FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet i sykehjemstjenestene

Lenvik kommune

KOMREV NORD

Rapport 2017

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Lenvik kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon av kvalitet i kommunens sykehjemstjenester. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner m.v. (revisjonsforskriften) § 7 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger.

Før igangsetting av forvaltningsrevisjonsprosjektet har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Lenvik kommune, jf. kommuneloven § 79 og revisjonsforskriften kapittel 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Revisor takker de involverte fra Lenvik kommune for samarbeidet i prosjektgjennomføringen, spesielt virksomhetsleder og faglederne i sykehjemstjenestene samt ansatte som har besvart spørreundersøkelsen.

Finnsnes/Tromsø, 7.7.2017

Knut Teppan Vik
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Elsa-Leony Larsen
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

Tone Steffensen
Ansvarlig for kvalitetssikring

Sammendrag

KomRev NORD har belyst temaet kvalitet i sykehjemstjenestene i Lenvik kommune og konkluderer med at kommunen delvis har system som skal bidra til å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves. Revisors konklusjon bygger på følgende oppsummerte vurderinger:

Kommunen har system for avviksmelding og -håndtering, mens andre områder som inngår i revisors undersøkelse, har større eller mindre mangler. Etter revisors vurdering gjelder dette

- skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov
- beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon
- å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboer/pårørende
- system for at beboere på sykehjem og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud
- å legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner
- medvirkning fra ansatte
- system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse
- planlegging av risikoreduserende tiltak

Vi vurderer videre at kommunen ikke har system for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem og for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene.

Gjennom spørreundersøkelse har revisor kartlagt ansatte sine opplevelser av ulike forhold som omhandler kvalitet i sykehjemstjenestene. Resultatene av undersøkelsen gir indikasjoner på at ansatte opplever at tjenestetilbudet fungerer tilfredsstillende eller godt på de fleste av de undersøkte områdene. Områdene som skårer aller høyest blant ansatte – og som vi tolker at ansatte er mest fornøyde med – er smertelindringen til beboerne, ivaretakelsen av beboernes trygghet, beboernes trivsel sammen med de ansatte, og hvorvidt ansatte behandler beboerne med respekt. Videre indikerer resultatene at ansatte opplever egne og kollegers ansvarsområder og oppgaver som tydelige, og at de opplever egen kompetanse som tilstrekkelig til å utføre sine arbeidsoppgaver.

Områdene som ansatte er minst fornøyde med, er beboernes mulighet til å komme ut i frisk luft og oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av beboerne. Videre viser spørreundersøkelses-resultatene at gjennomsnittsskårene avdelingene imellom varierer på flere av de undersøkte områdene, noe som tyder på at ansatte ved enkelte avdelinger er mer fornøyde enn ansatte ved andre avdelinger. Forskjellene er størst for ansattes opplevelser av fysioterapitilbudet, hvorvidt rom og fellesarealer er tilrettelagt for beboernes behov, hvorvidt beboere/pårørende involveres når det utarbeides planer som gjelder beboerne, og hvorvidt sykehjemmet tar hensyn til eventuelle klager fra beboerne. Undersøkelsen viser også at avdelingene/sykehjemmene har ulik praksis med å tildele beboerne kontaktperson blant de ansatte og med å gjennomføre medarbeidersamtaler, og at ansatte ved enkelte avdelinger i større grad enn ansatte ved andre avdelinger opplever at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene/forebygge avvik.

Resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse indikerer videre at de fleste ansatte ved sykehjemmene opplever at avdelingene har fokus på kvalitet i tjenestene til beboerne, men at det er behov for ytterligere innsats på området. De fleste ansatte som besvarte spørreundersøkelsen,

opplever totalt sett kvaliteten på tjenestene til beboerne som god, men også her kan det være rom for forbedring, da en relativt stor andel svarte at de opplever kvaliteten *som middels.*

Lenvik kommune gjennomførte våren 2017 brukerundersøkelser blant beboere på sykehjem og pårørende. Pårørenderespondentene i kommunens undersøkelser virker jevnt over å være fornøyde med «sitt» sykehjem totalt sett, men svarene fra enkelte respondenter viser at de ikke er helt fornøyde. Alle sykehjemsbeboerne som ble intervjuet, svarte at de får den hjelpen de har behov for *og* at de alt i alt er fornøyde med sykehjemmet.

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjon anbefaler vi Lenvik kommune å videreutvikle systemet som skal bidra til å sikre kvalitet i sykehjemstjenestene. I forbindelse med dette arbeidet anbefales kommunen å se hen til resultatene fra spørre-/brukerundersøkelsene, spesielt de områdene der resultatene indikerer rom for forbedring.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING ... 7

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER ... 7

2.1 Problemstillinger ... 7

2.2 Kvalitetsbegrepet ... 7

2.3 Revisjonskriterier ... 8

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING ... 16

3.1 Kartlegging av opplevd kvalitet ... 16

3.2 Kvalitetssystemet ... 18

3.3 Gyldighet og pålitelighet ... 18

3.4 Revisjonens spørreundersøkelse – begreper og bakgrunnsvariabler ... 20

4 ORGANISERING ... 22

5 IVARETAKELSE AV BEBOERNES GRUNNLEGGENDE BEHOV ... 24

6 INFORMASJONSUTVEKSLING MED BEBOERE OG PÅRØRENDE ... 43

7 BRUKERERFARINGER OG -MEDVIRKNING ... 48

8 MEDVIRKNING FRA ANSATTE ... 53

9 ANSATTES KUNNSKAP OG KOMPETANSE ... 55

10 AVDEKKE, RETTE OPP OG FOREBYGGE SVIKT ... 60

11 OPPLEVELSER AV SAMLET KVALITET I TJENESTENE ... 64

12 HØRING ... 66

13 ANBEFALING ... 66

14 REFERANSER ... 67

VEDLEGG ... 68

1 INNLEDNING

Kontrollutvalget i Lenvik kommune vedtok i sak 41/16 (13.10.16) å bestille forvaltningsrevisjon av kvalitet i kommunens sykehjemstjenester. Kontrollutvalgets formål med prosjektet er å bidra til å sikre at Lenvik kommune tilbyr sykehjemstjenester som kvalitetsmessig er i tråd med krav i gjeldende regelverk, føringer og anbefalinger på området. Kontrollutvalget ønsker også gjennom prosjektet å gi kommunens beslutningstakere oppdatert informasjon om hvordan beboere, pårørende og ansatte opplever kommunens sykehjemstjenester, fordi slik informasjon vil kunne styrke kunnskapsgrunnlaget knyttet til beslutninger om sykehjemstjenestene.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

På bakgrunn av bestillingen fra kontrollutvalget har revisor lagt følgende problemstillinger til grunn for undersøkelsene denne rapporten bygger på:

1. Har Lenvik kommune system som skal bidra til å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves?
2. Hvordan opplever ansatte, tjenestemottakere og pårørende kvaliteten i sykehjemstjenestene?

2.2 Kvalitetsbegrepet

Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO er en standardreferanse for definisjon av kvalitet i offentlige tjenester. Ifølge ISO utgjør kvalitet en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt/tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydet.[1]

Veilederen til kvalitetsforskriften[2] definerer begrepet kvalitet på noenlunde samme måte som ISO; kvalitet har å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper, og kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende. Videre påpeker veilederen (2004:7) at:

- *Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnete og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.*
- *Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.*

[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 kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. IS-1201

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. 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. Struktur- og prosesskvalitet fanger opp forhold som ressursbruk og organisering, som har en mer indirekte effekt for brukeren. Det vil si at struktur- og prosess-kvalitet dreier seg om forhold som søker å legge til rette for at tjenestemottakerne mottar tjenester av god kvalitet. 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 brukere/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 – om kommunen har system som skal bidra til å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves - har revisor undersøkt struktur- og prosesskvalitet med bakgrunn i objektive kvalitetsindikatorer utledet fra regelverk. Vi kommer nærmere tilbake til dette under. Problemstilling 2 innebærer en kartlegging av kvaliteten i sykehjemstjenestene slik beboere, pårørende og ansatte opplever den, dvs. deres subjektive vurderinger av tjenestenes produkt- og resultatkvalitet.

2.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes i forhold til.

Problemstilling 2 er deskriptivt formulert som vil si at vi besvarer den som en beskrivelse av innsamlet datamateriale. For deskriptive problemstillinger er det ikke relevant å utlede revisjons-kriterier, og det følger av gjeldende revisjonsstandard at revisor ikke kan gjøre vurderinger uten revisjonskriterier. Vi oppsummerer og drøfter funnene som er relevante for problemstillingen, men gjør ikke normative vurderinger av disse. For **problemstilling 1** har vi utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- Lov av 2. juli 1990 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig alderdom (Verdighetsgarantien)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (IS-120, Sosial- og helsedirektoratet, 2004)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)

[3] SØF-rapport nr. 02/12, Senter for økonomisk forskning AS

Kommunale helse- og omsorgstjenester omfattes av *helse- og omsorgstjenesteloven*. Det følger av loven § 3-1 første til tredje ledd at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, at kommunen har ansvaret for alle pasient- og brukergrupper, og at kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester 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* § 3 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.

Videre følger det av *helse- og omsorgstjenesteloven* § 4-1 at helse- og omsorgstjenestene som tilbys skal være forsvarlige, og at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at: a) den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, b) den enkelte pasient/bruker gis et verdig tjenestetilbud, c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og d) tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. I § 4-2 stilles det krav om systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients/brukers liv, integritet og menneskeverd, jf. loven § 1-1. Ifølge loven § 2-1 a annet og tredje ledd har pasient/bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, jf. forskriftens § 1. Forskriften trådte i kraft 1.1.17 og erstatter tidligere forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten[4], men viderefører de fleste kravene i den tidligere forskriften. Den nye forskriften tydeliggjør hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter, den utdyper kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og den gjør det lettere å fastslå hvem som har det overordnede ansvaret i kommunene og på sykehusene. Helsedirektoratet har utarbeidet veileder IS-2620[5] som supplerer og utdyper bestemmelser i den nye forskriften. Veilederen påpeker at helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes skal være *forsvarlige*, og at det i dette ligger at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Ifølge veilederen omfatter kravet til forsvarlighet en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Ifølge *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten* § 5 skal styringssystemet, jf. pliktene som følger av denne forskriften, tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

[4] Forskrift 20.desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
[5] Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, s. 2, 3, 5. Helsedirektoratet

2.3.1 Ivaretakelse av grunnleggende behov

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. forskriften § 1. Forskriften § 3 pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som blant annet søker å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, at kontinuiteten i tjenesten ivaretas, at den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene, og at brukere eventuelt pårørende/ (hjelpe)verge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. For å løse disse oppgavene må kommunen – ifølge forskriften § 3 annet ledd - utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Bestemmelsen lister opp hva som blant annet menes med *grunnleggende behov*:

- *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*

De fleste forholdene i punktlista over kan gjenfinnes i *verdighetsgarantien*, som har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom, jf. forskriften § 1. I forskriften legges det vekt på å sikre den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov (§ 2), respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, samt sikre at medisinske behov blir ivaretatt (§ 3). For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet, ifølge forskriften, legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- *En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand*
- *Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider*
- *Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene*
- *Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål*
- *Lindrende behandling og en verdig død*
- *Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering*
- *Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen*
- *Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom*

<u>På denne bakgrunn har vi utledet revisjonskriteriet at kommunen bør ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.</u>

Ved gjennomgang av kommunens skriftlige prosedyrer har vi sett hen til elementene som listes opp i strekpunktene over i henholdsvis kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. Flere av elementene går inn i og/eller påvirker hverandre. Veilederen til kvalitetsforskriften problematiserer om det i det hele tatt er mulig å møte individuelle følelser og behov med en skriftlig prosedyre. Ifølge veilederen finnes det ikke entydige svar på disse spørsmålene, men den viser til at en rekke kjente forhold kan legge grunnlaget for skriftlige prosedyrer slik at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet. Veilederen lister bl.a. opp følgende eksempler på slike forhold:

- *At det er systemer for å spørre brukere og pårørende om hva som skal til for at de opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og hvor fornøyde de er.*
- *At det er klare systemer for hvordan brukermedvirkning på individ- og systemnivå gjennomføres.*
- *At brukerne blir møtt av fagpersoner som har den nødvendige faglige og menneskelige kompetansen.*
- *At virksomheten har et program for opplæring og utvikling av personalets kunnskap og kompetanse.*
- *At de ansatte har en arena for refleksjon og får mulighet til å analysere feil som er begått.*

Som det fremgår av punktlista over, er blant annet brukermedvirkning og ansattes kompetanse forhold som er av betydning for om brukerne f.eks. opplever å bli behandlet med respekt. Brukermedvirkning og ansattes kompetanse er forhold som behandles som egne tema i rapporten. Vi presiserer at flere av temaene går inn i og/eller påvirker hverandre.

2.3.2 Informasjon til brukere og pårørende

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2a første ledd at kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient/bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, og at tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens/brukerens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 sjuende ledd skal brukere ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 regulerer informasjon til nærmeste pårørende ved samtykke fra pasient eller forholdene tilsier det (første ledd), hvis pasienten er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning (annet ledd), og dersom en pasient eller bruker dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko (tredje ledd).

<u>På denne bakgrunn har vi utledet revisjonskriteriet at kommunen bør ha system for å sikre beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon.</u>

2.3.3 Brukererfaringer/-medvirkning og informasjon

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, første til tredje ledd at

- kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste
- kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter
- helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten

Kvalitetsforskriften § 3 første ledd (utdrag) pålegger kommunen å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/ hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.* Forskriften angir videre at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene. Veilederen til kvalitetsforskriften poengterer at brukermedvirkning er sentralt i kvalitetsforskriften både for å ivareta respekten for det enkelte mennesket og for å bedre innholdet i pleie- og omsorgstjenestene. Veilederen gir eksempler på at brukermedvirkning kan skje på flere plan og påpeker at på individ- og systemnivå er det grader av brukermedvirkning. På individnivå innebærer det at den enkelte bruker og pårørende bidrar i utformingen av tjenestene de selv får. Å ha talerett er en lav form for brukermedvirkning, mens ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er et eksempel på høy grad av individuell brukermedvirkning eller brukerstyring. Utarbeiding og oppfølging av individuell plan er også eksempel på brukermedvirkning på individnivå.[6] Ifølge veilederen innebærer brukermedvirkning på systemnivå at en gruppe brukere eller representanter for brukere er med i planleggingen av nye tiltak eller ved drift av tjenester, for eksempel når beboere eller pårørende deltar i et styre for et sykehjem, eller at et kommunalt råd for funksjonshemmede kommer med forslag til endringer i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Også verdighetsgarantien vektlegger respekten for den enkeltes selvbestemmelsesrett.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten angir at plikten til å

- gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende (§ 7 e)
- evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer (§ 8 d)

Veilederen til sistnevnte forskrift påpeker 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 kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Videre påpeker veilederen at helse- og omsorgstjenestene er til for pasientene, brukerne og pårørende, og at det derfor er viktig å ta utgangspunkt i deres 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.

[6] Jf. FOR-2011-12-16 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Personer med behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

<u>På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:</u>
Kommunen bør

- ha system for at beboere på sykehjem og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud
- ha system for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tjenestetilbudet til beboere på sykehjem
- legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner

2.3.4 Ansattes kunnskap og kompetanse

Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten at plikten til å

- planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring (§ 6 f)
- gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres (§ 7a)
- gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet (§ 7 b)

Veilederen til forskriften påpeker at medarbeidere i virksomheten skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte, og at det i dette kravet ligger en forutsetning om at kompetansebehovet kartlegges, at det rekrutteres personell med nødvendig kompetanse og at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. Ifølge veilederen er oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring en forutsetning for å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav. Ifølge veilederen, er det også nødvendig at medarbeiderne har kompetanse i forbedringsarbeid, for å lykkes med endring og forbedring. Tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer, andre relevante retningslinjer, veiledere og styringssystem er ifølge veilederen nødvendig for at virksomhetene kan oppfylle kravet til forsvarlighet og kravet om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Veilederen viser for øvrig til spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8 som slår fast at virksomhet som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Veilederen påpeker også at øverste leder må legge til rette for at virksomhetens ledere og ansatte enkelt kan finne frem til de oppgaver, organisering og planer som gjelder dem.

<u>På denne bakgrunn har vi utledet revisjonskriteriet om at kommunen bør ha system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse.</u>

2.3.5 Medvirkning fra ansatte

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring påpeker at plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes (§ 7 d). For å lykkes i å styre og forbedre virksomheten er det ifølge forskriftens veileder avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt; det er de som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften, og de har også ofte de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring. Veilederen påpeker videre at det er viktig at det legges til rette for og oppmuntres til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder. Og for å medvirke på en god måte i forbedringsarbeidet er det en forutsetning at medarbeidere har

tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid og pasient- og brukersikkerhet. Medvirkning kan ifølge veilederen for eksempel tilrettelegges ved etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom melde- og avviksbehandling og forbedringsarbeid.

<u>På denne bakgrunn har vi utledet revisjonskriteriet om at kommunen bør ha system for medvirkning fra ansatte.</u>

2.3.6 Avdekke, rette opp og forebygge svikt

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten angir at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer å

- 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 (§ 6 d)
- planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt (§ 6 e)
- ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (§ 6 g)

Forskriften angir videre at plikten til å

- gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkl. brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (§ 7 c)
- evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges (§ 8 e)
- korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres (§ 9b)

Ifølge veilederen til forskriften står virksomhetene langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak som er nødvendige for å avdekke, rette opp og forebygge svikt. Noen deler av lovverket har imidlertid krav om konkrete prosedyrer og rutinebeskrivelser, slik som forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Veilederen påpeker at faglige rutiner generelt er nødvendig når det er behov for å sikre lik utførelse av oppgaver for å hindre uønsket variasjon. Og videre at rutiner og inngåelse av avtaler om oppgavefordeling er viktig for å sikre samarbeid mellom flere aktører; fastsatte rutiner og avtaler som plasserer ansvar og oppgaver og som eventuelt beskriver hvordan oppgavene skal utføres, letter kommunikasjon og trygger samhandling. Veilederen påpeker at det er viktig å ha fastsatte rutiner dersom det er lite kontinuitet og lav kompetanse blant de ansatte i virksomheten, eller hvis det er oppgaver som gjennomføres sjelden. Og at fastsatte rutiner er et viktig styringsvirkemiddel i situasjoner der feil, forglemmelse og utelatelser kan få alvorlige konsekvenser for pasient og bruker.

Veilederen påpeker at § 6 d og § 6 g handler om å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskede hendelser og forbedringsområder. Ifølge veilederen bør ledelsen og medarbeiderne gjennomgå de ulike funksjonene og arbeidsprosessene og vurdere dem i et risiko- og sårbarhetsperspektiv; på den

måten kan det defineres hvilke tiltak som må iverksettes og hvilke rutiner og prosedyrer som er nødvendige. Ifølge veilederen er gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid nøkkelen til å lukke avvik, forebygge uønskede hendelser, utvikle tjenestene og bedre pasient- og brukersikkerheten. Veilederen påpeker at pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko, og at deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes. En godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser, er ifølge veilederen en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Veilederen påpeker videre at øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser, og at denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det ifølge veilederen være en kultur for åpenhet og læring av feil.

Kartleggingen og oversikten over risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, vil ifølge veilederen også avdekke noen forbedringsområder. Veilederen påpeker at forbedringsområdene bør prioriteres; det må lages en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for å minimere risiko i fremtiden, og det skal legges særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

Ifølge veilederen skal det i tilfeller hvor det er avdekket svikt eller uønskede hendelser, igangsettes korrigerende tiltak. Veilederen poengterer at det ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak uten å sikre at tiltakene faktisk virker, og at plikten til å sørge for korrigerende tiltak i § 9 b må ses i sammenheng med plikten til å evaluere iverksatte tiltak i § 8 c.

<u>På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:</u>
Kommunen bør ha system for

- avviksmelding og -håndtering
- å ta imot og behandle eventuelle klager fra tjenestemottaker/pårørende
- å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene
- å planlegge risikoreduserende tiltak

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon[7].

Revisjonen har i løpet av prosjektperioden innhentet muntlige og skriftlige opplysninger fra Lenvik kommune gjennom møter, e-post og telefon. Virksomhetsleder for sykehjemstjenesten har vært revisjonens kontaktperson fra administrasjonen i forvaltningsrevisjonsprosjektet. Opplysningene har i hovedsak vært innhentet fra virksomhetsleder samt de fire fag-/avdelingslederne ved kommunens to sykehjem. Vi har gjennomgått Lenvik kommunes skriftlige rutiner som er relevante med hensyn til kvalitet i sykehjemstjenestene. Helsefaglig rådgiver har bidratt med opplysninger om og tilgang til kommunens skriftlige systemer/rutiner i kvalitetssystemet Compilo,[8] og kommunens systemansvarlig i Profil[9] har vist revisjonen hvordan systemet brukes. I tillegg til kommunens fellesprosedyrer har faglederne ved sykehjemmene forelagt revisor avdelingenes «lokale» rutiner/planer/sjekklister som ikke ligger i Compilo. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge ansattes opplevelser av kvalitet i tjenestetilbudet, og vi har brukt resultater fra kommunens brukerundersøkelser blant beboere på sykehjem og pårørende for å belyse deres opplevelser av kvaliteten. Kommunens informasjonssjef og personalsjef har bistått med data fra brukerundersøkelsene som ble gjennomført i 2016 og 2017.

3.1 Kartlegging av opplevd kvalitet

Spørsmålet om kvalitet i tjenestene vil i stor grad være knyttet til tjenestemottakernes opplevelser av livskvalitet og viktige verdier i eget liv. Det er derfor vesentlig at en kvalitetsundersøkelse søker å kartlegge disse opplevelsene. I en undersøkelse som omfatter kvaliteten i tjenestene til beboere på sykehjem, er det viktig at pårørende gis anledning til å uttale seg da en del tjenestemottakere ikke har forutsetninger for å uttale seg på egne vegne. Videre er det viktig at tjenesteyterne gjennom de ansatte får anledning til å si sine meninger om tjenestene, da disse er i direkte kontakt med beboerne og deres pårørende og/eller kan ha ulike opplevelser av og forventninger til kvaliteten i tjenesten,

Revisjonen hadde som en del av forvaltningsrevisjonen planlagt å kartlegge beboernes, pårørendes og ansattes opplevelser av kvaliteten på sykehjemmene. Siden Lenvik kommune gjennomfører årlige brukerundersøkelser blant beboere på sykehjem og deres pårørende - og siden kommunes undersøkelser skulle gjøres i samme periode som forvaltningsrevisjonen pågikk – valgte revisjonen i samråd med kontrollutvalget å ikke gjennomføre spørreundersøkelse blant beboere/pårørende, men heller referere til funn fra kommunens brukerundersøkelse i rapporten. Erfaringsmessig er antallet beboere som kan delta i spørreundersøkelser noe begrenset, og det er ofte utfordrende å få inn nok besvarelser fra spesielt pårørende. To lignende spørreundersøkelser i samme periode antas å kunne påvirke kvaliteten på svarene og/eller føre til lav oppslutning om en eller begge undersøkelsene.

For å gjennomføre spørreundersøkelser om kvalitet, er det nødvendig å utarbeide spørsmål som er egnet til formålet, dvs. som kan bidra til å fange opp brukernes, pårørendes og ansattes opplevelser av *kvalitet*. Fra kvalitetsforskriften har vi i utformingen av spørsmål til ansatte vektlagt at kommunen skal sikre tjenestemottakerens grunnleggende behov, men også andre kilder har vært brukt. Vi har sett hen til kommunens brukerundersøkelser ved utformingen av spørsmålene til de ansatte for å kunne sammenligne resultatene de ulike brukergruppene imellom, siden vi i denne

[7] *RSK 001Standard for forvaltningsrevisjon* fastsatt av Norges kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011
[8] https://www.lenvik.kommune.no/for_ansatte/hms-internkontroll/
[9] Profil er et nettbasert verktøy for pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommuner, som blant annet inneholder elektronisk pasientjournal, jf. informasjon på å www.visma.no/unique.

undersøkelsen la til grunn resultatene fra kommunens egne brukerundersøkelser blant beboere og pårørende.

Revisjonens spørreundersøkelse blant ansatte

Revisjonens spørreundersøkelse ble gjennomført blant alle ansatte som har direkte kontakt med tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass ved Rossfjord sykehjem eller ved Finnsnes omsorgssenter. Dette inkluderte både fast ansatte og vikarer. Spørreskjemaet ble først sendt per e-post[10] til ansatte via QuestBack[11] basert på navnelister fra faglederne, men pga. lav deltakelse ble skjemaet etter hvert også gjort tilgjengelig i papirversjon (inkludert ferdigfrankert svarkonvolutt). Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 25. april – 26. mai 2017 etter utsatt svarfrist.

Vi informerte virksomhetsleder/kontaktperson, fagledere, tillitsvalgte og verneombud om spørreundersøkelsen, og ba dem oppfordre de ansatte til å besvare spørreskjemaet. Vi laget også informasjonsskriv om spørreundersøkelsen som kunne henges opp på personalrom e.l. Påminnelser om spørreundersøkelsen og informasjon om utsatt svarfrist ble sendt per e-post til alle ansatte som ikke hadde svart.

Navnelistene fra sykehjemmene inneholdt navn på til sammen 149 ansatte. Vi fikk inn 77 svar, noe som utgjør en svarprosent på 52. Svarprosenten var relativt lik på sykehjemmene/avdelingene (se tabell 2 for nærmere informasjon).

Resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse ble gjennomgått i møte med kommunen 31. mai 2017. I møtet deltok kontaktpersonen/virksomhetsleder og de fire faglederne ved sykehjemmene. Både i selve møtet og i etterkant inviterte revisjonen virksomhetsleder og faglederne (heretter kalt sykehjemsledelsen) til å komme med kommentarer eller supplerende informasjon til både spørreundersøkelsen og rutinebeskrivelsene som utgjør sykehjemmenes kvalitetssystem.

Kommunens spørreundersøkelser blant tjenestemottakere og pårørende

Kommunens brukerundersøkelser ble gjennomført blant tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass ved kommunens sykehjem og deres pårørende. Spørreskjemaene som kommunen benyttet, er tilgjengelig gjennom verktøyet *bedrekommune.no*. Verktøyet er utviklet av kommuneforlaget og KS og brukes for å måle opplevd kvalitet gjennom bruker-, innbygger- og medarbeiderundersøkelser. Lenvik kommune gjennomfører årlige brukerundersøkelser og etter samme mal for å kunne sammenligne resultatene over tid.

Beboerne besvarte spørreskjemaet[12] i personlig intervju 18. april 2017, og det var elever fra helsefagarbeiderutdanningen ved Nordborg videregående skole som gjennomførte intervjuene. Det var totalt 21 potensielle intervjuobjekter[13] – alle beboere ved Finnsnes omsorgssenter - og 15 samtykket til å bli intervjuet. Ved Rossfjord sykehjem var antallet aktuelle sykehjemsbeboere ifølge kommunen for lavt til at det ble gjennomført intervju. Antall beboere med vedtak om langtidsplass var 78 ved Finnsnes omsorgssenter og 28 ved Rossfjord sykehjem da brukerundersøkelsene ble sendt ut.

[10] E-postadresser (flest kommunale men enkelte private) ble fremskaffet av faglederne eller ved oppslag mot databasen på Lenvik kommunes nettsted. Revisor sendte forespørsel til kommunens IT-avdeling om bistand til å ta ut lister, men da dette tok lang tid å få avklart, baserte vi oss på oppslag på kommunens nettside.
[11] Internettbasert verktøy for spørreundersøkelser
[12] Skjemaet: *Beboere i sykehjem/omsorgsboliger med heldøgnstjeneste – forenklet utgave*
[13] Med «potensielle» menes de som av personalet ble vurdert som samtykkekompetent.

Kommunens undersøkelse blant pårørende ble sendt ut 3. april 2017 med svarfrist 21. april. Alle pårørende til beboere med vedtak om langtidsplass – inkludert pårørende til beboerne som ble intervjuet – ble bedt om å besvare spørreskjemaet[14] enten elektronisk eller per brev (valgfritt). Totalt fikk 78 pårørende tilsendt spørreskjemaet, og kommunen mottok 25 svar. Det utgjør en svarprosent på 32 blant pårørende samlet, og avdelingene imellom varierer den fra 23 til 39 prosent. (Nærmere informasjon om «avdelingene» gis i kapittel 3.3 og 4).

3.2 Kvalitetssystemet

Lenvik kommune har et elektronisk kvalitetssystem, Compilo, som via kommunens nettside[15] er tilgjengelig for alle ansatte. Kvalitetssystemet inneholder fellesprosedyrer for hele kommunen og prosedyrer for det enkelte tjenesteområde og enhet. Vår gjennomgang av kvalitetssystemet er avgrenset til dokumenter/prosedyrer som gjelder tjenester til personer med vedtak om langtidsplass i sykehjem.

Revisors vurderinger av kommunens systemer for kvalitet i sykehjemstjenestene baserer seg på dokumentasjon i form av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer i Compilo, lokale prosedyrer som faglederne har forelagt revisjonen samt utdypende muntlige opplysninger fra sykehjemsledelsen. Vi har i enkelte vurderinger også lagt til grunn data fra spørreundersøkelsen som vi gjennomførte blant ansatte og fra kommunens brukerundersøkelser.

3.3 Gyldighet og pålitelighet

Med datamaterialets gyldighet og pålitelighet menes henholdsvis om dataene vi har samlet inn i undersøkelsen, utgjør et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp mot revisjonskriteriene og problemstillingene, og om datamaterialet er beheftet med feil.

