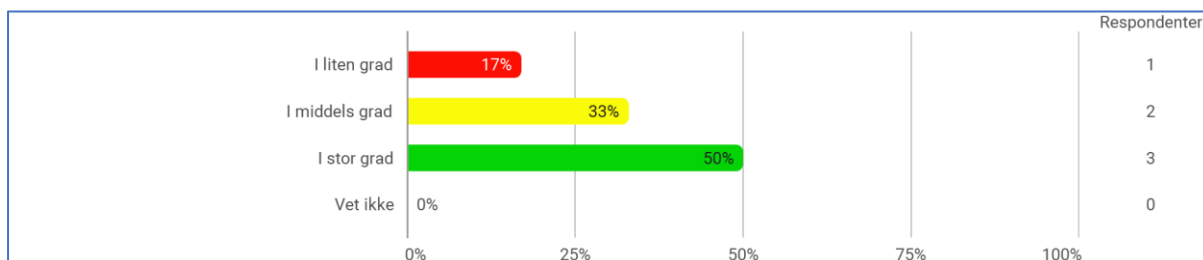
Spørsmålene som er knyttet til trygghet og trivsel kan oppsummeres med at beboerne i stor grad føler seg trygg både på rommet og i sykehjemmet for øvrig. Hva angår trivsel så er bildet noe mer delt, både på om beboerne trives sammen med de andre beboerne, og på rommet sitt. Det respondentene er minst fornøyd med er beboers mulighet til å komme ut i frisk luft. Resultatene kan tilsi at blant pårørende er det noen som mener det er lite trivselstiltak tilgjengelig for beboerne. At det er lite trivselstiltak, ble nevnt også i fritekstkommentar i spørreskjema.

7.8 Tilrettelegging

Vi stilte spørsmål for å kartlegge om de behov beboer har oppleves som dekket slik rommene er utformet i dag.

- ***I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottakers rom (inklusive badrom) er tilrettelagt for hans/hennes behov?***

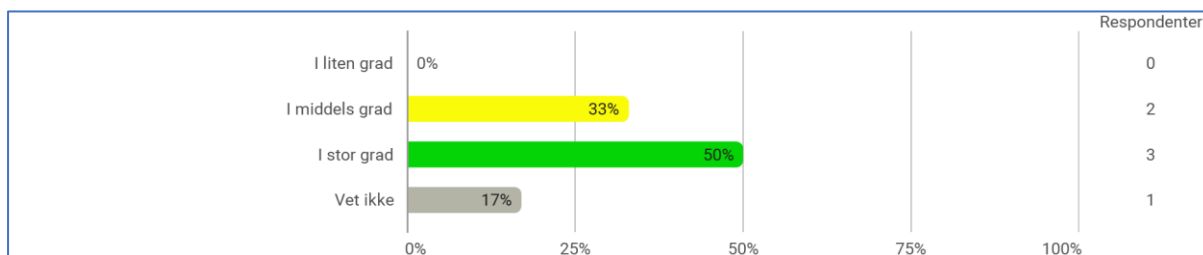
På spørsmål om tjenestemottakers rom inklusive bad er tilrettelagt hans/hennes behov har en respondent svart at det er *i liten grad* tilrettelagt, to har svart *i middels grad* og tre har svart *i stor grad*.



Figur 35: I hvor stor grad opplever du at - tjenestemottakers rom (inklusive badrom) er tilrettelagt for hans/hennes behov?

- ***I hvor stor grad opplever du at - sykehjemmets fellesarealer er tilrettelagt for tjenestemottakers behov?***

På spørsmål om respondentens opplevelse av om sykehjemmets fellesarealer er tilrettelagt for tjenestemottakers behov, svarte to respondenter *i middels grad* og tre i *stor grad*. En respondent svarte *vet ikke*.



