

# FORVALTNINGSREVISJON

## SYKEHJEMSTJENESTENE

Nordreisa kommune  
Ráissa suohkan  
Raisin komuuni



Rapport 2022

## Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Nordreisa kommune har KomRev NORD IKS gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot bruker- og pårørendemedvirkning samt ansattes medvirkning i sykehjemstjenestene. 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 Nordreisa kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Nordreisa kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Finnsnes, 22.11.2022

**Margrete Mjølhus Kleiven**  
*Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor*

**Truls Siri**  
*Prosjektleder, forvaltningsrevisor*

**Knut Teppan Vik**  
*Ansvarlig for kvalitetssikring*

## SAMMENDRAG

---

KomRev NORD har gjennomført forvaltningsrevisjon av sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune rettet mot kommunens systemer for bruker- og pårørendemedvirkning samt de ansattes medvirkning. Sykehjemstjenestene omfatter tre sykehjem; *Sonjatun sykehjem* samt institusjonssteder som består av *Sonjatun Omsorgssenter* og *Sonjatun Bo- og kultursenter*.

Forvaltningsrevisjonen er kontrollutvalgets oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune» fra 2019. Som oppfølging besvarer vi i denne forvaltningsrevisjonsrapporten problemstillingene:

1. *Har Nordreisa kommune et system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger?*
2. *Har Nordreisa kommune et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger?*
3. *Hva er status i planlagte og gjennomførte tiltak beskrevet i rapport av 24.11.20 til kontrollutvalget?*

Revisors konklusjon på problemstilling 1 er at **Nordreisa kommune ikke i tilstrekkelig grad har et system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger**. Konklusjonen bygger på følgende oppsummerte funn og vurderinger:

Kommunen har dokumentert virksomhetsplan og rutiner, samt beskrevet praksis for hvordan involvering av pasient og pårørende gjøres, men brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser gjennomføres ikke. Revisor vurderer at Nordreisa kommune **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å involvere pasient og deres pårørende i utformingen og evalueringen av den enkeltes tjenestetilbud

Kommunen har involvert brukerrepresentanter i utarbeidelse av kommunens helse og omsorgsplan. Brukerutvalget for sykehjemmene har hatt møter, men møtehyppigheten har vært lavere enn hva som er målsettingen om to årlige møter. Revisor vurderer at Nordreisa kommune **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å sørge for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet til pasientene i sykehjemstjenestene.

Sykehjemmene har vist til ulike aktiviteter som er i regi eller i samarbeid med frivillige organisasjoner, men i mindre grad samarbeid med for eksempel brukerorganisasjoner. Revisor vurderer at kommunen **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner.

Revisors konklusjon på problemstilling 2 er at **Nordreisa kommune ikke i tilstrekkelig grad har et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger**. Konklusjonen bygger på følgende oppsummerte funn og vurdering:

Sykehjemmene har ulike møter der de ansatte kan komme med forslag og innspill. Kommunen innførte nytt avvikssystem i 2022, opplæring foregår fortsatt og de ansatte melder avvik i det nye systemet. Medarbeiderundersøkelse ble gjennomført i 2021. Medarbeidersamtaler har hatt varierende gjennomføringsgrad. Det foreligger ikke oppdatert kompetanseplan, men ny

kompetanseplan skal etter planen foreligge innen vår 2023. Revisor vurderer at kommunen **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å legge til rette for at ansatte kan medvirke.

Kontrollutvalget i Nordreisa kommune har hatt flere saker til behandling i forbindelse med oppfølging av forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i sykehjemstjenesten» fra 2019. Kommunedirektøren v/daværende virksomhetsleder utarbeidet rapport til kontrollutvalget som svar på hvilke tiltak som var igangsatt og gjennomført for å følge opp anbefalingene i rapporten.

Til problemstilling 3 viser våre funn at de aller fleste av tiltakene som var og er planlagt, er gjennomført. Imidlertid er det noen av tiltakene som gjenstår eller som i varierende grad har blitt gjennomført. Her vil revisor trekke frem brukerundersøkelse som ikke er gjennomført, og ny kompetanseplanen som etter opprinnelig plan skulle foreligge vår 2021. Videre er det varierende gjennomføringsgrad av medarbeidersamtaler samt at det i liten grad gjennomføres pasientrettet utviklings-/ samarbeidsmøter. Enkelte rutiner som skulle vært utarbeidet, er fortsatt ikke på plass.

Vi anbefaler Nordreisa kommune å sikre at det ved kommunens sykehjem:

- Utvikles og implementeres system for gjennomføring og oppfølging av bruker- og pårørendeundersøkelser
- Planlegges for et tilstrekkelig antall møter med brukerutvalget gjennom året. Samt sikrer at disse gjennomføres som planlagt og følges opp
- Planlegges for et tilstrekkelig antall møter med brukerorganisasjoner gjennom året. Samt sikrer at disse gjennomføres som planlagt og følges opp
- Påses at alle ansatte ved sykehjemstjenestene minimum én gang årlig tilbys medarbeidersamtale
- Utarbeides kompetanseplan

**Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Bakgrunn og bestilling</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Problemstillinger og revisjonskriterier</b> .....	<b>9</b>
2.1 Problemstillinger .....	9
2.2 Revisjonskriterier .....	9
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier .....	9
<b>3 Metode, datamateriale og avgrensning</b> .....	<b>12</b>
3.1 Metode og datamateriale .....	12
3.2 Gyldighet og pålitelighet.....	12
3.3 Avgrensninger .....	13
<b>4 Bruker- og pårørendemedvirkning</b> .....	<b>14</b>
4.1 Sykehjemstjenestene i Nordreisa .....	14
4.2 Medvirkning fra pasient og pårørende .....	15
4.2.1 Rutiner og prosedyrer .....	15
4.2.2 Brukerrepresentanter, brukergupper og frivillige organisasjoner.....	18
4.2.3 Andre funn. Bekymringsbrev fra pårørendekontakter ved Bo og kultur .....	19
4.3 Revisors vurdering og konklusjon .....	21
<b>5 Ansattes medvirkning</b> .....	<b>23</b>
5.1 Medvirkning .....	23
5.1.1 Møter.....	23
5.1.2 Medarbeiderundersøkelse .....	24
5.1.3 Medarbeidersamtale .....	24
5.1.4 Avvik.....	24
5.1.5 Kompetanse- og fagutvikling.....	27
5.2 Revisors vurdering og konklusjon .....	29
<b>6 Status i planlagte og gjennomførte tiltak</b> .....	<b>30</b>
6.1 Bakgrunn .....	30
6.2 Status i planlagte og gjennomførte tiltak.....	30
6.3 Oppsummering .....	37
<b>7 Uttalelse</b> .....	<b>38</b>
<b>8 Anbefalinger</b> .....	<b>39</b>
<b>9 Referanser</b> .....	<b>40</b>

## 1 BAKGRUNN OG BESTILLING

Kontrollutvalget i Nordreisa kommune vedtok i møte 23.9.2021 i sak 17/21 følgende i pkt. 2:

*Kontrollutvalget ber Kom Rev NORD fremlegge overordnet prosjektskisse for oppfølgende undersøkelser av gjennomførte tiltak knyttet til:*

- a) bruker- og pårørende medvirkning i sykehjemstjenestene*
- b) de ansattes medvirkning i forbedringsarbeid ved sykehjemmene*
- c) status vedrørende planlagte – og gjennomførte tiltak som beskrevet rapport til kontrollutvalget i sak 5/21.*

Bestillingen er gjort med bakgrunn i kontrollutvalgets oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune» fra 2019. I forbindelse med behandlingen av rapporten, vedtok kommunestyret følgende i sak 91/19 den 19.12.2019:

*Kommunestyret ber rådmann avgi en skriftlig redegjørelse til kontrollutvalget over planlagte og gjennomførte tiltak for å imøtekomme revisjonens anbefalinger om å*

- a. videreutvikle skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov*
- b. videreutvikle system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene*
- c. styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene*

*Frist for skriftlig tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 1. februar 2020*

Det ble gitt skriftlig tilbakemelding fra kommunedirektøren og meldt tilbake til kommunestyret 21.2.2020. Tilbakemeldingen ble senere behandlet i kontrollutvalgets møte 12.5.2020 der utvalget vedtok å be om ny skriftlig tilbakemelding.

*1. Kontrollutvalget noterer seg at rådmannens redegjørelse av 21.2.2020 om planlagte tiltak, og tar saken til foreløpig orientering.*

*2. Kontrollutvalget ber om ny skriftlig tilbakemelding om gjennomførte tiltak og innkaller rådmannen til møtet 29.11.2020.*

I møte 24.11.2020 orienterte kommunedirektøren om oppfølgingen av planlagte og gjennomførte tiltak. Som et grunnlag for denne orienteringen var det utarbeidet en rapport av daværende virksomhetsleder i helse og omsorg som punktvis beskriver tiltak som var igangsatt eller skulle igangsettes etter forvaltningsrevisjonen i 2019. Tiltakene var knyttet til følgende anbefalinger fra forvaltningsrevisjonsrapporten

- Videreutvikling av skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
- Videreutvikle et system for bruker- og pårørende medvirkning i sykehjemstjenestene
- Styrke forutsetning for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

Kontrollutvalget vedtok i møtet at kommunedirektøren skulle innkalles til møtet i mars 2021 for å gi en oppdatering med hensyn til planlagte og gjennomførte tiltak «siden forrige rapportering»; altså på bakgrunn av rapporten som var redegjort for i møtet i november 2020.

På bakgrunn av oppdateringen gitt av kommunedirektøren i sak 5/21 i kontrollutvalgsmøte 8. mars 2021, vedtok kontrollutvalget følgende:

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slikt v e d t a k:

1. Kommunestyret finner at kommunedirektøren har gitt tilfredsstillende svar over planlagte – og gjennomførte tiltak som er egnet til å oppfylle kommunestyrets vedtak i sak 91/19 om å:
  - a. videreutvikle skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
  - b. videreutvikle system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
  - c. styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene.
2. Kommunestyret forutsetter at planlagte tiltak som nevnt i redegjørelse til kontrollutvalget i sak 5/21 gjennomføres uten ugrunnet opphold.