Revisors vurderinger av kommunens systemer i sykehjemmene baserer seg på dokumentasjon i form av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer, avdelingenes skriftlige rutiner samt relevante muntlige og skriftlige tilleggsopplysninger fra virksomhets- og faglederne. Vi vurderer den skriftlige dokumentasjonen som relevant fordi den omhandler systemer/rutiner/ prosedyrer som skal bidra til kvalitet i sykehjemstjenestene. Og vi forutsetter at sykehjemsledelsen har inngående kjennskap til sykehjemmene og de deler av kvalitetssystemet som gjelder sykehjemmene. Det samme gjelder omsorgsfaglig rådgiver, som har bidratt med informasjon om Compilo, og systemansvarlig for Profil. Vi har også lagt til grunn informasjon fra revisjonens spørreundersøkelse blant ansatte og kommunens brukerundersøkelser blant beboere og pårørende.

Revisjonens spørreskjema ble utformet etter en velutprøvd mal som revisor har lagt til grunn i lignende forvaltningsrevisjonsprosjekter i andre kommuner. Vi har imidlertid gjort tilpasninger i spørreskjemaet til de ansatte for å kunne gjøre sammenligninger med resultatene fra kommunens brukerundersøkelser blant beboere og pårørende. De fleste ansatte som besvarte revisjonens spørreundersøkelse, ga svar gjennom det elektroniske spørreskjemaet vi sendte per e-post til den enkelte. I tillegg leverte revisor spørreskjemaer i papirversjon på alle sykehjemsavdelingene, der de ansatte kunne få tilgang til disse dersom de ikke ønsket å besvare undersøkelsen elektronisk. Det var relativt mange som besvarte med å fylle ut spørreskjemaet på papir og sende det per brev til revisjonen. Det er en viss risiko for at vi kan ha fått inn enkelte upålitelige og ugyldige data, for eksempel ved at ansatte som ikke er relevante informasjonskilder, har fått utdelt spørreskjemaet,

[14] *Pårørende til beboere i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnstjeneste*
[15] http://harstad.kommune.no/eknet/start.aspx

eller at noen har svart både elektronisk og på papir. Men i gjennomgangen av alle innkomne besvarelser (elektronisk og på papir) med fritekstkommentarer fant revisor ingen indikasjoner på at dette har skjedd, og vi vurderer derfor risikoen for denne typen feil som liten. I spørreundersøkelsen var det også mulig å hoppe over eller svare *vet ikke* på de aller fleste spørsmålene dersom respondentene følte de ikke hadde grunnlag for å besvare spørsmålene. Dette gjør at vi vurderer dataene fra spørreundersøkelsen som pålitelige og relevante.

Når drøye halvparten av de aktuelle ansatte besvarte spørreundersøkelsen, vurderer vi dataene fra revisjonens spørreundersøkelse som tilstrekkelige for å gi indikasjoner på ansattes opplevelser av kvaliteten i sykehjemstjenestene. Ansatte ved alle avdelingene og fra ulike yrkesgrupper er representerte i besvarelsene (se tabell 2 og 3 for informasjon om fordeling).

Datamaterialet vedrørende beboernes og pårørendes opplevelser av kvaliteten på sykehjemstjenestene består av resultatene fra kommunens brukerundersøkelser. Vi vurderer også disse resultatene som pålitelige og relevante data, fordi undersøkelsene er rettet mot brukere av sykehjemstjenestene, og fordi Lenvik kommune benytter verktøyet bedrekommune.no til sine brukerundersøkelser. De som gjennomførte beboerintervjuene, var ikke ansatt i kommunen/ved sykehjemmene, noe som kan styrke påliteligheten i intervjudata; muligheten for at beboerne følte lojalitetskonflikt med å formidle eventuell misnøye med (deler av) sykehjemstjenestene, var sannsynligvis mindre når de formidlet seg til «utenforstående» enn dersom de skulle formidlet seg til «tjenesteyter». Data fra beboerintervjuene gjelder bare for Finnsnes omsorgssenter, jf. redegjørelsen i kapittel 3.1 om at det i år ikke ble gjennomførte brukerundersøkelse blant beboerne ved Rossfjord sykehjem. Svarprosenten på kommunens brukerundersøkelser blant beboere med samtykkekompetanse ble 71,[16] noe som er tilstrekkelig til å uttale seg om hvordan beboere med samtykkekompetanse ved Finnsnes omsorgssenter opplever kvaliteten. Dataene gjelder imidlertid en begrenset andel av beboerne siden kun 21 av 106 (20 %) ble vurdert som samtykkekompetente. Når det gjelder brukerundersøkelsen blant pårørende, vurderer vi dataene som ikke tilstrekkelige fordi bare ca. én tredel av pårørende ved sykehjemmene samlet besvarte spørreskjemaet. Dataene er likevel egnet til å gi interessante indikasjoner på hvordan pårørende opplever kvaliteten ved sykehjemmene. Spørreundersøkelsen omhandler opplevd kvalitet, altså subjektive opplevelser av kvaliteten i hjemmetjenestene. Helse- og omsorgstjenester er rettet mot enkeltpersoner og skal ivareta den enkeltes behov. For denne typen tjenester som er individuelt tilpasset, kan opplevelsen til den enkelte pårørende/tjenestemottaker være mer interessante enn gjennomsnittsskåren. Resultatene fra spørreundersøkelsen blant pårørende er egnet til å si noe om hvordan kvaliteten i tjenestene til den enkelte tjenestemottaker oppleves, og vi har derfor vektlagt disse resultatene selv om svarprosenten ikke er helt tilfredsstillende (32 %).

Resultatene fra spørreundersøkelsene må betraktes som «øyeblikksbilder» fra undersøkelsesperioden, og vi tar forbehold om at situasjonen ved sykehjemmene kan være endret etter at spørreundersøkelsene ble gjennomført. For øvrig er spørreundersøkelsesresultatene representative bare for synspunktene til de som har besvart undersøkelsen.

Vi har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet og sammenlignet de ulike typer data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi fremlagt datamaterialet for administrasjonen for å kunne korrigere påviste faktafeil.[17] Etter dette forutsetter vi at det ikke er vesentlige feil i datamaterialet som presenteres i rapporten.

[16] 15 av 21 beboere samtykket i å la seg intervjue.
[17] Datagrunnlaget ble presentert for virksomhetsleder og faglederne før rapporten ble sendt på høring til rådmannen. Virksomhetsleder rakk ikke å gjennomgå dette før han tok ferie, men viste til en av faglederne som sin stedfortreder.

Med henvisning til ovenstående redegjørelse og drøfting vurderer revisor det samlede datamaterialet som et pålitelig og gyldig grunnlag for revisors vurderinger og konklusjoner.

På et overordnet nivå har revisor også søkt å sikre påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

3.4 Revisjonens spørreundersøkelse – begreper og bakgrunnsvariabler

I presentasjonen av funn fra spørreundersøkelsen blant de ansatte bruker vi følgende begreper:

- *Respondenter:* Personer som har besvart spørreundersøkelsen
- *Gjennomsnittsskår:* Gjennomsnittsverdien av respondentenes svar når spørsmål ble besvart med alternativer tilordnet en tallverdi i henhold til skalaen presentert i tabell 1
- *Svarfordeling:* Hvordan respondentenes svar fordeler seg på de ulike svaralternativene i tabell 1 når respondenten ble bedt om å besvare spørsmål med et av disse alternativene.
- *n:* Oppgis i tilknytning til det enkelte spørsmål og angir antallet respondenter som har besvart spørsmålet

I rapporten framstiller vi resultater fra spørreundersøkelsene blant de ansatte i diagrammer og tabeller. Resultatene presenteres samlet for sykehjemmene, og i tilknytning til det enkelte spørsmål oppgir vi hvilke avdelinger som fikk henholdsvis laveste og høyeste gjennomsnittsskår. Med «avdeling» mener vi Rossfjord sykehjem og plan 2, plan 3 og plan 4 ved Finnsnes omsorgssenter. I diagrammene der vi framstiller resultatene fra spørreundersøkelsen - og i rapporten forøvrig - omtaler vi de tre avdelingene ved Finnsnes omsorgssenter som plan 2, plan 3 og plan 4.

Tittelen til hvert diagram/hver tabell gjenspeiler spørsmålet fra spørreundersøkelsen slik det ble stilt til de ansatte. Enkelte spørsmål hadde en veiledningstekst hvor innholdet i spørsmålet ble konkretisert. Der det er aktuelt, refererer vi veiledningsteksten til det enkelte spørsmål.

På de fleste spørsmålene i undersøkelsen valgte respondentene mellom svaralternativene med tilhørende verdier som er oppgitt i tabell 1. I tabell i tilknytning til det enkelte spørsmål oppgir vi svarfordeling, gjennomsnittsskår og hvilket svaralternativ gjennomsnittsskåren til ansatte ligger nærmest (jf. tabell 1). På en del spørsmål hadde respondentene anledning til å svare *vet ikke*. Andelen som har svart *vet ikke*, oppgis i tilknytning til det enkelte spørsmål. Svaralternativet *vet ikke* er ikke tilordnet tallverdi og påvirker dermed ikke gjennomsnittsskåren.

Tabell 1: Svaralternativer i spørreundersøkelsen

Verdi	Betydning
1	I svært liten grad / helt uenig
2	I liten grad / uenig
3	I middels grad / verken enig eller uenig
4	I stor grad / enig
5	I svært stor grad / helt enig

I spørreundersøkelsen til de ansatte hadde respondentene anledning til å gi utdypende kommentarer til spørsmålene i fritekstfelt. Fritekstkommentarer fra ansatte presenteres i tilknytning til det enkelte spørsmål/tema. Enkelte spørsmål i undersøkelsen ble stilt som fritekstspørsmål, som vil si at respondenten ikke besvarte dem med tilordnede alternativer.

Innledningsvis i spørreundersøkelsen besvarte ansatte spørsmål om arbeidssted, stilling og ansettelsestid. Det er ulikt antall ansatte ved de ulike avdelingene som inngår i undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen omfattet også vikarer i tjenestene. I tabell 2 følger oversikt over svarprosenten ved den enkelte avdeling. Svarprosenten blant ansatte ble samlet for sykehjemmene 52, og den varierte mellom 45 til 55 avdelingene imellom.

Tabell 2: Svarprosent ved avdelingene[18] - Ansatte

Avdeling	Svarprosent	Antall svar / antall mulige respondenter
Rossfjord sykehjem	**55 %**	21/38
Plan 2 Finnsnes omsorgssenter	**45 %**	19/42
Plan 3 Finnsnes omsorgssenter	**53 %**	24/45
Plan 4 Finnsnes omsorgssenter	**54 %**	13/24
TOTALT	**52 %**	**77/149**

Tabell 3 viser at det var flest helsefagarbeidere/hjelpepleiere som besvarte spørreskjemaet, både samlet og ved den enkelte avdeling. Ifølge sykehjemsledelsen er ikke dette overraskende, siden denne yrkesgruppen har størst representasjonen blant de ansatte.

Tabell 3: Hvilken type stilling har du?[19] n=77

Stillingstype	Samlet	Rossfjord sykehjem	Plan 2 FO	Plan 3 FO	Plan 4 FO
Sykepleier/vernepleier	29%	29%	26%	25%	38%
Helsefagarbeider/hjelpepleier	49%	43%	58%	46%	54%
Assistent	22%	29%	16%	29%	8%

Vi stilte også spørsmål til ansatte om hvor mye de arbeidet, uavhengig av stillingsbrøken i deres kontrakt. Det vil si at vi ba dem om å legge til grunn hvor mange vakter de faktisk jobbet og hvor mye det tilsvarte i stillingsstørrelse. Som det fremgår av tabell 4, svarte det store flertallet blant ansattrespondentene at de arbeider i stilling på over 50 prosent.

Tabell 4: Hvor mye vil du anslå at du jobber i avdelingen?[20] n=76

Stilling: Fast + ekstra	Samlet	Rossfjord sykehjem	Plan 2 FO	Plan 3 FO	Plan 4 FO
Inntil 20 %	4%	5%	0%	4%	8%
20 - 50 %	11%	5%	21%	13%	0%
51 – 100 %	**76%**	**70%**	**79%**	**75%**	**85%**
Mer enn 100 %	5%	15%	0%	4%	0%
Vet ikke	4%	5%	0%	4%	8%

I rapporten gjengir vi resultatene fra kommunens brukerundersøkelser blant pårørende og beboere. Som nevnt i kapittel 3.2, er ikke resultatene fra brukerundersøkelsene representative på grunn av noe lav deltakelse blant pårørende og siden kun et begrenset antall beboere ved Finnsnes omsorgssenter ble intervjuet. Av denne grunn og av hensyn til anonymitet gir vi kun en forenklet presentasjon av resultatene fra brukerundersøkelsene. Spørsmålene som ble stilt i kommunens brukerundersøkelser og tilhørende svaralternativer, fremgår av rapportens vedlegg 1 og 2.

[18] Spørsmål: *Hvor arbeider du?* Veiledningstekst: *Dersom du per i dag jobber flere steder, ber vi deg velge det arbeidsstedet der du har flest arbeidstimer med sykehjemsbeboere.*

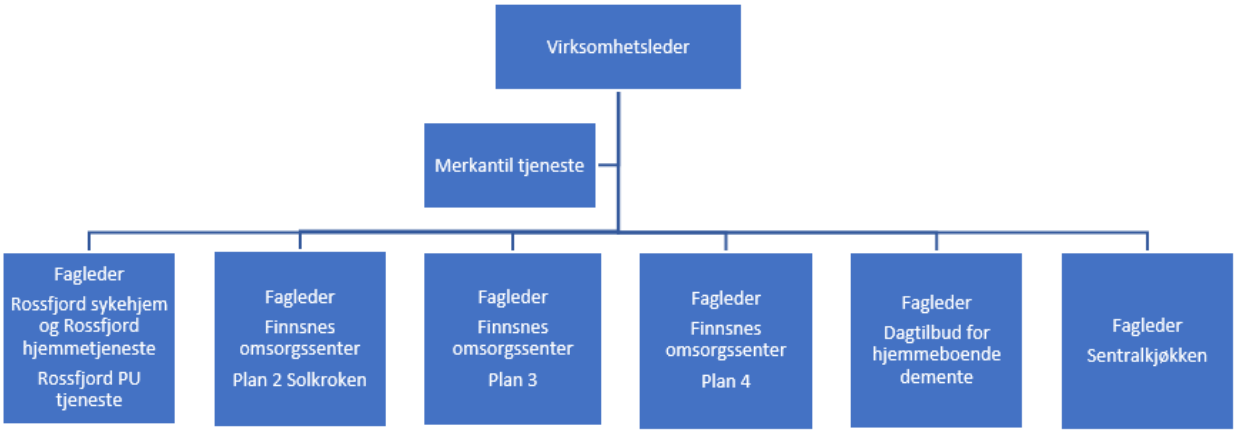
[19] Veiledningstekst: *Dersom din stillingsbetegnelse ikke er nevnt under, ber vi deg velge det alternativet som passer best med din utdanning.*

[20] Veiledningstekst: *I dette spørsmålet ber vi deg anslå hvor mye du arbeider, uavhengig av hvor stor stillingsbrøk du har i din kontrakt. Vi ber deg legge til grunn hvor mange vakter du faktisk jobber og hvor mye det tilsvarer i stillingsstørrelse. Dersom du har en fast stilling og tar ekstravakter på toppen av denne, ber vi om at du legger dette sammen når du anslår hvor stor stilling det tilsvarer i praksis. Dersom du kun er tilkallingsvikar og/eller det er stor variasjon i hvor mye du arbeider, ber vi deg anslå hvor mye du jobber en gjennomsnittlig uke.*

4 ORGANISERING

Sykehjemstjenesten i Lenvik kommune er organisert som egen virksomhet. Tjenesten består av Rossfjord sykehjem og Finnsnes omsorgssenter som tilbyr 107 langtidsplasser og 3 avlastningsplasser. Kommunen tilbyr også 13 korttidsplasser som er organisert under virksomheten Distriktsmedisinsk senter (DMS). Omsorgssenteret er i samme bygningsmasse som DMS.

Figur 1: Virksomhet for sykehjemstjenester – Lenvik kommune



Kilde: www.lenvik.kommune.no

Som det fremgår av figuren over, er det fire avdelinger – hver med egen fagleder - som gir tjenester til sykehjemsbeboere med vedtak om langtidsplass:

- Finnsnes omsorgssenter har 90 sykehjemsplasser (80 i bruk) fordelt på tre avdelinger; plan 2, plan 3 og plan 4. Hver avdeling er igjen fordelt på tre bogrupper. Plan 2 er skjermet enhet for demente beboere.
- Rossfjord sykehjem har 27 sykehjemsplasser fordelt på to bogrupper.

Rossfjord sykehjem

Bilde: folkebladet.no

Finnsnes omsorgssenter

Bilde: folkebladet.no

Langtidsopphold i sykehjem er for pasienter som har store behov for medisinsk oppfølging og omfattende helse- og omsorgstjenester.[21]

[21] Jf. *Tjenestebeskrivelse sykehjemstjenesten (ID: 1400), Lenvik kommune*

Søknader og henvendelser om helse- og omsorgstjenester i Lenvik kommune rettes til og behandles av Tildelingsenheten.[22] Fremgangsmåte og saksbehandling fremgår av egen rutine[23]. Rutinen beskriver hvordan vedtak skal meldes mellom Tildelingsenheten og utøvende virksomhet samt samarbeidsmøter mellom disse, og hvordan/hvor ofte vedtak skal evalueres. Det fremgår blant annet at hovedregelen er at alle vedtak skal evalueres årlig av Tildelingsenheten, men at unntak kan gjøres i tilfeller der en med stor sikkerhet vet at vedtaket blir langvarig og uten endring, for eksempel langtidsplass på institusjon. Rutinen henviser til evalueringsskjema i Profil og til at Tildelingsenheten skal utarbeide evalueringsnotat.

Kommunens kvalitetssystem

Høsten 2016 tok Lenvik kommune i bruk nytt elektronisk kvalitetssystem, Compilo. Dette erstattet da et annet elektronisk kvalitetssystem (Kista). Ifølge helse- og omsorgsfaglig rådgiver har kommunen hatt en stor oppryddings- og kvalitetssikringsrunde når det gjelder rutine- og tjenestebeskrivelser i forbindelse med overgangen til Compilo.

Compilo inneholder i hovedsak prosedyrer som er utarbeidet av Lenvik kommune. Videre er VAR[24] (tidligere PPS - Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten) en integrert del av Compilo, noe som innebærer at Compilo linker direkte til en rekke faglige prosedyrer i VAR. Flere av disse gjelder brukernes grunnleggende behov. Disse omtaler vi nærmere under tilhørende tema i kapittel 5-10.

Lenvik kommune forklarer *kvalitetssystem* slik[25]:

- Et kvalitetssystem er plattformen og verktøyet som ivaretar interne og eksterne krav for å oppnå ønsket kvalitet og standard i organisasjonen
- Det er et verktøy for å styre, dokumentere, rapportere, kontrollere og følge opp
- Systemet skal bidra til å tilfredsstille interne kvalitetskrav samt lover og forskrifter om internkontroll som gjelder for ulike tjenesteområder innenfor kommunal sektor
- Lenvik kommune har et stort omfang av reglement og prosedyrer. Tilgjengelighet til disse og en effektiv avviksrapportering er av stor betydning i den interne kontrollen. Som en del av den interne kontrollen, legges det også stor vekt på risikoanalyser.

Kommunens ansatte får tilgang til innholdet i kvalitetssystemet Compilo via innlogging på kommunens nettside.

Registrering av avvik og dokumentasjon av oppfølging gjøres også i Compilo.

[22] *Søknadsskjema Helse- og omsorgstjenester* (ID: 2067) er utarbeidet til formålet. Det fremgår at Merkantil skal registrere søknaden i Profil, se forklaring i neste note.
[23] *Samarbeid mellom Tildelingsenheten og utøvende tjenester ved bestilling av og tildeling av helse- og omsorgstjenester (ID:198).* Rutinen beskriver også behandling av akutte saker utenom åpningstid.
[24] VAR Healthcare er en database med nærmere 400 oppdaterte prosedyrer og nyttige funksjoner for bruk i praksis, jf. informasjon på www.varhealthcare.no
[25] Jf. informasjon i dokumentet *Internkontroll i Lenvik kommune – Brukerkurs Compilo*

5 IVARETAKELSE AV BEBOERNES GRUNNLEGGENDE BEHOV

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov.

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, kvalitetsforskriften inkl. veileder

Revisors funn

Generell kartlegging og oppfølging

Lenvik kommune har flere skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder generell/grunnleggende kartlegging av sykehjemsbeboernes behov:

- *Journalansvarlig helse- og omsorg (ID: 2103).* Rutinen har som formål å sikre at den som yter helsehjelp, nedtegner/registrerer opplysninger i journal for den enkelte pasient jf. krav i helsepersonelloven § 39. Det fremgår av rutinen at fagleder på de ulike tjenestestedene er journalansvarlig, ansvar/oppgaver mht. pasientjournal er beskrevet, og vedlagt finnes dokumentet *Sjekkliste journalansvarlig (ID: 2104).*
- *Rutine for behandling av elektroniske meldinger i Profil – for sykehjem.* Formålet er å sikre gode rutiner for behandling av elektroniske meldinger. Det fremgår at sykehjemmet kan motta elektroniske meldinger i Profil fra tilsynslege, legevakta og UNN.
- *Årshjul for ledere helse og omsorg.* Oppgaven *Opplæring Profil fagleder og Profilkontakter* er lagt inn i årshjulet.
- *Anamnese skjema*[26], brukes ifølge faglederne ved alle avdelinger. Inneholder kartlegging av skolegang/yrkesutdannelse, arbeid, bosted, ektefelle, barn, hobbyer, interesser (religiøse, lesing/musikk, annet), samvær med andre, aktiviteter, foreninger, vaner.
- *Rutine for innkomstsamtale ved ny pasient i sykehjem, plan 3* og *plan 4.* Rutinen har som formål å blant annet kartlegge behov og ønsker fra pasient og pårørende.
- *Rutine for innkomst ved ny pasient i sykehjem, plan 4.* Rutinen har som formål å kartlegge status av pasient ved innkomst avdeling samt forberede innkomstsamtale.
- *Sjekkliste for inn-/utskriving Rossfjord sykehjem* (overlevert i møte 31.5). Det er angitt flere formål med sjekklista, blant annet at den skal sikre at beboer får et kvalitetsmessig tilbud utfra sine behov og ressurser. I sjekklista fremgår praktiske forberedelser, hva som skal tas opp på innkomstsamtale, og hva som er aktuelt å dokumentere; f.eks. skrive innkomstrapport og tiltak i Profil, kartlegge ernæring, legemiddelgjennomgang, epikriser, blodprøver, samtale med hhv. pårørende og lege om behandlingsmål.
- *Sjekkliste – til opplæring av nye sykepleiere,* Rossfjord sykehjem. Det fremgår av sjekklista at aktuelle oppgaver bl.a. i Profil; oppdatere tiltak som gjelder helsehjelp ut fra pasientens behov, oppdatere medisinliste og registrere avvik.
- Maler/eksempler på dagsplaner fra Rossfjord sykehjem, plan 2, plan 3 og plan 4. Disse inneholder informasjon om ansvar og oppgaver som skal gjøres i avdelingen med hensyn til blant annet kjøkken, matvarer, tøy, sengeskift og/eller pleieoppgaver rettet mot enkeltbeboere (hva han/hun trenger hjelp til og hva de ulike vaktene må påse).
- *Veileder i sykehjemsmedisin* (ID: 2277).[27] Det fremgår av veilederen at den skal bidra til at tjenestetilbudet på sykehjemmene i regionen skal være mest mulig lik, og at målet er *at*

[26] Overlevert i møte 31.5 og per e-post 21.6

[27] Undertittel: *En veileder for bedre helsetjeneste i sykehjem for Torsken, Sørreisa, Berg, Dyrøy, Tranøy og Lenvik.*

pasientene skal få best mulig helsehjelp også når de blir så syke og skrøpelige at de ikke lenger kan bo hjemme. Veilederen inneholder rutinebeskrivelser for innkomst og mottak, tiltaksplan/medisinsk behandlingsplan, årskontroll, ernæring, akutt syke eldre, og for terminal pleie i sykehjem.

Opplysninger om den enkelte beboer på Lenvik kommunes sykehjem registreres i fagsystemet Profil.[28] Systemet er sentralt for å kartlegge tjenestemottakernes behov, planlegge oppgaver/tiltak og dokumentere hvilken helsehjelp som er gitt.[29] Alle ansatte som yter helsehjelp har nødvendige tilganger til systemet for å kunne utføre oppgaver og dokumentere hvilken hjelp som er gitt den enkelte beboer. Kun sykepleiere/vernepleiere har tilgang til å opprette «områder» og tiltak.[30]

Pasientens «brukerkort» i Profil inneholder opplysninger om personalia, kontaktpersoner og fastlege. Ved førstegangsregistrering (nye tjenestemottaker) baseres opplysningene på søknad fra bruker/pårørende eller melding fra sykehus samt opplysninger som Tildelingsenheten i kommunen legger inn ved behandling av søknaden. Registreringer legges inn og oppdateres i forbindelse med innkomst og underveis i oppholdet ved endringer i behov og/eller tiltak. Ansatte dokumenterer daglig i Profil den helsehjelpen som er gitt.

Pasientjournalen inneholder opplysninger om blant annet diagnoser, allergier, medisiner, eventuelle målinger (respirasjon, blodsukker mm) og tvangsvedtak.

Ifølge systemansvarlig i Profil er systemet forbedret/utviklet siden Lenvik kommune først tok i bruk systemet i 2004. I januar 2017 la kommunen om strukturen i pasientjournalen i Profil. Dette ble gjort i forlengelsen av «Helsedokumentasjonsprosjektet»[31] som ble avsluttet i 2016. Prosjektet avdekket i en kartlegging i 2016 blant annet at registreringene i Profil var noe mangelfulle. Dette gjaldt først og fremst beskrivelser av bakgrunnen for oppgaver/tiltak som skulle gjøres overfor den enkelte beboer. En ny kartlegging våren 2017 viser ifølge systemansvarlig at registreringene har blitt kvalitetsmessig betraktelig bedre. Kommunen har kontinuerlig fokus på registreringer i Profil, men økte innsatsen på området (opplæring av/informasjon til ansatte) i forbindelse med omlegging til ny struktur.

Den nye strukturen i Profil gir i forhold til gammel struktur blant annet enklere oversikt over den enkelte beboers *grunnleggende behov*, da dette i den nye strukturen inngår som en eget område. *Ernæring* og *medikamenthåndtering* er også «løftet fram» som egne områder i den nye strukturen. Andre områder er f.eks. *kommunikasjon/adferd/kognitiv funksjon, endret helsetilstand, tvungen helsehjelp etter Pbrl. § 4a* og *kontakt med samarbeidsparter.* Om beboers grunnleggende behov registreres opplysninger kun om forhold som han/hun trenger bistand til. Hvis det f.eks. er behov for bistand til personlig hygiene, registreres opplysninger om hva beboer trenger hjelp til og hvordan behovet skal imøtekommes.

[28] Sykehjemsledelsen viste til at opplysninger om den enkelte beboer registreres i fagsystemet Profil, og revisor fikk en gjennomgang av Profil av systemansvarlig.
[29] Lenvik kommune dokumenterer i Profil også oppgaver/tiltak som ikke er lovpålagte, som f.eks. husvask som utføres av hjemmetjenesten.
[30] Tilgangen til pasientopplysninger styres av ansattes roller/oppgaver. F.eks. har ikke assistenter tilgang til alle opplysninger som ligger i postjournal og saksmappa, men de har tilgang til opplysninger i pasientjournalen. Kommunen har egen rutine for tilgangskontroll.
[31] Prosjekt i regi av «Løkta» som Lenvik kommune deltok i sammen med andre kommuner i Midt-Troms.

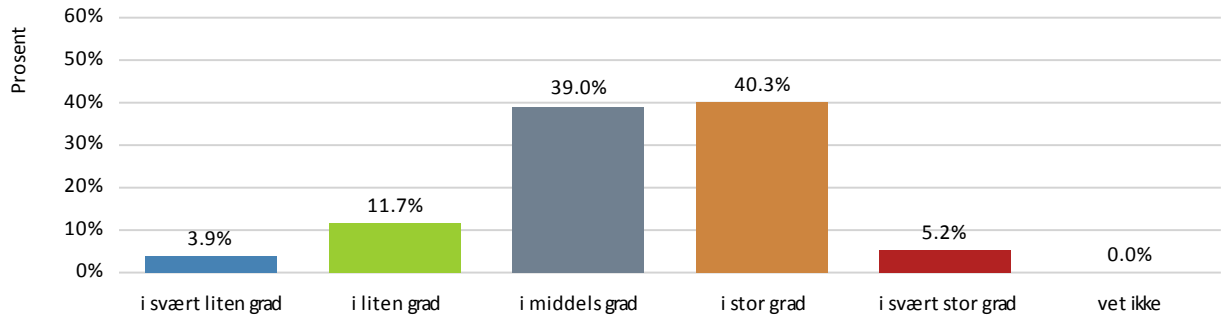
Kost/ernæring

Når det gjelder beboernes kost-/ernæringsbehov, har kommunen følgende skriftlige rutiner[32]:

- *Kartlegging av ernæringsstatus, identifisering av ernæringsrisiko og oppfølging av tiltak* (ID: 2107). Rutinen har som formål å sikre tilfredsstillende ernæringsstatus hos eldre. Vedlagt rutinen er et kartleggingsskjema[33] hvor følgende skal fylles ut: vekt, høyde, bmi, type kost, tygge/svelgeproblemer, allergi, nedsatt matlyst, tannstatus og siste tannlegekontroll, samt tilrettelegging ved måltider og hjelpemidler. Videre skal det fylles ut for om brukeren i løpet av de siste ukene har tapt vekt eller hatt redusert næringsinntak, samt hvor mange fullstendige måltider brukeren spiser per dag.[34]
- Ernæring (VAR); *enteral ernæring, oral ernæring, parenteral ernæring, sonder, vurdering/kartlegging av ernæringsstatus*

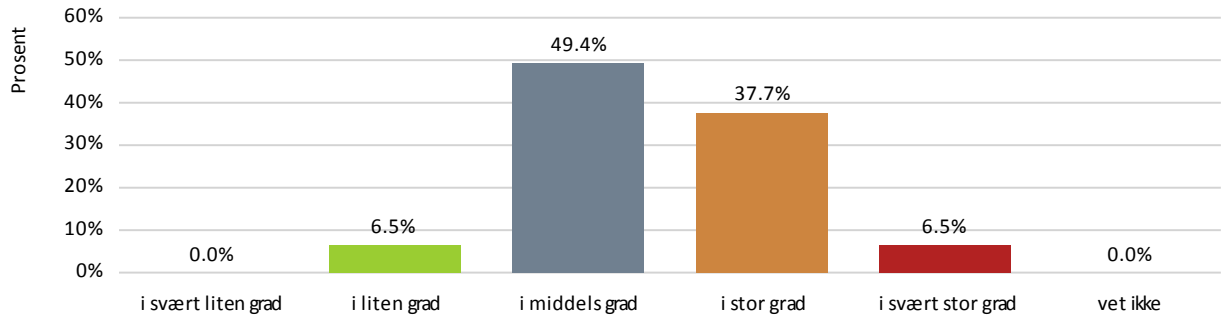
I spørreundersøkelsen stilte vi de ansatte en rekke spørsmål vedrørende mat og måltider til beboerne ved sykehjemmene, og vi starter med en gjennomgang av svarene på disse spørsmålene.

