



Døgnbemannet omsorg

Forvaltningsrevisjon – Larvik kommune

2015 :: 709 018

Innhold

Sammendrag	ii
1 Innledning	1
1.1 Kontrollutvalgets bestilling	1
1.2 Problemstillinger og revisjonskriterier	1
1.3 Avgrensning	1
1.4 Metode og kvalitetssikring	2
1.5 Høring	2
2 Organisering og ressursbruk	3
3 Avvikssystem	7
3.1 Problemstilling	7
3.2 Kriterium	7
3.3 Fakta om avvikssystemet	7
3.4 Revisors vurdering	12
4 Kvalitet i sykehjem	14
4.1 Problemstilling	14
4.2 Kriterium	14
4.3 Fakta om kvalitet	14
4.4 Revisors vurdering av kvalitet i sykehjem	28
5 Konklusjoner og anbefalinger	31
5.1 Konklusjoner	31
5.2 Anbefalinger	31
Litteratur og kildereferanser	33
Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse	34
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	36
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring	39
Vedlegg 4: Tabeller	42

Foto forside: Pixbay

Sammendrag

Bestilling og bakgrunn

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Larvik kommune i sak 12/15

Innledningsvis i rapporten viser vi noen generelle data om omsorgssektoren i Larvik kommune og sammenlikner kommunen med andre kommuner.

Vi har undersøkt følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad er har kommunen/sykehjemmene et fungerende avvikssystem?
2. I hvilken grad har kommunen tiltak for å ivareta krav til kvalitet i sykehjemstilbudet?

I rapporten har vi sett på fem sykehjemsavdelinger på tre sykehjem i Larvik kommune. Arbeidet har foregått i perioden mai – juni 2015.

Vår framstillinger basert på tall fra KOSTRA, dokumenter fra kommunen, intervjuer og en spørreundersøkelse blant ansatte.

I hvilken grad har kommunen/sykehjemmene et fungerende avvikssystem?

Med bakgrunn i de data vi har sett på mener vi at en for stor andel av ansatte ikke kjenner avvikssystemet godt nok.

Vi mener avvikssystemet i for liten grad er brukervennlig.

Det er etter vår vurdering en risiko for at det er underrapportering på avvik.

Det er i for stor grad tilbakemeldinger fra de ansatte om at avviksmeldinger ikke håndteres på en tilfredsstillende måte.

I hvilken grad har kommunen tiltak for å ivareta krav til kvalitet i sykehjemstilbudet?

Kommunen har etter vår vurdering i stor grad system og tiltak for å ivareta kvalitet i tjenesten på de områder vi har sett på i denne rapporten.

Det er etter vår vurdering forbedringspotensial på å følge opp prosedyrer for tannstell og munnhygiene.

Når det gjelder praksis generelt er det til en viss grad avvik mellom det avdelingsledere gir uttrykk for og det deler av personalet mener om kvaliteten på tjenestene.

Anbefalinger

Avvikssystemet

Kommunen sørge for at det etableres et avvikssystem som er brukervennlig og at ansatte får nødvendig opplæring i systemet.

Kommunen bør arbeide for en enhetlig forståelse av hva som er avvik i avdelingene og utvikle kultur for å melde slike avvik.

Kommunen bør sørge for at avvik som blir meldt håndteres og lukkes på en tilfredsstillende måte.

Kvalitet

Kommunen bør i større grad legge vekt på å følge krav og forventninger om tannstell og munnhygiene hos beboerne i avdelingene.

Tilbud om opplæring og veiledning fra tannhelsetjenesten bør benyttes i større grad.

Kommune bør undersøke nærmere hvorfor deler av personalet i avdelingene er kritiske til kvaliteten på tjenester som kommunen leverer.

Skien, 17. august 2015

Telemark kommunerevisjon IKS

1 Innledning

1.1 Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Larvik kommune i KU-sak 12/15.

Hjemmel for forvaltningsrevisjon er gitt i kommunelovens § 77 nr. 4, jamfør forskrift om kontrollutvalg kapittel 5 og forskrift om revisjon kapitel 3.

1.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Innledningsvis beskriver vi kort organiseringen av helse og omsorgsområdet i Larvik kommune og peker på noen bakgrunnstall fra KOSTRA. Dette er informasjon vi mener er viktig som bakgrunn for å si noe om kvaliteten på sykehjemstilbudet.

Vi har sett på følgende problemstillinger:

- 1. I hvilken grad er har kommunen/sykehjemmene et fungerende avvikssystem?**
- 2. I hvilken grad har kommunen tiltak for å ivareta krav til kvalitet i sykehjemstilbudet?**

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er utledet fra bl.a. helse- og omsorgstjenesteloven, Pasientrettighetsloven, forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien).

Kriteriene er angitt under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

1.3 Avgrensning

Denne rapporten tar for seg døgnbasert omsorg for eldre pleietrengende i institusjon. Larvik kommune har 8 sykehjem. Vi har undersøkt forholdene ved fem avdelinger lokalisert på tre av sykehjemmene i kommunen.

¹ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de regler og normer som gjelder innenfor det området som skal undersøkes. Revisjonskriteriene er basis for de analyser og vurderinger som revisjonen foretar, konklusjonene som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere samsvar, avvik eller svakheter.

Undersøkelsen har foregått i tidsrommet april til juni 2015 og beskriver situasjonen i de fem sykehjemsavdelingene fram til og i det aktuelle tidsrommet.

Brukerundersøkelsene som det er henvist til er fra 2012.

1.4 Metode og kvalitetssikring

I arbeidet med rapporten er det brukt ulike metoder for å innhente fakta.

Vi har sett på ulike former for skriftlige kilder i kommunen.

Vi har intervjuet leder for enhet for sykehjem og demensomsorg, kvalitetsrådgiver i kommunalområdet helse og velferd, avdelingsledere på sykehjem og kontaktperson for Larvik kommune i Tannhelsetjenesten i Vestfold.

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte ved de fem sykehjemsavdelingene som er undersøkt.

Valg av metode og tiltak for kvalitetssikring er omtalt nærmere i vedlegg 3 til rapporten.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av Dag Oftung, med Kirsti Torbjørnson som oppdragsansvarlig.

1.5 Høring

Rapporten er sendt på høring til rådmannen 30. juli 2015. Høringen har ført til at vi har endret noe på våre formuleringer og vurderinger om i hvilken grad ansatte har kjennskap til avvikssystemet. Rådmannens høringsuttalelse ligger i vedlegg 1.

2 Organisering og ressursbruk

I dette kapitlet gir vi en kort oversikt over organiseringen av helse- og omsorgssektoren i Larvik kommune. Videre ser vi på noen bakgrunnstall for sektoren og sammenlikner Larvik med et utvalg av andre kommuner.

Fra 01.01.2015 er kommunen organisert med fire kommunalområder, deriblant kommunalområdet for helse og omsorg. Kommunalområdet ledes av en kommunalsjef som rapporterer til rådmannen.

Kommunalområdet har seks tjenesteområder pluss en stab knyttet til kommunalsjefen. De fem tjenesteområdene er Arbeid og aktivitet, Larvik helsehus, Tjenester for funksjonshemmede, Psykisk helse og avhengighet, Hjemmetjenester og Sykehjem og demensomsorg.

Vi har sett på tjenesteområdet sykehjem og demensomsorg. Tjenesteområdet er oppdelt i avdelinger. De fleste av avdelingene er sykehjemsavdelinger, men det er også to driftsavdelinger knyttet til tjenesteområdet, drift/vaskeri og kjøkken/catering.

Det er 8 sykehjem i kommunen, men hvert sykehjem er ikke lenger en organisatorisk enhet. Det er altså ikke noen leder av hvert sykehjem.

Tallene vi presenter er hentet fra KOSTRA². Tallene er fra regnskapsåret 2014. Vi ser på Larvik og sammenlikner med tre andre kommuner i samme kommunegruppe og gjennomsnittet for det som kalles kommunegruppe 13³. De tallene vi presenterer gjelder ikke bare sykehjem, men hele helse- og omsorgssektoren i kommunen.

Prioriteringer

Vi ser her på hvor stor andel av netto totale driftsutgiftene i kommunen som brukes på pleie og omsorgssektoren.

² KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner.

³ Kommunene er ordnet i sammenlignbare grupper etter ulike kommunale kostnader, som skyldes demografiske og geografiske forhold. I tillegg blir de ordnet etter inntekter som de disponerer etter at kostnader for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket.

Tabell 1 Andel netto driftsutgifter til pleie og omsorg av kommunens totale netto driftsutgifter 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Andel	32,1 %	34,9 %	36,4 %	33,3 %	30,8 %

Kilde: KOSTRA

Larvik ligger litt over gjennomsnittet for kommunegruppe 13, men noe lavere enn de kommunen vi har sammenliknet med.

Hvor mange eldre innbyggere en kommune har, kan ha betydning for behovet for pleie og omsorgstjenester. Larvik kommune har en høyere andel eldre innbyggere enn egen kommunegruppe. Nedenfor er kommunens samlede utgifter til pleie og omsorg (til hele befolkningen) vist pr. innbygger i to aldersgrupper.

Tabell 2 Netto driftsutgifter i kr. til pleie og omsorg pr. innbyggere i aldersgrupper i 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Pr innbygger over 80 år	300 881	346 658	400 608	348 084	360 868
Pr innbygger over 67 år	93 863	101 470	120 696	104 450	107 042

Kilde: KOSTRA

Larvik bruker mindre enn dem vi sammenligner med.

Personell

Kompetansebehovet i pleie- og omsorgstjenestene vil variere avhengig av tjenestemottakerens individuelle behov. I følge KOSTRA er det rimelig å anta at det er en sammenheng mellom kvaliteten på tjenestene som ytes og tjenesteytternes kompetanse.

Tabellen viser andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning:

Tabell 3 Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Andel med fagutdanning	81 %	81 %	81 %	72 %	79 %

Kilde: KOSTRA

Vi ser her at Larvik ligger på samme nivå som Sandefjord, Porsgrunn og litt over gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 13. Skien ligger noe lavere enn de andre kommunene.

Vi har også sett på sykefraværstatistikk. Sykefravær blir i KOSTRA ansett å være knyttet til kvaliteten på tjenestene, både direkte og indirekte. Dersom det ikke tilsettes vikar, medfører fravær at det blir mindre tid til hver enkelt tjenestemottaker. Ved vikarinnsats er det fare for at viktig erfaring går tapt eller må opparbeides på nytt over tid. Nye ansatte kan også skape usikkerhet i hverdagen for mange tjenestemottakere.

Tabell 4 Andel legemeldte sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerretnede tjenester i 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Prosent sykefravær	6,9 %	8,8 %	8,7 %	8,9 %	8,9 %

Kilde: KOSTRA

Her ser vi at Larvik ligger på ca. syv prosent. Det er om lag to prosent lavere enn sammenlikningskommunene og gjennomsnittet for kommunegruppe 13.

Dekningsgrad

Larvik kommune har 358 sykehjemsplasser. I tillegg har kommunen døgnbemannede boliger. Hovedvekten av beboere i institusjon er 80 år eller eldre. I tabellen nedenfor er antall plasser i institusjon og døgnbemannet bolig vist i prosent av befolkningen over 80 år.

Tabell 5 Type plasser i døgnbemannet omsorg pr. innbygger over 80 år i 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Plasser i institusjon	16	14,3	19,1	15,1	16,9
Heldøgns bemannede boliger	13	7,7	6,9	9,9	10,1

Kilde: KOSTRA

Larvik kommune har noe bedre dekning på døgnbemannet omsorg i bolig enn dem vi sammenligner med, mens antallet institusjonsplasser er omtrent på nivå med snittet i egen kommunegruppe.

