

Rapport

FREDRIKSTAD KOMMUNE

11.11.2022

Forvaltningsrevisjon **Kvalitet i helsetjenester ved Fredrikstad korttidssenter**

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Prosjektmandat	4
3	Fremgangsmåte	5
	3.1 Problemstillinger og avgrensninger	5
	3.2 Om revisjonskriterier	5
	3.3 Revisjonsmetoder	5
	3.4 Fredrikstad korttidssenter	7
4	Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester	8
	4.1 Revisjonskriterier	8
	4.2 Datagrunnlag	10
	4.2.1 Hovedoppgaver og mål	10
	4.2.2 Internkontroll	16
	4.2.3 Medvirkning	19
	4.3 Vurderinger	21
	4.3.1 Hovedoppgaver og mål	21
	4.3.2 Internkontroll	21
	4.3.3 Medvirkning	23
	4.4 Konklusjon og anbefalinger	24
5	Grunnleggende behov	25
	5.1 Revisjonskriterier	25
	5.2 Datagrunnlag	27
	5.2.1 Personlig stell og hygiene	27
	5.2.2 Medvirkning	31
	5.2.3 Legemiddelhåndtering	32
	5.2.4 Ernæring	32
	5.2.5 Tiltaksplaner	35
	5.3 Vurderinger	36
	5.3.1 Personlig stell og hygiene	36
	5.3.2 Medvirkning	37
	5.3.3 Legemiddelhåndtering	37
	5.3.4 Ernæring	38
	5.3.5 Tiltaksplaner	38
	5.4 Konklusjon og anbefalinger	38
6	Kilder	40
7	Vedlegg	42
	7.1 Utledning av revisjonskriterier	42
	7.2 Kommunedirektørens uttalelse	48

1 SAMMENDRAG

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert hvorvidt beboerne ved Fredrikstad korttidssenter får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, samt om beboerne får dekket sine grunnleggende behov.

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i bestemmelsene gitt i kommunelovens bestemmelser om kommunedirektørens ansvar for internkontrollen. Videre har helse- og omsorgsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene vært viktige kilder for utledning av revisjonskriterier.

Forvaltningsrevisjonen besvarer følgende problemstillinger knyttet til henholdsvis faglig forsvarlighet og tjenestenes innhold:

Problemstilling 1:

Får beboerne ved Fredrikstad korttidssenter faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester?

Problemstilling 2:

Får beboerne ved Fredrikstad korttidssenter ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas?

Revisjonens fremgangsmåte

Målsettingen med forvaltningsrevisjonen har vært å kontrollere om pasienter/beboere ved Fredrikstad korttidssenter får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, samt om de får ivaretatt sine grunnleggende fysiologiske og sosiale behov. Med grunnleggende behov menes det blant annet at den enkelte bruker skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet som blir gitt. Brukeren skal også oppleve selvstendighet og styring av eget liv. Revisjonen har også vurdert om kommunen har satt på plass systemer som sikrer at helse- og omsorgstjenestene er organisert på en klar og tydelig måte hvor ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. I forvaltningsrevisjonen har vi for eksempel vurdert om Fredrikstad korttidssenter har et system som sikrer at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontrollsystem, hvor de ansatte for eksempel skal ha tilgang til aktuelle lover og forskrifter, samt de nødvendige rutiner og prosedyrer som skal sikre at pasienter og brukere får pleie- og omsorg i henhold til lov og forskrift.

For å svare ut problemstillingene har revisjonen gjennomgått sentrale dokumenter på helse- og velferdsområdet. Dette omfatter for eksempel Økonomiplan 2022-2025 og årsbudsjett 2022 – Seksjon for helse og velferd, Kommunedelplan for helse og velferd 2016 – 2027 og Virksomhetsplan 2022 og Årsrapport 2021 – Fredrikstad korttidssenter. Revisjonen har også gjennomgått 12 tiltaksplaner for pasienter ved Fredrikstad korttidssenter. Revisjonen hadde bistand fra en fagutviklingspsykepleier ansatt i Fredrikstad kommune ved gjennomgangen av tiltaksplanene.

Det er gjennomført ti intervjuer, herunder med etatssjef for etat Omsorgssentre, virksomhetsleder og tre avdelingssykepleiere ved Fredrikstad korttidssenter. Revisjonen har også intervjuet plasstillitsvalgte for henholdsvis Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet, samt 3 pasienter/beboere.

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant de ansatte ved Fredrikstad korttidssenter hvor de ansatte ble bedt om å gi sine vurderinger av kvaliteten på ulike sider ved tjenestetilbudet på Fredrikstad korttidssenter. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback.

I forbindelse med befaringer og gjennomføring av intervjuer har revisjonen gjort observasjoner i fellesarealene og på tre pasientrom ved Fredrikstad korttidssenter. Observasjonene av pasientrom ble avgrenset til de tre rommene hvor det ble gjennomført intervjuer. Denne avgrensingen ble gjort fordi pasientrommene anses å være pasientenes personlige bolig den tiden de er ved korttidssenteret og at man derfor trenger informert samtykke fra den enkelte pasient for å gå inn på pasientenes rom.

Revisjonens funn og konklusjoner

Basert på kontroller revisjonen har gjort av vedtatte målsettinger for Fredrikstad korttidssenter, virksomhetens organisering, internkontroll og brukernes og ansattes medvirkning, er revisjonen av den oppfatning at beboerne ved Fredrikstad korttidssenter får faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester. Vår vurdering er at Fredrikstad kommune har sørget for at helse- og omsorgstjenestene ved Fredrikstad korttidssenter har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. Vi vurderer at virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder også mål for forbedringsarbeidet er beskrevet på en hensiktsmessig måte. Revisjonen er også av den oppfatning at det ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak er satt på plass en internkontroll som er i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Revisjonen vurderer også at Fredrikstad korttidssenter har iverksatt tiltak for at de ansattes samlede kunnskaper og erfaringer blir nyttiggjort. På samme måte vurderer revisjonen at tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende blir hensyntatt ved virksomheten. Revisjonen anser dette som grunnpilaren i arbeidet med å sikre god brukermedvirkning. Fredrikstad korttidssenter gjennomfører samtaler med både pasienter og pårørende ved innleggelse. I disse samtalene skal informasjon om tjenestetilbud, brukerrettigheter og klageadgang gis til pasienter og pårørende. Det er også gjennomført brukerundersøkelser ved virksomheten. Det fremstår imidlertid for revisjonen som at disse brukerundersøkelser ikke gjennomføres som faste, regelmessige tiltak. Vi mener at regelmessige brukerundersøkelser, for eksempel annethvert år, vil kunne gi viktig innspill til det lokale forbedringsarbeidet.

Revisjonens kontroll har vist at etat omsorgssentre og derav Fredrikstad korttidssenter har systemer for å ivareta beboernes personlige hygiene, munnhygiene og naturlige funksjoner (toalettbehov). Revisjonen legger i sine vurderinger særlig vekt på at eventuelle bistandsbehov vurderes og kartlegges i innkomstsamtaler med den enkelte pasient. Basert på de intervjuer revisjonen har gjennomført er det også revisjonens oppfatning at det legges opp til at pasientene skal kunne følge det som kalles en normal døgnrytme. Basert på de data revisjonen har innhentet er revisjonen av den oppfatning at pasientene ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak får sikret sine behov for varierte og tilpassede aktiviteter i tråd med det som kan forventes, avhengig om pasienten er innlagt for korttids- eller langtidsopphold. På samme måte anser revisjonen at pasientene ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak får dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet.

Revisjonen er opplyst om at personer med alvorlig demens i Fredrikstad kommune i all hovedsak får tilbud om plass i skjermet enhet, eller forsterket skjermet enhet. Likevel ser etat omsorgssentre at man av kapasitetshensyn kan være nødt til å benytte seg av en korttidsplass i påvente av at det blir ledig plass ved en skjermet enhet. I og med at det ikke finnes et særskilt tilbud for denne pasientgruppen ved Fredrikstad korttidssenter kan dette fra tid til annen skape utfordringer for driften. Vi vurderer det som uheldig at manglende kapasitet i kommunen som sådan har ført til at demente pasienter har blitt plassert i en institusjon som ikke er tilrettelagt for dette.

Revisjonen vurderer at etat omsorgssentre har prosedyrer og rutiner som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

Revisjonen vurderer det som alvorlig at 5 av 12 kontrollert tiltaksplaner ved Fredrikstad korttidssenter ble vurdert som ikke-funksjonelle av den fagekspertisen revisjonen trakk veksler på. Dette begrunnes for eksempel i at planen ikke inneholdt tiltak i det hele tatt, eller at planen ikke var oppdatert.

Revisjonen anser at det finnes rom for forbedringer på enkelte områder. Vi peker i denne sammenheng på at det ikke finnes dokumentasjon på at de ansatte har kompetanse i bruk av internkontrollsystemet RiskManager. Revisjonens undersøkelse viser også at den vesentligste delen av korttidssenterets systematiske overvåkning og gjennomgang av internkontrollen skjer i forbindelse med håndtering av avvik. Vi er av den oppfatning at forskriftskravet setter forventninger til en mer omfattende og regelmessig gjennomgang av internkontrollen, basert på et bredere spekter av styringsinformasjon enn kun registrerte avvik. Revisjonen legger videre vekt på at ledelsen ved korttidssenteret selv har gitt uttrykk for at det er sider ved virksomhetens driften hvor det er behov for ROS-analyser. Ledelsen har særlig pekt på risiko knyttet til mangel på personal, risiko ved mangel på rett kompetanse og risiko i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter. Revisjonen anbefaler også at regelmessige brukerundersøkelser gjennomføres som en del av det lokale forbedringsarbeidet.

Revisjonen er av den oppfatning at beboerne ved Fredrikstad korttidssenter på de fleste områder får ivare tatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas. Revisjonen er videre av den oppfatning at Fredrikstad kommune, med de plandokumenter og prosedyrer som er utarbeidet, har lagt et hensiktsmessig rammeverk for å sikre en god ernæringsmessig oppfølging av den enkelte pasient. Samtidig har kommunen også her rom for forbedringer på enkelte områder. I denne sammenheng viser revisjonens kontroll at kommunen ikke har kartlagt ernæringsmessig status i tråd med egne og nasjonale målsettinger. Denne forvaltningsrevisjonen har også vist at nesten halvparten av de kontrollerte tiltaksplanene ble karakterisert som ikke-funksjonelle. Manglende vurdering av ernæringsmessig status er en sentral komponent i dette bildet.

