



Møteinnkalling

Utvalg: Nordreisa helse- og omsorgsutvalg
Møtested: Kulturscene, Haldi
Dato: 26.04.2021
Tidspunkt: 09:00

Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 17/21	Drift av Sonjatun sykehjem		2019/919



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
17/21	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	26.04.2021

Drift av Sonjatun sykehjem

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Uforsvarlig drift av sykehjem - Bekymringsmelding
- 2 klage ang sykehjemmet
- 3 1Nordreisa dokument[3074] (1)
- 4 Sak til kommunestyremøte 6.5.21 forvaltningsrevisjon - kvalitet i sykehjemmet

Kommunedirektørens innstilling

1. Inntil videre økes standard bemanning ved Sonjatun sykehjem fra 6 til 8 ansatte på dagvakt alle 7 ukedager. Av de 8 ansatte skal det være minimum 2 sykepleiere. Virksomhetsleder kommer i tillegg.
2. Sonjatun sykehjem driftes med 20 langtidsplasser fordelt med 10 plasser på avdeling Øst og 10 plasser på avdeling Vest.
3. Det etableres 2 delt sykepleieturnus med dag og aften vakter ved Sonjatun Sykehjem. Det opprettes 1 ambulerende nattsykepleier med base på legevakten alle ukens netter, og dette tilsvarer 1,87 årsverk. Legevaktfunksjonen flyttes fra sykestua til ambulerende nattsykepleier. Vedtak i sak nr. PS 37/20 i Helse- og Omsorgsutvalgets møte 13.10.20 (Flytting nattevaktstilling 53,52 % sykepleier fra sykehjemmet til sykestua) utgår.
4. Det opprettes en vikarpool for Helse- og omsorgssektoren, med tilhørende 90 % stilling som koordinator. Eksisterende 40 % hjelpepleier 1 ressurs ved Sonjatun sykehjem legges inn i denne stillingen. Resterende 50 % stillingsressurs etableres med nye budsjettmidler. Vikarpoolen skal bidra til dekning av bemanningsbehov ved fravær og ved ekstraordinære driftssituasjoner i virksomhetene. Samtidig vil man på denne måten sørge for at flere deltidsansatte får tilbud om hele stillinger. Vikarpoolen vil bestå av både faste ansatte og engasjementsstillinger, basert på bemanningsbehovet i sektoren.
5. Merkostnader i 2021 på 1.280.000 kroner ved forslåtte tiltak søkes finansiert ved at kommunestyret tildeler økt budsjetttramme til helse- og omsorgssektoren.

Saksopplysninger

Sammendrag

Kvaliteten ved sykehjemstjenestene i Nordreisa har vært tema over mange år. Kommunerevisjonen gjennomførte i 2019 forvaltningsrevisjon av sykehjemmene våre, og forvaltningsrevisjonsrapporten ble behandlet i kommunestyret i desember -19. Kontrollutvalget har senere behandlet oppfølgingen av rapporten i flere møter, og utvalgets siste vedtak fra mars 2021 legges fram for kommunestyrets møte 06.05.21 i særskilt sak.

Samtidig med dette har nå tilsynslegen ved Sonjatun sykehjem i brev av 29.03.21 varslet om utilfredsstillende forhold ved Sonjatun sykehjem. Tilsynslegen varsel er basert på egne observasjoner og rapport fra sykepleier.

I tillegg har flere sykepleiere og tidligere tilsynslege i juni 2019 rapportert om behov for forbedringer ved Sonjatun sykehjem.

Kommunens administrative ledelse har 19.04.21 drøftet saken med ordfører og hovedutvalgsleder, og vi ble enig om å innkalle helse- og omsorgsutvalget til møte 26.04.21 for å drøfte saken. Videre har vi den siste uken avholdt flere møter med tilsynslegen og kommuneoverlegen hvor vi har drøftet behovet for umiddelbare forbedringstiltak.

I møte med tilsynslegen 23.04.21 har vi i fellesskap utarbeidet forslag til tiltak som skal sikre forbedring av driften ved Sonjatun sykehjem på kort og lang sikt. Forslagene samlet sett betyr at helse- og omsorgssektoren må få styrket budsjetttrammen for 2021 med 1.280.000 kroner.

Sonjatun sykehjem



Organisering: 2 avdelinger, Øst og Vest.



Personell: 21,97 årsverk + Virksomhetsleder. I turnus: 21,2 årsverk. Fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere, fagarbeidere, vernepleier og assistenter. Avdelingen har virksomhetsleder, hjelpepleier 1, og fagansvarlig sykepleier. 12 er 100 % stillinger.



Beboere: 21 beboere, 20 langtidsplasser og 1 korttidsplass



Budsjett 2021: 13 457 763 kr.



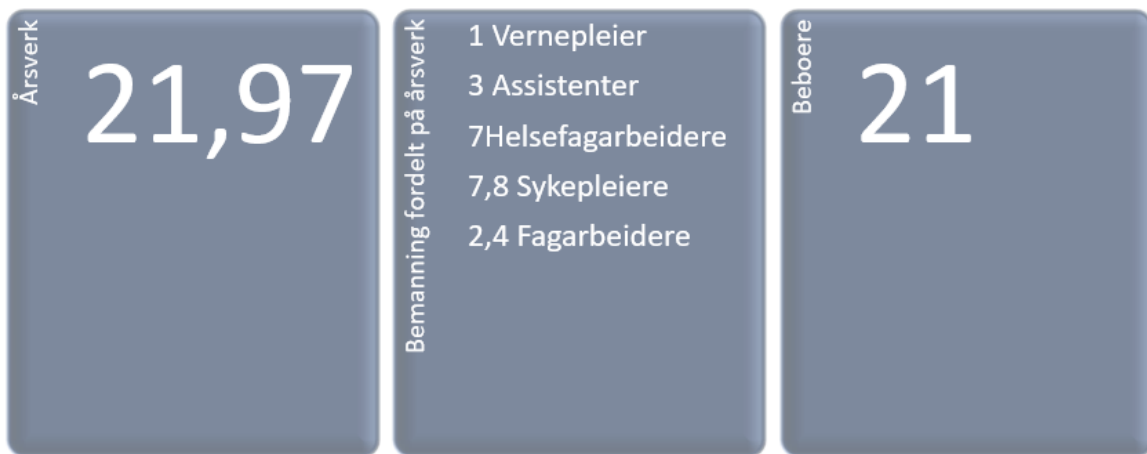
Relevante Kostra tall: Nordreisa ligger høyt over landsgjennomsnittet i antall legetimer pr. beboer i sykehjem, antall sykepleiere, helsefagarbeidere og antall årsverk i Helse og Omsorg pr. innbygger.



Sykefravær: Totalt sykefravær for 2020 var 10,65 %. 2021 mars: 8,63 %



Avvik: Antall i KF I 2020 var 62. Fra 01.01.21-22.04.21, 94 avvik.



Antall sykehjemsplasser og bemanningsplan

Det er totalt 21 plasser, fordelt på 2 avdelinger ved Sonjatun Sykehjem, 20 av disse er faste plasser og 1 er korttids / avlastnings plass. Det er kun enkelt rom. Disponible årsverk er 21.97, nåværende turnus 21,2, med 26 personer i faste stillinger alt fra 22.22 % til 100 %. På alle dagvakter er det 6 pleiere i avdelingen, derav sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Mandag, tirsdag og onsdag er det en sykepleier som har ansvars vakt på dag, det er da 7 på jobb. Aftenvakt fredag, dag og aften lørdag og søndag er det 5 pleiere på hvorav 1 sykepleier, og resterende helsefagarbeidere og assistenter. På natt er det to pleiere, en av disse er sykepleier. Ansvarssykepleier har oversikt over pasientenes pleiebehov og tiltak, og har et særlig ansvar for å forberede visitt og gjennomføre den sammen med tilsynslege, iverksette eventuelle tiltak etter visitt, dokumentere og rapportere til annet personell og bestille medisiner og annet forbruksvarer.

Under fordelingen av sykepleiere i dagens turnus.

Dagvakter	107	3	3	3	3	3	1	4	4	4	2	2	1	1	2	3	5	3	4	1	1	3	2	4	3	4	1	1	3	4	5	1	2	1	1	1	3	4	6	3	1	1	1	
Aftenvakter	63	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
Nattvakter	42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Den viktigste grunnen til avvik i turnus mellom planlagt og faktisk bemanning er fravær av faste ansatte, med påfølgende utfordringer med å få tak i aktuelt personell på kort varsel.

Stillinger

Sykepleiere	6stk 100%	Assistent	1stk 45,07%
Vakant sykepleier	1stk 100%		1stk 37,80%
Sykepleier natt	1stk 84,73%		1stk 35,10%
Helsefagarbeider	2stk 100%		1stk 33,10%
Hjelpepleier 1	1stk 90%		1stk 22,76%
	1stk 79,10%	Natt	1stk 30,06%
	1stk 76,06%		
	1stk 56,34%		
	1stk 53,04%		
	1stk 50,00%		
Natt	1stk 75,83%		
Natt	1stk 68,79%		
Fagarbeider	1stk 100%		
	1stk 37,44%		

Rapportering av avvik

Avvik som observeres av ansatte og ledere skal rapporteres i våre avvikssystem, henholdsvis *Profil* (pasientbasert system) og *KF Avvik* (generelt avvikssystem).

KF Avvik

Totalt 94 avvik i 2021

Innmeldte avvik fra 22.03.21 - 22.04.21 utgjør samlet 57.

Avvik gruppert på avvikstype ^②

Utvikling over tid

HMS - Interne krav og rutiner som ikke blir fulgt	1
HMS - Personfall/personskade	1
Ingen	0
Sykehjem - Avvik fra behandlingsprosedyre	18
Sykehjem - Brudd på AML overtid/ekstra vakter	2
Sykehjem - Bruk av tvang (der det ikke foreligger vedtak)	1
Sykehjem - Feilernæring	1
Sykehjem - Mangelfull opplæring ansatte	17
Sykehjem - Medisinering/medikamenthåndtering	7
Sykehjem - Personalmangel	20
Sykehjem - Teknisk utstyr fungerer ikke/mangel på utstyr	11
Sykehjem - Trykksår	4
Sykehjem - Voldstilfeller fra pasienter ovenfor ansatte/andre pasienter	3

Profil

I Profil er det i perioden 01.01.21- 22.04.21 innmeldt 84 avvik.

Kostra (KommuneStatRapportering)-oversikt

Et utdrag av Kostra tall (tabell 1) viser at Nordreisa har gode forutsetninger med en høy andel sykepleiere og annet fagpersonell, samt høy legedekning i sykehjem.

Tabell 1.

	Nordreisa 2020	Landet uten Oslo
Kvalitet		
Helsefagarbeider Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	56,05	46,43
Hjelpepleier Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	85,26	42,24
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	0,91	0,60
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (B)	0,02	0,01
Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	81,09	48,03
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	436,8	315,3

Tiltak

Det er utformet en handlingsplan (tabell 2) som innebærer kontinuerlig arbeid ved Sonjatun sykehjem og en liste med strakstiltak. Tidligere gjennomførte tiltak ved Sonjatun sykehjem er eksempelvis økt lønn til sykepleier for å beholde og rekruttere, samarbeid med IA rådgiver og arbeidslivssenter psykolog, Nedduk, IBedrift og individuelle tiltak.

I 2020 ble det også økt med antall pleiere fra 5 til 6 på dag I helg og etablert sykepleier på natt. Fra og med januar 2021 ble det som følge av omorganisering ansatt ny virksomhetsleder ved Sonjatun Sykehjem.

Tabell 2. Handlingsplan

Tiltak	Mål	Gjennomføring	Ansvarlig
Tilstedeværende leder	-Faglig støtte og veiledning. -God ivaretagelse av drift. -Oppgaveorientering. -Struktur og organisering i dagen på avdelingen.	-Leder og Hjelpepleier 1 benytter kontor i avdelingen. Fokus på støttende og relasjonell ledelse. -Oppgavene for dagen gjennomgås og fordeles. Eks. Skyllerom, kjøkken, lager. -Tilse hensiktsmessig pauseavvikling. Matpause avvikles i to puljer mellom 10:45 og 11:45. Avbrekk i dagen utover lunsj skjer i stue sammen med beboere.	Virksomhetsleder Virksomhetsleder og alle ansatte
Ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov	-Helhetlig omsorg og pleie. -Kunnskap om den enkeltes behov og vaner rundt personlig hygiene, matsituasjon og pleiebehov.	-Gjennomgang av eksisterende hovedkontakter og ansvarskontakt for den enkelte beboer. -Oppdatere kartlegging og individuell oppfølgingsplan for den enkelte. -Belyse den enkeltes behov og vaner rundt personlig hygiene, matsituasjon og pleiebehov. -Fokus på samhandling beboer og pleier/ nettverk. -Legge til rette for god oppfølging og benyttelse av elever i avdelingen. Planlagt at de kan få anledning til å være frokostverter når de er der på mandager. 2 stk. Søkt om midler til ungdom som frokostverter i helg og ferie. -Språkelev er til stede på fredager. Får opplæring og trening ift. frokostservering. -Søkt om midler til å kjøpe komp ift. forebygging av ensomhet. -Søkt om midler til forlengelse av besøksvert.	Virksomhetsleder, sykepleier, helsefagarbeider
Bemanning	-Alle beboere skal få nødvendig hjelp til rett tid. -Sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse.	-Jobbanalyse -Vurdere sammensetning av personell -Opparbeide vikarliste, og gi god opplæring og oppfølging til vikarene. -Innby til innspill fra personale, for god samhandling i avdelingen.	Virksomhetsleder, hjelpepleier 1, sykepleier
Lokaliteter og omgivelser	-Økt velvære for personale, beboere og besøkende -Økt tilstedeværelse av personale i fellesareal -Gode konkrete rapporter	-Etablere en hyggeligere stue og oppholdsrom ved noe oppgradering -Egne kontor for rapportskrivning -Bestilt nytt arbeidstøy. -Sikre tilfredsstillende teknisk utstyr	Virksomhetsleder, verneombud, alle ansatte
Oppfølging og gjennomgang av rutiner og retningslinjer.	-God kvalitet i tjenestene. -Faglig kvalitetssikring.	-Rutinebeskrivelse Fra KF legges lett tilgjengelig i avdelingen. -Gjennomgang av nasjonale føringer og retningslinjer. -Gjennomgang av avdelingens rutiner og sikre tilfredsstillende rutiner, prosedyrer og internkontroll.	Virksomhetsleder, verneombud, øvrig personale

Opplæring/oppfriskning for vikarer og øvrig personell	-God kompetanse, trygghet i utførelse av oppgaver. -Forutsigbarhet i dagen -Assistent/vikarer kurs i veilederen innen 15.mai. Helsefagarbeidere og sykepleiere er disponibel i avdelingen for veiledning i praksis. -Sykepleiere og helsefagarbeidere har tatt kurs innen juni.	-Assistent gis tilgang til bruk av veilederen, NHI. Etablert kurspakke; basale smittevernrutiner, innføring i omsorgsyket, hverdagsrehabilitering, mat og ernæring og observasjon. -Helsefagarbeidere veilederen: medikamenthåndtering, grunnkurs og/ eller oppfriskningskurs, basale smittevernrutiner og observasjon. -Sykepleiere veilederen: Smittevern, observasjon og medikamenthåndtering oppfriskningskurs. -Medisinkurs Helsefagarbeidere	Virksomhetsleder, sykepleier, helsefagarbeider og øvrig personell
Dokumentasjon/ Rapportering	-Riktig dokumentasjon og rapportering.	-Bruk av egne "skrivekontor" -Gjennomgang av rutiner for journalføring. -Sikre hensiktsmessig rapportering. -Kartlegging av behov vedrørende rapportering og informasjonsflyt.	Alle ansatte Virksomhetsleder og sykepleier Virksomhetsleder
Jobbanalyse	-Riktig personale på rett plass -Rolleavklaring -Effektiv og forsvarlig bruk av personellressurser.	-Kartlegge avdelingens behov i dialog med ansatte.	Leder, verneombud, tillitsvalgt og ansatte
Turnus /arbeidsplan	-God kvalitet i tjenestene. -Redusert arbeidsbelastning på den enkelte arbeidstaker. -Forutsigbarhet i turnus, redusere sårbarhet ved fravær.	-Gjennomgang av turnus. -Vurdere mulighet for etablering av en basisstab av faglærte og sykepleiere som arbeider dag og aften. -Vurdere flytting av ambulerende sykepleier på natt. -Utrede ulike former for organisering.	Hjelpepleier 1, Virksomhetsleder.
Arbeidsnærvær og sykefraværsoppfølging	-Økt arbeidsnærvær og trivsel i avdelingen	-Samarbeid med NAV arbeidslivssenter. -Refleksjonsgrupper v. prest med fokus på etikk, filosofi og verdier i arbeidshverdagen. -Bygge opp et godt omdømme. Positiv omtale om arbeidsplassen vil også kunne bidra til rekruttering.	Virksomhetsleder, verneombud
Kompetanseheving	-Ny læring, fagutvikling, mestring og kvalitetssikring -Tett samarbeid med tilsynslege.	-Velferdsteknologi, v. Hepro og Roomate -Bruk av hjelpemidler -Journalføring -ADL veiledning -Sår, sårstell -HMS kurs -KIB stressmestring	Virksomhetsleder, øvrig personale

Tiltak som iverksettes umiddelbart

- Inntil videre økes standard bemanning ved Sonjatun sykehjem fra 6 til 8 ansatte på dagvakt alle 7 ukedager. Hver tredje helg arbeidshelg i stedet for annen hver helg. Av de 8 ansatte skal det være minimum 2 sykepleiere. Virksomhetsleder kommer i tillegg.
- Sonjatun sykehjem driftes med 20 langtidsplasser fordelt med 10 plasser på avdeling Øst og 10 plasser på avdeling Vest.
- Det etableres 2 delt sykepleieturnus med dag og aften vakter ved Sonjatun Sykehjem. Fagansvarlig sykepleier blir fordelt på tre sykepleiere. Det opprettes 1 ambulerende nattsykepleier med base på legevakten alle ukens netter, og dette tilsvarer 1,87 årsverk. Legevaktfunksjonen flyttes fra sykestua til ambulerende nattsykepleier. Vedtak i sak nr. PS 37/20 i Helse- og Omsorgsutvalgets møte 13.10.20 (Flytting nattevaktstilling 53,52 % sykepleier fra sykehjemmet til sykestua) utgår.
- Det opprettes en vikarpool for Helse- og omsorgssektoren, med tilhørende 90 % stilling som koordinator. Eksisterende 40 % hjelpepleier 1 ressurs ved Sonjatun sykehjem legges inn i denne stillingen. Resterende 50 % stillingsressurs etableres med nye budsjettmidler. Vikarpoolen skal bidra til dekning av bemanningsbehov ved fravær og ved ekstraordinære driftssituasjoner i virksomhetene. Samtidig vil man på denne måten sørge for at flere deltidsansatte får tilbud om hele stillinger. Vikarpoolen vil bestå av både faste ansatte og engasjementsstillinger, basert på bemanningsbehovet i sektoren.

Kostnader, inklusiv sosiale utgifter – årsbasis

Nåværende bemanningsplan	13 064 000 kr
Foreslått ny bemanningsplan, inkl. ambulerende sykepleier natt	14 915 000 kr
Økning kostnad	1 851 000 kr

Økning kostnad 1.6 - 31.12.21	1 080 000 kr
-------------------------------	--------------

Koordinator turnusplanlegging og vikarpool	200 000 kr
Behov for økt budsjetttramme i 2021	1 280 000 kr

Vurdering

Kommunedirektørens innstilling er utarbeidet med bakgrunn i flere møter inneværende uke mellom kommunedirektør, kommunalsjef, virksomhetsleder, tilsynslege og kommuneoverlege. Forslag til vedtak er utformet etter møte 23.04.21 mellom kommunedirektør, kommunalsjef, virksomhetsleder og tilsynslege, med gjennomgang av saken og vurdering av tiltak. Tilsynslegen ved Sonjatun sykehjem slutter seg til de foreslåtte tiltakene og mener at dette er et godt grunnlag for å få en tilfredsstillende kvalitet på sykehjemstjenesten ved Sonjatun. Administrasjonen har ikke nådd å drøfte saken med alle hovedtillitsvalgte og vi vil fram mot hovedutvalgets møte føre dialog med aktuelle arbeidstakerorganisasjoner.

Bekymringsmelding vedrørende arbeidsforhold for sykepleiere på Sonjatun sykehjem.

I følge Helsepersonelloven §17 er vi som sykepleiere pliktig til å varsle om forhold som kan medføre fare for pasientsikkerheten. Med bakgrunn i dette velger vi å skrive denne bekymringsmeldingen.

Vi sykepleiere skriver denne meldingen fordi vi er sterkt bekymret for vår egen og pasientenes sikkerhet i det arbeidet som utøves ved Sonjatun sykehjem.

Årsaken til vår store bekymring er at det for tiden er mange ubesatte sykepleierstillinger, samtidig med flere sykemeldinger og permisjoner blant fast ansatte sykepleiere.

Det har vært svært mange hendelser hvor sykepleiermangelen har vært så stor at vi sykepleiere har måttet arbeide doble vakter, fått vaktene våre forskjøvet og gått flere timer med overtid.

Slik bemanningssituasjonen er nå på sykehjemmet har det ved flere anledninger blitt planlagt overtidsarbeid.

Eksempler på dette kan være:

- Forskyvninger av sykepleier til aftenvakt fredag når vedkommende har frihelg på grunn av at det ikke var mulig å få tak i andre sykepleiere.
- Forskyvninger fra dagvakt til aftenvakt og fra aften til dagvakt i ukedager.
- Sykepleier måtte arbeide dobbel vakt på grunn av at sykepleier på aftenvakt ringte inn sykdom og det var ikke mulig å skaffe annen sykepleier på aftenvakt, vaktene endte på nesten 15 timer, fra kl. 07:30 til 22:15.
- Sykepleier hadde arbeidshelg hvor det ble ringt inn sykdom fra annen sykepleier hvor det ikke var mulig å anskaffe ny sykepleier til aftenvakt lørdag. Dette førte til at sykepleier som mottok egenmeldingen måtte gå dobbel vakt. Arbeidshelgen til denne sykepleieren endte med å se slik ut:
Aftenvakt på fredag 14:45 - 22:15.
Dagvakt og aftenvakt på lørdag 07.30 - 22:15.
Dagvakt på søndag 07:30 - 15:00.
På to døgn, altså 48 timer er dette 30 timer arbeid. Dobbelvaktene på lørdagen var 15 timer arbeid uten pause.
- Det har blitt planlagt lengre arbeidstid flere dager i forveien for en sykepleier, slik at en helgedag skulle ha sykepleier på både dagvakt og aftenvakt. Sykepleier på dagvakt arbeidet fra 07:30 - 13:00 og sykepleier på aftenvakt måtte arbeide fra 13:00 - 22:15. Arbeidstiden for aftenvakt er fra 14:45 - 22:15, altså måtte denne sykepleieren arbeide 2 timer overtid.