Diagram 1. I hvor stor grad opplever du at maten som serveres beboerne, er av god kvalitet?[35] n=77



Gj.snitt: 3,31 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,76 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,69 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Diagram 2. I hvor stor grad opplever du at beboerne er fornøyde med maten de får? n=77



Gj.snitt: 3,44 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,86 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,77 (plan 4) ≈ *i stor grad*

[32] Rutiner som er beskrevet innledningsvis i kapitlet (generelle rutiner), kommer i tillegg.
[33] *Ernæringsstatus ved innkomst i sykehjem, ID 2108*
[34] Vedlagt rutinen er blant annet *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)*, Helsedirektoratet.
[35] Veiledningstekst: *Om maten «er av god kvalitet» mener vi blant annet om maten er variert, sunn/ernæringsrik, tilpasset beboerne mht. mengde og eventuelle dietter/allergier.*

Resultatene som fremstilles i diagram 1 og 2, indikerer at ansattrespondentene samlet opplever at maten som serveres beboerne, er av middels/god kvalitet, og at de opplever beboerne som i middels grad fornøyd med maten. Det fremkommer også forskjeller sykehjemmene imellom når det gjelder de ansattes vurdering av disse forholdene; gjennomsnittsskårene varierer fra *i middels grad* til *i stor grad*.

Spørsmålene om mat og måltider, var blant spørsmålene som flest ansatte hadde valgt å kommentere. Spesielt innholdet i maten ble kommentert, og her var ansatte ved Rossfjord sykehjem i klart flertall. En oppsummering av ansattes fritekstkommentarer viser følgende:

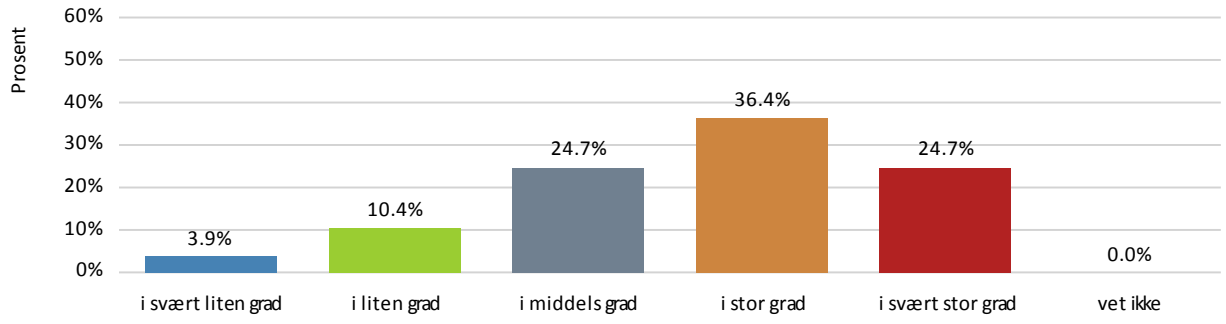
- Ved plan 2, 3 og 4 var det varierte enkeltkommentarer; bedre tilrettelegging for demente beboere mht. krydder/garnityr, lite variasjon av rettene, dårlig at det serveres kneippbrød, misnøye med smaken på enkelte retter (smaker likt), og bedre mat som «lørdagskos». Andre kommenterte at maten holder gjennomsnittlig god standard; at de fleste stort sett er fornøyde med maten de får. Én etterlyste enkel mulighet til å gi fortløpende tilbakemelding til kjøkkenet om smak, mengde mv.
- Ved Rossfjord sykehjem uttrykte mange respondenter misnøye med varmmaten/middagen. Mange ga konkrete eksempler på det de mente ikke er godt nok, og flere poengterte at dette gjelder selv etter at man har fulgt oppvarmingsanvisningen: Middagen er lite variert (samme meny i årevis), smakløs og alltid kokt, ofte harde poteter/grønnsaker, blaute grønnsaker, ofte seigt/tørt kjøtt eller rå kjøttmat, overkokt fisk, fisk med lite smak, fisk som må renskes for bein og som må varmes opp på nytt fordi den blir kald i mellomtiden, for tykke sauser og supper. Én presiserte at personalet verken har tid eller kunnskaper til å pakke om maten eller passe tiden maten bruker i dampovnen; alt blir kokt i en time. Enkelte kommenterte at pasientene etterspør friske grønnsaker (råkost, agurksalat, salat) og tradisjonskost som torsketunge, eller bedre «lørdagskos».

Ifølge sykehjemsledelsen har sykehjemmene har vært gjennom større endringer de senere årene, noe som også har påvirket kjøkkentjenesten. Rossfjord sykehjem hadde eget kjøkken fram til 2014, og sykehjemsledelsen ser ikke bort fra at resultatene fra spørreundersøkelsen kan være påvirket av denne nedleggelsen. Sykehjemsledelsen poengterte at det er det samme kjøkkenet som leverer mat til begge sykehjemmene etter de samme prosedyrene. Kjøkkenet tilbereder mater «sous vide», sluttilberedningen gjøres i den enkelte avdeling, og det er for eksempel ikke slik at alt må kokes. Ledelsen kommenterte at de kan bli flinkere til å bruke stekeovnene ute i avdelingene og at dette fordrer bedre opplæring i bruk av ovn.

På kommunens brukerundersøkelse svarte de aller fleste beboerne som ble intervjuet, at de er fornøyde med maten de får. Resultatene fra brukerundersøkelsen indikerer at flertallet blant pårørenderespondentene er relativt fornøyde med maten som serveres beboerne. Svarfordelingen viser samtidig at ikke alle er fornøyde; en del pårørende har svart med de lavere svaralternativene.

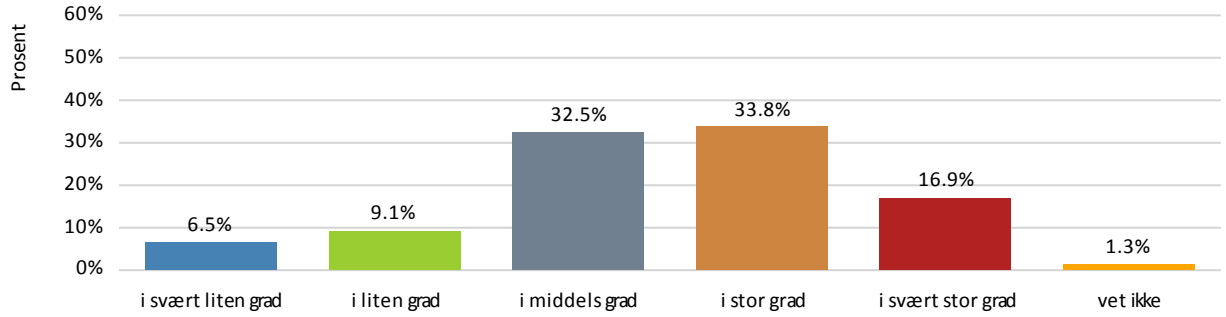
De neste diagrammene viser ansattes svar på spørsmål om rammene rundt måltidene.

Diagram 3. I hvor stor grad opplever du at beboerne får nok tid og hjelp til å spise? n=77



Gj.snitt: 3,68 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,58 (plan 2) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 3,79 (plan 3) ≈ *i stor grad*

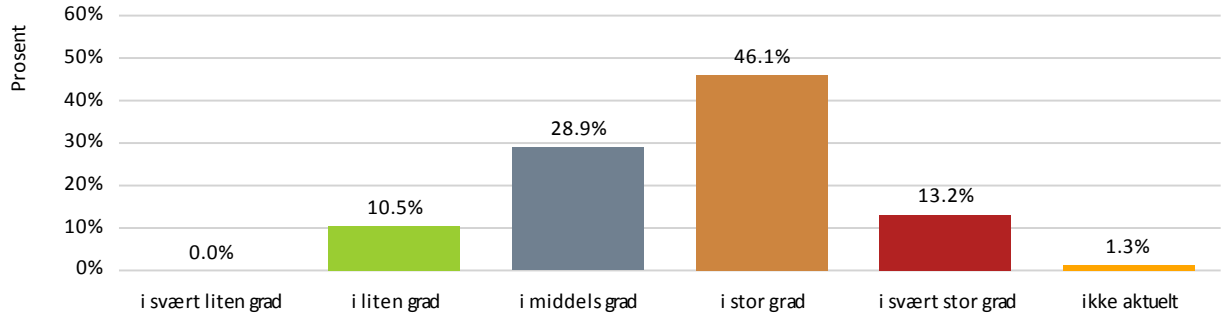
Diagram 4: I hvor stor grad opplever du den sosiale rammen rundt beboernes måltid som god? n=77



Gj.snitt: 3,46 ≈ *i middels grad*	Laveste: 3,30 (plan 3) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,68 (plan 2) ≈ *i stor grad*

Diagram 5 indikerer at ansatte jevnt over sier seg fornøyd med i hvilken grad de opplever å få utført oppgaver som gjelder beboernes behov for mat/drikke/ernæring på tilfredsstillende måte, men her er det tydelige variasjoner i gjennomsnittsskårene avdelingene imellom.

Diagram 5. I hvor stor grad opplever du at du får utført oppgaver knyttet til beboernes behov for mat/drikke/ernæring o.l. på tilfredsstillende måte?[36] n=76



Gj.snitt: 3,63 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,24 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 4,25 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Med unntak av ved plan 3 har enkelte ansatte kommentert utfordrende/uverdige matsituasjoner fordi flere/mange pasienter må mates og bemanningen er utilstrekkelig. Konkrete eksempler som ble nevnt, er at beboere blir sittende i fellesarealet uten tilsyn fordi andre beboere må mates på rommet eller hjelpes på do, eller at noen beboere helst skulle vært skjermet på eget rom under mating, men at dette i enkelte matsituasjoner ikke går fordi man trenger personalet i stua. Andre kommentarer

[36] Veiledningstekst: *Velg svaralternativet "ikke aktuelt" hvis oppgaven ikke er relevant mht. din stilling/arbeidsinstruks.*

gikk på at mating tar veldig lang tid, at beboere må vente mens mating pågår, og at beboere blir sittende alene å spise.

Ved plan 3 og 4 kommenterte enkelte at det går for lang tid mellom kveldsmat og frokost, eller at det blir for kort tid mellom frokost og middag fordi mating tar tid og middag serveres tidlig. Én ansatt kommenterte at tiden man har til rådighet, er avgjørende; at mat og hygiene er første prioritet, men at det ikke er hver dag man kan være like grundige i observasjonene av for eksempel hud, munn, eller hva den enkelte får i seg av mat og drikke.

Ved Rossfjord sykehjem kommenterte enkelte at kjøkkenet er for lite og at noen derfor må spise på gangen, eller at det er støy og uro under måltider fordi oppvask må tas.

Flere ansatte hadde kommentert i fritekst at de har fått mindre tid til pleieoppgaver fordi de har fått flere nye oppgaver de senere årene. Flere av eksemplene gjaldt mat og kjøkkentjeneste, og sykehjemsledelsen bekreftet at det har blitt økt trykk på de ansatte. Vi kommer nærmere tilbake til dette senere i rapporten.

I kommunens brukerundersøkelse ble pårørende bedt om å vurdere den sosiale rammen rundt beboernes måltider, og resultatene indikerer at de fleste pårørenderespondentene er relativt fornøyde med dette området. Svarfordelingen viser samtidig at ikke alle er helt fornøyde; en del pårørende har benyttet de lavere svaralternativene.

Lege/legemidler/behandling[37]

Lenvik kommune har flere skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder lege/legemidler/behandling:

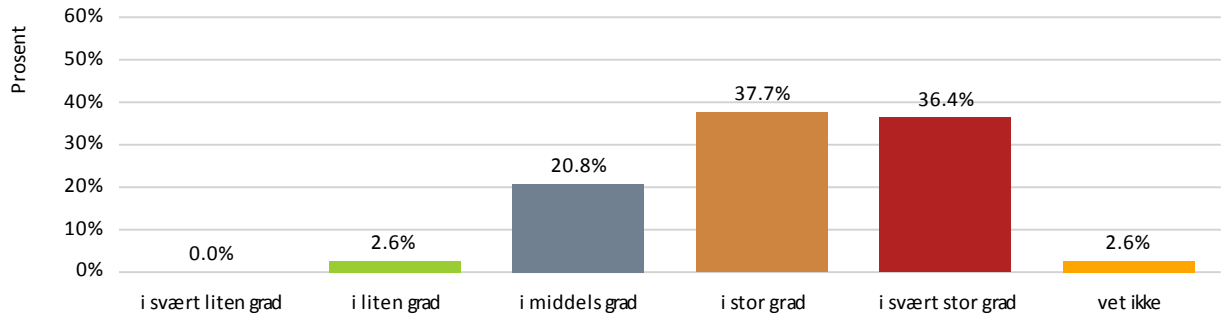
- *Legemiddelhåndtering i institusjon* (ID: 2088).[38] Formålet med rutinen er at beboere i institusjon får riktig medikament i riktig dose, på riktig måte og til riktig tid.
- *Legemiddelgjennomgang av pasienter med langtidsopphold (ID: 2091).* Rutinen har som formå å sikre riktig legemiddelbehandling som omfatter sykehjem som har pasienter på langtidsopphold og som gjelder sykehjemslegen og alle ansatte som er involvert i pasientens behandling og pleie. Det fremgår av rutinen at et tverrfaglig team skal gjennomgå legemiddellista, og det foreligger en sjekkliste for gjennomgangen.[39] Hyppighet på gjennomgangen er også angitt, hva som skal gjøres samt hvem som har ansvar for ulike oppgaver i forbindelse med gjennomgangen, fordelt på forberedelser, gjennomføring og hhv. umiddelbar og videre oppfølging).
- *Tvungen somatisk helsehjelp til pasient uten samtykkekompetanse etter § 4.A* (ID: 2123). Formålet med rutinen er å bidra til å sikre somatisk helsehjelp ved bruk av tvang til pasienter uten samtykkekompetanse, når dette fremstår som det klart beste alternativet for pasienten. Det fremgår at rutinen at den også skal sikre at helse- og omsorgstjenesten utformer det somatiske helsetjenestetilbudet til brukere, med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottagerens selvbestemmelsesrett. Tjenesten skal i størst mulig grad forebygge og forhindre bruk av tvang for å gi nødvendig helsehjelp og hindre vesentlig helseskade.[40]

[37] Rutiner som er beskrevet innledningsvis i kapitlet (generelle rutiner), kommer i tillegg.
[38] Kommunen har også andre rutiner for legemiddelhåndtering, som sjekkliste for oppbevaring av legemidler, skjema for eventuell-medisin uten ordinering og ulike typer delegasjonsskjema.
[39] *Legemiddelgjennomgang i sykehjem - sjekkliste (ID: 2092)*
[40] Kommunen har også rutiner for bruk av tvang av makt i (gjentatte) nødsituasjoner overfor personer med psykisk utviklingshemming samt vedtaksskjema til bruk i ulike situasjoner og skjema for melding om skadeavvergende tiltak.

- Legemiddelhåndtering (VAR); *blodprodukter, ikke-invasive legemiddelformer, injeksjoner og infusjoner, legemiddelregning* (beregning/utregning)
- Smerte/sansetilstand (VAR); smertelindring
- Førstehjelp (VAR); *livreddende førstehjelp*
- Respirasjon (VAR); inkluderer en rekke undermapper som gjelder respirasjon
- Sirkulasjon (VAR); inkluderer en rekke undermapper som gjelder sirkulasjon
- Hud og vev (VAR); *kirurgiske sår, kroniske sår, prøver og undersøkelser*
- Aktivitet/hvile (VAR); *Forflytning* (med personløfter og manuell forflytning), *leiring i seng, tilrettelegging for nattesøvn i institusjon*

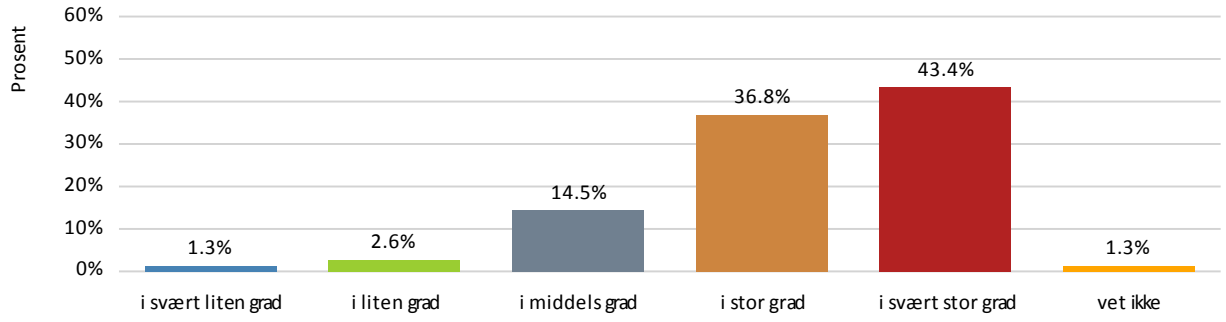
Diagram 6 og 7 på neste side indikerer at de fleste ansattrespondentene opplever at beboerne får tilsyn/behandling av lege ved behov, og at de får smertelindring ved behov.

Diagram 6. I hvor stor grad opplever du at beboerne, når det etter personalets vurdering er behov for det, får tilsyn/behandling av lege? n=77



Gj.snitt: 4,11 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,67 (Rossfjord) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,46 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Diagram 7. I hvor stor grad opplever du at beboerne, når det etter personalets vurdering er behov for det, får smertelindring? n=76



Gj.snitt: 4,20 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,90 (Rossfjord) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,54 (plan 4) ≈ *i svært stor grad*

Noen ansatte kommenterte at lege kan tilkalles ved behov utenom fast legevisitt, mens én uttrykte at tilsynslegen burde hatt mer tid ved avdelingen. Videre kommenterte enkelte ansatte ved plan 2 at det er utfordrende med smertelindring til personer med demens, og at dette krever god kompetanse blant personalet.

I kommunens brukerundersøkelse ble pårørende bedt om å vurdere legehjelpen. Resultatene indikerer at flertallet blant pårørenderespondentene er relativt fornøyde med legehjelpen beboerne får når det er behov for det. Svarfordelingen viser samtidig at ikke alle er helt fornøyde, da noen pårørende har benyttet de lavere svaralternativene.

Når det gjelder smertelindring, indikerer resultatene fra brukerundersøkelsen at pårørende jevnt over er fornøyde med smertelindringen beboerne får når det er behov for det. Enkeltrespondenter svarte med de lavere svaralternativene og er dermed ikke helt fornøyde.

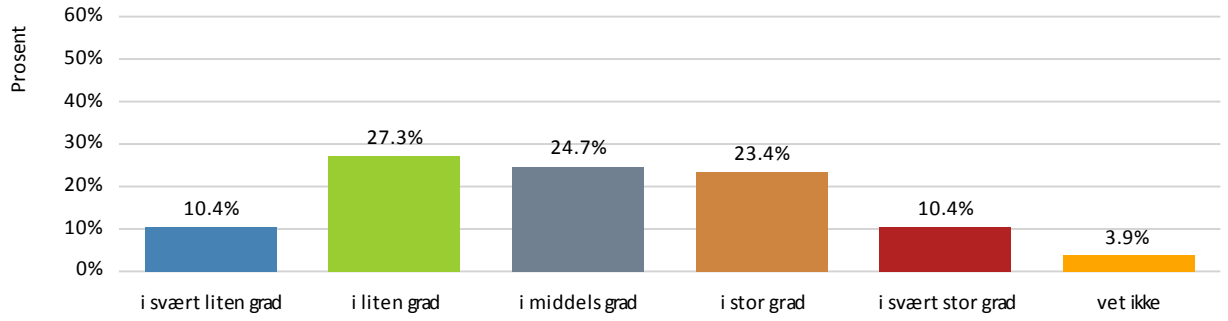
Fysioterapi

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder fysioterapi:

- *Fysioterapi i sykehjem (ID: 2287).* Rutinens kvalitetsmål er faglig gode fysioterapitjenester i sykehjem, individrettet tjenestetilbud, samarbeid med personalet i sykehjem, kontakt med pårørende, opplæring og at ansvarlig fysioterapeut skal kjenne beboernes funksjonsnivå.
- *Henvisning pasienter til fysioterapitjenesten (ID: 2288)*

Ansattes vurdering av i hvilken grad beboerne får fysioterapi ved behov fremgår av diagram 8.

Diagram 8. I hvor stor grad opplever du at beboerne, når det etter personalets vurdering er behov for det, får fysioterapi? n=77



Gj.snitt: 2,96 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,29 (Rossfjord) ≈ *i liten grad*	Høyeste: 3,61 (plan 3) ≈ *i stor grad*

Vi tolker resultatene som framgår av diagram 8, som at nær 40 % av de ansatte mener at sykehjemsbeboerne i for liten grad får fysioterapi ved behov. Gjennomsnittsskårene viser imidlertid at ansatte ved avdelingene opplever tilbudet ulikt, da skårene varierer mellom *i liten* og *i stor grad.*

Enkelte ansatte kommenterte at det som regel går greit med vurdering og kortvarig behandling av fysioterapeut, men at det er verre med fast behandling og trening av de som er immobile, eller at det nok er mange som har behov for fysioterapi, men som ikke får det.

Sykehjemsledelsen var ikke overrasket over dette resultatet i spørreundersøkelsen, da tilbudet har vært noe ulikt. De påpekte imidlertid at det nylig har vært samarbeidsmøte mellom sykehjemstjenesten og fysioterapitjenesten, og de har tro på at fysioterapitilbudet vil bli bedre i tiden fremover. I kommunens brukerundersøkelse ble pårørende bedt om å vurdere fysioterapitilbudet. Resultatene indikerer at flertallet blant pårørenderespondentene er noe misfornøyde med fysioterapitjenesten som beboerne får når det er behov for det. Mange har benyttet det aller laveste svaralternativet, men også en del er usikre (svarte *vet ikke).*

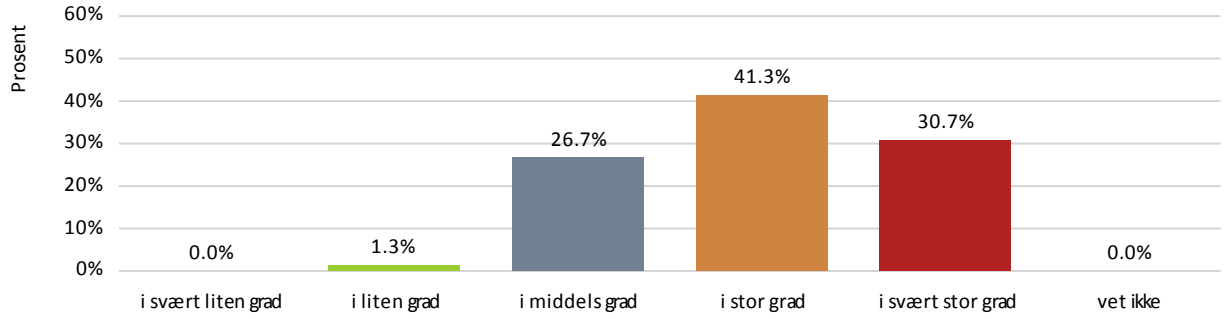
Tannhelse

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder tannhelse:

- *Registrering av brukere til tannhelsetjenestens tilbud* (ID: 1941). Gjelder for brukere som har behov for og ønske om tilbud fra tannhelsetjenesten. Registreringen skjer ved at kommunen sender tilbudsskriv om tannhelsetjeneste[41] til de som har fått vedtak om institusjonsplass.[42] Det fremgår av rutinen at fagleder har ansvar for at brukere som ønsker det, blir registrert hos tannhelsetjenesten for nødvendig tannbehandling, samt for å sende korrigerte lister én gang i året. Rutinen sier også at personalet skal gi nødvendig praktisk hjelp slik at brukerne kan benytte tannhelsetilbudet. Det fremgår av informasjonsbrevet/tilbudsskrivet at tannhelse-tjenesten vil komme på tilsyn til beboere i institusjoner ca. én gang i året, og at beboerne i tillegg kan ta kontakt med tannhelsetjenesten ved behov utenom tilsynene.
- Hud og vev (VAR); *munnstell; ved borer og implantater, spesielt munnstell, stell av tannproteser, tannpuss*

Diagram 9 tyder på at sju av ti ansattrespondenter opplever at beboerne får tilsyn av tannpleier/ behandling av tannlege ved behov, og en veldig liten andel virker å være direkte misfornøyde på dette punktet.

Diagram 9. I hvor stor grad opplever du at beboerne, når det etter personalets vurdering er behov for det, får tilsyn av tannpleier/behandling av tannlege? n=75



Gj.snitt: 4,01 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,68 (Rossfjord) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,23 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Sykehjemsledelsen kommenterte at det på nasjonalt nivå har vært fokus på tannhelse de senere årene, og at kommunen derfor har lagt ned et stort arbeid på området. Ifølge sykehjemsledelsen er dette viktig da stadig flere beholder egne tenner, noe som gir andre utfordringer med hensyn til tannstell enn ved bruk av gebiss; for eksempel er tannstell noe av det vanskeligste blant personer med demens. Sykehjemsledelsen opplyste at tannpleier gjennomfører årlig screening av samtlige beboere, og alle avdelingene har fast tannkontakt. Det oppstår imidlertid utfordringer med hensyn til beboere som blir henvist videre til tannlege, spesielt de som bruker rullestol. Ifølge sykehjemsledelsen er ikke tannlegekontoret utstyrt med heis, og tannhelsetjenesten har som policy å ikke bistå med forflytninger fra rullestol til tannlegestol, noe som medfører at rullestolbrukere må ledsages av to personer for å komme seg over i tannlegestolen. Det skjer relativt ofte at beboere har behov for tannlege, og det varierer hvorvidt beboerne ledsages av pårørende og/eller sykehjemansatte. Problemet er tatt opp med tannhelsetjenesten som ifølge sykehjemsledelsen har søkt, men ikke fått midler til heis. På Finnsnes omsorgssenter finnes tannlegekontor med heis, men dette er foreløpig ikke tatt i bruk da det mangler nødvendig røntgenutstyr. Ledelsen kommenterte at

[41] *Til mottakere av helse og omsorgstjenester i Lenvik kommune*, ID: 1942
[42] Det fremgår av rutinen at disse oppfyller krav til gratis tannbehandling, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3.

det hadde vært en fordel for både beboerne og sykehjemmene om tannlegekontoret på omsorgssenteret ble tatt i bruk; dette hadde gitt bedre service for syke og kanskje engstelige beboere ved omsorgssenteret, og ressursbesparende for begge sykehjemmene fordi det holder med én ledsager når det finnes stolheis. Ved omsorgssenteret ville også ledsagere få kortere reisevei.

I kommunens brukerundersøkelse ble pårørende bedt om å vurdere beboernes mulighet til å komme til tannlege. Resultatene viser at det varierer pårørenderespondentene imellom hvorvidt de er fornøyd med dette, og at relativt mange pårørende er usikre (svarte *vet* ikke).

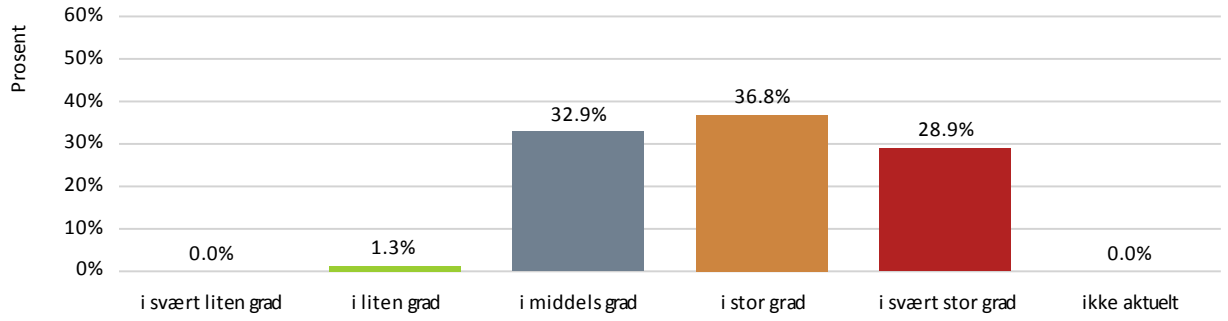
Hygiene

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder beboernes hygiene:

- Hud og vev (VAR); *vask og stell*[43]*; personlig hygiene; barbering, dusjing, fotstell, hårvask i seng, kroppsvask i badekar, nedentilvask kvinne/mann, reskylling, sengebad, stell av høreapparat, stell av øreprotese*
- Eliminasjon (VAR); *Avføringsprøve, kateterisering, stomi, tømming, urinprøver*
- Hygiene (VAR); *Infeksjonsforebygging*

Spørreundersøkelsesresultatet som presenteres i diagram 10, tyder på at de fleste ansatte er fornøyd med i hvilken grad de får utført oppgaver knyttet til beboernes personlige hygiene.