Kommunestyret i Nordreisa kommune skulle i møte 6.5.2021 behandle oppfølgingen av forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i sykehjemstjenestene». Kommunestyret traff slikt enstemmig vedtak i sak 29/21: *I lys av saken om kritiske forhold ved Sonjatun så vil vi anbefale kommunestyret å se bort fra kontrollutvalgets anbefaling 1. mars, og sende saken tilbake til kontrollutvalget for videre oppfølging.*

Saken som det siktes til i vedtaket, gjelder sak 17/21 i et ekstraordinært møte 26.4.2021 i Helse- og omsorgsutvalget som følge av situasjonen ved Sonjatun sykehjem. Bakgrunnen var at både tilsynslege og ansatte hadde gitt skriftlig bekymring for pasientene. Bekymringen har også blitt uttrykt gjennom lokale media.

Kontrollutvalget fulgte opp kommunestyrets vedtak i møte 20.5.2021 og traff følgende vedtak i sak 11/21:

1. *Kontrollutvalget ber om innsyn i varsel fra 2019 og senere varsler, herunder relevant korrespondanse knyttet til oppfølging av disse. Herunder saksdokumenter og vedlegg til Helse – og omsorgsutvalgets ekstraordinære møte 26.4.2021.*
2. *Kontrollutvalget gjennomfører etatsbesøk på Sonjatun sykehjem tirsdag 7. september*
3. *Kontrollutvalget har notert at kommunedirektøren tar sikte på å gjennomføre økt bemanning i tråd med kommunestyrets vedtak innen 1.9.2021.*

Kontrollutvalget gjennomførte etatsbesøk den 23.9.2021, og på bakgrunn etatsbesøket og de tilbakemeldingene som ble gitt der, oppfattet kontrollutvalget at situasjonen ikke var så mye endret med tanke på de forhold som revisjonen påpekte i rapporten fra 2019. Dette gjaldt særlig bruker- og pårørendemedvirkning samt ansattes medvirkning i forbedringsarbeidet.

Kontrollutvalget vedtok i denne sammenheng å be KomRev NORD om å utarbeide en overordnet projektskisse for oppfølgende undersøkelser av gjennomførte tiltak knyttet til

- a) bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
- b) de ansattes medvirkning i forbedringsarbeid ved sykehjemmene
- c) status vedrørende planlagte – og gjennomførte tiltak som beskrevet rapport til kontrollutvalget i sak 5/21

Revisjonens forslag til overordnet projektskisse ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 9.12.2021.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om Nordreisa kommune har utbedret sine systemer for bruker- og pårørendemedvirkning og for de ansattes medvirkning i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene. Videre er formålet å kartlegge status i tiltak beskrevet i rapport til kontrollutvalget i sak 5/21.



## 2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

### 2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. Har Nordreisa kommune et system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger?
2. Har Nordreisa kommune et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger?
3. Hva er status i planlagte og gjennomførte tiltak beskrevet i rapport av 24.11.20 til kontrollutvalget?

### 2.2 Revisjonskriterier

#### 2.2.1 Kilder for utledning av 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. For problemstilling 1 og 2, utleder vi revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 første ledd fremgår det at kommunen har en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjenester. Videre fremgår det av § 3-10 andre ledd at kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, som i dette tilfellet er sykehjemstjenestene i Nordreisa, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Bestemmelsene skal sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eksempelvis innenfor sykehjem. Hvilket nivå det skal etableres systemer for denne type pasient- og brukerinnflytelse fremgår ikke av forarbeidene<sup>1</sup>, men det vil være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring med veileder gir nærmere føringer for disse pliktene.

I § 3-10 tredje ledd, fremgår det at helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsen sier ikke noe bestemt om hva det skal samarbeides om, men av lovforarbeidene fremgår det at det ofte kan være aktuelt å samarbeide om forebyggende tiltak eller grupperettede tiltak, men også når det gjelder tiltak

<sup>1</sup> Prop.91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

for enkeltpersoner kan det være aktuelt med slik samarbeid. Hvordan samarbeidet skal skje, må avklares av den enkelte kommune.

Bruker- og pårørendemedvirkning omhandler også det å innhente erfaringer. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav e), angir plikt til å sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. I veileder til forskriften redegjøres det for hvordan ledere i helse- og omsorgstjenesten kan forstå og etterleve krav i forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring. I veilederen står det at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir innhentet og tas i bruk. I dette ligger det at det må innhentes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Pasienter, brukere og pårørende skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet.

Det fremgår av forskriften § 8 bokstav d) en plikt til å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer. I veilederen står det at det er viktig å ta utgangspunkt i pasientenes, brukernes og pårørendes behov og vurderinger når tjenester skal evalueres og utvikles. 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 og pasient- og brukersikkerheten. Øverste leder er den som har ansvaret for å sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evalueringen av virksomheten. Ledelsen må derfor systematisk gjennomgå og drøfte resultatene av evalueringer, klager og andre tilbakemeldinger. Forbedringer som skal gjennomføres, bør ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienter, brukere og pårørende, og disse bør være aktivt med i forbedringsarbeidet.

Ansattes medvirkning omtales i forskriften § 7 bokstav d) hvor det fremgår virksomheten må sørge for at medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Av veilederen til forskriften fremgår det at for å lykkes i å styre og forbedre virksomheten er det avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt. Ofte vet de hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften, og de har også ofte de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring. Derfor er det viktig at det tilrettelegges for og oppmuntres til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder.

Veilederen trekker frem flere eksempler på hvordan medvirkning kan tilrettelegges; etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom melde- og avviksbehandling og forbedringsarbeid. For å medvirke på en god måte i forbedringsarbeidet, beskriver veilederen at det er en forutsetning at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid og pasient- og brukersikkerhet.

På bakgrunn av ovennevnte utleder vi følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal

- Involvere pasient og deres pårørende i utformingen og evalueringen av den enkeltes tjenestetilbud
- Sørge for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet til pasientene i sykehjemstjenestene
- legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og frivillige organisasjoner
- legge til rette for at de ansatte kan medvirke

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

Problemstilling 3 er av deskriptiv karakter, som vil si at den besvares ved en beskrivelse av fakta. For deskriptive problemstillinger er det ikke relevant å utlede revisjonskriterier. I kapittel 6 presenterer vi oppdatert status i de planlagte og gjennomførte tiltak beskrevet i rapporten fra 24.11.2020. Vi gir kommentarer til hva som er gjennomført, hva som er nye opplysninger og hva som ikke har blitt gjennomført.

## 3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

---

### 3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon<sup>2</sup>.

Revisor gjennomførte oppstartsmøte med vår kontaktperson; kommunalsjef for og helse og omsorg, via Teams 8.3.2022. I møtet informerte revisor om gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. Referatet ble i etterkant sendt til kommunalsjefen for verifisering.

Revisor har etterspurt, mottatt og analysert dokumentasjon. Dokumentasjonen i denne forvaltningsrevisjonen er oversendt av kommunalsjefen og består av:

- Helse- og omsorgsplan, 2021-2026
- Virksomhetsplan for sykehjemmene, 2022
- Rekrutterings- og kompetanseplan, 2016-2020
- Retningslinjer for medarbeidersamtale
- Lederavtale for virksomhetsledere i Nordreisa kommune
- Referater fra brukerutvalg
- Introduksjonsprogram for nyansatte
- Årsmelding 2021
- Rutiner og prosedyrer brukt i sykehjemstjenestene

Dokumentanalyse er valgt for systematisk å gjennomgå sykehjemstjenestens planverk og rutiner med sikte på å finne relevant informasjon om de forholdene som skal besvares under problemstillingene.

Revisor har i tillegg gjennomført enkeltvis intervju med virksomhetslederne for sykehjemstjenestene, fagsykepleier ved Sonjatun omsorgssenter og Bo- og kultursenter, hjelpepleier 1 ved Sonjatun sykehjem, og kommunalsjef for helse og omsorg. Opplysningene gitt i intervjuene er i etterkant verifiserte av samtlige. Revisor har tillegg sendt oppfølgingsspørsmål til på e-post til kommunalsjefen.

Intervju er benyttet for å innhente ytterligere kunnskap og opplysninger om praksisen i forbindelse med bruker- og pårørendemedvirkning, ansattes medvirkning samt for å supplere den skriftlige dokumentasjonen. Informantene vi har valgt ut anses å ha særlig god kjennskap til de forholdene det har vært aktuelt for revisor å undersøke.

### 3.2 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Revisor vurderer at det datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapportens kapittel 4 og 5, oppfyller dette gyldighetskravet.

Datamaterialet vi har innhentet er omfattende og etter vårt syn tilstrekkelig som grunnlag for å vurdere kommunen opp imot revisjonskriteriene, og for å svare på problemstillingen. Revisor

---

<sup>2</sup> 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

har etterspurt og mottatt spesifikk dokumentasjon. Skriftlige og muntlige opplysninger er gitt av kommunalsjef og nestleder for helse og omsorg, og muntlige opplysninger er gitt av virksomhetslederne ved sykehjemstjenestene som gjennom sine stillinger har inngående kjennskap til sykehjemstjenestene, og som er pålagt et ansvar for tjenestenes systemer og rutiner for å sikre tjenestekvalitet. Videre er det gitt muntlige opplysninger fra ansatte som har inngående kunnskaper om det praktiske arbeidet ved sykehjemstjenestene. På bakgrunn av ovenstående betrakter vi datamaterialet som relevant.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.

### 3.3 Avgrensninger

Forvaltningsrevisjonen retter seg ifølge kontrollutvalgets bestilling seg mot sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune og hvilke systemer og praksis sykehjemmene har for bruker- og pårørendemedvirkning samt medvirkning fra ansatte. Vi har ikke undersøkt og vurdert hvorvidt kommunen faktisk gir tjenester i henhold til lovverk og gjeldende enkeltvedtak, og hvordan den enkelte tjenestemottaker i forkant av dette har medvirket for utforming av tjenestetilbudet. Det er utenfor revisors mandat å undersøke og vurdere forsvarligheten i tjenestetilbudet til enkeltpersoner.

## 4 BRUKER- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING

Har Nordreisa kommune et system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger?