Vi føler denne situasjonen som uholdbar både som arbeidstaker og privat i forhold til den enkeltes familie. Det sliter både psykisk og fysisk, om man vil eller ikke så blir arbeidet med oss hjem. Man går med den usikkerheten om at man aldri vet når tid det ringes inn sykdom og man blir beordret på jobb igjen. Om det er noen overtidstimer, arbeid i frihelger eller doble vakter.

Ofte, med ofte mener vi flere ganger i uken, går vi vakter hvor vi er alene sykepleier på vakt med ansvar for 21 pasienter. Dette resulterer ofte i at vi sykepleiere ikke får gjort jobben vår tilfredsstillende og vi må utsette viktige arbeidsoppgaver, som igjen kan føre til at oppgaver ikke blir gjennomført tilstrekkelig. Når i tillegg uforutsette hendelser oppstår, som ofte skjer, er vi alvorlig sårbar.

Denne arbeidssituasjonen sliter på oss sykepleiere, både fysisk og psykisk. Arbeidsbelastningen gjør at vi ikke føler vi får gjort jobben vår tilstrekkelig. Vi går hjem fra arbeid med en følelse av at vi ikke har utført jobben vår faglig forsvarlig, og vi får ikke fulgt opp pasientene og pårørende i den grad de har krav på. Vi går hjem med dårlig samvittighet når vi ikke har fått fullført alle arbeidsoppgavene vi har å gjøre og må forskyve det videre til neste sykepleier.

Denne arbeidsbelastningen dreper gleden av å være sykepleier.

Vi sykepleiere lurte også på hva vi skal foreta oss i ulike situasjoner og hvordan vi skal handle når vi mangler sykepleiere på vakt. Har tidligere spurt avdelingsleder om dette, men vi har ikke fått noe konkret svar. Hva skjer når sykepleier på nattevakt mottar egenmelding fra eneste sykepleier på dagvakt uten at sykepleieren på nattevakt klarer å skaffe ny sykepleier til dagvakt? Eller at sykepleieren på dagvakt mottar egenmelding fra sykepleier på aftenvakt og ikke klarer og finne ny. Er det slik at vi kan forlate arbeidsplassen vår når vi har gjennomført vår vakt eller er sykepleieren pliktig å fortsette videre på vakt? Slike situasjoner har oppstått flere ganger den siste tiden og vi føler det svært belastende.

Vi sykepleiere har heller ikke samvittighet til å holde oss hjemme ved sykdom, da vi vet at det kommer til å gå utover en annen god sykepleierkollega. En sykepleier som kanskje må arbeide doble vakter, eller en som blir beordret på arbeid hvor det utløser overtid og fører til ekstra belastning både for den enkelte sykepleier og sykepleierens familie. Dessuten er det ikke forsvarlig å komme på jobb ved sykdom da det kan være stor unødvendig smittefare som kan gi alvorlige uønskede konsekvenser både overfor andre kollegaer og ikke minst de eldre. Eldre som har dårlig immunforsvar og kanskje ikke styrke nok til å overleve en influensa.

I grunnturnusen på Sonjatun sykehjem er det totalt 11 sykepleierstillinger i ulike stillingsprosentar som til saman skal vere 945%, inkludert avdelingsleiders 20% stilling i pleien.

Situasjonen på sykehjemmet er per dags dato:

Avdelingsleder 100% fast stilling, 80% administrativt og 20% i pleien.

- Er i permisjon/sykemelding.

Tre sykepleiere er ansatt i 100% fast sykepleier stilling.

- Er i arbeid.

En sykepleier er ansatt i 80% fast natt stilling.

- Er i arbeid.

En sykepleier er ansatt i 100% sykepleierstilling.

- Sykemeldt.

En vernepleier er ansatt i 100% fast sykepleier stilling.

- Sykemeldt.

To sykepleiere er ansatt i 100% sykepleier stilling

- Permisjon.

En 100% fast sykepleier stilling

- Udekt.

En 45% fast sykepleier stilling

- Udekt.

Kort oppsummert ser regnestykket slik ut:

- Sykepleiere i arbeid 380%, hvorav 80% er fast natt.
- Sykepleiere som er sykemeldt 200%.
- Sykepleiere som er i permisjon 220%.
- Sykepleier stillinger som er udekt 145%.

Hovedtillitsvalgt i Norsk sykepleierforbund var innom Sonjatun sykehjem, Mandag 03.06.19, med ett kartleggingsskjema over sykepleierbemanningen. Dette skjemaet har vi fylt ut i løpet av uke 23 og levert tilbake til hovedtillitsvalgt. I skjemaet skulle det fylles ut den planlagte sykepleierbemanningen etter turnus, den faktiske sykepleierbemanningen som var på jobb, og differansen mellom det som er planlagt og det som faktisk var på jobb i løpet av en uke. Det resultat som fremkommer var svært urovekkende og bekymringsverdig. For å få sykepleier på samtlige dag- og aftenvakter foreligger det også en beordring. Se vedlagt skjema.

Det er blitt utlyst noen sykepleierstillinger, blant annet:

- Sykepleier 100% fast stilling.
- Sykepleier 60% fast stilling.
- Avdelingsleder 100% vikariat i ett år.
- Sykepleier 100% vikariat. Fra dags dato til 02.02.2020.

I de siste årene har det vært mye «gjennomtrekk» og utskiftninger av sykepleiere på Sonjatun sykehjem, det virker som at det er vanskelig og både rekruttere og beholde sykepleiere på sykehjemmet. Dette kan bekreftes av lave eller ingen søkere ved tidligere utlysninger av sykepleierstillinger. Så vi sykepleiere stiller oss undrende til at alle disse sykepleierstillingene skal bli besatt innen rimelig tid. Hva skjer dersom ingen søker på stillingene?

I følge Helsepersonelloven § 17 er vi pliktig til å varsle om forhold som kan medføre fare for pasientsikkerheten. På grunn av den lave bemanningen av sykepleiere ved Sonjatun sykehjem oppstår det situasjoner som kan medføre fare for pasientsikkerheten.

Eksempler på dette er:

- Feilmedisinering. (Vi alle har friskt i minne fra april 2016, da en mannlig pasient døde etter å ha fått en overdose av morfin på 100 mg).
- Manglende dobbeltkontroll på A- preparater.
- Manglende dobbeltkontroll på B-preparater.
- Manglende dobbeltkontroll på dosetter.
- Manglende dobbeltkontroll av antibiotika og intravenøs behandling.
- Uønskede pasientskader, herav manglende tid til blant annet å utføre sårstell etter prosedyrer og tidsintervaller på sårstell.
- Vag dokumentering på grunn av manglende tid.
- Vanskelig å få gjennomført årskontroller.

Ved fravær av sykepleier på Sonjatun sykehjem blir det svært ofte innleid assistenter som erstatning for annen sykepleier, som fører til betydelig nedgradering av fagkompetansen på arbeidsplassen. Sykepleiere har minst 3-årig universitet/høyskole utdanning innen faget og har særlig kompetanse angående forebygging av sykdom, identifikasjon av akutt sykdom og relevante observasjoner som verken helsefagarbeidere eller assistenter innehar. Dette kan videre føre til økt unødvendig belastning blant pasientene som påføring av trykksår, dårlig ernæringsstatus og sykdom som ikke blir oppdaget innen rimelig tid. I følge Helsepersonelloven § 4-1 skal alt av helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven være forsvarlig. I Helsepersonelloven § 16 står det at det er arbeidsgiver og leders ansvar å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet. Dette innebærer sikring av rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig faglig bemanning.

Man kan da spørre seg, er det sikring av tilstrekkelig faglig bemanning når det blir innleid en assistent som erstatter for en sykepleier?

Situasjonen er av slik karakter at vi ser oss nødt til å sende denne bekymringsmeldingen. Vi frykter at det skal oppstå situasjoner som gir alvorlige konsekvenser. Slik bemanningssituasjonen med hensyn til sykepleiere er nå, gir det negative konsekvenser for pasienter, pårørende, arbeidsmiljø i virksomheten og oss som ansatte.

Eksempler på negative konsekvenser er:

- Utrygghet blant annet helsepersonell da pasientene ikke har tilstrekkelig tilgang på sykepleie faglig vurdering.

- Pasientene ikke får tilstrekkelig med oppfølging som de har krav på.
- Kvaliteten på det faglige tilbudet til pasientene blir dårlig og i verste fall faglig uforsvarlig.
- Brudd på Arbeidsmiljøloven.
- Brudd på Pasient- og brukerrettighetsloven.
- Brudd på Helsepersonelloven.
- Brudd på Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.
- Ansatte som er sliten gjør lettere feil som kan utgjøre forskjell på liv, død og helsetilstand for enkelte pasienter.
- Belastning og bekymring for å gjøre feil, forverrer en allerede tung arbeidssituasjon.
- Usikkerhet og utrygghet smitter over fra sykepleiere til helsefagarbeidere og assistenter på arbeidsplassen.
- Økte utgifter for kommunen med tanke på overtid og sykelønn.

Arbeidsmiljøet på Sonjatun sykehjem er ikke med på å rekruttere nye sykepleiere. Vi har hatt sykepleiere som har kommet med godt mot og som har avsluttet sitt arbeidsforhold et år etter oppstart på grunn av dårlig miljø og høy arbeidsbelastning. Sykehjemmet har et svært dårlig rykte blant andre helsepersonell rundt om i regionen, det merkes ved mye utskiftning både av sykepleiere og helsefagarbeidere. De siste årene har det vært utrolig mange forskjellige ledere på sykehjemmet. Kjapt regnet så har det på 10 år vært iallfall minimum 11 ledere, og periodevis har sykehjemmet stått uten leder, slik som nå. Med utskiftning så ofte fører det til ustabilitet og usikkerhet blant personalet og ikke minst til pårørende til de som har sine nære på sykehjemmet.

Sykepleiermangelen er allerede et faktum i Nordreisa kommune og om noen få år vil den bli enda mer prekær. I 2030 er det anslått at det vil mangle rundt 20.000 sykepleiere i Norge, samtidig som eldrebølgen slår til. Det blir flere eldre i landet vårt og levealderen blir høyere. Så det bekymrer oss virkelig at Nordreisa kommune ikke gjør mer for å rekruttere sykepleiere ut i kommunen vår.

Det er stor risiko for at vi sykepleiere som står i denne belastningen, kan som følge av belastningen, ende med langvarig sykefravær eller gjøre feil som igjen går ut over pasientene. Feil som kan være så fatale at vi mister vår autorisasjon, og ikke kan fortsette arbeidet i vårt sykepleier yrke, alt det på grunn av at arbeidsbelastningen er for høy. Vi ønsker ikke at slike situasjoner skal oppstå, og ber innstendig om at Nordreisa kommune iverksetter tiltak som kan bedre situasjonen.

Tiltak kan være utlysning av stillinger, ansette nesten ferdig studerte sykepleiere, legge til rette for at fast ansatte helsefagarbeidere kan videreutdanne seg til sykepleiere, øke stillingsprosenten for deltidsansatte sykepleiere. Det kan være andre mulige tiltak som arbeidsgiver har oversikt over.

Nordreisa kommune er også nødt til å se på tiltak for å klare å beholde allerede ansatte sykepleiere og gjøre det attraktivt og være en del av arbeidsstaben på Sonjatun sykehjem.

Vi ønsker gjerne i samarbeid med arbeidsgiver å finne løsninger som gir pasientene et helsefaglig trygt nok opphold på vårt sykehjem, og oss ansatte et trygt arbeidsmiljø.

Vi vil også gjøre dere oppmerksomme på at det tidligere er sendt ut bekymringsmelding fra avdelingsleder angående sykepleiermangelen og sykepleierbemanningen ved Sonjatun sykehjem i månedsskiftet april/mai hvor det ikke foreligger noen uttalelser eller svar på brevet. Dette er for oss meget bekymringsverdig.

Tilsynslege ved Sonjatun sykehjem, Bjørn Thomas Linnestad, uttrykker støtte og stor forståelse hvorfor vi sykepleiere føler oss nødt til å sende denne bekymringsmeldingen. Han har også ved tidligere anledning uttrykt stor bekymring angående sykepleiermangelen ved sykehjemmet som har vedvart over tid. Tilsynslegen frykter for at oppfølgingen og behandlingen av pasientene ikke holder seg på et forsvarlig akseptabelt nivå, og at det er til fare for pasientenes liv og helse slik situasjonen med sykepleierbemanningen er nå. Det at pasientene ikke får forsvarlig oppfølging og behandling har ikke noe å gjøre med kompetansen til sykepleierne ved Sonjatun sykehjem, men at hverdagen er svært stressende og mangelen på sykepleiere er stor.

Skriftlig tilbakemelding forventes snarlig.

Med vennlig hilsen

Fast ansatte sykepleiere ved Sonjatun sykehjem og tilsynslege.

Carina Jensen

Malin Wiegren Gunnes

Hanne T. Nilsen

Marta Abrahamson

TILSYNSLEGE :

B. T. Linnestad



Bjørn Thomas Linnestad
Lege
Id.nr. 6199534

Kartlegging av sykepleierbemanning

HTV-område:	Ukenr.: 23 /2019
Arbeidssted/enhet: Sonjaton Sykehjem	Avdeling (valgfritt):
Type tjeneste – sett kryss:	<input type="checkbox"/> Sykehjem (inkludert helsehus)
	<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie
	<input type="checkbox"/> Sykehjem/ hjemmesykepleie
	<input type="checkbox"/> Bolig med heldøgnsbemanning
	<input type="checkbox"/> Annet
Kontaktperson:	
Mobil:	e-post:

Det skal ikke rapporteres bemanningstall for studenter eller elever i praksis.
Lærlinger skal registreres.

* Annet: F.eks vernepleier, fysioterapeut, ergoterapeut eller medisinstudent. Bruk kommentarfeltet til nærmere beskrivelse ved behov.

MANDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	4	1	-3	3	1	-2	0	0	0	7	2	-5
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

TIRSDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	4	1	-3	3	1	-2	1	1	0	8	3	-5
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

ONSDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	5	2	-3	3	1	-2	1	1	0	9	4	-5
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

TORSDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	4	1	-3	3	1	-2	1	1	0	8	3	-5
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

FREDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	4	2	-2	2	1	-1	0	0	0	6	3	-3
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

LØRDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	2	1	-1	3	1	-2	0	0	0	5	2	-3
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

SØNDAG	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	3	1	-2	2	1	-1	0	0	0	5	2	-3
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

TOTALT	DAG			AFTEN			NATT			TOTALT		
	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.	Planlagt	Faktisk	Diff.
Sykepleier	26	9	-17	19	7	-12	3	3	0	48	19	-29
Helsefagarbeider												
Assistent												
Annet												
Totalt												

Kommentar til uken

Var planlagt og faktisk bemanning tilpasset pleiebehovene? Var det spesielle behov eller forhold du vil rapportere om?

Kopi av denne bekymringsmeldingen er sendt til:

- Fylkesmannen (fmtfpost@fylkesmannen.no)
- Postmottak (postmottak@nordreisa.kommune.no)
- Ordfører (oyvind.evanger@nordreisa.kommune.no)
- Rådmann (anne-marie.gaino@nordreisa.kommune.no)
- Sektorleder (rickard.printz@nordreisa.kommune.no)
- Virksomhetsleder (guro.boltas@nordreisa.kommune.no)
- Avdelingsleder (margit.marvik@nordreisa.kommune.no)
- Personalsjef (christin.andersen@nordreisa.kommune.no)
- Hovedverneombud (beatehelen.severinsen@nordreisa.kommune.no)
- Leder NSF (eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no)
- Fylkesleder NSF (hanne.bergland@nsf.no)
- Troms NSF (troms@nsf.no)
- Hovedtillitsvalgt NSF (astrid.veseth@nordtroms.net)
- Kommuneoverlege, Øyvind Roarsen (oyvind.roarsen@sonjatun.no ,
oyvind.roarsen@nordreisa.kommune.no.)
- Fylkeslege, Anne Grethe Olsen (agols@fylkesmannen.no)
- Helse og omsorgs departementet (postmottak@hod.dep.no)
- Sylvi Listhaug (sylvi.listhaug@stortinget.no)
- Helsetilsynet (postmottak@helsetilsynet.no)
- Bedriftshelsetjenesten (Firmapost@ntbht.no)

Til

Angela Sodefjed

Sektorlege helse- og omsorg

Storslett 29. 03. 2021

Jeg ble tilsynslege på Sykehjemmet Sonjatun fra 1. mars 2021.

Etter egen undersøkelse, samtaler med pasienter, møter med sykepleiere og virksomhetsleder konstaterer jeg alvorlige brudd på både pasientrettighetslover og arbeidsmiljølover.

Blant annet:

1. det er daglig mange pasienter som ikke får stell og mat til sent på formiddag/tidlig ettermiddag, av og til klokka 13.00
2. det mangler oppfølging på tiltak tatt av sykepleiere og det mangler utførelse/oppfølging av prosedyrer, dette betyr manglende medisinsk behandling og helseplager som oppstår på grunn av dette
3. det mangler sosial oppfølging av pasienter som befinner seg på rommene sine eller i stua helt uten tilsyn i flere timer
4. mange pasienter som henvender seg til personalet om hjelp i ulike situasjoner får ikke oppmerksomhet i tide
5. det mangler tilstedeværende ledende sykepleier som kontinuerlig følger opp på avdelingen og styrer de faglige rutiner
6. det mangler forsvarlig rapportering på grunn av manglende tid for dette

Jeg har samlet veldig mange eksempler på det overnevnte, bl.a. situasjon hvor pasienten ropte i 5 timer om hjelp for å komme på do eller situasjoner hvor pasienter får alvorlig trykksår på grunn av manglende tiltak i forhold til dette. Ved behov kan mange andre eksempler nevnes konkret.

Som tilsynslege stiller jeg følgende krav til tiltak:

1. alle pasienter blir stelt til senest klokka 09.00
2. alle pasienter får mat til senest klokka 10.00
3. ansatte ved Sykehjemmet skal bruke sin arbeidstid i lag med pasienter, unntatt en lunsjpause fra 11.30 – 12.00
4. det må være en ledende sykepleier på avdelingen
5. det må være 4 ansatte på hver avdeling på dagstid
6. turnusen må være bedre tilrettelagt med tanke på tilstrekkelig rapporteringstid

Dette er minstekrav med tanke på forbedring av situasjonen på Sykehjemmet. Kravet må iverksettes umiddelbart og resultatet blir evaluert av u.t. tilsynslege før utgangen av april 2021. Ved fortsatt brudd på de overnevnte punktene blir det behov for henvendelse til Fylkesmannen.

Med vennlig hilsen

Remigiusz Paul

Kopi til:

Virksomhetsleder Eilin Storaas

Kommuneoverlege Øyvind Roarsen

Kommunedirektør Jan Hugo Sørensen

Hei Eilin. Jeg sender deg dette dokumentet da du er min nærmeste leder og jeg håper du vil ta dette opp til drøfting med ledelsen i Helse styret for Nordreisa kommune. Før jeg begynner, ønsker jeg å beklage dette ekstra bryderiet da jeg vet du har det nok hektisk som ny virksomhetsleder for Sonjatun. Jeg kan uansett ikke vente til riktig tid (hvis noe sånt finnes) da jeg føler noen må sette ett eksempel. Jeg vet du har nok av ting å ta tak i, og vi har hatt mange gode samtaler. Blant annet at vi vil jobbe på verdens beste sykehjem. Jeg er helt enig i innstillingen, men før man kommer dit må man være ærlig å innrømme at Sonjatun sykehjem har sine utfordringer og har manglet kontinuitet i form av ledere, arbeidsmiljø noe som viser seg i lite rutiner, kaos og ustabilt miljø arbeidsmiljø osv.

Jeg er en positiv fyr, som elsker å kunne gjøre en forskjell og jeg vet jeg har gjort en forskjell på huset og jeg har en innvendig flamme for å snu denne vonde trenden på sykehjemmet, men per i dag undrer jeg meg til hvilken pris er det verdt. Kort fortalt dreier det seg om hvordan arbeidsdagen for meg som sykepleier ser ut på Sonjatun sykehjem. Jeg stiller meg skeptisk til om dette skrivet vil ha noen effekt, da jeg vet kommunen tidligere har fått bekymringskriv fra sykepleierne på sykehjemmet hvor de har valgt å overse det. Det virker som om ting ikke er så nøye med sykehjemmet, det virker som om det bare er roboter som går der, men det er faktisk mennesker, mennesker som kunne hatt en mye bedre livskvalitet på generelt grunnlag hvis noen hadde vært villig til å lytte og gjøre tiltak til det. Jeg håper inderlig både for pasientene, men også på et generelt grunnlag at dette skrivet blir tatt opp til diskusjon. Jeg har blant annet hatt mange tunge samtaler med kollegaer hvor de har brukt ord som «skriker når jeg kommer hjem» «Ønsker å ringe meg syk» «får ikke hvile når jeg kommer hjem» listen er lang.

Jeg vil først starte med å fortelle litt om hvordan jeg havnet i Nordreisa og starten på min karriere som nyutdannet sykepleier her på Sonjatun Sykehjem, etterpå vil jeg belyse en arbeidsdag jeg hadde nå nylig (det var da jeg kjente, at nå er tiden på at noe må gjøres.)

Jeg fullførte min sykepleier utdanning i Mai, 2020. Allerede i februar måned var jeg ute og søkte på jobb stillinger. Jeg fikk bekreftet at jeg var ettertraktet som sykepleier, og spesielt som et unikt mannfolk i bransjen. Jeg hadde flere tilbud, men lot jobbtilbudene vente da jeg allerede hadde en trygg og god arbeidsplass og ventet tålmodig på den rette stillingen. Jeg fant fort ut at jeg kunne velge hva som helst og hvor som helst, bare det føltes riktig. Etter hvert

som tiden gikk, ville jeg prøve noe nytt og komme meg litt bort hjemme fra. Jeg søkte etter hvert på en stilling i Nordreisa kommune, mye grunnet at det var praktisk med tanke på flytting da det ikke var så altfor langt unna hjemme fra og jeg ville teste ut naturen her i området. Jeg fikk tilbud uten å måtte gjennom et intervju, jeg takket ja siden jeg begynte å gå lei alle jobbintervjuene og jobbtildbudene at jeg tenkte: Prøv og fungerer det ikke, så har du uansett fått bekreftelse på at jobb får man uansett.

