



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



www.vefik.no

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2022

Pleie- og omsorgstjenester til brukere på sykehjem og i omsorgsbolig

KARASJOK KOMMUNE

FORORD

På bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Karasjok kommune har VEFIK IKS gjennomført en forvaltningsrevisjon av pleie- og omsorgstjenester til brukere på sykehjem og i omsorgsbolig.

Revisjonen har før igangsetting av forvaltningsrevisjonen og ved gjennomføring av undersøkelsen vurdert sin uavhengighet overfor Karasjok kommune, jfr. kommunelovens § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet til det arbeidet som har blitt gjort.

Vi takker Karasjok kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Alta, 3. mai 2023

Ranveig Olaussen
Prosjektleder

Marit Jørgensen Hauge
Prosjektleder til 06.09.2022

Aud S. Opgård
Revisjonssjef/oppdragsansvarlig
forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG	4
ANBEFALINGER	5
1 INNLEDNING	6
1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING	6
1.2 PROBLEMSTILLINGER	6
1.3 REVISJONSKRITERIER	6
1.4 GJENNOMFØRING OG METODISK TILNÆRMING	7
2 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER.....	8
3 HVORDAN IVARETAR KOMMUNEN BEBOERE PÅ SYKEHJEM OG I OMSORGSBOLIG MED HENSYN TIL RETTSSIKKERHET OG KVALITET PÅ TJENESTENE?.....	12
3.1 REVISJONSKRITERIER	12
3.2 DATA	12
3.3 DATA SYKEAVDELINGEN	15
3.4 VURDERINGER SYKEAVDELINGEN.....	19
3.5 DATA OMSORGSBOLIGENE	20
3.6 VURDERINGER OMSORGSBOLIGENE	22
3.7 KONKLUSJON	24
3.7 ANBEFALINGER.....	25
4 BRUKERUNDERSØKELSE	26
5 KILDER OG LITTERATUR.....	27
Vedlegg 1: Kommunedirektørens kommentarer	I
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	II
Vedlegg 3: Metode og gjennomføring	VI

SAMMENDRAG

Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS har undersøkt hvordan Karasjok kommune ivaretar beboere på sykehjem og i omsorgsbolig med hensyn på rettsikkerhet og kvalitet på tjenestene når det gjelder ernæring, tannhelse, brukermedvirkning og tilrettelegging av tilbud for personer med demens.

Undersøkelsen viser at Karasjok kommune har skriftlige rutiner for å ivareta de grunnleggende behov for beboere ved sykeavdelingen og ved omsorgsboligene. Vi ser også positivt på igangsettelsen av arbeidet med utarbeidelse av prosedyrer og sjekklister som gjelder avvikshåndtering. Dette kan slik revisjonens vurderer det være med på å heve kvaliteten i håndtering av klager, avvik og avviksmeldinger.

Funn i undersøkelsen viser at det ikke er etablert et system som fullt ut sikrer og dokumenterer at brukere og pårørende får medvirke til utforming og endring i tjenestetilbudet. Vi vil likevel påpeke at beboere og pårørende gjennom pårørendesamtaler og tilbakemeldinger har mulighet til å medvirke til den enkeltes utforming og endring i det tjenestetilbudet som gis. Ut fra informasjon som er gitt oss deles erfaringer og brukes i virksomhetens forbedringsarbeid. Revisjonen ser positivt på at det er gjennomført en brukerundersøkelse ved sykeavdelingen og ved omsorgsboligene.

Vår gjennomgang av et utvalg journaler viser varierende dokumentasjonsgrad av opplysninger knyttet til dokumentasjon av vekt og tannstell. Dette vanskeliggjør revisjonens mulighet til etterprøving av om gjeldende rutiner og prosedyrer blir fulgt. Dokumentasjonsgraden i journaler bør tilpasses i tråd med gjeldende rutiner og med tanke på etterprøvbarehet.

Mappegjennomgangen viser gjennomgående god dokumentasjon av at mat og drikke er inntatt i de journaler som er omfattet av undersøkelsen. For personer med ernæringsmessige utfordringer er behov, tiltak og inntak dokumentert i de gjennomgåtte journaler. Men det er i disse tilfellene ikke utarbeidet ernæringsplan i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Vår mappegjennomgang viser at registrering av vekt har varierende dokumentasjonsgrad i de gjennomgåtte journalene.

Når det gjelder tannstell dokumenteres dette i all hovedsak at det utføres, men det er variasjoner i hvordan gjennomføringen av daglig tannstell dokumenteres i journal. Vår mappegjennomgang viser to tilfeller hvor det er manglende dokumentasjon av hvilke tiltak som er gjort i forbindelse med oppfølging av tannhelsetilstand.

Det er åpnet for samarbeid med frivillige organisasjoner. Vi vurderer også samarbeidet med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester som nyttig i arbeidet med kvalitet i tjenesten.

Ut fra de opplysninger vi har fått gjennom undersøkelsen har vi konkludert med at sykeavdelingen og omsorgsboligene ikke har et særskilt tilrettelagt tilbud til personer med demens, utover støyreducerende tiltak ved sykeavdelingen.

Anbefalinger

På bakgrunn av funn i undersøkelsen anbefaler revisjonen at sykeavdelingen og omsorgsboligene i Karasjok kommune:

- Legger til rette for et tilrettelagt tilbud for personer med demens
- Vurderer å klargjøre hva som skal dokumenteres i journal

1 INNLEDNING

1.1 Kontrollutvalgets bestilling

Undersøkelsen er gjennomført på bakgrunn av kontrollutvalgets bestilling i sak 2/2022:

Kontrollutvalget viser til revisjonens prosjektskisse i forvaltningsrevisjonen «Pleie- og omsorgstjenester til brukere på sykehjem og i omsorgsbolig». Kontrollutvalget vurderer det slik at revisors beskrivelse av undersøkelsen er i samsvar med utvalgets forutsetninger i vedtak som ble gjort i sak vedrørende oppstart av forvaltningsrevisjonen (sak 25/2021).

Kontrollutvalget vedtar på denne bakgrunn oppstart av forvaltningsrevisjonen «Pleie- og omsorgstjenester til brukere på sykehjem og i omsorgsbolig».

Kontrollutvalget vedtar følgende hovedproblemstilling for forvaltningsrevisjonen «Pleie- og omsorgstjenester til brukere på sykehjem og i omsorgsbolig»:

Hvordan ivaretar kommunen beboere på sykehjem og i omsorgsboliger med hensyn til rettssikkerhet og kvalitet på tjenestene?

Kontrollutvalget overlater til revisjonen å utarbeide underproblemstillinger og eventuelle tilleggsproblemstillinger i tilknytning til hovedproblemstillingen.

Kontrollutvalget ber revisjonen oversende prosjektplan til orientering så snart planen er ferdigstilt.

Det legges til grunn at ferdig rapport fra forvaltningsrevisjonen oversendes kontrollutvalget v/sekretariatet innen seks måneder fra dette vedtaket er formelt formidlet til revisjonen.

1.2 Problemstillinger

Hovedproblemstillingen i undersøkelsen har vært følgende:

Hvordan ivaretar kommunen beboere på sykehjem og i omsorgsbolig med hensyn til rettssikkerhet og kvalitet på tjenestene?

Hovedproblemstillingen er belyst gjennom følgende underproblemstilling:

Gir Karasjok kommune pleie- og omsorgstjenester til beboere på sykehjem og i omsorgsbolig i henhold til regelverket når det gjelder:

- Ernæring
- Tannhelse
- Brukermedvirkning
- Tilrettelagt tilbud for personer med demens

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Faktagrunnlaget vurderes opp mot kriteriene og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene) (FOR-2003-06-27-792)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (FOR-2010-11-12-1426)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet 2013 (IS-1580)

Revisjonskriteriene fremgår av kapittel 3 og er utdypet i vedlegg nr. 2 til rapporten