Diagram 10. I hvor stor grad opplever du at du får utført oppgaver knyttet til beboernes personlige hygiene; toalett, kroppsvask/dusj, munnhygiene o.l. på tilfredsstillende måte?[44] n=76



Gj.snitt: 3,93 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,76 (Rossfjord) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,33 (plan 4) ≈ *i stor grad*

I kommunens brukerundersøkelse ble pårørende bedt om å vurdere hjelpen som beboerne får til personlig hygiene. Resultatene indikerer at de fleste pårørenderespondentene er relativt fornøyde på dette området. De få pårørende som uttrykte seg ikke helt fornøyde, representerer Finnsnes omsorgssenter.

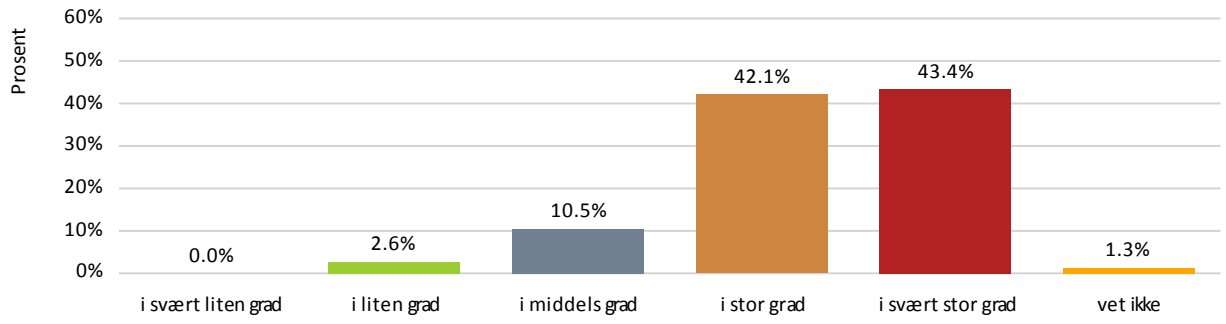
[43] Inkluderer også rutiner for av- og påkledning av skjorte, sengeredning med pasient

[44] Veiledningstekst: *Velg svaralternativet "ikke aktuelt" hvis oppgaven ikke er relevant mht. din stilling/ arbeidsinstruks.*

Trygghet og privatliv

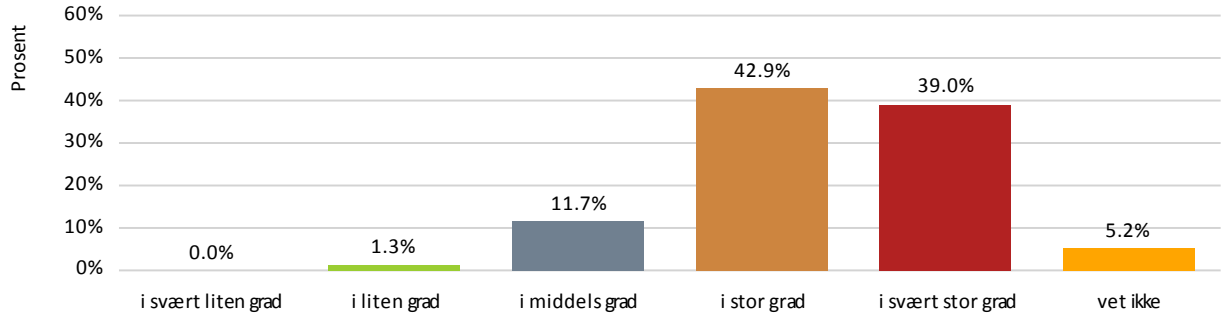
Diagram 11, 12 og 13 på neste side viser ansattes svar på spørsmål som har å gjøre med trygghet for beboerne. Vi tolker resultatene som at et stort flertall av respondentene opplever at de ansatte ivaretar beboernes trygghet og at beboerne oppleves å føle seg trygge på sykehjemmet. Når det gjelder ventetiden når beboerne tilkaller personalet, virker ansatte å være rimelig fornøyde også på dette punktet, men her kan resultatene tolkes som at det er behov for forbedringer; en relativt stor andel har svart de opplever ventetiden som *middels* lang, og noen få respondenter har også brukt de laveste svaralternativene.

Diagram 11. I hvor stor grad opplever du at ansatte ivaretar beboernes trygghet på sykehjemmet? n=76



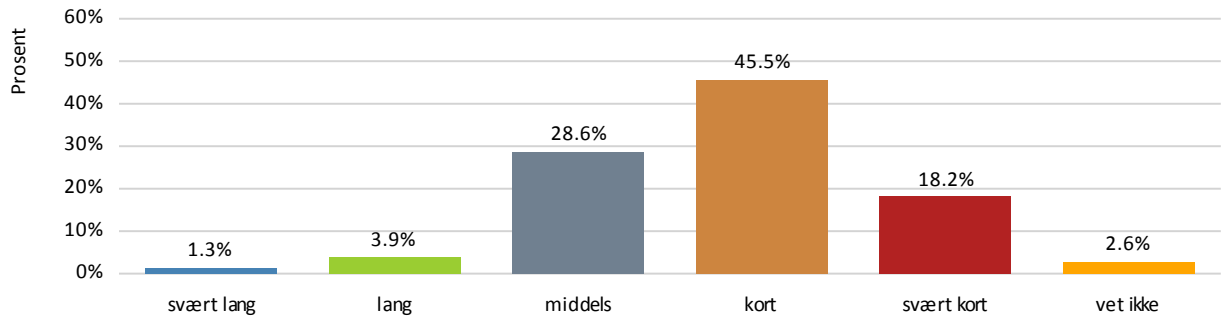
Gj.snitt: 4,28 ≈ *i stor grad*	Laveste: 4,11 (plan 2) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,54 (plan 4) ≈ *i svært stor grad*

Diagram 12. I hvor stor grad opplever du at beboerne føler seg trygge på sykehjemmet? n=77



Gj.snitt: 4,26 ≈ *i stor grad*	Laveste: 4,06 (plan 2) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,46 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Diagram 13. Hvor lang opplever du at ventetiden for beboerne vanligvis er når de tilkaller personalet? n=77



Gj.snitt: 3,77 ≈ *kort*	Laveste: 3,52 (Rossfjord) ≈ *kort*	Høyeste: 4,08 (plan 4) ≈ *kort*

Enkelte ansatte kommenterte at varslingssystemet ikke fungerer optimalt; at telefonene er sårbare, og kan være ute av drift slik at man ikke får beskjed når man blir tilkalt, at beboere som har akutt behov for hjelp, blir prioritert, og at andre da må vente. Enkelte presiserte at det skjer at når det er bare to pleiere på vakt, og begge må være hos en pasient, så kan det gå lang tid før neste pasient får hjelp. Ved plan 4 kommenterte enkelte at det for tiden er få beboere ved avdelingen som benytter muligheten til å tilkalle personalet/som forstår å bruke alarmsystemet. Flere ansatte ved Rossfjord sykehjem kommenterte at ventetiden varierer etter når på døgnet de tilkaller personalet; under oppgaver som morgen-/kveldsstell og måltider vil ventetiden være lengre.

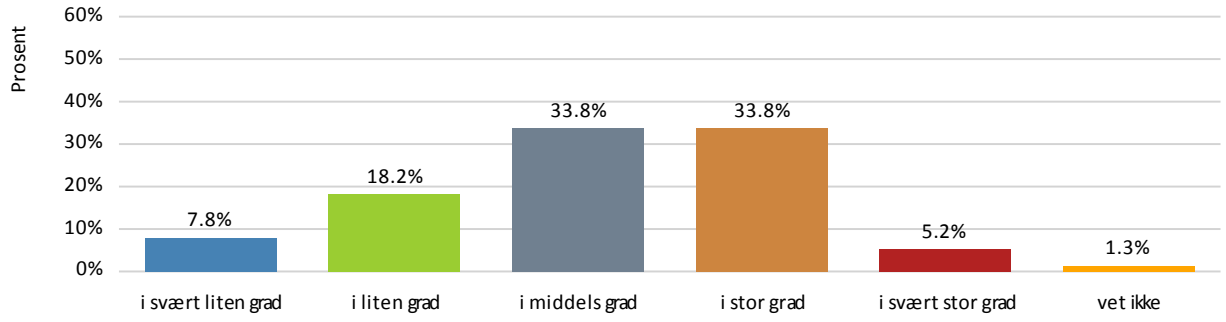
Sykehjemsledelsen kommenterte at det skjer at beboerne må vente på bistand, fordi personalet er opptatt på annet hold. Imidlertid opplever de responstiden fra beboerne tilkaller personalet, til personalet har sjekket ut hvorfor de blir tilkalt, som kort. Ved tilkalling må personalet som oftest oppsøke beboer fysisk for å avklare situasjonen, men i noen tilfeller – avhengig av beboers helsetilstand - gjøres avklaringer med beboer via intercom. Når det gjelder varslingssystemet, utdypet sykehjemsledelsen at systemet av og til ligger nede på grunn av tekniske forhold. Ifølge sykehjemsledelsen skal det igangsettes et prosjekt som skal se på dette.

Resultatene fra kommunens brukerundersøkelse indikerer at de fleste pårørenderespondentene opplever at beboerne føler seg trygge. Pårørende fikk også spørsmål om de opplever at beboerne er trygge på at de ansatte kommer når de trenger det. Resultatene tyder på at flertallet blant pårørenderespondentene opplever at beboerne er trygge på dette, men viser også at noen pårørende er usikre (svarte *vet ikke* på spørsmålet).

Det store flertallet blant beboerne som ble intervjuet i kommunens brukerundersøkelser, svarte at de er trygge på at de ansatte kommer når de trenger det; ingen svarte nei, men én svarte *vet ikke*.

I revisjonens spørreundersøkelse fikk ansatte spørsmål om beboernes mulighet til privatliv. Resultatene som framgår av diagram 14, tyder på at beboernes mulighet til privatliv ikke er optimal, slik ansattrespondentene opplever dette.

Diagram 14. I hvor stor grad opplever du at beboerne har mulighet til privatliv? n=77



Gj.snitt: 3,11 ≈ *i middels grad*	Laveste: 3,00 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,23 (plan 4) ≈ *i middels grad*

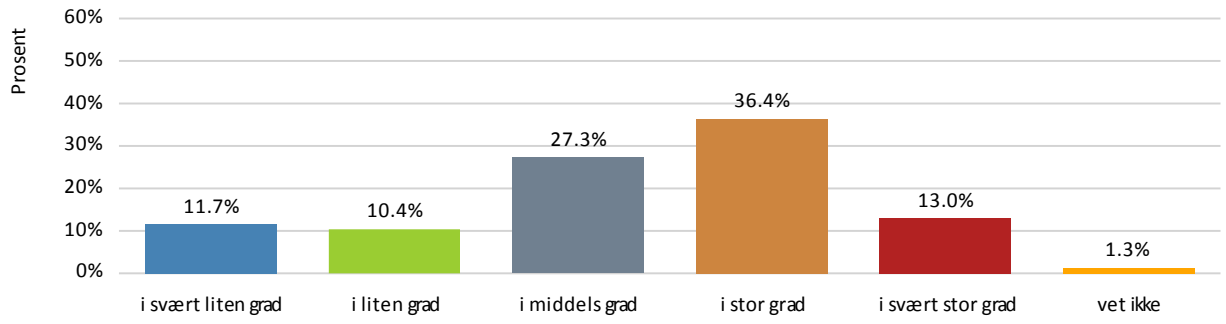
Flere ansatte kommenterte at beboerne har egne rom som de kan trekke seg tilbake til, også sammen med pårørende, hvis de vil. Enkelte kommenterte at personalet har travle dager, noe som gjør at beboerne ofte blir sittende på fellesstua. Dette kommer vi nærmere tilbake til i neste kapittel som gjelder brukermedvirkning.

I kommunens brukerundersøkelser ble pårørende bedt om å vurdere muligheten beboerne har til privatliv. Resultatene viser at pårørenderespondentene ved Rossfjord sykehjem er godt fornøyde på

dette området, mens svarfordelingen indikerer at enkelte pårørende ved Finnsnes omsorgssenter ikke er helt fornøyde.

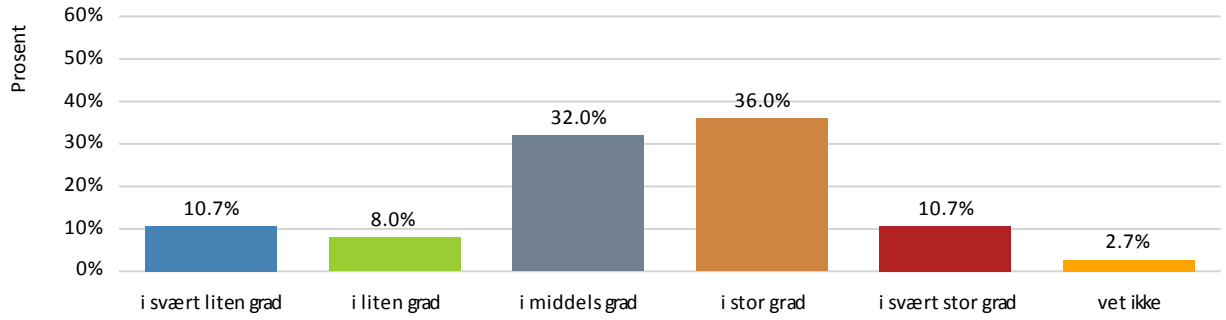
Ansatte fikk også spørsmål om de opplever beboernes rom (inklusive baderom) og fellesarealer som tilrettelagt for deres behov. Diagram 15 og 16 på neste side indikerer et visst forbedringsbehov når det gjelder disse forholdene. Svarfordelingen som fremgår av diagrammene, viser at rundt 20 % av respondentene svarte med de to laveste svaralternativene når de vurderte tilretteleggingen av beboernes rom og fellesarealene. Gjennomsnittsskårene varierer imidlertid stort avdelingene imellom.

Diagram 15. I hvor stor grad opplever du at beboernes rom (inklusive baderom) er tilrettelagt for deres behov? n=77



Gj.snitt: 3,29 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,10 (Rossfjord) ≈ *i liten grad*	Høyeste: 3,84 (plan 2) ≈ *i stor grad*

Diagram 16. I hvor stor grad opplever du at sykehjemmets fellesarealer er tilrettelagt for beboernes behov? n=75



Gj.snitt: 3,29 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,50 (Rossfjord) ≈ *i liten/middels grad*	Høyeste: 3,92 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Enkelte ansatte ved plan 2, 3 og 4 kommenterte at fellesstua fort blir for liten når det er mye hjelpemidler som f.eks. rullator og rullestol, at det er godt tilrettelagt for fysisk behov, men nakent og ukoselig (burde vært bevilget penger til inventar), at rom og bad stort sett er bra, men at toalettene er lave og har bare én armlen (ugunstig for de med lammelser), fellesarealene kunne vært flere mindre rom slik at beboeren ikke sitter oppstilt på rekke for å få plass. Manglende/uhensiktsmessig adkomst til utearealet på garasjeanlegget ble også kommentert.

Ved Rossfjord sykehjem kommenterte flere ansatte at det er små og trange bad, små pasientrom og/eller smale døråpninger om du må inn med hjelpemidler, som rullestoler og ev. heis, og at det er så trangt mellom toalett og vegg at det nærmest er umulig å få til hvis man må være to for å hjelpe en pasient på toalettet. Enkeltkommentarer gjaldt at de fleste vinduene er dårlige/trekker, og at vindu er skrudd til slik at de ikke kan åpnes fordi de er så dårlige/ikke kan lukkes, eller at bad er skitne.

Sykehjemsledelsen er ikke overrasket over at ansatte ved Rossfjord sykehjem er mindre fornøyd med rommene og fellesarealene enn ansatte ved Finnsnes omsorgssenter; sistnevnte er nytt (åpnet i

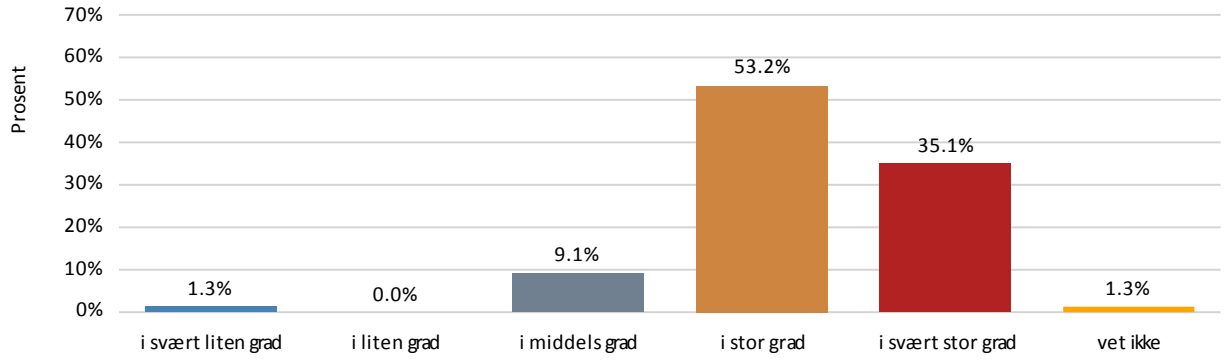
2011), og alle beboerne der har enkeltrom. Finnsnes omsorgssenter tilbyr også ektefellerom. Ved Rossfjord sykehjem er rommene gamle og trange, og to og to må dele toalett og dusj. Ledelsen er overrasket over at skåren ikke er enda høyere blant ansatte ved Finnsnes omsorgssenter, siden bygget er nytt og tilbakemeldingene på rommene har vært gode. At ansatte ved omsorgssenteret ikke har gitt fellesarealene «toppskår», henger ifølge sykehjemsledelsen sannsynligvis sammen med at de er litt små med tanke på at det er mange rullestolbrukere; det blir fort trangt.

I kommunens brukerundersøkelser ble pårørende bedt om å vurdere beboernes bad. Resultatene indikerer at pårørende jevnt over opplever at baderommet er tilrettelagt for beboeren, men pårørende ved Finnsnes omsorgssenter er mer fornøyde enn pårørende ved Rossfjord sykehjem.

Sosiale behov og trivsel

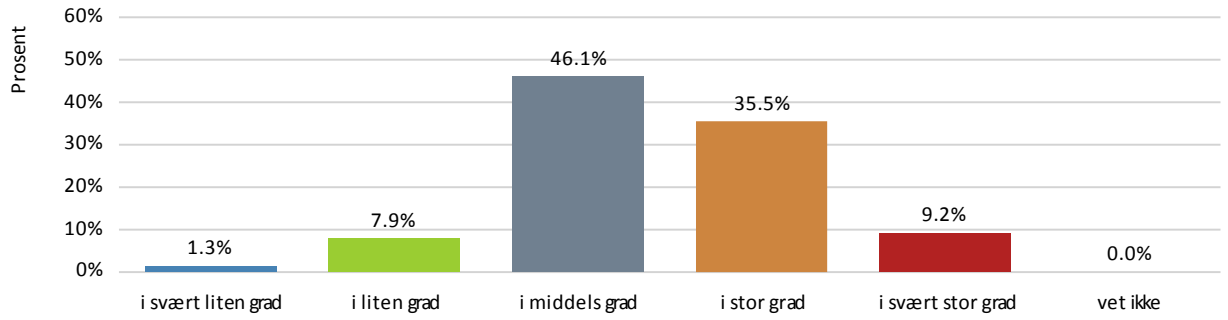
Informasjonen som framgår av diagram 17 og 18, indikerer at beboerne trives godt sammen med de ansatte ved sykehjemmene. Slik ansattrespondentene opplever det, trives beboerne også sammen med hverandre, men ikke like godt som de trives sammen med de ansatte. Ansattes opplevelser av beboernes trivsel med hverandre, varierer avdelingene imellom fra *i middels grad* til *i stor grad.* Diagram 19 viser ansattrespondentenes opplevelser av beboernes trivsel på rommet/i leiligheten sin. Her er det relativt store forskjeller avdelingene imellom; gjennomsnittsskårene varierer fra *i middels grad* til *i stor grad*, og plan 3 og 4 ved Finnsnes omsorgssenter kommer best ut med hensyn til hvor godt beboerne, etter ansattrespondentenes vurdering, trives på rommet/i leiligheten sin.

17. I hvor stor grad opplever du at beboerne trives sammen med de ansatte? n=77



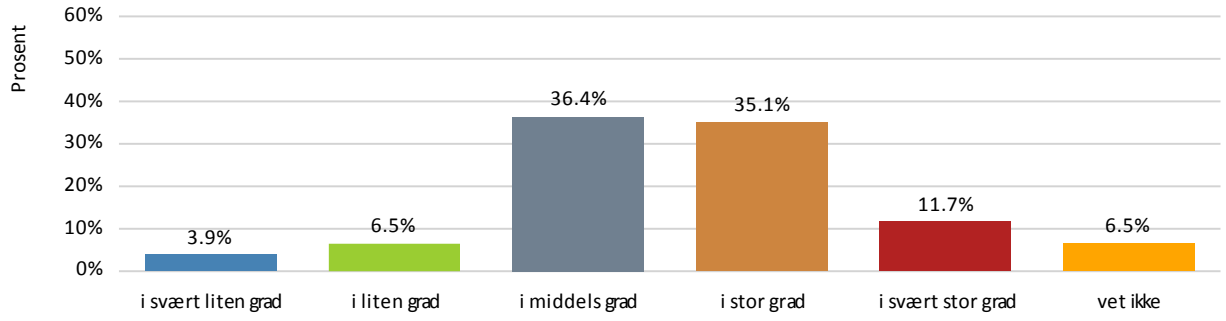
Gj.snitt: 4,22 ≈ *i stor grad*	Laveste: 4,05 (Rossfjord) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,38 (plan 4) ≈ *i stor grad*

18. I hvor stor grad opplever du at beboerne trives sammen med hverandre? n=76



Gj.snitt: 3,43 ≈ *i middels grad*	Laveste: 3,14 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,62 (plan 4) ≈ *i stor grad*

19. I hvor stor grad opplever du at beboerne trives på rommet/i leiligheten sin? n=77

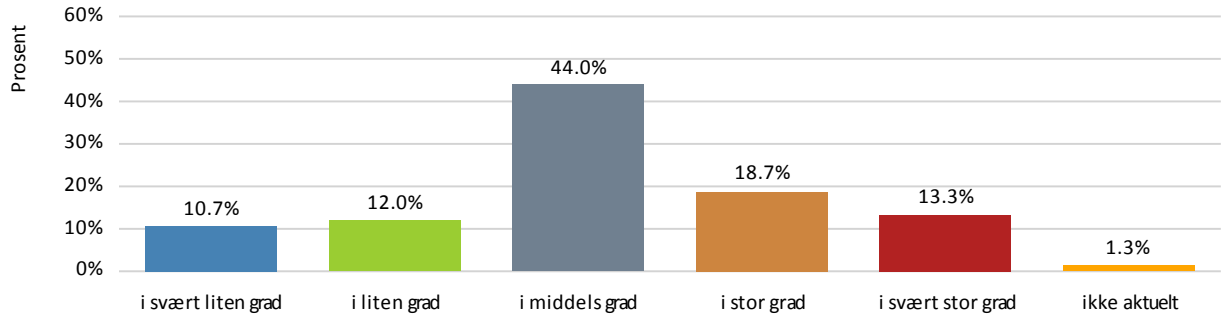


Gj.snitt: 3,47 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,94 (plan 2) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,67 (plan 3 og 4) ≈ *i stor grad*

De få kommentarene som ble gitt til spørsmålene vedrørende trivsel, omhandlet følgende: Enkelte ansatte påpekte at det er lite kommunikasjon pasientene imellom, at det avhenger hvem som bor på bogruppen, at ikke alle «passer sammen». Enkeltansatte ved omsorgssenteret kommenterte at trivsel på rommet avhenger av hva beboerne har med seg av private ting, og at rommene er ukoselige fordi det er for tungvint å henge opp bilder e.l. på veggene. Ved plan 2 skrev enkelte at beboerne søker felleskapet og tryggheten i fellesarealene og derfor bruker rommene sine lite, og at det alltid er personal til stede sammen med beboerne i fellesarealene for å skape tillit/trygghet og forebygge uro.

Diagram 20 kan tolkes som at ansatte opplever å få utført rydding og renhold på beboernes rom, men også at flere ansatte ikke er helt fornøyd med i hvilken grad de får gjort slike oppgaver på en tilfredsstillende måte. Gjennomsnittsskårene varierer fra *i middels grad* til *i stor grad* avdelingene imellom. Én ansatt kommenterte at rydding og renhold av rom er automatisk en del av morgenstellet, mens en annen kommenterte at det burde vært mer tid til blant annet rydding av skap.

20. I hvor stor grad opplever du at du får utført rydding og renhold på beboernes rom på tilfredsstillende måte? [45] n=75



Gj.snitt: 3,12 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,65 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,67 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Resultatene fra kommunens brukerundersøkelser indikerer at de fleste pårørenderespondentene, spesielt ved Rossfjord sykehjem, opplever beboernes trivsel med de ansatte som god, mens beboernes trivsel med de andre beboerne oppleves som noe dårligere. Videre indikerer resultatene at pårørende jevnt over opplever at beboerne trives greit på rommene sine, men det er også enkeltrespondenter som har svart med de laveste svaralternativene. De aller fleste beboerne som ble intervjuet, svarte at de trives på rommet sitt og sammen med de ansatte.

[45] Veiledningstekst: *Velg svaralternativet "ikke aktuelt" hvis oppgaven ikke er relevant mht. din stilling/arbeidsinstruks.*

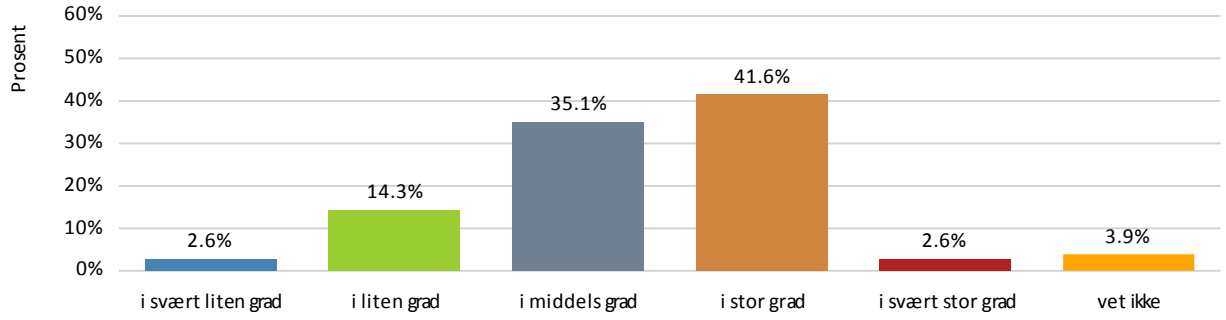
Trivselstiltak/aktivisering

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder trivselstiltak/aktivisering:

- *Bruk av økonomiske stimuleringsmidler aktivitetstilbud beboere i sykehjem og i omsorgsboliger (ID: 2217).* Frivillige lag og foreninger kan søke økonomiske stimuleringsmidler til aktivitetstilbud til beboere i sykehjem og omsorgsboliger. Formålet er å stimulere til tiltak som skal bidra til en mer sosial og aktiv tilværelse for beboere i sykehjem og omsorgsboliger, som av ulike grunner er ute av stand til å ivareta dette selv.

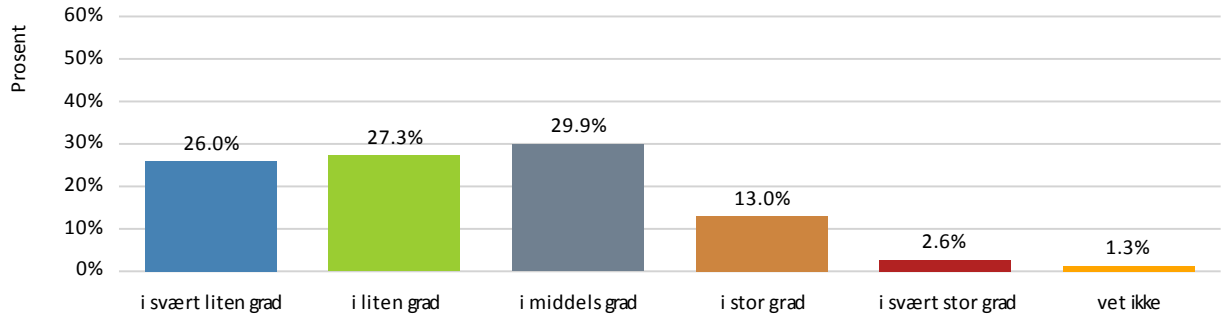
Resultatene som framgår av diagram 21, kan tolkes som at relativt mange ansatte opplever at beboerne er fornøyde med trivselstiltakene på sykehjemmet, men de indikerer også et visst forbedringsbehov på området. Når det gjelder ansattes opplevelser av beboernes tilfredshet med muligheten til å komme ut i frisk luft, har over halvparten svart i *svært liten/liten grad*, mens et fåtall har svart med de to beste alternativene. Dette resultatet, se diagram 22, må kunne tolkes som at sykehjemsbeboerne jevnt over oppleves å være lite fornøyd med muligheten til å komme ut i frisk luft. Også på det siste spørsmålet som gjelder beboernes trivsel, har ansatte gitt dårlig skår; over halvparten av alle ansatte opplever *i svært liten/liten grad* at de på en tilfredsstillende måte får utført oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av beboerne, jf. diagram 23.