Siden ansettelsen av meg på nå snart drøye 6 måneder, har det vært 3 nye ledere, noe som jeg har erfart har vært en vond tendens over lengre tid på Sonjatun Sykehjem. Når jeg og daværende leder hadde blitt enig om startdato, følte jeg meg med en gang forlatt alene. Jeg måtte selv ta initiativet for å få bli kjent med lokalet, oppmøteplass, garderobe og så videre. Daværende sjef tok imot meg og viste meg hvor jeg skulle hente arbeidstøy, jeg fant fort ut at ingen av størrelsene passet meg og jeg måtte ta på meg en altfor stor bukse. Hun skulle vise meg garderoben, når jeg går inn, finner jeg ingen ledige skap. (min første tanke var, at her kommer en sårt tiltrengt mannlig sykepleier og det er ikke ordnet skap engang.) Det endte med at jeg måtte legge alt av klær på gulvet for resten av vekten. Jeg følte meg mildt sagt ikke godt tatt imot. Siden den dagen har jeg møtt hver arbeidsdag med positivt sinn, men for hver dag får det seg en stadig smell.

Jeg anser meg selv som en positiv person og som liker utfordringer, men også for meg finnes det en grense for hva som oppleves som greit. Når jeg også ser kollegaer og beboere lide rundt meg, da vil jeg statuere ett eksempel. Siden min første arbeidsdag har jeg møtt altfor mange kjipe hendelser i løpet av en hverdag. Jeg føler/mener at jeg er blitt godt likt i pasient og kollegial gruppen, jeg har skaffet en god tillit innad hos flere pasienter og kollegaer som kommer til meg og ytrer misnøye om flere ting. I løpet av de 6 månedene har jeg også blitt valgt som verneombud for sykehjemmet noe som gir meg et ekstra ansvar for å forsøke å forbedre tilværelsen på Sonjatun Sykehjem.

Som verneombud har jeg fått bekreftet på mye av det jeg ble advart mot i starten av min tilværelse på arbeidsplassen. Underbemanning, slitasje på sykepleiere som flykter, gjennomtrekk av ledere og stort sykefravær er noen av de vonde trendene som har vært i 10 år, uten at det virker til at noen tar ansvar for situasjonen eller dem det gjelder. I løpet av mine snart 6 måneder har jeg jobbet utallige overtidstimer, jeg har stilt opp på godt og vondt, det har faktisk gått så langt at jeg har vært langt oppe på fjellet og jobben har ringt og fortalt at det er forsøkt å ringe 30 stykker, men ingen har mulighet eller ikke svarer. Jeg pakket sakene og møtte opp på jobb, selv med 2 timer søvn i telt. Det sier seg selv at dette over tid ikke vil

være med på å bidra til å holde sykepleiere. Jeg var også på et møte tidlig i startfasen med alle lederne og sykepleierne på de ulike helseinstitusjonene, vi ble til slutt enig at jeg som ny sykepleier skulle komme med tips til kommunen i et nytt møte for hvordan beholde sykepleiere, da det er et stort problem innad i kommunen. Jeg hørte aldri noe mer, så det er kanskje det jeg delvis gjør i dette dokumentet, prøver å gi mitt for å sende et signal opp og gi en hjelpende hånd nedenfra om at noe må gjøres. Jeg skal forsøke å gjøre det med å belyse min arbeidsdag Fredag 19/2 hvor jeg kjente at nok var nok.

Jeg skulle gå inn på jobb og ta fatt på min fjerde strake jobbhelg, men siden det er blitt et nytt låsesystem hvor koden vi ble utdelt er ugyldig og ikke alle har fått kodebrikkene kommer man seg ikke inn på arbeidsplassen. Man må da fysisk ringe sykehjemmet for å bli låst inn, dette er svært ugunstig med tanke på den kalde temperaturen og sure vinden som ofte preger Storslett sentrum. Jeg går inn i rommet hvor jeg finner arbeidstøy. Her leter man forgjeves etter sin riktige størrelse, og må ta en utslitt kittel, samt bukse fra hjemmetjenesten da det ikke er arbeidstøy i riktig størrelse eller fargekode. Jeg kommer i garderoben hvor jeg møter en kollega som uttrykker misnøye om hvor tungt arbeidet er og hvor alene han føler seg på jobb. Han sier også at vi ikke skal ringe han i helgen, da han trenger fri. Jeg kommer opp på avdelingen hvor det avlegges rapport. I rapporten er kollegaene svært stresset, og ord som at en beboer blir kalt «troll» fra en sykepleier lyder ikke akkurat bra i en muntlig rapport. Jeg tar imot en stresset rapport og får informert at det er sykdom og det ikke er noen som kan komme på jobb. På fredags kveld er det helgebemanning altså en mindre enn hva som er normalt til grunnbemanning, Vi skal altså være 5 pleiere på kveldsvakt på totalt 21/22 pasienter. Vi ble 4 denne kvelden, da det ikke var noen å få tak i. I tillegg har vi nylig fått inn en pasient som krever fastvakt da han har vært svært urolig og falt i gulvet x antall ganger. Hvordan skal vi nå møte oss opp for å fullføre vekten med 4 stykker? Det er lett å si at man ikke skal ta det på sin samvittighet, men i praksis er det svært vanskelig å skal unngå å ta det på vår kappe at noen har ramlet i gulvet, fordi vi ikke var der i tide, men egentlig manglet vi dekning på folk, eller bare det at man ikke har tid til å sette av tid til en pasient som brygger på noe underliggende som man ikke klarte å observere i all kaoset. Resultatet ble at ingen fikk tilbud om å komme i sosialt selskap av de tunge pasientene, flere rekker vi ikke å snu eller servere alle måltidene eller bytte på da avdelingen krever så mangt. Jeg som sykepleier og faglig ansvarlig vet at sjansen for urinveisinfeksjon, depresjon, trykksår, forstoppelse, underernæring OSV OSV er meget til stede og det river i hjerte da man man er fullt klar over dette, men klarer ikke å forhindre det.

Jeg vet ikke hvor mange gang man møter på jobb hvor det er sykdom, og man må jobbe med mindre personell enn hva selve turnusen tilsier. Dette blir tungt i lengden, spesielt da man jobber så mye ekstra i tillegg til fast 100%. Som ansvarlig sykepleier ble jeg enig med kollegaer at vi måtte prioritere det mest nødvendige, noe som river et sykepleier hjerte da man ønsker å gi de syke en mest verdig hverdag, men forstår med en gang at det blir vanskelig med så krevende pasienter kombinert med sykdom. Når rapporten er gitt er jeg på tur for å ta alarmklokken som ringer. I gangen møter jeg en ny beboer vi har hatt på overbelegg. Hun gråter i korridoren hvor hun uttrykker sin misnøye over tilværelsen og det lille rommet hun har fått tildelt. Jeg trøster henne etter beste evne, og forteller at hun snart skal få et rom alene da det er kommunen sin intensjon om at enhver beboer skal ha alene rom. Jeg går videre til alarmklokken hvor jeg finner en pasient tilgriset med avføring. Jeg hjelper pasienten med å rengjøre seg selv, det var fritt for vaskekluter og var ingenting på lager, jeg endte opp med å måtte klippe en handduk til kluter for å få vasket. Underveis ringer også vakttelefonen som vi sykepleiere må ha på oss, på de verste dagene har man måttet gjennom 46 telefonsamtaler. Enkelte beboere blir urolig av telefonen som aldri slutter å ringe hvis vi ikke tar den. Tar vi den, så kan man jo diskutere det faglige innenfor hygieniske prinsipper. Ofte er det pårørende som ønsker å bestille time for besøk, vi er da nødt å gå hele korridoren for å se i besøksboken for å kontrollere om det går overfor lokale retningslinjer angående Covid-19. Det måtte også fullskift på seng. Jeg reier opp, men finner ingen laken som passer og må over til andre avdeling for å finne. Her finner jeg ett slitt laken som nærmest kunne kastes da det er gjennomslitt av slitasje. Dette beskriver kort bare en brøkdel av arbeidshverdagen og de irritasjonsmomenter som finnes av en arbeidshverdag på Sonjatun sykehjem.

Jeg ønsker også å belyse litt om generelle arbeidshverdager som sykepleier på sykehjemmet. Turnusen er lagt opp til at vi maksimum har 15 min rapporttid på 20-22 pasienter alt fra om kommunen og arbeidsplass velger å kjøre overbelegg eller ei. De 15 min har vi på i vaktskiftet mellom dagvakt til aftenvakt. Det er strengt tatt ikke satt av mer enn 1 minutt rapporttid PER PASIENT. På aftenvakt til nattevakt er det satt av 10 minutter. Og fra nattevakt til dagvakt er det satt av 5 minutter. Jeg undrer meg hvem som mener dette er kvalitetssikring? Bare her ser man hvor mye en pasient er prioritert. Resultatet av dette er at vi personell må stresse gjennom en rapport for å nå fram i tide, noe som sjeldent aldri skjer. Og hva skjer? Masse viktig informasjon går tapt, noe som viser seg i helsetjenesten vi yter. Andre observasjoner jeg har gjort er at sykehjemmet lider av altfor mange unødvendige trykksår. Trykksår er noe som ikke skal skje, men dessverre skjer det altfor ofte på sykehjemmet. Resultatet av det?

Merarbeid til oss sykepleiere som må bruke mange timer på trykksår som kunne vært forbygget med nok helsepersonell på jobb. Trykksårene skjer ofte hos pasienter med dårlig arteriell sirkulasjon, noe som resulterer at sårene vanskelig lar seg gro, så istedenfor å jobbe profylaktisk og helsefremmende, må vi bruke masse timer og ressurser på noe som kunne vært forhindret. Med trykksår øker sjansen for infeksjon og sepsis noe som har et dårlig forløp. VI har også en del kognitivt oppegående pasienter, som får med seg en del av det som skjer. Dette til stadighet ønsker de å uttrykke bekymring over. En beboer fortalte meg at den fredagen beskrevet over turte hun ikke ringe på for å få noe å drikke fordi hun ønsket ikke å forstyrre når vi var så folk. Som sykepleier føler man seg veldig maktesløs og uprofesjonell i situasjonen. Videre gjennom en arbeidshverdag gjennomgår man daglig store avvik. Blant annet hadde jeg en vakt hvor 2 som skulle dusjes ikke kunne få det, pga andre prioriteringer. Samme dag ønsket en beboer å tømme magen kl 09:30. Jeg hadde ikke tid før vekten var over for å hjelpe henne, hun satt fra kl 10:00 til vaktskiftet 14:45 og ropte navnet mitt ut i korridoren, hvor jeg måtte prioritere alvorlige og nødvendige sårstellprosedyrer. Samme dag fikk vi ikke servert lunsj før kl 14:00 denne skal etter papiret serveres kl 12:00. Flere trenger assistanse/hjelp i matsituasjoner og kun en fikk hjelp til lunsj og det måtte jeg avbryte midt i serveringen da klokken var så mye at vi måtte avlegge rapport. Det er også svært mange pårørende som er missfornøyd og ytrer frustrasjon til oss sykepleiere, det er veldig tungt som sykepleier å ikke strekke til på noen plan å se at ingen setter pris på arbeidet vi avlegger. Flere dager går man uten lunsj, man rekk kanskje ta seg en kopp kaffe og matbit på 10 minutter. etter jobb går man hjem og orker ingenting, fordi man sitter igjen hjemme med en dårlig samvittighet for ting man ikke får gjort og grubler hva som gikk galt, og hvorfor man ikke er god nok. Dette er så feil og respektløst overfor arbeidere, hardtarbeidende ansatte at jeg mildt sagt ikke har ord.

Videre observerer jeg effekten blant kollegial gruppa at flere er preget av den negative tendensen på sykehjemmet, spesielt de som har gått der over lengre tid. Flere er påvirket i negativt fortegn og man merker regelrett at de har gitt opp. Det går på motivasjonen, innstillingen, arbeidsmiljø og generell fysisk og psykisk helse til mennesker i arbeid. Det er resultatet man får ved å presse ansatte til en maksimal grense over tid uten å gi noe tilbake. Jeg gjentar, vi jobber med mennesker og det som har skjedd og skjer er ikke menneskelig etisk på noe vis. Personell går på jobb og kvier seg for å møte opp, noe også det høye sykefraværet og problematikken med rekrutteringen kan være en indikasjon på. Jeg tror jeg

har vært i dialog med 3-4 sykepleiere som har nektet å fortsette der på min korte periode på 6 måneder. Hvilket signal sender dette videre?

Det som skjer på Sonjatun Sykehjem, er ikke forsvarlig, etisk eller rett på noen måter. Ikke for beboere, ikke for pårørende og ikke minst for personalet. Så tro meg, når jeg skriver dette dokumentet og mener noe MÅ SKJE.

Etter at kommunen bestemte at avdelingsleder på sykehjemmet ikke skulle eksistere lenger, har mer og mer ansvar falt ned på oss sykepleiere. Vi får masse arbeidsoppgaver som er utenfor vårt ansvar og som vi blir presset på med. Dette er ikke rett, og jeg vet innad i sykepleiergruppa er stor frustrasjon angående dette. Vi går strengt tatt som avdelingsledere med sykepleier lønn. Jeg har opplevd så mye negativt på så kort tid, selv om jeg forsøker å heve hodet er det som nevnt en grense til hva som er greit. Min prøveperiode utløper snart, og før den tid ønsker jeg et bedre tilbud fra kommunen, hvis ikke vil jeg vurdere andre jobbtilbud med bedre lønnsbetingelser. Jeg vet også at flere sykepleiere går med en lojalitetsbonus som noen andre ikke har på arbeidsplassen, noe jeg personlig synes er svært urettferdig. Jeg kan også opplyse om at jeg har en kjæreste som er sykepleier, som har lyst å flytte sammen med meg til Nordreisa, men inntil videre har jeg fortalt henne at hun burde vente for å se hva som skjer. Jeg gir Nordreisa kommune privilegiet til å kunne forhindre mer utlufting av personell og å sikre noe kontinuitet på sykehjemmet noe som er mangelvare. Jeg gir muligheten til å kunne forhindre tendensen som har vært det siste tiåret, hvis ikke vil det gjenta seg til det uendelige. Jeg er en stabil arbeidstaker som sjelden har fraværsdager, på jobb gir jeg mitt beste for å sørge for at alle har det bra. Jeg gir Nordreisa kommune privilegiet til å beholde en sjelden mannlig sykepleier (eneste i kommunen?), og med meg vil det muligens medfølge en ekstra sykepleier i framtiden, noe som er sårt tiltrengt i kommunen, men fortsetter situasjonen slik som de første 6 månedene spør det hvor lenge man ønsker å tilbringe tiden her før man vurderer andre jobbtilbud.

Med vennlig hilsen sykepleier Espen Kruhaug



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
	Nordreisa kommunestyre	

Forvaltningsrevisjon - kvalitet i sykehjemstjenestene

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Nordreisa sak 05-21 Oppfølg sak 36-20
- 2 Svar fra kommunedirektøren av 24.11.2020
- 3 Melding om vedtak sak 5-21
- 4 Særutskrift kommunestyret - PS 91/19 - Forvaltningsrevisjon kvalitet i sykehjemstjenestene

Kontrollutvalgets innstilling

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slikt vedtak:

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

Saksopplysninger

Kontrollutvalget har i møte 9.3.2021 protokollert slikt vedtak:

Sak 05/21

Oppfølging sak 36/20 – Forvaltningsrevisjon – Kvalitet i sykehjemmene i Nordreisa kommune

Behandling:

Kommunedirektøren møtte i kontrollutvalget og redegjorde for oppfølging av saken. Kontrollutvalgets medlemmer stilte spørsmål.

Felles forslag til vedtak:

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slikt vedtak:

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

Felles forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slikt vedtak:

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



Utvalg: Kontrollutvalget i Nordreisa kommune	Saksnummer: 05/2021	Møtedato: 8.3.2021	Saksbehandler: Bjørn H. Wikasteen
---	-------------------------------	------------------------------	---

OPPFØLGNING SAK 36/20 - FORVALTNINGSREVISJON – KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTENE I NORDREISA KOMMUNE

Innstilling til vedtak:

(Saken fremmes med åpen innstilling)

Saken gjelder:

Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport *Kvalitet i sykehjemstjenestene*

Vedlegg til saken:

A: Trykte vedlegg:

1. Svar fra kommunedirektøren av 24.11.2020

B: Utrykte vedlegg:

Saksutredning:

Kontrollutvalget i Nordreisa traff i sak 36/20 i møte 24.11.2020 slikt vedtak:

- 1. Kontrollutvalget tar saken til foreløpig orientering og vil innkalle kommunedirektøren til møtet i mars 2021 for å få en oppdatering om planlagte og gjennomførte tiltak som opplyst i dagens møte.*
- 2. Kontrollutvalget gir kommunestyret en foreløpig orientering i årsrapporten for 2020.*

Kommunedirektøren innkalles til møtet i tråd med vedtaket hvor kontrollutvalget mottar redegjørelse for hvilke tiltak som er gjennomført siden forrige møte, og hva som gjenstår i forhold til plan som ble redegjort for i møtet i november 2020.

Tromsø, 1.3.2021



Bjørn H. Wikasteen
Seniorrådgiver

Videreutvikling av skriftlige rutiner.
Videreutvikle system for bruker- og pårørende medvirkning. Styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid.

Tilbake- melding til kontroll- utvalg

24.11.20

Guro Charlotte Boltås

Tilbakemelding om gjennomførte tiltak etter forvaltnings revisjonen -Kvalitet i sykehjem.

Videreutvikling av skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov.

Tiltak	Mål	Tidsfrist	Ansvar	Gjennomføring
Fastsatt tid i kalender til å jobbe med kvalitets arbeid	Sikre rutinemessig gjennomgang av rutiner og prosedyrer og kvalitetsutvikling	Mars 2020	Virksomhetsleder	Er gjennomført
Gjennomgang av rutiner, grunnleggende behov	Kvalitetssikre at rutinene er oppdaterte og oppfyller god ivaretagelse av pasientene	Januar 2021	Virksomhetsleder og Avdelingsledere	10 Rutiner er gjennomgått. 5 gjenstår.
Lage nye rutiner ved behov	Sikre at alle behov til pasientene har en gjennomtenkt rutine, slik at alle ansatte skal jobbe mot samme mål og ha en felles forståelse	Januar 2021	Virksomhetsleder og Avdelingsledere	Disse rutinene er planlagt å lages nye, men er ikke ferdige: -Ivaretagelse av sosialt behov og personlige interesser. -Rutine for tilpasset informasjon. -Rutine for ivaretagelse av fysisk funksjon. -Rutine ved immobilitet

Kommentar: En del av møtene har falt bort, da covid-19 har medført til andre prioriteringer og mye hjemmekontor. Møtene er heller ikke gjennomført i ferieavviklingen (8 uker).

Vi har vurdert at det er lettere å gjennomføre tiltaket med gjennomgang av rutiner når vi fordeler arbeidet for så å gå gjennom det med kommentarer.

Videreutvikle et system for bruker- og pårørende medvirkning i sykehjemstjenestene.

Tiltak	Mål	Tidsfrist	Ansvar	Gjennomføring
Lage rutine for brukermedvirkning	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene.	Januar 2021	Virksomhetsleder og Avdelingsledere	Er gjennomført
Sette inn møter i brukerråd i årshjul og kalender. Minimum 2 møter i året.	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene.	Mars 2020	Virksomhetsleder	Er gjennomført
Innkommst samtale, pårørende og pasient	Sikre god kommunikasjon, informasjon og samarbeid med pasient og pårørende	Innen to uker etter innkommst	Virksomhetsleder, Avdelingsleder, Ansvarssykepleier, Primærkontakter	Blir gjennomført kontinuerlig
Tilbud om samtale ved årskontroll, med lege. Og ellers ved behov	Sikre god kommunikasjon, informasjon og samarbeid med pasient og pårørende	I forbindelse med årskontroll, 3 første mnd i året.	Virksomhetsleder, Avdelingsleder, Ansvarssykepleier	Blir gjennomført
Brukerråd	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene	Desember 2020	Virksomhetsleder, Avdelingsleder	Er gjennomført, møte planlagt
Brukerundersøkelse	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene	Mai 2021 og deretter hvert 2-3 år.	Sektorleder og Virksomhetsleder	Ikke gjennomført
Årlig pårørende sammenkomst med valg av brukerrepresentant	Sikre systematisk bruker- og pårørende medvirkning i tjenestene	Juni 2021	Virksomhetsleder, Avdelingsleder	Ikke gjennomført

Kommentar: De årlige sammenkomstene med pårørende, pasienter og ansatte har ikke blitt avviklet så langt i år, det vil heller ikke være aktuelt i 2020. Det har derfor ikke blitt holdt vanlig valg av representant til brukerråd. Pårørende er blitt spurt og blir sittende til det er mulighet til å gjennomføre valg. Den planlagte brukerundersøkelsen kan si noe om opplevelsen av brukermedvirkning.