1.4 Gjennomføring og metodisk tilnærming

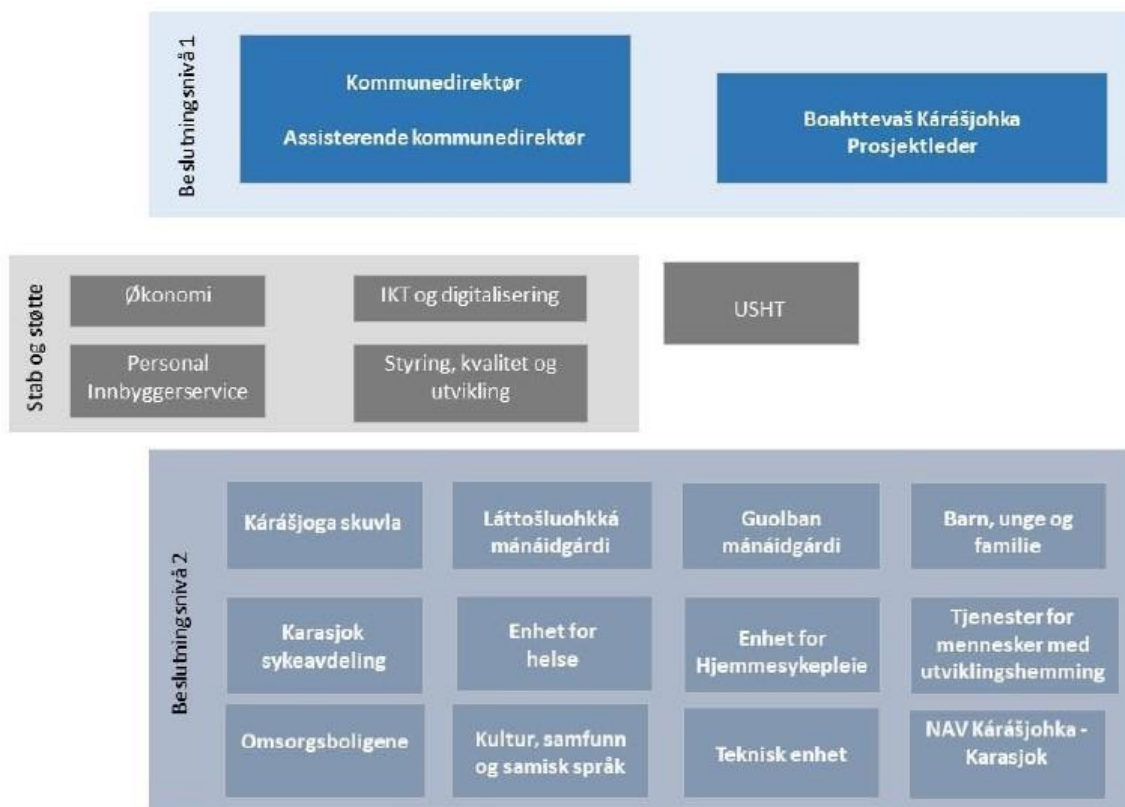
Undersøkelsen er gjennomført ved bruk av dokumentanalyse av skriftlige rutiner/prosedyrer, mappegjennomgang av et utvalg brukerjournaler samt intervjuer med sentrale personer i kommunen. Vi har gjennomgått et utvalg av journaler for å se om dokumenterte opplysninger knyttet til tannstell og ernæring avviker fra etablerte rutiner og prosedyrer.

En nærmere redegjørelse for framgangsmåte, metodevalg, og kvalitetssikring framgår av rapportens vedlegg nr. 3.

2 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

Karasjok kommune etablerte en ny administrativ omorganisering fra 1. oktober 2020. Sykeavdelingen og omsorgsboligene i Karasjok kommune er organisert som egne virksomheter som vist i organisasjonskartet under.

Figur 1: Organisasjonskart for Karasjok kommune, gjeldende fra 01.10.20:



Kilde: Karasjok kommunes nettside

Sykeavdelingen

Karasjok sykeavdeling omfatter sykeavdeling og driftskjøkken. Totalt har avdelingen plass til 28 pasienter, derav 18 langtidsplasser, 3 korttidsplasser, 3 avlastningsplasser, 3 sykestue og en KAD¹.

Avdelingen er bemannet med helsefagarbeidere og sykepleiere. I tillegg arbeider det mange pleiemedhjelpere som faste vikarer og tilkallingsvikarer.

Driftskjøkkenet er bemannet med faglærte kokker og kjøkkenassistenter. De lager måltider til beboerne ved sykeavdelingen, omsorgsboligene og hjemmeboende som bestiller middag.

Tjenestetilbudet er behovsprøvd, dette betyr at de med størst behov får tilbud først og ikke nødvendigvis de som har søkt først. Samspill (omsorgstrappa) med kommunale tilbud skal være vurdert før langtidsplass på sykehjem tildeles.

¹ Kommunal akutt døgnenhet (KAD).

Brukere som oppfyller kriteriene for sykehjemsplass, men som med forsvarlig helsehjelp kan ha et annet tjenestetilbud i påvente av sykehjemsplass vil få tilbud om å stå på venteliste dersom det ikke er ledig sykehjemsplass på søknadstidspunkt.

Sykeavdelingen har korttidsplasser som er tidsavgrenset, der behov for medisinsk behandling og opptrening er så omfattende at det er behov for heldøgns pleie og omsorg. Brukeren må ha et klart medisinsk mål for oppholdet.

Sykeavdelingen har også avlastningsplasser som er til hjelp til pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid.

Det er også 3 sykestueplasser og 1 (en) KAD plass til medisinsk utredning og behandling på sykeavdelingen. Sykestueplasser / KAD erstatter sykehusinnleggelse for en del pasienter, og forkorter sykeoppholdet for andre. Enheten har også 1 (ett) akuttrom som brukes til akutt hjelp til kommunens innbyggere og andre som trenger akutt medisinsk hjelp. Disse plassene er finansiert av Finnmarkssykehuset HF.

Sykepleiere på sykeavdelingen betjener legevaktnettbrett og bistår vakthavende lege der det er nødvendig.

Omsorgsboligene

Omsorgsboligene eies og drives av kommunen. Det er tre bygninger med til sammen 16 leiligheter som leies ut. Dette er fortrinnsvis ment å være et tilbud for eldre over 67 år. Hver leilighet har kombinert stue/kjøkken, soverom og et bad. I hver omsorgsbolig er det et felles areal med oppholdsrom og kjøkken. Leilighetene defineres som private hjem.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste

Utviklingssenter for sykehjem- og hjemmetjenester (USHT) er en del av en nasjonal satsning og et av virkemidlene for blant annet å oppnå faglig omstilling i tjenestene og utvikling i samarbeid med pasienter, brukere og pårørende. USHT er en fagressurs for ledere og ansatte i sykehjem og i hjemmetjenester. Helsedirektoratet er oppdragsgiver og delfinansierer senteret, mens Karasjok kommune er vertskommune. Senteret har fire fast ansatte.

Utviklingssenteret skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av kunnskap om samisk språk og kultur. Helsedirektoratet gir årlige føringer for senterets aktivitet.

For 2021 var satsningsområdene følgende:

- Kvalitetsreformen Leve hele livet har 5 hovedområder
- Demensplan 2025 har 6 hovedstrategier
- Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming
- Velferdsteknologi

Fremtidens Karasjok

1. oktober 2019 ble prosjektet "Fremtidens Karasjok" igangsatt. Prosjektet er et omfattende endrings- og omstillingsprosjekt finansiert av Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Fylkesmannen i Troms og Finnmark og Karasjok kommune.

Prosjektet «Framtidens Karasjok» er et langsiktig (8 år) utviklingsprosjekt, organisert i tre trinn:

Trinn 1: Omstilling og etablering av BASIS

Trinn 2: Utviklingskraft og NY GIV

Trinn 3: Innovasjon, Samskaping og BESTE PRAKSIS

Etter endt prosjekt skal kommunen kunne levere tjenester til innbyggerne innenfor rammen av god forvaltningsskikk, kommunen skal ha en god organisasjonspraksis og en sunn og bærekraftig økonomi.

Ressursgjennomgang og behovsanalyse for helse og omsorg

Ambia AS har utarbeidet rapporten «*Ressursgjennomgang helse og omsorg inklusiv behovsanalyse av boformer og bygningsmasse i pleie og omsorg*» for Karasjok kommune. Rapporten er datert 22. september 2021. Rapporten tar opp flere forhold i tjenestetilbudet som enten kan effektiviseres eller forbedres og peker på store utfordringer knyttet til driften av tjenestene, herunder sykefravær, deltid, turnus/arbeidstid, kompetanse, innleie og overtid.

Utfordringer knyttet til bemanning

Ifølge kommunens årsmelding for 2021 har sykeavdelingen store utfordringer i bemanningssituasjonen. Stort sykefravær i avdelingen kan ses i sammenheng med rekrutteringsutfordringene. Det er mangel på sykepleierkompetanse og helsefagarbeidere. Dette fører til bruk av ufaglærte og medfører lavere kvalitet i tjenesten.

Det fremgår av årsmeldingen at 2021 har vært et spesielt utfordrende år for sykeavdelingen. Avdelingen har opplevd flere utbrudd av covid-19 som har medført at de ansatte har jobbet mye overtid for å dekke opp bemanningen, både med hensyn til sykefravær og innlagte pasienter med covid-19. Det har også vært behov for å bruke vikarbyrå for å dekke opp viktig fagpersonell som kommunen ikke har klart å rekruttere.

Ifølge årsmeldingen er det også utfordringer knyttet til bemanning i omsorgsboligene. Det er lite faste faglærte helsepersonell og mange hjelpepleierstillinger er ledige. Brukerne i omsorgsboligene er blitt eldre og har et økt pleiebehov. Det er ifølge kommunens årsmelding satt i gang tiltak for å flytte beboere som er sterkt pleietrengende, og få inn beboere som klarer å ivareta seg selv i større grad med litt veiledning og motivasjon.

Karasjok kommunes årsmelding for 2021 viser høyt samlet fravær på sykeavdelingen og omsorgsboligene.