Diagram 21: I hvor stor grad opplever du at beboerne er fornøyde med trivselstiltakene på sykehjemmet?[46] n=77



Gj.snitt: 3,28 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,85 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,69 (plan 4) ≈ *i stor grad*

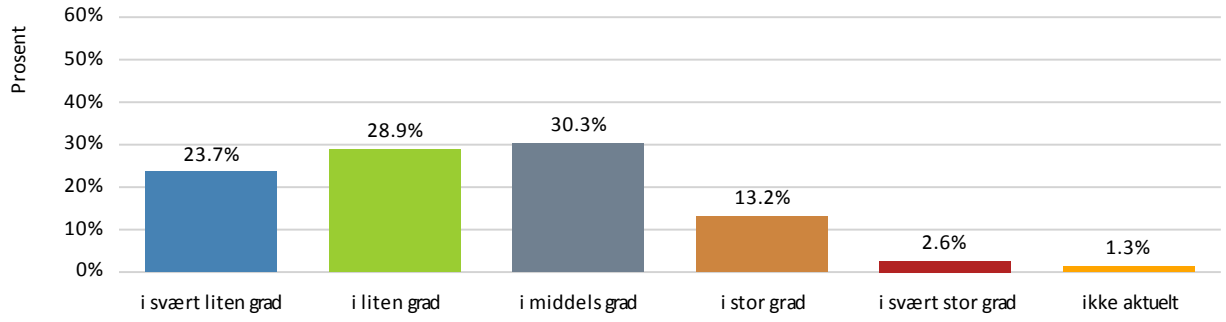
Diagram 22: I hvor stor grad opplever du at beboerne er fornøyde med muligheten til å komme ut i frisk luft? n=77



Gj.snitt: 2,38 ≈ *i liten grad*	Laveste: 2,10 (Rossfjord) ≈ *i liten grad*	Høyeste: 2,85 (plan 4) ≈ *i middels grad*

[46] Veiledningstekst: *Med trivselstiltak mener vi tiltak som f.eks. høytlesing, sang-/samlingsstunder, underholdning eller ulike former for fysisk aktivisering (i den grad beboerne har helse til dette).*

Diagram 23. I hvor stor grad opplever du at du får utført oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av beboerne; samtale, turer ut o.l., på tilfredsstillende måte? [47] n=76



Gj.snitt: 2,41 ≈ *i liten grad*	Laveste: 1,85 (Rossfjord) ≈ *i liten grad*	Høyeste: 2,79 (plan 2) ≈ *i middels grad*

De fleste kommentarene fra ansatte vedrørende trivselstiltak gjaldt at beboerne burde hatt større mulighet til å komme ut i frisk luft. Mange påpekte at de ikke har tid til å ta beboerne ut av avdelingen, bortsett fra ut på terrassen om sommeren. Noen utdypet at dette skyldes økende praktiske arbeidsoppgaver i avdelingen, og mer medisinskfaglige oppgaver (fordi pasientene blir sykere og har mer komplekse plager). Enkeltansatte kommenterte imidlertid at personalet ikke er villig til å gå tur, planlegge aktiviteter eller finne på noe i den ledige tiden, og at pausene tar mye av tiden som kunne ha vært brukt på aktiviteter, eller at holdningene til personalet avgjør om pasientrettet arbeid utover vanlig stell, mat og medisiner, blir prioritert. Enkelte ansatte ved Finnsnes omsorgssenter uttrykte ønske om bedre tilrettelegging for å komme ut, og at man må gå gjennom lukkede demensavdelinger for å komme til det store utearealet som ligger oppå garasjeanlegget.

En del ansatte – spesielt ved Rossfjord sykehjem - påpekte at det burde vært flere tilbud til beboerne i hverdagen, som turer ut (trille-/gåturer, turer i sansehagen, andre turer) eller mer rom for å samtale med beboerne. Enkelte ansatte ved Finnsnes omsorgssenter kommenterte at det stort sett er ukentlige samlinger i kafeen med sang og underholdning, at beboere som er «mer oppegående», også har aktivitetsstua på formiddagen, men at det er små muligheter for å sende ned på aktivitetsstua beboere som trenger mye hjelp eller som er urolig, da man ikke kan avse en pleier fra avdelingen, og aktivitør stort sett er alene. Enkelte ønsket mer midler til å kunne ta demente beboere i små grupper på tur, eller at turer ut på ettermiddagen kunne vært mulig å få til hvis man var flere enn to ansatte på jobb.

Enkelte ansatte ved Finnsnes omsorgssenter kommenterte at samarbeidet med skoler, barnehager, lag og foreninger i nærmiljøet kunne ha vært bedre, at beboere (også demente) kunne hatt godt av å ha en besøksvenn for å gå tur, eller uttrykte ønske om egen trivselsperson/miljøterapeut/aktivitør på hver avdeling. Ved Rossfjord sykehjem var det enkelte ansatte som påpekte at de tidligere hadde mer tid til sosiale tiltak, uttrykte behov for aktivitører, eller kommenterte at det er utenforstående organisasjoner/foreninger som står for trivselstiltakene. Det ble nevnt at *Sansehage-gjengen* (enkelte ansatte v/RSS) og frivillighetsgruppa *Bygdejentene* titt og ofte steller i stand mat og aktiviteter for beboerne.

Sykehjemsledelsen, spesielt ved Finnsnes omsorgssenter, kommenterte at det gjerne flere ganger for uka er aktiviteter/trivselstiltak i regi av ulike lag og foreninger. Disse har anledning til å søke om økonomisk støtte fra kommunen til slike tiltak, og en forutsetning for å få midler er at de dokumenterer slike aktiviteter. Sykehjemsledelsen uttrykte at de er enige i at beboerne for sjelden kommer ut i frisk luft. Samtidig ble det gitt eksempel på at beboere har avmeldt seg fra planlagte

[47] Veiledningstekst: *Velg svaralternativet "ikke aktuelt" hvis oppgaven ikke er relevant mht. din stilling/arbeidsinstruks.*

utflukter. Ifølge sykehjemsledelsen kan dette henge sammen med «dørstokkmila»; beboerne trives i trygge omgivelser på sykehjemmet, og når det en sjelden gang arrangeres utflukter, så orker ikke beboeren å delta. Sykehjemsledelsen kommenterte videre at omsorgssenteret har en stor terrasse, men det er tilgang til den kun via plan 2, og dette gjør det lite aktuelt for de andre avdelingene å benytte terrassen. Ifølge sykehjemsledelsen kan det med enkle grep tilrettelegges for at flere beboere ved omsorgssenteret kan benytte terrassen og dermed komme seg ut i frisk luft.

I kommunens brukerundersøkelse ble pårørende bedt om å vurdere muligheten beboerne har til å komme ut i frisk luft. Resultatene viser at dette er området de fleste pårørenderespondentene er minst fornøyde med.

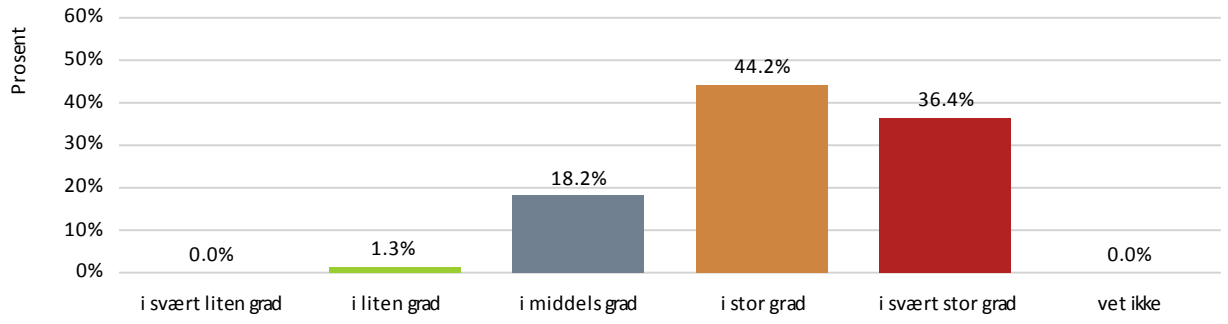
Pårørende fikk også spørsmål om hvorvidt de er fornøyde med beboernes deltakelse i aktiviteter *og* med kultur/underholdningstilbudet som tilbys beboerne. Svarfordelingene viser stor spredning på disse spørsmålene, noe som indikerer at det varierer pårørende imellom hvorvidt de er fornøyde. Av de 15 beboerne som ble intervjuet, svarte under halvparten at de benytter seg av aktivitetstilbudet. Enkelte beboere uttrykte usikkerhet rundt dette (svarte *vet ikke*).

Respektfull behandling

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder respektfull behandling:
- *Verdiplakaten, Lenvik kommune*. Det fremgår at ett av kravene til medarbeiderne er «respektfull adferd»; vise tillit, vise imøtekommenhet og akseptere forskjellighet.
- *Kunnskap/utvikling (VAR); Demens: Kommunikasjon (Praktiske gjøremål. Skape relasjon)*
- *Tvungen somatisk helsehjelp til pasient uten samtykkekompetanse etter § 4.A* (ID: 2123) Innholdet i rutinen er beskrevet tidligere.
- Rutinen *Terminal pleie (ID: 1944)* med vedlegg har som formål å blant annet gi *god lindrende behandling og pleie, slik at pasienten opplever respekt, trygghet og verdighet*
- Rutinen *Dødsfall – stell av døde (ID: 1947)* med vedlegg har som formål å gjøre dødsøyeblikket og tiden etterpå til en verdig stund.
- Det foreligger også rutiner for varsling til pårørende, informasjon til medbeboere og melding om dødsfall.
- Stell av døde (VAR); *stell av døde i institusjon*

Spørreundersøkelsesresultatene i diagram 24 og 25 indikerer at et stort flertall av ansattrespondentene *i stor* eller *svært stor grad* opplever at personalet behandler beboerne med respekt og at personalet kommuniserer klart og tydelig med beboerne.

Diagram 24. I hvor stor grad opplever du at personalet behandler beboerne med respekt? n=77

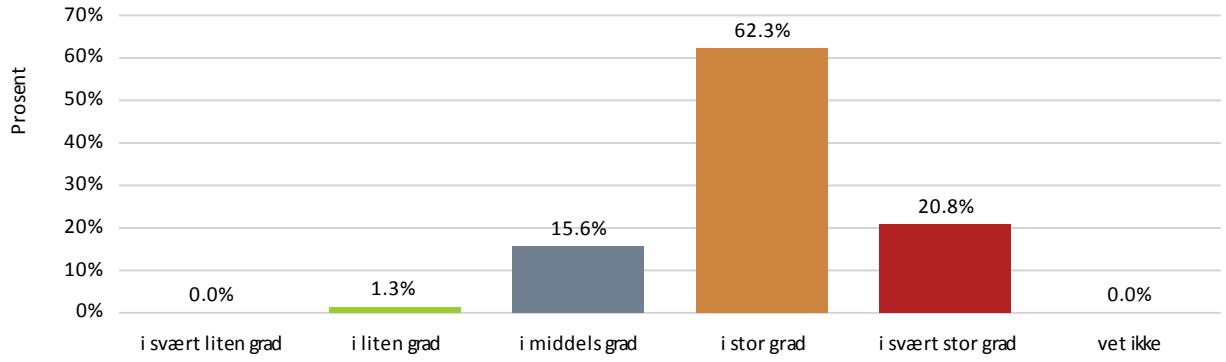


Gj.snitt: 4,16 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,92 (plan 3) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,46 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Få ansatte kommenterte spørsmålet om respektfull behandling, men kommentarene gikk på at det i matsituasjoner er respektløst og uverdig når personalet må mate f.eks. tre ulike pasienter ved samme bord samtidig, at enkelte ansatte ikke snakker med pasientene, er for «brå»/har det så travelt, at ansatte enkelte ganger «snakker over hodet» på pasienten eller utviser manglende respekt i form av fysisk og verbal tilnærming. Enkeltansatte utypet at dette dreier seg om at personalet opptrer forskjellig pga. ulike holdninger og verdier.

Resultatene fra kommunens brukerundersøkelse indikerer at pårørende jevnt over opplever at de ansatte behandler beboeren med respekt. Videre indikerer resultatene at de fleste pårørenderespondentene oppfatter at beboerne selv opplever at deres verdighet blir ivaretatt, men enkelte pårørende svarte *vet ikke*. De fleste beboerne som ble intervjuet i kommunens brukerundersøkelse, svarte at de blir behandlet med respekt av de ansatte; ingen svarte at de ikke blir behandlet med respekt, men enkelte svarte *vet ikke*.

Diagram 25. I hvor stor grad opplever du at personalet kommuniserer klart og tydelig med beboerne? n=77



Gj.snitt: 4,03 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,92 (plan 3) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,15 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Få ansatte kommenterte spørsmålet om kommunikasjon, men de fleste av disse kommentarene dreier seg om at det kan oppstå misforståelser/utfordringer pga. dårlige norskkunnskaper blant enkelte medarbeiderne. Enkeltkommentarer gikk på at kommunikasjon med demente personer kan være krevende eller at ansatte bruker mer tid på å prate *om* enn *med* pasientene.

Alle beboerne som ble intervjuet i kommunens brukerundersøkelse, svarte at de ansatte snakker klart og tydelig slik at de forstår dem. Resultatene fra pårørendeundersøkelsen indikerer at også pårørende jevnt over opplever dette, selv om svarene fra enkelte tyder på at de ikke er helt fornøyde.

Revisors vurderinger

Vi vurderer at kommunen i hovedsak oppfyller revisjonskriteriet om å ha skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov. Registreringer i Profil dokumenterer hvilke behov som er identifisert med hensyn til den enkelte beboer og hvilke tiltak som skal gjennomføres for å imøtekomme disse behovene. Kriteriet vurderes imidlertid som ikke fullt ut oppfylt fordi det på et overordnet nivå mangler skriftlige prosedyrer for å unngå uønsket/unødig sengeopphold, ivareta sosiale behov, gi tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter samt mulighet til selv å ivareta egenomsorg og selvstendighet. I vurderingen har vi også vektlagt at resultater fra revisjonens spørreundersøkelse blant ansatte og kommunens brukerundersøkelse blant pårørende indikerer forbedringsbehov, spesielt når det gjelder trivselstiltak/muligheten til å komme ut.

6 INFORMASJONSUTVEKSLING MED BEBOERE OG PÅRØRENDE

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha system for å sikre beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon.

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven

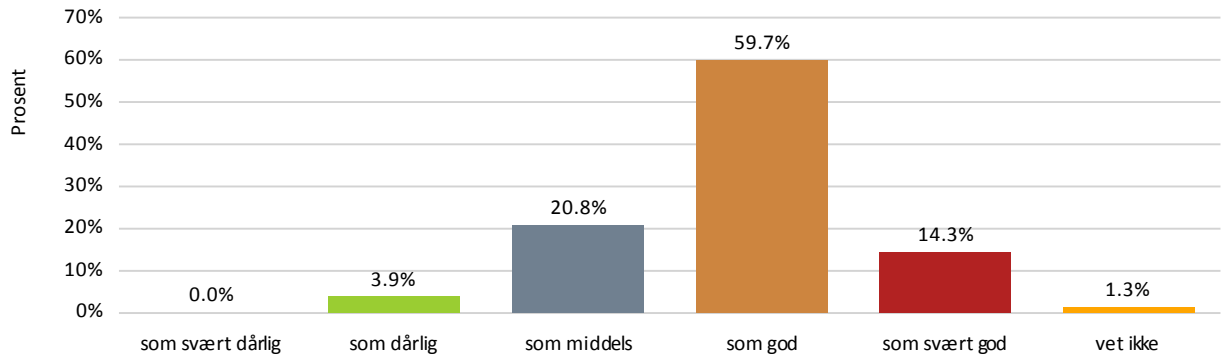
Revisors funn

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder informasjon til brukere/ pårørende ved sykehjemmene:

- *Rutine for innkomstsamtale ved ny pasient i sykehjem, plan 2, plan 3* og *plan 4*. Rutinen har som formål å blant annet formidle informasjon til pasient og pårørende, og den inneholde en sjekkliste for hva samtalen bør inneholde, blant annet informasjon om omsorgssenteret og avdelingen, om ansattes oppgaver, og pleieplan, kostplan o.l.
- *Sjekkliste for inn-/utskriving Rossfjord sykehjem*. Det er angitt flere formål med sjekklista, blant annet at den skal sikre best mulig samarbeid mellom avdeling, beboer og pårørende, og at beboers interesser blir ivaretatt. Eksempler på sjekkpunkter er om det er gitt pasient og pårørende informasjonsbrosjyre om sykehjemmet og om det er gitt informasjon om rutinene ved avdelingen, måltider og aktivitetstilbud, samt om det er gjennomført samtale med pårørende om behandlingsmål.
- *Velkommen til Finnsnes omsorgssenter, plan 4.* Informasjonsfolder til pårørende som inneholder blant annet kontaktinformasjon til virksomhets- og fagleder, praktisk informasjon om sykehjemmet og hva pårørende kan bidra med.
- *Velkommen til Rossfjord sykehjem.* Som over.

Resultatene som fremstilles i diagram 26, indikerer at et stort flertall av de ansatte opplever god informasjonsutveksling om beboerne mellom personalet og den enkelte beboers pårørende.

Diagram 26. Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om beboerne mellom personalet og den enkelte beboers pårørende? n=77

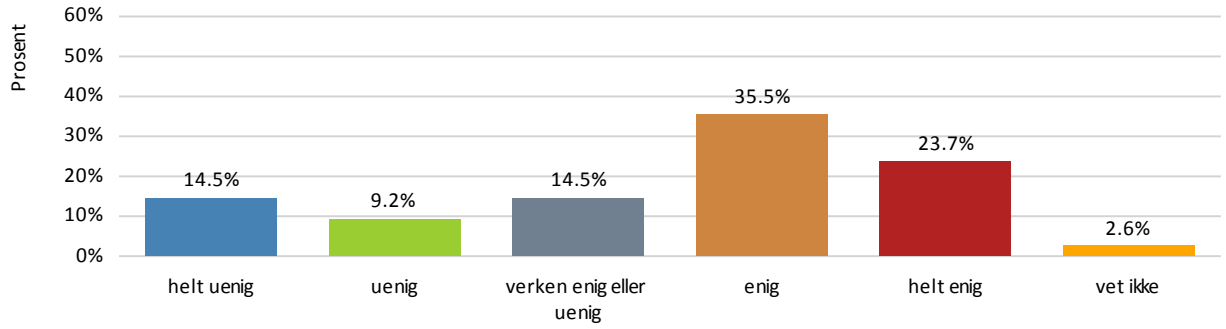


Gj.snitt: 3,86 ≈ *som god*	Laveste: 3,62 (Rossfjord) ≈ *som god*	Høyeste: 4,00 (plan 4) ≈ *som god*

Få ansatte kommenterte dette temaet, men enkelte påpekte at innkomstsamtalene med pårørende kan bedres; gi god informasjon om demens, om hvordan avdelingen fungerer og rutiner, og om ansvar for verdisaker. Det ble også kommentert at ansatte må bli flinkere til å videreformidle opplysninger, og at det kan være vanskelig å gi rett informasjon til pårørende hvis ansatte selv er usikre på hva som gjelder; f.eks. hvilke innkjøp som skal dekkes av sykehjemmet.

Diagram 27 viser at om lag 60 % av de ansatte som besvarte spørreundersøkelsen, er enige i påstanden om at beboerne har kontaktperson blant de ansatte. Gjennomsnittsskårene tilsier at det er forskjeller avdelingene imellom når det gjelde å tildele kontaktperson til beboerne. Vi ser også at rundt en firedel blant ansattrespondentene er (helt) uenige i at beboerne har kontaktperson blant det ansatte, og nærmere analyser viser at flertallet av disse er ansatt ved Rossfjord sykehjem.

Diagram 27. Angi hvor enig du er i følgende påstand: "Beboerne har kontaktperson blant de ansatte" n=76

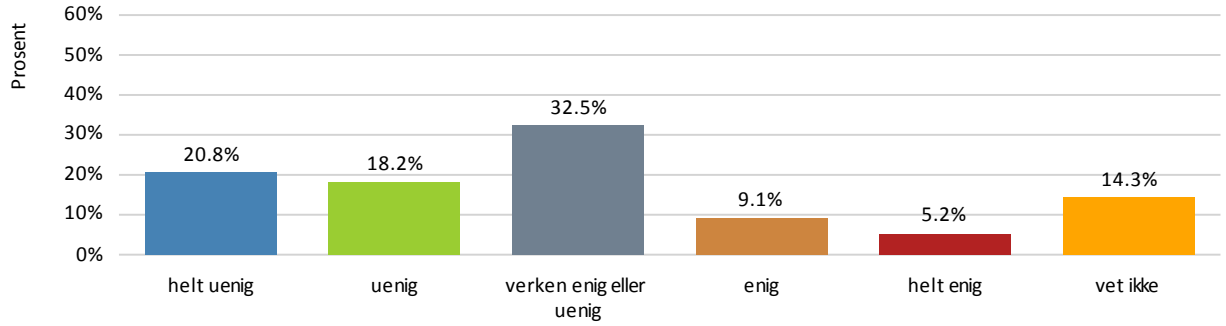


Gj.snitt: 3,46 ≈ *verken enig eller uenig*	Laveste: 1,84 (Rossfjord) ≈ *uenig*	Høyeste: 4,26 (plan 3) ≈ *enig*

Ifølge sykehjemsledelsen skal alle beboerne ved Finnsnes omsorgssenter ha primærkontakt. De hadde derfor forventet at resultatene fra spørreundersøkelsen i enda større grad ville gjenspeile dette. Ved Rossfjord sykehjem har de ikke system for å tildele primærkontakt, og resultatet fra spørreundersøkelsen er derfor som forventet.

Spørreundersøkelsesresultatene i diagram 28 indikerer at et fåtall ansatte mener at beboerne vet hvem som er deres kontaktperson. Vi ser at relativt mange ansatte er usikre på dette.

Diagram 28. Angi hvor enig du er i følgende påstand: "Beboerne vet hvem som er deres kontaktperson" n=77



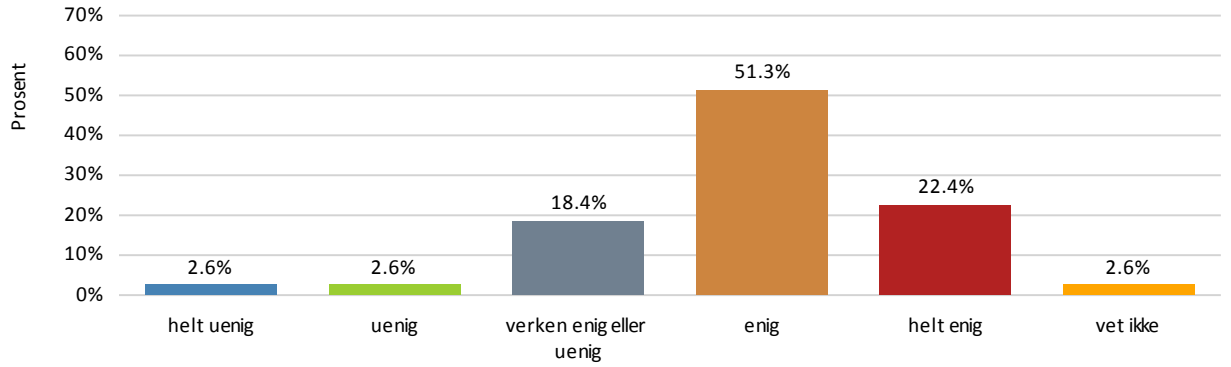
Gj.snitt: 2,53 ≈ *verken enig eller uenig*	Laveste: 1,95 (Rossfjord) ≈ uenig	Høyeste: 3,05 (plan 3) ≈ *verken - eller*

Ansatte fra alle avdelingene (flest fra plan 2) kommenterte at mange av beboerne (pga. demenssykdom) ikke vet/husker/er i stand til å forstå hvem som er deres kontaktperson eller primærkontakt selv om de har fått informasjon om dette. Ifølge sykehjemsledelsen skal alle beboerne ved Finnsnes omsorgssenter ha primærkontakt, mens det ved Rossfjord sykehjem ikke er system for å tildele primærkontakt.

Diagram 29 viser at om lag tre av fire ansattrespondenter er *enige* i påstanden om at beboerne har noen de kan snakke med blant de ansatte. Enkeltansatte påpekte at de dype samtalene uteblir (selv om beboerne har noen å snakke med). Noen ansatte ved Rossfjord sykehjem kommenterte at beboerne kan snakke med personalet, men at de ikke har en fast person å forholde seg til, og at man

skal gjenoppta ordningen med primærkontakt. Sykehjemsledelsen uttrykte at de var noe usikre på hvordan resultatene i dette diagrammet skulle forstås. De betraktet det imidlertid som sannsynlig at når ansatte *ikke* er enige i at beboerne har noen de kan snakke med blant de ansatte, så henger dette sammen med at ansatte opplever å ha for lite tid til å sette seg ned og samtale med beboerne.

Diagram 29. Angi hvor enig du er i følgende påstand: "Beboerne har noen de kan snakke med blant de ansatte" n=76



Gj.snitt: 3,91 ≈ *enig*	Laveste: 3,50 (plan 4) ≈ *verken enig eller uenig / enig*	Høyeste: 4,05 (plan 2) ≈ *enig*

I kommunes brukerundersøkelse fikk pårørende spørsmål om de opplever at beboeren vet hvem som er hans/hennes kontaktperson. Svarfordelingen viser at pårørendes oppfatninger varierer veldig på dette området, og at flertallet av pårørenderespondentene svarte *vet ikke*. Pårørende fikk videre spørsmål om beboerne har mulighet til å snakke henholdsvis med *pleiepersonalet* og med *noen* om det som er viktig for dem. Resultatene indikerer at de fleste pårørenderespondentene opplever at beboerne har dette. Noen respondenter brukte svaralternativet *vet ikke*, og ved Finnsnes omsorgssenter brukte enkelte respondenter de laveste svaralternativene på spørsmålet som gjaldt om beboeren har mulighet til å snakke med noen om det som er viktig for dem.[48]

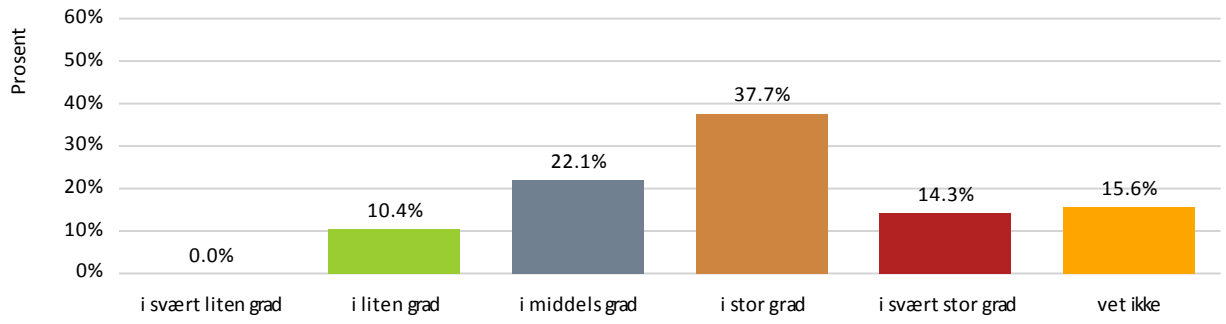
Vi stilte de ansatte også noen spørsmål vedrørende informasjon til beboere/pårørende om klageadgang, og hvorvidt eventuelle klager blir tatt på alvor. Resultatene fremstilles i diagram 30, 31, 32 og 33.

Diagram 30 indikerer at de fleste ansatte opplever at pårørende er kjent med muligheten til å klage, mens diagram 31 tyder på at de opplever at beboerne i mindre grad er kjent med klagemuligheten. Gjennomsnittsskårene viser variasjoner avdelingene imellom når det gjelder ansattes opplevelser av disse forholdene, og vi ser også at relativt mange ansatte er usikre på dette. Få ansatte kommenterte disse spørsmålene, men enkelte skrev at pasientene ikke er i stand til å skjønne eller huske informasjon om klagerettigheter, at pasientgruppa ikke har fått informasjon om klagemuligheter, eller at beboerne ikke har for vane å klage. Enkelte kommenterte at pårørende er kjent med muligheten til å klage hvis man ikke er fornøyd, eller at pårørende er lite til stede.

Det fremgår av diagram 32 at ansattrespondentene jevnt over opplever at sykehjemmet tar hensyn til eventuelle klager fra pårørende, mens diagram 33 på neste side tyder på at ansatte i mindre grad opplever at sykehjemmet tar hensyn til eventuelle klager fra beboere. Også her ser vi at relativt mange ansatte er usikre på disse forholdene. Avdelingsvise gjennomsnittsskårer varierer fra *i middels grad* til *i stor grad* på spørsmål om hvorvidt sykehjemmet tar hensyn til eventuelle klager fra beboere.

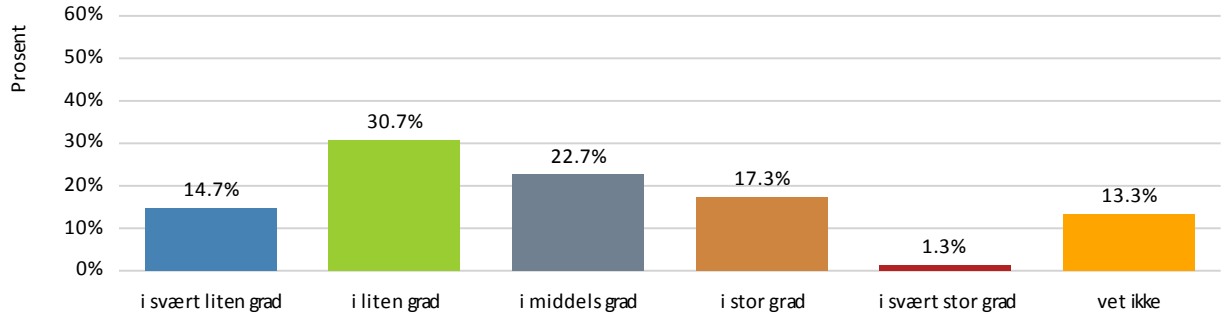
[48] Revisjonen bemerker at spørsmålet ikke avgrenser *noen* til personalet, og at spørsmålet derfor kan være oppfattet på ulike måter av respondentene.