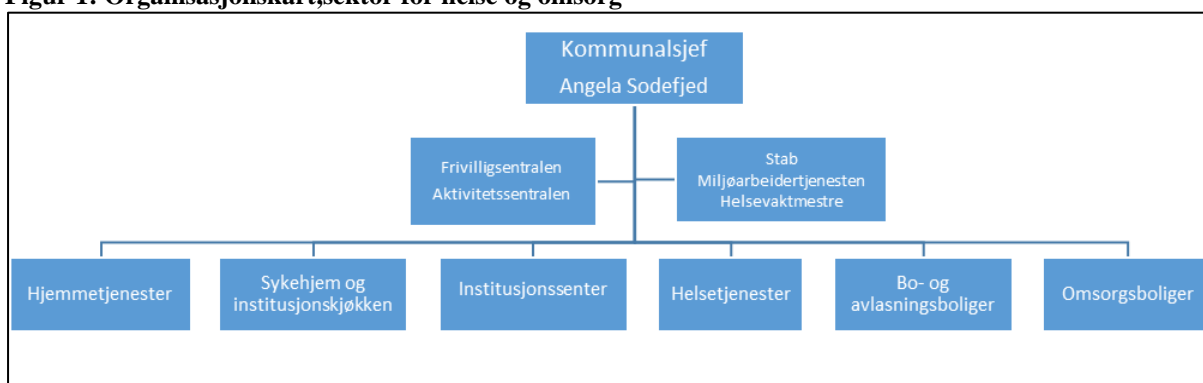
### Revisjonskriterier

#### Kommunen skal

- involvere pasient og deres pårørende i utformingen og evalueringen av den enkeltes tjenestetilbud
- sørge for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet til pasientene i sykehjemstjenestene
- legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner

### 4.1 Sykehjemstjenestene i Nordreisa

Figur 1: Organisasjonskart, sektor for helse og omsorg



Sykehjemstjenestene omfatter tre sykehjem med til sammen 49 plasser som gir behandling og pleie, avlastning og korttidsplass, rehabilitering og utredning av demenssykdom, samt andre som har behov for utredning. Sykehjemmene er *Sonjatun sykehjem* med 16 plasser (11 langtids- og 5 korttidsplasser, det ble en endring fra 17 til 16 plasser fra mai 2022), samt institusjonssenter som består av *Sonjatun Omsorgssenter* og *Sonjatun Bo- og kultursenter* med 16 plasser og 16,2 årsverk på hvert av stedene.

Sonjatun sykehjem er delt i to avdelinger, øst (korttid) og vest (langtid). Sykehjemmet har nær tilgang til fysioterapi, ergoterapi, sykestue, og legehjelp da disse ligger i samme bygning. Bemanningen er fem på dagtid, fire på kveld og to på natt i sykehjemmet.

Sonjatun omsorgssenter er spesielt tilrettelagt for personer med demenssykdom. Det er to avdelinger med åtte plasser på hver avdeling. Sykehjemmet er bygget på bakkeplan og har sansehage og vandrestier. Bemanningen er to på vakt på hver avdeling på dag og kveld, mens det på natt er én på vakt på hver avdeling.

I tillegg er det ambulant sykepleier natt som dekker alle tre sykehjemmene.

Sonjatun Bo- og kultursenter har to avdelinger med åtte plasser på hver avdeling. En langtidsavdeling er for personer med demenssykdom. Bemanningen her er to på vakt på hver avdeling på dag og kveld, mens det på natt er én på vakt på hver avdeling.

Samtlige av dem som revisor har intervjuet, trekker frem utfordringene med å rekruttere ansatte til stillinger, og det er spesielt sykepleiere som det er mangel på. Videre viser flere til at pleietyngden er for stor i forhold til bemanningen.

## 4.2 Medvirkning fra pasient og pårørende

### *Revisors funn*

#### 4.2.1 Rutiner og prosedyrer

Revisor har etterspurt og mottatt flere rutinebeskrivelser som har relevans for brukermedvirkning og utforming av den enkeltes tjenestetilbud. Flere av disse ble vi også forelagt i forbindelse med forvaltningsrevisjonen i 2019. Blant disse vurderer vi følgende rutinebeskrivelser som relevante:

- *Prosedyre for brukermedvirkning på institusjon*

Formålet er å sikre systematisk mulighet for brukermedvirkning for pasienter/pårørende til pasienter som har fast plass på institusjon. Kvalitetsmålene er:

- godt samarbeid og god kommunikasjon mellom tjenesteyter og mottaker
- pasient og pårørende skal ha en mulighet til å påvirke tjenestene som gis
- strebe etter best mulig kvalitet på tjenesten

Hver institusjon skal ha minst én brukerrepresentant, og det bør være én representant fra hver avdeling. Dette kan være en pasient med fast plass eller pårørende til pasient med fast plass. Det bør være minimum to møter i brukerrådet i løpet av året, og det skal skrives referat fra møtene. Representanter velges for to år og ellers ved behov. Det arrangeres pårørendearrangement på hver institusjon, minimum en gang i året, der et eventuelt valg kan foregå. Dette skal være med i årshjul.

Pasienter og pårørende skal bli tilbudt en innkomstsamtale når de flytter inn på institusjon. (Dette fremgår i innskrivingsrutinene). Det skal årlig tilbys samtaler i forbindelse med årskontroll til pårørende og beboere som kan ivareta dette selv. Samtaler utover dette skal bli tilbudt ved behov. (Dette fremgår også av virksomhetsplanen). Årskontroller med samtale blir gjennomført i starten av et nytt år. Det bør gjennomføres brukerundersøkelser hvert 2-3 år og det benyttes brukerundersøkelser som kommunen har gjennom kvalitetssystemet.

- Virksomhetsleder har ansvar for å innkalle til brukerråd.
- Virksomhetsleder/avdelingsleder har ansvar for valg av representant.
- Avdelingsleder/ansvarssykepleier har ansvar for å gjennomføre innkomstsamtale.
- Avdelingsleder/ansvarssykepleier har ansvar for gjennomføring av årskontroll.
- Virksomhetsleder/sectorleder har ansvar for gjennomføring av brukerundersøkelser.

Denne prosedyren er ny siden 2019 og er omtalt som en del av tiltakene i tilbakemeldingen fra kommunedirektøren til kontrollutvalget i rapport av 24.11.2020. Se også tabell 2 i kapittel 6.

- *Innskrivingsrutiner.*

Formålet med rutinen er å sikre at innskrivingsarbeid ved avdelingen blir korrekt utført. Kvalitetsmålene er:

- sikre pasienten riktig behandling etter behov, utfra dokumentasjonen,
- sikre dokumentasjon for alle yrkesgrupper for å gi pasienten riktig oppfølging under oppholdet i avdelingen
- skape godt samarbeid og gi trygghet og trivsel for pasient/pårørende.

Pasienten skal tildeles primærpleier før ankomst og skal skrives inn i Profil. Det skal være innkomstsamtale med pasient/pårørende og personale (avdelingsleder, primær og sykehjemslege) i løpet av de første dagene (egen rutine for innkomstsamtale). Videre skal det kartlegges pasientopplysninger som; familie/sosialt, egne ressurser, allergi, vurdere tiltaksplan, kartlegge ernæringsstatus, legemiddelgjennomgang og melde inn for tannhelsetjenesten.

Denne rutinen er lagt inn i det nye kvalitetssystemet Compilo og er oppdatert fra 2019.

- *Mottak av pasient i avdelingen.*

Formålet med rutinen er at pasienten skal mottas på en slik måte at han/hun skal føle trygghet og trivsel. Innkomstsamtalen skal kartlegge pasientens ressurser, hjelpebehov og andre relevante opplysninger, og skal dokumenteres i Profil og IPLOS. Det er ønskelig med åpen dialog mellom pårørende og avdeling og avdelingens telefonnummer utleveres og det oppfordres til kontakt. Pårørendesamtaler og pårørendekvelder utføres etter nærmere avtale.

Denne rutinen er revidert og datert 8.4.2022

- *Primærpleiers oppgaver.*

Formålet med rutinen er å sikre helhetlig individuell pleie til den enkelte pasient. Primærpleier skal gjennomføre innkomstsamtale, ha kontakt med pårørende og sørge for at tiltaksplanene er oppdaterte i Profil. Videre skal primærpleier sørge for at pasienten har klær og toalettsaker samt oppfordre til deltakelse i aktiviteter. Primærpleier skal også påse at frisør og fotpleie blir bestilt der det er ønskelig.

Denne rutinen er den samme som revisor ble forelagt i anledning forvaltningsrevisjonen i 2019.

I den nye virksomhetsplan fra 2022 for sykehjemmene i Nordreisa kommune, er det beskrevet elleve målsetninger. Blant disse målsetningene er det tre som har relevans for pasient- og pårørendemedvirkning. Disse fremgikk også i rapporten fra 2019 hentet fra daværende virksomhetsplan, men i den nye virksomhetsplanen er målsettingene mer utdypende beskrevet når det gjelder tiltak, tidsplan og ansvar.