Sykefravær sykeavdelingen

Fravær	Korttid	Langtids	Samlet fravær
Årlig sykefravær 2020	3,33 %	16,45 %	19,78 %
Årlig sykefravær 2021	5,34 %	13,55 %	18,89 %

Tiltak som ifølge årsmeldingen er gjort i forhold til sykefravær er sykefraværsoppfølging ved sykefravær og tilrettelegging av arbeidsoppgaver. NAV innsatsteam er koblet inn for veiledning og opplæring/kursing. Økt sykefravær i november og desember kan sees i sammenheng med covid-19 utbrudd i høst hvor personell hadde merbelastning både i forhold til arbeidsoppgaver, men også psykisk stress.

Sykefravær omsorgsboligene

Fravær	Korttids	Langtids	Samlet fravær
Årlig sykefravær 2020	6,12 %	11,54 %	17,66 %
Årlig sykefravær 2021	4,94 %	8,67 %	13,61 %

Ifølge årsmeldingen vil systematisk oppfølging av sykefraværet sannsynligvis gi gevinst. Det antas at flere vikarer vil minske belastningen. Det er tatt inn flere vikarer med høyere kompetanse, noe som minsker belastningen på de fast ansatte. Videre er det opplyst i årsmeldingen at det er planlagt kompetanseheving, noe som vil gi gevinst i forhold til belastning, men også i forhold til trivsel/arbeidsmiljø.

Ifølge Statistisk sentralbyrå var sykefravær for lønnstakere innen Helse- og sosialtjenester for 4. kvartal 2020 på 9,6 og for 4. kvartal 2021 på 10,6%.²

Følgende informasjon er hentet fra Statistisk sentralbyrå og viser innrapporterte tall for Karasjok kommune og KOSTRA-gruppe 5.³

Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold (prosent):

	2020	2021	2022
Karasjok kommune	16,0	11,6	13,9
KOSTRA-gruppe 5	12,6	11,9	11,8

Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning (prosent):

	2020	2021	2022
Karasjok kommune	52,2	54,7	57,2
KOSTRA-gruppe 5	77,7	78,1	78,1

Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk):

	2020	2021	2022
Karasjok kommune	0,57	0,60	0,63
KOSTRA-gruppe 5	0,57	0,57	0,56

² 12440: Sykefravær for lønnstakere (prosent), etter næring (SN2007), statistikkvariabel og kvartal. Statistikkbanken ([ssb.no](https://www.ssb.no/))

³ <https://www.ssb.no/>

3 HVORDAN IVARETAR KOMMUNEN BEBOERE PÅ SYKEHJEM OG I OMSORGSBOLIG MED HENSYN TIL RETTSSIKKERHET OG KVALITET PÅ TJENESTENE?

Gir Karasjok kommune pleie- og omsorgstjenester til beboere på sykehjem og i omsorgsbolig i henhold til regelverket når det gjelder:

- Ernæring
- Tannhelse
- Brukermedvirkning
- Tilrettelagt tilbud for personer med demens

3.1 Revisjonskriterier

- Sykehjemmet og omsorgsboligene skal ha skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov, herunder ernæring og nødvendig tannbehandling
- Kommunen skal ha et system for å sikre at brukere og pårørende får medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet og omsorgsboligene
- Kommunen skal gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende til forbedring av virksomheten
- Kommunen skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og frivillige organisasjoner
- Beboerne skal få vurdert sin ernæringsstatus ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller et annet faglig begrunnet opplegg
- Beboere med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Tiltakene bør evalueres jevnlig
- Kommunen skal legge til rette for et tilrettelagt tilbud for personer med demens

3.2 Data

- Kommunestyret i Karasjok vedtok i den 10.12.2020 i sak PS 20/58 kommunal planstrategi, som ble revidert i juni 2022⁴.
- Av kommunal planstrategi 2020-23 under punkt 3.9.2 fremgår det at helsetjenesteområdet rommer legetjenesten, helsesøster, jordmor, sykehjem, omsorgsboliger og institusjonell omsorg, dagsenter mm. Helsesenteret som ble bygget i 1982 er i bygningsmessig dårlig standard, tilfredsstillende ikke dagens krav og er ikke egnet til å ta imot økning av pleietrengende. Et nytt helsesenterbygg er i utredningsfasen, og det er usikkert om det blir byggestart i planperioden.⁵

⁴ Karasjok kommunestyre 20.06.2022 PS 22/43

⁵ Karasjok kommune, kommunal planstrategi 2020-23, side 14

Det går fram av planstrategien at kommunen til enhver tid har mangel på institusjonsplasser, og at tjenesteområdet ikke er dimensjonert til å møte behovet som følger av økningen av antall brukere innenfor helse- og omsorgstjenester. I fravær av varige løsninger som dekker behovet, blir slitasjen stor både for tjenestemottaker, deres pårørende og kommunens helsepersonell.⁶

Videre går det fram av kommunal planstrategi 2020-23 at det i mange år har vært en utfordring å besette vakante stillinger innenfor pleie og omsorg, og det er benyttet vikarbyrå for å dekke inn vakante stillinger. Utfordringer som er oppgitt er:

- Bygningsmasse – helsesenter – tilfredsstiller ikke dagens krav
- Økning i pleietrengende og manglende plasser
- Manglende saksbehandlingskapasitet
- Vanskelig å rekruttere og beholde kompetanse til sykeavdeling og omsorgsboliger
- Vanskelig å overholde budsjett
- Det går også fram av planstrategien at det blant annet er behov for en overordnet helse- og sosialplan og kompetanseplan for helse- og omsorg. Ved oppstart av forvaltningsrevisjonen fikk revisjonen opplyst at arbeidet med helse- og omsorgsplanen var igangsatt i forbindelse med samfunnsdelen i kommuneplanen.

Kommunestyret i Karasjok har 17. mars 2022 vedtatt retningslinjer for tildeling av helse- og omsorgstjenester for 2022-2023. Retningslinjene beskriver hvordan Karasjok kommune saksbehandler og fatter vedtak i helse- og omsorgssaker.

Alle henvendelser om helse- og omsorgstjenester i Karasjok kommune skal rettes til tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester. Tildelingskontoret er også kommunens koordinerende enhet. Kontorets ansvar er å kartlegge, vurdere og fatte vedtak i den enkelte sak. I tillegg skal de gi nødvendig veiledning og informasjon om tjenester, saksgang og behandle eventuelle klager som gjelder tjenestetildeling.

Tildelingskontoret har ansvar for at enhver sak er så godt belyst som mulig, før vedtak fattes. Det benyttes egne kartleggingsverktøy (skjema). Med tillatelse fra søkeren innhentes nødvendige opplysninger fra andre instanser og fagpersoner. Søknadene drøftes i tverrfaglige møter med de tjenestene som er aktuelle i den enkelte sak.

Som koordinerende enhet har tildelingskontoret overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppnevnt koordinator.

I retningslinjene for tildeling av helse- og omsorgstjenester står det at det skal legges stor vekt på brukermedvirkning. Brukerens situasjon og hva han/hun oppfatter som viktig for seg skal komme tydelig fram i dokumentasjonen fra en kartlegging. Både søknadsskjemaet og kartleggingsskjemaet skal være utarbeidet slik at de ved riktig bruk bidrar til å sikre brukermedvirkningen.

Retningslinjene nevner at pårørende er en viktig ressurs og samarbeidspart. Pårørende kan være til stede under kartleggingsbesøket, så lenge det er i orden for søkeren. Pårørende/verge skal involveres etter gjeldende regelverk når den som søker mangler, eller har redusert samtykkekompetanse.

⁶ Kommunal planstrategi 2020-23, Karasjok kommune, side 14

Når det er fastslått at søker har rett til tjenester, skal kommunen i samarbeid med søker, finne fram hvilken form og i hvilket omfang tjenesten skal ytes. Ved uenighet, kan kommunen bestemme hvordan tjenesten skal gis.

Av retningslinjene kommer viktigheten av at tjenestene evalueres jevnlig frem, og særlig ved endringer i brukerens helsetilstand eller funksjonsnivå. Jevnlig evaluering skal sikre at tjenestetilbudet er godt tilpasset den enkeltes behov.

Det kommer frem av forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten⁷ § 2:

§ 2. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie

Når eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende 3 måneder eller mer, skal disse gis vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeid, så lenge oppholdet eller pleien vedvarer.

For tannhelsetjenester som blir gitt før institusjonsoppholdet eller hjemmesykepleien har vart i 3 måneder, kan kreves vederlag som under § 1, dersom oppholdet eller omsorgen ikke forventes å vare over 3 måneder.

Tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdom pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i 3 måneder.

Under oppstartsmøtet fikk revisjonen informasjon om at kommunen nå var ferdig med den første fasen av prosjektet *Framtidens Karasjok* som ble startet opp i 2019. Omorganiseringen er gjennomført og Karasjok kommune er nå en «to-nivå kommune». Dette innebærer at det ikke lenger er en helse- og omsorgssjef i kommunen, men at enhetslederne har ansvar for fag og drift av sine respektive områder.