Diagram 30. I hvor stor grad opplever du at pårørende er kjent med muligheten til å klage? n=77



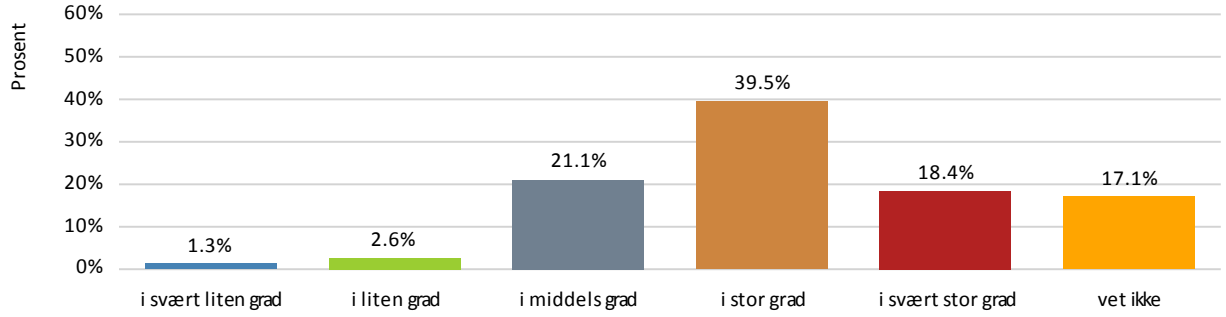
Totalt gj.snitt: 3,66 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,24 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,95 (plan 3) ≈ *i stor grad*

Diagram 31. I hvor stor grad opplever du at beboerne er kjent med muligheten til å klage? n=75



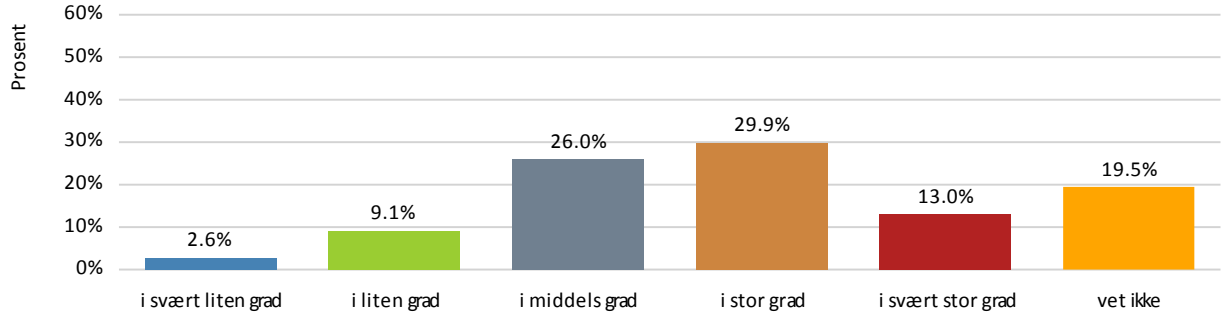
Totalt gj.snitt: 2,54 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,00 (plan 2) ≈ *i liten grad*	Høyeste: 2,90 (plan 3) ≈ *i middels*

Diagram 32. I hvor stor grad opplever du at sykehjemmet tar hensyn til eventuelle klager fra pårørende? n=76



Totalt gj.snitt: 3,86 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,50 (Rossfjord) ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,27 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Diagram 33. I hvor stor grad opplever du at sykehjemmet tar hensyn til eventuelle klager fra beboerne? n=77



Totalt gj.snitt: 3,52 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,14 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 4,33 (plan 4) ≈ *i stor grad*

I kommunens brukerundersøkelse svarte pårørende på spørsmål om hvorvidt beboeren er kjent med muligheten til å klage når han/hun har behov for det. Flertallet blant pårørenderespondentene svarte *vet ikke*, men stor spredning i svarene som ble gitt, indikerer at pårørende har ulike oppfatninger av beboernes kjennskap til klagemulighetene. Pårørende fikk også spørsmål om de opplever at ansatte hører på beboerne hvis det er noe å klage på. Resultatene indikerer at de fleste pårørende opplever at beboerne blir hørt. En del pårørende svarte *vet ikke* også på dette spørsmålet.

Pårørende fikk i brukerundersøkelsen spørsmål om beboeren får god informasjon om henholdsvis tjenesten han/hun får og aktivitets- og kulturtilbud. Mange pårørende svarte *vet ikke* på disse spørsmålene. Svarfordelingen blant øvrige respondenter indikerer at pårørende opplever å få god informasjon, men at noen ikke er helt fornøyde/ønsker ytterligere informasjon.

I brukerundersøkelsen svarte under én tredel av pårørende at de siste året har hatt en planlagt samtale med pleiepersonalet om tjenestetilbudet til beboeren. Resultatene indikerer at pårørende-respondentene som hadde deltatt i slik samtale, opplevde den som nyttig.

Tilbakemeldingene fra faglederne tyder på at det varierer hvorvidt det utenom innkomstsamtaler gjennomføres planlagte samtaler med pårørende/beboer. Én svarte at det avtales samtale med lege hvis pårørende ønsker, mens andre kommenterte at det gjennomføres samtaler (med pårørende) ved årskontroll. Enkelte påpekte at hyppighet kan variere avhengig av behov/endringer, og at beskjed gis umiddelbart hvis det skjer noe akutt, eller at det i terminal fase oftere er samtaler. Eksempler på innholdet i samtaler er behandlingsintensitet, oppfølging etter årskontroll og legevisitt.

Med unntak av klager på lite frukt ved én avdeling, har ikke faglederne så langt i år opplevd å motta klager fra beboere og/eller pårørende. Én fagleder svarte at klager fra beboere/pårørende registreres i Profil og/eller Compilo, mens to andre svarte at klager registreres kun i Profil.

Revisors vurderinger

Etter vår vurdering oppfyller kommunen i hovedsak revisjonskriteriet om å ha system for å sikre beboernes/nærmeste pårørendes rett til informasjon. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt fordi avdelingenes rutiner/sjekklister/informasjonsmateriell for samtaler med beboer/pårørende er avgrenset til å gjelde innskriving/innkomstsamtaler, og fordi resultater fra revisors spørre-undersøkelse blant ansatte og kommunens brukerundersøkelse blant pårørende indikerer forbedringsbehov på området.

7 BRUKERERFARINGER OG -MEDVIRKNING

Revisjonskriterier

Kommunen bør
- ha system for at beboere på sykehjem og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud
- ha system for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem
- legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, kvalitetsforskriften inkl. veileder, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring inkl. veileder, pasient- og brukerrettighetsloven

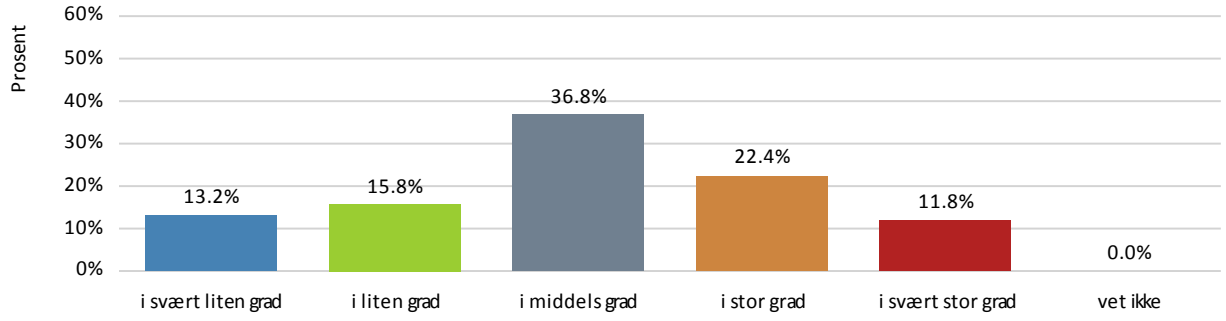
Revisors funn

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder for brukererfaringer og brukermedvirkning, eller samarbeid med brukergruppens organisasjoner/frivillige organisasjoner:
- *Årshjul for ledere helse og omsorg.* I årshjulet er «brukerundersøkelser utvalgte områder» ført opp på mars måned.
- *Bruk av økonomiske stimuleringsmidler aktivitetstilbud beboere i sykehjem…* [49]

Lenvik kommune gjennomfører årlige brukerundersøkelser innen flere av tjenesteområdene, blant annet sykehjemmene.[50]

I revisjonens spørreundersøkelse ba vi de ansatte om å vurdere i hvor stor grad de opplever at beboerne får oppfylt ønsker om hva de vil spise. Svarene er fremstilt i diagram 34, og resultatene viser stor spredning, noe som indikerer at ansatte har ulike opplevelser av dette.

Diagram 34. I hvor stor grad opplever du at beboerne får oppfylt ønsker om hva de vil spise? n=76

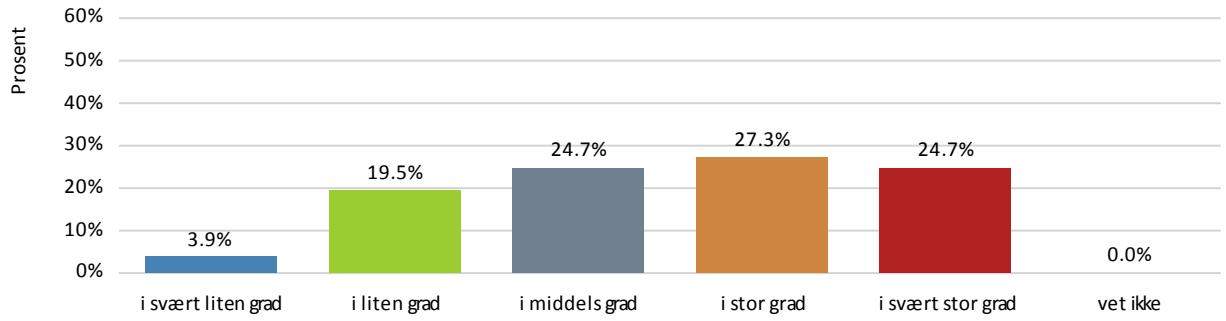


Gj.snitt: 3,04 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,67 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,42 (plan 2) ≈ *i middels grad*

Diagram 35 på neste side indikerer at vel halvparten av de ansatte opplever at det legges til rette for beboerne slik at de får spise *når* de ønsker det. Den samlede gjennomsnittsskåren grenser imidlertid mot svaralternativet *i stor grad.* Avdelingsvise gjennomsnittsskårer varierer fra *i middels grad* til *i stor grad.*

[49] Innholdet i rutinen er beskrevet i kapittel 5. Rutinens ID: 2217
[50] Resultatene fra siste brukerundersøkelse er omtalt her i rapporten.

Diagram 35. I hvor stor grad opplever du at det legges til rette for beboerne slik at de får spise når de ønsker? n=77



Gj.snitt: 3,49 ≈ *i middels grad*	Laveste: 3,25 (plan 3) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,89 (plan 2) ≈ *i stor grad*

Flere ansatte ved Rossfjord sykehjem ga utdypende kommentarer på dette spørsmålet. Noen skrev at de bestiller mat etter hva beboerne liker og hvor mye de spiser, men at de ansatte har fått beskjed om at de bestiller for mye mat/at det skal spares, eller at det ikke er rom for å servere annet enn brødmat til beboere som ikke liker middagen den dagen – med mindre man har gitt beskjed om dette lang tid i forveien, før bestilling og matlevering fra sentralkjøkken, noe som mange ganger er vanskelig da ansatte ikke alltid har oversikt over menyen lang tid i forveien. Enkelte kommenterte at beboerne får brødmat når de ønsker utenom de faste måltidene (også på natt), og at det utover tørrmat er lite å tilby.

Ved Finnsnes omsorgssenter kommenterte enkelte ansatte at det er kun beboere med ønskekost[51] som får velge hva de vil spise, eller at det ved middag er lite/ingen rom for å endre det som kommer fra kjøkkenet. Andre kommenterte at det er rom for å lage måltid/bake til f.eks. lunsj og kvelds hvis beboer har ønske om noe, eller at beboer ofte er med på å lage måltidet da det blir satt fram ulike typer pålegg som beboerne kan velge mellom.

Når det gjelder tidspunkt for måltidene, kommenterte enkelte ansatte at måltidene er til faste tider og at det er lite rom for at personalet har tid til å gi beboerne måltider utenom den faste tida. Enkelte presiserte at dette skyldtes bemanning og vaktskifte. Andre kommenterte at det settes av middag til de som ønsker det, hvis noen ikke er sultne til middag, eller at middag kan settes av til senere i spesielle situasjoner (tannlegetime eller andre avtaler). Enkelte respondenter ga eksempler på at frokost serveres når beboeren har stått opp, og at dette kan variere fra kl. 8:30 til 11:30, avhengig av bemanning og beboerens ønske, at kveldsmat serveres rundt kl. 18, og at man etter dette ikke har mulighet til å servere kveldsmat i flere omganger fordi man må begynne med legging.

Kommentarene fra sykehjemsledelsen tyder på at de ikke er helt enige om avdelingenes muligheter til å oppfylle beboernes ønsker om hva de vil spise, for eksempel når det gjelder tilbud om alternativ middagsrett. En fagleder viste til at de benytter skjema for å melde til kjøkkenet hvis beboere for eksempel ikke liker fisk, og dette erstattes da med noe annet. Beboerne kan imidlertid ikke fritt velge hva de ønsker som erstatning. Ifølge sykehjemsledelsen gis det «ønskekost» til beboere som har behov for dette pga. sykdom/underernæring.

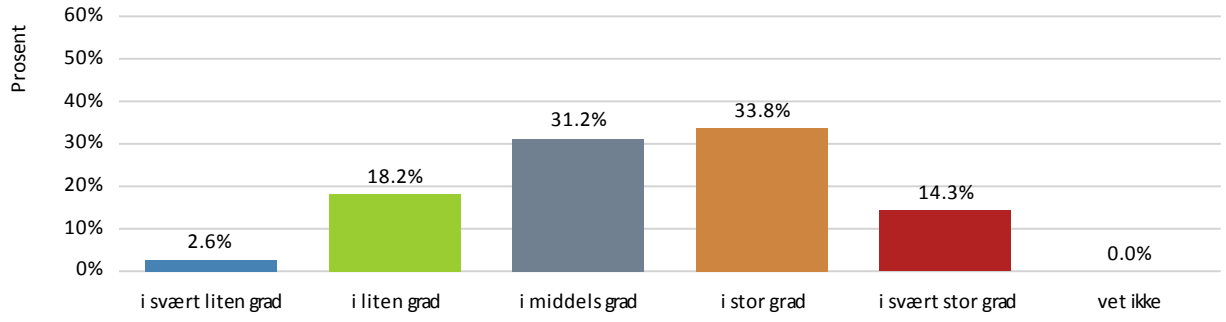
Resultatene fra kommunens brukerundersøkelse indikerer at pårørenderespondentene har delte meninger om hvorvidt det legges til rette for beboerne slik at de får spise når de ønsker, og at rundt en fjerdedel synes å være noe misfornøyd. Pårørende ble videre bedt om å vurdere tilbudet om matservering til beboeren på kveld/natt, og resultatene viser at mange pårørende er usikre når det

[51] Beboere som har dårlig matlyst/sykdom/underernæring, tilbys ønskekost. Dette innebærer at de selv kan velge mat.

gjelder dette. Flertallet blant de øvrige respondentene synes imidlertid å være relativt fornøyde med tilbudet som beboerne får om matservering på kveld/natt.

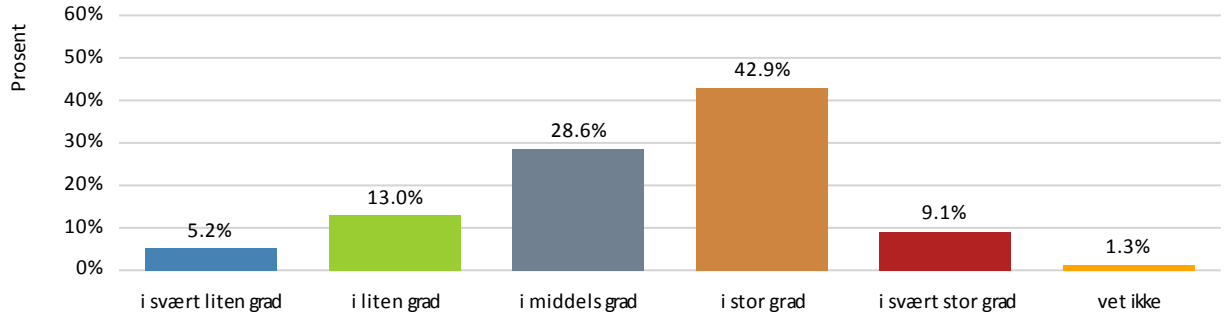
De neste diagrammene gjelder beboernes medbestemmelse over døgnrytme/leggetid. Diagram 36 og 37 indikerer at et knapt flertall av ansattrespondentene opplever at det legges til rette for beboerne slik at de får stå opp *og* legge seg når de vil, mens relativt mange opplever at dette ikke gjøres. Gjennomsnittsskårene avdelingene imellom varierer fra *i middels grad* til *i stor grad* når det gjelder beboernes mulighet til å stå opp og legge seg når de selv vil.

Diagram 36. I hvor stor grad opplever du at beboerne får stå opp når de vil? n=77



Gj.snitt: 3,39 ≈ *i middels grad*	Laveste: 3,25 (plan 3) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,62 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Diagram 37. I hvor stor grad opplever du at beboerne får legge seg når de vil? n=77



Gj.snitt: 3,38 ≈ *i middels grad*	Laveste: 3,25 (plan 3) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,58 (plan 2) ≈ *i stor grad*

Flere ansatte ved Rossfjord sykehjem kommenterte disse spørsmålene. Enkeltkommentarer går ut på at beboere som ønsker å sove litt lengre eller ønsker å sitte opp på kveldene for å se TV, får det. Andre kommenterte at de pga. lite/dårlig bemanning ikke alltid kan imøtekomme ønskene.

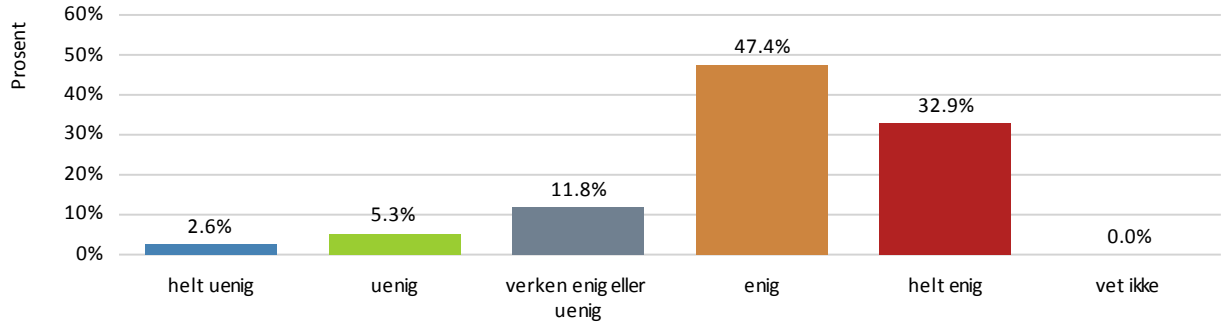
Ved Finnsnes omsorgssenter har enkelte ansatte kommentert at manglende språk/språkforståelse blant beboerne gjør det vanskelig for personalet å vite hva beboerne ønsker, at kveldsstell/-mating må begynne tidlig for at man skal rekke å bli ferdig mens man er to på jobb, og at legging må planlegges ut fra hvordan vaktene er. Det fremkom eksempel på at dette kan resultere i at noen beboere oppholder seg i sengen opptil 14-15 timer i døgnet i strekk. Én ansatt ved plan 2 presiserte at det ikke er fast nattevakt på avdelingen, og at alle beboerne derfor må være i seng før kveldsvakta avsluttes. Noen kommenterte at bemanningen ikke tillater at alle beboerne kan stå opp når de selv ønsker, fordi flere av beboerne har omfattende hjelpebehov. Andre kommenterte at det vanlige er å gå inn på morgenen og vekke beboeren for å hjelpe han/henne med stell, og at beboer som oftest får ligge litt til hvis han/hun ønsker det.

På spørsmål fra revisjonen svarte to av faglederne at det kan skje at beboere oppholder seg så lenge som opptil 14-15 timer i døgnet i strekk i sengen. En av de andre faglederne påpekte at dette avhenger av beboers tilstand og de faglige vurderinger som gjøres.

Resultatene fra kommunens brukerundersøkelser indikerer at pårørenderespondentene jevnt over opplever at beboerne får stå opp og legge seg når de vil. Enkeltrespondenter har svart med de lavere svaralternativene, mens noen er usikre på dette spørsmålet. Flertallet blant beboerne som ble intervjuet, svarte at de blir hørt når de gir uttrykk for hvordan de vil ha det.

Diagram 38 viser ansattes svar på påstanden om at beboerne selv bestemmer om de vil være på rommet sitt eller i fellesarealene, og svarfordelingen indikerer at de fleste ansatte opplever at beboerne selv bestemmer dette.

Diagram 38. Angi hvor enig du er i følgende påstand: "Beboerne bestemmer selv om de vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal." n=76

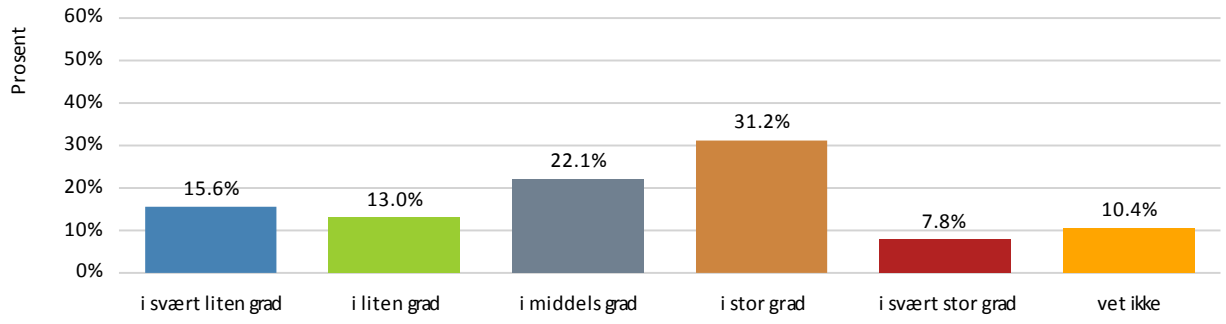


Gj.snitt: 4,03 ≈ *enig*	Laveste: 3,61 (plan 3) ≈ *enig*	Høyeste: 4,38 (plan 4) ≈ *enig*

Ansatte kommenterte at de som kan forflytte seg selv, i stor grad bestemmer om de vil være på rommet sitt eller i avdelingens fellesareal. De som trenger hjelp, bestemmer dette i mindre grad. Kommentarene viser at dette kan avhenge av flere ting; ansatte klarer ikke (pga. bemanning) å ha oversikt over/følge opp beboerne som er alene på eget rom, og noen beboere trenger av ulike grunner hyppig tilsyn. Videre kommenterte en del ansatte at demente beboere må «styres» litt, av hensyn til sitt eget beste; ikke alle kan/har godt av å være alene på rommet. Andre viste til at ansatte ikke alltid har tid til å hjelpe beboere som stadig vil «fram og tilbake» mellom eget rom og fellesstua, at beboere av og til må isoleres pga. smitteregime, eller at beboere som sitter i rullestol og/eller som ikke kan si ifra hvor de vil sitte, ofte blir plassert på stuen da personalet ikke har ressurser til å følge dem opp på rommene sine. Enkelte andre presiserte at personalet prøver å lese beboere som ikke kan gi uttrykk for hva de selv ønsker og handle ut fra hva man tror er best for dem i øyeblikket.

Vi ser av svarfordelingen i diagram 39 på neste side at ansatte har svært ulike opplevelser av om beboere/pårørende involveres når det utarbeides planer som gjelder beboerne, og at relativt mange er usikre på dette. Avdelingene imellom varierer gjennomsnittsskårene fra *i liten* til *i stor grad.*

Diagram 39. I hvor stor grad opplever du at beboerne og/eller pårørende involveres når det utarbeides planer som gjelder beboeren?[52] n=77



Gj.snitt: 3,03 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,21 (Rossfjord) ≈ *i liten grad*	Høyeste: 3,55 (plan 4) ≈ *i stor grad*

De få kommentarene til spørsmålet om beboere/pårørende involveres når det utarbeides planer som gjelder beboeren, dreide seg om at ansatte bestemmer mye «over hodet» på pasientene (selv om beboer er i stand til å komme med innspill som gjelder egen situasjon og hverdag), eller at kontakten med pårørende i enkelte tilfeller burde bli bedre. Andre kommenterte at man forsøker så godt som mulig å involvere pårørende/pasient eller at pasient/pårørende involveres i den grad det er hensiktsmessig eller ønskelig av pasient/pårørende. Enkelte ansatte påpekte at samtaler med pårørende ved innkomst og observasjon av pasienten er svært viktig og gjøres for å kartlegge ressurser til demente beboere som ikke klarer å ivareta seg selv, og at det ut fra dette lages pleieplaner/tiltaksplaner.

Resultatene fra kommunens brukerundersøkelse viser at det store flertallet blant pårørende-respondentene i liten grad opplever at de selv eller beboer medvirker når det utarbeides planer som angår beboeren. Når det gjelder involvering av beboere, svarte mange pårørende *vet ikke*.

Revisors vurderinger

Revisor vurderer at kommunen i liten grad oppfyller revisjonskriteriet om å ha system for at beboere på sykehjem og deres pårørende får anledning til å medvirke i utformingen, evalueringen og den daglige utførelsen av den enkeltes tjenestetilbud. Kommunen har system for gjennomføring av brukerundersøkelser hvert år, men mangler ut over dette skriftlige rutiner på området. Og resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse blant ansatte samt kommunens brukerundersøkelse blant pårørende indikerer forbedringsbehov når det gjelder å involvere beboere/pårørende ved utarbeidelse av planer som gjelder beboerne. Også når det gjelder innhold i måltider, når måltider skal inntas, samt tidspunkt for når beboerne skal legge seg og stå opp, indikerer spørre-undersøkelsesresultatene at relativt mange ansatte opplever beboernes medbestemmelse som lav.

Etter revisors vurdering oppfyller kommunen ikke revisjonskriteriet om å ha system for at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem.

Revisjonskriteriet om at kommunen bør legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner, vurderer vi som delvis oppfylt. Lenvik kommune har rutine for å stimulere det frivillige arbeidet til å bidra til en mer sosial og aktiv tilværelse for beboere i sykehjem og omsorgsboliger, men ut over dette mangler kommunen system for å legge til rette for slikt samarbeid.

[52] Veiledningstekst: *Med planer mener vi for eksempel pleieplaner, tiltaksplaner eller individuelle planer.*

8 MEDVIRKNING FRA ANSATTE

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha system for medvirkning fra ansatte.

Kilder: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Revisors funn

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder medvirkning fra ansatte:

- *Mal for tema i personalmøter (ID: 2233)*. Malen angir hyppighet på møtene og hva som skal være faste tema på møtene; blant annet informasjon om nye/endrede rutinebeskrivelser i Compilo og gjennomgang av *avvik i Compilo i læringsøyemed*.
- *Mal for medarbeidersamtale (ID: 588)*. Det fremgår at gjennomføring av *medarbeidersamtale* ikke er lovpålagt, men at Lenvik kommune har besluttet at det skal gjennomføres slik samtale med alle fast ansatte/ansatte i lengre vikariat, minst en gang per år for å ivareta ansattes medbestemmelsesrett, innflytelse og tydeliggjøre ansvarsforhold. Malen inneholder bl.a. spørsmål som gjelder medvirkning, f.eks.: Er det nok variasjon i jobben? Er du selv med på å utarbeide målene for din arbeidsplass? Det fremgår også at medarbeidersamtale skal munne ut i en forpliktende avtale.
- *Rutiner for medarbeiderundersøkelser; faglig veileder for kartlegging av medarbeidertilfredshet (ID: 586) og mal handlingsplan medarbeiderundersøkelse (ID: 565)*
- *Årshjul for ledere helse og omsorg.* Det fremgår bl.a. at det i januar skal utarbeides plan for gjennomføring av medarbeidersamtaler.

I revisjonens spørreundersøkelse fikk ansatte spørsmål om medarbeidersamtaler. Informasjonen i tabell 5 indikerer at andelen gjennomførte medarbeidersamtaler siste året er lavt; 17 % for ansatte samlet, med variasjoner fra 5 til 30 prosent avdelingene imellom. Få ansatte kommenterte spørsmålet om medarbeidersamtaler, men enkelte presiserte at de har vært ansatt gjennom flere år (og på fulltid), men ikke hatt medarbeidersamtaler på mange år.

Tabell 5. Når ble det sist gjennomført medarbeidersamtale mellom deg og din leder på nåværende arbeidsplass?[53] n=71

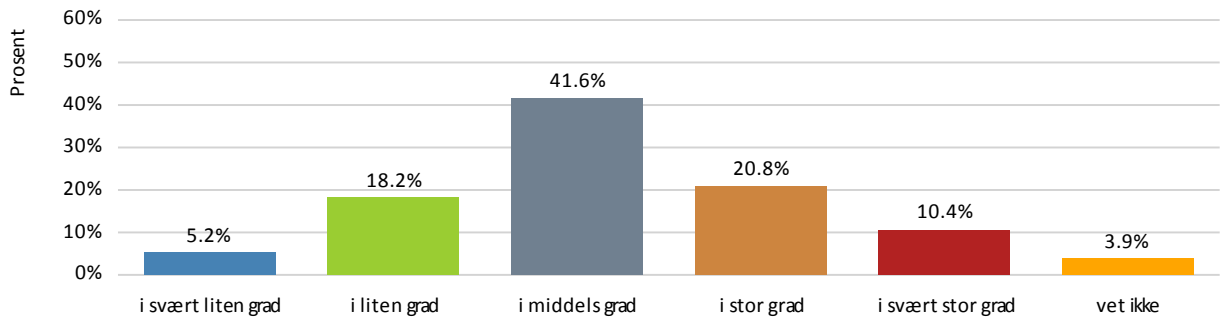
Svaralternativ	Samlet	Rossfjord sykehjem	Plan 2 FO	Plan 3 FO	Plan 4 FO
for under ett år siden	**17 %**	5 %	17 %	30 %	15 %
for mellom ett og to år siden	**30 %**	5 %	39 %	30 %	54 %
for mer enn to år siden	**24 %**	45 %	28 %	15 %	0 %
har ikke hatt medarbeidersamtale	**24 %**	45 %	11 %	10 %	31 %
vet ikke	**6 %**	0 %	6 %	15 %	0 %

Tilbakemeldingene fra sykehjemsledelsen viser at de i varierende grad gjennomfører medarbeidersamtaler, og flere viste til *tidspress* som årsak. Ved Rossfjord sykehjem – som kommer «dårligst» ut på spørsmålet om medarbeidersamtaler – kommenterte fagleder at hun ikke har ansvar for medarbeidersamtaler med bare sykehjemsansatte, men også med ansatte ved hjemmetjenesten og tjenesten for psykisk utviklingshemmede i Rossfjord.