Styrke forutsetning for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

Tiltak	Mål	Tidsfrist	Ansvar	Gjennomføring
Medarbeider samtaler	Sikre god kjennskap til medarbeiderne og mulighet for	Desember 2020	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Der er gjennomført 25 samtaler, det gjenstår 36
Personalmøter hver mnd.	Sikre mulighet for å ta opp saker som er viktige for de ansatte, sikre god informasjon og felles forståelse	Innen måneden er omme, hver måned, utenom juli	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Blir gjennomført kontinuerlig
Gjennomgang av innmeldte avvik i personalgruppe	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved personal møter	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Blir gjennomført
Opplæring i avvikssystemer	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved oppstart i jobb og ved behov	Virksomhetsleder, avdelingsleder, opplærings ansvarlig	Blir gjennomført
Involvere ansatte ved endring i rutiner/prosedyrer	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved behov	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Blir gjennomført
Involvering av ansatte når mål og tiltak blir utformet	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Ved behov	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Blir gjennomført
Felles gjennomgang av ROS-analyse	Styrke forutsetning for medvirkning i forbedringsarbeid for ansatte	Årlig, nå januar 2021	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Ikke gjennomført dette år
Utviklings-/samarbeidsmøter pasientrettet	Sikre mulighet til å evaluere hendelser, dele erfaringer og utforme tiltak i pleieplan.	Hver uke	Virksomhetsleder, avdelingsleder, ansvarssykepleier	Blir gjennomført på noen avdelinger, skal

				innarbeides bedre
Medarbeider undersøkelse 10-faktor	Sikre medarbeidernes mulighet for tilbakemelding	Vår 2021	Personalavdeling	Ikke gjennomført
Oppfølging medarbeider undersøkelse	Sikre at tilbakemeldinger gjennom medarbeider undersøkelser blir en del av forbedringsarbeidet.	Juni2021	Virksomhetsleder, avdelingsleder	Ikke gjennomført
Felles kompetanseplan sykehjem		Vår 2021	Virksomhetsleder, sektorleder	Ikke gjennomført

Kommentar: Medarbeiderundersøkelsen 10-faktor, som skal være vår 2021, kan gi oss en tilbakemelding på om effekten av tiltakene er god. I oppfølgingen av denne undersøkelsen kan vi ha et spesielt fokus på medvirkning.

Det er vanskelig å vurdere om antall innmeldte avvik sier noe om effekten av tiltak, da vi ser at fokus på avvik og god opplæring i avviksmelding gir flere innmeldte avvik. I KF-system var det i 2019 198 avvik for sykehjem, til nå, dette år, er det meldt inn 94 avvik. I profil er det innmeldt 194 avvik i 2019, hittil i år er det innmeldt 504 for sykehjem.

Ved medarbeidersamtaler blir det spurt om hvordan de opplever medvirkning. Hittil er tilbakemeldingen at medarbeiderne opplever medvirkning på arbeidsplassen, de føler seg sett og hørt.



Nordreisa kommune
v/ ordfører og kommunedirektør

Deres ref.:
Vår ref.: 8/21-428.5.5

Saksbeh.: Bjørn Halvor Wikasteen
E-postadr.: bhw@k-sek.no

Telefon: 777 88046
Dato: 20.3.2021

NORDREISA KOMMUNE – KONTROLLUTVALGET – MELDING OM VEDTAK

Kontrollutvalget har i møte 9.3.2021 protokollert slikt vedtak:

Sak 05/21

OPPFØLGNING SAK 36/20 – FORVALTNINGSREVISJON – KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTENE I NORDREISA KOMMUNE

Innstilling til v e d t a k:

(Saken fremmes med åpen innstilling)

Behandling:

Kommunedirektøren møtte i kontrollutvalget og redegjorde for oppfølging av saken. Kontrollutvalgets medlemmer stilte spørsmål.

Felles forslag til vedtak:

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

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

Postadresse: K-Sekretariatet IKS Postboks 6600 9296 TROMSØ Org nr 988 064 920 www.k-sek.no	Hovedkontor: Fylkeshuset Strandvn. 13, TROMSØ Tlf. 77 78 80 43	Avdelingskontor: Postmottak 9479 HARSTAD Tlf. 77 02 61 66	Avdelingskontor: Ringv. 1 9300 FINNSNES Tlf. 95 10 42 51	Avdelingskontor: Rådhuset 8305 SVOLVÆR Tlf. 95 10 90 02	Avdelingskontor: Fylkeshuset 8048 BODØ
--	--	---	--	---	---

Felles forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:

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

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

Saken bes fremmet kommunestyret.

K-Sekretariatets saksfremlegg følger saken til kommunestyret.

Tromsø, 20.3.2021



Bjørn H. Wikasteen
Seniorrådgiver



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
91/19	Nordreisa kommunestyre	19.12.2019

Forvaltningsrevisjon - Kvalitet i sykehjemstjenestene

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Saksfremlegg 24-19
- 2 Vedtak sak 24-19
- 3 Kvalitet i sykehjemstjenestene Nordreisa

Saksprotokoll i Nordreisa kommunestyre - 19.12.2019

Behandling:

Kontrollutvalgets innstillingen enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slik vedtak:

Kontrollutvalget viser til forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjemstjenestene som viser at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.

2. Kontrollutvalget har merket seg at enhetene fortsatt har store utfordringer knyttet til avvikshåndtering og at situasjonen ved enhetene i liten grad synes å ha forbedret seg siden kontrollutvalgets etatsbesøk i juni 2017. Kontrollutvalget ber om at rådmannen i forbindelse med behandlingen av rapporten i kommunestyret gir en redegjørelse om status i arbeidet med avvikshåndteringen.

3. Kontrollutvalget oversender saken til kommunestyret for videre oppfølging.

4. Kontrollutvalget rår kommunestyret treffe slikt vedtak:

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

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

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

Kontrollutvalgets innstilling

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slik vedtak:

Kontrollutvalget viser til forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjemstjenestene som viser at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.

2. Kontrollutvalget har merket seg at enhetene fortsatt har store utfordringer knyttet til avvikshåndtering og at situasjonen ved enhetene i liten grad synes å ha forbedret seg siden kontrollutvalgets etatsbesøk i juni 2017. Kontrollutvalget ber om at rådmannen i forbindelse med behandlingen av rapporten i kommunestyret gir en redegjørelse om status i arbeidet med avvikshåndteringen.

3. Kontrollutvalget oversender saken til kommunestyret for videre oppfølging.

4. Kontrollutvalget rår kommunestyret treffe slikt vedtak:

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

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

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

Saksopplysninger

Kommunestyret vedtok i PS 74/19 i møte 24.10.19 at saken utsettes.

Grunnlaget for bestilling:

Kontrollutvalget besluttet i møte 7.9.2018, under behandlingen av sak 22/18, å bestille et forvaltningsrevisjonsprosjekt med arbeidstittel *Kvalitet i Sykehjemstjenesten* i Nordreisa kommune. Bestilling av prosjektet ble oversendt KomRev NORD den 11.09.2018

Problemstilling:

Fra rapporten hitsettes:

I denne forvaltningsrevisjonen av kvalitet i sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune, har vi lagt til grunn følgende problemstilling:

Har Nordreisa kommune systemer og rutiner for å sikre at krav og målsettinger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves?

Rapportens funn og vurderinger:

Fra rapporten hitsettes sentrale funn og utdrag:

- På spørsmål om i hvilken grad avdelingslederne synes sykehjemmene klarer å ivareta pasientenes behov, er de samstemte om at slik bemanningssituasjonen er i dag, er det stort sett pasientenes basale behov som stell og pleie, dobesøk og måltider de klarer å dekke.

Egeninteresser, miljøtiltak, aktiviteter og tid til samtaler, klarer de i mindre grad å dekke- og de anser at dette gir redusert kvalitet i tjenesten pasientene får.

(...)

-I referat fra kontrollutvalgets etatsbesøk ved sykehjemmene 6. juni 2017, fremgår det at alle besøkte enheter mente at grunnbemanningen var for lav. De ansatte melder til avdelingslederne om høyt arbeidspress og tidvis stor slitasje ved å føle at man ikke rekker over oppgaver godt nok. I referatet fremgår det at det er ulik oppfatning hos kommunens ledelse og avdelingslederne rundt spørsmålet om hvorvidt det er tilstrekkelig bemanning.

(...)

Revisor vurderer at kommunen *til dels oppfylder* revisjonskriteriet om å ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov. I kommunens kvalitetssystem og VAR-Healthcare har de ansatte tilgang til rutiner og prosedyrer som gjelder pasient og praktisk sykepleie. I tillegg skal det i Profil dokumenteres hvilke behov som er kartlagt (IPLOS-kartlegging) med hensyn til den enkelte pasient og hvilke tiltak som skal gjennomføres for å imøtekomme disse behovene. Kriteriet vurderes imidlertid som kun til dels oppfylt da revisor ikke har blitt forelagt prosedyrer/rutiner som omhandler sosiale behov, døgnrytme, skjermet privatliv, enerom (ved langtidsopphold), nødvendig tannbehandling, og variert/tilpasset aktivitet.

Følgende av målbeskrivelsene med tiltak fra virksomhetsplanen som er redegjort for i de foregående kapitlene, har også relevans for dette kapitlet:

-godt og tillitsfullt samarbeid mellom pasienter, pårørende, ansatte og mellom de tre sykehjemmene,

-god dokumentasjon av helsehjelp, at det lages tiltaksplaner for alle pasientene og at disse blir fulgt og evaluert kontinuerlig

Når det gjelder brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser opplyser virksomhetsleder at det ikke er gjennomført slike undersøkelser de siste årene.

Virksomhetslederen opplyser at det er etablert brukerutvalg for sykehjemmene der pasienter og pårørende deltar. Det gjennomføres inntil fire møter i året. Revisor får opplyst at utvalget er lite aktivt. Det er helse- og omsorgsleder som skal innkalle og lede møtene. Det skal være to representanter som er valgt av pårørende per sykehjem i tillegg til avdelingsleder. På bakgrunn av flere skifter i stillingen som helse- og omsorgsleder, har ikke møtene blitt fulgt opp i det siste. Siste møte i brukerutvalget var i desember 2016.

Revisor vurderer at kommunen *til dels oppfylder* 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. Sykehjemmene har vist til skriftlige rutiner og hvordan involvering av pasient og pårørende gjøres. Revisjonskriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt i og med at brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser ikke gjennomføres som den del av evalueringen.

Kommunen har i liten grad vist til hvordan *brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem* ut over at det er etablert brukerutvalg for sykehjemmene. Brukerutvalget er imidlertid lite aktivt, og revisor vurderer dette revisjonskriteriet som i *liten grad oppfylt*.

Sykehjemmene har vist til ulike aktiviteter som er i regi eller i samarbeid med frivillige organisasjoner, men i mindre grad i samarbeid med bruker-organisasjoner. Revisor vurderer på denne bakgrunn at revisjonskriteriet om å legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner som *til dels oppfylt*.

Revisors funn viser at sykehjemmene har faste møter med de ansatte samt at det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2017. Medarbeidersamtaler synes imidlertid ikke å ha vært prioritert i 2018. Revisor vurderer på denne bakgrunn at kommunen *til dels oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for medvirkning fra ansatte i for-bedringsarbeid ved sykehjemstjenestene.

Revisjonskriteriet om at kommunen skal ha system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse vurderes som *til dels oppfylt*. Vurderingen er gjort på bakgrunn av funn som viser at:

- det foreligger introduksjonsprogram som følges opp av avdelingsleder/virksomhetsleder
- de ansatte har tilgang på faglige ressurser og oppslagsverk, men det settes ikke av tid for fordypning i disse i arbeidstiden
- kompetanseplan synes ikke å være utarbeidet

(...)

Fylkesmannen i Troms mottok i 2017 bekymringsmelding fra ansatte ved Bo- og kultur om at nedbemanningen medførte faglig uforsvarlig drift. Fylkesmannen konkluderte med at Nordreisa kommune hadde brutt forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Fylkesmannen ba i brev av 27.4.2018 Nordreisa kommune om tilbakemelding med beskrivelse av hvilke tiltak kommunen har iverksatt for å overholde lovgivningen samt en redegjørelse for hvordan kommunen ville vurdere om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virket en stund. I brev av 3.7.2018 skriver Fylkesmannen:

«Fylkesmannen har i brev datert 25.06.18 mottatt tilbakemelding fra Nordreisa kommune. Det beskrives her at virksomhetsleder har ansvar for ukentlig å lukke avvik i pasientjournal, og for å påbegynne forbedringstiltak. Det skal også lages en rapport i KF systemet basert på siste måneds avvik, med beskrivelse av iverksatte tiltak. Videre skal meldte avvik rapporteres til sektorleder i månedlig økonomirapport.

Videre beskrives det at Nordreisa kommune skal jobbe videre med utarbeidelse av rutiner, blant annet for journalansvarlig, avviksbehandling/oppfølging av avvik, gjennomgang av alle eksisterende rutiner. Kommunen har også beskrevet hvordan ledelsen skal følge opp om iverksatte tiltak virker som planlagt, hvor sektorleder blant annet skal gjennomføre stikkprøver på dokumentasjon og oppfølging av tiltak på fagområder som ernæring og legemiddelgjennomgang.»

Fylkesmannen ba Nordreisa kommune om ny redegjørelse innen 15.11.18 for hvilke konkrete tiltak som er iverksatt i henhold til kommunens plan og hvordan disse er fulgt opp. På kommunens nettside står det at Nordreisa kommune vil innen 15.11.18 sende ny redegjørelse for hvilke konkrete tiltak som er iverksatt i henhold til kommunens plan og hvordan disse er fulgt opp. Revisor har etterspurt hvordan Nordreisa kommune har fulgt opp denne saken og eventuell avgjørelse fra fylkesmannen, men ikke fått svar på forespørselen.

(...)

På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen *oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene. Vi forutsetter at kommunens innsats på området den siste tiden, etter blant annet kontrollutvalgets etatsbesøk og kommunens oppfølging overfor Fylkesmannen, bidrar til at ansattes kjennskap og bruk av avvikssystemet samt ledelsens oppfølging av avvik styrkes.

Konklusjoner:

Vår konklusjon på problemstillingen er:

Kommunen har ikke tilstrekkelig grad systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.

Konklusjonen bygger på våre vurderinger av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer og lokale prosedyrer ved sykehjemmene, samt opplysninger fra virksomhetsledere og avdelingsledere-opp imot revisjonskriterier utledet fra nasjonalt regelverk og faglige anbefalinger. (min utheving)

Oppsummert er våre vurderinger at:

- ✓ Kommunen har til dels skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.
- ✓ Kommunen har et system for å sikre beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon.
- ✓ Kommunen har til dels et 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 i liten grad system for å sikre at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem.
- ✓ Kommunen legger til dels til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner
- ✓ Kommunen har til dels et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene
- ✓ Kommunen har et system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene.
- ✓ Kommunen har system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboere/pårørende.
- ✓ Kommunen har system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene, samt å ha system for å planlegge risikoreduserende tiltak.

Anbefalinger:

KomRev NORD anbefaler kommunen å:

- ✓ videreutvikle sine skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
- ✓ videreutvikle sitt system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
- ✓ styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet har gjennomgått rapporten, og mener den gir svar på de problemstillinger som kontrollutvalget ønsket å få utredet. Kontrollutvalget har også gjennom sitt etatsbesøk i 2017 ved de tre undersøkte enhetene fått kjennskap til de utfordringer som foreligger.

Arbeid med kvalitet i eldreomsorgen er en kontinuerlig prosess, og det er viktig at kontrollutvalgene med jevne mellomrom fokuserer på dette. Rapporten viser at kommunen har et forbedringspotensial, og dette gjelder særlig rundt bedre samhandling med både ansatte, beboere og pårørende.

En generell utfordring i eldreomsorgen er at eldre bor hjemme lengere, og de som får plass på institusjonene er som regel langt mer pleietrengende enn grunnbemanning mange steder tilsier. Det kan også være flere med krevende diagnoser enn tidligere. Det er således også viktig at kommunene i arbeidet med kvalitetsreformer også tar høyde for at omsorgstilbudet er tilpasset beboerne / pasientenes reelle behov.

Forslag til vedtak er basert på revisjonens anbefalinger, men kontrollutvalget kan i møte også gjøre tilføyelser eller presiseringer om ønskelig.

Rapporten ble sendt på høring til rådmannen, men det kom ikke noen svar innen fristen.



Utvalg: Kontrollutvalget i Nordreisa kommune	Saksnummer: 24/2019	Møtedato: 13.9.2019	Saksbehandler: Bjørn H. Wikasteen
---	-------------------------------	-------------------------------	---

FORVALTNINGSREVISJON – KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTENE

Innstilling til v e d t a k:

Kontrollutvalget rår kommunestyret å treffe slikt vedtak:

1. *Kommunestyret ber rådmann avgi en skriftlig redegjørelse til kontrollutvalget over planlagte og gjennomførte tiltak for å imøtekomme revisjonens anbefalinger om å
 - a. *videreutvikle skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov*
 - b. *videreutvikle system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene*
 - c. *styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene**
2. *Frist for skriftlig tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 1. mars 2020.*

Saken gjelder:

Forvaltningsrevisjonsrapport Kvalitet i sykehjemstjenestene.

Vedlegg til saken:

A: Trykte vedlegg:

1. Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i sykehjemstjenestene»

B: Utrykte vedlegg:

Saksutredning:

Grunnlaget for bestilling:

Kontrollutvalget besluttet i møtet 7.9.2018, under behandlingen av sak 22/18, å bestille et forvaltningsrevisjonsprosjekt med arbeidstittel *Kvalitet i Sykehjemstjenestene* i Nordreisa kommune. Bestilling av prosjektet ble oversendt KomRev NORD den 11.09.2018.

Problemstilling:

Fra rapporten hitsettes:

I denne forvaltningsrevisjonen av kvalitet i sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune, har vi lagt til grunn følgende problemstilling:

Har Nordreisa kommune systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves?

Rapportens funn og vurderinger:

Fra rapporten hitsettes sentrale funn og utdrag:

- På spørsmål om i hvilken grad avdelingslederne synes sykehjemmene klarer å ivareta pasientenes behov, er de samstemte om at slik bemanningssituasjonen er i dag, er det stort sett pasientenes basale behov som stell og pleie, dobesøk og måltider de klarer å dekke. Egeninteresser, miljøtiltak, aktiviteter og tid til samtaler, klarer de i mindre grad å dekke – og de anser at dette gir redusert kvalitet i tjenesten pasientene får.

(...)

- I referat fra kontrollutvalgets etatsbesøk ved sykehjemmene 6. juni 2017, fremgår det at alle besøkte enheter mente at grunnbemanningen var for lav. De ansatte melder til avdelingslederne om høyt arbeidspress og tidvis stor slitasje ved å føle at man ikke rekker over oppgaver godt nok. I referatet fremgår det at det er ulik oppfatning hos kommunens ledelse og avdelingslederne rundt spørsmålet om hvorvidt det er tilstrekkelig bemanning.

(...)

Revisor vurderer at kommunen *til dels oppfyller* revisjonskriteriet om å ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov. I kommunens kvalitetssystem og VAR-Healthcare har de ansatte tilgang til ruiner og prosedyrer som gjelder pasient og praktisk sykepleie. I tillegg skal det i Profil dokumenteres hvilke behov som er kartlagt (IPLoS-kartlegging) med hensyn til den enkelte pasient og hvilke tiltak som skal gjennomføres for å imøtekomme disse behovene. Kriteriet vurderes imidlertid som kun til dels oppfylt da revisor ikke har blitt forelagt prosedyrer/rutiner som omhandler sosiale behov, døgnrytme, skjermet privatliv, enerom (ved langtidsopphold), nødvendig tannbehandling, og variert/tilpasset aktivitet.

Følgende av målbeskrivelsene med tiltak fra virksomhetsplanen som er redegjort for i de foregående kapitlene, har også relevans for dette kapitlet:

- *godt og tillitsfullt samarbeid mellom pasienter, pårørende, ansatte og mellom de tre sykehjemmene,*

- *god dokumentasjon av helsehjelp, at det lages tiltaksplaner for alle pasientene og at disse blir fulgt og evaluert kontinuerlig*

Når det gjelder brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser opplyser virksomhetsleder at det ikke er gjennomført slike undersøkelser de siste årene.

Virksomhetslederen opplyser at det er etablert brukerutvalg for sykehjemmene der pasienter og pårørende deltar. Det gjennomføres inntil fire møter i året. Revisor får

opplyst at utvalget er lite aktivt. Det er helse- og omsorgsleder som skal innkalle og lede møtene. Det skal være to representanter som er valgt av pårørende per sykehjem i tillegg til avdelingsleder. På bakgrunn av flere skifter i stillingen som helse- og omsorgsleder, har ikke møtene blitt fulgt opp i det siste. Siste møte i brukerutvalget var i desember 2016.

Revisor vurderer at kommunen *til dels 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. Sykehjemmene har vist til skriftlige rutiner og hvordan involvering av pasient og pårørende gjøres. Revisjonskriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt i og med at brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser ikke gjennomføres som den del av evalueringen.

Kommunen har i liten grad vist til hvordan *brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem* ut over at det er etablert brukerutvalg for sykehjemmene. Brukerutvalget er imidlertid lite aktivt, og revisor vurderer dette revisjonskriteriet som *i liten grad oppfylt*.

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

Revisors funn viser at sykehjemmene har faste møter med de ansatte samt at det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2017. Medarbeidersamtaler synes imidlertid ikke å ha vært prioritert i 2018. Revisor vurderer på denne bakgrunn at kommunen *til dels oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene.

Revisjonskriteriet om at kommunen skal ha system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse vurderes som *til dels oppfylt*. Vurderingen er gjort på bakgrunn av funn som viser at:

- det foreligger introduksjonsprogram som følges opp av avdelingsleder/virksomhetsleder
- de ansatte har tilgang på faglige ressurser og oppslagsverk, men det settes ikke av tid for fordypning i disse i arbeidstiden
- kompetanseplan synes ikke å være utarbeidet

(...)

Fylkesmannen i Troms mottok i 2017 bekymringsmelding fra ansatte ved Bo- og kultur om at nedbemanningen medførte faglig uforsvarlig drift.²⁰ Fylkesmannen konkluderte med at Nordreisa kommune hadde brutt forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.²¹ Fylkesmannen ba i brev av 27.4.2018 Nordreisa kommune om tilbakemelding med beskrivelse av hvilke tiltak kommunen har iverksatt for å overholde lovgivningen samt en redegjørelse for hvordan kommunen ville vurdere om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virket en stund. I brev av 3.7.2018 skriver Fylkesmannen:

«Fylkesmannen har i brev datert 25.06.18 mottatt tilbakemelding fra Nordreisa kommune. Det beskrives her at virksomhetsleder har ansvar for ukentlig å lukke avvik i pasientjournal, og for å påbegynne forbedringstiltak. Det skal også lages en rapport i KF systemet basert på siste måneds avvik, med beskrivelse av iverksatte tiltak. Videre skal meldte avvik rapporteres til sektorleder i månedlig økonomirapport. Videre beskrives det at Nordreisa kommune skal jobbe videre med utarbeidelse av rutiner, blant annet for journalansvarlig, avviksbehandling/oppfølging av avvik, gjennomgang av alle eksisterende rutiner. Kommunen har også beskrevet hvordan ledelsen skal følge opp om iverksatte tiltak virker som planlagt, hvor sektorleder blant annet skal gjennomføre stikkprøver på dokumentasjon og oppfølging av tiltak på fagområder som ernæring og legemiddelgjennomgang.»