*Målet er at alle pasienter skal få en verdig, trygg og meningsfull alderdom, der det blir tatt hensyn til den enkeltes unike bakgrunn, personlighet og ressurser. At pasientene får riktig og forsvarlig helsehjelp og boform utfra den enkeltes behov og tilstand*

Tiltak tilknyttet målsetting	Tidsplan	Ansvar
Tilstrekkelig fagbemanning	Kontinuerlig	Virksomhetsleder, verneombud, tillitsvalgt og den enkelte ansatt



Tilgang til nødvendige hjelpemidler		
Anvende velferdsteknologi tilpasset hver enkelt pasient/beboer.		Hovedkontakter i samarbeid med virksomhetsleder
Årskontroll	1 gang pr år	Lege, sykepleier
Legemiddel-nettverks gruppe mellom sykehjemmene	4 ganger i året	Medisinromsansvarlig/ virksomhetsleder
Visitter med tilsynslege	Ukentlig gjennom hele året	Lege, sykepleier
God kartlegging ved innkomst og underveis i oppholdet.	Kontinuerlig	Alle ansatte
Oppdatert IPLOS registrering	Minimum X 2 i året	Primærkontakter

*Målet er et godt og tillitsfullt samarbeid mellom pasienter, pårørende, ansatte og mellom de tre sykehjemmene.*

<b>Tiltak tilknyttet målsetting</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Ansvar</b>
Innkomstsamtale med pasient/pårørende, lege og personal	v/innkost	Lege, avdelingsleder, Sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere
Årlige pårørende samtaler og ved behov	Ved årskontroll, kontinuerlig ved behov	Lege, sykepleier, primærpleier
Samarbeidsmøter mellom virksomhetsledere	1 gang i uken	Virksomhetsledere
Møte mellom kommunalsjef og virksomhetsledere i sykehjem	Jevnlig	sektorleder/virksomhetsledere
God, riktig og tilpasset informasjon	Kontinuerlig ved behov	Alle ansatte

*Mål å sørge for god dokumentasjon av helsehjelp, at det lages tiltaksplaner for alle pasientene og at disse blir fulgt og evaluert kontinuerlig.*

<b>Tiltak tilknyttet målsetting</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Ansvar</b>
Følge inntakskriterier	Kontinuerlig	Inntaksteam, virksomhetsleder
God saksbehandling	Kontinuerlig	Administrasjon

Virksomhetslederne for sykehjemmene opplyser at det gjennomføres karlegging i forbindelse med innkomst, og at det lages plan for oppholdet. Fagsykepleier og hjelpepleier 1 opplyser at i forkant av - og ved - innkomst av ny pasient, gjennomfører sykepleier samtaler med pårørende og pasient. Dette gjøres etter en fast mal.

I forbindelse med årskontroller blir pårørende tilbudt å delta. Virksomhetslederne opplyser at pårørende som bor langt unna, kontaktes per telefon. Fagsykepleier opplyser at kontakten per telefon med pårørende varierer i omfang ut fra familier og behov for kontakt.

Virksomhetsleder for omsorgssentret og Bo og kultur opplyser at det ved Bo og kultur arrangeres pårørendekveld, og at de har som mål å ha dette ved omsorgssenteret. I tillegg har de ved Bo- og kultur en lukket Facebookgruppe for pårørende, pasienter og ansatte. Her kan de ansatte legge ut bilder etter godkjenning fra pårørende. Til pårørendekvelder blir alle pårørende invitert til sosialt arrangement for beboere og pårørende der det er bevertning og musikk. Valg av kandidater til brukerutvalget gjøres én gang i året i forbindelse med pårørendekveld.

#### 4.2.2 Brukerrepresentanter, brukergrupper og frivillige organisasjoner

Som en del av kommunenes planstrategi er det blitt utarbeidet *kommunedelplan for sektor Helse- og Omsorg 2021-2026*. Arbeidet med planen var organisert som et prosjekt med en prosjekteier, prosjektgruppe og en referansegruppe. Referansegruppen har bestått av politikere fra Helse- og Omsorgsutvalget og representanter fra brukergrupper (blant annet eldrerådet, rådet for funksjonshemmede og Mental Helse).

Det finnes brukerutvalg bestående av pårørende fra hver avdeling, og det er totalt seks brukerrepresentanter. Disse gjennomfører møter og tar videre saker hvis behov. Revisor har mottatt referat fra møter gjennomført 1.12.2020 og 5.10.2021. Blant temaer på disse møtene kan det nevnes; aktivitetkvelder, hjelpemidler, bemanning, hyggekveld og samvær og bistand ved måltider. Per juni 2022 har det ikke vært møter siden møtet 5.10.2021. Det er planlagt nytt møte 15. desember 2022. Alle sykehjemmene skal ha pårørendekveld i forkant. Det står i årshjulet at det skal gjennomføres møter i brukerutvalget to ganger pr år.

I årsmelding 2021 står det at det ved Sonjatun Bo- og kultur og Sonjatun omsorgssenter var et fokusområde pårørendearbeid. Det var blant annet arrangert dugnad sammen med pårørende, pårørendekveld og pårørendeskole. Det ble også valgt representanter til brukerutvalget.

Pårørendeskole er noe som arrangeres over flere kvelder. Tilbudet har eksistert over noe tid. Eksempelvis startet den 21.9.2022 arrangementet «Pårørendeskolen – demens». På kommunens nettside er det informasjon om dette hvor det står tilbudet er til de som har familiemedlemmer eller nære venner som har begynt å glemme ting, eller som har fått en demensdiagnose. Her vil det være mulig å treffe andre i samme situasjon, samt fagpersoner med kompetanse på området. Målsettingene for pårørendeskolen er<sup>3</sup>:

- *Gi pårørende økt kunnskap om demenssykdommer.*
- *Gi innsikt i metoder for kommunikasjon og samhandling med personer med demens.*
- *Bidra til bedre kunnskap om rettigheter, aktuelle lover og hvordan man tar kontakt med hjelpeapparatet.*

<sup>3</sup> <https://www.nordreisa.kommune.no/velkommen-til-paarørendeskolen.6543206-484013.html>

- *Hjelpemidler og velferdsteknologi*
- *Tilby støtte gjennom å møte andre i samme situasjon.*
- *Oppfølging av demenskontakt i etterkant av kurset*

Kommunalsjef for helse og omsorg opplyser at det i 2021 var ansatt ungdommer som aktivitets- og kostverter på Sonjatun sykehjem ved bruk av tilskuddsmidler. Her var fokus på fellesskap i måltider. Det har også vært ansatt aktivitør ved bruk av tilskuddsmidler ved sykehjemmene i samarbeid med Røde Kors. I samarbeid med flyktningetjenesten har sykehjemmet språkelever som er i praksis.

I virksomhetsplanen fremgår det at det gjennomføres ulike aktiviteter ved sykehjemmene, der flere er i regi av og i samarbeid med bruker- og/eller frivillige organisasjoner. Flere av disse aktivitetene har ikke blitt gjennomført i perioden med koronapandemien, men er nå kommet i gang igjen eller planlegges igangsatt.

- Andakt en gang pr. måned.
- Trim for pasientene en gang i uka.
- Røde-Kors besøkstjeneste en gang pr. måned.
- Aktivitetsvenner.
- Konserter gjennom “Den kulturelle” spaserstokken.
- Hyggekvelder to ganger i året.
- Sangstunder.
- Bingo og spill.
- Besøk av frisør og fotterapeut ved behov igjennom hele året.

Nordreisa frivilligsentral er etablert som en frivillig forening med driftsmidler fra Kulturdepartementet og Nordreisa kommune. Frivillig sentralen har kontor på Sonjatun og samarbeider blant annet med helse og omsorgsavdelingen. Av oppgaver som er direkte knyttet til sykehjemmene kan det nevnes:

- Dagtilbud til demente der frivilligsentralen har ansvaret for transport til/fra for pasienter, dagtilbud for demente.
- Koordinerer aktivitetsvenntjenestene

Kommunalsjef for helse og omsorg opplyser at brukerundersøkelse ikke er gjennomført. Dette skulle vært gjennomført i fjor, og hun anser dette som noe som må gjennomføres.

Revisor viser for øvrig til tabell 2 i kapittel 6 hvor det er beskrevet status i tiltak for å videreutvikle system for bruker- og pårørende medvirkning i sykehjemstjenestene.

#### 4.2.3 Andre funn. Bekymringsbrev fra pårørendekontakter ved Bo og kultur

Pårørendekontaktene ved Bo- og kultur sendte tidligere i år inn bekymringsbrev til helse- og omsorgsutvalget med kopi til kommunalsjef ved helse og omsorg om at bemanningen oppleves som uforsvarlig. Brevet deres er fra 15.2.2022, kommunalsjefen svarte på brevet 5.4.2022.

Angående bemanningen trekker pårørendekontaktene frem i brevet at avdelingene med åtte beboere og to på vakt på avdelingene fører til at noen må vente på assistanse når begge er opptatt med én beboer. De trekker også frem at det er problematisk at det bare er én på vakt om natta. Pårørendekontaktene skriver at de som er på jobb gjør sitt ytterst og litt til for å yte best mulig omsorg, men de pårørende opplever situasjonen som uholdbar og uakseptabel - og

mener at det må tas på alvor. De ber i brevet om tilbakemelding på hvilke tiltak som settes i verk for å bøte på situasjonen. Revisor viser til utdrag fra brevet nedenfor.

*«Ved hver avdeling er det i dag 8 beboere – av disse er det mange beboere som trenger MYE hjelp. Noen må mates, de fleste må hjelpes opp om morgenen, de må ha hjelp til å få på seg klær, de må hjelpes på do, de trenger hjelp til alt. De må vaskes og stelles, alle som bruker høreapparater trenger også hjelp til skifte av batterier. Kun EN av beboerne ved Vaddas klarer selv å gå til spisebordet for å delta ved måltidene. Dette er bare LITT av hverdagen til de to som er på hver vakt på hver avdeling. Oftere og oftere er det nødvendig at de to som er på vakt er opptatte med EN beboer. Dette medfører at de andre beboerne må vente, og vente og vente for å få den hjelpen de trenger, med de negative ringvirkninger dette gir.»*

*«På natten er det enda verre å få hjelp. Da er det ei nattevakt på hver avdeling. Hva skjer om denne personen er opptatt, eller at vedk. på den ene avdelinga må hjelpe den andre, da er det faktisk 15 beboere som ikke kan få hjelp. Noen er så fortvilt at de roper og vekker de andre beboerne. Dette er en uholdbar situasjon for alle.»*

Kommunalsjefen viser til i svarbrevet at sektoren ikke er underbemannet ut fra grunnturnusen og redegjør for rekrutteringsutfordringene sektoren har hatt i 2021.

*«Angående beskrivelsen av sektoren som underbemannet antas det av undertegnede at beskrivelsen er knyttet til de rekrutteringsutfordringene som har påhvilt sektoren i 2021, hvorav spesielt i sykehjemstjenestene. Rekrutteringsutfordringene har omfattet både fast ansatte og vikarer, og alt helsepersonell, men spesielt sykepleiere. Rekrutteringsutfordringer og annet fravær har resultert i utstrakt bruk av overtid, forskyvninger og beordringer, samt bruk av vikarbyrå. Over lengre tid er dette ikke bærekraftig i henhold til drift av helse- og omsorgstjenesten. I planlagt opprinnelig grunnturnus er sektoren dog ikke underbemannet, og ved behov for ekstra ressurser ved særskilte økte behov vurderes det til enhver tid innleie av ekstra ressurser. Det drives selvsagt til enhver tid også utstrakt aktivt rekrutteringsarbeid i helse- og omsorgssektoren.»*

Videre viser kommunalsjefen til KOSTRA-tall og innføring av ambulerende sykepleier på natt.