Revisjonens anbefalinger

Basert på våre vurderinger og de konklusjoner som er trukket anbefaler vi at kommunen bør sørge for at:

- a) Fredrikstad korttidssenter iverksetter tiltak som sikrer kontroll med at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og nødvendige ferdigheter om internkontrollsystemet.
- b) Fredrikstad korttidssenter iverksetter og dokumenterer tiltak for en systematisk gjennomgang av internkontrollen som går utover en systematisk håndtering av avvik.
- c) Fredrikstad korttidssenter gjennomfører en kartlegging av behovet for ROS-analyser ved Fredrikstad korttidssenter, samt at det utarbeides ROS-analyser knyttet til risiko knyttet til mangel på personal, risiko ved mangel på rett kompetanse og risiko i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter.
- d) Det settes på plass et system som sikrer at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser.
- e) Etat omsorgssentre og Fredrikstad korttidssenter bringer dagens praksis med hensyn til kartlegging av ernæringsmessig status og eventuelle tiltak overfor den enkelte pasient, i tråd med nasjonale og kommunale målsettinger.
- f) Det så raskt som mulig iverksettes et arbeid for å utarbeide og oppdatere pasientenes tiltaksplaner ved Fredrikstad korttidssenter.
- g) Fredrikstad kommune/etat omsorgssentre sikrer et tilpasset tilbud til korttidspasienter med alvorlig demens.

2 PROSJEKTMANDAT

Revisjonen skal i henhold til kommuneloven § 24-2 (1) utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk. God kommunal revisjonsskikk er å følge RSK 001; Standard for forvaltningsrevisjon, utarbeidet av Norges kommunerevisorforbund (NKRF). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom hva som er innsamlet data og hva som er revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger¹, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i bystyret i Fredrikstad kommune i sak 166/21, den 09.12.2021.

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 16.02.2022.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet februar – oktober 2022. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen.

Vi har kvalitetssikret innsamlet data/fakta underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 21.10.22 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse fremgår av vedlegg.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Frank Willy Vindløv Larsen. Casper Støten er oppdragsansvarlig revisor. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre forvaltningsrevisjonen.

Revisor vil takke kontaktperson og andre som har deltatt for et godt samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 11. november 2022

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Frank Willy Vindløv Larsen (sign.)
utførende forvaltningsrevisor

¹ Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1:

Får beboerne ved Fredrikstad korttidssenter faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester?

Problemstilling 2:

Får beboerne ved Fredrikstad korttidssenter ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas?

3.2 Om revisjonskriterier

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15 skal revisor fastsette revisjonskriterier for den enkelte forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er den objektive målestokk som setter revisor i stand til å gjøre vurderinger på de fleste områder uten å ha formell fagspesifikk kompetanse. Revisjonskriteriene og revisors kunnskap og erfaring innen forvaltningsrevisjonsmetodikk, gjør at revisor kan gjøre objektive og holdbare vurderinger.

Revisjonskriteriene etablerer den norm som de innsamlede dataene skal vurderes opp mot. I tillegg til dette skal revisjonskriteriene også gjøre det tydelig for den reviderte enhet hva de måles opp mot. Revisjonskriteriene klargjør også overfor folkevalgte, media og andre lesere av forvaltningsrevisjonen, hva revisors vurderinger bygger på. Dette vil gjøre det enklere å etterprøve revisors vurderinger. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet.

Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området, eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

3.3 Revisjonsmetoder

I henhold til god revisjonsskikk skal praksis eller tilstand innen det reviderte området beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet data fra ulike kilder, og brukt ulike metoder for innsamling av data, for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet.

Utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag beskrives nedenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

I denne forvaltningsrevisjonen er informasjonen hentet inn gjennom bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse
- Intervjuer
- Spørreundersøkelse
- Mappgjennomgang
- Observasjon

Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet har overordnede dokumenter som Årsrapport 2020 og 2021, Økonomiplan 2022 - 2025 og Årsbudsjett 2022 - seksjon for helse og velferd vært sentrale for revisjonens undersøkelse. På virksomhetsnivå har virksomhetsplanene for 2021 og 2022, årsrapporter for samme år og bemanningsplanen for 2021 vært viktig. Også avviksoversikter og risiko og sårbarhetsanalysen for 2021 har vært viktige dokumenter for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 6.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført ti intervjuer:

- Etatssjef for etat Omsorgssentre Birgitte Skauen Kopperud
- Virksomhetsleder Per Åge Pettersen
- Tre avdelingssykepleiere, hvorav en av disse er nylig konstituert og under opplæring
- Plasstillitsvalgte for Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet
- 3 pasienter/brukere

Det var planlagt intervjuer med 4 pasienter/brukere. Ett av intervjuobjektene ønsket ikke å gjennomføre intervjuet. Det var også planlagt intervju med hovedverneombud. Dette intervjuet ble avlyst på grunn av sykdom. Alle gjennomførte intervjuer er verifisert. Det betyr at den som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser.

Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant de ansatte ved Fredrikstad korttidssenter. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback.

Undersøkelsen besto av 37 spørsmål hvor de ansatte ble bedt om å gi sine vurderinger av kvaliteten på ulike sider ved tjenestetilbudet på Fredrikstad korttidssenter. Ved flere av spørsmålene kunne de ansatte gi utdypende kommentarer. Flere av de ansatte har gjort dette og på den måten gitt viktig informasjon til rapporten.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 149 ansatte. Vi fikk 81 svar, noe som gir en svarprosent på 54. Dette vurderes av revisjonen å være akseptabelt. Spørreundersøkelsen gir indikasjoner eller tendenser knyttet til respondentenes oppfattelse av spørsmålene, og kan ikke alene svare på om kommunens praksis er i tråd med kriteriene. Sammen med andre analysemetoder gir den et perspektiv på problemstillingene, der man får dekket et større antall ansatte i kommunen. Spørreundersøkelsen følger revisjonskriteriene tematisk og gir en forståelse av hvordan ansatte oppfatter tjenesten som gis til brukerne ved Fredrikstad korttidssenter. På bakgrunn av dette vurderer vi at funnene er valide.

Mappegjennomgang

Det er gjennomgått 12 tiltaksplaner for pasienter ved Fredrikstad korttidssenter. Dette er tiltaksplaner som ligger lagret i kommunens journalsystem Geric. Det ble plukket ut fire tiltaksplaner for hver av de tre avdelingene man har ved korttidssenteret. Det ble gjort tilfeldige utplukk basert på en liste utarbeidet

av administrasjonen ved korttidssenteret. Det tilfeldige utplukket ble gjort ved hjelp av en slumptallsgenerator². Revisjonen hadde bistand fra en fagutviklingssykepleier ansatt i Fredrikstad kommune ved gjennomgangen av tiltaksplanene.

Observasjon

Revisjonen har i forbindelse med befaringer og gjennomføring av intervjuer gjort observasjoner i fellesarealene og på tre pasientrom ved Fredrikstad korttidssenter. Observasjonene av pasientrom ble avgrenset til de tre rommene hvor det ble gjennomført intervjuer. Denne avgrensingen ble gjort fordi pasientrommene anses å være pasientenes personlige bolig den tiden de er ved korttidssenteret. Revisjonen har vurdert det dithen at man trenger informert samtykke for å gå inn på pasientenes rom.

3.4 Fredrikstad korttidssenter

Fredrikstad korttidssenter³ er en virksomhet som organisatorisk er plassert i seksjon helse og velferd, i det som kalles «Etat omsorgssentre». Virksomheten har 85 korttidsplasser for personer med somatiske lidelser fordelt på tre avdelinger, samt 5 plasser for lindrende behandling.

Pasientens mål med oppholdet ved Fredrikstad korttidssenter kan for eksempel være å få kartlagt sitt funksjonsnivå gjennom tett medisinsk behandling og observasjon for en avgrenset periode. Har pasienten vært innlagt på sykehus kan Fredrikstad korttidssenter videreføre behandling som er igangsatt på sykehuset. Ofte vil målsettingen for den enkelte pasient være å gjøre pasienten i stand til å komme hjem til egen bolig etter sykdom og skade. Fredrikstad korttidssenter vil i denne sammenheng vurdere pasientens behov for helsetjenester i hjemmet. Dette er vurderinger som gjøres i samarbeid med Tildelingskontoret og hjemmesykepleien i Fredrikstad kommune.

Korttidssenteret ledes av en virksomhetsleder. Korttidssenteret har tre avdelinger som ledes av hver sin avdelingssykepleier. Disse avdelingssykepleierne danner sammen med virksomhetslederen ledergruppen ved Fredrikstad korttidssenter. Virksomheten er døgnbemannet med sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er tilknyttet flere sykehjemsleger til virksomheten. Dersom pasienten er innlagt på langtidsopphold så kan pasienten få visitt av lege en gang pr. uke dersom behov. Dersom pasienten er innlagt for lindrende behandling vil legen komme på visitt tre ganger pr. uke. Ved avlastningsopphold avtales det legevisitt etter behov. På korttidsavdelingene er det lege tilgjengelig hver dag.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er tilgjengelig ved henvisning. Korttidssenteret samarbeider tett med sykehus, fastleger, hjemmesykepleie og andre kommunale helsetjenester. Korttidssenteret har egen laboratorietjeneste. Tjenestetilbudet ved Fredrikstad korttidssenter har fire hovedkomponenter. For det første gis det tilbud om korttidsopphold til pasienter som trenger oppfølging av behandling fra sykehus eller hjemmet. For det andre så gis det tilbud til pasienter som har vedtak om langtids plass på sykehjem, men som ennå ikke har fått plass ved et av kommunens ordinære sykehjem. Den tredje pasientgruppen er pasienter som har behov for lindrende behandling. Den fjerde pasientgruppen det gis tilbud til er brukere som trenger avlastningsopphold begrunnet i pårørendes krevende omsorgsoppgaver.