Fylkesmannen ba Nordreisa kommune om ny redegjørelse innen 15.11.18 for hvilke konkrete tiltak som er iverksatt i henhold til kommunens plan og hvordan disse er fulgt opp. På kommunens nettside står det at Nordreisa kommune vil innen 15.11.18 sende ny redegjørelse for hvilke konkrete tiltak som er iverksatt i henhold til kommunens plan og hvordan disse er fulgt opp. Revisor har etterspurt hvordan Nordreisa kommune har fulgt opp denne saken og eventuell avgjørelse fra fylkesmannen, men ikke fått svar på forespørselen.

(...)

På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen *oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene. Vi forutsetter at kommunens innsats på området den siste tiden, etter blant annet kontrollutvalgets etatsbesøk og kommunens oppfølging overfor Fylkesmannen, bidrar til at ansattes kjennskap og bruk av avvikssystemet samt ledelsens oppfølging av avvik styrkes.

Konklusjoner:

Vår konklusjon på problemstillingen er:

Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.

Konklusjonen bygger på våre vurderinger av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer og lokale prosedyrer ved sykehjemmene, samt opplysninger fra virksomhetsledere og avdelingsledere – opp imot revisjonskriterier utledet fra nasjonalt regelverk og faglige anbefalinger. (min utheving)

Oppsummert er våre vurderinger at:

- ✓ Kommunen har til dels skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.
- ✓ Kommunen har et system for å sikre beboers/nærmeste pårørendes rett til informasjon.
- ✓ Kommunen har til dels et 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 i liten grad system for å sikre at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem.

- ✓ Kommunen legger til dels til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner
- ✓ Kommunen har til dels et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene
- ✓ Kommunen har et system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene.
- ✓ Kommunen har system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboere/pårørende.
- ✓ Kommunen har system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene, samt å ha system for å planlegge risikoreducerende tiltak.

Anbefalinger:

KomRev NORD anbefaler kommunen å:

- ✓ videreutvikle sine skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
- ✓ videreutvikle sitt system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
- ✓ styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet har gjennomgått rapporten, og mener den gir svar på de problemstillinger som kontrollutvalget ønsket å få utredet. Kontrollutvalget har også gjennom sitt etatsbesøk i 2017 ved de tre undersøkte enhetene fått kjennskap til de utfordringer som foreligger.

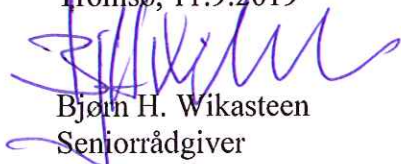
Arbeid med kvalitet i eldreomsorgen er en kontinuerlig prosess, og det er viktig at kontrollutvalgene med jevne mellomrom fokuserer på dette. Rapporten viser at kommunen har et forbedringspotensiale, og dette gjelder særlig rundt bedre samhandling med både ansatte, beboere og pårørende.

En generell utfordring i eldreomsorgen er at eldre bor hjemme lengere, og de som får plass på institusjonene er som regel langt mer pleietrengende enn grunnbemanning mange steder tilsier. Det kan også være flere med krevende diagnoser enn tidligere. Det er således også viktig at kommunene i arbeidet med kvalitetsreformer også tar høyde for at omsorgstilbudet er tilpasset beboerne / pasientenes reelle behov.

Forslag til vedtak er basert på revisjonens anbefalinger, men kontrollutvalget kan i møte også gjøre tilføyelser eller presiseringer om ønskelig.

Rapporten ble sendt på høring til rådmannen, men det kom ikke noen svar innen fristen.

Tromsø, 11.9.2019



Bjørn H. Wikasteen
Seniorrådgiver

NOTAT

Til: Kontrollutvalget Nordreisa kommune
 Fra: KomRev NORD
 Dato: 9.9.2019

SYKEFRAVÆR VED SYKEHJEMMENE 4.KV. 2016 – 1.KV. 2019

Vi viser til vedtak i sak 21/19 der kontrollutvalget ba revisor om å innhente og dokumentere utviklingen i sykefraværet ved sykehjemmene fra 4. kvartal 2016 og frem til 1. kvartal 2019.

Revisor har innhentet oversikt utviklingen i sykefraværet fra 4. kvartal 2016 og frem til 1. kvartal 2019. Oversikten revisor har mottatt fra kommunen er hentet fra Agresso som er kommunens økonomisystem. Oversikten viser fraværspersent som er regnet ut på bakgrunn av antall sykedagsverk og antall avtalte dagsverk. Fraværet er delt inn i sykedagsverk fordelt på egenmelding inntil og over åtte dager, og legemeldt sykefravær - som vist i tabellen nedenfor.

Da revisor analyserte tallmaterialet fra kommunen, fikk revisor inntrykk av at sykefraværsgener over 56 dager ikke var tatt med i statistikken. Revisor tok kontakt med kommunen v/økonomisjef som i sin tur sendte saken til brukerstøtten i Evry¹, fordi hun også ble i tvil om sykefraværstallene var riktige. Den 6. september 2019 mottok vi tilbakemelding fra kommunen om at tallene er riktige.

Tabell 1: Eksempel sykefraværsoversikt

Arbsted	Fraværspers%	Syke dgv	Avt. dgv	Egen 0-8 dgv	Egen >8 dgv	Syk 0-3 dgv	Syk 4-16 dgv	Syk 17-56 dgv	Syk >56 dgv
Sonjatun sykehjem	19,28	237,33	1 233,48	18,05	0,00	3,86	14,38	201,54	76,40
Sonjatun omsorgssenteret	9,61	97,02	1 009,37	7,26	0,00	4,07	0,00	85,70	31,10
Sonjatun bo- og kultursenter	15,45	164,57	1 065,47	7,97	0,00	3,27	19,50	133,83	60,25

Kilde: Nordreisa kommune

Det viser seg at kolonnen med sykefravær over 56 dager kun er en opplysning som viser til hvor mange av sykefraværsgener som har påløpt utover 56 sammenhengende dager. Oversikten kan, slik vi har opplevd i denne saken, feiltolkes, men tallene er altså korrekte. I

¹ Programleverandøren til Agresso

kolonnen «syk 17-56 dgv.» burde det etter revisors vurdering stått «syk>17 dgv» og siste kolonne «herav syk >56 dgv». Brukerstøtte fra Evry erkjenner i sin tilbakemelding til kommunen at oversikten er litt misvisende.

Innledningsvis vil revisor presentere sykefraværstatistikk fra årene 2016-2018. Av tabell 2 fremgår samlet sykefraværsprosenten for Nordreisa kommune, sykehjemmene i kommunen og landsgjennomsnittet for helse- og sosialtjenester.

Tabell 2: Samlet sykefravær årene 2016-2018

	2016	2017	2018
Nordreisa kommune	7,94	8,48	8,36
Sonjatun sykehjem	8,31	11,7	10,08
Sonjatun omsorgssenter	7,4	6,76	8,78
Sonjatun bo- og kultursenter	8,1	10,85	15,82
Landsgj.snitt helse- og sosialtjenester	8,2	8,3	8,3

Kilde: Nordreisa kommune, SSB

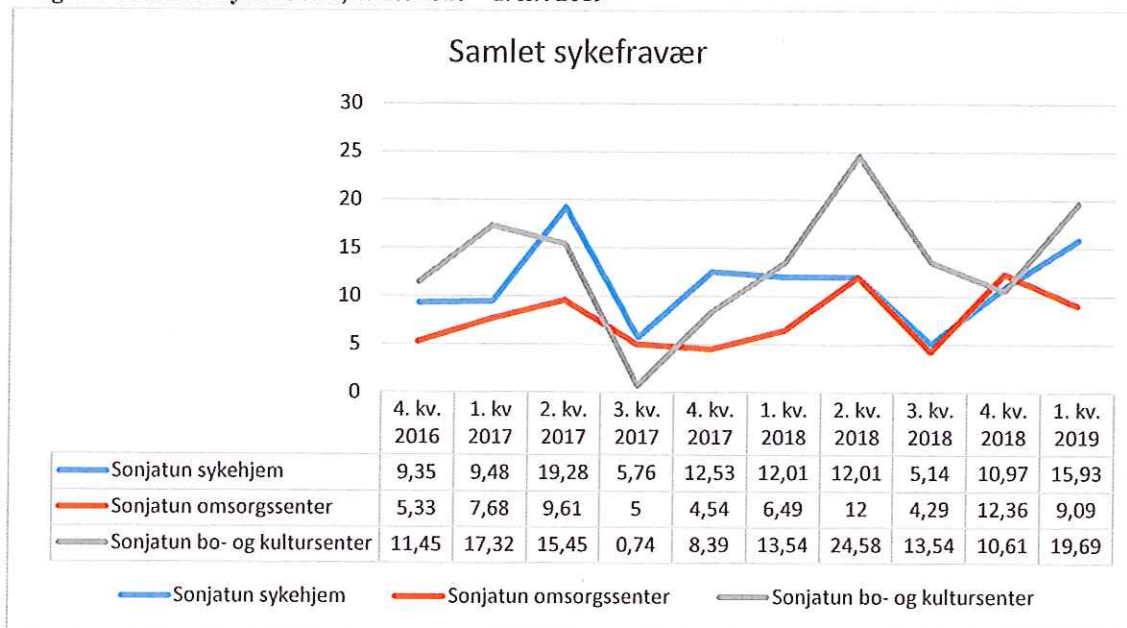
På bakgrunn av de kvartalsvise sykefraværsoversiktene har revisor utarbeidet oversikt over samlet sykefravær, samt korttids- og langtidsykefravær. *Korttidsfravær* er egenmeldt og legemeldt sykefravær til og med 16 dager (arbeidsgiverperioden)² og *langtidsfravær* er sykefravær mer enn 16 dager (fravær utover arbeidsgiverperioden og maks inntil 52 uker)³.

Som vi ser i diagram 1 på neste side, har det samlet sykefraværet variert ved sykehjemmene. Sonjatun omsorgssenter har, med unntak av 3. kvartal 2017 og 4. kvartal 2018, hatt lavest sykefravær. Den kvartalsvise statistikken viser tydelig sesongvariasjoner med topper 2. kvartal og nedgang 3. kvartal. Bo- og kultursenteret hadde høyt sykefravær i 2018 med hele 24,58 % i 2. kvartal.

² Arbeidsgiveren skal betale sykepenger i en periode på opptil 16 kalenderdager, også kalt arbeidsgiverperioden. Egenmeldinger inngår i arbeidsgiverperioden. Alle kalenderdager teller med i arbeidsgiverperioden.

³ En arbeidsgiver som betaler ut lønn/sykepenger utover arbeidsgiverperioden, kan kreve refusjon fra NAV.

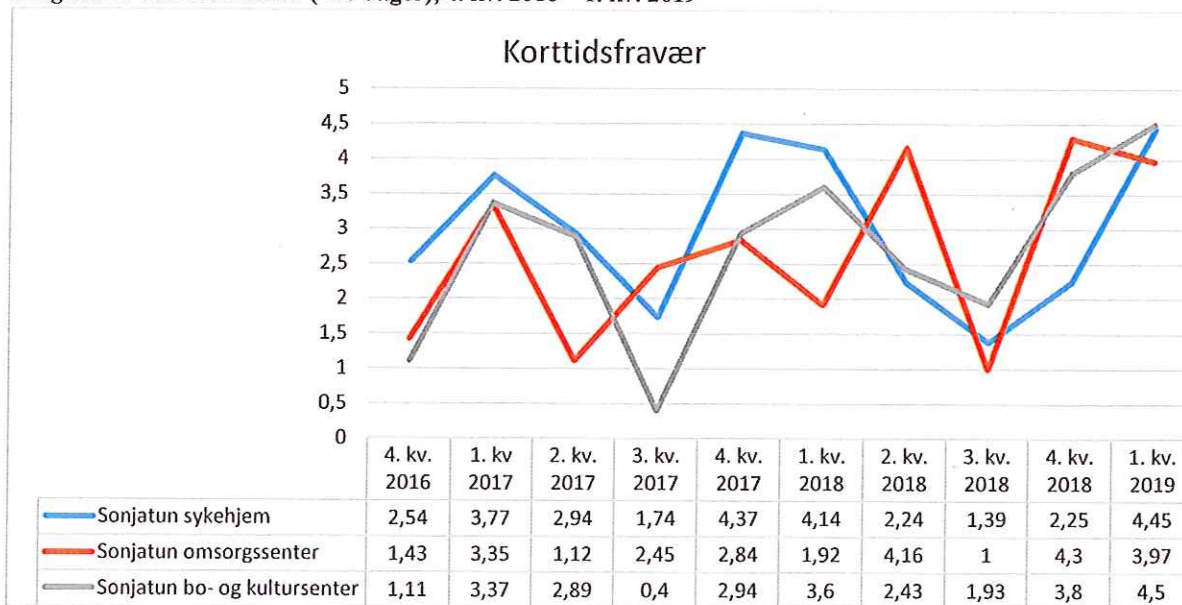
Diagram 1: Samlet sykefravær, 4. kv. 2016 – 1. kv. 2019



Kilde: Nordreisa kommune

Av diagram 2 på neste side ser vi at korttidsfraværet har variert ved alle sykehjemmene og at det har ligget under 4,5 %. Det er sesongvariasjoner i sykefraværet og spesielt er dette å se i nedgangen som er hvert 3. kvartal, noe som henger sammen med sommerferie som fører til mindre korttidsfravær. Det bør også nevnes at sesonginfluensa og luftveisinfeksjoner er noe som i større grad påvirker korttidsfraværet enn langtidsfraværet, og som regel gir utslag med økt fravær 1. kvartal og 4. kvartal.⁴

Diagram 2: Korttidsfravær (<16 dager), 4. kv. 2016 – 1. kv. 2019

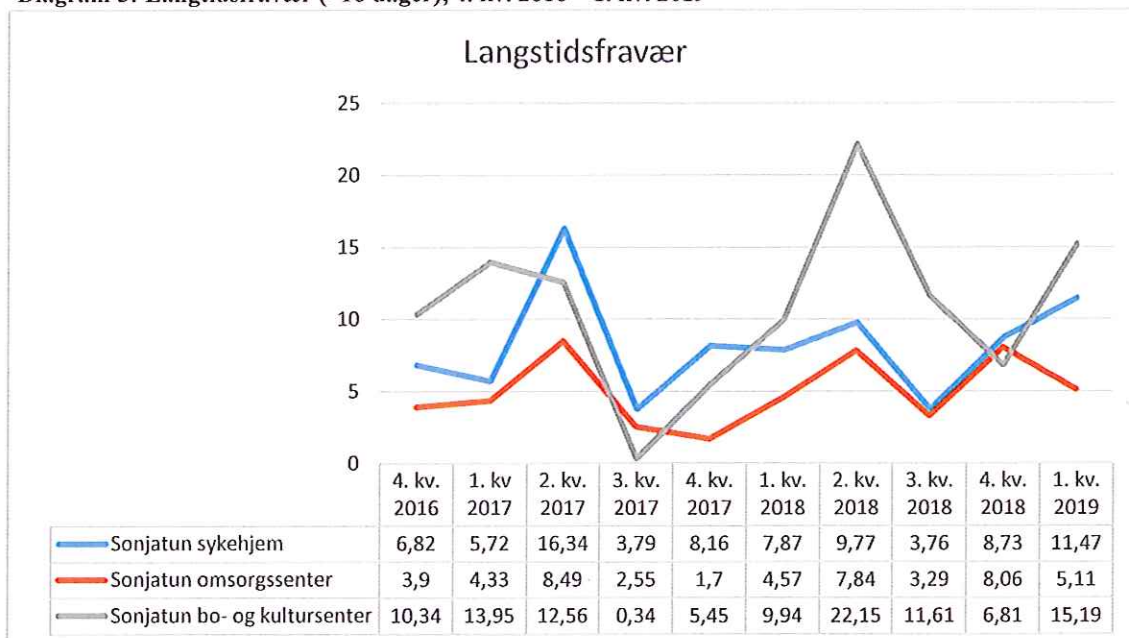


Kilde: Nordreisa kommune

⁴ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar> - statistikknotat

Diagram 3 nedenfor illustrerer langtidsfraværet, og kurvene likner naturlig nok en del på dem som fremgår av diagram 1 ovenfor.

Diagram 3: Langtidsfravær (>16 dager), 4. kv. 2016 – 1. kv. 2019



Kilde: Nordreisa kommune

Virksomhetsleder ved omsorgssenteret kommenterer følgende om hvorvidt sykefravær kan påvirke tjenestekvaliteten:

Sykefraværet kan føre til at tjenestekvaliteten påvirkes. Når en sykepleier er borte fra jobb, kan det være vanskelig å erstatte den med sykepleiervikar på grunn av mangel på fagpersoner. Da må man kanskje erstatte fagfolk med assistenter. Assistentene er både flinke og kjent i avdelingene, men de mangler fagkunnskapen til sykepleiere og helsefagarbeiderne har. Sykefravær kan også føre til at det ikke bestilles inn vikar og at man dermed går med mindre bemanning enn turnusen tilsier.

Mvh

Truls Siri
Forvaltningsrevisor



Utskrift av vedtak fra møte 13.9.2019 i Kontrollutvalget i **Nordreisa kommune**

Sak 24/19

FORVALTNINGSREVISJON – KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTENE

Innstilling til v e d t a k:

Kontrollutvalget rå kommunestyret å treffe slikt vedtak:

1. *Kommunestyret ber rådmann avgi en skriftlig redegjørelse til kontrollutvalget over planlagte og gjennomførte tiltak for å imøtekomme revisjonens anbefalinger om å
 - a. videreutvikle skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
 - b. videreutvikle system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
 - c. styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene*
2. *Frist for skriftlig tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 1. mars 2020.*

Behandling:

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor redegjorde for rapporten.

Kontrollutvalget ønsket å gjøre noen tilføyelser i vedtaket og fremmet slikt felles forslag til vedtak:

1. *Kontrollutvalget viser til forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjemstjenestene som viser at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.*
2. *Kontrollutvalget har merket seg at enhetene fortsatt har store utfordringer knyttet til avvikshåndtering og at situasjonen ved enhetene i liten grad synes å ha forbedret seg siden kontrollutvalgets etatsbesøk i juni 2017. Kontrollutvalget ber om at rådmannen i forbindelse med behandlingen av rapporten i kommunestyret gir en redegjørelse om status i arbeidet med avvikshåndteringen.*
3. *Kontrollutvalget oversender saken til kommunestyret for videre oppfølging.*
4. *Kontrollutvalget rå kommunestyret treffe slikt vedtak:*

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

- a. *videreutvikle skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov*

- b. videreutvikle system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
- c. styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

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

Felles forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Kontrollutvalget viser til forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjemstjenestene som viser at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.
2. Kontrollutvalget har merket seg at enhetene fortsatt har store utfordringer knyttet til avvikshåndtering og at situasjonen ved enhetene i liten grad synes å ha forbedret seg siden kontrollutvalgets etatsbesøk i juni 2017. Kontrollutvalget ber om at rådmannen i forbindelse med behandlingen av rapporten i kommunestyret gir en redegjørelse om status i arbeidet med avvikshåndteringen.
3. Kontrollutvalget oversender saken til kommunestyret for videre oppfølging.
4. Kontrollutvalget råår kommunestyret treffe slikt vedtak:

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

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

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

Utskrift fra saksprotokoll sendt 1. oktober 2019 til:

- Nordreisa kommune v/ rådmann og ordfører

FORVALTNINGSREVISJON

Kvalitet i sykehjemstjenestene

Nordreisa kommune



Rapport 2019

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Nordreisa kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon av 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 Nordreisa kommune, jf, kommuneloven § 79 og revisjonsforskriften § 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi tager de involverte fra Nordreisa kommune for samarbeidet i denne forvaltningsrevisjonen.

Finnsnes, 12.9.2019

Knut Teppan Vik

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor
Ansvarlig for kvalitetssikring

Truls Siri

Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

I denne forvaltningsrevisjonen har KomRev Nord undersøkt om Nordreisa kommune har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.

Vår konklusjon er at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves. Konklusjonen bygger på våre vurderinger av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer og lokale prosedyrer ved sykehjemmene, samt opplysninger fra virksomhetsledere og avdelingsledere – opp imot revisjonskriterier utledet fra nasjonalt regelverk og faglige anbefalinger. Oppsummert er våre vurderinger at:

- Kommunen har til dels skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.
- Kommunen har et system for å sikre beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon.
- Kommunen har til dels et 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 i liten grad system for å sikre at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem.
- Kommunen legger til dels til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner
- Kommunen har til dels et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene
- Kommunen har et system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene.
- Kommunen har system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboere/pårørende.
- Kommunen har system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene, samt å ha system for å planlegge risikoreduserende tiltak.

Vi anbefaler kommunen å:

- videreutvikle sine skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
- videreutvikle sitt system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
- styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

Innholdsfortegnelse

	SAMMENDRAG	
1	INNLEDNING	2
2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	2
2.1	Problemstillinger	2
2.2	Kvalitetsbegrepet	2
2.3	Revisjonskriterier	3
3	METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING	12
3.1	Metode og datamateriale	12
3.1.1	<i>Gyldighet og pålitelighet</i>.....	13
4	SYKEHJEMSTJENESTENE I NORDREISA KOMMUNE.....	14
5	IVARETAKELSE AV BEBOERNES GRUNNLEGGENDE BEHOV	17
6	INFORMASJONSUTVEKSLING MED BEBOERE OG PÅRØRENDE	21
7	BRUKERERFARINGER OG -MEDVIRKNING	23
8	ANSATTES MEDVIRKNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE.....	25
9	AVDEKKE, RETTE OPP OG FOREBYGGE SVIKT.....	30
10	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	38
11	HØRING	38
12	ANBEFALINGER.....	40
13	REFERANSER.....	41

1 INNLEDNING

Forvaltningsrevisjonstemaet «Kvalitet i sykehjemstjenestene» var gitt nest høyeste prioritet i Nordreisa kommunes plan for forvaltningsrevisjon som ble vedtatt av kommunestyre i sak 23/17 20. april 2017. Kontrollutvalget vedtok i sak 22/18 å bestille forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitet i kommunens sykehjemstjenester. Kontrollutvalgets formål med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvorvidt sykehjemmene har rutiner for å sikre kvalitet i tjenestene. Kontrollutvalget vedtok i sak 21/19 å be revisor innhente og dokumentere utviklingen i sykefraværet fra 4. kvartal 2016 og frem til 1. kvartal 2019.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

På grunnlag av kontrollutvalgets bestilling og formål, har vi utarbeidet følgende problemstilling for denne forvaltningsrevisjonen:

Har Nordreisa kommune systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves?