Det kom videre fram i oppstartsmøtet at det har vært noen utfordringer i forbindelse med håndtering av klager, avvik og avviksmeldinger. Det er derfor igangsatt et arbeid med å utarbeide prosedyrer og sjekklister slik at avvik styres til rett avdeling, og at det tilknyttes en rådgiver som følger opp, også når det gjelder frister.

Ingen av møtedeltakerne i oppstartsmøtet hadde kjennskap til om det var nedsatt et brukerutvalg i Karasjok kommune. Vi fikk opplyst at det var etablert en pårørendegruppe ved omsorgsboligene, men at aktiviteten i denne har avtatt.

Kommunene har plikt til å ivareta bestemmelsene om brukarmedvirkning på individ og systemnivå, men har ingen plikt til å opprette brukerutvalg innenfor helse- og omsorgstjenestene. Når kommuner likevel etablerer brukerutvalg, er det for å styrke samhandling og brukarmedvirkning og ofte også med målsetting om å øke kvaliteten på tjenestene.

⁷ Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (FOR-1984-05-24-1268)

3.3 Data Sykeavdelingen

Skriftlige rutiner og prosedyrer

Revisjonen har mottatt prosedyrer knyttet til ernæring og kartlegging av ernæringsstatus, servering av mat, rutiner ved legevisitt og tannpuss og munnstell ved sykeavdelingen. Flere av disse prosedyrene er tilgjengelig for de ansatte via kommunalt nettverk på Varnett.no.⁸

Revisjonen har fått opplyst at sykeavdelingen har valgt å ha prosedyrene i Varnett da de der er oppdatert etter de nyeste retningslinjene.

I henhold til rutinene for legevisitt skal det gjennomføres legevisitt mandager og torsdager fra kl. 09.20 på sykeavdelingen. Legevisitten omfatter kun pasienter med langtidsplass og pasienter med korttidsplass i påvente av langtidsplass.

Revisjonen har fått opplyst at sykeavdelingen har hatt noe samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i forbindelse med kurs og hjelp med tilskuddssøknader.

Ernæring

Sykeavdelingen arbeider etter målsetningene i «Leve hele livet», en kvalitetsreform for eldre. Her legges det blant annet vekt på ernæring.

Sykeavdelingen har skriftlige rutiner for å sikre fullverdig ernæring til pasienter og brukere. I henhold til rutinene er formålet å sikre en fullverdig ernæring av alle pasienter og brukere gjennom kartlegging, tiltak og dokumentasjon. Det er enhetsleder som har hovedansvaret for disse rutinene og at rutinene er gjort kjent for ansatte, samt at det er tilgang på nødvendig utstyr for å oppnå fullverdig ernæring. Fagleder har det overordnede ansvaret for den daglige virksomheten i avdelingen. Ansvarlig sykepleier er ansvarlig for at det blir laget ernæringsplan og at sykepleierfaglige tiltak settes i gang og følges opp.

Hjelpepleier/assistent skal gjennom primærkontaktorganisering sørge for at pasienten får ivaretatt sine grunnleggende behov, tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet når det gjelder mat.

Kjøkkensjefen har ansvar for at det serveres en hverdagskost som er i samsvar med Helsedirektoratets generelle anbefalinger for ernæringsmessig sammensetning av kostholdet. Kjøkkensjef har også ansvar for at pasienter med behov for særlige dietter eller energi- og næringstett kost tilbys, samt gi råd om alternativ ernæring. Det følger videre av rutinene at det skal legges vekt på tradisjonell samisk mat.

Ifølge rutinene skal alle nye pasienter måles og veies innen 14 dager ved innflytting i sykehjem. For korttidspasienter skal dette skje innen 3 dager. Rutinene beskriver hvordan veiing og høydemåling skal foregå. Det skal videre gjøres observasjon knyttet til tenner, munn, svelgparese, kvalme, brekninger, sopp, obstipasjon og bivirkninger av medikamenter.

Kartleggingen skal registreres i MUST (MiniUnderernæringScreeningverkTøy)⁹ for vurdering av ernæringstilstand og risiko for underernæring. Resultatet av MUST vil gi forslag til tiltak.

⁸ VAR Healthcare er en database med nærmere 400 oppdaterte prosedyrer. Kilde:

<https://www.varhealthcare.no/var/no/hva-er-var-healthcare/index.action>

⁹ Rutinene viser til skjema for MUST, se <http://nutricia.no/>

Ved lav risiko for underernæring skal pasienten veies igjen om tre måneder, hvis allmenntilstanden er uendret. Ny registrering i MUST etter seks måneder. Dersom allmenntilstanden endrer seg gjøres registreringen tidligere.

For pasienter med middels eller høy risiko for underernæring skal næringsinntak dokumenteres og registreres i tre dager. Om det er tilstrekkelig inntak fremgår det av rutine at det er lite behov for klinisk behandling. Om det er lavt inntak skal det settes opp ernæringsplan med berikelse av kosten samt registrering av næringsinntak som del av ernæringsplan. Ny registrering gjøres i MUST etter én måned, eventuelt tidligere. Lege, kjøkkenpersonell, ansvarlig sykepleier og ernæringskontakt i enheten skal samarbeide om å forbedre og øke næringsinntaket.

I rutine er det understreket at etiske prinsipper alltid må legges til grunn for de beslutninger som tas.

I rutiner for legevisitt er ernæring et av punktene som skal gjennomgås.

Ifølge sykeavdelingens rutiner for veiing skal beboerne veies faste dager i løpet av den første uken hver måned.

Tannhelse

Av kommunens retningslinjer for tildeling av helse- og omsorgstjenester¹⁰ følger det at personer med langtidsopphold får gratis tannlegebehandling hos offentlig tannhelsetjeneste.

Revisjonen har fått tilsendt samarbeidskontrakt mellom tannhelsetjenesten og sykeavdelingen i Karasjok. Samarbeidskontrakten vi mottok var datert 6. april 2022, men ikke underskrevet av kommunen og tannhelsetjenesten. Samarbeidskontrakten skal evalueres årlig.

I samarbeidskontrakten står det at det er pleie- og omsorgspersonellet på institusjonen som har det daglige ansvaret for tannpuss og munnstell av beboernes tenner. Tannhelsetjenesten tilbyr å gi praktisk opplæring i tannpleie for beboerne. Institusjonen tar kontakt med tannhelsetjenesten ved behov, og tannhelsepersonell skal ha regelmessig tilsyn av alle beboere. Alle med egne tenner skal komme til tannklinikk for best mulig undersøkelse og behandling – dersom dette er mulig. Tannhelsetjenesten ønsker å ha en kontaktperson ved hver avdeling. Sykeavdelingen har en oversikt over tre ansatte som er tannpleie-kontakter.

Revisjonen har fått tilsendt følgende skriftlige prosedyrer knyttet til tannbehandling og munnstell:

- Tannpuss
- Spesielt munnstell
- Munnstell ved tannproteser
- Munnstell ved broer og implantater

Prosedyrene beskriver hvilket utstyr og materiell som skal brukes, samt praktisk gjennomføring av tannpuss og munnstell steg for steg.

¹⁰ Karasjok kommune, tildeling av helse og omsorgstjenester 2022-2023, vedtatt av kommunestyret 17.03.2022, sak PS12/2022

Vi har fått opplyst i intervju at tilgang til de elektronisk lagrede prosedyrer og rutiner gis den enkelte ved ansettelse. Når det gjelder dokumentasjon av at ansatte er kjent med rutinene og prosedyrene har vi fått opplyst at det benyttes et nyansattskjema for opplæring.

Når det gjelder kartlegging av hvordan ernæring gjennomføres og dokumenteres har vi fått opplyst at det føres daglig opp drikkeliste med oversikt over hva den enkelte drikker. Det føres i rapporter hva som spises, og dette dokumenteres i pasientjournal.

Personer med ernæringsmessig risiko følges opp ved at mat- og væskeinntak observeres. De som spiser lite gis næringsdrikke som tillegg. Beboere med dårlig matlyst settes på ønskekost. Dersom det er behov for spesialkost gis dette. Mat og drikke til beboere med svelgeproblemer får drikke/mat som er tilpasset. Dersom det er bruk for ekstra oppfølging av ernæring benyttes skjema fra Oslo Universitetssykehus. Skjemaene blir videreformidlet til lege og skannet inn på journal.

Revisjonen har fått opplyst at samarbeidet med kjøkkenet er godt. Det gis beskjed fra avdelingen om hvilket kosthold som brukeren trenger, og kjøkkenet følger dette og tilrettelegger så godt det lar seg gjøre. Lege og sykepleier har møter to ganger i uken hvor brukernes behov tas opp til vurdering.

Vi er informert om at veiing settes inn som arbeidsoppgave i kalenderen som fordeles på morgenen. Det krysses av for gjennomført når veiing er foretatt. Dersom det ikke blir gjort, blir det ført over til neste dag. Vekt registreres i pasientjournal og lege følger opp ved legevisitt. Dersom det er behov for igangsetting av tiltak og oppfølging etter veiing legges det inn tiltaksplan i pasientjournal.