*«Når det gjelder kompetanse viser til eksempel Kostra tall for 2021, som gir opplysninger om kommunal virksomhet, at Nordreisa kommune har et betydelig høyere antall legetimer per uke per beboer i sykehjem enn sammenlignbare kommuner og landet for øvrig. Kommunen har også en høyere andel helsefagarbeidere og hjelpepleiere enn landet, samt betydelig høyere andel sykepleiere enn sammenlignbare kommuner og landet. For en styrket faglig sikkerhet på natt ble det også i 2021 etablert ambulerende sykepleier på natt. Denne ressursen er tilgjengelig for alle sykehjemmene på natt.»*

I et nytt brev fra pårørendekontakter av 30.4.2022 etterspørres tiltak angående personellsituasjonen ved Bo og kultur. Pårørendekontaktene skriver i brevet at de ikke har fått svar på deres opprinnelige henvendelse om hvilke tiltak som skal settes i verk grunnet personalmangelen. Videre viser de til møtet med nestleder for helse og omsorg 7.4.2022 der de opplevde å bli møtt med forståelse for deres bekymringer.

Revisor får opplyst fra nestleder at det ble avholdt to møter mellom pårørendekontaktene, nestleder ved helse og omsorg samt virksomhetsleder ved Bo- og kultur, for å imøtekomme de pårørende med informasjon.

Nestlederen svarte i mai 2022 på pårørendekontaktens brev av 30.4.2022. I brevet redegjøres det for ulike tiltak som ble iverksatt i løpet av våren.

- *Bo og kultur blitt styrket med et ekstra personale på dagtid for å kunne ivareta og gi et bedre tilbud til pasientene.*
- *I ukene 25 og til uke 33 har vi ansatt ungdommer i sommerjobb og som vil være til stede på dagtid for å være behjelpelig under frokosten, lunsj og aktivisere beboerne på dagtid f.eks ta de med ut på tur.*
- *Fra høsten er det to nye lærlinger som vil starte i et opplæringsløp, de vil være en viktig ressurs inn i avdelingene og i framtiden. Lærlingene kommer med fersk kunnskap fra skolen og sammen med våre ansattes erfaring i fager blir det en vinn-vinn-situasjon.*
- *Vi er i gang med å se på løsninger for å styrke bemanningen i turnus og i hele helse og omsorg ved å overbooke i form av å ha en sykepleiere/helsefagarbeider på topp noe som vil gi de ansatte anledning å utøve god pleie, et bedre fagmiljø og hever kvaliteten. Den ansatte vil være tilgjengelig for samarbeidene enheter ved fravær. Noe som også vil gjøre det enklere ved korttid fravær og ha personell tilgjengelig.*
- *Kommunen er også i gang med å lage en handlingsplan for heltidskultur med bakgrunn i at det blir flere eldre i årene som kommer og at vi trenger personale med rett kompetanse for å løse oppgavene på en best mulig måte.*

#### 4.3 Revisors vurdering og konklusjon

Revisor vurderer at Nordreisa kommune **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å involvere pasient og deres pårørende i utformingen og evalueringen av den enkeltes tjenestetilbud. Kommunen har dokumentert virksomhetsplan og rutiner, samt beskrevet praksis for hvordan involvering av pasient og pårørende gjøres. Revisjonskriteriet vurderes imidlertid som ikke fullt ut oppfylt i og med at brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser ikke gjennomføres. I etterkant av forvaltningsrevisjonen i 2019 har sykehjemstjenestene revidert og fått på plass nye rutiner, men bruker- og pårørendeundersøkelser er fortsatt ikke satt i system.

Revisor vurderer videre at Nordreisa kommune **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å sørge for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet til pasientene i sykehjemstjenestene. Vurderingen er begrunnet i at kommunen har involvert brukerrepresentanter i utarbeidelse av kommunens helse og omsorgsplan som en del av tilbudet til beboere på sykehjem. Imidlertid har brukertilvalget for sykehjemmene ikke hatt det antall møter som er målsettingen i årshjulet; om to årlige møter. I skrivende stund er det over ett år siden sist det var møte i brukertilvalget.

Sykehjemmene har vist til ulike aktiviteter som er i regi eller i samarbeid med frivillige organisasjoner, men i mindre grad samarbeid med for eksempel brukerorganisasjoner. Revisor vurderer på denne bakgrunn at kommunen **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner. Funn og

vurderinger med hensyn til dette revisjonskriteriet er tilsvarende som i forvaltningsrevisjonen fra 2019.

På bakgrunn av de ovenfor fremstilte funn og vurderinger konkluderer revisor med at **Nordreisa kommune ikke i tilstrekkelig grad har et system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger.**

## 5 ANSATTES MEDVIRKNING

Har Nordreisa kommune et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger?

Revisjonskriterium:

Kommunen skal legge til rette for at ansatte kan medvirke

### 5.1 Medvirkning

*Revisors funn*

#### 5.1.1 Møter

I virksomhetsplan for sykehjemstjenestene fremgår oversikt over ulike møter der ansatte deltar. Dette er møter ansatte kan komme med innspill og forslag.

- Inntaksmøte hver tirsdag.
- Personalmøter en gang pr måned.
- Fagmøter ukentlig.
- Møte i utviklingsteam hver måned.
- Møter med tillitsvalgte og verneombud ved behov.

Revisor får opplyst at det ved Sonjatun Bo- og kultursenter og Sonjatun omsorgssenter gjennomføres personalmøte én gang i måneden og sykepleiermøte annenhver måned. Virksomhetslederen opplever at det er åpenhet og kultur for de ansatte til å bruke sin stemme. Hvis det er noen som ikke ønsker å ta opp noe i personalgruppen, kan den ansatte ta det direkte med leder. Fagsykepleier opplyser at det er enkelte ansatte som kommer med forslag og innspill på personalmøter.

I 2021 ble det gjennomført 13 fag-/ personalmøter ved Sonjatun sykehjem der flere var i forbindelse med gjennomføring av medarbeiderundersøkelse.

Per mai 2022 hadde Sonjatun sykehjem gjennomført to personalmøter og to fagmøter i 2022. Det er videre planlagt personalmøter ca. hver 4.-6. uke og fagmøter hver 2.-3. uke. Virksomhetslederen opplever at enkelte synes det kanskje kan være vanskelig å bruke sin stemme fordi forslag ikke blir akseptert av andre. Hjelpepleier 1 har inntrykk av at ansatte har ideer, men kanskje at de kanskje ikke blir fulgt opp, eller at det er lite enighet og aksept i personalgruppa. Hun opplyser videre at det er varierende oppmøte på personalmøter.

Kommunalsjefen opplyser at de har hatt fokus på at ansatte skal kunne komme med forslag eller forbedringsideer. Hun sier at enkelte syntes det kan være vanskelig å komme med forslag, og kanskje er redd for å ikke bli hørt, og legger til at det har nok ikke vært kultur på å heie hverandre frem når noen kommer med forslag. Kommunalsjefen sier at dette muligens er et resultat av at det har vært utfordringer med kontinuitet i lederstillingene.

### 5.1.2 Medarbeiderundersøkelse

Det ble i 2021 gjennomført 10-FAKTOR undersøkelse<sup>4</sup> for hele kommunen, som er KS sin medarbeiderundersøkelse. Resultatene fra 10-FAKTOR og tilbakemelding fra ansatte om arbeidsmiljøutfordringer ved Sonjatun sykehjem, førte til at bedriftshelsetjenesten (INVENI bedriftshelsetjeneste) ble involvert.. I november 2021 ble det gjennomført en egen arbeidsmiljøkartlegging ved Sonjatun sykehjem, og det har vært oppfølging fra INVENI etter denne kartleggingen. Det er avtalt nytt møte 16.11.2022 med bedriftshelsetjenesten og ansatte ved Sonjatun sykehjem.

### 5.1.3 Medarbeidersamtale

I Nordreisa kommunes «retningslinjer for medarbeidersamtalen», fremgår det at medarbeidersamtaler skal gjennomføres årlig og i løpet av første halvår, samt at det er nærmeste leder som er ansvarlig for dette. Oversikt over gjennomføring av medarbeidersamtaler som revisor har innhentet viser følgende:

- Medarbeidersamtaler 2020:
  - 16 av 23 ved Sonjatun Bo- og kultursenter
  - Foreligger ikke oversikt fra Sonjatun omsorgssenter
  - Foreligger ikke oversikt fra Sonjatun sykehjem
- Medarbeidersamtaler 2021:
  - Fem av 23 ved Sonjatun Bo- og kultursenter
  - Fire av 17 ved Sonjatun omsorgssenter
  - Ingen ved Sonjatun sykehjem
- Medarbeidersamtaler 2022:
  - 15 av 23 ved Sonjatun Bo- og kultursenter
  - 12 av 19 ved Sonjatun omsorgssenter
  - Syv av 22 ved Sonjatun sykehjem.

### 5.1.4 Avvik

I virksomhetsplanen fremgår det at ett av målene for kvalitetsforbedring er forebygging og oppfølging av avvik.

*Mål å forebygge og følge opp avvik slik at det kan bli en kvalitetsforbedring for tjenesten.*

Tiltak tilknyttet målsetting	Tidsplan	Ansvar
Avviksregistrering og forslag til tiltak	Kontinuerlig	Alle
Gjennomgang av avvik og forslag til tiltak. Skriftlig og muntlig.	Personal møter 1 gang i måneden	Virksomhetsleder
Evaluering om tiltak etter avvik har virket	Faghalvtime	Virksomhetsleder
Internundervisning: Hva er avvik. Hvorfor registrere avvik		

<sup>4</sup> Medarbeidere og ledere svarer ved å ta stilling til 35 påstander, dvs. tre-fem påstander per faktor. Svarskalaen er femdelte, fra «svært uenig» til «svært enig». <https://10faktor.no/>



Kommunalsjefen opplyser at de ansatte er blitt flinkere å melde avvik og melde bekymringer. Kommunen har siden 1.1.2022 brukt *Compilo*<sup>5</sup>, og det oppleves at dette fungerer bedre enn *KF Kvalitetsstyring* som de hadde ut 2021. Hun opplyser at både gjennomgang av innmeldte avvik i personalgruppa og opplæring i avvikssystemet er tiltak som skal bedre forutsetningene for at ansatte medvirker i større grad. Opplæring i avvikssystemet er et av tiltakene for å styrke forutsetning for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid, som det fremgår av tabell 3 i kapittel 6 i denne rapporten. Opplæringen til ansatte ble igangsatt på starten av 2022. Det ble sendt ut mail til alle ansatte med prosedyre for hvordan en melder avvik.. Det er videre sendt ut prosedyre for hvordan en bruker *Compilo* på mobiltelefon og melde avvik fra denne. Det har vært gjennomført undervisning på personalmøter hvor det har blitt gjennomgått hvordan en melder avvik.