2.2 Kvalitetsbegrepet

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

Veilederen til kvalitetsforskriften² 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, samordnede og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.*
- *Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.*

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 ham eller henne. Struktur- og prosesskvalitet fanger opp forhold som ressursbruk og organisering - som har en mer indirekte effekt for brukeren. Det vil si at struktur- og prosesskvalitet 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 en skille 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.

I vår undersøkelse og vurdering av om kommunen har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves - har vi undersøkt struktur- og prosesskvalitet med bakgrunn i objektive kvalitetsindikatorer utledet fra regelverk. Vi kommer nærmere tilbake til dette nedenfor.

2.3 Revisjonskriterier

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

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

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

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. § 1-1. Ifølge § 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 omsorgstjenesten⁴, men den 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-2620⁵ 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

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

i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

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 angir 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*

På denne bakgrunn har vi utledet revisjonskriteriet at kommunen skal ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.

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 viser blant annet til 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 anses å ha betydning for om brukerne f.eks. opplever å bli behandlet med respekt. Brukermedvirkning og ansattes kompetanse er forhold som behandles som egne tema i denne rapporten. Vi presiserer at flere av temaene går inn i og/eller påvirker hverandre.

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 åttende 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 pasient eller brukers nærmeste pårørendes rett til informasjon.

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

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 brukermidvirkning 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 brukermidvirkning kan skje på flere plan og påpeker at på individ- og systemnivå er det grader av brukermidvirkning. 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 brukermidvirkning, mens ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er et eksempel på høy grad av individuell brukermidvirkning eller brukerstyring. Utarbeiding og oppfølging av individuell plan er også eksempel på brukermidvirkning på individnivå.⁶ Ifølge veilederen innebærer brukermidvirkning 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)

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.

- 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.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal

- 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 brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner

Ansattes medvirkning, kunnskap og kompetanse

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.

På denne bakgrunn har vi utledet revisjonskriteriet om at kommunen skal ha system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene.

Det følger videre 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.

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

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, instruksjer, 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 etterlevs, 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 trykker 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.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen skal for sykehjemstjenestene ha system for

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

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon⁷. Revisor gjennomførte oppstartsmøte 19. november 2018 med virksomhetsleder for Sonjatun sykehjem (som også var kontaktperson i denne forvaltningsrevisjonen), og virksomhetslederen for Sonjatun omsorgssenter og Sonjatun Bo- og kultursenter. Fra 1. januar 2019 ble det innført ny organisasjonsstruktur der virksomhetsleder for Sonjatun sykehjem ble virksomhetsleder for alle tre sykehjemmene.

Revisors beskrivelser av kommunens systemer for kvalitet i sykehjemstjenestene baserer seg på vår gjennomgang av kommunens kvalitetssystem og lokale prosedyrer som ble gjort tilgjengelig for revisor. Vi har også innhentet supplerende informasjon fra sykehjemmenes avdelingsledere som har faglig ansvar.

Kommunens kvalitetssystem består av Kommuneforlagets «*KF Kvalitetsstyring*»⁸, og beskrives på kommuneforlagets nettsider som følger:

- *KF Kvalitetshåndbok - Verktøy for dokumenthåndtering inkludert oppdaterte lover, forskrifter og veiledere i tillegg til en rekke kvalitetsindikatorer, prosedyremaler og prosessveiledere).*
- *KF Avviksbehandling - Effektiv avviksbehandling med gode rapporter og statistikker. App for innmelding av avvik er tilgjengelig.*
- *KF Risikostyring - Verktøy for risikovurdering av alle kommunale områder. Denne brukervennlige modulen inneholder en rekke maler for risikovurderinger.*
- *KF HMS-håndbok - Elektronisk håndbok for HMS arbeidet i kommunen. Kommuneforlaget tilbyr også app for gjennomføring av vernerunde.*
- *KF Årshjul - Oversikt over kommunens sentrale aktiviteter i interaktive årshjul knyttet til tjenesteområdene og dimensjonene som omfattes av kommunens internkontroll.*

Som en del av det samlede kvalitetssystemet inngår også elektroniske fagprosedyrer «*VAR*»⁹, «*Profil*»¹⁰

Revisor har ikke lyktes i å innhente og dokumentere utviklingen i sykefraværet ved kommunens sykehjem fra 4. kvartal 2016 og frem til 1. kvartal 2019. Årsaken er at kommunens sykefraværsregistreringer for denne perioden fremstår ufullstendige. Revisor har videreformidlet dette til kommuneadministrasjonen – som synes å være av samme oppfatning. Pr. 14.8.2019 er forholdet fra kommunens side tatt opp med den aktuelle programvareleverandøren, og revisor

⁷ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av Norges kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011

⁸ «*KF Kvalitetsstyring*» er en komplett løsning for kvalitetsstyring og internkontroll. Alle relevante lover og forskrifter er tilgjengelig - i tillegg til maler for blant annet prosedyrer, tilsynsberedskap og vurdering av risiko.

⁹ VAR Healthcare er en database med rundt 400 oppdaterte prosedyrer og nyttige funksjoner for bruk i praksis. Prosedyrene er pedagogisk presentert, supplert med illustrasjoner og videoer, og underbygget med kunnskapsoppsummeringer.

¹⁰ Pleie- og omsorgstjenesten bruker fagsystemet Profil. Systemet er sentralt for å kartlegge tjenestemottakernes behov, planlegge oppgaver/tiltak og dokumentere hvilken helsehjelp som er gitt.

erfarer at kommuneadministrasjonen dermed jobber med å få avklart årsaken til den ufullstendige registreringen.

3.1.1 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 konkludere på problemstillingen, og om datamaterialet er beheftet med feil.

Våre faktabeskrivelser av kommunens systemer og rutiner i sykehjemstjenestene, baserer seg på dokumentasjon i form av kommunens fellesprosedyrer, sykehjemmenes skriftlige rutiner samt relevante muntlige og skriftlige tilleggsopplysninger fra virksomhets- og avdelingsledere. Det skriftlige datamaterialet fra kommunen gjelder de oppgaver som inngår i sykehjemstjenestene daglige drift. Vi vurderer derfor dataene vi har innhentet fra den skriftlige dokumentasjonen, som relevant og tilstrekkelig for å kunne gi en overordnet vurdering om Nordreisa kommunes har systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene blir etterlevd.

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 lagt frem for administrasjonen for gjennomgang av fakta. Etter dette forutsetter vi at det ikke er vesentlige feil i datamaterialet som presenteres i rapporten.

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

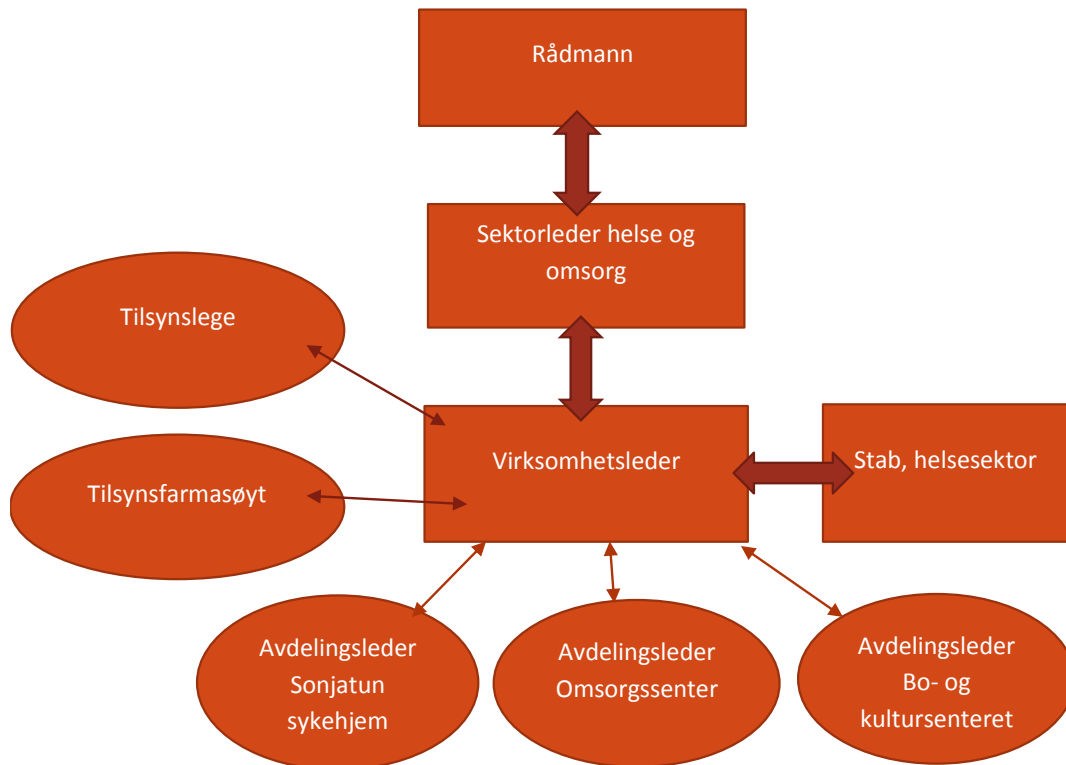
Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også søkt sikret gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

Vi viser for øvrig til ovenstående forbehold angående sykefraværstatistikken som kontrollutvalget har etterspurt.

4 SYKEHJEMSTJENESTENE I NORDREISA KOMMUNE

Nordreisa kommune er organisert etter «sektormodellen» der rådmann er øverste administrative leder. I tillegg til sektor for helse og omsorg har kommunen sektorer for «oppvekst og kultur» og «drift og utvikling» - som alle ledes av en sektorleder.

Figur 1. Administrativ organisering, sykehjemstjenestene - Nordreisa kommune



Kilde: Virksomhetsplan sykehjem 2019, Nordreisa kommune

Sykehjemstjenestene omfatter tre sykehjem med totalt 58 plasser og gir tilbud om behandling og pleie, avlastning og korttidsplass, rehabilitering og utredning av demenssykdom.

Sonjatun sykehjem har 21 sengeplasser hvorav én plass er forbeholdt korttids- eller avlastningsopphold. Sykehjemmet er delt i avdelingene *øst* og *vest* og har 21,48 årsverk..



Foto: Nordreisa kommune

Sonjatun omsorgssenter har 16 sengeplasser hvorav én plass er forbeholdt korttids-utredningsopphold. Omsorgssenteret har to avdelinger og er tilrettelagt for pasienter med demens. I årsmelding for 2018 fremgår det at omsorgssenteret har 16,8 årsverk fordelt på 27 ansatte.



Foto: Nordreisa kommune

Sonjatun bo- og kultursenter har 21 sengeplasser. Bo- og Kultursenteret har to avdelinger med åtte langtidsplasser (hvorav én avdeling er for personer med demens), og én avdeling med fem plasser til korttid/avlastning. Bo- og Kultursenteret har 20,3 årsverk.



Foto: Nordreisa kommune

Det fremgår av virksomhetsplan for sykehjemmene at kommunen har vedtatt egne «Kriterier for helse og omsorgstjenester» der *beste effektive omsorgsnivå* (BEON) brukes som prinsipp ved tildeling av tjenester. Tjenester på lavere nivå skal som hovedregel være forsøkt før tildeling av langtidsplass i sykehjem. Vurdering av behovet for helsehjelp skjer via kartleggingsverktøyet IPLOS som er et lovpålagt helseregister med data som beskriver bistandsbehov og ressurser hos dem som søker eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

5 IVARETAKELSE AV BEBOERNES GRUNNLEGGENDE BEHOV

Revisjonskriterium

Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, kvalitetsforskriften inkl. veileder

Revisors funn

Kvalitetssystem

Revisor har gjennomgått kommunens kvalitetssystem *KF Kvalitetsstyring* som inneholder ruiner og prosedyrer for sykehjemmene. Revisor finner at kvalitetssystemet inneholder en rekke med prosedyrer under kategorier som; *personal, pasient* og *medikamenthåndtering*, og flere av disse gjelder beboernes grunnleggende behov:

- *Dokumentasjonsplikt og pasientjournaler.* Prosedyren har som formål å sikre at den som yter helsehjelp, registrerer opplysninger i journal for den enkelte pasient. Journalen skal vise til hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger, og hvilke tiltak som er iverksatt. Pasientjournalen skal tjene som et arbeidsverktøy og skal være med på å sikre at pasienten for forsvarlig helsehjelp.
- *Innskrivingsrutiner.* Formålet med rutinene er å sikre at innskrivingsarbeid ved avdelingen blir korrekt utført. Pasienten skal tildeles primærpleier før ankomst og skal skrives inn i Profil. Det skal gjennomføres inkomstsamtale med pasient/pårørende og personale (avdelingsleder, primærpleier og sykehjemslege). Blodprøver, evt. urinstix tas etter legens forordning. Blodtrykk, puls og vekt skal alltid tas ved innkommst. IPLOS opplysninger skal fylles ut. Videre skal det kartlegges pasientopplysninger som; familie/sosialt, egne ressurser, allergi, vurdere tiltaksplan, kartlegge ernæringsstatus, legemiddelgjennomgang og melde inn for tannhelsetjenesten.
- *Mottak av pasient i avdelingen.* Formålet med rutinen er at pasienten skal mottas på en slik måte at han/hun skal føle trygghet og trivsel. Inkomstsamtalen skal kartlegge pasientens ressurser, hjelpebehov og andre relevante opplysninger, og skal dokumenteres i Profil og IPLOS.
- *Primærpleiers oppgaver.* Formålet med rutinen er å sikre helhetlig individuell pleie til den enkelte pasient. Primærpleier skal gjennomføre inkomstsamtale, ha kontakt med pårørende og sørge for at tiltaksplanene er oppdaterte i Profil. Videre skal primærpleier sørge for at pasienten har klær og toalettsaker samt oppfordre til deltakelse i aktiviteter. Primærpleier skal også påse at frisør og fotpleie blir bestilt der det er ønskelig.
- *Prosedyre for ernæringscreening.* Alle pasienter skal ved innleggelse vurderes for ernæringsmessig risiko, og deretter skal det gjøres månedlige vurderinger. Ved sykdom og vektendring skal det gjøres hyppigere kartlegging. Ernæringskartlegging gjøres etter fastsatte skjema.

- *Prosedyre for oppfølging ved underernæring.* Pasienter i ernæringsmessig risiko eller underernærte, skal få i seg tilstrekkelig med mat og drikke for å unngå vekttap.
- *Ulike vaktrutiner.* De ulike vaktrutinene redegjør for arbeidsfordeling og planlegging av dag, aften og natt. Her fremgår også klokkeslett for når de ulike måltider skal serveres.

Når det gjelder medikamenthåndtering, inneholder *KF Kvalitetsstyring* en rekke rutinebeskrivelser for sykehjemmene. Her foreligger også rutinebeskrivelser for eksempelvis bruk av smertepumpe og infusjonspumpe og for rapportering av avvik i legemiddelhåndtering. «*Sjekkliste for medisinnrom*» inneholder rutiner for identifisering av riktig pasient. Rutinene angir at nytt personale skal ha opplæringsvakter der sykdomsbilde og medikamenter skal gjennomgås. Medisinkort skal oppdateres jevnlig og kontrolleres av to fagpersoner, og det skal gjøres dobbel kontroll av navn på dosettene.

I virksomhetsplan for sykehjemmene er det opplistet en rekke mål for sykehjemmene som sier noe om brukernes behov og tilrettelegging av tjenestetilbudet. For hvert mål er det listet opp ulike tiltak:

- *Delmål 2: Målet er at alle pasienter skal få en verdig, trygg og meningsfull alderdom, der det blir tatt hensyn til den enkeltes unike bakgrunn, personlighet og ressurser. At pasientene får riktig og forsvarlig helsehjelp og boform utfra den enkeltes behov og tilstand.*
 - Tilstrekkelig fagbemanning
 - Tilgang til nødvendige hjelpemidler
 - Prøve ut tilgjengelig velferdsteknologi hvor man ser at brukere / tjenesten kan nyttiggjøre seg av dette
 - Årskontroll
 - Deltagelse i legemiddelnettverk
- *Delmål 5: Mål å sørge for god dokumentasjon av helsehjelp, at det lages tiltaksplaner for alle pasientene og at disse blir fulgt og evaluert kontinuerlig.*
 - Tiltaksbeskrivelser skal kontinuerlig oppdateres i Profil (elektronisk dokumentasjon)
 - Fokusområder: Ernæringscreening, legemiddelgjennomgang, Fallforebygging

VAR Healthcare

Revisor har også gjennomgått VAR-databasen som inneholder rundt 400 oppdaterte prosedyrer for utøvelse av praktiske oppgaver i sykepleie. Prosedyrene i VAR har fokus på utførelse av praktiske oppgaver som bidrar til fysisk velvære, god hygiene, trygg behandling og diagnostikk. Det fremgår blant annet i beskrivelsene om VAR's vitenskapelige og faglige perspektiv at: «*Rammeverket i VAR speiler en tenking om sykepleie som ivaretagelse av grunnleggende behov*».

VAR inneholder ulike prosedyrer innenfor en rekke områder; *aktivitet/hvile, eliminasjon, ernæring, hud og vev, kunnskap/utvikling, respirasjon, sirkulasjon, smerte/sansetilstand, stell av døde, førstehjelp, og hygiene.* Under hvert fagområde er det en rekke undermapper med prosedyrer. Revisor viser til oversikten nedenfor, som er et utdrag av hva som er tilgjengelig i VAR:

- *Ernæring: kartlegging av ernæringsstatus, servering og spisehjelp, administrering av enteral ernæring og parenteral ernæring, ernæringssonder*

- *Legemiddelhåndtering; blodprodukter, ikke-invasive legemiddelformer, injeksjoner og infusjoner, legemiddelregning (beregning/utregning)*
- *Smerte/sansetilstand; smertelindring*
- *Førstehjelp; livreddende førstehjelp*
- *Respirasjon; inkluderer en rekke undermapper som gjelder respirasjon*
- *Sirkulasjon; inkluderer en rekke undermapper som gjelder sirkulasjon*
- *Hud og vev; kirurgiske sår, kroniske sår, prøver og undersøkelser*
- *Aktivitet/hvile; forebygging av fall, forflytning, leiring (liggestilling) i seng og operasjonsbord, søvn*
- *Hud og vev; munnstell; ved borer og implantater, spesielt munnstell, stell av tannproteser, tannpuss*
- *Hud og vev; vask og stell¹¹; personlig hygiene; barbering, dusjing, fotstell, hårvask i seng, kroppsvask i badekar, nedentilvask kvinne/mann, reskylning, sengebud, stell av høreapparat, stell av øreprotese*
- *Eliminasjon; Avføringsprøve, kateterisering, stomi, tømming, urinprøver*
- *Hygiene; Infeksjonsforebygging*
- *Kunnskap/utvikling; Demens: Kommunikasjon (Praktiske gjøremål. Skape relasjon)*
- *Stell av døde; stell av døde i institusjon*

På spørsmål om i hvilken grad avdelingslederne synes sykehjemmene klarer å ivareta pasientenes behov, er de samstemte om at slik bemanningssituasjonen er i dag, er det stort sett pasientenes basale behov som stell og pleie, dobesøk og måltider de klarer å dekke. Egeninteresser, miljøtiltak, aktiviteter og tid til samtaler, klarer de i mindre grad å dekke – og de anser at dette gir redusert kvalitet i tjenesten pasientene får.

I referat fra kontrollutvalgets etatsbesøk ved sykehjemmene 6. juni 2017, fremgår det at alle besøkte enheter mente at grunnbemanningen var for lav. De ansatte melder til avdelingslederne om høyt arbeidspress og tidvis stor slitasje ved å føle at man ikke rekker over oppgaver godt nok. I referatet fremgår det at det er ulik oppfatning hos kommunens ledelse og avdelingslederne rundt spørsmålet om hvorvidt det er tilstrekkelig bemanning.

Avdelingslederne opplyser at det gjennomføres IPLOS-kartlegging for å kartlegge pasientens behov og ressurser. Dokumentering og journalføring skjer i Profil, hvor pasientens pleieplan fortløpende oppdateres.

Virksomhetsleder opplyser revisor at det ved institusjonene er ulike aktiviteter og sosiale tilbud. Aktivitetstilbudene som virksomhetslederen viser til, er også redegjort for i virksomhetsplan for sykehjemmene. Revisor ba om nærmere redegjørelse om aktivitetene og dette fremgår i parentes:

- *Andakt en gang pr. måned.*
- *Trim for pasientene en gang i uka. (Opplyses at sykehjemmene ikke har ukentlig besøk av fysioterapeut, men de kommer på tilkalling ved spesielle problemstillinger)*
- *Røde-Kors besøkstjeneste en gang pr. måned.*

¹¹ Eksempelvis også rutiner for av- og påkledning av skjorte, sengeredning med pasient

- *Aktivitetsvenner*, (fungerer delvis, i utgangspunktet 4 timer pr sykehjem per mnd. men det er kun omsorgssenteret som har det akkurat nå)
- «*Livsglede for eldre*» 6 dager i måneden. *Elever fra Nordreisa videregående skole*. (2-3 timer per gang, gjelder alle sykehjem, videregående elever som følger skoleruta, 12-14 ganger per år).
- «*Innsats for andre*» (elever fra ungdomsskolen som har det som valgfag på ungdomsskolen, de spiller spill, samtale, ute turer m.m.)
- «*Turid og gutta*» en gang pr måned (sang sammen med pasientene)
- *Konserter gjennom spaserstokken*, (det holdes ulike musikkonserter på sykehjemmene, dette betales via kulturmidler. Ett par ganger per år)
- *Hyggekvelder*, (i regi av sykehjemmene selv, inkluderer pårørende. I utgangspunktet 1-2 ganger per år, men dette har nok «sklidd ut», opplyses det).
- *Sangstunder*, (hvis personalet har tid)
- *Besøk av frisør og foterapeut*, (noe pasient/pårørende står for selv)

Samtlige ansatte har tilgang til prosedyrer og rutiner på internett og kommunens intranett via avdelingenes pc-er. Når det gjelder tilgangen til pc-utstyr, opplyses det ved Bo og kultur er to stasjonære pc-er, to bærbare pc-er og fire nettbrett. Ved sykehjemmet er det tre stasjonære pc-er og to nettbrett, og ved omsorgssenteret er det en stasjonær pc, to bærbare pc-er og fire nettbrett.