[53] Veiledningstekst: *Hopp over spørsmålet hvis du har vært ansatt i mindre enn ett år.*

I spørreundersøkelsen ba vi de ansatte om å vurdere muligheten til medvirkning til utvikling/ forbedring avdelingens tjenester. Vi tolker resultatene i diagram 40 på neste side til at ansatte jevnt over opplever å ha mulighet til slik medvirkning, men at det samtidig er en del ansatte som ikke opplever dette. Avdelingene imellom varierer gjennomsnittsskårene fra *i middels grad* til *i stor grad.*

Diagram 40. I hvor stor grad opplever du at du som ansatt har mulighet til å medvirke til utvikling/forbedring av tjenestene ved avdelingen? n=77



Totalt gj.snitt: 3,14 ≈ *i middels grad*	Laveste: 2,80 (Rossfjord) ≈ *i middels grad*	Høyeste: 3,69 (plan 4) ≈ *i stor grad*

Kun et fåtall ansatte kommenterte spørsmålet om medvirkning, og tre konkretiserte hvorfor de er fornøyde; at det er rom for å komme med forslag til endring/utarbeide nye rutiner, at fagleder og personalet sammen vurderer nye forslag/idéer, og at det er faste møter der rutiner/pasienter/ oppgaver gjennomgås og forslag til forbedringer drøftes. To konkretiserte til en viss grad hvorfor de ikke er fornøyde; at tiden ikke strekker til, og at det er kun ansatte med lang fartstid i avdelingen som har innflytelse.

Ifølge fagledere er personalmøter en arena for medvirkning, og deres tilbakemeldinger viser at personalmøter avholdes et par ganger i kvartalet/annen hver måned. Alle fagledere kommenterte at de i tillegg til personalmøter avholder møter med personalet på den enkelte bogruppe. Hyppigheten på bogruppemøtene ser ut til å variere fra én gang i måneden til rundt én gang i kvartalet. Noen påpekte også at de i løpet av året også avholder nattevaktsmøter og/eller sykepleiermøter. På spørsmål om avdelingen har andre arenaer/tiltak for å sikre ansattes medvirkning, viste to av fagledere til at det er nedsatt HMS-gruppe. Den ene utdypet at gruppa skal ivareta miljø og sikkerhet i bogruppene, og den andre at møter avholdes annenhver måned. En annen fagleder svarte at ansatte kan komme direkte til fagleder utenom personalmøter, og at avviksregistrering i Compilo også gir ansatte mulighet til å komme med forbedringsforslag.

Revisors vurderinger

På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen delvis har system for medvirkning fra ansatte som yter tjenester til beboere på sykehjem. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt fordi medarbeidersamtaler ikke har vært gjennomført etter intensjonene, og fordi spørreundersøkelses-resultatene indikerer at relativt mange ansatte i liten/svært liten grad opplever å ha mulighet til medvirkning i arbeidet med å utvikle/forbedre tjenestene i avdelingen.

9 ANSATTES KUNNSKAP OG KOMPETANSE

Revisjonskriterium

Kommunen bør ha system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse.

Kilder: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, veileder IS-2620

Revisors funn

Kommunen har flere skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder ansattes kunnskap og kompetanse:

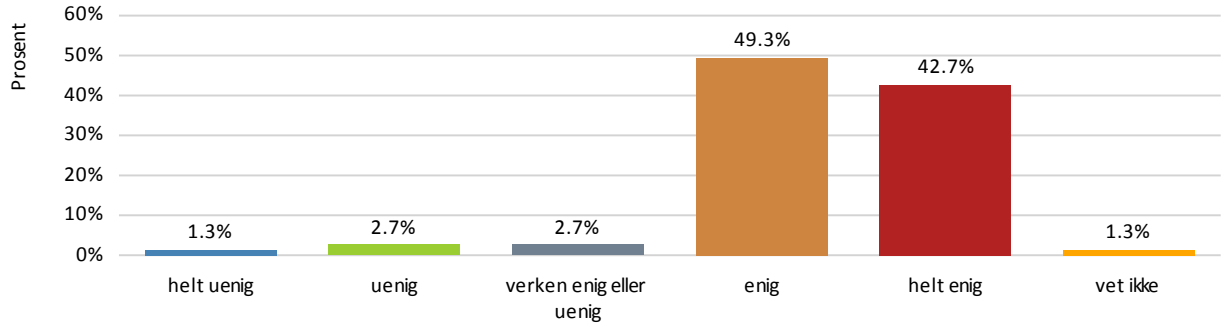
- *Mal for medarbeidersamtale (ID: 588).* Malen inneholder spørsmål som er egnet til å kartlegge kompetansebehov-/utvikling: *Har du nødvendig kompetanse for å utføre dine arbeidsoppgaver? Har du behov for kompetanseutvikling for å mestre dine arbeidsoppgaver? Har du selv planer om etterutdanning/videreutdanning?*
- *Internkontroll i Lenvik kommune – Brukerkurs Compilo*
- *Rutine for søknad, tildeling, rapportering av kompetansemidler fra Fylkesmannen* (ID: 641) og vedlegget *Søknad om midler til kompetanseutvikling 2016* (ID: 642)[54]. Det fremgår av rutinen at den har som formål å sikre at tildeling av tilskudd til utdanning er i tråd med Kompetanseløftet 2015 og Fylkesmannens kriterier. Tilskuddene skal bidra til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Lenvik kommune får flere voksne helsefagarbeidere, flere ansatte som gjennomfører desentraliserte høgskolestudier, flere ansatte med videregående opplæring som tar fagskoleutdanning. flere ansatte med høgskoleutdanning som tar videre- og etterutdanning, opplæring/kurs for ansatte som arbeider i omsorgstjenesten.
- *Mal for tema i personalmøter (ID: 2233).* Malen angir at blant annet informasjon om nye/endrede rutinebeskrivelser i Compilo og gjennomgang av *avvik i Compilo i læringsøyemed* skal være faste tema på møtene.
- *Introduksjonsprogram for nytilsatte, Finnsnes omsorgssenter.* Heftet inneholder opplysninger om sykehjemmets organisering, rettigheter, plikter, kvalitetssikring og sjekkliste for nyansatte.
- *Opplæringsplan for nytilsatte ved Finnsnes omsorgssenter, plan 3.* Planen inneholder en sjekkliste for opplæring. Det fremgår av heftet at oppfølgingssamtale skal gjennomføres etter ca. 10 vakter og at det vil bli ny oppfølgingssamtale etter 3 måneder.
- Opplæringshefte; *Velkommen til Rossfjord sykehjem og servicesenter.* Heftet inneholder blant annet informasjon om avdelingen, døgnrytmeplaner, arbeidsoppgaver for de ulike vaktene, sjekkliste for oppfølging/opplæring av den nyansatte samt beskrivelse av tre opplæringsvakter og logg som den nytilsatte skal føre for hver av disse. Det fremgår av heftet at oppfølgingssamtale skal gjennomføres etter ti vakter. Det fremgår av denne at hver avdeling har egne dagsplaner/ukeplaner hvor alle gjøremål skrives, og det fordeles hvem som har hovedansvar for hvilke oppgaver.
- *Sjekkliste – til opplæring av nye sykepleiere,* Rossfjord sykehjem. Det er punktvis listet opp en rekke oppgaver/ansvarsområder som er aktuelle for sykepleierne.
- Rutine/sjekkliste; *Hva gjør jeg som fagarbeider ved akutt sykdom/hendelse hos pasient.* Det er punktvis listet opp hva som skal gjøres ved slike tilfeller.

[54] Det fremgår av rutinen at den har som formål å sikre a*t tildeling av tilskudd til utdanning er i tråd med Kompetanseløftet 2015 og Fylkesmannens kriterier. Tilskuddene skal bidra til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Lenvik kommune får flere voksne helsefagarbeidere, flere ansatte som gjennomfører desentraliserte høgskolestudier, flere ansatte med videregående opplæring som tar fagskoleutdanning. flere ansatte med høgskoleutdanning som tar videre- og etterutdanning, opplæring/kurs for ansatte som arbeider i omsorgstjenesten (blant annet ABC – opplæring), opplæring BPA.*

Ifølge helsefaglig rådgiver skal kommunen utarbeide/revidere ny kompetanseplan når helse- og omsorgsplanen er vedtatt i kommunestyret i 29. juni i år.[55]

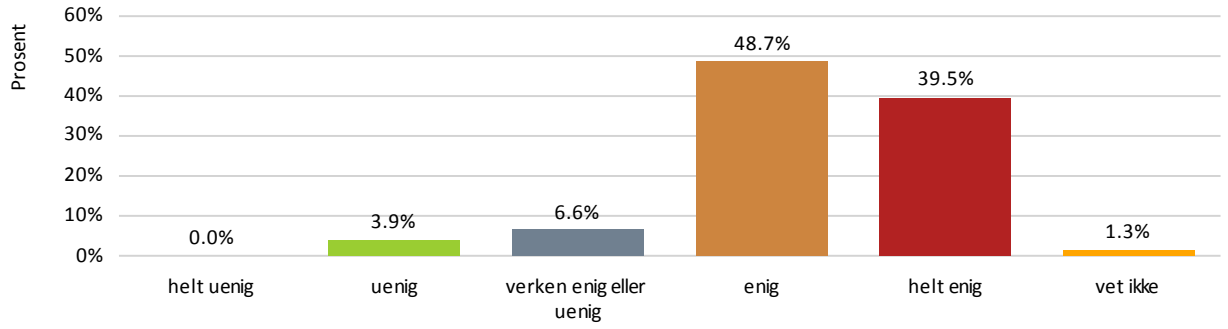
Det følger av spørreundersøkelsesresultatene i diagram 41 og 42 at et stort flertall av ansattrespondentene opplever det som klart hvilket ansvar *og* hvilke oppgaver de selv har. Diagram 43 og 44 viser at det samme gjelder ansattrespondentenes opplevelser av kollegaenes ansvar *og* oppgaver.

Diagram 41. Angi hvor enig du er i følgende påstander om din arbeidssituasjon: "Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar jeg har" n=75



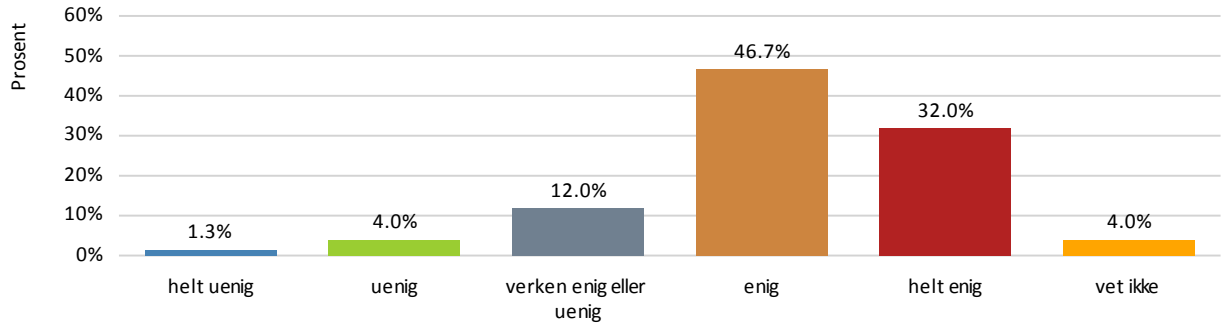
Totalt gj.snitt: 4,31 ≈ *enig*	Laveste: 4,15 (Rossfjord) ≈ *enig*	Høyeste: 4,50 (plan 2 og 4) ≈ *(helt) enig*

Diagram 42. Angi hvor enig du er i følgende påstander om din arbeidssituasjon: "Det er helt tydelig for meg hvilke oppgaver jeg har" n=76



Totalt gj.snitt: 4,25 ≈ *enig*	Laveste: 4,05 (Rossfjord) ≈ *enig*	Høyeste: 4,42 (plan 4) ≈ *enig*

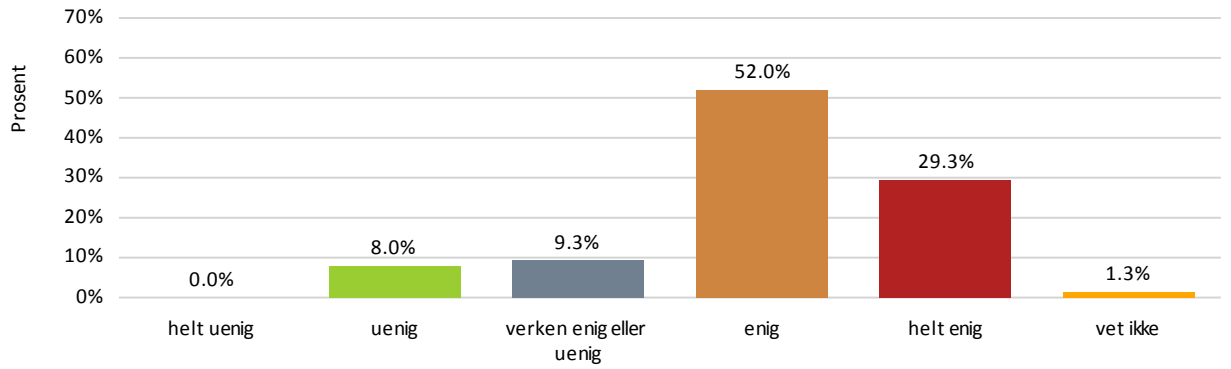
Diagram 43. Angi hvor enig du er i følgende påstander om din arbeidssituasjon: "Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar mine kolleger har" n=75



Totalt gj.snitt: 4,08 ≈ *enig*	Laveste: 3,95 (Rossfjord) ≈ *enig*	Høyeste: 4,25 (plan 4) ≈ *enig*

[55] I Compilo foreligger *Strategisk plan for kompetanseutvikling 2009-2012 (ID 567).* Helsefaglig rådgiver har forelagt for revisor foreløpig utkast per 15.6.17.

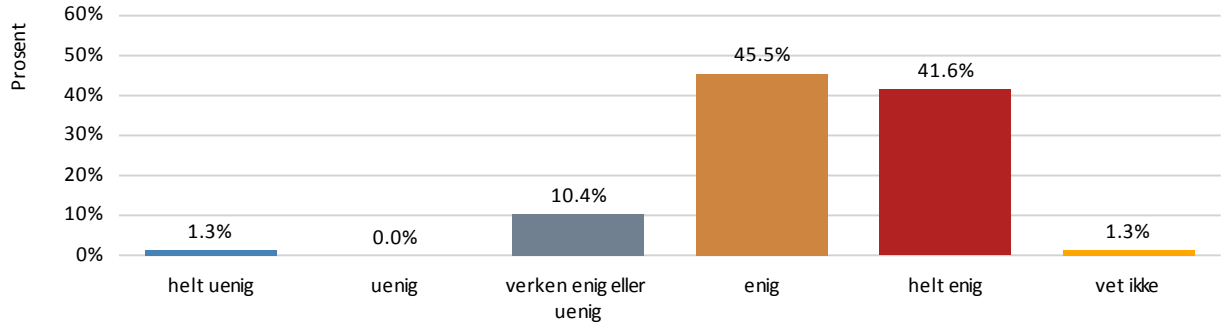
Diagram 44. Angi hvor enig du er i følgende påstander om din arbeidssituasjon: "Det er helt tydelig for meg hvilke oppgaver mine kolleger har" n=75



Totalt gj.snitt: 4,04 ≈ *enig*	Laveste: 3,85 (Rossfjord) ≈ *enig*	Høyeste: 4,17 (plan 2) ≈ *enig*

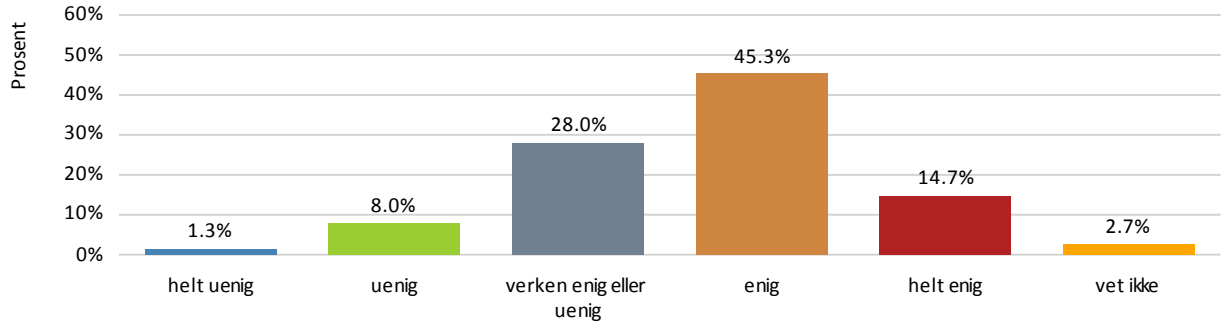
De neste diagrammene gjelder ansattes vurdering av egen og kollegers kompetanse. Diagram 45 viser at majoriteten blant ansattrespondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre egne arbeidsoppgaver, og diagram 46 viser at flertallet også opplever at kollegene har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver.

Diagram 45. Angi hvor enig du er i følgende påstander: "Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre mine arbeidsoppgaver" n=77



Totalt gj.snitt: 4,28 ≈ *enig*	Laveste: 4,09 (plan 3) ≈ *enig*	Høyeste: 4,46 (plan 4) ≈ *enig*

Diagram 46. Angi hvor enig du er i følgende påstander: "Jeg opplever at mine kolleger har tilstrekkelig kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver" n=75



Totalt gj.snitt: 3,66 ≈ *enig*	Laveste: 3,44 (plan 2) ≈ *verken enig eller uenig*	Høyeste: 4,08 (plan 4) ≈ *enig*

I spørreundersøkelsen var det enkelte ansatte som etterlyste mer opplæring; at det er for lite tid til internundervisning, det gis lite tilbud om kurs/forelesning (oppfriskning eller ny kunnskap), eller uttrykte ønske om bedre tilrettelegging for å ha mulighet til å benytte eventuelle tilbud. Andre påpekte at det trengs bedre kompetanse innen psykiatri, demens eller vanskelig adferd, at ikke alle ansatte har nok kunnskap om grunnleggende sykepleie og helsefag, hygiene, sykdom, avvik og kommunikasjon, eller at det er behov for jevnlig opplæring/mer kursing på smertelindring, smertepumpe, HLR og utstyr som ikke brukes så ofte. Enkelte kommenterte at det trengs flere sykepleiere eller at hjelpepleiere - hvis hjelpepleierne fikk mer opplæring/kompetanse - kunne ha hatt flere oppgaver for å avlaste de altfor få sykepleierne.

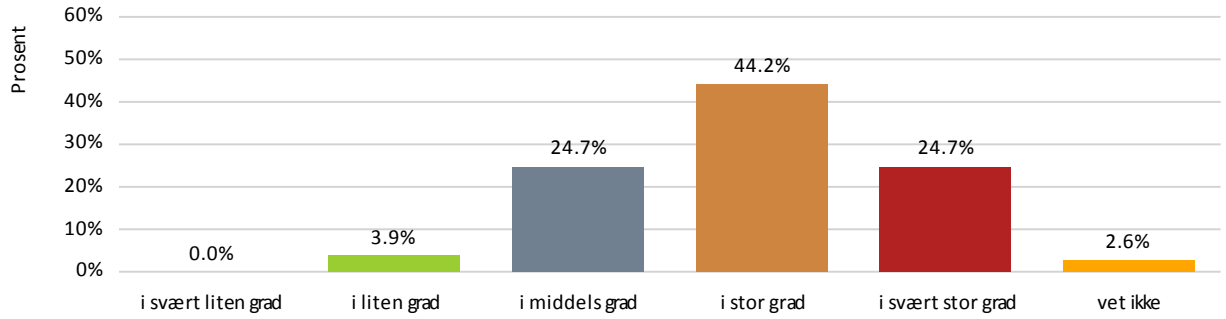
Flere ansatte ga uttrykk for at det brukes en del vikarer som er ufaglærte eller ikke har tilstrekkelig kompetanse/kunnskap. Enkelte kommenterte videre at veiledning av disse går ut over tiden med pasientene eller at dette øker ansvaret for den fast ansatte. Én kommenterte at internundervisning kunne ha vært et aktuelt tiltak for disse.

Ifølge kommunens årsmelding for 2016 deltar flere ansatte på videreutdanning og andre har deltatt på interne faglige kurs. Årsmeldinga angir også at de fleste sykepleierstillingene har vært besatt i 2016, at dette medførte besparelser på overtid og innleie av sykepleiere fra andre virksomheter, og at «en har spart betydelige ressurser ved at det ikke har vært brukt vikar ved fravær av fast ansatte». Videre står det at virksomheten fortsatt sliter med litt høy «turn-over» på sykepleiere, noe som kan indikere mye ansvar og høyt arbeidspress for denne yrkesgruppen grunnet lav bemanningsfaktor.

Tilbakemeldingene fra faglederne viser at de har vakante sykepleierstillinger og at det er vanskelig å rekruttere til disse stillingene. Enkelte kommenterte at de også har vakante helge- eller nattevakt-stillinger. Når det gjelder sykefravær, viser tilbakemeldingene fra faglederne at det varierer, men at det periodevis kan være høyt. Én av faglederne kommenterte at perioder med stort sykefravær er utfordrende og går ut over pasientene fordi man må leie inn vikarer som ikke kjenner pasientene så godt, og at det blir avvik fra rutinene fordi de fast ansatte ikke er på jobb. Alle faglederne svarte at de (stort sett alltid) leier inn vikar ved sykefravær. Enkelte presiserte at dette er nødvendig fordi det er lite å gå på i grunnbemanningen, eller fordi tjenesten ellers ikke ville være faglig forsvarlig.

Diagram 47 viser at flertallet blant ansattrespondentene opplever at avdelingen rutiner som bidrar til å sikre at ansatte gir beboerne tjenester med god kvalitet.

Diagram 47. I hvor stor grad opplever du at avdelingen har rutiner som bidrar til å sikre at ansatte gir beboerne tjenester med god kvalitet?[56] n=77



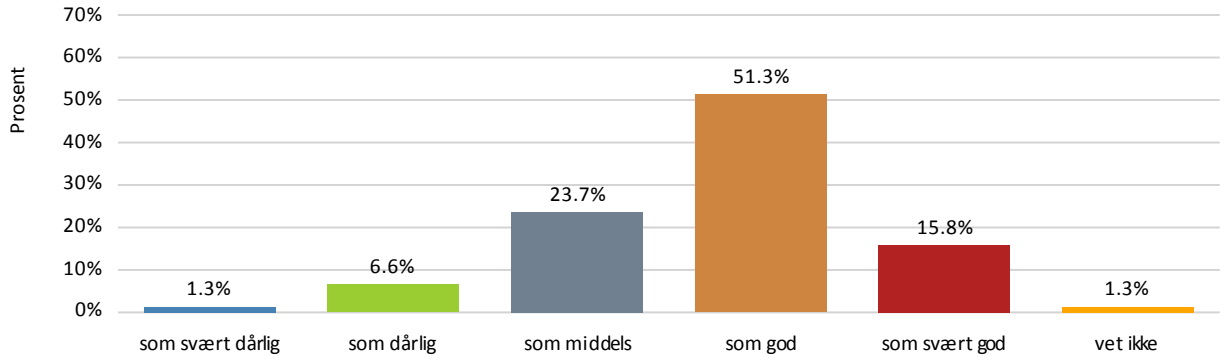
Totalt gj.snitt: 3,88 ≈ *i stor grad*	Laveste: 3,65 (Rossfjord) 3,88 ≈ *i stor grad*	Høyeste: 4,15 (plan 4) 3,88 ≈ *i stor grad*

[56] *Med "rutiner" mener vi i denne sammenhengen både skriftlige prosedyrer/sjekklister og innarbeidet praksis.*

De få ansatte som valgte å kommentere spørsmålet om rutiner, påpekte at rutinene er der, men de blir ikke fulgt opp (pga. manglende tid eller fokus), og at det er fokus på kvalitet i opplæring, men man kommer ikke utenom ansattes holdninger og verdier. Én kommenterte at svært få leser plan og rapport i Profil. En annen pekte på at sykdom/sykemeldinger blant fast personale gjør at rutiner og informasjon forsvinner.

Resultatene i diagram 48 tyder på at flertallet blant ansatte er fornøyd med informasjonsutvekslingen om beboerne innad i personalet.

Diagram 48. Hvordan opplever du informasjonsutvekslingen om beboerne innad i personalet? n=76



Gj.snitt: 3,75 ≈ som god	Laveste: 3,62 (Rossfjord) ≈ som god	Høyeste: 3,84 (plan 2) ≈ som god

Kommentarene fra ansatte gjaldt at det varierer hvor flink personalet er til å bruke Profil som dokumentasjon og informasjon, at alle bør bli flinkere i bruken av Profil, eller at innholdet i pasientjournalene er kortfattet og likelydende. Enkelte kommenterte at mye informasjon går tapt med korte rapporter i plenum og at det er en utfordring å få tid til å oppdatere seg på den enkelte beboer man har ansvaret for på begynnelsen av vakta, når den muntlige rapporteringen ikke er tilstrekkelig. Andre enkeltkommentarer gjaldt at det kan være vanskelig for de ufaglærte pleierne å vite hva man skal se etter og hva som bør rapporteres videre, eller at opplysninger mange ganger stopper opp både innad i personalet og mellom personal og pårørende, og at personalet må bli flinkere til å videreformidle og til å dokumentere i Profil. Enkelte kommenterte at hvis man spør om noe, så får man til svar «les i Profil», eller at noen ansatte ikke gir rapport, og at det da fort kan oppstå misforståelser, f.eks. om en pasient har spist eller ikke.

Revisors vurderinger

Revisor vurderer revisjonskriteriet om å ha system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse, som delvis oppfylt. Kriteriet vurderes som bare delvis oppfylt fordi kommunen ikke kan dokumentere at sykehjemmenes eventuelle kompetansebehov er kartlagt og fordi det ikke foreligger oppdaterte opplæringsplaner for hvordan eventuelt kompetanse-behov skal imøtekommes. Vi bemerker også at resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at en del ansatte opplever forbedringsbehov når det gjelder informasjonsutvekslingen om beboerne innad i personalet.

10 AVDEKKE, RETTE OPP OG FOREBYGGE SVIKT

Revisjonskriterier

Kommunen bør ha system for
- avviksmelding og -håndtering
- å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboer/pårørende
- å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene
- å planlegge risikoreduserende tiltak

Kilder: Veileder IS-1201, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Revisors funn

Lenvik kommune har følgende skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder å avdekke, rette opp og forebygge svikt i (sykehjems)tjenestene:
- *Internkontroll i Lenvik kommune – Brukerkurs Compilo.* I kursmateriellet fremgår det blant annet at internkontrollsystemet/kvalitetssystemet skal brukes til dokumentstyring, avvikshåndtering samt risiko- og sårbarhetsanalyser, og at sistnevnte både gjelder HMS og utøvelsen av tjenestene. Det er forklart hva risiko er, og hva som er forskjellen på avvik og varsling av kritikkverdige forhold. Det er også presisert at dette gjelder mer enn HMS.
- *Internkontrollsystem HMS – flytskjema for avviksbehandling (ID: 302).*
- *Mal for tema i personalmøter (ID: 2233)*. Malen angir hyppighet på møtene og hva som skal være faste tema på møtene; blant annet informasjon om nye/endrede rutinebeskrivelser i Compilo, og gjennomgang av *avvik i Compilo i læringsøyemed, samt kontinuerlig oppfordre til en kultur for avviksregistrering.*
- *Beboer i omsorgsbolig og sykehjem forsvinner (ID:1340).* Formålet med rutinen er at beboer kommer snarest mulig og uskadet til rette. Rutinen angir at det også skal registreres avvik.
- Rutiner som gjelder ansatte og tiltak for å kartlegge og forebygge risiko knyttet til deres arbeidssituasjon, f.eks.: *Forebygging og håndtering av vold og trusler mot ansatte (ID: 318). HMS Grovkartlegging (ID: 2211)*
- VAR – Aktivitet og hvile: *Forebygging av fall*; bl.a. fall i institusjon (generelle og spesielle tiltak) og kartlegging av fallrisiko i institusjon

Når det gjelder melding av avvik, ble disse ifølge virksomhetsleder frem til høsten 2016 registrert på papir. Da Compilo[57] ble innført høsten 2016, ble avviksregistreringen elektronisk. Alle avvik skal meldes via Compilo, og dette systemet er felles for alle ansatte i kommunen.

Avvikssystemet i Compilo er mer detaljert enn de manuelle avviksskjemaene som tidligere ble benyttet, og muliggjør elektronisk uthenting av rapporterer innenfor definerte områder og på detaljnivå. Avvikssystemet er bygd opp med tre hovedkategorier av avvik, hver med et betydelig antall underkategorier. De tre hovedkategoriene er:
- HMS (Hendelser og situasjoner knyttet til helse, miljø og sikkerhet til ansatte)
- Organisasjon/internt (Hendelser og situasjoner knyttet til interne forhold på arbeidsplassen, eks. samarbeid, organisering)
- Tjeneste/brukere (Hendelser og situasjoner som angår tjenestemottagere)[58]

Avvikene kategoriseres også etter alvorlighetsgrad, med gradering lav, middels eller høy.