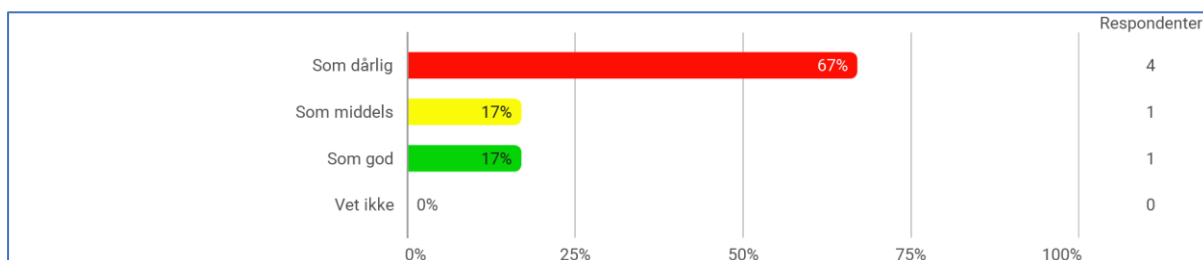
Figur 36: I hvor stor grad opplever du at - sykehjemmets fellesarealer er tilrettelagt for tjenestemottakers behov?

7.9 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.

- ***Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker?***

Respondentens opplevelse av informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker oppleves av fire av seks respondenter som *dårlig*. En av respondentene opplever det som *middels god* informasjonsutveksling og en opplever *god* informasjonsutveksling.

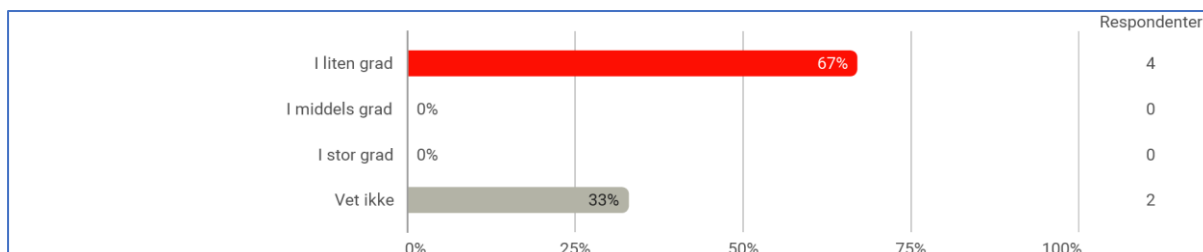


Figur 37: Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker?

7.10 Klageadgang

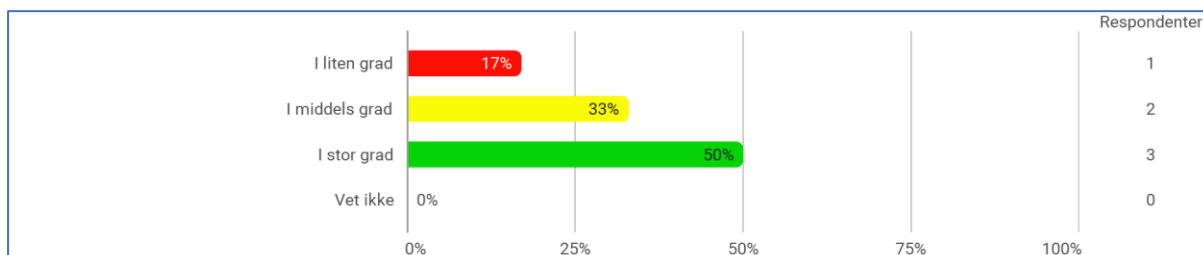
Mottakere av sykehjemstjenester og deres pårørende skal kunne gi tilbakemeldinger på tjenestetilbudet herunder fremsette klage.

- ***I hvor stor grad - opplever du at tjenestemottaker er kjent med muligheten til å klage?***
Fire av respondentens har svart i liten grad på spørsmålet om sin opplevelse av om tjenestemottaker er kjent med å klage. To respondenter svarte *vet ikke*.



Figur 38: I hvor stor grad - opplever du at tjenestemottaker er kjent med muligheten til å klage?

- ***I hvor stor grad - er du/dere er kjent med muligheten til å klage?***
Respondentens egen kjennskap til å klage varierer noe. En har svart *i liten grad*, to *i middels grad* og tre *i stor grad*.



Figur 39: I hvor stor grad - er du/dere er kjent med muligheten til å klage?