Uanmeldt tilsyn ved Sonjatun sykehjem, 2017

Fylkesmannen i Troms gjennomførte uanmeldt tilsyn ved Sonjatun sykehjem 9.1.2017 der det ble undersøkt om kommunen sikrer identifisering av ernæringsmessig risiko og underernæring hos pasienter i sykehjem samt om kommunen sikrer oppfølging av pasienter i sykehjem for å forebygge og behandle underernæring. Fylkesmannen fant at Nordreisa kommune ikke sikrer kartlegging av pasientenes ernæringsstatus ved innkomst og oppfølging av tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter ved Sonjatun sykehjem. I tilsynsrapporten fremgår det at avviket i etterkant er lukket da tilsynsmyndigheten har vurdert de tiltakene som ble satt i verk som tilstrekkelige.

Revisors vurdering

Revisor vurderer at kommunen *til dels oppfyller* revisjonskriteriet om å ha skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov. I kommunens kvalitetssystem og VAR-Healthcare har de ansatte tilgang til ruiner og prosedyrer som gjelder pasient og praktisk sykepleie. I tillegg skal det i Profil dokumenteres hvilke behov som er kartlagt (IPLOS-kartlegging) med hensyn til den enkelte pasient og hvilke tiltak som skal gjennomføres for å imøtekomme disse behovene. Kriteriet vurderes imidlertid som kun til dels oppfylt da revisor ikke har blitt forelagt prosedyrer/rutiner som omhandler sosiale behov, døgnrytme, skjernet privatliv, enerom (ved langtidsopphold), nødvendig tannbehandling, og variert/tilpasset aktivitet.

6 INFORMASJONSUTVEKSLING MED BEBOERE OG PÅRØRENDE

Revisjonskriterium

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

Kilder: Helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven

Revisors funn

På kommunens internettsider er det informasjon om tjenestetilbudene kommunen har, herunder nærmere redegjørelse om institusjonstjenestene.¹² På denne siden er det også en lenke til søknad om helse- og omsorgstjenester og informasjon om saksbehandlingsprosessen.

Nordreisa kommune har flere skriftlige rutiner/prosedyrer som gjelder informasjon til brukere/pårørende ved sykehjemmene:

- *Innskrivingsrutiner.* Rutinen har blant annet som mål å skape godt samarbeid og gi trygghet og trivsel for pasient/parerende. Det skal gis god og tilpasset informasjon om dagsrytmen i avdelingen og andre aktuelle ting.
- *Primærpleiers oppgaver.* Primærpleier skal gjennomføre inkomstsamtale og ha kontakt med pårørende.
- *Mottak av pasient i avdelingen.* Det skal blant annet gjennomføres omvisning med pasient og pårørende på avdelingen.

Virksomhetsplanen for sykehjemmene inneholder målbeskrivelse med tiltak som omhandler samarbeid og kontakt med pårørende:

- *Delmål 3: Målet er et godt og tillitsfullt samarbeid mellom pasienter, pårørende, ansatte og mellom de tre sykehjemmene.*
 - o Inkomstsamtale med pasient/pårørende, lege og personal
 - o Årlige pårørende samtaler
 - o Samarbeidsmøter mellom avdelingsledere og virksomhetsleder
 - o God, riktig og tilpasset informasjon

Når det er gjort vedtak om plass ved et av sykehjemmene, sendes det ut «*Melding om vedtak*» samt et informasjonsskriv, «*Orientering om plass ved*». I sistnevnte orienteres det om sykehjemmet og blant annet at pasienten vil få primærkontakt som har ekstra ansvar for å følge opp pasienten, og som skal være hjelpelig i saker som gjelder vedkommende. Det fremgår også av orienteringsskrivet at pasient må sende flyttemelding til folkeregisteret samt informasjon om betaling for opphold. I tillegg er det et avsnitt som forklarer at det skal opprettes «*konto for disponering av kontantytelsen*», som er en honnørkonto i pasientens navn i de tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse (mentalt ikke i stand til å håndtere sine økonomiske forhold). Revisor har blitt forelagt et eksempel på melding om vedtak.

¹² <http://www.nordreisa.kommune.no/institusjonstjenester.136710.no.html>

Avdelingslederne opplyser at de gir informasjon til pasient og pårørende første gang ved innkomst. Deretter er det fortløpende kontakt med pasientene i det daglige arbeid og kontakt med pårørende når de er innom på besøk eller per telefon. Revisor får videre opplyst at det gjennomføres en fast samtale med pårørende i forbindelse med pasientens årskontroll. På pasientenes hovedkort i Profil står det hvem som er nærmeste pårørende og hvem som kan kontaktes. Det er først og fremst primærkontakt som informerer, men andre som er på jobb må gjøre det ved behov. Når det gjelder pårørendes innsyn i journal, er det virksomhetsleder som bistår.

I forbindelse med gjennomgang av Profil foretok revisor stikkprøver for å se om det forelå journalnotat som viste til pårørendesamtaler. Funnene viste for de utvalgte journalene at det var gjennomført pårørendesamtaler.

Revisors vurdering

Revisors vurdering er at kommunen *oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for å sikre beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon.

7 BRUKERERFARINGER OG -MEDVIRKNING

Revisjonskriterier

Kommunen skal

- 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

Revisor viser til tidligere omtale av de skriftlige rutinene *primærpleiers oppgaver, innskrivingsrutiner og mottak av pasient i avdelingen*. Disse rutinene har også relevans for brukermedvirkning og utforming av den enkeltes tjenestetilbud.

Følgende av målbeskrivelsene med tiltak fra virksomhetsplanen som er redegjort for i de foregående kapitlene, har også relevans for dette kapitlet:

- *godt og tillitsfullt samarbeid mellom pasienter, pårørende, ansatte og mellom de tre sykehjemmene,*
- *god dokumentasjon av helsehjelp, at det lages tiltaksplaner for alle pasientene og at disse blir fulgt og evaluert kontinuerlig*

Når det gjelder brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser opplyser virksomhetsleder at det ikke er gjennomført slike undersøkelser de siste årene.

Avdelingslederne redegjør for flere måter pasient/pårørende involveres:

- *Samtaler i forbindelse med innkomst nye pasienter, og samtaler ved årskontroll og ellers ved behov. I samtaler involveres både pasient og pårørende for å komme med informasjon og innspill til utførelse.*
- *Enkelte av avdelingene er tilrettelagt for personer med demens, og rommene møbleres med pasientens egne møbler, som for eksempel sofa, gardiner og bilder*
- *Gjennom samtaler med nærmeste pårørende evalueres den enkeltes tjenestetilbud*
- *Personalgruppe har daglige rapporter der det diskuteres ulike problemstillinger. Pårørende involveres og kontaktes ved endringer i helsetilstand.*
- *Gjennom den daglige kontakten med pasientene innhentes informasjon som ønsker, tilbakemeldinger, synspunkter og behov.*
- *Må kunne lytte aktivt og være imøtekommende ovenfor det pårørende har å fortelle, og samtidig gi god og tilstrekkelig informasjon. Med summen av dette kan vi fortløpende evaluere og tilpasse tjenestetilbudet innenfor gitte rammer. Om ønskelig ordner vi med et fellesmøte for alle parter.*
- *Jevnlige kontakt med de fleste pårørende, enten når de er innom eller per telefon.*

Virksomhetslederen opplyser at det er etablert brukerutvalg for sykehjemmene der pasienter og pårørende deltar. Det gjennomføres inntil fire møter i året. Revisor får opplyst at utvalget er lite aktivt. Det er helse- og omsorgsleder som skal innkalle og lede møtene. Det skal være to representanter som er valgt av pårørende per sykehjem i tillegg til avdelingsleder. På bakgrunn av flere skifter i stillingen som helse- og omsorgsleder, har ikke møtene blitt fulgt opp i det siste. Siste møte i brukerutvalget var i desember 2016.

I virksomhetsplanen fremgår det at det gjennomføres ulike aktiviteter ved sykehjemmene, der flere er i regi av og i samarbeid med bruker- og/eller frivillige organisasjoner. Disse er nærmere redegjort for i kapittel 5.

- Røde-Kors gjennomfører besøkstjeneste en gang pr. måned.
- Nordreisa demensforening, holder kurs for å bli «Aktivitetsvenner»¹³
- «Livsglede for eldre» 6 dager i måneden. Elever fra Nordreisa videregående skole.
- «Innsats for andre», elever fra ungdomsskolen.
- «Turid og gutta» en gang pr måned.
- Konserter gjennom kulturelle spaserstokken¹⁴.

I februar 2019 arrangerte Nordreisa Røde Kors og Nordreisa demensforening solfest for pasienter ved sykehjemmene og de pårørende.

Revisors vurdering

Revisor vurderer at kommunen *til dels oppfylder* 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. Sykehjemmene har vist til skriftlige rutiner og hvordan involvering av pasient og pårørende gjøres. Revisjonskriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt i og med at brukerundersøkelser/pårørendeundersøkelser ikke gjennomføres som den del av evalueringen.

Kommunen har i liten grad vist til hvordan *brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem* ut over at det er etablert brukerutvalg for sykehjemmene. Brukerutvalget er imidlertid lite aktivt, og revisor vurderer dette revisjonskriteriet som *i liten grad oppfylt*.

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

¹³ Gjennom tilbudet Aktivitetsvenn får mennesker med demens flere aktiviteter og gode opplevelser i hverdagen.

¹⁴ Den kulturelle spaserstokken er innført for å gi et bedre og mer omfattende tilbud av kunst og kultur for eldre. Troms fylkeskommune bidrar med økonomiske midler til Den kulturelle spaserstokken (DKSS).

8 ANSATTES MEDVIRKNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE

Revisjonskriterium

Kommunen skal ha system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene

Kommunen skal 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

Medvirkning

Av virksomhetsplanen fremgår møteoversikt der ansatte deltar. Blant disse møtene kan følgende nevnes:

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

I virksomhetsplanen fremgår det også at det skal gjennomføres *medarbeidersamtaler*. Nordreisa kommune har fast mal for medarbeidersamtaler som er tilgjengelig i kvalitetssystemet. Det fremgår av årsmeldingen 2018 for helse- og omsorgssektoren at gjennomføringsgraden har variert. Revisor får opplyst av virksomhetslederen at nyansattsamtaler og samtaler med sykemeldte har vært prioritert foran medarbeidersamtaler. I årsmeldingen for 2018 fra Sonjatun Omsorgssenter står det følgende: *Det har ikke vært mulig å gjennomføre medarbeidersamtaler i 2018 på grunn av stor arbeidsmengde for virksomhetslederen. Målsetningen for neste år vil være å gjennomføre medarbeidersamtale for alle ansatte.* Det fremgår ikke nærmere av årsmeldingene fra de øvrige sykehjemmene om gjennomføringsgraden av medarbeidersamtaler.

I 2017 ble det gjennomført «10-faktor»,¹⁵ som er KS' medarbeiderundersøkelse. I årsmeldingen for helse- og omsorgssektoren fremgår det at resultatene fra undersøkelsen på forskjellig vis blitt fulgt opp i virksomhetene. Hver virksomhet har jobbet med sin utvalgte faktor. Revisor har mottatt resultatene fra sykehjemmene og disse er presentert i tabellen under. Revisor har bedt om nærmere redegjørelse for hvilke faktorer sykehjemmene har jobbet med. Omsorgssenteret har jobbet med faktor 9; mestringsklima, hvor de har snakket om/drøftet dette på personalmøter. Ved de øvrige to sykehjemmene kjenner ikke avdelingslederne til hvilke faktorer det har vært jobbet med.

¹⁵ Medarbeidere og ledere svarer ved å ta stilling til i alt 35 påstander, dvs tre-fem påstander per faktor. Svarskalaen er femdel, fra «svært uenig» til «svært enig». <https://www.10faktor.no/hva-er-10-faktor>

Tabell 1: Resultater fra 10-faktor medarbeiderundersøkelsen 2017

Faktor	Sonjatun sykehjem (36,4 % svar)	Sonjatun omsorgssenter (75 % svar)	Sonjatun Bo- og kultur (60 % svar)	Landssnitt PLO-institusjon	Beskrivelse
1. Indre motivasjon	3,7	4,2	4,2	4,2	Motivasjonen for oppgavene i seg selv, det vil si om oppgavene oppleves som en drivkraft og som spennende og stimulerende. (Også kalt indre jobbmotivasjon)
2. Mestringstro	3,9	4,3	4,3	4,3	Mestringstroen gjenspeiler hver enkelt medarbeiders tiltro til egen kompetanse og mulighet til å mestre utfordringer i jobbsammenheng.
3. Autonomi	3,8	4,1	4,4	4,1	Medarbeidernes opplevelse av å ha mulighet til å jobbe selvstendig og gjøre egne vurderinger i jobben sin, basert på egen kompetanse, og innen en definert jobbrolle.
4. Bruk av kompetanse	3,6	4,4	4,4	4,2	Medarbeidernes opplevelse av å få brukt egen jobbrelevante kompetanse på en god måte i sin nåværende jobb.
5. Mestringsorientert ledelse	3,9	4,4	4,6	3,9	Ledelse som vektlegger at den enkelte medarbeider skal få utvikle seg og bli best mulig ut fra sine egne forutsetninger, slik at medarbeideren opplever mestring og yter sitt beste.
6. Rolleklarhet	3,8	4,4	4,7	4,4	Høy rolleklarhet innebærer at forventningene til den jobben medarbeideren skal gjøre er tydelig definert og kommunisert.
7. Relevant kompetanseutvikling	3,2	4,0	4,1	3,6	Relevant kompetanseutvikling er avgjørende for at medarbeiderne til enhver tid er best mulig rustet til å utføre sine oppgaver med høy kvalitet, og er avgjørende for kvaliteten på de tjenester som leveres, uansett hvilken type tjeneste vi snakker om.
8. Fleksibilitetsvilje	4,1	4,5	4,6	4,5	Medarbeiderens villighet til å være fleksibel på jobb og tilpasse sin måte å jobbe på til nye behov og krav.
9. Mestringsklima	3,7	4,0	4,5	4,0	I et mestringsklima motiveres medarbeiderne av å lære, utvikle seg og gjøre hverandre gode, fremfor å rivalisere om å bli best.
10. Prososial motivasjon	4,5	4,9	4,9	4,7	Motivasjon for å gjøre noe nyttig og verdifullt for andre, også kalt prososial motivasjon, er en viktig drivkraft for mange og har en rekke godt dokumenterte, positive effekter.

Kilde: Nordreisa kommune

Kunnskap og kompetanse

Virksomhetsplanen inneholder mål- og tiltaksbeskrivelser som omhandler de ansattes kunnskap og kompetanse:

- Delmål 1: *Målet er å arbeide etter prinsippene i personsentrert omsorg, der menneskets absolutte verdi, en individuell tilnærming, personens perspektiv og et støttende sosialt miljø er hovedelementene.*
 - o Basiskurs VPM (Vips Praksis Modell)
 - o Grunnkurs I VIPS
 - o Implementering

VIPS praksismodell (VPM) er en modell for å implementere personsentrert omsorg både i institusjoner og hjemmetjenester. VPM involverer hele personalgruppen slik at personsentrert omsorg blir innarbeidet i de daglige rutinene. VPM løfter fram perspektivet til personen med demens og gir pleierne mulighet til å lære hva personsentrert omsorg betyr i praksis og få kontinuerlig faglig utvikling.¹⁶

- Delmål 7: *Mål å drive kontinuerlig kompetanseheving, faglig utvikling og god opplæring av de ansatte.*
 - o Alle ansatte skal bruke sin e-post i Nordreisa kommune
 - o Alle ansatte skal ha tilgang til og bruke KF kvalitetssystem
 - o Alle ansatte skal ha tilgang til og bruke veilederen.no som oppslagsverk og ved opplæring
 - o Alle ansatte skal gjennomføre opplæring / kurs i veilederen.no etter oppsatt plan
 - o God opplæring av nytilsatte/vikarer

Avdelingslederne kjenner ikke til om det foreligger kompetanseplan. De opplyser at alle som skal ha medisindelegasjon, som vernepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere, skal gjennomføre medikamentkurs og deretter oppfriskningskurs årlig via nhi.no.

Revisor har spurt avdelingslederne om ansattes tilgang til pc og bruk av opplæringsprogrammer. Her svarer én avdelingsleder at de ansatte må bruke arbeidstiden, men at det ikke settes av tid til å fordype seg i ulike veiledere og oppslagsverk. De øvrige to avdelingslederne opplyser at det ikke settes av tid til fordypning i kvalitetssystemet eller til bruk av e-læringsprogrammer. Dette er noe personalet må gjøre hjemme eller på fritiden.

Nordreisa kommune og sykehjemmene har følgende rutiner/prosedyrer som gjelder opplæring:

- *Introduksjonsprogram for nyansatte.* Introduksjonsprogrammet for nytilsatte gjelder ved ansettelse ut over 6 måneder.
- *Opplæring av nyansatte/vikarer/helgestillinger.* Skal sikre at alle nyansatte, vikarer og helgestillinger får tilstrekkelig opplæring i rutiner og arbeidsoppgaver.
- *Opplæring sykepleier.* Skal sikre at alle sykepleiere får tilstrekkelig opplæring i rutiner og arbeidsoppgaver i avdelingen

Avdelingslederne opplyser at introduksjonsprogrammet fylles ut av ansatt og leder og oppbevares på avdelingen. Dette skal følges opp av avdelingsleder eller virksomhetsleder.

Rutiner for *dagvakt, aftenvakt og nattevakt* skal sikre at pasientene får riktig oppfølging. Disse er tilgjengelig i kvalitetssystemet.

¹⁶ <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentert-omsorg/vips-praksismodell/>

De ansatte har også tilgang til å bruke følgende nettressurser for kompetanseheving og oppslagsverk:

- *Veilederen.no*¹⁷
 - Oppslagsverk - Kompliserte regler samlet og forklart på en enklere og mer oversiktlig måte - om Personal og Tjenestemottaker.
 - Spørsmål og svar - En enkel oversikt over de mest vanlige spørsmålene i din sektor.
 - E-læring - Kompetanseheving når det passer deg, der det passer deg. Dokumentert opplæring av alle de ansatte i aktuelle og viktige temaer.
 - Faglig svartjeneste - Våre jurister og fagpersoner er tilgjengelig for deg, og gir deg raske og gode svar.
 - Nyhetsmeldinger - Det kommer stadig nye regler som du er pålagt å følge. Veilederen holder ansatte i din kommune oppdatert.

- *Nhi.no (Norsk helseinformatikk)*¹⁸
 - Skandinavias fremste leverandør av helseinformasjon til profesjonelle. NHI utvikler og leverer e-læringskurs for leger og annet helsepersonell, og driver Norges mest besøkte og største helseportal.
 - Tilbyr en rekke kurs for sykepleiere/vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter i pleie og omsorgstjenesten.

Utfordringer omtalt i årsmelding

Sonjatun Bo- og kultursenter

Det opplyses i årsmeldingen at det det er sykepleier på dag- og aftenvakter. Ved sykdom og ferie beskrives det som nesten umulig å få sykepleiervikarer på grunn av sykepleiermangel. Det er generelt lite tilgang på helsefagpersonell som vikarer. Opplæring av assistenter pågår fortløpende. Tilgang på kvalifiserte ferievikarer er liten, men sist sommer var det ikke nødvendig med vikarbyrå. Situasjonen kan endre seg slik tilgangen på fagutdannede vikarer er blitt.

Sonjatun Omsorgssenter

Det opplyses i årsmeldingen at det er generelt liten tilgang på faglærte vikarer. Det medfører at det ved fravær som oftest er umulig å erstatte arbeidstakeren med kvalifisert personale. Fravær fører til økt bruk av assistenter som igjen fører til økt arbeidsbelastning på det faste personalet. Opplæring av nye vikarer pågår gjennom hele året. Det har ikke vært brukt vikarbyrå i ferien, men omsorgssenteret har samarbeid om sykepleierdekningen med Bo- og kultursenteret.

Sonjatun sykehjem

Det beskrives som utfordrende å dekke fagpersonell med vikarer med samme kompetanse, og ofte må det tas inn assistenter for å erstatte personell som er fraværende. Opplæring av assistenter pågår fortløpende. Sist sommer var det nødvendig å bruke vikarbyrå, for å dekke behovet for sykepleiere. På grunn av behov for kvalifisert personell og liten tilgang på kvalifiserte vikarer har det også vært en utfordring å holde budsjett for vikarer, overtid og forskyvning.

¹⁷ Informasjonen er hentet fra nettsiden til veilederen.no

¹⁸ Informasjonen er hentet fra nettsiden til norsk helseinformatikk

Alvorlig hendelse i 2016

April 2016 døde en pasient ved Sonjatun sykehjem som følge av feilmedisinering der det ble gitt for stor dose morfin. I etterfølgende tilsyn ga Helsetilsynet kommunen kritikk for manglende opplæring og rutiner. Tilsynet konkluderte med at kommunen ikke hadde gode nok rutiner for opplæring av nyansatte sykepleiere. Tilsynet viste til at kommunen må ha et system for opplæring og dokumentasjon av opplæringen, slik at ledelsen til enhver tid har oversikt og kan følge med på om opplæringen er tilstrekkelig.

Revisors vurdering

Revisors funn viser at sykehjemmene har faste møter med de ansatte samt at det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2017. Medarbeidersamtaler synes imidlertid ikke å ha vært prioritert i 2018. Revisor vurderer på denne bakgrunn at kommunen *til dels oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene.