[57] Jf. beskrivelse i kapittel 4.
[58] Jf. saksfremlegg i sak 17/17 - *Avviksrapportering helse og omsorgstjenesten* - til Utvalg for helse og omsorg.

Helse- og omsorgstjenesten rapporterer om avvik tre ganger per år til politikerne. I 2016 omfattet tertialrapporteringene alle avvik som gjaldt liv og helse. Det fremgår av tabell 6 at de fleste avvikene som ble registrert i 2016, gjaldt medikamenter. Ifølge tertialrapporteringene i 2016 ble ingen av avvikene vurdert som alvorlige.[59]

Etter omlegging til Compilo gjelder tertialrapporteringene for 2017 alle avvik i kategorien *Tjeneste/brukere* og som er gradert med høy alvorlighetsgrad.[60] Revisor gjør derfor oppmerksom på at rapporteringene for 2016 og 2017 ikke er direkte sammenlignbare. De fleste avvikene som ble meldt første tertial 2017, gjaldt medikamenter og *andre avvik*. Tertialrapportene inneholder nærmere informasjon om hva avvikene i de ulike avvikstypene går ut på. Det fremgår av rapporteringen for første tertial 2017 at *andre avvik* gjaldt utagerende pasienter, pasienter som har vært på feil rom eller ute av avdelingen, samhandling mellom pasient og helsepersonell samt for liten personelldekning på vakt.[61]

Tertialrapporteringene er ikke avgrenset til sykehjemstjenestene. Til første tertialrapportering for 2017 var det lagt ved oversikt over alle avvik med høy alvorlighetsgrad, og revisors opptelling viser at rundt 60 prosent av avvikene var meldt av sykehjemmene.

Tabell 6. Avvik helse- og omsorgstjenesten, tertialrapporteringer 2016 2017

Type avvik	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017
Brudd	5 bruddskader	3 bruddskader	2 bruddskader	
Fall				14, hvorav 1 brudd
Medikamenter	13	24	20	21
Samhandlingsavvik	0	0	2	6
Bygningsmessige	5	8	6	7
Andre avvik	4	4	7	25

Kilde: Lenvik kommune

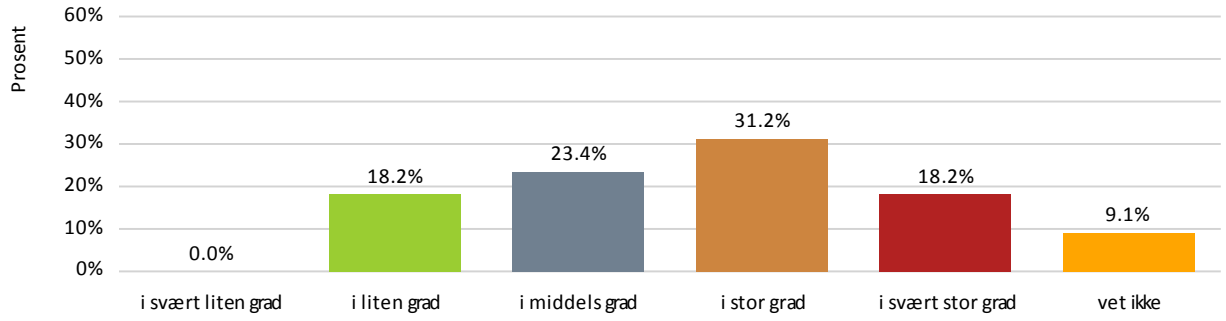
Rådmannen skriver i saksfremlegg til Utvalg for helse og omsorg, sak 25/17, at oversikten fra 2016 er basert på manuelle lister og at det på grunn av bedre rapporteringssystemer er forventet at antall meldte avvik vil øke fra 2016 til 2017. Videre forventes det at antall avvik også vil øke fra første til andre tertial i 2017 grunnet større fokus på og bedre opplæring av personalet i systemet.

I revisjonens spørreundersøkelse fikk de ansatte noen spørsmål vedrørende avvikssystemet og rapportering av avvik. Svarfordelingen i diagram 49 og 50 på neste side indikerer at rundt halvparten av ansattrespondentene *i stor/svært stor grad* opplever avvikssystemet fanger opp eventuell svikt i tjenestene og at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene/forebygge avvik. At relativt mange ansatte har svart *i middels grad* eller med de laveste svaralternativene, indikerer forbedringsbehov.

Gjennomsnittsskårene varierer fra *i middels grad* til *i stor grad* avdelingene imellom når det gjelder spørsmålene i diagram 49 og 50.

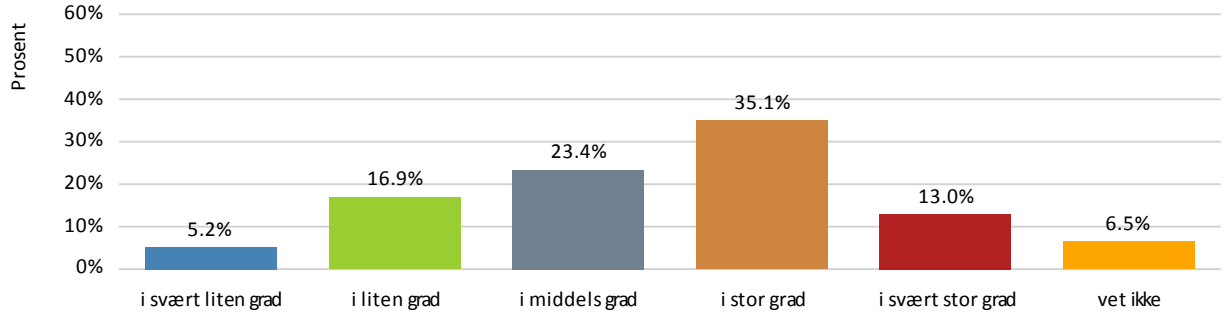
[59] Tertialrapporteringene for 2016 ble behandlet i Utvalg for helse om omsorg i hhv. sak 21/16, sak 31/16 og sak 3/17.
[60] Jf. vedtak i Utvalg for helse om omsorg, sak 17/17.
[61] Rapportering for 1. tertial 2017 ble behandlet i Utvalg for helse om omsorg i 25/17.

Diagram 49. I hvor stor grad opplever du at avvikssystemet fanger opp eventuell svikt i tjenestene til beboerne? n=77



Totalt gj.snitt: 3,54 ≈ i stor grad	Laveste: 3,11 (Rossfjord) ≈ i middels grad	Høyeste: 4,00 (plan 4) ≈ i stor grad

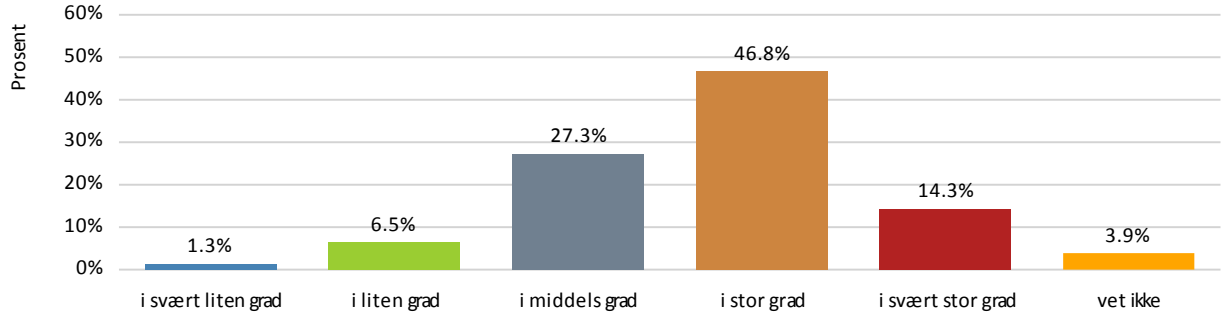
Diagram 50. I hvor stor grad opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forbedre tjenestene/forebygge avvik? n=77



Totalt gj.snitt: 3,36 ≈ i middels grad	Laveste: 2,85 (Rossfjord) ≈ i middels grad	Høyeste: 4,00 (plan 4) ≈ i stor grad

Diagram 51 indikerer at flertallet blant ansattrespondentene opplever at det er fokus på forebygging av avvik i tjenestene til beboerne ved avdelingen. Gjennomsnittsskårene varierer fra *i middels grad* til *i stor grad* avdelingene imellom.

Diagram 51. I hvor stor grad opplever du at det ved din arbeidsplass er fokus på forebygging av avvik i tjenestene til beboerne? n=77



Totalt gj.snitt: 3,69 ≈ i stor grad	Laveste: 3,43 (Rossfjord) ≈ i middels grad	Høyeste: 4,08 (plan 4) ≈ i stor grad

Enkelte ansatte ved plan 2, 4 og Rossfjord sykehjem kommenterte spørsmålene vedrørende avvik. De kommenterte at avvik skrives men lukkes raskt uten oppfølging, at det er (svært) mange avvik som ikke meldes fordi ansatte opplever at de ikke blir hørt/det skjer lite eller ingenting/det gjør ingen forskjell. Enkelte presiserte at noen avvik løses med en gang, men at økonomi, ressurser og tekniske løsninger gjør det vanskelig å løse alle avvik. Enkelte andre kommenterte at det ikke gis tilbakemelding når avvik meldes.

Sykehjemsledelsen påpekte at det er stadig fokus på melding av avvik, blant annet ved at avvik tas opp på personalmøter. Én fagleder kommenterte at ved avvik som har gjentatt seg, har hun også skrevet ut avviket på papir og bedt personalet signere for at det har vært lest – for å sikre at hun når ut til alle. I Compilo skal det være mulig for den ansatte som har meldt avviket, å følge opp status i saken. Informasjon revisor har fått i møte med fagledere, tyder på at dette i varierende grad er kjent blant de ansatte.

Vi viser til kapittel 6 for informasjon om hvorvidt ansatte opplever at beboere/pårørende er kjent med muligheten til å klage og hvorvidt sykehjemmet tar eventuelle klager på alvor. Ifølge kommunens årsmelding for 2016 var det ingen klagesaker i tjenesten det året. Med unntak av klager på lite frukt ved én avdeling, har ikke faglederne så langt i år opplevd å motta klager fra beboere og/eller pårørende. Én fagleder svarte at klager fra beboere/pårørende registreres i Profil og/eller Compilo, mens to andre svarte at klager kun registreres i Profil.

Kommunens nettsted *(lenvik.kommune.no*) inneholder informasjon om klageadgang og fremgangsmåte for klage samt elektronisk klageskjema. Det fremgår at man kan klage på enkeltvedtak og kommunal tjeneste, og at klager på kommunal tjeneste eventuelt kan fremsettes anonymt. Klager som gjelder enkeltvedtak om botilbud i sykehjem behandles av Tildelingsenheten, mens klager som gjelder innholdet i tjenesten, behandles av den som er ansvarlig for tjenesten[62].

Revisors vurderinger

På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen oppfyller revisjonskriteriet om å ha system for avviksmelding og -håndtering. Revisor vurderer at kommunen har forbedret sitt arbeid på området ved innføring av elektronisk avvikssystem. Vi forutsetter at ansattes kjennskap til og bruk av systemet styrkes etter hvert som systemet har vært i bruk over tid.

Vi vurderer kriteriet om at kommunen bør ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboere/pårørende som i hovedsak oppfylt. Kriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt fordi det ikke fremgår av rutinebeskrivelser hva ansatte skal gjøre hvis de blir kontaktet av tjenestemottaker/ pårørende som ønsker å klage på innholdet i tjenesten, og fordi funn i kapittel 6 indikerer at relativt mange ansatte er usikre på hvorvidt beboere/pårørende er kjent med klagemuligheten. Tilbakemeldinger fra fagledere tyder også på noe ulik praksis med hensyn til om klagene skal registreres i Compilo og/eller i Profil.

Revisor vurderer at kommunen ikke oppfyller kriteriet om å ha system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene. I kommunenes kursmateriell til brukere av det nye kvalitets-/avvikssystemet Compilo er det poengtert at risiko- og sårbarhetsanalyser gjelder både HMS og utøvelsen av tjenestene, men rutinene og analysene som kommunen har gjort så langt, omhandler bare ansattes arbeidssituasjon/HMS.

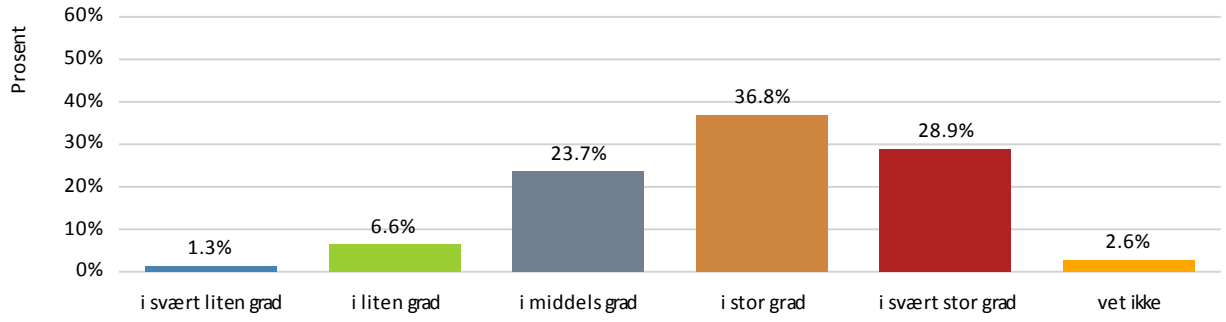
Revisjonskriteriet om å ha system for å planlegge risikoreduserende tiltak, vurderes i liten grad som oppfylt; det foreligger enkelte rutiner til bruk hvis beboer forsvinner og for forebygging av fall, men risikoreduserende tiltak planlegges ikke ut fra en samlet risiko- og sårbarhetsvurdering.

[62] Det er den enkelte fagleder som mottar/behandler klager fra pasienter/pårørende på innholdet i tjenesten. Fagleder videresender til virksomhetsleder dersom det er behov.

11 OPPLEVELSER AV SAMLET KVALITET I TJENESTENE

Resultatene fra revisjonens spørreundersøkelse indikerer at flertallet blant de ansatte ved sykehjemmene opplever at avdelingene har fokus på kvalitet i tjenestene til beboerne, jf. diagram 52. At en relativt stor andel av ansattrespondentene brukte svaralternativet *i middels grad* og enkelte de to laveste svaralternativene, kan tolkes som at det er behov for ytterligere innsats på området.

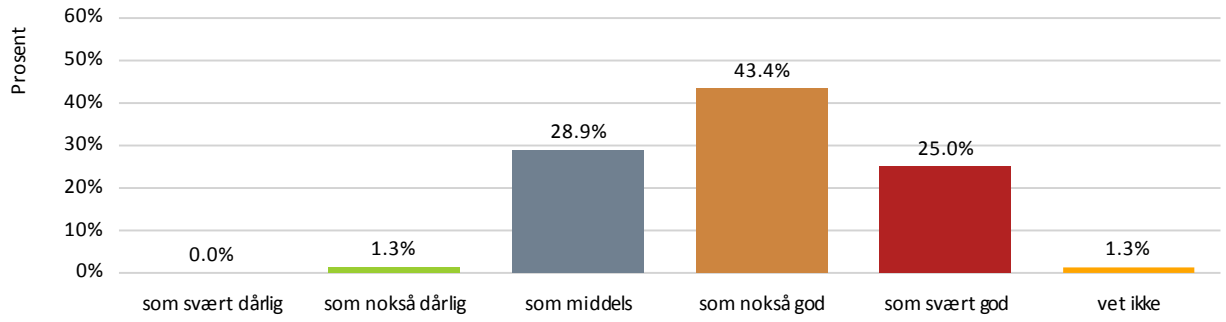
Diagram 52. I hvor stor grad opplever du at avdelingen har fokus på kvalitet i tjenestene til beboerne?[63] n=77



Totalt gj.snitt: 3,92 ≈ i stor grad	Laveste: 3,60 (Rossfjord) ≈ i stor grad	Høyeste: 4,33 (plan 4) ≈ i stor grad

Diagram 53 indikerer at de fleste ansattrespondentene totalt sett opplever kvaliteten på tjenestene til beboerne som god, men også her ser vi at en relativt stor andel svarte at de opplever kvaliteten *som middels.*

53. Hvordan opplever du totalt sett kvaliteten på tjenestene til beboerne ved avdelingen? n=76



Totalt gj.snitt: 3,93 ≈ som (nokså) god	Laveste: 3,75 (Rossfjord) ≈ som (nokså) god	Høyeste: 4,23 (plan 4) ≈ som (nokså) god

Ved Rossfjord sykehjem uttrykte relativt mange ansatte behov for flere stillinger eller kommenterte at de er mindre personal på jobb enn tidligere, at de har blitt pålagt flere oppgaver (etter nedskjæringer på kontor og nedleggelse av kjøkken), og/eller de opplyste å ha fått større ansvarsområde og mer å følge med på. Oppgaver som ble nevnt, og som tidligere ble ivaretatt av andre, er støvtørking på beboernes rom, vasking av beboernes klesskap, vasking kjøkkeninnredning, kjøleskap, matbestilling, ta imot/sortere varer og fylle opp lager og bad, tilberede middag og andre måltid, drifte kjøkkenet, oppvask, ta telefoner, ta imot beskjeder, gi generell informasjon. Enkelte

[63] Veiledningstekst: *Med "rutiner" mener vi i denne sammenhengen både skriftlige prosedyrer/sjekklister og innarbeidet praksis.*

konkretiserte dette med å vise til at de er kun to pleiere på ti beboere, og at flere timer «går bort» til kjøkkenoppgaver. Annet eksempel som ble nevnt, er at det faller mye ansvar (og tidsbruk) på den som i tillegg har medisinansvar, spesielt i helgene når en har vakt sammen med kollega som er ufaglært. Ansatte kommenterte at «tilleggsoppgavene» har gått ut over kontakten med beboerne; ansatte har (svært) liten tid til å sette seg ned og snakke med beboerne (den tiden man snakker mest med dem er under morgen-/kveldstell), og ansatte har ikke tid til å ta beboerne med ut/utføre trivselstiltak. Enkelte ansatte påpekte likevel at ansatte strekker seg slik at kvaliteten blir god, selv med lite bemanning, og at de tar seg godt av beboerne.

Også ved Finnsnes omsorgssenter var det en del ansatte som kommenterte at tiden ikke strekker til og/eller at grunnbemanningen er for lav. Flere kommenterte at det er for lite tid til å se den enkelte, til å sette seg ned sammen med beboerne, til aktivisering/turer ut, og at sosiale, medmenneskelige og åndelige behov ikke blir dekket pga. mangel på tid. At mating tar lang tid, ble også kommentert av flere. Det ble for eksempel kommentert at bemanningen er satt ut ifra antall pasienter og ikke ut fra den enkelte pasients behov for tjenester, at det kan ta opptil 30 minutter å mate en pasient, og siden flere pasienter må mates til hvert måltid, så tar dette totalt mange timer. Noen presiserte at grunnleggende stell og pleie fungerer bra/tilfredsstillende, at pasientene får (svært) god omsorg, at personalet er dyktige og har fokus på pasientene, og at det er fast personale på avdelingen som kjenner pasientene og deres behov godt.

Disse kommentarene gjenspeiles langt på vei i diagrammer som vi har presentert underveis i rapporten, som viser at ansatte gjennomsnittlig

- *i stor grad* opplever å få utført oppgaver som gjelder beboernes behov for mat/drikke/ernæring og personlig hygiene på tilfredsstillende måte (diagram 5 og 10)
- *i middels grad* opplever at de får utført rydding og renhold på beboernes rom på tilfredsstillende måte (diagram 20)
- *i liten grad* opplever å få utført oppgaver knyttet til trivselstiltak/aktivisering av beboerne på tilfredsstillende måte (diagram 23)

Sykehjemsledelsen bekreftet at det har blitt økt trykk på de ansatte, og at dette gjør at de drifter på – og til tider under – forsvarlighetsgrensa. Som tidligere nevnt kommenterte sykehjemsledelsen at begge sykehjemmene har vært gjennom større endringer de senere årene, noe som også har påvirket kjøkkentjenesten. Rossfjord sykehjem hadde eget kjøkken fram til 2014, og sykehjemsledelsen ser ikke bort fra at resultatene fra spørreundersøkelsen kan være påvirket av denne nedleggelsen. Da Finnsnes omsorgssenter ble tatt i bruk i 2011, så fikk sykehjemmet ikke tilstrekkelig kompensert for økning i antall beboere og flere oppgaver. I tillegg til eksempler på «tilleggsoppgaver» som allerede er nevnt (blant annet oppgaver knyttet til mat/kjøkken), så nevnte sykehjemsledelsen at skifting av gardiner og enkle vaktmestertjenester som tidligere ble gjort av assistenter og vaktmester, nå må gjøres av pleiepersonalet.

I kommunens brukerundersøkelser ble pårørende og beboere bedt om å gjøre en helhetsvurdering av sykehjemmet. Pårørenderespondentene virker jevnt over å være fornøyde med «sitt» sykehjem, men svarene fra enkelte respondenter ved Finnsnes omsorgssenter viser at de ikke er helt fornøyde. Alle de 15 beboerne som ble intervjuet, svarte at de får den hjelpen de har behov for *og* at de alt i alt er fornøyde med sykehjemmet.

12 HØRING

Revisjonen sendte rapportutkastet på høring til Lenvik kommune v/rådmannen 23. juni 2017, med tilbakemeldingsfrist 5. juli 2017. Svar kom 4. juli, og rådmannen hadde ingen kommentarer til høringsutkastet.

13 ANBEFALING

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjon anbefaler vi Lenvik kommune å videreutvikle systemet som skal bidra til å sikre kvalitet i sykehjemstjenestene. I forbindelse med dette arbeidet anbefales kommunen å se hen til resultatene fra spørre-/brukerundersøkelsene, spesielt de områdene der resultatene indikerer rom for forbedring.

14 REFERANSER

Lover, forskrifter, sentrale veiledere

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- Lov av 2. juli 1990 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig alderdom (Verdighetsgarantien)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (IS-120, Sosial- og helsedirektoratet, 2004)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)

Lenvik kommune

- Fellesprosedyrer/retningslinjer/planer o.l. i Compilo
- Lokale retningslinjer/sjekklister mv. fra fagledere sykehjem
- Årsmelding 2016
- www.lenvik.kommune.no

Alle diagrammer/tabeller hvor ikke annet er angitt: *KomRev NORD/QuestBack*

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Skjema: Beboere i sykehjem/omsorgsboliger med heldøgnstjeneste – FORENKLET UTGAVE[64]

INFORMASJON TIL UNDERSØKELSEN
Nedenfor har vi satt opp en del påstander om hva du synes om tjenesten du får.

Du skal gjøre en vurdering av tjenesten og si om du er fornøyd (ja) eller misfornøyd (nei). Vi setter kryss i den ruta du mener stemmer best med din oppfatning.

Dersom du ikke vet hva du skal svare eller at påstandene ikke passer for deg, krysser vi av på svaralternativet «*Vet ikke*»

BAKGRUNNSSPØRSMÅL
Først ønsker vi at du svarer på noen bakgrunnsspørsmål.

Hvor gammel er du?	Kjønn
Under 67 år 67-79 år 80-89 år Over 90 år	Kvinne Mann

RESULTAT FOR BEBOEREN

1. Jeg får den hjelpen jeg har behov for
2. Jeg er fornøyd med maten jeg får
3. Jeg benytter meg av aktivitetstilbudet

TRIVSEL

4. Jeg trives på rommet/i leiligheten
5. Jeg trives sammen med de ansatte

BRUKERMEDVIRKNING

6. Jeg blir hørt når jeg gir uttrykk for hvordan jeg vil ha det

RESPEKTFULL BEHANDLING

7. De ansatte behandler meg med respekt

[64] KS – Faglig veileder for brukerundersøkelser pleie- og omsorgstjenestene

TILGJENGELIGHET

8. Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det.

INFORMASJON

9. De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem

GENERELT

10. Alt i alt, jeg er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen der jeg bor

Har du noen andre kommentarer til kvaliteten i tjenesten?
Ikke skriv kommentarer her som gjør at andre kan forstå at det er du som har svart. Skriv heller ikke noe som andre kan oppleve som sårende.

Jeg samtykker til at min kommentar kan benyttes i offentlig rapport og/eller internt utviklingsarbeid.

☐ Ja

☐ Nei

Takk for hjelpen!

Vedlegg 2 - Skjema: Pårørende til beboere i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnstjeneste[65]

INFORMASJON TIL UNDERSØKELSEN
Nedenfor har vi satt opp en del spørsmål om hva du synes om tjenesten beboeren på sykehjem/omsorgsbolig får.

Du skal gjøre en vurdering av tjenesten på skala fra 1 (er svært liten grad) til 6 (er svært stor grad). Sett kryss i den ruta du mener stemmer best med din oppfatning.

Dersom du ikke vet hva du skal svare eller at spørsmålene ikke passer for deg, kan du krysse av på svaralternativet «*Vet ikke*»

BAKGRUNNSSPØRSMÅL
Først ønsker vi at du svarer på noen bakgrunnsspørsmål

Slektsmessig tilknytning
Jeg er ektefelle/samboer til beboer
Jeg er barn av beboer
Annen tilknytning

RESULTAT FOR BEBOEREN I hvor stor grad er du fornøyd med:

1. Med maten som serveres beboeren?
2. Den sosiale rammen rundt beboerens måltid?
3. Tilbudet om matservering til beboeren på kveld/natt?
4. Hjelpen beboeren får til personlig hygiene?
5. Muligheten beboeren har til privatliv?
6. Muligheten beboeren har til å komme ut i frisk luft?
7. Legehjelpen beboeren får når det er behov for det?
8. Fysioterapitjenesten beboeren får når det er behov for det?
9. Beboerens mulighet til å komme til tannlege?
10. Smertelindringen beboeren får når det er behov for det?
11. Beboerens deltakelse i aktiviteter?
12. Det kultur/underholdningstilbudet som blir tilbudt beboeren?

TRIVSEL I hvor stor grad opplever du at:

13. Beboeren føler seg trygg?
14. Baderommet er tilrettelagt for beboeren?
15. Beboeren trives sammen med de ansatte?
16. Beboeren trives sammen med de andre beboerne?
17. Beboeren trives på rommet/i leiligheten?

[65] KS – Faglig veileder for brukerundersøkelser pleie- og omsorgstjenestene

BRUKERMEDVIRKNING I hvor stor grad opplever du at:

18. Beboeren får stå opp når han/hun vil?
19. Beboeren får legge seg når han/hun vil?
20. Det legges til rette for beboeren slik at han/hun får spise når han/hun ønsker?
21. Beboeren får være med når det utarbeides planer (som for eksempel pleieplan, tiltaksplan, individuell plan) som tjenesten planlegger for ham/henne?
22. Du er med når det utarbeides planer som angår beboeren. (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan)

Planlagt samtale med pleiepersonale

23. Har du det siste året hatt en planlagt samtale med pleiepersonale om tjenestetilbudet til beboeren?

Hvis du har svart ja,

24. I hvor stor grad opplevde du at samtalen var nyttig for deg som pårørende?

RESPEKTFULL BEHANDLING I hvor stor grad opplever du at:

25. De ansatte behandler beboeren med respekt?
26. Beboeren opplever at hans/hennes verdighet blir ivaretatt?
27. De ansatte hører på beboeren hvis det er noe å klage på?

TILGJENGELIGHET I hvor stor grad opplever du at:

28. Beboeren fikk plass sykehjemmet/omsorgsboligen da han/hun trengte det?
29. Beboeren er trygg på at de ansatte kommer når han/hun trenger det?
30. Beboeren vet hvem som er hans/hennes kontaktperson?
31. Beboeren har mulighet til å snakke med pleiepersonalet?
32. Beboeren har mulighet til å snakke med noen om det som er viktig for ham/henne?

INFORMASJON I hvor stor grad opplever du at:

33. Beboeren får god informasjon om tjenesten han/hun får?
34. Beboeren får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud
35. De ansatte snakker klart og tydelig med beboeren?
36. Beboeren er kjent med muligheten til å klage når han/hun har behov for det?

GENERELT

Til slutt vil vi stille deg et generelt spørsmål om hvordan du opplever sykehjemmet der beboeren bor:

37. Alt i alt, opplever du at beboeren er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen?

Har du noen andre kommentarer til kvaliteten i tjenesten?
Ikke skriv kommentarer her som gjør at andre kan forstå at det er du som har svart.
Skriv heller ikke noe som andre kan oppleve som sårende.

Jeg samtykker til at min kommentar kan benyttes i offentlig rapport og/eller internt utviklingsarbeid.

☐ Ja

☐ Nei

Takk for hjelpen!

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

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

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontor i Tromsø, Narvik, Sortland, Finnsnes, Storslett og Sjøvegan.

Vi har 36 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 ni medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Pedagogikk
- Samfunnsplanlegging
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjonsprosjekter i Lenvik kommune:

Personalforvaltning i pleie og omsorg – uønsket deltid	*2016*
Offentlige anskaffelser	*2014/2015*
Forvaltning, drift og vedlikehold	*2013*
Barnevern – oppfølging av forvaltningsrevisjon 2010	*2013*
Byggesaksbehandling og tilsyn	*2013*
Samordning av rus- og psykiatritjenesten	*2012*
Kommunens rolle i Kunnskapsparken Finnsnes AS	*2010*
Forebyggende arbeid og saksbehandling i barneverntjenesten	*2010*
Selvkost Senja Avfall IKS,	*2009*
Offentlige anskaffelser	*2009*
Arbeidsmiljø, sykefravær og skader i pleie- og omsorgstjenesten	*2008*
Spesialundervisning i grunnskolen	*2007*
Forvaltning, drift og vedlikehold	*2006*