Tall i KOSTRA viser at Larvik har en lavere utnyttelsesgrad av institusjonsplassene enn dem vi sammenligner med. Det er altså flere plasser som står tomme i Larvik gjennom året enn i de andre kommunene. Vi har ikke undersøkt dette nærmere. Kommunen har flere korttidsplasser og plasser avsatt til rehabilitering enn snittet i egen kommunegruppe, mens det er færre plasser i skjermede enheter for personer med demens. Tallene er vist i vedlegg 4.

Alle institusjonsplassene i Larvik er enerom, noe som gjør at alle som selv ønsker det gis mulighet til å bo i enerom ved langtidsopphold⁴. Kommunene vi sammenligner med har en noe lavere andel enerom. Dette er vist i vedlegg 4.

Så godt som alle sykehjemsbeboere i Larvik (99,7 prosent), har også rom med eget bad/wc. Her ligger kommunen betydelig bedre an enn de kommunen vi sammenlikner med. Lavest av de andre kommunene er Sandefjord med ca. 40 prosent. Gjennomsnittet for kommunegruppa er ca. 83 prosent.

Lege- og fysioterapidekning

I KOSTRA pekes det på en antatt sammenheng mellom lege- og fysioterapidekning og kvaliteten på det totale tjenestetilbudet. Legedekningen på sykehjem i Larvik er omtrent på nivå med egen kommunegruppe, mens kommunen har flere timer fysioterapi pr beboer enn dem vi sammenligner med. Tallene er vist i vedlegg 4.

⁴ jfr. forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene §3, annet ledd.

3 Avvikssystem

3.1 Problemstilling

Her har vi sett på følgende problemstilling:

I hvilken grad har kommunen/sykehjemmene et fungerende avvikssystem?

3.2 Kriterium

Disse revisjonskriteriene er lagt til grunn for vurderingene:

- *Kommunen skal ha et avvikssystem som er kjent og brukervennlig*
- *Når det skjer avvik skal dette meldes i avvikssystemet*
- *Avviksmeldinger skal følges opp på en tilfredsstillende måte*

3.3 Fakta om avvikssystemet

Larvik kommune vil i løpet av 2015 gå over til et nytt system (TQM) for internkontroll og avvikshåndtering.

I denne rapporten har vi forholdt oss til de eksisterende systemene kommunen benytter pr. i dag.

3.3.1 Om sykehjemmet har et kjent og brukervennlig avvikssystem

Kommunen har hatt et felles elektronisk avvikssystem kalt C2. I internkontrollsystemet er avvikshåndteringen også omtalt som «forbedringsprosesser».

For tiden (fra 01.01.2015) er det slik at avvik som meldes elektronisk blir sendt til kvalitetsrådgiver i kommunen. Kvalitetsrådgiver sender så avviksmeldingen videre til den som skal vurdere og følge opp meldingen. Dette er som regel leder i den avdelingen der avviket har oppstått. Avdelingsleder vurderer tiltak og endringer for å lukke avviket og sender dette tilbake til den som har meldt avviket. Den som har meldt avviket skal kvittere ut at avviksmeldingen er behandlet på en tilfredsstillende måte, og lukke avviket.

Avdelingslederne sier at de parallelt med denne elektroniske saksgangen oftest tar snarlig kontakt med den som har meldt avviket og gir direkte tilbakemeldinger eller avklarer hva som skal gjøres i etterkant.

Flere avdelingsledere sier de tar ut papirversjon av meldearket fra avvikssystemet fordi det er ansatte på avdelingen som ikke ønsker eller klarer å bruke den elektroniske versjonen. I de tilfeller legger avdelingsleder selv inn en avviksmelding i systemet med bakgrunn i papirversjonen som er kommet fra en ansatt.

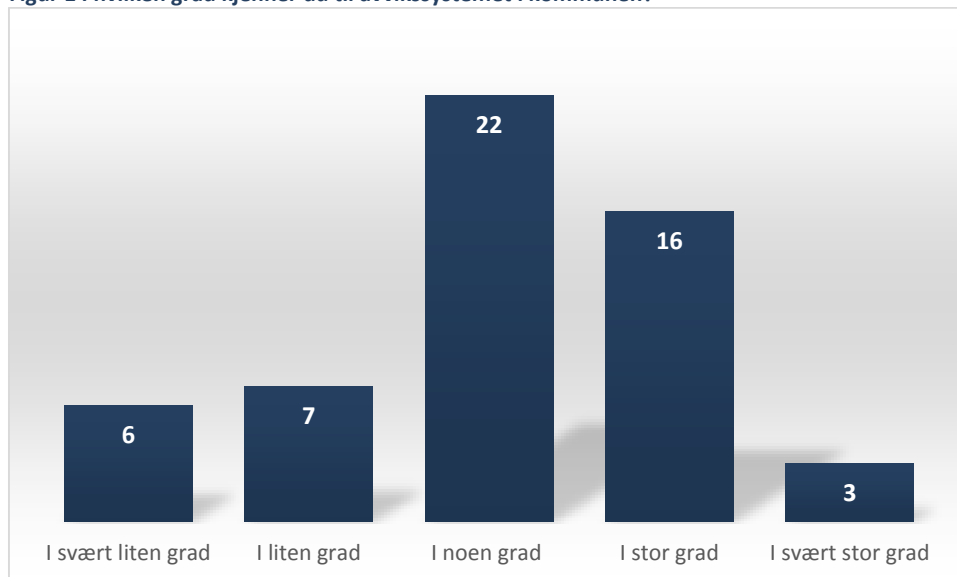
Ved ansettelser i omsorgstjenesten skal alle gjennomgå et introduksjonsprogram for nyansatte. Programmet inneholder sjekklister med mål for opplæring for 3 uker, 2 måneder og 6 måneder. I tillegg skal leder gjennomføre oppfølgingssamtaler med den nyansatte. I følge introduksjonsprogrammet skal avvikshåndtering og rutiner for varsling gjennomgås i løpet av de tre første ukene etter at vedkommende har begynt i jobben.

Både kvalitetsrådgiver og avdelingsledere sier at avvikssystemet er kjent blant de ansatte, men gir alle uttrykk for at avvikssystemet er «tungvint», «vanskelig tilgjengelig» og «lite brukervennlig».

De vi har snakket med sier at overgangen til et nytt system vil være en anledning til å fokusere mer på avvikssystemet.

I vår spørreundersøkelse til ansatte i de fem avdelingene spurte vi om i hvilken grad de kjente til avvikssystemet i kommunen.

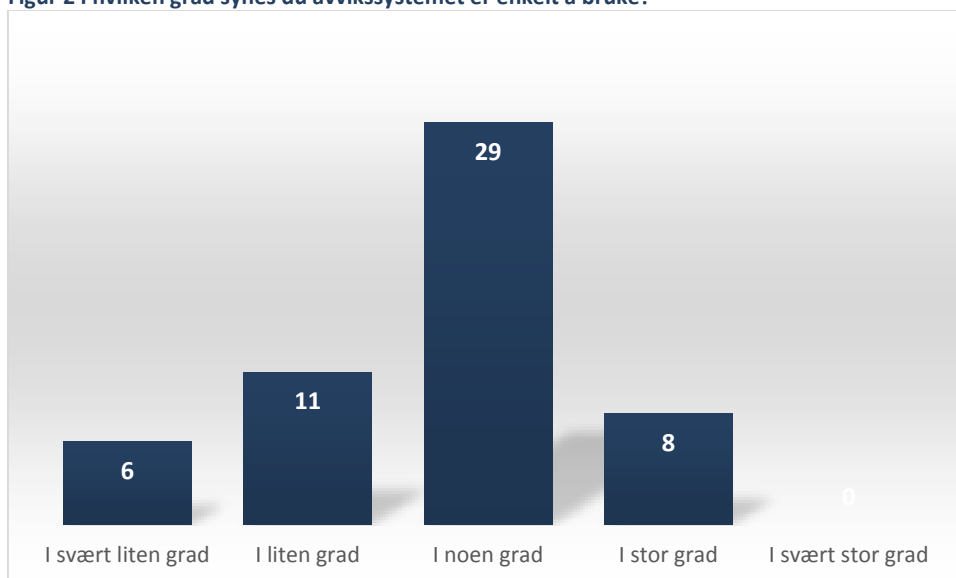
Figur 1 I hvilken grad kjenner du til avvikssystemet i kommunen?



Av de spurte svarer 13 av 54, eller nær en fjerdedel, at de i svært liten grad eller liten grad kjenner til avvikssystemet. 22 av de ansatte svarer i noen grad, mens det er 19 som svarer i stor grad eller i svært stor grad.

Vi spurte også de ansatte i hvilken grad de synes avvikssystemet er enkelt å bruke.

Figur 2 I hvilken grad synes du avvikssystemet er enkelt å bruke?



Opp mot en tredjedel av de spurte sier her at de i svært liten grad eller liten grad synes avvikssystemet er enkelt å bruke. Det er 29 personer som sier at de i noen grad synes avvikssystemet er enkelt å bruke. 8 personer synes det i stor grad er enkelt å bruke.

3.3.2 Om avvik blir meldt

Kommunens avvikssystem gir muligheter for å hente ut statistikk over type avvik, antall avvik pr. avdeling m.m. Systemet er imidlertid ikke oppdatert i forhold til de endringene i struktur og organisering som skjedde fra 01.01.2015. Det betyr at vi ikke kan isolere tall som bare gjelder de avdelingen vi har sett på i denne rapporten.

Tabellen nedenfor viser en opptelling av type avvik registrert i C2 fra nyttår og fram til 24. juni 2015. Tallene gjelder både hjemmetjenester og sykehjem.

Tabell 6 Fordeling på type avvik registrert i C2 pr. 24.06.2015

Type avvik	Antall
Legemiddelhåndtering	134
Avvik knyttet til håndtering av brukere/helsehjelp	41
Alarm og telefoni	8
Personal, konflikter, arbeidsfordeling, og tidspress	23
Konfidensielle registreringer	12
Diverse: samarbeid med nattevakter, kjøkken, dokumentasjon, låsing osv	56

Kilde: kvalitetsrådgiver i Larvik

Av oversikten går det fram at det er avvik ved legemiddelhåndtering som utgjør det største antallet av type avvik. Deretter følger samlebetegnelsen diverse og avvik knyttet til håndtering av brukere/helsehjelp.

I statistikk vi har fått tilgang til ser vi at det er forskjeller mellom avdelinger (etter gammel organisasjonsmodell) når det gjelder hvor mange personer som melder avvik i forhold til hvor mange ansatte det er i avdelingen. Dette tallet varierer fra 3 % til over 40 %.

Det foreligger ikke noen egen skriftlig instruks eller prosedyre som definerer avvik.

Flere avdelingsledere og kvalitetsrådgiver sier i intervjuene at det ikke er noen entydig definisjon av avvik, og sier de tror det er en viss underrapportering av avvik.

Både kvalitetsrådgiver og avdelingsledere gir uttrykk for at avvik som gjelder medisinbehandling i stor grad blir meldt og at dette er den type avvik som utgjør det største antallet avvik som blir meldt inn. Det samsvarer med opptellingen som er gjort fra avvikssystemet.

Av de 54 ansatte som svarte på spørreundersøkelsen sa 37 personer at de hadde meldt avvik. 17 svarte at de ikke hadde meldt avvik.