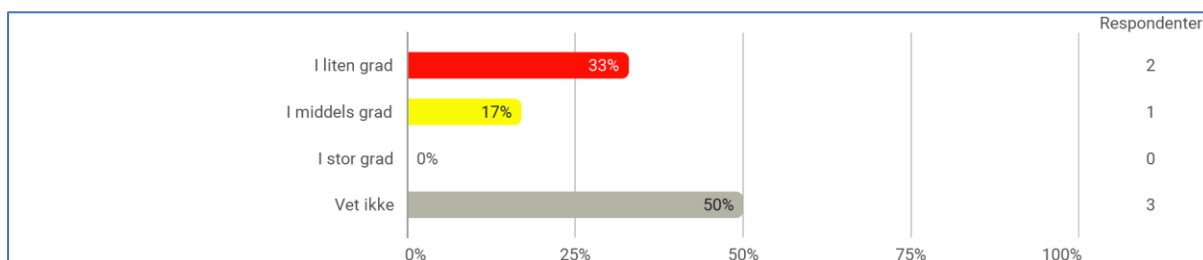
De pårørende som har svart gir i tilbakemeldingen i spørreskjema uttrykk for at de selv er mer informert om muligheten til å klage enn de antar at tjenestemottakere er. Informasjonsutvekslingen mellom tjenesten og de pårørende oppleves som dårlig.

7.11 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.

- ***I hvor stor grad - opplever du at det er fokus på forebygging av avvik i tjenestene til tjenestemottaker?***

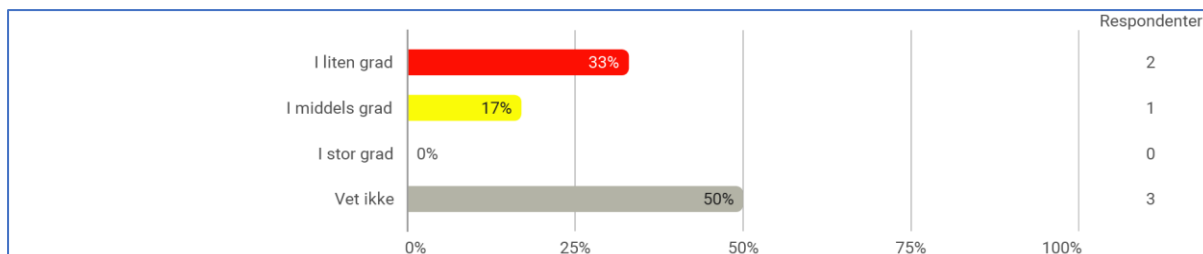
Respondentenes opplevelse av om det er fokus på forebygging i tjenesten får graderingen *i liten grad* av to respondenter. En respondent svarte *i middels grad*, mens tre *vet ikke*.



Figur 40: I hvor stor grad - opplever du at det er fokus på forebygging av avvik i tjenestene til tjenestemottaker?

- ***I hvor stor grad - opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene/forebygge avvik?***

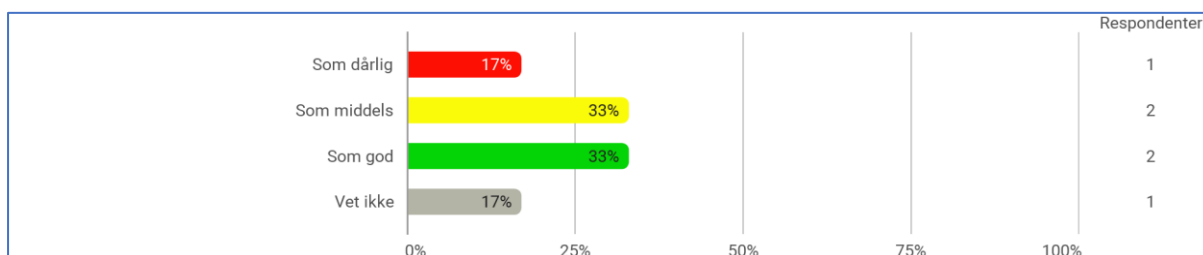
Angående respondentens opplevelse av om innmeldte avvik er med på å forbedre tjenestene/forebygge fremtidige avvik har to svart *i liten grad*, og en *i middels grad*. De resterende tre svarte *vet ikke*.