² Dette er et dataprogram som trekker tilfeldige tall av en forhåndsbestemt mengde

³ <https://www.fredrikstad.kommune.no/tjenester/helseomsorgogvelferd/sykehjem/kart-sykehjem/omsorgssentre/fredrikstad-korttidssenter>, 18.05.2022

4 FAGLIG FORSVARLIGE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Problemstilling 1:

Får beboerne ved Fredrikstad korttidssenter faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester?

4.1 Revisjonskriterier

Kommunedirektøren er i henhold til kommunelovens § 25-1 ansvarlig for internkontrollen i kommunen. Det kreves at internkontrollen skal være systematisk. Det kreves også at kommunens internkontrollsystemer er tilpasset kommunens størrelse, egenart, aktiviteter og risiko. Kommunens internkontroll skal etter denne bestemmelsen inneholde en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. Internkontrollen skal i tillegg til dette inneholde de nødvendige rutiner og prosedyrer. Det er også et krav at kommunen skal avdekke og følge opp avvik, og risiko for avvik. Kommunens internkontroll skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig. Det påligger også kommunen å evaluere og eventuelt forbedre skriftlige prosedyrer og andre sider ved internkontrollen.

Kommunen må sørge for nødvendige helse og omsorgstjenester til innbyggerne, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det fremkommer videre av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6, at kommunen er ansvarlig for å tilby helsetjenester i hjemmet.

Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 stiller krav om at helse- og omsorgstjenester som kommunen yter skal være forsvarlige. Det samme kravet til forsvarlighet finner man også i annen helselovgivning, se for eksempel helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Revisjonen vil kontrollere om Fredrikstad korttidssenter gir forsvarlige helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i bestemmelsene gitt i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene». Formålet med forskriften er å «...bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester...», jf. § 1. I veilederen til forskriften sies det at forsvarlighet innebærer at «standard på tjenestene skal ligge på et visst nivå»³. Veilederen peker også på at kravet til forsvarlighet omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. En kontroll etter denne forskriften innebærer å kontrollere hvorvidt virksomheten har satt på plass et styringssystem, en internkontroll, som ivaretar kommunens plikter til å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere sin tjenesteproduksjon ved Fredrikstad korttidssenter. Kontrollen avgrenses til å kontrollere om virksomheten har etablert et styringssystem i tråd med forskriftskravet og om minimumskravene til styringssystemet, som fremkommer i §§ 6-9, er hensyntatt.

Kommunen bør:

Hovedoppgaver og mål

- sørge for at helse- og omsorgstjenestene har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. Hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet bør være beskrevet.

Internkontroll

- sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontroll.

- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- sørge for at de ansatte i helse- og omsorgstjenestene har tilgang til og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter.
- sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten.
- skaffe seg oversikt over områder i helse- og omsorgstjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv., for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenesten.

Medvirkning

- sørge for at de ansatte får medvirke i helse- og omsorgstjenesten slik at samlet kunnskap og erfaring blir nyttiggjort.
- gjøre bruk av erfaringer fra brukere i sitt forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.
- sørge for at det foreligger rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Hovedoppgaver og mål

Økonomiplan 2022-2025 og årsbudsjett 2022 – Seksjon for helse og velferd

Økonomiplan 2022 – 2025 og årsbudsjett 2022 for seksjon helse og velferd ble vedtatt i helse og velferdsutvalget 15.12.2021.

Innledningsvis i dokumentet henvises det til bystyrets vedtak. Bystyret fastslår at målet med helse- og velferdstjenestene er «*at alle skal få den hjelpen de trenger, når de trenger den*». Bystyret peker likevel på at fremtidens omsorgstjenester ikke kun kan forstås som en oppskalering av det tilbudet vi har i dag. Fredrikstad kommunes økonomi ville ikke kunne forsvare en slik samfunnsutvikling. Bystyret gir uttrykk for at forebygging vil være viktig for folkehelsen fremover⁴.

Når det gjelder Fredrikstad korttidssenter så sier bystyrevedtaket at bystyret støtter flyttingen av korttidssenterets virksomhet til Onsøyheimen i 2023. Bystyret presiserer «*...at denne flyttingen er et ledd i å utbedre og oppruste helsehustilbudet i og ved Fredrikstad korttidssenter til det minisykehuset det skal være i fremtida. Vi må ha moderne helsehus som kan ta imot pasienter som er ferdigbehandlet på sykehuset – dette som et ledd i å ha nok korttidsplasser, samtidig som man ruster opp hjemmetjenesten, ambulante tjenester, dagsenter og andre tjenester lengre ned i omsorgstrappa*»⁵.

Nye Onsøyheimen sykehjem (heretter kalt Helseparken – Onsøyheimen) skal være innflyttingsklart tidlig i 2023. I økonomiplan 2021–2024 styrket bystyret seksjon helse og velferd med 21,7 millioner kroner i 2023 og ytterligere 10 millioner kroner i 2024. Dette var midler som skulle gå til en opptrapping av antall sykehjemsplasser. Midlene skulle finansiere 30 nye sykehjemsplasser (netto tilvekst) og 12 dagsenterplasser. I bystyrets budsjettvedtak for 2022 foreslås det at det ved Helseparken Onsøyheimen etableres 30 nye plasser, i tillegg til 12 nye dagsenterplasser for hjemmeboende personer med demens. 90 plasser fra Fredrikstad korttidssenter flyttes til Helseparken Onsøyheimen. Det innebærer at det etableres 30 nye plasser. Bystyrets vedtak sier også at framtidig løsning for bygget som i dag huser Fredrikstad korttidssenter skal utredes og fremmes som egen politisk sak. Dette bygget beskrives å ha tekniske svakheter. En konsekvens av dette er at bygget ikke egner seg for sykehjemsdrift etter dagens standarder. Det pekes særlig på at bygget er lite egnet for drift av korttidsplasser på grunn av dobbeltsengsrommene, samt det faktum at de fleste rommene deler bad og toalett⁶.

Budsjettprosessen i Fredrikstad kommune fra virksomheter til seksjonsnivå

Revisjonen har fått opplyst at virksomhetene starter budsjettprosessen i juni med å forbereder lønnsbudsjett for kommende års budsjett. Parallelt med dette arbeides det med å beskrive de driftsmessige utfordringer som hver enkelt etat står over.

I august mottar de ulike etatene under seksjon helse og velferd skisse til en rammefordeling. Etat Omsorgssentre fordeler rammen til virksomhetene utfra en mal for budsjettering, som bygger på at planlagte aktiviteter skal finansieres. Budsjetteringsmalen baserer seg på nøkkeltall for ulike variabler som er definert. Dette kan for eksempel være nøkkeltall knyttet til kostnader for støttefunksjoner. Midt i samme måned leverer etatene et budsjett til seksjonen med en beskrivelse av de driftsmessige utfordringer man

⁴ Økonomiplan 2022-2025 og årsbudsjett 2022 – Seksjon for helse og velferd, s. 4

⁵ Ibid. s. 4

⁶ Økonomiplan 2022–2025 Årsbudsjett 2022, Vedtatt av bystyret 9. desember 2021, s.78

mener å ha identifisert. Etatene har også utarbeidet et forslag til håndtering av økonomiske avvik. Virksomhetsledere og etatssjef i etat Omsorgssentre har da jobbet sammen om forslag til tiltak.

I tiden frem til oktober utarbeider seksjonene prioriteringer og tiltak for å håndtere utfordringsbildet. Direktør for helse og velferd presenterer seksjonenes budsjettforslag med tiltak overfor kommunedirektøren. I andre halvdel av oktober legger kommunedirektøren fram forslag til helhetlig økonomiplan og årsbudsjett for Fredrikstad kommune til politisk behandling.

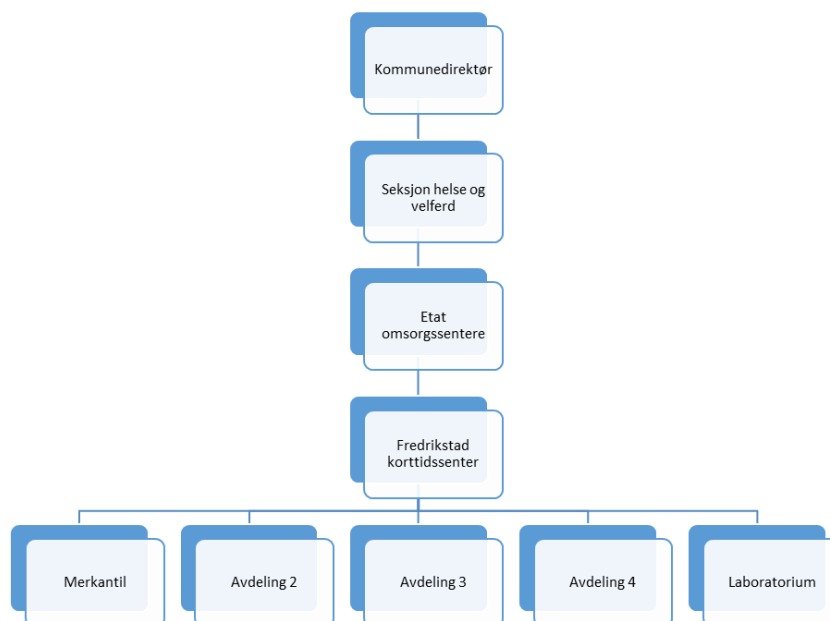
Økonomiplan og årsbudsjett vedtas med utgangspunkt i innstilling fra formannskapet. Formannskapets innstilling legges ut til alminnelig ettersyn i minst 14 dager før behandlingen i bystyret. Det er bystyret som endelig vedtar økonomiplan for kommende fireårsperiode, i tillegg til årsbudsjett for det første året i planperioden. Dette gjøres innen midten av desember måned hvert år. Årsbudsjett som vedtas inneholder rammene for frie inntekter, finansposter og netto driftsrammer til seksjonene, herunder seksjon Helse og velferd. Etter bystyrets behandling av årsbudsjett og økonomiplan, det vil si medio desember, fordeler hovedutvalgene for de enkelte seksjonene netto driftsrammer på etater og/eller virksomheter. I tillegg har hvert hovedutvalg myndighet til å godkjenne investeringer på mellom 0,5 og 1 millioner kroner for egen seksjon, innenfor det vedtatt driftsbudsjett.

Kommunedelplan for helse og velferd 2016 – 2027

Kommunedelplan for helse og velferd 2016 – 2027 ble vedtatt av bystyret i sak 24/17, 09.02.2017.