Av disse 17 var det tre som ikke hadde meldt avvik på grunn av at avviket var for lite. En svarte at avvik ikke var meldt på grunn av at avviksmeldinger blir ikke fulgt opp. Syv personer svarte kategorien annet. Av disse var det bare to som hadde gitt en kommentar i kommentarfeltet: «Det er sykepleier sitt ansvar» og «har ikke fått opplæring». 6 svarte de ikke hadde opplevd avvik.

3.3.3 Om avviksmeldinger blir fulgt opp

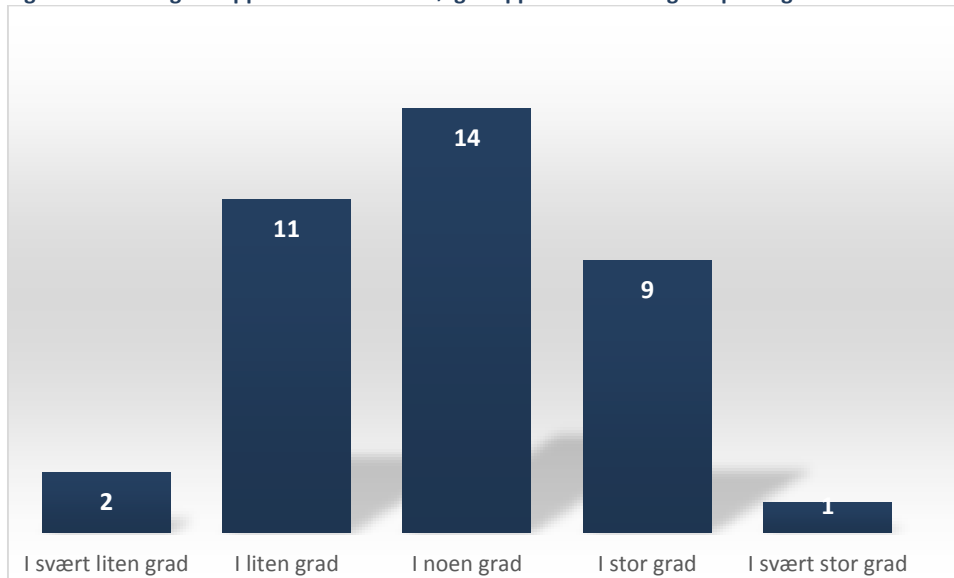
Dersom vi ser på statistikken over meldte avvik og oppfølging av disse finner vi at det er en del avvik som har status «til behandling» og ikke er lukket. Noen av disse kan skyldes at det vil være et tidsintervall fra melding opprettes og til den er kvittert ut. Når det er sagt, påpekte lederne vi snakket med at det er en viss uklarhet blant ansatte om hvem som skal lukke avviket. Det fører til at en del gamle avvik fremdeles ligger i systemet, selv om de sannsynligvis er ordnet opp i.

De ledere som hadde erfaring med å håndtere avviksmeldinger mener de følger opp avviksmeldinger på en relevant måte.⁵ I tillegg til at de følger opp meldingene i det elektroniske systemet snakker de direkte med dem det gjelder for å avklare hva som skal gjøres.

Lederne sier at de i varierende grad systematisk tar opp avviksproblematikk i møter eller felles fora. For noen er grunnen her at de har fungert forholdsvis kort i stillingen som leder og ikke har «kommet i gang» med dette ennå.

De 37 personene som svarte at de hadde meldt avvik, fikk også spørsmål om i hvilken grad de opplever at leder følger opp avviksmeldingene på en god måte?

Figur 3 I hvilken grad opplever du at leder følger opp avviksmeldingene på en god måte?



Her svarte i overkant av en tredjedel at de i svært liten grad eller liten grad opplever at leder følger opp avviksmeldinger på en god måte. En like stor andel svarte at de i noen grad syntes avviksmeldingene ble håndtert på en god måte. Resterende opplever at ledere i stor grad eller i svært stor grad følger opp avviksmeldingene på en god måte.

Av de 17 som ikke hadde meldt avvik var det kun en person som begrunnet dette med at avvik ikke blir fulgt opp. Resten begrunnet det med at de enten ikke hadde opplevd avvik, at avviket var for lite eller annet (ikke spesifisert).

⁵ Enkelte ledere hadde liten erfaring/praksis på grunn av kort periode med lederansvar

3.4 Revisors vurdering

3.4.1 Om sykehjemmet har et kjent og brukervennlig avvikssystem

Kommunen har i sine prosedyrer krav til gjennomgang av avvikssystemet ved nyttilsetninger. Dette skal skje i introduksjonsprogrammet for nyansatte i omsorgstjenesten. Vi mener at kommunen har etablert rutiner som er egnet til å sikre at ansatte får kjennskap til systemet.

Lederne i avdelingene sier avvikssystemet i hovedsak er kjent blant personalet, men ser vi på tall fra spørreundersøkelsen blant de ansatte er det ca. en fjerdedel som sier de i svært liten grad eller i liten grad kjenner systemet. Vår vurdering er at dette er en for stor andel.

En forklaring kan være at de har fått mangelfull opplæring i eller informasjon om avvikssystemet. En annen forklaring kan være at de i liten grad har brukt systemet og glemmer hvordan prosedyrene er.

Vår vurdering er at avvikssystemet kommunen benytter er lite brukervennlig. Denne vurderingen er basert på ledernes egne oppfatninger av brukervennlighet og funn i spørreundersøkelsen blant de ansatte. Der svarer litt under en tredjedel av de ansatte at de i svært liten grad eller liten grad finner systemet brukervennlig. Det faktum at det i en del tilfeller brukes papirversjoner av meldinger som leder må legge inn er med på å underbygge vår vurdering.

3.4.2 Om avvik blir meldt

Vi ser at avvik blir meldt inn i kommunens avvikssystem.

Etter vår vurdering er det grunn til å peke på noen forhold som tilsier at det kan være en viss underrapportering av avvik:

- Både ledere og kvalitetsrådgiver sier de tror det kan være avvik som ikke blir meldt.
- Det er ansatte som sier de av ulike grunner har latt være å melde avvik.
- Forskjeller mellom avdelinger i hvor mange avvik som blir meldt kan indikere at det er underrapportering på noen avdelinger.
- Vi vil også peke på en viss risiko for underrapportering fordi selve avvikssystemet er betraktet som tungvint og vanskelig å bruke.

3.4.3 Om avviksmeldinger blir fulgt opp

Statistikk fra avvikssystemet tyder på at de fleste avvik som blir meldt der blir fulgt opp og lukket.

Ledere og ansatte har imidlertid til dels ulik oppfatning av i hvilken grad avviksmeldinger blir fulgt opp på en tilfredsstillende måte. Etter vår vurdering er det ikke betryggende at ansatte opplever at avvik ikke blir håndtert på en tilfredsstillende måte.

4 Kvalitet i sykehjem

4.1 Problemstilling

Her har vi sett på følgende problemstilling:

I hvilken grad har kommunen tiltak for å ivareta krav til kvalitet i sykehjem?

4.2 Kriterium

Kriterium er:

- *Brukerne skal sikres mulighet for medvirkning*
- *Brukerne skal sikres et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.*
- *Nødvendig tannbehandling og munnhygiene skal være ivaretatt*
- *Sykehjemmet skal legge til rette for samvær med andre og gi tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

4.3 Fakta om kvalitet

I løpet av 2015 skal Larvik kommune over på et nytt internkontrollsystem, **TQM** (Total quality management).

Kommunen har i pr. i dag et internkontrollsystem, **Kvalitetshåndboken**, som ligger tilgjengelig på intranettet. Systemet er utviklet av kommunen selv og består av Word-dokumenter som er ordnet systematisk. Her finner vi ulike tjenestebeskrivelser og prosedyrer som gjelder omsorgstjenesten. Alle som arbeider i en sykehjemsavdeling har egen tilgang til internkontrollsystemet.

Kommunens kvalitetsrådgiver bekrefter at det kan være mangel på oppdateringer i systemet. Blant annet gjenspeiles ikke den nye organiseringen av omsorgstjenesten i systemet. En grunn til dette er at det i flere år har vært snakket om at en skulle over på et nytt kvalitetssystem, og at det i påvente av et nytt system har vært mindre engasjement knyttet til oppdateringer i det gamle systemet

Alle avdelingslederne vi snakket med sier at de tror internkontrollsystemet er kjent blant de ansatte, men bruker uttrykk som at det er «vanskelig tilgjengelig, lite

brukervennlig, dårlig oppdatert og tungvint». Fire av fem sier det i begrenset grad blir brukt av de ansatte.

Larvik kommune abonnerer på et elektronisk prosedyreprogram levert av Cappelen Damm. Systemet heter «Praktiske prosedyrer i sykepleien», forkortet til PPS. Her er det tilgang til sykepleiefaglige prosedyrer m.m. Programmet kan knyttes direkte opp til Profil som er kommunens journalsystem. Avdelingslederne sier at PPS er i bruk på avdelingene, særlig blant sykepleierne. Programmet egner seg også til opplæring.

I 2012 gjennomførte kommunen en brukerundersøkelse blant beboere og pårørende i institusjon. Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med **bedrekommuner.no**⁶ som tilbyr standardiserte spørreundersøkelser som gir muligheter for å sammenlikne resultater i kommunen over år og/eller med andre kommuner.

På spørsmål om oppfølging av undersøkelsen fra 2012 får vi fra ledelsen i avdeling for sykehjem og demensomsorg opplyst at:

«Hovedfokus har vært å ta hensyn til responsen i videre planarbeid, både på avdelingsnivå og resultatnivå, med konkrete føringer inn i Virksomhetsplan. Spesielt omfattet det behovet for økning på kulturaktiviteter innenfor sektoren, og det var noe som fikk lav score på tidligere undersøkelser.

Generelt sett ligger oppfølgingen synliggjort i kommunens virksomhetsplan, for siste brukerundersøkelse 2012, er det da konkret prioritert i Virksomhetsplanen for 2014. Her er det blant annet fulgt opp spørsmål om mer og bedre brukermedvirkning.»

Vi har ikke undersøkt hvorvidt det er gjort synlige endringer i planer eller prioriteringer som følge av resultatene i brukerundersøkelsen fra 2012.

Vi får opplyst at kommune skal gjennomføre en ny brukerundersøkelse i løpet av 2015

4.3.1 Mulighet for medvirkning

Mange beboere i sykehjemsavdelingene har tidligere vært utredet/vurdert i forbindelse med at de har vært brukere av andre tjenester i kommunen. Det kan være i forbindelse med hjemmesykepleie, korttidsopphold osv. Det betyr at avdelingen får tilgang til informasjon om beboerens bakgrunn, behov og vaner.

⁶ Bedrekommuner.no er tjeneste levert av kommuneforlaget AS, et heleid datterselskap av Kommunenes sentralforbund.

I tillegg til dette sier avdelingslederne at det gjennomføres innkomstsamtaler med nye beboere. I en del tilfeller er pårørende med på dette. Beboeren og/eller pårørende fyller gjerne ut et livshistorieskjema etter innflytting. Her er det muligheter for å gi informasjon om familiebakgrunn, yrkesliv, interesser, livssyn, aktuelle hendelser i livet og eventuelt forhold man ikke bør snakke med beboeren om. Dette danner et utgangspunkt for personalet slik at de kan gi beboeren et tilbud som er i tråd med behov og ønsker som kommer fram i skjemaet.

Beboere får tildelt primærkontakt/fagansvarlig sykepleier som står for oppfølging av beboere/pårørende med faste/årvisse møtepunkt.

Når vi spør avdelingslederne om hvordan de ivaretar kravet om medbestemmelse i det daglige sier alle at dette i stor grad dreier seg om å være fleksible og ha en imøtekommende holdning. I utgangspunktet er det faste måltider og en fast rytme på stell, legging m.m., men dette følges ikke slavisk.