Fagsykepleier ved Omsorgssenteret og Bo- og kultur synes at de ansatte er flinke til å skrive avvik, men at de nok kan bli enda flinkere. Hun opplyser at etter overgangen til *Compilo* er det fortsatt ikke alle som kan bruke det nye avvikssystemet.

Avviksstatistikk for hvert kvartal blir presentert for helse- og omsorgsutvalget og i arbeidsmiljøutvalget. Videre blir oversikt over avvik tatt opp på personalmøter ved sykehjemmene. Avvik er et brudd på lover, forskrifter og interne prosedyrer og retningslinjer. Dette kan for eksempel mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav eller tjenester som ikke utføres. Det kan videre være uønskede hendelser tilknyttet kvalitetskrav, prosedyrer, arbeidstid og yrkesetiske retningslinjer. Alle ansatte har tilgang til å melde avvik og avviksstatistikker i hele organisasjonen. Virksomhetsledere har tilgang til sin avviksrapport og statistikkfunksjon i avvikssystemet, som gir grunnlag for analyse og status og iverksettelse av tiltak. Om leder ikke behandler avviket innen 14 dager, sendes avviket videre til leders leder, og vil til slutt ende opp hos kommunedirektøren.

Graderingen av avvik var i det gamle KF-systemet inndelt i:

- **lite alvorlig** - akseptabel risiko for hendelse, ikke nødvendig å iverksette tiltak, men vurdere forbedringstiltak.
- **alvorlig** - normal akseptabel risiko for hendelse hvis tiltak iverksettes.
- **meget alvorlig** - ikke akseptabel risiko for hendelse, tiltak må iverksettes umiddelbart. Stans av aktivitet må vurderes

I 2021 var det 621 innmeldte avvik i KF Avvikssystem for hele kommunen, hvorav 386 var fra sykehjemmene.<sup>6</sup> Utdrag av de flest meldte avvikstypene var:

- Personalmangel (67 avvik)
- Avvik fra behandlingsprosedyre (100 avvik)
- Mangelfull opplæring ansatte (40 avvik)
- Teknisk utstyr fungerer ikke/mangel på utstyr (77 avvik)
- Medikamenthåndtering (45 avvik)

I *Compilo* blir alvorlighetsgradene definert slik at avviksmelder får veiledning når det skal velges alvorlighetsgrad:

- **LAV**  
Generelt

---

<sup>5</sup> Kvalitetssystemet fra *Compilo* er en moderne og fremtidsrettet programvare. består av en rekke ulike moduler, blant annet egen modul for melding og oppfølging av avvik.

<sup>6</sup> Avviksrapport 2021, behandlet i Arbeidsmiljøutvalget 24.5.2022

- Skadepotensiale tilsvarende middels alvorlighetsgrad.
- Unødvendig tidsbruk (tidstyv).
- Bruker har ikke fått tjenester til avtalt tid eller kvalitet.

#### Personer

- Mindre skader som ikke krever behandling og ikke medfører fravær.
- Opplevd upassende reaksjon på avviksmelding.
- Mindre alvorlige trusler.

#### Ytre miljø

- Uheldig inneklima. (luft, lys, støy mv)
- Andre uheldige elementer i arbeidet.

#### Økonomi/informasjon

- Brudd på interne rutiner/retningslinjer.
- Mindre tap/skader.
- Nedetid under 6 timer av datasystemer eller infrastruktur som ikke gir store konsekvenser for drift.

### • **MIDDELS:**

#### Generelt

- Presseoppslag av negativ art.
- Skadepotensiale tilsvarende HØY alvorlighetsgrad.
- Lovbrudd.

#### Personer

- Medisinsk behandling, omplassering og/eller tilrettelegging, og fravær.
- Gjentakende mobbing.
- Opplevd upassende reaksjon på avviksmelding fra leder.

#### Ytre miljø

- Støy av en ikke akseptabel grad.
- Ikke kan aksepteres over tid.

#### Økonomi/informasjon

- Økonomiske tap over 100 000,- NOK.
- Stengninger.
- Omlegging over en uke.
- Personer har fått utilsiktet tilgang til sensitiv informasjon.
- Nedetid over 6 timer på datasystem (ikke planlagt).
- Nedetid over 15 minutter på driftskritiske systemer eller infrastruktur. (nettverk, journalsystemer mm)
- Gjentakende nedetid på driftskritiske datasystem eller infrastruktur. (<1 gang pr. uke)

### • **HØY:**

#### Generelt

- Presseoppslag av negativ art over flere dager.
- Presseoppslag av negativ art i nasjonale medier.
- Alvorlige lovbrudd.

#### Personer

- Død, uførhet og/eller nedsatt livskvalitet og funksjonsevne.

#### Ytre miljø

- Ulovlig forurensning og langtidsvirkende skader på miljøet.
- Midlertidig stenging av nærmiljøet.

#### Økonomi/informasjon

- Varig tap av bygninger/større anlegg, datamengder eller annet arkivverdig materiale eller arbeidsplasser.
- Stengninger pga personellmangel.

- Økonomisk tap som følge av kriminelle handlinger.
- Økonomiske tap over NOK 500 000,-

Pr. 30.6.2022 var det i det nye avvikssystemet i Compilo 302 avvik, hvorav 52 var fra sykehjemmene. Det var 13 avvik registrert ved omsorgssenteret, to ved Bo- og kultur, og resterende avvik var ved sykehjemmet.

Det fremgår av saksutredning til møtene arbeidsmiljøutvalget og administrasjonsutvalget i begynnelsen av september 2022 om avviksrappoteringen at det er positivt at det meldes avvik, og at ansatte har tatt systemet i bruk. Videre må det etableres en felles forståelse for hvordan alvorlighetsgradene skal oppfattes, slik at riktig alvorlighetsgrad brukes av melder, og at leder redigerer til riktig alvorlighetsgrad ved lukking. Mottaker av avvik må ha fokus på rask behandling slik at avvik blir håndtert på riktig og lavest nivå i organisasjonen. Det er kontinuerlig behov for mer opplæring av brukerne av systemet, på alle nivåer, slik at systemet fungerer best mulig og avviksrapportene blir nyttige verktøy for videre utvikling.

Det er verdt å bemerke seg at administrasjonen vurderer at det fortsatt er behov for mer opplæring i det nye avvikssystemet. Kommunalsjef for helse og omsorg opplyser at det fortsatt foregår opplæring ute i virksomhetene av ledere og superbrukere.

#### 5.1.5 Kompetanse- og fagutvikling

En forutsetning for at de ansatte kan være med å medvirke i forbedringsarbeid, er kompetanseheving og fagutvikling. I virksomhetsplanen fremgår det flere målsetninger med tiltak som revisor anser er relevant i denne sammenheng.

*Målet er å arbeide etter prinsippene i personsentrert omsorg, der menneskets absolutte verdi, en individuell tilnærming, personens perspektiv og et støttende sosialt miljø er hovedelementene.*

Tiltak tilknyttet målsetting	Tidsplan	Ansvar
Fagutvikling og god opplæring av de ansatte	Kontinuerlig	Virksomhetsleder, verneombud, den enkelte ansatte og tillitsvalgte

*Mål å drive kontinuerlig kompetanseheving, faglig utvikling og god opplæring av de ansatte.*

Tiltak tilknyttet målsetting	Tidsplan	Ansvar
Alle ansatte på sykehjemmene skal bruke sin epost i Nordreisa kommune	Kontinuerlig	Virksomhetsleder og den enkelte
Alle ansatte skal ha tilgang til og bruke kvalitetssystem	Kontinuerlig	Virksomhetsleder og den enkelte
Alle ansatte skal ha tilgang til og bruke veilederen.no som oppslagsverk og ved opplæring	Kontinuerlig	Virksomhetsleder og den enkelte ansatte
Faglig oppdatering/kompetanseheving	Årlig	Virksomhetsleder

skal være et tema på medarbeidersamtaler		
God opplæring av nytilsatte/vikarer	Kontinuerlig	Virksomhetsleder og ansatte
Nytilsatt samtaler	Ved behov	Virksomhetsleder

*Målet er å få en start på arbeidet med velferdsteknologi også i sykehjemmene.*

Tiltak tilknyttet målsetting	Tidsplan	Ansvar
Fortsatt utvikle tjenesten ved hjelp av velferdsteknologi.	Kontinuerlig	Alle ansatte
Være med på å utvikle tjenesten ved hjelp av velferdsteknologi		

Det foreligger ikke en oppdatert kompetanseplan for sykehjemmene eller for helse- og omsorgssektoren. Forhenværende plan, «*Rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020 Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms*», ble utarbeidet i oktober 2016. Det er plan om at det skal foreligge en felles kompetanseplan for sykehjemmene innen vår 2023.

Når det gjelder kompetanseheving og fagutvikling, opplyser kommunalsjef for helse og omsorg at ved Sonjatun sykehjem har en hatt økt fokus på kompetanseutviklende tiltak. Deler av personalet har vært til opplæring på UNN for avanserte medisinske prosedyrer. Etter denne opplæringen er det laget opplæringsperm med teori for disse prosedyrene og kurs for gjennomføring. Det er videre gitt veiledning til personale fra spesialisthelsetjenesten i rehabilitering og tilrettelegging for beboere med sammensatte diagnoser. Faste fagmøter og tverrfaglige samarbeidsmøter er i oppstartfase. Det er blant annet kalt inn til samarbeidsmøte der spesialisthelsetjeneste også deltar. Videre opplyser kommunalsjefen at økt fokus på forebygging av sykdom og økt tverrfaglig samarbeid rundt beboeren er på agendaen. Det er blant annet gjennomført opplæringskurs for ufaglærte i grunnleggende pleie- og medisinkurs for helsefagarbeidere.