Figur 41: I hvor stor grad - opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene/forebygge avvik?

- ***Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestene til tjenestemottaker ved sykehjemmet?***

De pårørendes opplevelse av det samlede tjenestetilbudet ved sykehjemmet oppsummeres i dette spørsmålet. En av respondentene opplever totalt sett tilbudet som dårlig, to som middels. To opplever tilbudet som godt. En svarte *vet ikke*.



Figur 42: Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestene til tjenestemottaker ved sykehjemmet?

▪ **Avsluttende kommentarer:**

Det avsluttende spørsmålet var et kommentarfelt hvor respondentene kunne skrive kommentar til de enkelte spørsmål eller til selve temaet for undersøkelsen. Det kom noen kommentarer på dette punktet. Kommentarene gjelder maten, at den kunne vært tilpasset mer beboerne og det den generasjonen er vant til å spise. En annen kommentar går på at de pårørende ønsker mer kontakt og dialog med personalet på sykehjemmet. Språk nevnes også som et forbedringspunkt, det er få ansatte som behersker samisk ifølge en av de pårørende. Tilgang til frisk luft i større grad og et generelt bedre aktivitetstilbud nevnes også som forbedringspunkter. En pårørende mener at noen av de ansatte kan bli flinkere på å snakke med beboere på en måte som de forstår.

7.12 Oppsummering

Resultatene fra spørreundersøkelsene gir ikke et entydig bilde av opplevd tjenestekvalitet blant pårørende til sykehjemsbeboerne i kommunen. Noen tendenser kan likevel leses ut av resultatene. De pårørende som har besvart spørreundersøkelsen, virker *gjennomsnittlig* å være relativt fornøyde med

- Kvaliteten på maten ved sykehjemmet
- Hjelpen tjenestemottakeren – ved behov – får under måltidene
- Tjenestemottakers mulighet til å spise når han/hun ønsker det
- Tjenestemottakers mulighet til å stå opp og legge seg når han/hun ønsker det
- Tjenestemottakers mulighet til selv å bestemme om han/hun vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal
- Tjenestemottakers tilgang til tilsyn og behandling av lege
- Personalets utførelse av oppgaver relatert til tjenestemottakers behov for mat og drikke (ernæring)
- Personalets utførelse av rydding og renhold på tjenestemottakers rom
- Fellesarealenes utforming sett i forhold til tjenestemottakeres behov

Variabler som skiller seg ut i negativ forstand, der svarene fra respondentene gjennomsnittlig uttrykker dårligere opplevelser av tjenestekvaliteten, er:

- Den sosiale rammen rundt tjenestemottakernes måltid
- Involvering av pårørende ved utarbeidelse av planer som gjelder tjenestemottaker
- Tjenestemottakers tilgang til fysioterapi
- Tjenestemottakers tilgang til tilsyn og behandling av tannlege
- Personalets utførelse av arbeidsoppgaver relatert til trivselstiltak/aktivisering, samtaler, turer osv.
- Tjenestemottakers trivsel på rommet
- Tjenestemottakers tilfredshet med trivselstiltak på sykehjemmet
- Tjenestemottakers tilfredshet med mulighet for å komme ut i frisk luft
- Informasjonsutvekslingen om tjenestemottaker
- Tjenestemottakers kjennskap til muligheten for å klage på tjenestene

8 KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Revisor sendte 22.02.2023 rapporten på uttalelse til Nesseby kommune v/kommunedirektør. Vi mottok uttalelse den 08.03.2023, og denne er inntatt i sin helhet nedenfor.

Fra: Charles Petterson <charles.petterson@nesseby.kommune.no>
Sendt: onsdag 8. mars 2023 17:09
Til: Knut-Åge Vargren
Kopi: Eirik Vorren; Margget Ravdna Smuk; Thelma Bergheim
Emne: Uttalelse fra kommunedirektør til forvaltningsrevisjon «Ressursbruk og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten i Nesseby kommune».

Hei

Her kommer min kommentar til forvaltningsrevisjon «Ressursbruk og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten i Nesseby kommune».