Organisering

Fredrikstad korttidssenter er organisatorisk plassert i seksjon helse og velferd, i det som er kalt etat omsorgssentre. Fredrikstad korttidssenter er ledet av en virksomhetsleder. Korttidssenteret har tre avdelinger. Hver avdeling ledes av en avdelingssykepleier. Fredrikstad korttidssenter har også eget laboratorium, samt merkantile tjenester. I organisasjonskartet er laboratorie- og merkantile tjenester plassert som stabsfunksjoner i forhold til virksomhetsleder.



Figur 1 Organisasjonskart Fredrikstad korttidssenter

Delegering

Virksomhetslederen ved Fredrikstad korttidssenter rapporterer til etatsjef for omsorgssentre i Fredrikstad kommune (jf. organisasjonskart). Revisjonen er av etatsjef omsorgssentre opplyst om at virksomhetsleder, innenfor sine oppgaver og innen rammen av bestemmelsene i lover, forskrifter, avtaler, sentrale og lokale retningslinjer er delegert myndighet i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-1 og § 3-2.

I henhold til helse- og omsorgslovens § 3-1 er virksomhetsleder delegert myndighet til å sørge for at pasienter og brukere av Fredrikstad korttidssenter tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer ett ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Når virksomhetsleder er delegert ansvar for kommunens oppfølging av helse- og omsorgslovens § 3-2 så innebærer dette at virksomhetsleder har ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering av pasienter og brukere ved Fredrikstad korttidssenter. Virksomhetsleder er også delegert myndighet til å fatte vedtak i henhold til pasient- og brukerrettighetslovens § 4A-5. Denne lovparagrafen hjemler vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg. For at denne lovparagrafen skal komme til anvendelse må pasienten/brukeren mangle samtykke kompetanse.

Det er et grunnleggende prinsipp for all helsehjelp at all bistand og hjelp til pasienten forutsetter pasientens samtykke. Det å gi sitt samtykke vil vanligvis forstås som å godta eller å akseptere noe. Hovedreglene om samtykke til helsehjelp er annerledes enn et slikt hverdagslig samtykke. Samtykkekompetanse i forbindelse med mottak av helse- og omsorgstjenesten skal forstås dithen at en pasient/bruker kan si ja eller nei til et tilbud om helsehjelp. Et premiss for å kunne si ja eller nei til helsehjelp er at man har tilegnet seg nødvendig informasjon om den situasjon eller tilstand man står overfor som pasient. Dette kalles *et informert samtykke*, og forutsetter at pasienten er *samtykkekompetent*. Det kan for eksempel være aktuelt å vurdere om en pasient er samtykkekompetent ved demenssykdom⁷.

Virksomhetsplan 2022 og årsrapport 2021 – Fredrikstad korttidssenter

I Fredrikstad korttidssenters virksomhetsplan for 2022 beskrives fremtidige perspektiv og prioriteringer for virksomheten. Det vises til at kommunens korttidsplasser i all hovedsak benyttes av brukere som skal tilbake til egne boliger eller som er til vurdering for et annet omsorgstilbud, for eksempel langtids-plasser på sykehjem. Fredrikstad kommune har som målsetting at alle skal bo hjemme lengst mulig.

Fredrikstad korttidssenter har nødvendig kompetanse, og tilbyr tjenester innenfor demens, klinisk sykepleie og palliasjon. Dette gis som heldøgnsomsorgstjenester i institusjon for pasienter som er innlagt i korttidsopphold, avlastningsopphold og rullerende opphold.

34 % av de ansatte ved Fredrikstad korttidssenter er ansatt i 100% stilling. Gjennomsnittlig stillingsprosent er 76%. Fredrikstad korttidssenter opplyser at de jobber tett sammen med aktuelle tjenesteytere til beste for sine beboere / pasienter og ansatte. Det er beboerens/pasientens behov som styrer tjenesten. Ved korttidssenteret arbeider det sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og servicearbeidere i tett samarbeid med leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det er fokus på måltider og hyggelige sosiale samlinger. Kultur- og aktivitetstiltak er også godt etablert i samarbeid med lokalmiljøet og frivillige.

Fredrikstad korttidssenter tilbyr heldøgnsomsorgstjenester i institusjon for pasienter som er innlagt på korttidsopphold, avlastningsopphold, rullerende opphold, eller for lindrende behandling. De fleste av

⁷ <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/samtykkekompetanse/>, 02.03.22

korttidssenterets pasienter kommer fra sykehus og har behov for spesialiserte tjenester. Korttidssenteret samhandler i stor grad med hjemmesykepleie, sykehus, pårørende, tildelingskontor og andre naturlige samarbeidspartnere.

Til Fredrikstad korttidssenters virksomhetsplan for 2022 er det lagt ved flere vedlegg. Revisjonen legger særlig merke til følgende vedlegg:

1. Organisasjonskart

(Er beskrevet tidligere, se s. 9)

2. Stillings- og funksjonsbeskrivelser

Under denne overskriften i virksomhetsplanen ligger det en lenke til kommunens internkontrollsystem. I kvalitetssystemet Compilo ligger det en rekke funksjons- og tjenestebeskrivelser som i tittelen begynner med *Hjemmesykepleien og omsorgssentra*. Disse gjelder også for virksomheten ved Fredrikstad korttidssenter.

3. Lover som regulerer tjenesten

Under denne overskriften i kapitelet om vedlegg vises det til delegeringsreglement for Fredrikstad kommune. Hvordan delegering av myndighet ved Fredrikstad korttidssenter er organisert er kommentert tidligere. I tillegg til å vise til delegeringsreglementet henvises det også til rutiner og prosedyrer lagret under Helse og velferd i kommunens internkontrollsystem RiskManager. Dette kommenteres nærmere under kapittel 4.2.2 Internkontrollsystem.

4. Kompetanseplan

Kompetanseplanen viser de satsingsområder for opplæring og kompetanseheving som Fredrikstad korttidssenter har definert for driften inneværende år. Kompetanseplanen inneholder blant annet følgende satsingsområder:

Kompetanse/læringsbehov	Målgruppe	Ønsket resultat	Anbefalte tiltak	Ansvarlig for iverksetting, gjennomføring og evaluering	Tidsplan	Eventuelle behov fra sentrale midler/kostnader
Medisin-håndtering nivå 2	Helsefagarbeidere	Lovkrav	e-kurs	Virksomhetsleder	2022	20 ansatte
Medisin-håndtering nivå 1	Sykepleiere	Lovkrav	e-kurs			20 ansatte
Brannopplæring	Alle ansatte	Brannforskrift	Intern opplæring			30 ansatte

I tillegg til de satsingsområdene som er nevnt ovenfor skal det gjennomføres kompetansehevede tiltak vedrørende bruk av tiltaksplaner, opplæring av nyansatte m.m. I alt er det identifisert 18 områder hvor det er et kompetanse- og opplæringsbehov. Tiltakene er rettet mot helsefagarbeidere, sykepleiere, tillitsvalgte, merkantilt personale og virksomhetens ledere.

5. Bemanningsplan

Fredrikstad korttidssenters bemanningsplan viser at virksomheten har planlagt følgende bemanning for driftsåret 2022:

Fredrikstad korttidssenter	2022
Virksomhetsleder	1,00
Avdelingssykepleier	3,00
Førstesekretær	2,70
Fagutviklingssykepleier	3,00
Samhandlingssykepleier	3,00
Sykepleier	29,00
Vaktsykepleier (natt)	1,80
Vernepleier	4,00
Spesialsykepleier	2,67
Assistent	4,16
Helsefagarbeider	44,46
Lærling	1,80
Sum Fredrikstad korttidssenter	100,59

Planlagt bemanningen for 2022 er uendret fra driftsåret 2021.

6. HMS - kalender

Ansvar for helse, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS) i virksomheten er i all hovedsak lagt til virksomhetsleder og hans ledergruppe i samarbeid med verneombud. I HMS-kalenderen, som fremstår som en plan for HMS-arbeidet fremkommer det for eksempel at det skal arbeides med IA-handlingsplan (dvs. plan for et inkluderende arbeidsliv), plan for samarbeid med bedriftshelsetjeneste, vernerunder, medarbeidersamtaler og beredskap/brannvern. Det tas også høyde for at det skal gjennomføres en medarbeiderundersøkelse og oppfølging av denne.

Forbedringsarbeid

Revisjonen er forelagt «Plan for forbedringsarbeid Fredrikstad korttidssenter». Plandokumentet er ikke datert, men det fremkommer at planen er «... utarbeidet på bakgrunn av tilbakemeldinger i media, klagesaker fra politikerne og gjennomgang av korttidssenteret fra internrevisor». Det vises til gjennomgang foretatt av internrevisor. Internrevisors rapport «Rapport fra gjennomført faktaundersøkelse av Fredrikstad korttidssenter» er datert 16.11.2021. Denne rapporten ble behandlet av helse- og velferdsutvalgets 15.12.2021. Revisjonen går derfor ut i fra at «Plan for forbedringsarbeid Fredrikstad korttidssenter» er utarbeidet i etterkant av helse- og velferdsutvalgets møte 15.12.2021. Utvalget gjorde følgende vedtak:

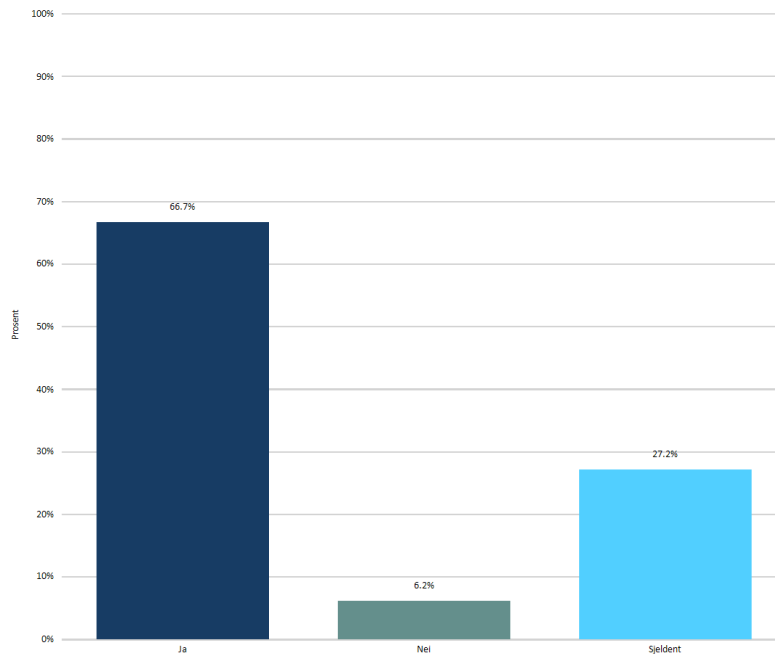
1. Saken og vedlagte rapport fra gjennomført fakta undersøkelse av Fredrikstad korttidssenter tas til orientering.
2. Utvalget ber om at administrasjonen følger opp forbedringsframleggene fra rapporten, blant annet om risikoanalyse samt servicemedarbeidere for å frigjøre tid for helsepersonell til å drive med mer pasientdirekte arbeidsoppgaver.