Når det gjelder dokumentasjon av hvordan oppfølging av beboernes munn- og tannhelse blir fulgt opp har vi fått opplyst at dette føres i pasientjournal.

Sykeavdelingen oppgir å ha et godt samarbeid med tannhelsetjenesten. De følger opp pasientene en til to ganger for året, avhengig av den enkeltes tanntilstand. I tillegg dokumenteres det i pasientjournal. Vi har fått opplyst at sykeavdelingen høsten 2022 fikk tilbakemelding fra tannhelsetjenesten at de var blitt flinke til å bruke dem og spørre om råd.

Vi er informert om at det har vært gjennomført kursdager med tannpleier. Videre har revisjonen fått tilbakemelding om at samarbeidskontrakten med tannhelsetjenesten er signert og er gjeldende til oktober 2023.

Tilrettelegging av tilbud for personer med demens

Revisjonen har fått opplyst at Karasjok kommune ikke har et dementeam. Når det gjelder kommunens ansvar for å legge til rette for et tilrettelagt tilbud for personer med demens har vi fått opplyst at sykeavdelingen har en fløy som er mindre enn den andre. Her er det færre mennesker og mindre støy. I intervju ble det opplyst at avdelingen ikke er godt tilrettelagt for demente slik den er utformet. Dette begrunnes i for lange korridorer og at støynivået er høyt til tross for tilrettelegging i en mindre fløy.

Brukermedvirkning

Når det gjaldt spørsmål om kommunens system for å sikre at brukere og pårørende får medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet, var det usikkerhet knyttet til om kommunen hadde et slikt system. Vi fikk opplyst at brukere/pårørende får mulighet til

medbestemmelse og medvirkning til utforming og endring i eget tjenestetilbud gjennom samtaler. Samtalene brukes også som erfaringsgrunnlag for kursing av ansatte og som innspill til hva som må organiseres på en annen måte.

Det er åpnet for at samarbeid med brukergruppens organisasjoner og frivillige organisasjoner. Sykeavdelingen er i starten av å etablere kontakt med frivillige organisasjoner og noen har tatt kontakt for besøk og underholdning. Dette er noe som avdelingen ønsker velkommen til. Videre har sykeavdelingen åpent for de som ønsker det.

Det gjennomføres pårørendesamtaler en gang i året. Disse samtalene benyttes i evalueringen av tjenestene som ytes. Videre er det samarbeidsmøter med pårørende, pasient, lege sykeavdeling samt hjemmesykepleien/ergo ved sykestueplasser og korttidsplasser. Pasientjournalene skal oppdateres med opplysninger fra evalueringen.

Av årsmeldingen for 2021 fremgår det at det ansatte på avdelingen er flinke til å melde fra om avvik og gi tilbakemelding om forbedringspotensialet. Ved intervju fikk revisjonen opplyst omfanget av avviks- og bekymringsmeldinger i enheten i 2022 er på omtrent samme nivå som i 2021, men det har vært en bedring ved at flere ansatte melder. Dette gjør at enheten nå får inn flere ulike synspunkter. Tidligere var det ofte de samme som skrev på vegne av andre.

Enheten benytter avviks- og tilbakemeldinger fra de ansatte i arbeidet med kvalitetsforbedring på ulike områder:

- som utgangspunkt til nye prosedyrer og rutiner
- som utgangspunkt til utarbeidelse av ny arbeidsplan og bemanningsplan
- investeringer av nytt utstyr, re-innkjøp av utstyr

Det er gjennomført en brukerundersøkelse ved sykeavdelingen i 2022.

Mappegjennomgang - sykeavdelingen

Revisjonen foretok mappegjennomgang av journalene til ni av beboerne ved sykeavdelingen. Dette utgjør halvparten av journalene. Gjennomgang av journalene ble tidsmessig avgrenset til å gjelde de to siste månedene (mai og juni 2022).

I vår gjennomgang av journaler for det undersøkte tidsrom fant vi at det ble ført drikkeliste i åtte av de gjennomgåtte journalene. I den niende journalen var det ført inn oversikt over drikke, men det går ikke fram eksplisitt at det ble ført drikkeliste. Når det gjelder matinntak var dette dokumentert i alle de ni undersøkte journaler i undersøkelsesperioden. Vi fant også dokumentert i journal at det var gitt næringsdrikke ved ernæringsmessige utfordringer. Vi fant ikke opplyst i journal opplysninger om det var utarbeidet individuell ernæringsplan.

Vi gikk gjennom journalene for å undersøke om veiing ble foretatt i henhold til rutinene. Her gikk vi gjennom journalene for mai og fram til og med første uke i juni 2022. I fem av journalene var det oppgitt at veiing var gjennomført og vekt var registrert i journal. I en journal var det registrert at veiing var gjennomført og at vekt var ført på liste. I de øvrige tre gjennomgåtte journaler fant vi ikke at det var registrert opplysninger om veiing.

Journalene ble gjennomgått for å se om det var dokumentert at det var blitt utført munn-/tannhelsekontroll av tannpleier. Det var ingen opplysninger i journalene om utført kontroll av tannpleier for den perioden vår gjennomgang omfattet. I to av de gjennomgåtte journalene framgikk det at det var gjennomført morgenstell/kveldsstell, men ikke eksplisitt om det var

gjennomført munnstell. I tre av journalene er det opplyst at det er gjennomført munnstell og i fire av de ni gjennomgåtte journaler fant vi opplyst at det er gjennomført tannpuss.

3.4 Vurderinger sykeavdelingen

Sykeavdelingen har skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov, herunder ernæring og tannbehandling. Ut fra de opplysninger som er framkommet i undersøkelsen vurderer vi det slik at sykeavdelingen gjennom pasientsamtaler og generelle rutiner gir brukere/pårørende mulighet til medvirkning ved utforming og endring av tjenestetilbudet. Revisjonen vurderer det som positivt at det er igangsatt et arbeid med å utarbeide prosedyrer og sjekklister i avviksarbeidet.

Det har ikke framkommet opplysninger i undersøkelsen om hvorvidt sykeavdelingen har et samarbeid med brukergruppens organisasjoner, men avdelingen er i startfasen med å etablere kontakt med frivillige organisasjoner.

Sykeavdelingen har rutiner for at beboere skal få vurdert sin ernæringsstatus ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig. Mat- og drikkeinntak dokumenteres i all hovedsak i journal slik rutinene krever. Vi har funnet dokumentert i journal at personer med ernæringsmessige utfordringer gis næringsdrikke, noe som er i samsvar med rutinene. Vi fant ikke dokumentert i vedkommende journal at det var utarbeidet individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for person med ernæringsmessig utfordring i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Men behov, inntak og tiltak kom frem i gjennomgått journal.

Vi fant videre ikke dokumentert at det ble gjennomført en månedlig vurdering av ernæringsstatus for den perioden undersøkelsen omfattet. Vi vurderer det derfor slik at gjeldende rutiner ikke følges fullt ut på dette området. Manglende dokumentasjon av disse opplysningene i journal gjør det vanskelig for revisjonen å etterprøve om rutiner og prosedyrer følges.

På bakgrunn av gjennomgåtte journaler er vår vurdering at veiing ikke i alle tilfeller blir dokumentert i journal slik rutinene krever. Manglende dokumentasjon av opplysninger om gjennomført veiing gjør det vanskelig for revisjonen å etterprøve om rutiner og prosedyrer følges.

Vår vurdering er at sykeavdelingens dokumentasjon av munnstell er noe mangelfullt. Dette begrunner vi med at vi ved gjennomgang av journaler registrerte stor variasjon i hyppighet og omfang når det gjaldt opplysninger i journalene om hvordan munnstell av beboere var gjennomført. Vi har videre ikke funnet dokumentert i de gjennomgåtte journaler at det var gjennomført munn-/tannhelsekontroll av tannpleier i undersøkelsesperioden.

Varierende dokumentasjonsgrad i journaler gjør det vanskelig for revisjonen å etterprøve om rutiner og prosedyrer følges på de områder denne undersøkelsen omfatter.

Ut fra opplysninger i kommunens dokumenter og informasjon gitt i intervju er det ikke noen særskilt tilrettelegging av tilbudet for personer med demens, utover at en tilrettelegger ved plassering i mindre fløy.

3.5 Data Omsorgsboligene

Prosedyrer og rutiner

Revisjonen er informert om at prosedyrer og rutiner gjøres kjent for de ansatte og vikarer i enheten ved at de legges ut i Compilo (avviks og prosedyre program), og er lagt til den enkelte ansattes leseliste. Nye prosedyrer blir også tatt opp på personalmøter. Vi har videre fått opplyst at ansatte og nye vikarer får opplæring, og at ernæring og tannbehandling dokumenteres i journalsystemet.

Vi har fått opplyst at omsorgsboligene samarbeider med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og for tiden deltar i læringsnettverket for KlinObsKommune¹¹.