Kommunedirektøren setter pris på å ha fått en grundig forvaltningsrapport som gjennomgår kommunens ressursbruk og kvaliteten på tjenestene vi leverer innenfor pleie- og omsorg. Rapporten påpeker flere områder hvor vi helt klart må forbedre oss. Det jeg leser av rapporten er at vi har flere store mangler på flere sentrale områder innenfor pleie- og omsorgstjenesten, at vi bruker mer ressurser på våre tjenester innen pleie- og omsorg enn sammenlignbare kommuner, og at pårørende på overordnet nivå er fornøyd med kvaliteten på tjenestene våre innfor denne sektoren.

Rapporten tar for seg tre problemstillinger.

I forhold til problemstilling 1 så leser jeg ut av rapporten at vi mangler følgende innenfor pleie- og omsorg:

- A. Revisors vurdering er at Nesseby kommune i noen grad har oppfylt revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det vil si at kommunen mangler:
 - Overordnede mål og planer for tjenesten
 - Samlet oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere til bruk i tjenesten
 - Oversikt over hvordan endringer i regelverket fanges opp og iverksettes
 - Oversikt over de ansattes kompetanse eller fremtidig kompetansebehov
- B. Revisors vurdering er at Nesseby kommune har i noen grad oppfylt revisjonskriteriet om å ha gjennomført sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det vil si at det er:
 - Ikke dokumentert noen rutiner for ansattmedvirkning
 - Ikke vært brukerundersøkelse eller vernerunde de siste årene
- C. Revisors vurdering er at Nesseby kommune i liten grad har oppfylt revisjonskriteriet om å ha evaluert virksomhetens aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Det vil at det:
 - Eksisterer ikke vedtatte mål som kommunen kan evaluere seg selv opp mot, verken overordnet eller på tjenester gitt til enkeltmottakere
 - Ikke utarbeidet et system for å motta og håndtere tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og deres pårørende
- D. Revisors vurdering er at Nesseby kommune har ikke oppfylt revisjonskriteriet om å ha korrigeret virksomhetens aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
 - Ingen samlet oversikt over avvik
 - Ikke er skriftliggjorte rutiner for korrigerende eller dokumentasjon for korrigerende tiltak som er gjort

Ut ifra kommunedirektørens vurdering er dette en tilbakemelding som viser at vi må ta store grep for å sikre en god kvalitet på de tjenestene vi leverer innenfor pleie- og omsorg, og at disse tjenestene er i henhold til gjeldende regelverk, anbefalinger og retningslinjer. Det har de siste årene vært store utskiftninger av ledelsen innenfor pleie- og omsorg de siste årene, og mange av lederne har vært konstituerte ledere. I november 2022 gjennomført vi en omorganisering som medførte at alle pleie og omsorgstjenestene ble organisert i en virksomhet bo- og omsorg. Kommunedirektøren er av den oppfatning at denne omorganiseringen vil gjøre det mer oversiktlig å styre og utvikle tjenestetilbudet vårt innenfor pleie- og omsorg.

Kommunedirektøren er av den oppfatningen av manglende som her påpekes angående rutinebeskrivelser, interkontroll og avvikssystem er så store at vi må se nærmere på hvordan vi skal få dette opp på et tilfredsstillende nivå. I 2022 ble det opprettet en egen HR-rådgiver i staben, for å jobbe med blant annet personalsaker og organisasjonsutvikling. Planen var at denne stillingen skulle bidra til å få innført Compilo sitt system for internkontroll og avvikssystem. Pga. at det ikke har eksistert en slik stilling i kommunen i ca. 5 år, er det svært mye å ta tak i. Kommunedirektøren vil derfor vurdere hvorvidt det må utarbeide en sak til kommunestyret hvor det foreslås at det settes av større ressurser til et eget prosjekt for å få innfase Compilo i hele kommunen. Et slikt system i kommunen vil i stor grad rette opp på mange av de forholdene innenfor pleie- og omsorg som rapporten påpeker.

For å i større grad involvere de ansatte innføres det månedlige avdelingsmøter på institusjon og hjemmetjenesten, og møtene skal dokumenteres via referat.

Kommunedirektøren vil også se nærmere på om det må utarbeides en egen strategisk plan for vårt arbeid innenfor helse, omsorg og velferd.