På avdelingene oppstår det situasjoner der beboere ikke vil f.eks. stå opp, dusje, spise osv. Da viser en smidighet ved å forsøke litt seinere, bruke en annen av de ansatte osv. Uttrykk som «tillitsskapende arbeid» og «miljøarbeid» blir brukt.

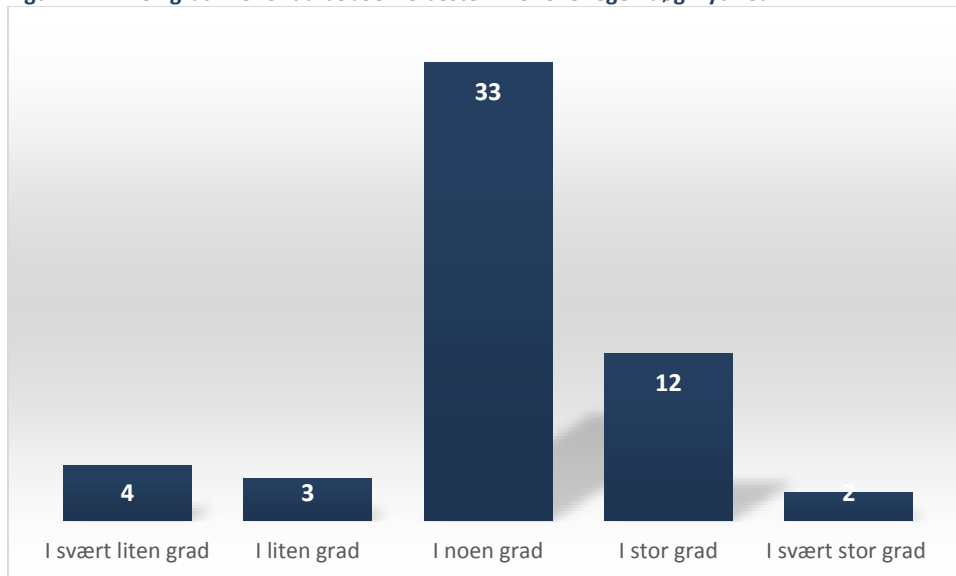
Avdelingslederne sier det er noen dilemmaer knyttet til det med medbestemmelse. En stor del av beboerne i sykehjem, også i somatiske avdelinger, er demente. Videre er mange i svært dårlig fysisk form og kan ha begrenset mulighet for å formidle ønsker og behov. Da er en avhengig av at personalet kjenner beboerne godt og kan «lese» signaler.

Alle avdelingslederne sier de er opptatt av etisk refleksjon rundt spørsmålene om medbestemmelse og at aktuelle hendelser eller temaer blir tatt opp med personalet.

I spørreundersøkelsen blant de ansatte spurte vi om hva de ansatte mente om noen forhold som angikk medbestemmelse eller medvirkning.

Ett av spørsmålene gjaldt i hvilken grad beboerne bestemmer over egen døgnrytme.

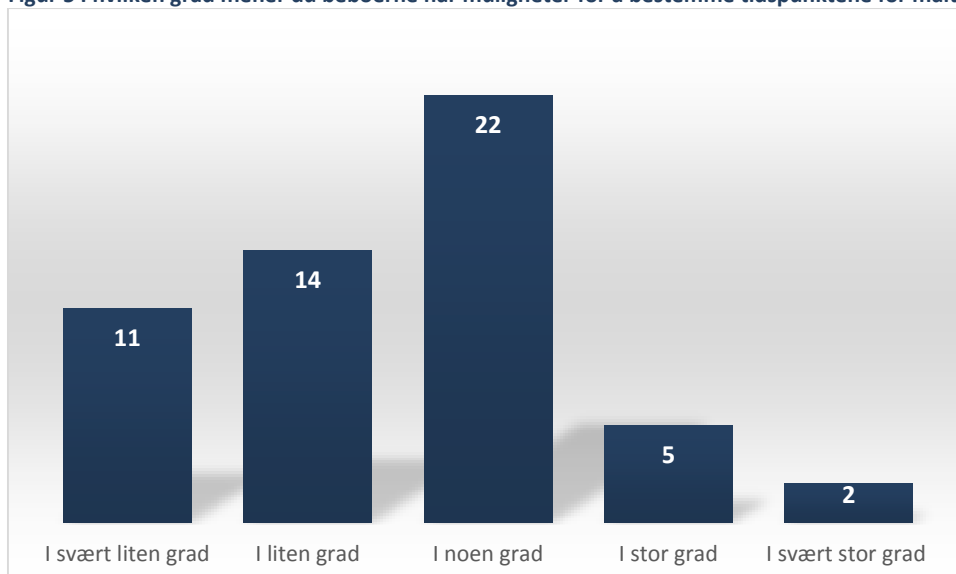
Figur 4 I hvilken grad mener du beboerne bestemmer over egen døgnrytme?



Her er det 7 av 54 ansatte som mener at beboerne i svært liten grad eller i liten grad bestemmer over når de skal stå opp, når de skal legge seg osv. Hovedtyngden av svarene finner vi i kategorien i noen grad, med 33 personer. Resterende 14 ansatte mener beboerne i stor grad eller i svært stor grad bestemmer over egen døgnrytme.

På spørsmål om muligheter for å bestemme tidspunkt for måltider er bilde litt annerledes:

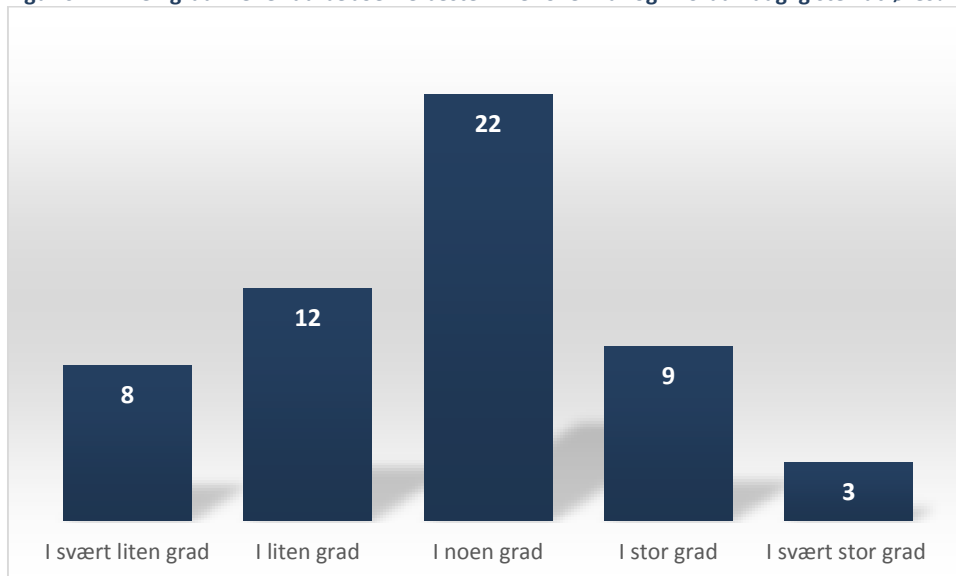
Figur 5 I hvilken grad mener du beboerne har muligheter for å bestemme tidspunktene for måltidene?



På dette spørsmålet er det nær halvparten, 25 av 54, som svarer at de i svært liten grad eller i liten grad mener beboerne har mulighet for å bestemme tidspunktene for måltidene. 22 personer mener beboerne i noen grad kan bestemme over tidspunktene, mens et mindretall på 7 personer svarer i stor grad eller i svært stor grad på spørsmålet.

Vi spurte også om i hvilken grad de de ansatte mener beboerne kan bestemme over når og hvordan daglig stell utføres.

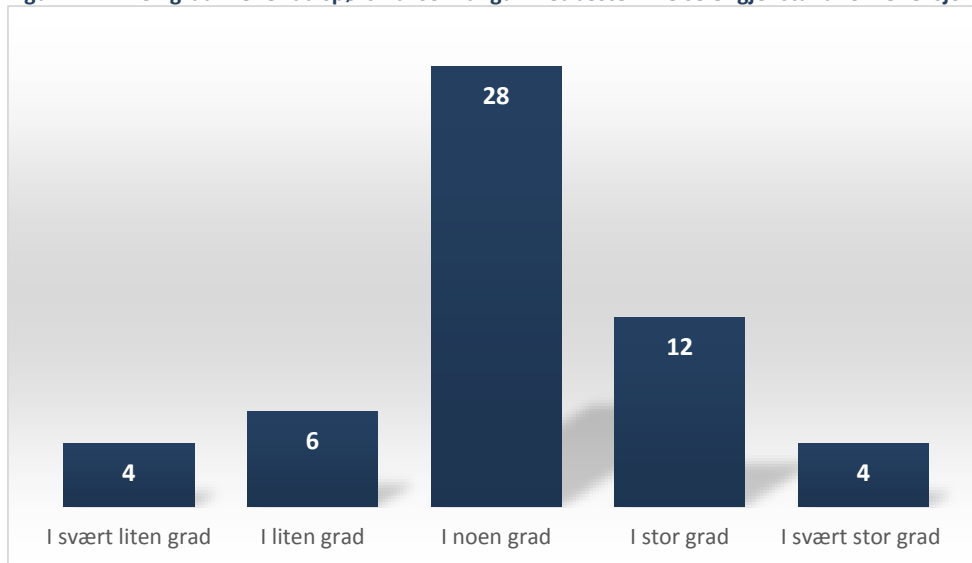
Figur 6 I hvilken grad mener du beboerne bestemmer over når og hvordan daglig stell utføres?



Her svarer 20 av 54 at de i svært liten grad eller liten grad bestemmer over når og hvordan stell skal utføres. 22 personer svarer i noen grad og resten, 12 personer, svarer i stor grad eller i svært stor grad.

Vi har også spurt de ansatte om spørsmål som angår medbestemmelse blir gjort til gjenstand for etisk refleksjon i avdelingen.

Figur 7 I hvilken grad mener du spørsmål som angår medbestemmelse er gjenstand for refleksjon i avdelingen?



Her svarer 10 av 54 at de i svært liten grad eller i liten grad mener det reflekteres over medbestemmelse i avdelingen. En klar majoritet sier det skjer i noen grad. Det er 16 stykker som mener det i stor grad eller i svært stor grad er et tema som blir diskutert i avdelingen.

4.3.2 Variert og tilstrekkelig kosthold

I Kvalitetshåndboken finner vi *Retningslinjer for ernæring i sykehjem* under kap 5. Støtteprosesser. Her er bl.a. beskrevet mål, ansvarsfordeling og beskrivelser av kartleggingsrutiner og tiltak ved underernæring.

Larvik kommune har et felles produksjonskjøkken som produserer og distribuerer mat til alle avdelingene i sykehjemmene. Kjøkkenet flyttet til nye lokaler sommeren 2012 og har godt med produksjons- og tilberedingsutstyr. Det er tilsatt tre ernæringsfysiologer/kostøkonomer ved kjøkkenet. Som utgangspunkt for beregning av mengder og næringsinnhold bruker kjøkkenet *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.⁷

Det er avdelingen selv som bestiller maten via nettbutikk. Det omfatter i tillegg til middagene alt av tørrmat, pålegg m.m.

Kjøkkenet v/ernæringsfysiologene/kostøkonomene er av og til rundt på sykehjemmene og holder kurs eller gir veiledning om kostholdsrelaterte emner.