I planen fremkommer følgende hovedmål:

- Pasientsikkerhet - enhver pasient og deres pårørende skal føle seg ivaretatt
- Fornøyde pasienter og pårørende
- Følge lover og regler
- System og struktur – hvem gjør hva – fra innleggelse til utskrivelse
- Samarbeid – innad og med naturlige samarbeidspartnere

- Ansatte som er stolte av arbeidsplassen sin. «vi kan – vi vil og vi får til»
- Godt arbeidsmiljø

Disse hovedmålene er supplert med delmål. Et av delmålene i forbedringsarbeidet er at alle pasienter skal ha tiltaksplaner. Det er avdelingssykepleierne som har ansvar for at dette målet nås. I tilknytning til dette delmålet er det også formulert en målsetning om at alle ansatte skal være gode på å skrive og



Figur 2 Leser du pasientenes tiltaksplan de dagene du er på jobb? N=81

bruke tiltaksplaner. Ansvaret for opplæring er lagt til fagutviklingssykepleier, og det er romansvarlige som utarbeider tiltaksplanene ved Fredrikstad korttidssenter. Det er nedfelt en målsetning om at alle ansatte skal være trygge i forhold til å opprette tiltaksplaner og å rapportere på tiltak innen utgangen av februar 2022.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen spurt om de leste tiltaksplanene de dagene de var på jobb (figur 2). 27 % av de spurte svarte at dette gjorde de sjeldent. Ulike begrunnelser ble gitt for dette. Mange av disse respondentene oppga at tidspress i arbeidet var årsaken til at de ikke leste tiltaksplanene hver

gang de var på jobb. Andre oppga som begrunnelse at mange av tiltaksplanene ikke var oppdaterte og mangelfulle. At enkelte har svart at de ikke leser tiltaksplaner kan ha sin begrunnelse i at de ikke har direkte pasientrelatert arbeid. Et annet av spørsmålene i spørreundersøkelsen forsøkte å belyse om de ansatte ved Fredrikstad korttidssenter hadde kompetanse til å opprette tiltak i tiltaksplanen. 3 av 4 respondenter svarte at dette hadde de kompetanse til å gjøre. Revisjonen spurte også om respondentene anså at de hadde behov av opplæring i å opprette tiltak i tiltaksplanen. Til dette svarte 38 % av de spurte at det hadde de behov for.

I tillegg til delmålene som omhandler tiltaksplaner er det også nedfelt delmålsetninger om at alle innleggelsesprosedyrer skal samles i en innleggelsesmappe og at pasienttavlene⁸ skal brukes aktivt i behandlingen. Dette innebærer at pasienttavlene skal oppdateres fortløpende, samt at personalet skal ha tavlemøter. Det er også nedfelt en målsetning om å klargjøre personalets oppgaver og roller i avdelingen. I dette ligger det at den enkeltes arbeidsoppgaver skal defineres ut i fra den enkelte ansattes kompetanse. Det skal også utvikles gode rutiner for utskrivelse, samt at virksomheten skal satse på internundervisning.

⁸ Pasienttavlene brukes til synliggjøre om pasienten har en risiko for ulike forhold som skisseres i planen.

4.2.2 Internkontroll

Fredrikstad kommune bruker RiskManager som sitt kvalitets- og internkontrollsystem. RiskManager er ett nettbasert kvalitetssystem som består av flere moduler. Systemet kan blant annet brukes til dokumentstyring, avvikshåndtering og risikovurdering. I RiskManager gis den enkelte ansatte tilgang til ulike deler av systemet, med tilhørende informasjon, basert på hvilke oppgaver du er satt til å løse. Dette innebærer for eksempel at den rollen du har i organisasjonen avgjør om du mulighet til å legge til dokumenter i systemet eller om du bare skal ha lesetilgang. Hvert dokument som lagres i RiskManager har en versjonslogg som gjør brukeren i stand til å se ulike versjoner av et dokument.

Modulen for avvikshåndtering brukes til å melde og følge opp avvik i driften. RiskManagers avvikshåndtering kan brukes som et verktøy i forbindelse med læring og forbedringsarbeid i virksomheten. Systemet oppfyller kravene til avvikshåndtering etter ISO 9001. På samme måte som for dokumenthåndteringsmodulen så er det den enkelte ansattes rolle i virksomheten som styrer hvilke tilganger og muligheter den enkelte ansatte har. Noen skal bare melde avvik og kunne følge sine egne meldinger, noen er ansvarlig for å behandle avvik og noen har behov for en mer overordnet tilgang. Avvikshåndteringsmodulen har funksjoner som sørger for å varsle både den som har meldt avviket, den som skal behandle avviket og overordnet leder om fremdriften i avvikshåndteringen.

RiskManager har også en egen modul for risikovurdering. I denne modulen kan man registrere og vurdere trusler knyttet til virksomhetens drift. Registrering, vurdering og oppfølging av trusler er en sentral del av virksomhetens kvalitetsarbeid.

På spørsmålet om Fredrikstad korttidssenter sørger for at de ansatte har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter om internkontrollsystemet ved virksomheten får revisjonen ikke helt sammenfallende svar. Ledelsen, dvs. virksomhetsleder og avdelingsledere, viser alle til at kommunens internkontrollsystem er å finne i RiskManager. Virksomhetsleder viser til at ved nyansettelser får alle et tilsetningsbrev i tillegg til informasjon som skal gjennomgås med alle. Den nytilsatte signerer på at denne informasjonen er mottatt. Virksomhetsleder forteller også at alle ansatte får opplæring i registrering av avvik. Det blir gitt opplæring i registrering av interne avvik, men også registrering av avvik når det gjelder eksterne forhold. Dette siste knytter seg til avvik i forbindelse av overføring av pasienter fra sykehuset Østfold.

En av avdelingslederne opplyste at det ikke finnes dokumentasjon på at de ansatte ved Fredrikstad korttidssenter vet hvordan de skal bruke RiskManager, men hun understreket likevel at alle ansatte vet hvordan de skal føre avvik. Hun pekte også på at det finnes prosedyrer for nyansatte, hvor de får en gjennomgang av alt de skal gjøre i løpet av en dag, men hun var usikker på om kvalitetssystemet er en del av denne gjennomgangen.

En annen av avdelingslederne viser til at kvalitetssystemet beskriver hva som kreves og forventes av den enkelte. Alle ansatte får opplæring i bruk av kvalitetssystemet Risk Manager. Denne avdelingslederen peker også på at det stilles krav til yrkesutøvelsen i kraft av at man har gjennomført en helsefaglig utdanning. Hun peker også på at det er hennes ansvar av vedtatte rutiner og retningslinjer følges på hennes avdeling. Dersom dette ikke skjer varsler hun virksomhetsleder.

Den tredje av avdelingslederne uttrykte usikkerhet med hensyn til om det finnes dokumentasjon på om de ansatte vet hvordan RiskManager skal brukes. Hun gikk likevel ut i fra at slik dokumentasjon finnes blant annet i form av dokumenterte ansettelsesprosesser, personalmapper med kursbevis, og liknende. Denne avdelingslederen understreket at dersom det oppstår avvik, for eksempel ved at en bruker faller, må avdelingsleder sørge for at dette følges opp, ved at avviket registreres. Avviket går da til nærmeste

leder. I de tilfeller hvor nærmeste leder ikke kan lukke avviket, går avviket til virksomhetsleder. Det er da virksomhetsleder som følger opp avviket.

På spørsmål fra revisjonen om det finnes dokumentasjon som viser at det ved Fredrikstad korttidssenter foretas systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helse- og omsorgstjenesten, viser virksomhetsleder til at man benytter seg av sjekklister ved innleggelse av nye pasienter. Sjekklister brukes også ved medisintildeling. I tillegg til dette skrives det avvik på eventuelle brudd på interne regler og retningslinjer. Registrerte avvik blir behandlet på avdelingsnivå og det er avdelingsleder som har ansvar for at dette gjøres. Virksomhetsleder fortalte at det gjøres egne avviksregistreringer av fall og feilmedisinering. Herunder også om pasienten ikke har fått de medisiner man skal ha. Som et eksempel på at det arbeides kontinuerlig med å sikre at internkontrollen fungerer som den skal viser virksomhetsleder også til et forbedringsarbeid som er gjort på avdeling 3, hvor man har hatt farmasøyter inne for å observere sykepleiere som legger medisiner i dosett.

Virksomhetsleder forteller at registrerte avvik knyttet til helse, miljø og sikkerhet (HMS) går til virksomhetsleder. Disse avvikene behandles i virksomhetens HMS-gruppe og sendes videre dersom andre instanser er ansvarlige.

Virksomhetsleder svarer bekreftende på revisjonens spørsmål om det finnes dokumentasjon som viser at det ved Fredrikstad korttidssenter er satt på plass et system som sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten. Virksomhetsleder viser til at det er utarbeidet kompetanseplan og opplæringsplan på etatsnivå i tillegg til egen opplæringsplan for virksomheten. Virksomhetsleder forteller også at korttidssenteret har skolert 25 ansatte i tidlig oppdaging av forverring av sykdomsbilde hos pasientene. Kurset er gjennomført hos proACT Norge som er en ideell forening som utvikler og forvalter kurskonseptet «Tidlig oppdagelse, rask respons og samarbeid ved forverret somatisk tilstand».