Revisjonskriteriet om at kommunen skal ha system for at beboere på sykehjem blir møtt av ansatte med nødvendig kunnskap og kompetanse vurderes som *til dels oppfylt*. Vurderingen er gjort på bakgrunn av funn som viser at:

- det foreligger introduksjonsprogram som følges opp av avdelingsleder/virksomhetsleder
- de ansatte har tilgang på faglige ressurser og oppslagsverk, men det settes ikke av tid for fordypning i disse i arbeidstiden
- kompetanseplan synes ikke å være utarbeidet

9 AVDEKKE, RETTE OPP OG FOREBYGGE SVIKT

Revisjonskriterier

Kommunen skal ha for sykehjemstjenestene ha system for

- avviksmelding og -håndtering
- å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboer/pårørende
- å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger
- å planlegge risikoreducerende tiltak

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

Revisors funn

Avvik

Virksomhetsplanen inneholder mål- og tiltaksbeskrivelse som gjelder avvik:

- Delmål 6: *Mål å forebygge og følge opp avvik slik at det kan bli en kvalitetsforbedring for tjenesten.*
 - Avviksregistrering og forslag til tiltak
 - Gjennomgang av avvik og forslag til tiltak, evaluering.
 - Internundervisning: Hva er avvik. Hvorfor registrere avvik

Rutinebeskrivelsen «*avviksregistrering*» som ligger i *KF Kvalitetsstyring*, redegjør for avviksregistrering og hvor avvik skal registreres. Formålet med rutinen er å avdekke avvik og bidra til at den som mottar helse- og omsorgstjenester, får ivaretatt tjenester etter vedtak. Det er også et formål at rutinen skal bidra til å avdekke eventuelle uheldige hendelser i arbeidet. Av rutinebeskrivelsen fremgår det at den som oppdager avvik, skal registrere avvik eller be om hjelp til å registrere avviket. Avvik som gjelder brukere/pasienter, skal føres elektronisk i Profil, og prosedyren som ligger i Profil skal da følges. Øvrige avvik skal registreres elektronisk i *KF Kvalitetsstyring* under fanen «*avvik*». Revisor har hatt tilgang til Profil og *KF Kvalitetsstyring* for nærmere gjennomgang av disse rutinene. Det foreligger i tillegg egne rutinebeskrivelser for rapportering av avvik i forbindelse med legemiddelhåndtering.

Avviksregistrering i kvalitetssystemet skjer gjennom ulike trinn der det skal angis grunnleggende informasjon om avviket, type avvik, alvorlighetsgrad og om eventuelle strakstiltak iverksettes. Ved innsendelse går avviket automatisk til melderens leder som får det i sin e-postinnboks.¹⁹ Det fremgår videre av rutinebeskrivelsen at virksomhetsleder rapporterer avvik til helse- og omsorgsleder gjennom månedlige driftsrapporter.

I referatet fra kontrollutvalgets etatsbesøk fremgår det at omsorgslederen bekreftet at antall avviksmeldinger økte etter nedbemanningen høsten 2016. Revisor får opplyst fra virksomhetslederen ved sykehjemmet at det har vært økt fokus på avvik med mer opplæring, og økende antall avvik kan skyldes dette. Hun opplyser at det jobbes konstant med avvik der det i noen

¹⁹ <https://www.kf.no/kvalitet-og-internkontroll/kvalitetsstyring/avviksbehandling/>

tilfeller er det strakstiltak som skal til, og noen ganger må en se på hvilke tiltak en må jobbe med over tid.

I forbindelse med oppfølging av kontrollutvalgets etatsbesøk juni 2017, vedtok kommunestyret i sak 73/17 den 18. desember 2017 følgende: «*Kommunestyret ber rådmannen følge opp avviksbehandling og utviklingen i sykefraværet og rapportere tilbake til kontrollutvalget innen 30.6.2018*». I svarbrev av 8.6.2018 fra daværende sektorleder i helse og omsorg fremkommer det at sektorleder sammen med virksomhetslederne har hatt økt fokus på avviksbehandling i Profil. Det vises til positiv utvikling til å skrive avvik samt til å følge opp avvik. Videre fremgår det i svarbrevet at det er ytterligere behov for opplæring i å skrive og følge opp avvik. Målet er fremme en kultur som kontinuerlig forbedrer praksisen ved å bruke avvikssystemet.

I kommunens årsmelding for 2018 fremkommer følgende om innmeldte avvik:

- Ved Bo og kultur var det ti innmeldte avvik i KF-systemet og 20 avvik i pasientjournal (PROFIL).
- Ved omsorgssenteret var det seks avviksmeldinger om «*voldstilfeller fra pasienter ovenfor ansatte/andre pasienter*» som har alvorlighetsgrad *meget alvorlig*. Det var syv meldinger om avvik med alvorlighetsgrad *alvorlig* innenfor samme kategori. Det var meldt 14 avvik i pasientjournal, hvor to av avvikene var fallulykke (en med skade og en uten skade).

Det er ikke omtalt avvik ved sykehjemmet i årsmeldingen.

Revisor ba om en mer detaljert oversikt over avvik ved sykehjemmene for de siste to årene. Oversikten som revisor mottok, og som er vist til nedenfor, viser variasjoner i antallet avvik mellom sykehjemmene. Det er flere typer avvik som går igjen som; prosedyreavvik, feilmedisinering og fallulykke.

Revisor får opplyst at avdelingsleder og virksomhetsleder behandler avvik og skriver tilbakemelding i Profil eller i KF-systemet. Eventuelt videresendes saken til neste leder. Videre oppfølging skjer ved at de snakker med/drøfter med personalet om avvikene.

Bo og kultur, perioden 1.1.17-7.5.19:

- 171 registrerte avvik fordelt på,
 - annet: 83
 - feilmedisinering: 10
 - tvangstiltak: 1
 - fallulykke uten skade: 32
 - medikamenthåndtering: 18
 - feil i dosett: 10
 - prosedyreavvik: 9
 - fallulykke med skade: 8

Sonjatun sykehjem, perioden 1.1.17-7.5.19:

- 325 registrerte avvik fordelt på,

- 131 av disse under "annet" (mangler hjelpemidler, mangel av personell, motsetter seg hjelp, manglende sikring, mangelfulle rutiner, mangelfull opplæring)
- 19 under "feilmedisinering"
- 10 under "tvangstiltak"
- 57 under "fallulykke uten skade" (mangler hjelpemidler, annet, mangel av personell, manglende sikring, mangelfulle rutiner)
- 10 under "medikamenthåndtering"(annet, mangel av personell, mangelfulle rutiner, mangelfull opplæring)
- 7 under "feil i dosett" (annet, mangelfulle rutiner)
- 69 under "prosedyreavvik" (annet, mangel av personell, motsetter seg hjelp, manglende sikring, mangelfulle rutiner, mangelfull opplæring)
- 22 under "fallulykke med skade" (annet, manglende sikring, mangelfull opplæring)

Sonjatun omsorgssenter, perioden 1.1.17-7.5.19:

- 88 registrerte avvik fordelt på områdene; annet, feilmedisinering, medikamenthåndtering, feil i dosett, prosedyreavvik og fallulykke med skade.
 - 49 med liten alvorlighetsgrad,
 - 28 med middels alvorlighetsgrad
 - 11 med stor alvorlighetsgrad
 - 18 av 88 avvik var registrert som mangelfulle rutiner

Klage

I *KF Kvalitetsstyring* foreligger det «*Rutiner for behandling av klager på pasientbehandling*» som gjelder hvis pasient eller pårørende klager på behandling, hvordan tjenestene utøves, manglende/feil utstyr, feilmedisinering, eiendeler som er tapt med mere. I rutinebeskrivelsen skilles det mellom muntlig og skriftlig klage:

- *Muntlig klage* – vedkommende helsepersonell tar imot klagen, eller viser til nærmeste leder eller rette vedkommende. Det skal skrives rapport om henvendelsen i Profil under aktuelt tiltak. Rapporten merkes som avvik. Videre behandling henvises til rutine om avviksbehandling
- *Skriftlig klage* - klagen scannes inn i Profil der videre oppfølging skjer. Dersom klagen medfører politisk behandling eller sak til helsetilsynet, skal saken registreres i post og arkivsystemet Ephorte. Slike saker kan være helseskade eller dødsfall som følge av svikt i helsetjenestene.

Hvis klagen er av slik karakter at det er aktuelt med pasientskadeerstatning, skal pasient og pårørende få informasjon om denne muligheten og det henvises til «*prosedyre for å ivareta brukere og nærmeste pårørende sin rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner*».

Ved klage på vedtak er fremgangsmåten redegjort for i selve vedtaksbrevet. Revisor har mottatt maler for vedtaksbrev for korttidsplass, langtidsplass og avlastning. Alle vedtaksmalene inneholder nærmere opplysninger om fremgangsmåte ved klage. Det fremgår blant annet av malene at avdelingen kan være behjelpelig med å sette opp klage.

Når det gjelder omfanget av klager de siste årene opplyses det fra *Bo og kultur og omsorgssenteret* at de ikke har mottatt skriftlige klager siste to årene. Ved sykehjemmet mottok de én skriftlig klage høsten 2018 og én våren 2019. Klagene har gått ut på at pårørende ikke har vært helt fornøyd med oppfølging av pasient. Revisor får videre opplyst at det har ikke vært noen klager som har gått til Fylkesmannen i 2018/19.

Fylkesmannen i Troms mottok i 2017 bekymringsmelding fra ansatte ved Bo- og kultur om at nedbemanningen medførte faglig uforsvarlig drift.²⁰ Fylkesmannen konkluderte med at Nordreisa kommune hadde brutt forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.²¹ Fylkesmannen ba i brev av 27.4.2018 Nordreisa kommune om tilbakemelding med beskrivelse av hvilke tiltak kommunen har iverksatt for å overholde lovgivningen samt en redegjørelse for hvordan kommunen ville vurdere om tiltakene har virket som planlagt etter at de har fått virket en stund. I brev av 3.7.2018 skriver Fylkesmannen:

«Fylkesmannen har i brev datert 25.06.18 mottatt tilbakemelding fra Nordreisa kommune. Det beskrives her at virksomhetsleder har ansvar for ukentlig å lukke avvik i pasientjournal, og for å påbegynne forbedringstiltak. Det skal også lages en rapport i KF systemet basert på siste måneds avvik, med beskrivelse av iverksatte tiltak. Videre skal meldte avvik rapporteres til sektorleder i månedlig økonomirapport. Videre beskrives det at Nordreisa kommune skal jobbe videre med utarbeidelse av rutiner, blant annet for journalansvarlig, avviksbehandling/oppfølging av avvik, gjennomgang av alle eksisterende rutiner. Kommunen har også beskrevet hvordan ledelsen skal følge opp om iverksatte tiltak virker som planlagt, hvor sektorleder blant annet skal gjennomføre stikkprøver på dokumentasjon og oppfølging av tiltak på fagområder som ernæring og legemiddelgjennomgang.»

Fylkesmannen ba Nordreisa kommune om ny redegjørelse innen 15.11.18 for hvilke konkrete tiltak som er iverksatt i henhold til kommunens plan og hvordan disse er fulgt opp. På kommunens nettside står det at Nordreisa kommune vil innen 15.11.18 sende ny redegjørelse for hvilke konkrete tiltak som er iverksatt i henhold til kommunens plan og hvordan disse er fulgt opp. Revisor har etterspurt hvordan Nordreisa kommune har fulgt opp denne saken og eventuell avgjørelse fra fylkesmannen, men ikke fått svar på forespørselen.

Risiko- og sårbarhetsvurderinger og planlegging av risikoreduserende tiltak

Som en del av *KF Kvalitetsstyring* inngår «*KF Risikostyring*» analyseverktøy for risikostyring, og dette verktøyet bygger på eksisterende standarder og KS' anbefalinger i veileder for internkontroll - «Orden i eget hus».

I *KF Risikostyring* legges risikovurderinger inn med tiltak, ansvar og frister. Sannsynlighet og konsekvens for alle hendelser innen de ulike tjenesteområdene presenteres grafisk i risikomatriser.²² Sykehjemmene gjennomførte ROS-analyse høsten 2018. Revisor har mottatt resultatene, og på de neste sidene presenteres de grafiske risikomatrisene for hvert enkelt sykehjem. Til hver tabell har

²⁰ Saken er omtalt på kommunens nettsider, <http://www.nordreisa.kommune.no/fylkesmannen-i-troms-har-hatt-tilsyn-av-sykehjemmet-bo-og-kultur-i-nordreisa-kommune.6134670-362942.html>

²¹ Saken har vært behandlet i helse- og omsorgsutvalget 29.5.2018

²² <https://www.kf.no/kvalitet-og-internkontroll/kvalitetsstyring/risikostyring1/>

revisor presentert én av risikoene med tilhørende tiltak for å vise hvordan risiko- og tiltaksbeskrivelsene er bygd opp.

Tabell 2: ROS-analyse, Sonjatun sykehjem

		Konsekvens				
		Veldig lav	Lav	Middels	Høy	Veldig høy
Sannsynlighet	Veldig høy				Pasienter uten tilsyn i fellesareal	
	Høy					
	Middels		Alenearbeid	Mangel på teknisk utstyr Utbrudd smittsom sykdom Voldstiltfeller fra pasienter mot andre pasienter/ansatte.		
	Lav		Bruk av tvang	Feil i medisinerings/medikamenthåndtering Kompetansemangel Muskel/skjelett/belastningsskader Personalmangel Språkproblemer Trusler/vold/mobbning	Pasient som forlater institusjon uten tilsyn	Brann
	Veldig lav		Lovstridig bruk av turnusvakter	Forgiftning/skade av kjemikalier Innbrudd Matforgiftning i institusjon Trykksår	Avvik fra behandlingsprosedyre/feilbehandling Fall/uhell med alvorlig skade Feilemnering	

8	Hendelse:	Pasient som forlater institusjon uten tilsyn			
	Sannsynlighet:	Lav	Konsekvens:	Høy	
	Beskrivelse:	Pasienten forlater institusjon alene og klarer ikke å finne tilbake.			
	Tiltak:	Rutiner			
	Beskrivelse:	Sikre at rutiner blir fulgt, og at rutiner for pasienttilsyn blir fulgt. Sikre at pasienten får den rette boform. Sikre at dører og vinduer er sikret det det er nødvendig.			
	Kontaktperson:	Virksomhetsleder	Dato:	25.10.2019	

Kilde: Nordreisa kommune

Tabell 3: ROS-analyse, Sonjatun bo- og kultursenter

		Konsekvens				
		Veldig lav	Lav	Middels	Høy	Veldig høy
Sannsynlighet	Veldig høy				Pasienter uten tilsyn i fellesareal	
	Høy				Voldstifeller fra pasienter mot andre pasienter/ansatte.	
	Middels			Alenearbeid Kompetansemangel Mangel på teknisk utstyr Personalmangel	Pasienter forlater institusjonen alene Utbrudd smittsom sykdom	
	Lav			Forgiftning/skade av kjemikalier på pasienter Trykksår	Avvik fra behandlingsprosedyre/feilbehandling Bruk av tvang Fall/uhell med alvorlig skade Feil i medisinerings/medikamenthåndtering	Brann
	Veldig lav	Lovstridig bruk av turnusvakter		Innbrudd Matforgiftning Muskel/skjelett/belastningsskader Trusler/vold/mobbning	Feilemerging	

16

Hendelse: Voldstifeller fra pasienter mot andre pasienter/ansatte.

Sannsynlighet: Høy Konsekvens: Høy

Beskrivelse:

Pasienter eller ansatte blir utsatt for vold fra en pasient ved sykehjemmet

Tiltak: Pasient blir utsatt for vold

Beskrivelse: Kartlegging av pasient, miljøtiltak, skjerming, forhindre at utagerende pasient er uten tilsyn, vurdere å øke bemanning, søke hjelp hos annen kvalifisert instans, for eksempel lege.

Kontaktperson: Avdelingsleder

Dato: 25.10.2019

Tiltak: Ansatte utsettes for vold

Beskrivelse: Undervisning om vold/trusler om vold, alltid være 2 i pleiesituasjoner, god kommunikasjon rettet mot pasient, kompetanse hos ansatte slik at en kan bruke teknikker som avverger vold, kollegatid/samtaler, evaluering, bruk alarmsystemet aktivt.

Kontaktperson: Avdelingsleder

Dato: 25.10.2019

Kilde: Nordreisa kommune

Tabell 4: ROS-analyse, Sonjatun omsorgssenter

		Konsekvens				
		Veldig lav	Lav	Middels	Høy	Veldig høy
Sannsynlighet	Veldig høy				Pasienter uten tilsyn i fellesareal	
	Høy				Voldstifeller fra pasienter mot andre pasienter/ansatte.	
	Middels		Bruk av tvang	Mangel på teknisk utstyr Utbrudd smittsom sykdom	Pasienten forlater institusjon uten tilsyn.	
	Lav			Alnearbeid Kompetansemangel i Muskel/skjelett/belastningsskader Personalmangel Trusler/vold/mobbning Trykksår	Avvik fra behandlingsprosedyre/feilbehandling Fall/uhell med alvorlig skade Feil i medisinerings/medikamenthåndtering	Brann
	Veldig lav	Lovstridig bruk av turnusvakter		Forgiftning/skade av kjemikalier Innbrudd Matforgiftning i institusjon	Feilemnering	

20	<p>Hendelse: Pasienter uten tilsyn i fellesareal</p> <p>Sannsynlighet: Veldig høy Konsekvens: Høy</p> <p>Beskrivelse:</p> <p>Pasienter kan bli alene uten tilsyn i fellesareal fordi personal er opptatt på andre pasientrom.</p> <p>Tiltak: Planlegging</p> <p>Beskrivelse: God planlegging og arbeidsfordeling slik at tiden pasienten er alene i fellesareal blir minst mulig.</p> <p>Kontaktperson: Virksomhetsleder Dato: 25.10.2019</p>
----	---

Kilde: Nordreisa kommune

Flere av rutinene/prosedyrene som finnes i *KF Kvalitetsstyring* og i *VAR*, er for å avverge farlige situasjoner og for å forebygge svikt i tjenesteutøvelsen. Revisor vil nevne noen eksempler, der noen også er redegjort for tidligere i rapporten:

- *Prosedyre for ernæringscreening.* Alle pasienter skal ved innleggelse vurderes for ernæringsmessig risiko, og deretter gjøres månedlige vurderinger. Ved sykdom og vektendring skal det gjøres hyppigere kartlegging. Ernæringskartlegging gjøres etter fastsatte skjema.
- *Prosedyre for oppfølging ved underernæring.* Pasienter i ernæringsmessig risiko eller underernærte skal få i seg tilstrekkelig med mat og drikke for å unngå vekttap.

- *Prosedyre når en pasient har forlatt institusjonen.* Formålet er å ivareta den enkeltes sikkerhet og helse samt avverge alvorlige faresituasjoner.
- *Kartlegging av fallrisiko i institusjon (VAR).* Prosedyren beskriver innledende vurdering av fallrisiko hos alle pasienter og vurdere kartlegging hos pasienter som vurderes å ha økt risiko. Prosedyren utføres snarest mulig etter innkomst og gjentas etter behov.

Revisors vurdering

På bakgrunn av revisors funn vurderer vi at kommunen *oppfyller* revisjonskriteriet om å ha system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene. Vi forutsetter at kommunens innsats på området den siste tiden, etter blant annet kontrollutvalgets etatsbesøk og kommunens oppfølging overfor Fylkesmannen, bidrar til at ansattes kjennskap og bruk av avvikssystemet samt ledelsens oppfølging av avvik styrkes.

Revisor vurderer at revisjonskriteriet om at kommunen skal ha system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboere/pårørende som *oppfylt*.

Revisor vurderer videre at kommunen *oppfyller* revisjonskriteriene om å ha system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene, samt å ha system for å planlegge risikoreduserende tiltak.

10 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

I denne forvaltningsrevisjonen av kvalitet i sykehjemstjenestene i Nordreisa kommune, har vi lagt til grunn følgende problemstilling:

Har Nordreisa kommune systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves?

Vår konklusjon på problemstillingen er:

Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad systemer og rutiner for å sikre at krav og målsetninger vedrørende kvaliteten i sykehjemstjenestene etterleves.

Konklusjonen bygger på våre vurderinger av kommunens skriftliggjorte fellesprosedyrer og lokale prosedyrer ved sykehjemmene samt opplysninger fra virksomhetsledere og avdelingsledere – opp imot revisjonskriterier utledet fra nasjonalt regelverk og faglige anbefalinger. Oppsummert er våre vurderinger at:

- Kommunen har til dels skriftlige prosedyrer for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.
- Kommunen har et system for å sikre beboerens/nærmeste pårørendes rett til informasjon.
- Kommunen har til dels et 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 i liten grad system for å sikre at brukerrepresentanter blir hørt ved utformingen av tilbudet til beboere på sykehjem.
- Kommunen legger til dels til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner
- Kommunen har til dels et system for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemstjenestene
- Kommunen har et system for avviksmelding og -håndtering i sykehjemstjenestene.
- Kommunen har system for å ta imot og behandle eventuelle klager fra beboere/pårørende.
- Kommunen har system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger som gjelder sykehjemstjenestene, samt å ha system for å planlegge risikoreducerende tiltak.

11 HØRING

Revisor sendte den 14. august 2019 et rapportutkast til kommunen v/rådmann for eventuell høringsuttalelse. På bakgrunn av ferieavvikling og sykefravær ba kommunen om utsatt høringsfrist med to uker til den 11. september 2019. Vi har ikke mottatt svar innen fristen.²³

²³ Revisor har via e-post den 10. september og telefon den 11. september, forsøkt å få tilbakemelding fra kommunen om høringsuttalelsen, men fikk ikke svar.

12 ANBEFALINGER

På bakgrunn av revisors funn, vurderinger og konklusjon anbefaler kommunen å:

- videreutvikle sine skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboeres grunnleggende behov
- videreutvikle sitt system for bruker- og pårørendemedvirkning i sykehjemstjenestene
- styrke forutsetningene for medvirkning fra ansatte i forbedringsarbeid ved sykehjemmene

13 REFERANSER

Lover, forskrifter, sentrale veiledere

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- 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)

Nordreisa kommune

- KF Kvalitetsstyring
- Medarbeiderundersøkelse, 10-Faktor
- Prosedyrer/retningslinjer/rutiner i VAR og Profil.
- ROS-analyser
- Sykehjemmenes årsmeldinger for 2018
- Virksomhetsplan for helse og omsorg, sykehjemmene, 2019
- www.nordreisa.kommune.no

Internettressurser

<https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell>

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/>

<https://nhi.no/>

<https://www.kf.no/kvalitet-og-internkontroll/kvalitetsstyring/>

<https://kurs.nhi.no/>

<https://www.visma.no/smartskill/veilederen-pleie-og-omsorg/>

<https://www.varhealthcare.no/>

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 og 37 kommuner i Nordland, Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø og Narvik, og på Sortland, Finnsnes 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:

- Juss
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Økonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjonsprosjekter i Nordreisa kommune:

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