⁷ Helsedirektoratet: Veileder – IS-1972

Maten blir lagt opp og servert ute i avdelingene. Det er i utgangspunktet tilbud om én type middag hver dag, men det lages egne varianter til beboere som har allergier, behov for spesielle dietter eller av annen grunn ikke ønsker den aktuelle middagen. Middagen servers med dessert. Det er alltid en kakebit, kjeks eller liknende til kaffen om ettermiddagen.

Vanlig rytme på er avdelingene er fire måltider i døgnet hvorav ett er varmt. Noen avdelinger har i tillegg av og til et enklere varmt lunsjmåltid.

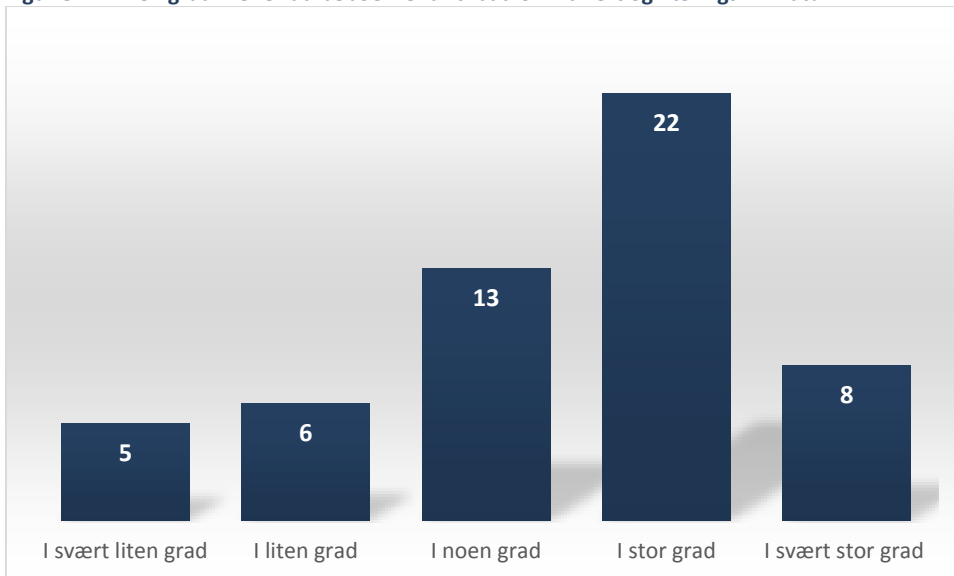
Vi har fått se menyoppsettet for en ti-ukersperiode våren 2015. Menyen varierer mellom ulike retter av kjøtt, fugl og fisk. Det er forskjellige retter alle dager med unntak av lørdagene da det servers risgrøt. Et utdrag av menyoppsettet for våren 2015 er gjengitt her.

Uke	Måndag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
21	Lunsj: Pytt i panne		Lunsj: Sellerisuppe		Lunsj: Tomatbønner og pølser	Pinsesaften	1. pinsedag
2015	Fiskekaker, saus amerikansk bl Blomkålsuppe	Kjøttpudding, saus, blomkål bl Kompott m/ melk	Røkt kolje, smør gulrotstuing, Fruktsuppe	Kjøttkaker, saus, ertestuing Semulepudding m/ rød saus	Fiskesuppe m/ symfoni Herm fersken	Rømmegrøt Bananer Reker m/ tilbehør	Kalvestek, fløtesaus brokkoli bl Is
22	2. Pinsedag		Lunsj: Blomkålsuppe		Lunsj: Lunsjkaker		
	Svinegryte Herm pærer , krem, sjokoladesaus	Stekte kjøttpølser potetstappe , smør Appelsinfromasj	Fyllt rødspette, remulade, salat grønnsaker Risvelling	Oksesstek, brun saus brokkoli bl Karamellpudding m/ krem	Kokt laks, agurksalat, rømmesaus Is	Risgrøt Bananer Eggerøre og laks	Orientalisk gryte Gele / vanilje saus
23	Lunsj: Pannekaker		Lunsj: Potet & purreløksuppe		Lunsj: Eggerøre		
	Fiskeboller, hvit saus herresårdsbl Nypesuppe	Kjøttsaus og potetstappe Eplegrøt m/ melk	Torskefile , sitronsau, stekte grønnsaker Is	Svinestek surkål brunsaus Mandel pudding m/ rød saus	Ertesuppe Pannekaker	Risgrøt Bananer Lasagne m / loff	Lyslåpskaus Flatbrød Sjokoladepudding m/ vaniljesaus
24	Lunsj: Soppesuppe		Lunsj: Spinatsuppe		Lunsj: Pannekaker		
	Fiskegrateng råkost smeltet smør Fruktcoctail	Bollefrikasse m/ norsk bl Rødgrøt m/ melk	Lettsaltet torsk, hvit saus, gulrot Appelsinfromasj	Karbonader, løg , saus, blomkålbl Semulepudding/ rød saus	Betasuppe Sitronfromasj	Risgrøt Bananer Fiskepudding i hvitsaus og reker	Kylling i fløtesaus, grønnsaker Karamellpudding og krem

Avdelingslederne vi snakket med sier alle at de synes det servers god og variert mat fra kjøkkenet.

Vi spurte de ansatte på avdelingen om i hvilken grad de mener beboerne får variert og næringsrik mat.

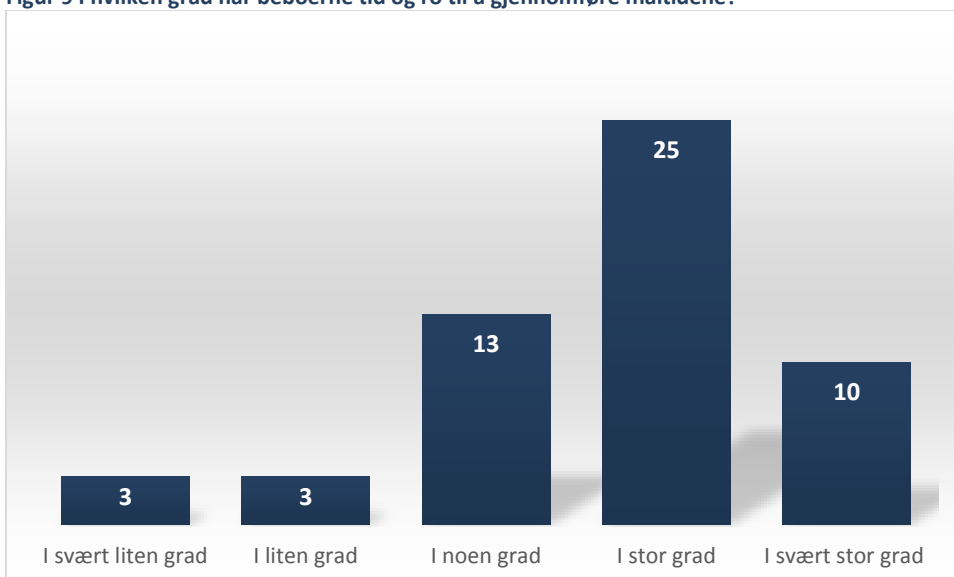
Figur 8 I hvilken grad mener du beboerne får tilbud om variert og næringsrik mat?



Her svarer 11 av 54 personer at de mener beboerne i svært liten grad eller i liten grad får tilbud om variert og næringsrik mat. En noe større andel, 13 personer, synes det i noen grad servers variert og næringsrik mat. Flesteparten, 30 personer, mener beboerne i stor grad eller i svært stor grad får tilbud om variert og næringsrik mat.

Når det gjelder spørsmål om ro og tid til å gjennomføre måltider får vi denne svarfordelingen.

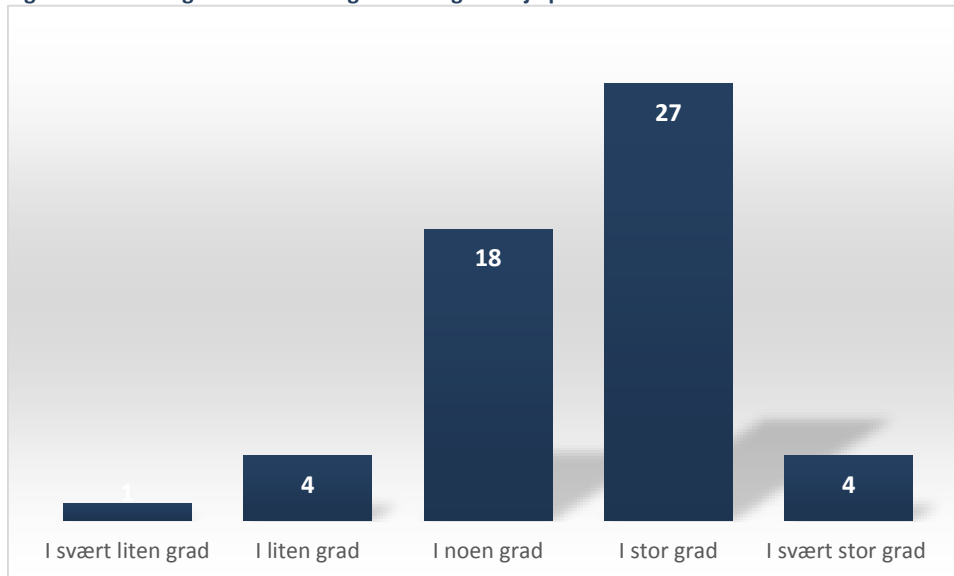
Figur 9 I hvilken grad har beboerne tid og ro til å gjennomføre måltidene?



6 av 54 mener at beboerne i svært liten grad eller i liten grad har tid og ro til å gjennomføre måltidene. 13 svarer i noen grad. Det store flertallet mener beboerne i stor grad eller i svært stor grad har tid og ro til å gjennomføre måltidene.

Personalet fikk også spørsmål om deres egen mulighet for å hjelpe beboer med måltider.

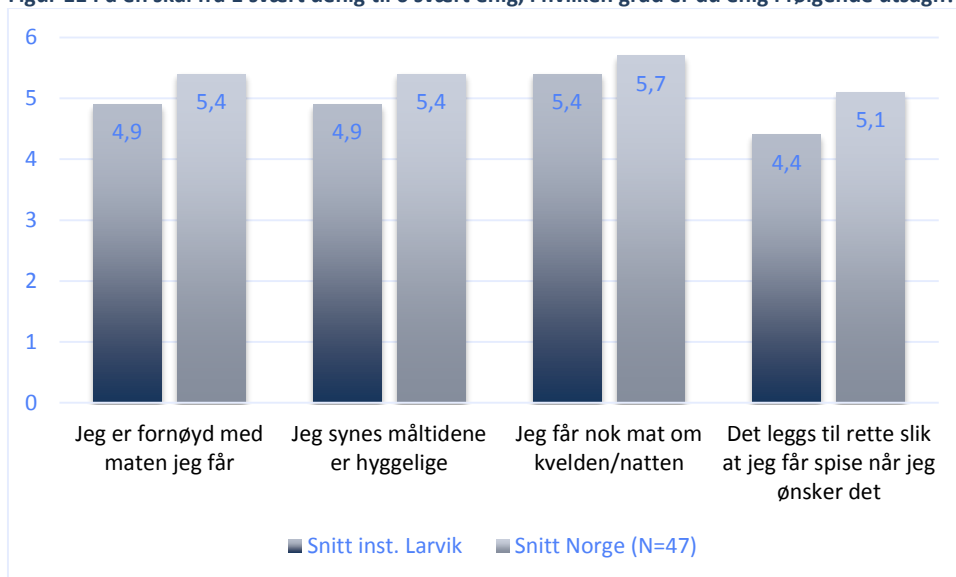
Figur 10 I hvilken grad har du tid og anledning til å hjelpe beboerne med måltidene?