Det var gjennomført fagmøter 3. og 4. november 2021 for helsefag og sykepleiere, og 10. og 11. november 2021 kursdager for ufaglærte der tema var «*Hvordan bygge og styrke fagligheten i avdelingen?*»

De ansatte benytter NHI-veilederen<sup>7</sup> for ulike kurs på nett. En assistent og syv helsefagarbeider/hjelpepleiere har fått medisindelegasjon etter nettkurs og praktisk opplæring av sykepleier i avdelingen. Ytterlige tre assistenter har tatt denne teorien og vil få praktisk opplæring i nærmeste framtid.

Revisor viser for øvrig til tabell 3 i kapittel 6 hvor det er beskrevet status i tiltak for å styrke forutsetning for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene.

<sup>7</sup> NHI utvikler og leverer e-læringskurs for leger og annet helsepersonell, og driver Norges mest besøkte og største helseportal og tilbyr en rekke kurs for sykepleiere/vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter i pleie- og omsorgstjenesten.

## 5.2 Revisors vurdering og konklusjon

Revisors funn viser at sykehjemmene har ulike møter der de ansatte kan komme med forslag og innspill. Kommunen har innført nytt avvikssystem i 2022, opplæring foregår fortsatt og de ansatte melder avvik i det nye systemet. Det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2021. Medarbeidersamtaler har i varierende grad blitt gjennomført. Medarbeidersamtaler er blant møtearenaer mellom ledelse og ansatt som skal sikre medvirkning og muligheter for å gi tilbakemeldinger. Også i forvaltningsrevisjonen i 2019 ble det funnet at medarbeidersamtaler hadde varierende og liten gjennomføringsgrad. Det foreligger ikke oppdatert kompetanseplan, men denne skal etter planen foreligge innen vår 2023. Revisor vurderer på denne bakgrunn at kommunen **delvis** oppfyller revisjonskriteriet om å legge til rette for at ansatte kan medvirke.

På bakgrunn av revisors funn og vurdering konkluderer revisor med at **Nordreisa kommune ikke i tilstrekkelig grad har et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger.**

## 6 STATUS I PLANLAGTE OG GJENNOMFØRTE TILTAK

Hva er status i planlagte og gjennomførte tiltak beskrevet i rapport av 24.11.20 til kontrollutvalget?

### 6.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Nordreisa kommune har, som vi har redegjort for i kapittel 1, hatt flere saker til behandling i forbindelse med oppfølging av forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i sykehjemstjenesten» fra 2019. Kommunedirektøren v/daværende virksomhetsleder utarbeidet rapport (datert 24.11.2020) til kontrollutvalget som svar på hvilke tiltak som var igangsatt og gjennomført for å følge opp anbefalingene i rapporten.

Hva som er status i planlagte og gjennomførte tiltak av rapporten av 24.11.2020, fremgår i tabellene nedenfor. Fremstillingen er basert på rapportering gitt av kommunalsjef for helse og omsorg. Tabellene har tilsvarende oppbygging som i rapporteringen av 24.11.2020 til kontrollutvalget, og inneholder oppdaterte opplysninger om status og gjennomføringen av tiltakene. Revisor har gitt kommentarer i tabellene på bakgrunn av forrige rapportering og hva som er nytt i denne.

### 6.2 Status i planlagte og gjennomførte tiltak

Tabell 1: Videreutvikling av skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov

Tiltak	Mål	Tidsfrist	Ansvar	Gjennomføring
<b>Fastsatt tid i kalender til å jobbe med kvalitets arbeid</b>	Sikre rutinemessig gjennomgang av rutiner og prosedyrer og kvalitetsutvikling	Mars 2020	Virksomhetsleder	Nov 2020: Tidligere rapportert at blir gjennomført  Juni 2022: Er gjennomført. Oppdatert på sykehjem i 2021.
<b>Gjennomgang av rutiner, grunnleggende behov</b>	Kvalitetssikre at rutinene er oppdaterte og oppfyller god ivaretagelse av pasientene	Januar 2021	Virksomhetsleder	Nov 2020: Tidligere rapportert at ti rutiner er gjennomgått og fem gjenstår.  Juni 2022: Rutiner er gjennomgått. Skal legges inn nytt kvalitetssystem Compilo.

<b>Lage nye rutiner ved behov</b>	Sikre at alle behov til pasientene har en gjennomtenkt rutine, slik at alle ansatte skal jobbe mot samme mål og ha en felles forståelse	Januar 2021	Virksomhetsleder	Nov 2020: Tidligere rapportert at følgende rutiner skulle lages nye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ivaretagelse av sosialt behov og personlige interesser.</li> <li>- Rutine for tilpasset informasjon.</li> <li>- Rutine for ivaretagelse av fysisk funksjon.</li> <li>- Rutine ved immobilitet</li> </ul> Juni 2022: Lages ved nye behov.
-----------------------------------	---	-------------	------------------	--

**Revisors kommentar:**

I tilbakemelding til kontrollutvalget i rapport av 24.11.20, fremgikk det at det til tiltaket «Gjennomgang av rutiner, grunnleggende behov» var ti rutiner som var gjennomgått og fem rutiner som gjenstod. Det fremgår at dette er gjort og skal legges inn i det nye kvalitetssystemet Compilo.

Som det fremgår i tabellen, skulle det lages noen konkrete rutiner. Her får revisor opplyst fra kommunalsjef at disse ikke er laget, men at dette er viderefremidlet til virksomhetslederne at dette er rutiner som mangler.

- Ivaretagelse av sosialt behov og personlige interesser.
- Rutine for tilpasset informasjon.
- Rutine for ivaretagelse av fysisk funksjon.
- Rutine ved immobilitet

**Tabell 2: Videreutvikle et system for bruker- og pårørende medvirkning i sykehjemstjenestene**

<b>Tiltak</b>	<b>Mål</b>	<b>Tidsfrist</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Gjennomføring</b>
<b>Lage rutine for bruker-medvirkning</b>	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene.	Januar 2021	Virksomhetsleder	Nov 2020: Gjennomført  Juni 2022: Tidligere rapportert at er gjennomført. Er redegjort for ovenfor i kap. 4.2.1

<b>Sette inn møter i brukerråd i årshjul og kalender.</b>  <b>Minimum 2 møter i året.</b>	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene.	Mars 2020	Virksomhetsleder	Nov 2020: Er gjennomført  Juni 2022: Gjennomført to møter, covid har redusert møtevirksomhet. Kommende møter settes inn i årshjulet. Møte i august 22 ikke gjennomført.
<b>Innkomst samtale, pårørende og pasient</b>	Sikre god kommunikasjon, informasjon og samarbeid med pasient og pårørende	Innen to uker etter innkomst	Virksomhetsleder Ansvarssykepleier Primær-kontakter	Rapportert i nov 2020 og i juni 2022 at dette blir gjennomført kontinuerlig
<b>Tilbud om samtale ved årskontroll, med lege. Og ellers ved behov</b>	Sikre god kommunikasjon, informasjon og samarbeid med pasient og pårørende	I forbindelse med årskontroll	Virksomhetsleder, Ansvarssykepleier	Rapportert i nov 2020 og i juni 2022 at dette blir gjennomført
<b>Brukerråd</b>	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene	Desember 2020	Virksomhetsleder	Nov 2020: Tidligere rapportert at er gjennomført og at møte var planlagt.  Juni 2022: Rapportert er gjennomført, men møtet i august 2022 ble utsatt
<b>Brukerundersøkelse</b>	Sikre systematisk bruker- og pårørende	Innen desember 2022 og deretter	Kommunalsjef og Virksomhetsleder	Nov 2020: Ikke gjennomført



	medvirkning i tjenestene	hvert 2-3 år.		Juni 20: Fortsatt ikke gjennomført
<b>Årlig pårørende sammenkomst med valg av bruker-representant</b>	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene	Juni 2021	Virksomhetsleder Avdelingsleder	Nov 2020: Ikke gjennomført  Juni 2022: Gjennomført ved Sonjatun sykehjem 12.05.22, Bo og kultur november 2021. Planlegges på de andre sykehjemmene.

#### **Kommentar fra kommunalsjef og helse- og omsorg:**

Den planlagte brukerundersøkelsen kan si noe om opplevelsen av brukermedvirkning. Planlegges gjennomført innen desember 2022.

#### **Revisors kommentar:**

I tilbakemelding til kontrollutvalget i rapport av 24.11.2020, fremgikk det at «Brukerundersøkelse» skulle gjøres innen mai 2021 og deretter hvert 2-3 år. Denne er så langt ikke gjennomført, men planlegges gjennomført innen desember 2022. Videre fremgår det at møte i brukerrådet er gjennomført og planlagt videre.

De årlige sammenkomstene med pårørende, pasienter og ansatte ble ikke gjennomført i 2020, men er nå kommet i gang igjen.