En av avdelingslederne bekrefter at Fredrikstad korttidssenter har systemer som sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet. Dokumentasjon på dette finnes i kvalitetssystemet. Denne avdelingslederen peker også på intern opplæring og kursing som sentrale tiltak for å sikre rett kompetanse. Hun forteller at det hver tolvte uke arrangeres fagdag. Dette er ett tiltak som ikke har blitt gjennomført under korona-pandemien. Hun viser også til et utstrakt tilbud om e-læringskurs. Tematikken på disse kursene kan for eksempel dreie seg om dokumentasjonsplikt, taushetsplikt og lignende.

Virksomhetsleder bekrefter også at det finnes dokumentasjon på at Fredrikstad korttidssenter har et system som sikrer at ansatte har tilgang til aktuelle lover, forskrifter, samt interne rutiner og prosedyrer. Han forteller at dette ligger lagret i Risk Manager. Han forteller at han ikke med sikkerhet kan si at alle har lest og satt seg inn i alt. På spørsmål om hvordan han sikrer seg at endringer i eksisterende prosedyrer blir gjort kjent for alle ansatte viser han til inntakstprosedyren, fordi dette er den prosedyren det sist er gjort endringer i. Når endringer i inntakstprosedyren er godkjent av virksomhetsleder presenteres endringene i ledermøte og deretter i avdelingsmøtene.

Virksomhetsleder forteller at det ligger en bemanningsnorm i turnusen på hver avdeling. I perioder går man med mindre folk på jobb enn turnusen legger opp til. Dette skjer dersom det ikke er mulig å skaffe kvalifisert vikar eller der det ikke er tilgjengelige vikarer i det hele tatt.

Når det gjelder behandling av klager har virksomhetsleder informert revisjonen om disse behandles i

i tråd med forvaltningslovens bestemmelser. Stab helse og velferd i Fredrikstad kommune bistår ved besvarelse på klager, særlig i de tilfeller hvor Statsforvalteren er inne i bildet. Vanligvis forsøker man å håndtere saker og løse saker på lavest mulig nivå, det vil si nærmest mulig pasienten.

På revisjonens spørsmål om det foretas systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen ved Fredrikstad korttidssenter, for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet viser virksomhetsleder til at alle avvik blir behandlet av avdelingssykepleier. Virksomhetsleder deltar i håndteringen ved alvorlig avvik. Dersom meldte avvik av en eller annen grunn ikke blir behandlet og lukket vil virksomhetsleder bli varslet etter 21 dager.

Revisjonen er opplyst av virksomhetsleder om at det er utarbeidet en oversikt over områder ved Fredrikstad korttidssenter hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Det er også utarbeidet en liste over gjennomførte og planlagte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Virksomhetsleder gir uttrykk for at korttidssenteret fremdeles har en vei å gå når det gjelder utarbeidelse av ROS-analyser. Han mener det for eksempel burde vært gjennomført ROS-analyser av risiko knyttet til mangel på personal, mangel på rett kompetanse og risikovurdering knyttet til utskriving/innskriving av pasienter. Han forteller at det nettopp er gjennomført en risikovurderingen av nattbemanningen på avdeling 2, noe som fikk som konsekvens at man gikk opp på bemanningen.

I oversikten utarbeidet av virksomhetsleder fremkommer det at det foreligger følgende risikoanalyser for Fredrikstad korttidssenter:

1. Inneliggende pasienter og aktivisering
2. Kommunikasjon og samarbeid
3. Blir pasientsikkerheten ivaretatt
4. Rett bruk av sykepleiekompetanse
5. Bemanning natt avd. 2
6. 12,5 timers vakt i forbindelse med Covid-19 utbrudd
7. Ivareta et godt arbeidsmiljø i omgjøring av plasser ved FKS
8. Mangel på sykepleierkompetanse
9. Tilberedning av infusjoner/injeksjoner
10. Ekstrasenger

Etatssjef omsorgssentre har informerte revisjonen om at korttidssenteret gjennomfører faste møter med nøkkelpersoner (ledere, fagutviklingssykepleiere, tillitsvalgte og HMS gruppa). En representant fra virksomheten deltar i etatens kvalitetsteam hvor prosedyrer utarbeides. Hun forklarer videre at eventuelle avvik i tjenesteproduksjonen meldes i avvikssystemet og behandles på laveste mulige ledernivå. Ved behov løftes avvik til virksomhetsleder. Dersom det er snakk om HMS-avvik involveres virksomhetens HMS-gruppe. Alle registrerte avvik gjennomgås og tiltak planlegges iverksatt. Avvikene lukkes ikke før tiltaket er evaluert, eventuelt korrigert.

Virksomhetslederen ved Fredrikstad korttidssenter forteller at for å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer så har etaten en fagkoordinator som arbeider mye med prosedyrer. Kvalitetssystemet Risk Manager gir beskjed når prosedyrer skal revurderes. Eventuelle klagesaker behandles i tråd med forvaltningsloven. Han forteller også at stab helse og velferd i Fredrikstad kommune bistår ved besvarelse på klager, særlig om Statsforvalteren er inne i bildet.

En av avdelingslederne peker på vedlikeholdet av internkontrollsystemet som det sentrale aspektet ved å forbedre virksomhetens prosedyrer. Hun viser til at dersom det finnes en rutine som det registreres mange avvik i tilknytning til, så vil man vurdere denne rutinen. Fungerer ikke rutinen vil nærmeste leder

varsles. Denne avdelingslederen gir uttrykk for en oppfatning av at det foretas systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen ved Fredrikstad korttidssenter. Denne oppfatningen bygger på erfaringer fra Fredrikstad kommunes internrevisjon høsten 2021.

En annen avdelingsleder viser til at det ved Fredrikstad korttidssenter er utarbeidet et avkryssings-skjema for oppgaver som skal utføres i forbindelse med nye pasienter. Dette er en del av virksomhetens kvalitetssystem. Blant annet skal det, innen tre dager etter ankomst av ny pasient, gjennomføres en pasientsamtale. Dette inkluderer en samtale om pasientens mål for oppholdet. I denne prosessen legges det også stor vekt på kommunikasjon med pårørende. Avdelingslederen la også vekt på at Fredrikstad korttidssenter har fått etablert en ny stilling som samhandlingssykepleier. Denne skal blant annet arbeide med kommunikasjon overfor pårørende, og dette er veldig viktig for at totalopplevelsen for pårørende og pasienter skal bli best mulig.

4.2.3 Medvirkning

Revisjonens kontroll av lagrede rutiner i RiskManager viser at det er utarbeidet en rutine kalt «Brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». Formål med rutinen er å sikre at brukere av tjenestene opplever trygghet, forutsigbarhet, respekt og medvirkning i forhold til tjenestetilbudet. Målgruppen for rutinen er alle ansatte i seksjon Helse og velferd. Dette er altså en rutine som ikke kun gjelder for Fredrikstad korttidssenter. Rutinen beskriver seks trinn på veien mot å sikre brukerne medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet. I trinn 1 skal primærkontakt, sykepleier eller vernepleier sørge for at brukeren får aktuell informasjon og veiledning om tjenestetilbud, brukerens rettigheter og de klageadgang brukeren har. Trinn 2 innebærer at tjenesteyter skal sikre at brukeren kan oppnå kontakt med tjenesteapparatet gjennom for eksempel telefon, trygghetsalarm, varslingsanlegg eller gjennom personlig kontakt. Det neste trinnet, altså trinn 3, innebærer at tjenesteyter følger opp at avtaler, målsettinger og tiltak utvikles i samarbeid med bruker i henhold til gjeldende planer for brukeren. Det er tjenesteyter som har ansvaret for at dette trinnet i prosedyren følges opp. Det er også tjenesteyter som skal påse at overlevering av nødvendig informasjon ivaretas tjenesteytere imellom. Dette innebærer at rapporteringsrutiner må gjennomgås jevnlig. Disse to siste oppgavene utgjør trinn 4 i prosedyren. Trinn 5 innebærer at primærkontakt, sykepleier eller vernepleier rent faktisk skal sørge for at brukeren og eventuelt pårørende/verge/ hjelpeverge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Det siste trinnet i prosedyren innebærer at primærkontakt, sykepleier eller vernepleier skal sørge for at det utføres egenkontroll i forhold til kontrollspørsmålene:

1. Har brukeren mulighet til kontakt med tjenesteapparat?
2. Har brukeren fått informasjon om tjenestetilbud, rettigheter og klageadgang?
3. Har bruker/ pårørende/hjelpeverge medvirket ved utforming av avtaler og mål?

Fredrikstad korttidssenter har i henhold til virksomhetsleder satt på plass systemer som sikrer at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det er i denne sammenheng for eksempel snakk om innleggelsesrutiner og pårørendesamtaler. Det vises også til at pasientene blir bedt om å svare på et spørreskjema når de skrives ut. En av samhandlingssykepleiernes oppgaver er å dokumentere innspill fra pasienter og pårørende. En av avdelingslederne peker på at brukerundersøkelser er et av tiltakene man benytter seg for å sikre at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det har ikke vært gjennomført brukerundersøkelser etter at hun startet i stillingen for noen år siden. Denne avdelingslederen viser også til at man har samlet erfaringer fra pasienter og pårørende ved at det lå spørreskjemaer i foajeen som kunne brukes for å gi tilbakemeldinger til ledelsen. Det ligger i henhold til avdelingsleder ingen spørreskjemaer i foajeen på intervjudtidspunktet. Eventuelle tilbakemeldinger man fikk på disse skjemaene ble diskutert og kunne følges opp i ledermøter.

Revisjonen har av virksomhetsleder blitt opplyst om at beboere og brukere av Fredrikstad korttidssenter, samt pårørende/verge/hjelpeverge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet blant annet gjennom innkomstsamtalen og i pårørendesamtalen. Det er også en dialog med tildelingskontoret. Virksomhetsleder peker på at det kan være dissens mellom hva pårørende ønsker og hva bestillingen rent faktisk er. De pårørende kan for eksempel ha en forventning om permanent sykehjemsplass, mens bestillingen fra tildelingskontoret er korttidsopphold for å gjøre pasienten i stand til å reise hjem og klare seg selv. Innkomtsamtaler med pasient og pårørende, samt samtale ved utskrivning er også viktig i denne forbindelsen. Det vises også til at det i resepsjonen ved Fredrikstad korttidssenter er hengt opp en postkasse hvor det kan gis tilbakemeldinger til virksomheten. Det er virksomhetsleder som behandler forslagene som kommer i denne forslagskassen. Etatens fagkoordinator (autorisert forbedringsagent) samler inn, og systematiserer. Enkle forbedringsforslag håndteres og settes ut i livet umiddelbart.