En liten andel, 5 av 54 svarer at de i svært liten grad eller i liten grad har tid og anledning til å hjelpe beboerne med måltidene. 18 av 54 svarer i noen grad, mens over halvparten, 31 stykker svare at de i stor grad eller i svært stor grad har tid og anledning til å hjelpe beboerne med måltidene

Vi har sett på noen tall fra brukerundersøkelsen fra våren 2012. Brukerundersøkelsen ble gjennomført i forkant av at kjøkkenet flyttet inn i nye lokaler. I undersøkelsen ble beboere bl.a. spurt om forhold rundt mat og måltider:

Figur 11 På en skal fra 1 svært uenig til 6 svært enig, i hvilken grad er du enig i følgende utsagn?



Kilde: bedrekommune.no

I denne undersøkelsen ligger svarene fra beboere i Larvik gjennomgående lavere på skalaen enn i gjennomsnittet for alle kommuner som gjennomførte undersøkelsen (Antall kommuner som er med i gjennomsnittene = 47).

I undersøkelsen fra 2012 ble det skilt mellom de tre distriktene Omsorg sørvest, Omsorg nordøst og Omsorg sentrum. Resultatet viste den gang forholdsvis store forskjeller mellom de tre distriktene. Gjennomgående lå Omsorg sørvest høyere enn de to andre. For eksempel var det på spørsmålet om «det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det?» en forskjell mellom høyeste og laveste skår på 2,8 poeng.

4.3.3 Tannbehandling og munnhygiene

Det foreligger rutinebeskrivelse for munnhygiene i internkontrollsystemet. Her beskrives risikomomenter ved mangel munnhygiene og fremgangsmåte for stell av tenner og tannproteser. Her er også utarbeidet en egen tannhelseperm til bruk i avdelingene.

Avdelingene har såkalte tannhelsekontakter (en avdeling mangler for tiden tannhelsekontakt) med spesielt ansvar for å følge opp munnhygiene og tannstell.

Alle avdelingslederne sier det er utfordringer knyttet til tannstell og at de ikke klarer å følge kravet i prosedyrene om tannpuss to ganger om dagen på alle beboerne. To av de fem sier de generelt sett får til tilfredsstillende tannstell på sin avdeling. Avdelingslederne peker på dilemmaet mellom det å ivareta munnhygiene/tannstell og det at mange beboere motsetter seg dette.

Larvik kommune har en samarbeidsavtale med Tannhelsetjenesten i Vestfold. For Larvik kommune er avtalen underskrevet av kommunalsjefen for Helse og omsorg. I avtalen er det beskrevet målsettinger og ansvarsfordeling. Det påhviler avdelingsleder bl.a. å opprette tannkontakt i avdelingen, sørge for at tannhelserutinene blir fulgt opp og sørge for nødvending opplæring av nyansatte og vikarer.

Vi har snakket med Tannhelsetjenesten i Vestfold som beskriver hvordan samarbeidet fungerer:

Det er to tannklinikker i Larvik som har fordelt sykehjemmene i kommunen seg imellom. På hver sykehjemsavdeling skal det være en tannhelsekontakt. Tre ganger i året tar tannhelsetjenesten kontakt med sykehjemsavdelingen for å undersøke utvalgte beboere.

I forbindelse med besøket forsøker en å få til et møte med de ansatte som er på jobb. Der går en i korte trekk gjennom status på de beboerne som er undersøkt. Det er i tillegg gjerne et lite møte der tannhelsetjenesten tar opp ulike temaer som er aktuelle.

Dersom det er behov kan avdelingene ta kontakt med tannhelsetjenesten mellom de avtalte møtene.

Tannhelsetjenesten sier at selv om rutinene er gode, er det ikke alltid like lett å følge opp i praksis. Grunner til dette kan være at det er mye utskifting av ansatte ved sykehjemmene, tannhelsekontakten ikke er tilstede, de ansatte ikke har tid osv.

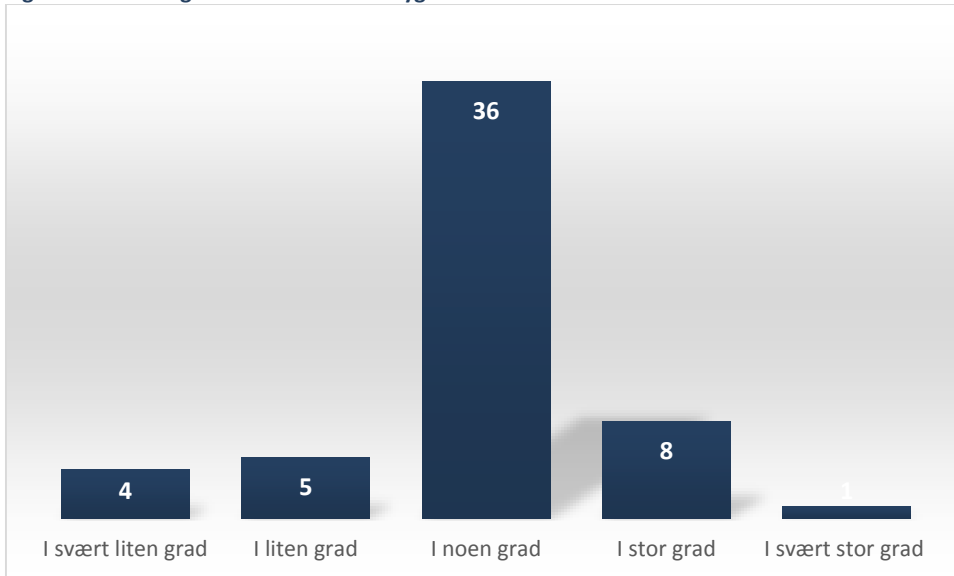
Generelt er inntrykket fra tannhelsetjenesten at det i større grad burde være mulig å i følge opp prosedyrene for tannstell. De opplever at det er ulike holdninger blant personalet. Noen steder er holdningen at ...«det er for mye å gjøre», mens andre sier ... «dette har vi tid til».

Når det gjelder de avdelingen vi har sett på, opplever tannhelsetjenesten at det er forskjeller mellom disse avdelingene:

- Et par av avdelinger har hatt samme tannhelsekontakt over flere år og det er positivt.
- På tre av avdelingene er det brukbar/god kvalitet.
- Tannhelsetjenesten har over flere år gitt tilbud om opplæring, men fra et par avdelinger har det ikke vært ønske om slik opplæring.
- Dårlig samarbeid med tannhelsekontakt på en avdeling. Tannhelsekontakten møter ikke når tannhelsetjenesten kommer, selv om det er avtalt på forhånd.
- På et par av avdelingene har de vanskeligheter med å følge opp tannstellet.

Vi har spurt de ansatte om i hvilken grad de mener munnhygien til beboerne blir ivaretatt.

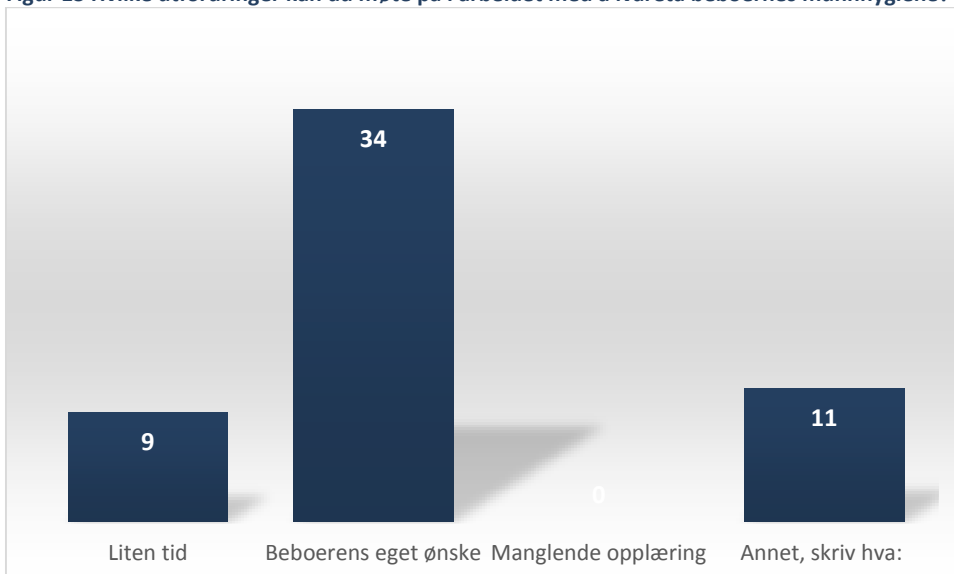
Figur 12 I hvilken grad mener du munnhygien til beboerne blir ivaretatt?



Her svarer 9 av 54 at de mener munnhygien til beboerne i svært lite grad eller i liten grad blir ivaretatt. Hovedtyngden av svar, 36, ligger i kategorien i noen grad. Av de som svarte på undersøkelsen svarte 9 stykker at beboernes munnhygiene i stor grad eller i svært stor grad blir ivaretatt.

På spørsmål om utfordringer svarer de ansatte slik:

Figur 13 Hvilke utfordringer kan du møte på i arbeidet med å ivareta beboernes munnhygiene?



Her svarer 9 av 54 at en utfordring med tannstellet er at de har for liten tid til dette. Den størstedelen av svarene, 34 stykker, finner vi i kategorien «beboernes eget ønske», underforstått at beboerne motsetter seg tannstell.

I kommentarene til de som har svart «annet», 11 stykker, er det i stor grad pekt på at beboerne ikke vil, er utagerende m.m. Det er også fire av de som har svart «annet» som kommenterer at det er lite fokus på eller dårlig kultur for dette med munnhygiene blant de ansatte.

4.3.4 Samvær og aktiviteter

Brukerne på de avdelingene vi har sett på har svært ulikt funksjonsnivå, behov og ønsker når det gjelder samvær med andre og aktiviteter.

Den beskrivelsen vi presenterer her er basert på samtaler med de fem avdelingslederne vi har snakket med.

Generelt sett er måltider en arena som gir mulighet for sosialt samvær med andre beboere.

Alle avdelinger vi har vært på har hager/uteareal som avdelingslederne sier blir brukt mye i sommerhalvåret. For mange beboere er dette «turområde nok», men det arrangeres av og til også turer til f.eks. Bøkeskogen.

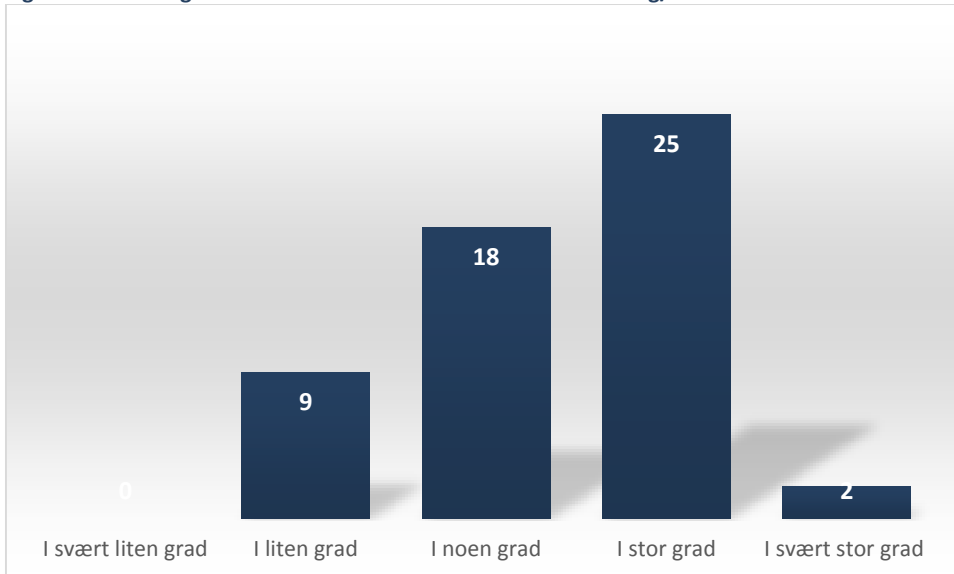
De tre avdelingene som er lokalisert i Furuheim sykehjem har mulighet for å delta på aktiviteter som skjer i dagsenteret på huset. Her er det ulike aktiviteter fire dager i uken og noen ganger andakt på søndager. Også på Grevle sykehjem er det dagsenter med tilbud som beboerne på avdelingene har mulighet for å delta på. Her er bl.a. kulturskolen en gang i uken og andakt en gang i uken. På Rekkevik er det sangstund hver fredag, underholdning annenhver torsdag og andakt en gang i måneden. Høytider og spesielle anledninger markeres gjerne med måltider, kaker o.l.