Tabell 3: Styrke forutsetning for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

Tiltak	Mål	Tidsfrist	Ansvar	Gjennomføring
<b>Medarbeider samtaler</b>	Sikre god kjennskap til medarbeiderne og mulighet for	Desember 2022	Virksomhetsleder	Nov 2020: Rapportert at det var gjennomført 25 samtaler, og det gjenstod 36  Juni 2022: Det er gjennomført en del, men gjenstår en del.
<b>Personalmøter hver mnd</b>	Sikre mulighet for å ta opp saker som er viktige for de ansatte, sikre god informasjon og felles forståelse	Innen måneden er omme, hver måned, utenom juli	Virksomhetsleder	Nov 2020: Rapportert at det blir gjennomført kontinuerlig  Juni 2022: Rapporteres at personalmøter gjennomføres en gang i måneden
<b>Gjennomgang av innmeldte avvik i personalgruppe</b>	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved personal møter	Virksomhetsleder	Nov 2020 Rapportert blir gjennomført  Juni 2022: Innført nytt avvikssystem, gjennomgås på personalmøter
<b>Opplæring i avvikssystemer</b>	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved oppstart i jobb og ved behov	Virksomhetsleder superbruker	Nov 2020: Rapportert blir gjennomført  Juni 2022: Nytt avvikssystem innført. Behov

				for mer opplæring
<b>Involvere ansatte ved endring i rutiner/prosedyrer</b>	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved behov	Virksomhetsleder	Nov 2020: Rapportert blir gjennomført.  Juni 2022: Blir gjennomført, eksempelvis i personalmøter og fagmøter
<b>Involvering av ansatte når mål og tiltak blir utformet</b>	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved behov	Virksomhetsleder	Nov 2020: Rapportert blir gjennomført.  Juni 2022: Blir gjennomført, eksempelvis i personalmøter og fagmøter
<b>Felles gjennomgang av ROS-analyse</b>	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Årlig	Virksomhetsleder	Nov 2020: Ikke gjennomført, men planlagt januar 2021.  Juni 2022: Gjennomført ROS analyse januar 2022 omstilling sykehjemstjenester
<b>Utviklings-/samarbeidsmøter pasientrettet</b>	Sikre mulighet til å evaluere hendelser, dele erfaringer og utforme tiltak i pleieplan.	Hver uke	Virksomhetsleder ansvarssykepleier	Nov 2020: Ble rapportert at det ble gjennomført på noen avdelinger, skal innarbeides bedre  Juni 2020: Blir i liten grad

				gjennomført, må innarbeides bedre
<b>Medarbeider undersøkelse 10-faktor</b>	Sikre medarbeidernes mulighet for tilbakemelding	Vår 2021	Personalavdeling	Nov 2020: Ikke gjennomført, men planlagt vår 2021.  Juni 2022: Rapporteres at det var gjennomført i 2021. I tillegg gjennomført egen medarbeiderundersøkelse ved Sonjatun sykehjem.
<b>Oppfølging medarbeider undersøkelse</b>	Sikre at tilbakemeldinger gjennom medarbeider undersøkelser blir en del av forbedringsarbeidet.	Innen 2022	Virksomhetsleder	Nov 2020: Ikke gjennomført, men planlagt vår 2021.  Juni 2022: Egen medarbeiderundersøkelse fulgt opp med bistand fra bedriftshelse-tjeneste januar-mars 2022.
<b>Felles kompetanseplan sykehjem</b>		Innen vår 2023	Virksomhetsleder , sektorleder	Nov 2020: Ikke gjennomført, men planlagt vår 2021.  Juni 2022: Ikke felles kompetanseplan, men det vises til bemannings-

				plan og virksomhetsplan. Overordnet kompetanseplan er fra 2016 for perioden 2016-2020.
--	--	--	--	---

### **Kommentar fra kommunalsjef for helse- og omsorg:**

Avvikssystemet benyttes som tenkt. Medarbeidere har opplæring i og bruker systemet aktivt. Fokus på avvik og god opplæring i avviksmelding gir flere innmeldte avvik.

### **Revisors kommentar:**

Gjennomføring av medarbeidersamtaler skal være gjort innen desember 2022. Som redegjort for i foregående kapittel har gjennomføringsgraden av medarbeidersamtaler vært varierende og lav. I Nordreisa kommunes «retningslinjer for medarbeidersamtalen» fremgår det at medarbeidersamtaler skal gjennomføres årlig og i løpet av første halvår, samt at det er nærmeste leder som er ansvarlig for dette.

«Utviklings-/samarbeidsmøter pasientrettet» ble tidligere gjennomført på noen avdelinger. Tilbakemeldingen fra kommunalsjef er at dette i liten grad gjøres og må innarbeides bedre. Dette er et tiltak som det tilsynelatende i liten grad gjennomføres, og det fremgår at det må innarbeides bedre.

«Medarbeiderundersøkelse» og oppfølging av disse er gjennomført slik tidligere planlagt, og det vises til at det har vært bistand fra bedriftshelsetjenesten.

«Felles kompetanseplan sykehjem» er fortsatt ikke på plass, og det vises til at denne skal være på plass innen vår 2023. Den overordnede kompetanseplanen som det vises til er «*Rekrutterings- og kompetanseplan 2016–2020 Helse- og omsorgsområdet i Nord-Troms*», som ble utarbeidet tilbake i oktober 2016.

## **6.3 Oppsummering**

De aller fleste av tiltakene som var og er planlagt, er gjennomført. Imidlertid er det noen av tiltakene som gjenstår eller som i varierende grad har blitt gjennomført. Her vil revisor trekke frem brukerundersøkelse som ikke er gjennomført og ny kompetanseplanen som etter opprinnelig plan skulle foreligge vår 2021. Videre er det varierende gjennomføringsgrad av medarbeidersamtaler samt at det i liten grad gjennomføres pasientrettet utviklings-/samarbeidsmøter. Enkelte rutiner som skulle vært utarbeidet er fortsatt ikke på plass.

## 7 UTTALELSE

---

Revisor sendte rapportutkast til kommunedirektøren for uttalelse 4.11.2022. Vi mottok uttalelse 18.11.2022, og denne gjengis i sin helhet i det følgende. Særskilt e-post med kommentarer til faktainnhold som det vises til i e-posten fra kommunedirektøren, gjaldt oppdaterte faktaopplysninger vi hadde etterspurt.

Til KomRev NORD

Viser til deres epost datert 04.11.22.

Nedenfor følger våre kommentarer til utkast til rapport.

Vi oversender i særskilt epost kommentarer til faktainnhold i rapporten.

Med hilsen  
Nordreisa kommune

Jan-Hugo Sørensen  
kommunedirektør

Nordreisa kommune har mottatt og gjennomgått forvaltningsrevisjonens rapportutkast til uttalelse gjeldende sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune. Rapporten er en grundig beskrivelse av kommunenes sykehjemstjeneste basert på intervju av representanter fra kommunen og aktuell dokumentasjon.

Av rapporten fremkommer det at Nordreisa kommune delvis oppfylder revisjonskriteriet om å involvere pasient og deres pårørende i utformingen og evalueringen av den enkeltes tjenestetilbud. At kriteriet bare delvis oppfylles begrunnes med at bruker- og pårørendeundersøkelser ikke er satt i et system. Dette medfører riktighet hvorved Nordreisa kommune må sørge for at bruker- og pårørendeundersøkelse gjennomføres.

Det fremkommer videre av rapporten at Nordreisa kommune ikke i tilstrekkelig grad har et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeidet ved sykehjemstjenestene i tråd med regelverk og anbefalinger. Det begrunnes med at det ikke foreligger en kompetanseplan. Den overordnede felles kompetanseplan for Nord Troms kommunene er utgått, men gjelder imidlertid fortsatt inntil revidert kompetanseplan foreligger.

Når det gjelder medarbeiderundersøkelsen 10- faktor, som hadde lav svarprosent, ble det i etterkant gjennomført en egen spørreundersøkelse med bistand fra bedriftshelsetjenesten Inveni, for Sonjatun sykehjem. Spørreundersøkelsen ble fulgt opp ved egne møter med medarbeidere. Neste møte planlagt 30.11.22, der tiltak i forbindelse med undersøkelsen skal evalueres.

Rapporten konkluderer med:

*"De aller fleste av tiltakene som var og er planlagt, er gjennomført. Imidlertid er det noen av tiltakene som        gjestår eller som i varierende grad har blitt gjennomført. Her vil revisor trekke frem brukerundersøkelse som ikke er gjennomført og ny kompetanseplanen som etter opprinnelig plan skulle foreligge vår 2021. Videre er det        varierende gjennomføringsgrad av medarbeidersamtaler samt at det i liten grad gjennomføres pasientrettet utviklings-/samarbeidsmøter. Enkelte rutiner som skulle vært utarbeidet er fortsatt ikke på plass."*

Nordreisa kommune mener at konklusjonen svarer til aktuelle punkter til forbedring som kommunen i lys av mottatt rapport vil sørge for at utbedres og gjennomføres.

## 8 ANBEFALINGER

---

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Nordreisa kommune å sikre at det ved kommunens sykehjem:

- Utvikles og implementeres system for gjennomføring og oppfølging av bruker- og pårørendeundersøkelser
- Planlegges for et tilstrekkelig antall møter med brukerutvalget gjennom året. Samt sikrer at disse gjennomføres som planlagt og følges opp
- Planlegges for et tilstrekkelig antall møter med brukerorganisasjoner gjennom året. Samt sikrer at disse gjennomføres som planlagt og føles opp
- Blir påsett at samtlige ansatte minimum én gang årlig tilbys medarbeidersamtale
- Utarbeides kompetanseplan

## 9 REFERANSER

---

### **Lov, forskrift, veiledere:**

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)

### **Kommunale dokumenter:**

- Helse- og omsorgsplan, 2021-2026
- Introduksjonsprogram for nyansatte
- Lederavtale for virksomhetsledere i Nordreisa kommune
- Referater fra brukerutvalg
- Rekrutterings- og kompetanseplan, 2016-2020
- Retningslinjer for medarbeidersamtale
- Rutiner og prosedyrer brukt i sykehjemstjenestene
- Virksomhetsplan for sykehjemmene, 2022
- Årsmelding 2021

<https://www.nordreisa.kommune.no/velkommen-til-paaroerendeskolen.6543206-484013.html>



## 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
- Samfunnsøkonom

## KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Nordreisa kommune:

<i>Iverksettelse av politiske vedtak,</i>	2021
<i>Solbakken botiltak,</i>	2021
<i>Kvalitet i sykehjemstjenestene,</i>	2019
<i>Økonomistyring og økonomisk internkontroll,</i>	2018
<i>Barneverntjenesten,</i>	2017
<i>Ressursbruk og kvalitet i grunnskolen,</i>	2014
<i>Pleie- og omsorg – ressursbruk og kvalitet,</i>	2012
<i>Ansattes oppfatninger av arbeidsmiljø og bemanning i pleie- og omsorg,</i>	2010
<i>Oppfølging av kommunens inntektsskapende virksomhet,</i>	2009
<i>Iverksetting av politiske vedtak,</i>	2008
<i>Forebyggende barnevern,</i>	2007
<i>Økonomistyring,</i>	2006
<i>Offentlige anskaffelser,</i>	2005
<i>Halti-prosjektet,</i>	2004