De ansattes samlede kunnskaper og erfaringer blir i henhold til virksomhetsleder nyttiggjort i forbindelse med driften av virksomheten blant annet ved at man har laget en felles oversikt over ansatte som har spesialkompetanse. Dette gjelder for eksempel fagsykepleiere og andre ansatte med spesielle oppgaver. Det er virksomhetsleder som oppdaterer denne oversikten til enhver tid. Etatens fagkoordinator sender hver måned ut månedens opplæringspakke. Dette er gjerne e-læringskurs. Alle ansatte skal dokumentere pasientbehandlingen med bruk av PC. En av avdelingslederne viser til at ansattes kunnskaper og erfaringer nyttiggjøres ved at de ansatte lærer opp hverandre. Alle nyansatte får en fadder, og fagsykepleier går igjennom rutiner med nyansatte. Det avholdes også tavlemøter hvor kunnskaper og erfaringer om pasientene deles.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Hovedoppgaver og mål

Revisjonens kontroll har vist at Fredrikstad kommune har vedtatt overordnede målsettinger for seksjon for helse og velferd. Disse målsettingene fremkommer både i økonomiplan for 2022-2025, årsbudsjett for 2022 og i kommunedelplan for helse og velferd 2016 – 2027. Vår kontroll viser også at det er utarbeidet en egen virksomhetsplan for Fredrikstad korttidssenter. I denne planen beskrives fremtidige perspektiv og prioriteringer for virksomheten. Vedlagt virksomhetsplan følger også organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, oversikt over lover som regulerer tjenesten, kompetanseplan, bemanningsplan, samt det som kalles en HMS-kalender. Dette siste fremstår som en plan for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet ved Fredrikstad korttidssenter. Det er vår vurdering at disse dokumentene samlet beskriver hovedoppgaver og mål for Fredrikstad korttidssenter på en hensiktsmessig måte.

Revisjonen vurderer det som positivt at det er utarbeidet «Plan for forbedringsarbeid Fredrikstad korttidssenter». Vi er av den oppfatning at informasjonsverdien av dokumentet ville økt dersom det hadde vært datert, fordi man da lettere kan se sammenhengen dokumentet er utarbeidet i. Revisjonen registrerer at pasientsikkerhet, brukertilfredshet og godt arbeidsmiljø er blant hovedmålene som beskrives for virksomhetens forbedringsarbeid. Vi vurderer at virksomheten med dette dokumentet har tilfredsstillende mål for forbedringsarbeidet.

Revisjonen er forelagt et organisasjonskart som viser at Fredrikstad korttidssenter er organisatorisk plassert i seksjon helse og velferd, i det som er kalt etat omsorgssentre. Organisasjonskartet viser at Fredrikstad korttidssenter er ledet av en virksomhetsleder. Korttidssenteret har tre avdelinger. Hver avdeling ledes av en avdelingssykepleier. Fredrikstad korttidssenter har også eget laboratorium, samt merkantile tjenester. I organisasjonskartet er laboratorie- og merkantile tjenester plassert som stabsfunksjoner i forhold til virksomhetsleder. Virksomhetslederen ved Fredrikstad korttidssenter rapporterer til etatsjef for omsorgssentre i Fredrikstad kommune (jf. organisasjonskart). Virksomhetsleder er delegert myndighet i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-1 og § 3-2. Dette innebærer at virksomhetsleder er delegert myndighet til å sørge for at pasienter og brukere av Fredrikstad korttidssenter tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (hol § 3-1). Virksomhetsleder er også delegert ansvar for kommunens oppfølging av helse- og omsorgslovens § 3-2 som innebærer at virksomhetsleder har ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering av pasienter og brukere ved Fredrikstad korttidssenter. Det er revisjonens vurdering at de delegeringer som er gjort til virksomhetsleder, kombinert med de stillings- og funksjonsbeskrivelser som er utarbeidet for virksomheten, innebærer at Fredrikstad korttidssenter har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig.

4.3.2 Internkontroll

Fredrikstad kommune benytter seg av et kvalitets- og internkontrollsystem, i dette tilfellet RiskManager. Det er revisjonens oppfatning at et slikt nettbasert system, som gir den enkelte ansatte tilgang til ulike deler av systemet, med tilhørende informasjon, basert på hvilke oppgaver du er satt til å løse, på en god måte kan bidra til de ansatte har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter om virksomhetens internkontrollsystem. Dette vurderer revisjonen som positivt. I Fredrikstad kommune, herunder også Fredrikstad korttidssenter, benyttes systemet til både dokumentstyring, avvikshåndtering og risikovurdering.

Revisjonen registrerer at ledelsen ved Fredrikstad korttidssenter ikke har helt sammenfallende syn på om virksomheten sørger for at de ansatte har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter om internkontrollsystemet. Det fremstår som uklart for oss, basert på informasjonen vi har fått, om de ansatte ved virk-

somheten får tilstrekkelig opplæring i bruk av kvalitets- og internkontrollsystemet RiskManager. Revisjonen viser i denne sammenheng til virksomhetsleders uttalelse om at han ikke med sikkerhet kan si at alle har lest og satt seg inn i alt av dokumentasjon i RiskManager. Revisjonen oppfatter at ledelsen ved korttidssenteret har hatt fokus på å sikre at de ansatte har de nødvendige kunnskaper knyttet til å føre avvik. Revisjonen er av den oppfatning at det mangler kontroll på om de ansatte rent faktisk har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontroll. Dette vurderer revisjonen som uheldig og anbefaler derfor Fredrikstad korttidssenter å iverksette tiltak som sikrer kontroll med at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og nødvendige ferdigheter om internkontrollsystemet.

Fredrikstad korttidssenter skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt. En slik gjennomgang er hjemlet i forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 9. I veilederen⁹ til denne forskriften står det i forbindelse med § 9a at behovet for å gjøre korrigeringer for eksempel kan komme etter «systematisk og regelmessig vurdering av styringsinformasjon gjennom året». Aktuell styringsinformasjon kan være rapporter fra avvikssystemer, rapporter fra risiko- og sårbarhetsanalyser, målinger av pasientskade, gjennomgang av tilbakemeldinger fra pasienter og brukere, resultater fra kartlegging av HMS, felles risikogjennomgang (personalmøter) og lignende.

På spørsmål fra revisjonen om det finnes dokumentasjon som viser at det ved Fredrikstad korttidssenter foretas systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen så vises det til bruk av sjekklister i ulike sammenhenger, for eksempel ved innleggelse av nye pasienter og utdeling av medisiner. Det beskrives også et kontinuerlig forbedringsarbeid med håndtering og lukking av avvik. Det fremkommer også at avvik knyttet til helse, miljø og sikkerhet (HMS) behandles i virksomhetens HMS-gruppe. Det fremstår for revisjonen som at den vesentligste delen av det virksomhetsledelsen oppfatter som systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen skjer i forbindelse med håndtering av avvik. Revisjon anser det som viktig og positivt at det gjøres nødvendige korrigeringer av rutiner og prosedyrer basert på enkelthendelser og derav innmeldte avvik, vi er likevel av den oppfatning at forskriftskravet innebærer en mer omfattende regelmessig gjennomgang av internkontrollen, basert på et bredere spekter av styringsinformasjon enn kun registrerte avvik. Revisjonen anbefaler derfor Fredrikstad korttidssenter å iverksette og dokumentere tiltak for systematisk gjennomgang av internkontrollen som i større grad samsvarer med kravene i forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring § 9.

Revisjonens kontroll viser at det er etablert og dokumentert system som skal sikre at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor ulike fagområder. Disse kravene fremkommer først og fremst i stillings- og funksjonsbeskrivelser, som er å finne i virksomhetens internkontrollsystem. I vår vurdering legger vi også vekt på at det er utarbeidet kompetanse- og opplæringsplaner. Dette viser etter vår vurdering at virksomheten på en planmessig måte arbeider for å dekke det kompetansebehovet som virksomheten måtte har. Det legges også vekt på at virksomhetens satser på intern opplæring og kursing, for eksempel gjennom bruk av e-læringskurs, er sentrale tiltak for å sikre rett kompetanse.

Fredrikstad kommune benytter, som tidligere nevnt, kvalitetssystemet RiskManager. I dette systemet ligger aktuelle lover, forskrifter, samt interne rutiner og prosedyrer. Alle ansatte har tilgang til dette systemet. Revisjonen anser med bakgrunn i dette at Fredrikstad korttidssenter har satt på plass et system sikrer alle har tilgang til aktuelle lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner.

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>, 26.09.2022

Revisjonens kontroll har vist at Fredrikstad korttidssenter arbeider med å skaffe seg oversikt over områder i helse- og omsorgstjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Dette vurderer revisjonen som viktig og positivt siden det bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestene. Vi har fått forelagt i alt 10 risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) knyttet til ulike deler av driften ved korttidssenteret, og registrerer at ledelsen ved korttidssenteret selv gir uttrykk for at det er flere sider ved driften hvor det er behov for ROS-analyser. Det pekes særlig på risiko knyttet til mangel på personal, risiko ved mangel på rett kompetanse og risiko i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter. Med bakgrunn i dette anbefaler vi at det gjøres en kartlegging av behovet for ROS-analyser ved Fredrikstad korttidssenter, samt at det utarbeides ROS-analyser for de tre forannevnte situasjonene.