Det gis tilbud om individuelt tilpassede aktiviteter. Dette kan være høytlesing, samtaler, sang, spill, løse kryssord, bruk av ballong og ball, turer m.m. En avdeling bruker også spillemaskin og iPad med musikk, enkle spill og «apper».

Avdelingslederne peker på at i hvilken grad personalet kan bidra til individuelle aktiviteter er noe personavhengig, og det kan komme i konflikt med annet nødvendig arbeid i avdelingen. Flere sier at planlegging og systematisering er nøkkelen til å holde fokus på de individuelle aktivitetene og at de vil vektlegge dette framover.

Vi har spurt de ansatte om beboerne får tilbud om felles aktiviteter og/eller sosialt samvær med andre.

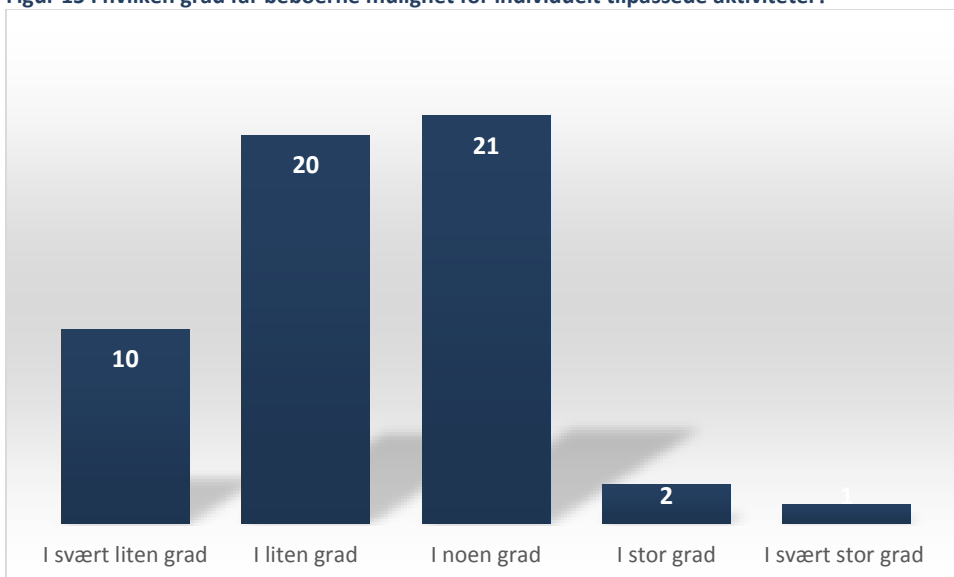
Figur 14 I hvilken grad får beboerne tilbud om felles aktiviteter og/eller sosialt samvær med andre?



Her svarer 9 av 54 at beboerne i liten grad får tilbud om felles aktiviteter og/eller samvær med andre. Det er i overkant av 16 % av de som svarte. 18 ansatte svarer at de i noen grad får tilbud om fellesaktiviteter og samvær. Halvparten av de spurte mener beboerne i stor grad eller i svært stor grad får slike tilbud.

Vi har også spurt om muligheter for individuelt tilpassede aktiviteter.

Figur 15 I hvilken grad får beboerne mulighet for individuelt tilpassede aktiviteter?



Når det gjelder individuelt tilpassede aktiviteter er det en motsatt tendens. Her svarer 30 av 54 ansatte, nær to tredjedeler, at beboerne i svært lite grad eller i liten grad får

tilbud om individuelt tilpassede aktiviteter. 21 personer svarer i noen grad. Et lite mindretall på 3 personer svare at beboerne i stor grad eller i svært stor grad får individuelt tilpassede tilbud.

4.4 Revisors vurdering av kvalitet i sykehjem

Kommune har et omfattende internkontrollsystem, men det blir av de vi har snakket med omtalt som lite brukervennlig og tungvint. Kommuneledelsen selv erkjenner at det eksisterende systemet ikke fungerer tilfredsstillende og vil derfor gå over til et nytt system i løpet 2015.

At dokumenter i internkontrollsystemet ikke er oppdaterte behøver ikke bety at de ikke er aktuelle eller riktige, men kan være uttrykk for at det ikke foretas jevnlig systematisk gjennomgang for å kvalitetssikre og oppdatere innholdet. Det er etter vår vurdering en viss risiko knyttet til at det ikke skjer noen systematisk gjennomgang av rutiner m.m.

Når det gjelder brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2012 hadde Larvik kommune resultater som gjennomgående lå lavere enn gjennomsnitte for de 47 kommunene som gjennomførte undersøkelser dette året.

Kommunen vil gjennomføre en brukerundersøkelse i løpet av 2015. Gjennomføring av regelmessige brukerundersøkelser er etter vår vurdering et egnet tiltak for å sikre og forbedre kvalitet i tjenesten.

4.4.1 Mulighet for medvirkning

Kommunen har, bl.a. gjennom inntakssamtaler, livshistorieskjema og bruk av primærkontakt, system for å skaffe seg bakgrunnsinformasjon om beboerne med tanke på å møte ønsker og behov hos den enkelte.

I det daglige er beboernes muligheter for å påvirke hverdagen prisgitt personalets arbeidssituasjon og deres holdninger. Avdelingslederne gir uttrykk for at personalet er fleksibelt og at det langt på vei er tid og rom for å imøtekomme beboernes ønsker.

Vi ser at deler av personalet som har svart i spørreundersøkelsen mener beboerne har liten mulighet for medbestemmelse når det gjelder forhold rundt måltider og daglig stell. Det rimer dårlig med det inntrykket avdelingslederne gir av fleksibilitet og individuell tilpasning.

4.4.2 Variert og tilstrekkelig kosthold

Etter vår vurdering har kommunen gjennom *retningslinjer for ernæring* i Kvalitetshåndboken tilfredsstillende system for å ivareta beboernes rett til variert og tilstrekkelig mat.

Vi mener at det er grunnlag for å si at maten som blir tilbudt beboerne på sykehjem i Larvik er variert og næringsrik.

Tall fra brukerundersøkelsen fra 2012 viste den gang at det var høy tilfredshet med mat og forhold rundt måltidene, dog noe under gjennomsnittet for de kommuner som var med i undersøkelsen. Videre var det den gangen store forskjeller mellom enheter innen kommunen. Dersom det er tilsvarende forskjeller i den ny undersøkelse som er planlagt bør kommune undersøke nærmere hvorfor slike forskjeller kommer til uttrykk.

Vi registrerer at det er en andel av ansatte som i spørreundersøkelsen svarer at det i svært liten grad og i liten grad får tilbud om variert og næringsrik mat.

4.4.3 Tannbehandling og munnhygiene

Som vi har pekt på tidligere foreligger det tilfredsstillende prosedyrer i internkontrollsystemet. Der er klare krav til ivaretagelse av tannstell for beboerne.

Kommunen har også avtale med Tannhelsetjenesten i Vestfold som både undersøker beboerne med jevne mellomrom og tilbyr veiledning om tannstell og munnhygiene.

Etter vår vurdering er prosedyrer og system rundt tannstell og munnhygiene ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Vi har forsøkt å danne oss et bilde av hvordan praksis er. Når vi sammenholder informasjonen fra avdelingsledere, ansatte og tannhelsetjenesten er vi den oppfatning at kravene til tannstell og munnhygiene i varierende grad blir ivaretatt på en god måte.

Det framstår som det kan være potensiale for i større grad å etterleve prosedyrene i kvalitetshåndboken.

4.4.4 Samvær og aktiviteter

Gjennom ukeplaner m.m. er det dokumentert at avdelingene gir tilbud om samvær med andre beboere og fellesaktiviteter. Innholdet i fellesaktivitetene er forholdsvis tradisjonelt som f.eks. turer, sangstunder og andakt.

Når det gjelder individuelt tilpassede aktiviteter sier avdelingslederne at beboerne får tilbud om dette, men i noe varierende grad. Vi er enige i det flere avdelingsledere selv peker på, at det er viktig å systematisere og lage prosedyrer også for de individuelle aktivitetene.

Det er sprik mellom avdelingslederens og deler av de ansattes oppfatning av det individuelle tilbudet. Over halvparten av de som svarte (30 av 54) mener at beboerne i svært lite grad eller i liten grad får tilbud om individuelt tilpassede aktiviteter.

5 Konklusjoner og anbefalinger

5.1 Konklusjoner

Avvikssystemet

Med bakgrunn i de data vi har sett på mener vi at en for stor andel av ansatte ikke kjenner avvikssystemet godt nok.

Vi mener avvikssystemet i for liten grad er brukervennlig.

Det er etter vår vurdering en risiko for at det er underrapportering på avvik.

Det er i for stor grad tilbakemeldinger fra de ansatte om at avviksmeldinger ikke håndteres på en tilfredsstillende måte.

Kvalitet

Kommunen har etter vår vurdering i stor grad system og tiltak for å ivareta kvalitet i tjenesten på de områder vi har sett på i denne rapporten.

Det er etter vår vurdering forbedringspotensial på å følge opp prosedyrer for tannstell og munnhygiene.

Når det gjelder praksis generelt er det til en viss grad avvik mellom det avdelingsledere gir uttrykk for og det deler av personalet mener om kvaliteten på tjenestene.

5.2 Anbefalinger

Avvikssystemet

Kommunen sørge for at det etableres et avvikssystem som er brukervennlig og at ansatte får nødvendig opplæring i systemet.

Kommunen bør arbeide for en enhetlig forståelse av hva som er avvik i avdelingene og utvikle kultur for å melde slike avvik.

Kommunen bør sørge for at avvik som blir meldt håndteres og lukkes på en tilfredsstillende måte.

Kvalitet

Kommunen bør i større grad legge vekt på å følge krav og forventninger om tannstell og munnhygiene hos beboerne i avdelingene.

Tilbud om opplæring og veiledning fra tannhelsetjenesten bør benyttes i større grad.

Kommune bør undersøke nærmere hvorfor deler av personalet i avdelingene er kritiske til kvaliteten på tjenester som kommunen leverer.