Ernæring

Revisjonen har fått opplyst at ernæring kartlegges når beboer flytter inn i omsorgsbolig. Dette skal dokumenteres under tiltak i journalsystemet. Personer med ernæringsmessig risiko knyttet til lavt mat og drikkeinntak følges tettere opp med lege, oftere veiing og tilrettelagt ernæring. Det utarbeides ikke ernæringsplaner for personer med ernæringsmessig risiko, men det journalføres under tiltak. Videre har vi fått opplyst at det ikke er ernæringskontakt i omsorgsboligene, men at det er tett samarbeid mellom lege, kjøkkenpersonell og ansvarlig sykepleier.

Det er utarbeidet rutiner for veiing, og det skal gjennomføres veiing månedlig for alle beboere. Dersom noen har ernæringsmessige utfordringer, skal veiing gjennomføres oftere. Vekt etter veiing skal dokumenteres i journal og på egne lister. Ved behov for oppfølging ved endret vekt tas dette opp med beboers fastlege. Gjennomføring av igangsatte tiltak for personer med behov for oppfølging etter veiing skal alltid dokumenteres i journal under tiltak.

Tannhelse

Vi har fått opplyst at det ved omsorgsboligene er rutiner for daglig munnstell. For å ivareta beboerens tann- og munnhelse skal det gjennomføres daglig munnstell. Daglig munnstell er på tiltaksplanen til alle beboere. Oppfølging av beboernes tann- og munnhelse skal dokumenteres i Gerica¹² under tiltak.

Beboerne skal få tannhelsen vurdert av tannpleier en gang i året, og ellers ved behov. Vurderingen som er gjennomført skal registreres under tiltak i journal. Revisjonen har fått opplyst at det ikke har vært gjennomført kursdager med tannpleier i 2022, men at dette har vært gjennomført tidligere år.

Revisjonen har fått tilsendt samarbeidskontrakt mellom den offentlige tannhelsetjenesten i Karasjok og omsorgsboligene i Karasjok kommune. Det er oppgitt to datoer i kontrakten, «vår dato: 27.09.2022» og dato knyttet til felt for signering, «9. april 2022». Det eksemplaret revisjonen har mottatt er ikke underskrevet av kommunen og tannhelsetjenesten. Revisjonen har ved intervju fått informasjon om at samarbeidskontrakten ble underskrevet i juli 2022.

Ved bekreftet vedtak om tildelt omsorgsbolig, skal det ifølge samarbeidsavtalen gis informasjon om tannhelsetjeneste og eget skriv gis til brukerne. Tilbud om tannbehandling

¹¹ Gjennom bruk av forbedringsmetodikk, veileder USHT Oslo hvordan man kan jobbe med opplæringstiltak i Grunnleggende ferdigheter for å kunne gjøre kliniske vurderinger av pasienter

¹² Gerica er et elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren

gjelder ifølge avtalen alle personer innskrevet i hjemmesykepleien/omsorgsboligen; C2-pasienter.

Ifølge opplysninger fra Helsedirektoratet er pasienter som omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie ofte omtalt som «gruppe C-pasienter»¹³.

Hjemmesykepleier/omsorgsbolig får listen over C2-pasienter fra klinikken og går gjennom den årlig. Tannhelsetjenesten har ikke tilgang til register over hvem som er innskrevne personer. Det følger av samarbeidsavtalen at det er omsorgsboligen og virksomhetsleders ansvar at lovpålagt tilbud blir formidlet videre til brukeren.

Revisjonen har fått opplyst at tannpleier har vært på hjemmebesøk hos beboerne i omsorgsboligene 31. januar 2022 og 1. februar 2022. Revisjonen har fått tilsendt en oversikt over beboere som det ble utført munn-/tannhelsekontroll av. Vi har fått opplyst at beboere som hadde time på tannklinikken ikke ble undersøkt under hjemmebesøket.

Tilrettelegging av tilbud for personer med demens

Når det gjelder tilrettelagt tilbud for beboere med demens har revisjonen fått opplyst at det ikke er et organisert tilbud i omsorgsboligene. Kommunen har ikke et dementeam. Beboere med demens deltar i hverdagsaktiviteter sammen med andre beboere og ansatte. Omsorgsboligene har samarbeid med Røde kors (besøkshund), barnehage, skole og kirken.

Brukermedvirkning

Vi har ikke fått bekreftet i intervju at omsorgsboligene har et system for å sikre at brukere og pårørende ved omsorgsboligene får medvirke ved utforming og endring i tjenestetilbudet. Men vi har fått opplyst at erfaring fra brukere og pårørende brukes til forbedringsarbeid ved omsorgsboligene. Dette skjer ved at ansatte tar med tilbakemeldinger i arbeidet og tilbakemeldinger brukes ved evalueringer av tjenesten som gis.

Revisjonen har videre fått opplyst at tjenestene som ytes blir kontinuerlig evaluert. Dersom det ved evaluering blir behov for endringer i tjenestebehov, blir dette dokumentert i beboers journal.

Det er gjennomført en brukerundersøkelse ved omsorgsboligene i 2022.

Av årsmeldingen for 2021 fremgår det at det er få meldte avvik, og at det må fokuseres på at det å melde avvik er en del av kvalitetsforbedringen i enheten. Vi har fått informasjon om at dette følges opp ved at det oppfordres til å skrive avvik. Videre er avvik tema på hvert personalmøte. Det meldes avvik innenfor HMS, organisasjon/internt og tjeneste/bruker. Enheten benytter avviks-/tilbakemeldinger fra de ansatte som grunnlag for å se på prosedyrer og eventuelt gjøre tiltak og endringer.

Mappegjennomgang - omsorgsboliger

Revisjonen har foretatt gjennomgang av journalene til åtte av beboerne i omsorgsboligene. Dette utgjør halvparten av journalene. Gjennomgangen av journalene ble tidsmessig avgrenset til å gjelde de to siste månedene (mai og juni 2022).

¹³ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/tannbehandling-til-pasienter-i-gruppe-c>

Vår gjennomgang av de åtte journalene viser at mat- og drikkeinntak journalføres. Det framgår imidlertid ikke eksplisitt av journalene mengde mat og drikke som inntas. I en av de undersøkte journalene var det opplyst at beboer skal begynne med næringsdrikke. Her har vi gjennomgått journal de påfølgende dager og det er journalført inntak av næringsdrikke.

Vi gjennomgikk de åtte journalene for å undersøke om veiing var gjennomført i løpet av den første uken i måneden i undersøkelsesperioden. I syv av de gjennomgåtte journalene var det ikke dokumentert at veiing var gjennomført hverken den første uken i mai eller den første uken i juni 2022. I en av journalene var veiing dokumentert gjennomført den første uken i mai.

Vi gjennomgikk de åtte journalene for å se om det var dokumentert at det var blitt utført munn-/tannhelsekontroll av tannpleier. I to av journalene var det opplyst at tannpleier har undersøkt tennene til beboer. Når det gjelder tannstell framgår det ikke eksplisitt i den enkeltes journal om hvordan dette er gjennomført. Det er dokumentert i journal opplysninger som at det er gjennomført tannpuss, morgen- og kveldsstell og munnstell.

I to av de gjennomgåtte journalene var det opplyst at det må bestilles time hos tannpleier/tannlege. Revisjonen fant det ikke dokumentert opplysninger i journal om hvordan dette var fulgt opp.

3.6 Vurderinger omsorgsboligene

Gjennom systemet Geric har omsorgsboligene skriftlige rutiner og prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov, herunder ernæring og tannbehandling. Men vår vurdering er at det i flere tilfeller er manglende dokumentasjon knyttet til opplysninger som gjelder gjennomført tannstell og veiing i de gjennomgåtte journaler. Manglende dokumentasjon av opplysninger om gjennomført veiing gjør det vanskelig for revisjonen å etterprøve om rutiner og prosedyrer følges.

På bakgrunn av funn i undersøkelsen vurderer vi det slik at registrering av vekt i få tilfeller fremgår av journaler for den undersøkte perioden. Når det gjelder ernæring er det i all hovedsak opplyst at mat og drikke er inntatt.

I en av de gjennomgåtte journaler var det opplyst at beboer hadde ernæringsmessige utfordringer. Her var det dokumentert i journal at dette var fulgt opp. Behov, inntak og tiltak var dokumentert i journalen, men det var ikke utarbeidet individuell ernæringsplan for vedkommende i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Vi fant ikke at det var dokumentert i de gjennomgåtte journaler at ernæringsstatus følges opp månedlig, eller ved et annet faglig begrunnet opplegg.

Når det gjelder tannstell fant vi dokumentert i de gjennomgåtte journaler at dette er gjennomført, men i liten grad hvordan dette er gjennomført. Det er dokumentert at tannpleier har vært ved omsorgsboligene og utført munn-/tannhelsekontroll av beboere. Begrunnet i funn i undersøkelsen vurderer vi det slik at det i to tilfeller er manglende dokumentasjon av hvordan oppfølging av tannhelsetilstand til beboer er fulgt opp.