Kommunedirektøren registrerer at vernetjenesten i kommunen ikke har fungert tilfredsstillende i 2022. Det har heller ikke vært gjennomført egne AMU møter i fjor. Bakgrunnen til dette har vært manglende administrative ressurser innenfor personal. I løpet av 2023 skal organiseringen av vernetjenesten tilpasses den nye virksomhetsstrukturen, og det vil bli gjennomført møter i AMU når dette er på plass.

I problemstilling 2 har rapporten sett på Nesseby kommune sin ressursbruk innenfor pleie- og omsorgstjenesten, sammenlignet med andre kommuner

Rapporten påpeker at Nesseby kommune har en klart høyere ressursbruk og lavere produktivitet i driften av institusjonsbaserte tjenester (sammenliknet med KOSTRA-gruppen Nesseby kommune tilhører), i alle de fire årene sammenlikningen gjelder. Kommunen hadde en relativt lav ressursbruk på hjemmetjenester i 2018 og 2019, og i 2018 høy produktivitet i driften av hjemmetjenestene. Deretter avtakende og lav produktivitet i 2019-2021, og raskt økende ressursbruk på dette tjenesteområdet. Høyere bemanning i pleie- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittlig for referansegruppene, og dermed samlet sett lav produktivitet på tjenesteområdet.

I inneværende år har virksomhet for bo- og omsorg fått et uspesifisert kutt i budsjettet på 3.5 millioner. Dette vil medføre at ressursbruken blir noe mindre. Kommunedirektøren vil også informere om at det i forbindelse med omorganiseringen av pleie- og omsorgstjenesten har blitt oppdaget 17 søknader de siste 5 årene om tjenester innenfor pleie- og omsorg hvor det har vært gitt tjenester uten noen form for vedtak. Dette har medført at vi ikke har hatt noen brukerbetaling på tjenesten som har vært gitt, og tjenestene som er gitt ikke er blitt registrert i KOSTRA. For å unngå dette i fremtiden er det innført nye saksbehandlingsrutiner for vedtak om tjenester innen pleie- og omsorg.

I problemstilling 3 tar rapporten for seg pårørendes opplevelser av kvaliteten på tjenestene innenfor pleie- og omsorg

Resultatene indikerer på et overordnet nivå at kvaliteten oppleves som god. Grunnleggende faktorer som trivsel, respekt, selvbestemmelse og trygghet ivaretas på en god måte av tjenesteyterne. Resultatene fra spørreundersøkelsen blant pårørende i sykehjemmet viser et 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 av fysioterapeut og

tannlege. Resultatene på spørsmålene om brukerinvolvering og informasjon tilknyttet klageadgang viser at tjenestene kan forbedre seg på disse områdene.

Kommunedirektøren er fornøyd med at kvaliteten tjenestene oppleves som godt overordnet nivå blant pårørende. Rapporten påpeker imidlertid at vi på flere områder har forbedringspotensialet, spesielt i forhold til dialog med de pårørende, brukerinvolvering og informasjon tilknyttet klageadgang. Kommunedirektøren vil i samarbeid med virksomhetsleder for bo- og omsorg se nærmere på hvordan vi kan forbedre oss på disse områdene.

9 REVISORS ANBEFALINGER

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Nesseby kommune å videreutvikle sitt styringssystem for pleie- og omsorgstjenestene, herunder:

- vurdere hvor omfattende styringssystemet skal være og i hvilken grad det skal formaliseres (dokumenteres)
- treffe tiltak for å klargjøre ansvars- og rollefordeling med hensyn til både tjenesteproduksjon og kvalitetsforbedringsarbeid
- gjennomføre risikoanalyser av virksomheten
- styrke innsatsen med hensyn til å innhente erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende
- sikre en fullstendig og utviklingsorientert håndtering av og tilnærming til innmeldte avvik
- foreta regelmessige gjennomganger og evalueringer av styringssystemet med henblikk på å vurdere hvorvidt det er oppdatert og fungerer etter hensikten

Vi anbefaler også kommunen å vurdere behovet for forbedringer i sykehjemstjenesten med utgangspunkt i spørreundersøkelsen som presenteres i denne rapporten.

10 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)
- 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