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter:

- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og sosialtjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten)
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.
- Forskrift 15. juni 2004 nr. 905 om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.
- Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Offentlige dokument:

- Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Veileder frå Sosial og helsedepartementet 11/2004. ISBN 82- 8081 – 054 - 4
- Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten- Helsedirektoratet 12/2012 IS-1972

Vedlegg

Vedlegg 1: Høringsuttalelse fra administrasjonssjefen/rådmann

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Vedlegg 4: Tabeller

Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse

Larvik kommune

Vår saksbehandler:
Karen Kaasa

Deres ref.:

Vår ref.:
15/61549

Arkiv:
FA-H30

Vår dato:
13.08.2015

Deres dato:
30.07.2015



Larvik
kommune

Telemark kommunerevisjon IKS

Postboks 2020 Håkestadveien 3, Tjøllingvollen
3255 LARVIK



Forvaltningsrevisjonsrapport om døgnbemannet omsorg - høring

Takk for viktig og nyttig rapport.

Larvik kommune ved rådmannen stiller seg hovedsakelig bak funn, konklusjoner og anbefalinger i rapporten.

Rådmannen vil gjøre en anmerkning knyttet til vurdering av om sykehjemmet har et kjent og brukervennlig avvikssystem, s. 12. Det uttales: «Vi mener at kommunens ansatte ikke har god nok kjennskap til avvikssystemet». 41 av 54 uttaler at de i noen grad, stor grad eller svært stor grad kjenner til avvikssystemet, og 37 av de 54 spurte har meldt avvik. Sykehjem og hjemmetjenester har meldt 274 avvik/ forbedringsmeldinger i C2 i perioden 1.1.2015-24.6.2015. Rådmannen mener derfor at en noe moderert uttalelse vil gi et mer riktig bilde av situasjonen, samtidig erkjenner man at det fortsatt er for mange ansatte som ikke har godt nok kjennskap til avvikssystemet.

I løpet av 2015 vil det nye kvalitetssystemet i Larvik kommune bli tatt i bruk med tilhørende modul for hendelsesregistrering (avvik). Funn i rapporten vil være viktige som bidrag for en god implementering både av kvalitetssystemet, og av avvik/hendelses-rapportering som metodikk for kontinuerlig forbedring og læring.

Øvrige anbefalinger vil tas til etterretning i arbeid med kvalitet på tjenestene fremover. Her vil også ny brukerundersøkelse høsten 2015 være retningsgivende.

På bakgrunn av divergensen mellom deler av ansattes svar på spørsmålene stilt i spørreundersøkelsen og avdelingslederens beskrivelse av praksis, er dette grunnlag for nærmere undersøkelser og ikke minst er det grunnlag for generelt holdnings- og kunnskapsarbeid knyttet til hverdagspraksis, tjenesteutøving og kvalitet. Resultater av brukerundersøkelse vil også kunne belyse dette bildet.

Med hilsen

Karen Kaasa
Kommunalsjef helse og omsorg

Kopi til:

Sentraladministrasjonen
Postadresse: Postboks 2020, 3255 Larvik
Fakturaadresse: Postboks 2014, 3255 Larvik

Besøksadresse: Feyersgate 7, Larvik
postmottak@larvik.kommune.no
fakturamottak@larvik.kommune.no

Telefon: 33 17 10 00
Telefaks:
Org.nr.: 948 930 560

Heidi Christensen
Inger Anne Speilberg
Sigrid Kobro Stensrød

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Organisering og bakgrunnstall

Dette kapitlet beskriver vi hvordan kommunens eldreomsorg er organisert, og hvordan prioriteringer og ressursbruk er i forhold til noen sammenliknbare kommuner.

Det er ikke satt opp kriterier for dette kapitlet.

Avvikssystem

Kriteriene til dette kapitlet er hentet fra:

- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og sosialtjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten)

I kommuneloven er beskrevet administrasjonssjefens krav om å «sørge for at administrasjonene drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og den er gjenstand for betryggende kontroll».

I internkontrollforskrift i helsetjenesten er dette nærmer konkretisert. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve kravene i helse og omsorgslovgivningen.

Ledelsen i virksomheten skal gjennom internkontrollsystemet bl.a. beskrive virksomheten, sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter, sikre tilstrekkelig kompetanse blant medarbeiderne, sørge for medvirkning, utvikle prosedyrer og rutiner og foreta risikovurderinger. Internkontrollsystemet skal ha et system for å håndtere avvik.

En vesentlig forutsetning for at avvikssystemet skal fungere er at det er kjent og i bruk.

Vi legger følgende kriterier til grunn:

- *Kommunen skal ha et avvikssystem som er kjent og brukervennlig*
- *Når det skjer avvik skal dette meldes i avvikssystemet*
- *Avviksmeldinger skal følges opp på en tilfredsstillende måte*

Kvalitet i sykehjem

Kriterier til dette kapitlet er hentet fra:

- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.
- Forskrift 12. november 2010 nr 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Kvalitet består av flere egenskaper som kjennetegner de som skal levere omsorgstjenester. Tjenesten skal være virkningsfulle, trygge og involvere brukerne. De skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, være samordnete og preget av kontinuitet slik at den dekker de fysiske og sosiale behov brukerne har⁸.

I verdighetsgarantien legges det vekt på at eldreomsorgen skal legge til rette slik at brukerne opplever en verdig, trygg og meningsfull tilværelse.

I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten er det listet opp en rekke grunnleggende behov som brukere av pleie og omsorgstjenester er forutsatt får dekket⁹:

⁸ Sosial og helsedirektoratet, veileder 15:2001

⁹ FOR-2003-06-27-792 Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenester §3

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

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

Kilde: Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenester

I denne forvaltningsrevisjonen har vi valgt å se nærmere på enkelte av de kriteriene som er listet opp i forskriften.

Vi legger disse kriteriene til grunn:

- *Brukerne skal sikres mulighet for medvirkning*
- *Brukerne skal sikres et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.*
- *Nødvendig tannbehandling og munnhygiene skal være ivaretatt.*
- *Sykehjemmet skal legge til rette for samvær med andre og gi tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Den praktiske gjennomføringen

Forvaltningsrevisjonsprosjektet startet opp ved oppstartbrev til Larvik kommune 20. mars 2015. Datainnsamling har forgått i fra mars til juni og rapportskrivning i juni.

Innsamling og bearbeiding av data

I tråd men prosjektbeskrivelsen vedtatt av kontrollutvalget i Larvik har vi i rapporten gjort avgrensinger slik at vi bare har sett på den døgnbemannede omsorgen som skjer på sykehjem. Larvik kommune har 8 sykehjem. Etter omorganiseringen som trådte i kraft fra 01.01.2015 er det ingen ledere av hvert sykehjem. Hver avdeling, som det kan være flere av på et sykehjem, er en selvstendig enhet der avdelingsleder rapporterer til leder for virksomhetsområdet sykehjem og demensomsorg.

Kommunen foretok fra 01.01.2015 en omorganisering av sykehjemstjenesten. Det førte blant annet til at det ble tilsatt nye ledere på enkelte avdelinger. Dette gjaldt også for avdelinger vi har sett på. Disse lederne har på intervjutidspunktet hatt lederansvar i drøye tre måneder og noen har derfor begrenset kunnskap om historikk og praksis i avdelingen.

Vi valgte ut fem avdelinger fra tre ulike sykehjem. En avdeling fra et lite sykehjem, en avdeling fra et middels sykehjem og tre ulike avdelinger fra et stort sykehjem. Av de fem avdelingene den ene en forsterket demensavdeling, en er «vanlig» demensavdeling og tre er somatiske avdelinger.

Vi har intervjuet fem avdelingsledere for de ulike sykehjemsavdelingene, leder for virksomhetsområdet sykehjem og demensomsorg, kvalitetsrådgiver i kommunalområdet Helse og omsorg, leder av produksjonskjøkkenet og ansvarlig kontaktperson for Larvik kommune i Tannhelsetjenesten i Vestfold.

Alle intervjuene er tatt opp på lydopptaker og det er skrevet ut referat som beskriver de fakta og meningsytringer som framkom under intervjuene. Referatene er sendt intervjuobjektene for verifisering og alle referatene er godkjente.

Avdelingslederne har i stor grad sammenfallende opplysninger og synspunkter. Vi har i noen grad beskrevet nyanser og forskjeller men ikke lagt vekt på å sammenlikne avdelingene i forhold til problemstillingene.

Vi har fått tilgang til dokumenter fra kommunens internkontrollsystem, fra produksjonskjøkkenet og fra Tannhelsetjenesten i Vestfold.

Det er gjennomført en questbackundersøkelse blant pleiepersonalet på de fem avdelingene vi har sett på. Til sammen 131 ansatte i de fem avdelingene fikk tilsendt en elektronisk spørreundersøkelse på sin kommunale e-postadresse. Undersøkelsen var åpen for svar i en måned. For å få flest mulig til å svare ble det purret opp tre ganger underveis. Av de 131 som fikk tilsendt undersøkelsen svarte 54. Det er en svarprosenten på 41 %.

Svarprosenten i de fem avdelingen varierte fra 14 % (2 av 13 personer) til 70 % (14 av 20 personer). Vår vurdering er at disse forskjellene i svarprosenten gjør at det gir liten mening i å sammenlikne avdelingene. Vi mener videre at den svake svarprosenten gjør at resultatene heller ikke er egnet til å se på forskjeller mellom yrkesgrupper.

Brukerundersøkelsene vi viser til er fra 2012. Den sier noe om forholdene på det aktuelle tidspunktet og omfatter hele kommune og ikke bare de avdelingen vi har sett på i rapporten. Vi mener likevel den kan være med å belyse problemstillingene.

Pålitelighet og relevans

Forvaltningsrevisjonsprosjekter skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er pålitelig og relevant.

Pålitelighet handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig, og at en skal kunne få samme resultat dersom undersøkelsen gjøres på nytt. Etter vår vurdering har gjennomføringen foregått på en slik måte at dataene som er samlet inn har en høy grad av påliteligheten.

Relevans eller gyldighet handler om at en undersøker de forholdene som problemstillingene skal avklare. Vi mener at de data vi har samlet inn er relevante i forhold til problemstillingene vi har sett på i prosjektet.

God kommunal revisjonsskikk – kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres og rapporteres i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området, jf. forskrift om revisjon § 7. Denne rapporten er utarbeidet med grunnlag i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon¹⁰.

¹⁰ Gjeldende RSK 001 er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre med virkning fra 1 februar 2011, og er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder som er fastsatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

RSK 001 krever at forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres. Kvalitetssikring skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Telemark kommunerevisjon IKS har utarbeidet et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll – *ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester*. Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

Vedlegg 4: Tabeller

Tabell 7 Andel netto driftsutgifter til institusjon, tjenester til hjemmeboende og tiltak/aktivisering av netto driftsutgifter til pleie og omsorg

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Institusjon	45,7	41,8	46,9	41,3	43,5
Tjenester til hjemmeboende	50,6	51,1	48,5	52,4	50,8
Aktivisering, støttetjenester	3,7	7,1	4,6	6,3	5,7

Kilde: KOSTRA

Tabell 8 Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Prosent	83	95,2	98,4	91,7	97,2

Kilde: KOSTRA

Tabell 9 Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Prosent	25,4	21,7	37,8	22,3	20,6

Kilde: KOSTRA

Tabell 10 Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Prosent	11,5	38,8	19,8	14,9	25,1

Kilde: KOSTRA

Tabell 11 Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Prosent	11,2	3,6	8,7	6,1	6,7

Kilde: KOSTRA

Tabell 12 Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Andel plasser i enerom	100	88,7	94,4	98,4	94,5

Kilde: KOSTRA

Tabell 13 Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Legetimer pr. uke	0,58	0,63	0,32	0,75	0,56

Kilde: KOSTRA

Tabell 14 Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem 2014

Kommune	Larvik	Sandefjord	Porsgrunn	Skien	Komm. gr. 13
Fysioterapitimer pr. uke	0,63	0,74	0,34	0,51	0,38

Kilde: KOSTRA