Ut fra den dokumentasjon vi har innhentet og informasjon gitt oss, er vår vurdering at omsorgsboligene ikke har et formelt system som fullt ut sikrer at brukere og pårørende får medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet. Vi registrerer imidlertid at brukere og

pårørende gis mulighet til medvirkning gjennom tilbakemeldinger, og ved at de deler sine erfaringer med de ansatte ved omsorgsboligene. Sammen med evalueringer som gjennomføres gis det da slik vi vurderer det mulighet for medvirkning, selv om det ikke er et eget system for dette. Uten et formelt system blir det imidlertid vanskelig å etterprøve om, og hvordan medvirkning skjer. Revisjonen vurderer det som positivt at det er igangsatt et arbeid med å utarbeide prosedyrer og sjekkliste i avviksarbeidet.

Vi vurderer gjennomføringen av brukerundersøkelsen ved omsorgsboligene som positivt.

Det legges til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner. Det foreligger ikke dokumentasjon på eventuelt samarbeid med brukergruppens organisasjoner. Vi vurderer samarbeidet med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester som nyttig i omsorgsboligenes arbeid med kvalitet i tjenesten.

Ut fra dokumentasjon og opplysninger gitt oss vurderer vi det slik at det ikke er et særskilt tilrettelagt tilbud for personer med demens ved omsorgsboligene. Ut fra opplysninger som er gitt oss gis personer med demens et tilbud på lik linje med øvrige beboere.

3.7 Konklusjon

Sykeavdelingen og omsorgsboligene har skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov, herunder ernæring og nødvendig tannbehandling. Undersøkelsen viser imidlertid at det er varierende dokumentasjonsgrad i journaler om hvordan utførelsen av tjenestene gjennomføres. Dette har vært med på å vanskeliggjøre revisjonens arbeid med å etterprøve om de tjenestene som gjelder ernæring og tannhelse er i tråd med regelverk, rutiner og prosedyrer. Vi vil påpeke at dokumentasjonsgraden i journaler bør tilpasses i tråd med gjeldende rutiner og med tanke på etterprøvbarehet.

Vi ser positivt på igangsettelse av arbeidet med utarbeidelse av prosedyrer og sjekklister som gjelder avvikshåndtering, som har til formål å heve kvaliteten i håndtering av klager, avvik og avviksmeldinger.

Gjennom undersøkelsen har vi fått bekreftet at hverken sykeavdelingen eller omsorgsboligene har et formelt system som fullt ut sikrer og dokumenterer at brukere og pårørende får medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet og omsorgsboligene. Vi vil likevel bemerke at brukere og pårørende gjennom pårørendesamtaler har anledning til å medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet ved sykeavdelingen. Ved omsorgsboligene har brukere og pårørende mulighet til medvirkning gjennom tilbakemeldinger, og ved at de deler sine erfaringer med de ansatte ved omsorgsboligene. Revisjonen ser positivt på at det er gjennomført en brukerundersøkelse ved sykeavdelingen og omsorgsboligene.

Det legges til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, men det er ikke bekreftet at det er samarbeid med brukergruppens organisasjoner. Både sykeavdelingen og omsorgsboligene har et samarbeid med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i kvalitetsarbeidet.

Vår gjennomgang av journaler viser at det for brukere hvor det har vært vurdert ernæringsmessig risiko fremgår behov, inntak og tiltak av opplysninger i journal både ved sykeavdelingen og ved omsorgsboligene. Vi har imidlertid ikke funnet at det er utarbeidet en individuell ernæringsplan for beboere med ernæringsmessig risiko i tråd med Helsedirektoratets faglige retningslinjer, hverken ved sykeavdelingen eller ved omsorgsboligene ved vår gjennomgang av aktuelle journaler.

Gjennomgang av journaler som er omfattet av undersøkelsen viser ikke dokumentert at det har vært gjennomført en månedlig vurdering eller et annet faglig begrunnet opplegg for vurdering av beboernes ernæringsstatus i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Ut fra den informasjon som er gitt revisjonen er det ikke særskilt tilrettelagte tilbud til personer med demens, utover støyreduserende tiltak ved sykeavdelingen hvor det benyttes en mindre fløy til personer med demens.

3.7 Anbefalinger

På bakgrunn av funn i undersøkelsen anbefaler revisjonen at sykeavdelingen og omsorgsboligene i Karasjok kommune:

- Legger til rette for et tilrettelagt tilbud for personer med demens
- Vurderer å klargjøre hva som skal dokumenteres i journal

4 BRUKERUNDERSØKELSE

Karasjok kommune gjennomførte fra april til mai 2022 en brukerundersøkelse ved sykeavdelingen og omsorgsboligene. Brukerundersøkelsen ble utført via Bedrekommune.no¹⁴ og er utarbeidet av KS.¹⁵ KS har utarbeidet en faglig veileder for kvalitetskartlegging av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Revisjonen har fått opplyst at brukerundersøkelsen er gjennomført både ved sykeavdelingen og omsorgsboligene.

Hensikten med brukerundersøkelsen er ifølge KS sin faglige veileder at kommunene skal kunne følge med i egen kvalitetsutvikling, ha et verktøy som kan bidra til brukerdiallog og samtidig kunne sammenligne seg med andre kommuner. Formålet med undersøkelsen er å få et bilde av kvaliteten på tjenesteytingen slik brukeren opplever det.

Revisjonen er informert om at spørreskjemaet ble oversatt til samisk og sendt ut som vedlegg i egen e-post til pårørende/beboere ved sykeavdelingen og omsorgsboligene. Brukerundersøkelsen ble besvart både av pårørende og pasienter/beboere. Noen av beboerne ble intervjuet av personell som ikke jobber ved enhetene. På kommunens nettside ble det lagt ut påminnelse om brukerundersøkelsen på sykeavdelingen og omsorgsboligene.

I spørreskjemaet ble brukerne og pårørende bedt om å ta stilling til ulike påstander om tjenestene de mottar ved å krysse av på en 6-delt skala hvor 1 er *helt uenig* og 6 er *helt enig*. Skalaen er følgende: 1 = helt uenig, 2 = uenig, 3 = litt uenig, 4 = litt enig, 5 = enig og 6 = helt enig. Det var også mulig å krysse av på svaralternativet «vet ikke».

Når det gjelder brukerundersøkelsen som er gjennomført ved sykeavdelingen har revisjonen fått opplyst at de ansatte skulle informeres om brukerundersøkelsen og svarene fra denne i løpet av 2022. Videre går det fram av opplysninger gitt i intervju at undersøkelsen skal være med på å gi grunnlag for ansatte å komme med forslag til kvalitetsforbedring ved sykeavdelingen.

Revisjonen har fått opplyst at resultatet fra gjennomført brukerundersøkelse er presentert for de ansatte ved omsorgsboligene. Det er planlagt for at resultatene fra brukerundersøkelsen skal benyttes som kvalitetsforbedring i enheten gjennom å velge ut 2-3 primærområder som det vil jobbes videre med. Her vil det plukkes ut områder hvor scoren har vært lavere enn på andre områder.

På undersøkelsestidspunktet har revisjonen fått opplyst at det ikke er tatt stilling til hvordan det planlegges for bruk av resultatene fra brukerundersøkelsen i kommunens plan- og styringsdokumenter.

¹⁴ Bedrekommune er et verktøy for å måle opplevd kvalitet gjennom bruker-, innbygger- og medarbeiderundersøkelser. Kilde: [Forside | Bedrekommune](#)

¹⁵ KS står for kommunesektorens organisasjon. Alle norske kommuner og fylkeskommuner er medlemmer i KS.

5 KILDER OG LITTERATUR

Rettslige kilder, veiledere og faglitteratur

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30))
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene) (FOR-2003-06-27-792)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (FOR-2010-11-12-1426)
- Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (FOR-1984-05-24-1268)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet 2013 (IS-1580)

Kommunale dokumenter

- Årsmelding 2021 Karasjok kommune
- Sikre fullverdig ernæring til pasienter og brukere, sykeavdelingen Karasjok
- Retningslinjer for tildeling av helse- og omsorgstjenester, Karasjok kommune 2022-2023
- Rutiner ved legevisitt
- Karasjok kommune, kommunal planstrategi

Andre kilder:

- <https://www.karasjok.kommune.no/>
- <https://www.varhealthcare.no/var/no/hva-er-var-healthcare/index.action>
- <https://bedrekommune.no/>
- <https://www.ssb.no>

Vedlegg 1: Kommunedirektørens kommentarer

Kommunedirektørs uttalelse på Forvaltningsrapport

Kommunedirektør kjenner igjen utfordringsbildet som beskrevet i rapporten, og tar anbefalingene til etterretning.

Kommunen skal sikre god dokumentasjon og etterprøvbare tiltak.

Kommunen skal legge til rette for tilrettelagte tilbud til demente, og tydeliggjøre de tilbud som finnes.

Dearvvuođaiguin / Med hilsen

Elisabeth Larsen

Gieldda direktevra / kommunedirektør

(+47) 413 54 989



Karášjoga gielda
Karasjok kommune

Ráđđeviessogeaidnu 4, 9730 Karášjohka Karasjok

www.karasjok.kommune.no

|

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Faktagrunnlaget vurderes opp mot kriteriene og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Utledning av revisjonskriterier

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, jf. formålsbestemmelsen i lovens § 1-1. Pasienter og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Pasient og bruker har også rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b.

Kommunen har et ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Kommunen har også ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient og bruker gis et verdig tjenestetilbud. Videre har kommunen en plikt til å tilrettelegge slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 regulerer pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner. Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste, jf. § 3-10 første ledd. Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og frivillige organisasjoner, jf. § 3-10 tredje ledd.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 andre ledd. Ifølge forarbeidene skal bestemmelsene sikre pasient- og brukerinnflytelse på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.¹⁶ Det er ikke regulert hvordan og på hvilket nivå det skal etableres systemer for denne type pasient- og brukerinnflytelse. Det er opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres, og hvilke systemer som må etableres for å sikre innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Virksomhetene skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. I forarbeidene fremgår det at dette ikke er et krav til et bestemt nivå av kvalitet, men et prosesskrav som først og fremst stiller krav om systematisk styring og ledelse. Kvalitetsforbedring- og pasient- og brukersikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll.¹⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester stiller en rekke krav til internkontrollen. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne medvirker til dette, jf. forskriften § 3.

Virksomheten skal sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende og vurdere virksomheten på bakgrunn av disse erfaringer, jf. forskriften §§ 7 og 8.

¹⁶ Prop.91 L (2010-2022) s. 493.

¹⁷ Prop.91 L (2010-2011) s. 495.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene har som formål å 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 stiller krav til kommunen om etablering av et system av prosedyrer som søker å sikre at:

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

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.

Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige 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

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) 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 verdighetsgarantiforskriften § 3 stilles det krav til tjenestens innhold.

Tjenestetilbudet skal blant annet legge til rette for at hensynet til et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider ivaretas.

Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-580) anbefaler at alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Helsedirektoratet anbefaler videre at personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak og at tiltakene bør evalueres jevnlig.

På bakgrunn av dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Sykehjemmet og omsorgsboligene skal ha skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov
- Kommunen skal ha et system for å sikre at brukere og pårørende får medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet og omsorgsboligene
- Kommunen skal gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende til forbedring av virksomheten
- Kommunen skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og frivillige organisasjoner
- Beboerne skal få vurdert sin ernæringsstatus ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller et annet faglig begrunnet opplegg
- Beboere med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Tiltakene bør evalueres jevnlig
- Kommunen skal legge til rette for et tilrettelagt tilbud for personer med demens

Tabell 1: Koblingsskjema - Revisjonskriterier

Problemstillinger	Revisjonskriterier	Kilder til revisjonskriterier	Databehov
Hvordan ivaretar kommunen beboere på sykehjem og i omsorgsbolig med hensyn til rettssikkerhet og kvalitet på tjenestene? Gir Karasjok kommune pleie- og omsorgstjenester til beboere på sykehjem og i omsorgsbolig i henhold til regelverket når det gjelder: Ernæring Tannhelse Brukermedvirkning Tilrettelagt tilbud for personer med demens	Sykehjemmet og omsorgsboligene skal ha skriftlige prosedyrer for å ivareta beboernes grunnleggende behov, herunder ernæring og nødvendig tannbehandling	Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3	Skriftlige rutiner/prosedyrer, Intervju med ledelsen, gjennomgang av et utvalg journaler
	Kommunen skal ha et system for å sikre at brukere og pårørende får medvirke ved utforming og endring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet og i omsorgsboligene	Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3	Skriftlige rutiner/prosedyrer, Intervju med ledelsen, spørreundersøkelse til brukere/pårørende
	Kommunen skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og frivillige organisasjoner	Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10	Intervju med ledelsen
	Kommunen skal gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende til forbedring av virksomheten	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 7 og 8	Intervju med spørreundersøkelse til brukere/pårørende
	Beboerne skal få vurdert sin ernæringsstatus ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller et annet faglig begrunnet opplegg	Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	Intervju, gjennomgang av et utvalg av journaler
	Beboere med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Tiltakene bør evalueres jevnlig	Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	Intervju, gjennomgang av et utvalg av journaler
	Kommunen skal legge til rette for et tilrettelagt tilbud for personer med demens	Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3	Intervju, spørreundersøkelse til brukere/pårørende

Vedlegg 3: Metode og gjennomføring

Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av kommunens økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak.

De sentrale elementene for planlegging, gjennomføring og kvalitetssikring av forvaltningsrevisjoner bygger på *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001). Standarden angir god kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon. Med utgangspunkt i temaer og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utledes relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegges og beskrives de undersøkte virksomhetenes systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder.

Faktabeskrivelsen blir så vurdert opp mot revisjonskriteriene, med vekt på avvik og sammenfall. Dette leder frem til konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Beskrivelse av prosjektgjennomføringen

Oppstart og datainnsamling

Oppstartsbrev og prosjektplan ble sendt til kommunedirektøren 9. februar 2022 med forespørsel om kontaktperson. Revisjonen fikk oppnevnt assisterende kommunedirektør som kontaktperson for prosjektet. Oppstartsmøte ble avholdt digitalt over Teams 14. mars 2022. På oppstartsmøtet deltok assisterende kommunedirektør, enhetsleder sykeavdelingen, enhetsleder omsorgsboligene og helsefaglige rådgivere. Fra revisjonen deltok prosjektleder og prosjektmedarbeider.

Revisjonen hadde planlagt å gjennomføre en spørreundersøkelse rettet mot brukere og pårørende om opplevd kvalitet i tjenestene. På oppstartsmøtet ble vi gjort oppmerksom på at Karasjok kommune planla å gjennomføre en slik brukerundersøkelse på sykeavdelingen og i omsorgsboligene i løpet av våren 2022. Brukerundersøkelsen er gjennomført, men revisjonen har ikke funnet det riktig å ta disse inn i rapporten da resultatene ikke var presentert i enhetene på undersøkelsestidspunktet. En orientering om hvordan brukerundersøkelsen er gjennomført går frem av kapittel 4 i rapporten.

Revisjonen gjennomførte mappegjennomgang av et utvalg brukerjournaler fra sykeavdelingen og omsorgsboligene i Karasjok 8. og 9. juni 2022. Intervjuer er gjennomført høsten 2022.

Valgte metoder

Metode er samlebetegnelsen på de framgangsmåtene som benyttes for å samle inn og analysere data som kan gi svar på problemstillingen i en undersøkelse.

I denne undersøkelsen har revisjonen innhentet opplysninger og dokumentasjon om skriftlige rutiner/prosedyrer. Det er gjennomført mappegjennomgang av et utvalg journaler for å undersøke dokumentasjonsgraden av tjenestene som ytes knyttet til brukerne ved sykeavdelingen og omsorgsboligene. Gjennomgang av brukerjournaler ble brukt som metode i hovedsak for å undersøke i hvilken grad beboernes forhold knyttet til ernæring og tannhelse ble dokumentert og fulgt opp.

Revisjonen har benyttet intervju i form av epost som metode med de mest sentrale kommunalt ansatte innenfor undersøkelsesområdet.

Gyldighet og pålitelighet

Kommunerevisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet. Med gyldighet menes hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke, mens pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært.

Undersøkelsen bygger på data innhentet ved hjelp av flere metoder og fra ulike datakilder, som gjennomgang av dokumenter, epostintervjuer og mappegjennomgang.

Alle data er verifiserte, og innhentet fra kommunen. Revisjonen vurderer at de innsamlede data er relevante og gyldige ettersom intervjudata er innhentet fra sentrale ansatte i kommunen so har overordnet ansvar for de oppgavene som undersøkelsen tar for seg. De kommunale dokumentene er samtidig faglig forankret og kvalitetssikret internt i kommunen. Revisor vurderer derfor at dokumentene har gyldighet og pålitelighet.

Revisor finner sammenfall mellom de ulike delene av datainnsamlingen, og vurderer at det bidrar til å sikre påliteligheten til det samlede datagrunnlaget. Samlet sett mener vi at datagrunnlaget gir et tilfredsstillende pålitelig og gyldig grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

Vi vil bemerke at mappegjennomgangen kun gjelder et utvalg journaler i et begrenset tidsrom.

Intern kvalitetssikring

Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS har et kvalitetskontrollsystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetskontroll ISQM 1¹⁸. Undersøkelsen og rapporten er vurdert å ha nødvendig faglig og metodisk kvalitet, herunder også konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Høring

Høringsutgaven av rapporten ble oversendt kommunedirektøren den 20. april 2023 og vi mottok høringssvar den 3. mai 2023. Kommunedirektørens høringssvaret fremgår av rapportens vedlegg 1.

18 Standarder for kvalitetsstyring ISQM 1