Revisjonen registrerer at det ved Fredrikstad korttidssenter arbeides med utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre prosedyrer og rutiner. Avvikshåndtering er en sentral del av dette arbeidet. Både den enkelte leder, det være seg virksomhetsleder eller avdelingssykepleiere, ledergruppen samlet og virksomhetens HMS-gruppe deltar i arbeidet med forbedre driften gjennom håndtering av avvik. Vi ser også at virksomheten deltar i det overordnede utviklingsarbeidet som Etat omsorgssentre står bak, ved at en representant fra virksomheten deltar i etatens kvalitetsteam. Revisjonen mener også at etableringen av en stilling som samhandlingssykepleier kan gi viktige bidrag i arbeidet med å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lov og forskrift. Også de faste møtene som gjennomføres med fagutviklingssykepleiere og tillitsvalgte er viktige i denne sammenheng. Revisjonen ser virksomhetens arbeid med å utvikle, iverksette, kontrollere og forbedre prosedyrer og rutiner i sammenheng med behovet for systematisk gjennomgang av internkontrollen som revisjonen har kommentert tidligere. Det er revisjonens syn at en systematisk gjennomgang av internkontrollen, basert på et bredest mulig sett av styringsinformasjon også vil kunne gi positive effekter på det kontinuerlige forbedringsarbeid man har med virksomhetens rutiner og prosedyrer.

4.3.3 Medvirkning

Revisjonen vurderer at Fredrikstad korttidssenter har iverksatt tiltak for at de ansattes samlede kunnskaper og erfaringer blir nyttiggjort. Dette gjøres for eksempel i forbindelse med at det avholdes tavlemøter hvor kunnskaper og erfaringer om den enkelte pasient deles blant medarbeiderne på den aktuelle avdeling. Vi registrerer også at alle nyansatte får en fadder, som kan være et viktig tiltak for å sosialisere nye medarbeidere inn i bedriftens kultur, samt overføre relevant kunnskap og erfaring med hensyn til tjenesteproduksjonen. Ledelsen ved virksomheten har også oversikt over ansatte med spesialkompetanse som ledelsen kan trekke veksler på ved behov. Dette er tiltak som kommer i tillegg til den daglige informasjons- og kunnskapsdelingen som skjer mellom ansatte.

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 skal virksomheten gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Ved Fredrikstad korttidssenter brukes rutinen «Brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». Denne rutinen er utarbeidet for å sikre brukermedvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet. Rutinen beskriver i alt 6 trinn på veien mot tilfredsstillende brukermedvirkning. Trinn 1 innebærer at virksomheten skal sørge for at brukeren får aktuell informasjon og veiledning om tjenestetilbud, brukerens rettigheter og de klageadgang brukeren har. Revisjonen anser dette som grunnpilaren i arbeidet med å sikre god brukermedvirkning.

Fredrikstad korttidssenter gjennomfører samtaler med både pasienter og pårørende ved innleggelse. I disse samtaler skal nettopp informasjon om tjenestetilbud, brukerrettigheter og klageadgang gis til pasienter og pårørende. Fredrikstad korttidssenter har også det som kalles samhandlingssykepleier. Samhandlingssykepleierens oppgave er blant annet å dokumentere innspill fra pasienter og pårørende. Revisjonen legger også vekt på at virksomheten samler inn informasjon fra pasientene ved at disse blir bedt om å svare på et spørreskjema når de skrives ut, samt at det er mulig å gi tilbakemeldinger til

virksomheten i en postkasse som er hengt opp i resepsjonen ved korttidssenteret. De undersøkelser vi har gjort viser at det også er gjennomført brukerundersøkelser ved virksomheten. Det fremstår imidlertid for revisjonen som at disse brukerundersøkelser ikke gjennomføres som faste, regelmessige tiltak. Dette vurderer revisjonen som uheldig. Vi mener at regelmessige brukerundersøkelser, for eksempel annet hvert år, vil kunne gi viktig innspill til det lokale forbedringsarbeidet. I denne sammenheng viser vi til brukerundersøkelsene som KS har utviklet gjennom verktøyet bedrekommune.no. Her er det utarbeidet en rekke brukerundersøkelser til bruk for kommunale pleie- og omsorgstjenester, blant annet egne undersøkelser rettet mot brukere av institusjonstjenester og deres pårørende. Basert på de undersøkelser som revisjonen har gjort vurderer vi at Fredrikstad korttidssenter innhenter og gjør bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende. Revisjonen vil likevel anbefale at det settes på plass et system som sikrer at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Basert på kontroller revisjonen har gjort av vedtatte målsettinger for Fredrikstad korttidssenter, virksomhetens organisering, internkontroll og brukernes og ansattes medvirkning, er revisjonen av den oppfatning at beboerne ved Fredrikstad korttidssenter får faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester. Vår vurdering er at Fredrikstad kommune har sørget for at helse- og omsorgstjenestene ved Fredrikstad korttidssenter har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. Vi vurderer at virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder også mål for forbedringsarbeidet er beskrevet på en hensiktsmessig måte. Revisjonen er også av den oppfatning at det ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak er satt på plass en internkontroll som er i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Revisjonen anser likevel at det finnes rom for forbedringer på enkelte områder. Det pekes i denne sammenheng på at det ikke finnes dokumentasjon på at de ansatte vet hvordan de skal bruke internkontrollsystemet RiskManager. Revisjonen undersøkelser viser også at den vesentligste delen av korttidssenterets systematiske overvåkning og gjennomgang av internkontrollen skjer i forbindelse med håndtering av avvik. Vi er av den oppfatning at forskriftskravet setter forventninger til en mer omfattende regelmessig gjennomgang av internkontrollen, basert på et bredere spekter av styringsinformasjon enn kun registrerte avvik. Revisjonen legger videre vekt på at ledelsen ved korttidssenteret selv har gitt uttrykk for at det er sider ved virksomhetens driften hvor det er behov for ROS-analyser, og ledelsen har særlig pekt på risiko knyttet til mangel på personal, risiko ved mangel på rett kompetanse og risiko i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør sørge for at:

- a) Fredrikstad korttidssenter iverksetter tiltak som sikrer kontroll med at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og nødvendige ferdigheter om internkontrollsystemet.
- b) Fredrikstad korttidssenter iverksetter og dokumenterer tiltak for en systematisk gjennomgang av internkontrollen som går utover en systematisk håndtering av avvik.
- c) Fredrikstad korttidssenter gjennomfører en kartlegging av behovet for ROS-analyser ved Fredrikstad korttidssenter, samt at det utarbeides ROS-analyser knyttet til risiko knyttet til mangel på personal, risiko ved mangel på rett kompetanse og risiko i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter.
- d) Det settes på plass et system som sikrer at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser.

5 GRUNNLEGGENDE BEHOV

Problemstilling 2:

Får beboerne ved Fredrikstad korttidssenter ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas?

5.1 Revisjonskriterier

I formålsparagrafen (§ 1) til «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester) er det nedfelt at forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. De samme målsettinger har Fredrikstad kommune nedfelt i dokumentet «Tjenestebeskrivelser – Helse- og velferdstjenester»¹⁰.

I kvalitetsforskriftens § 3 fremkommer det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer at kommunen kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker av kommunale helse- og omsorgstjenester får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Tjenestene skal ytes i henhold til individuell plan når slik plan er utarbeidet. I samme paragraf stilles det krav om at brukere av pleie- og omsorgstjenester, eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker har også rett til medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Det er et forskriftskrav at kommunen skal utarbeide skriftlige rutiner eller prosedyrer som sikrer at brukerne får tilfredsstillende sine grunnleggende behov. Disse rutineene skal blant annet sikre at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til kommunale tjenester. Brukerne skal ha selvstendighet og styring av eget liv. Rutinene skal også sikre at brukerne får tilstrekkelig næring gjennom et variert og helsefremmende kosthold. Det skal også etableres systemer som sikrer rimelig valgfrihet i forhold til mat. Brukerne skal sikres tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. Kommunen skal utarbeide rutiner som sikrer at brukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan følge en normal livs- og døgnrytme, man skal få muligheter for ro og skjermet privatliv. Den enkelte brukers behov for medisinske undersøkelser og tannbehandling skal også ivaretas. Forskriften krever også at det settes på plass hensiktsmessige systemer for å ivareta den enkeltes behov for personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett), nødvendig bistand ved av- og påkledning, men også mulighet for selv å ivareta egenomsorg. Den enkeltes sosiale behov er også viktig, derfor skal kommunen legge til rette for at brukernes sosiale behov dekkes gjennom muligheter for samvær, sosial kontakt, fellesskap og varierte og tilpassede aktiviteter. Dersom en person etter vedtak er innvilget langtidsopphold skal man få tilbud om eget rom. For personer som kan ha vanskelig for å uttrykke sine behov, for eksempel personer med demens, så skal det foreligge et tilrettelagt tilbud. Forskriften krever også at det skal legges til rette for verdighet i livets slutfase i trygge og rolige omgivelser.

Helsepersonelloven kapittel 8, §§ 39 -47 omhandler kommunens dokumentasjonsplikt. Plikten til å føre pasientjournal er nedfelt i § 39. Bestemmelsen pålegger den som yter helsehjelp en plikt til å føre journal. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og den helse-hjelp pasienten får, jf. helsepersonelloven § 40. Revisjonen er av Fredrikstad kommune blitt opplyst om at tiltaksplan er en del av dokumentasjonen og en måte å organisere sykepleiejournalen på som ikke er lovregulert. Tiltaksplan er et annet navn på pleieplan, som er et tiltak i sykepleieprosessen.

¹⁰ Tjenestebeskrivelser – Helse- og velferdstjenester, s. 4

Revisjonens vil kontrollere om det er etablert systemer, rutiner og prosedyrer i tråd med kvalitetsforskriftens krav. Vi vil også se på praksis/bruker erfaringer gjennom intervjuer av pasienter/brukere av tjenestene ved Fredrikstad korttidssenter. For et hensiktsmessig utvalg av brukere vil revisjonen også kontrollere om det foreligger tiltaksplan, og om tjenestetilbudet er i tråd med det som er nedfelt i denne planen.

Kommunen bør:

Personlig stell og hygiene

- sikre at brukere/beboere på Fredrikstad korttidssenter får:
 - ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
 - ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling
 - følge en normal døgnrytme
 - får tilpasset hjelp ved av- og påkledning
 - får mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- sikre at brukere og beboere av Fredrikstad korttidssenter:
 - får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
 - får dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet
- sikre at personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet på sykehjem

Medvirkning

- sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester, eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.
- sikre at den enkelte bruker har medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Legemiddelhåndtering

- ha utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal være gjort kjent i virksomheten.
- ha skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.
- ha rutiner og prosedyrer som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

Ernæring

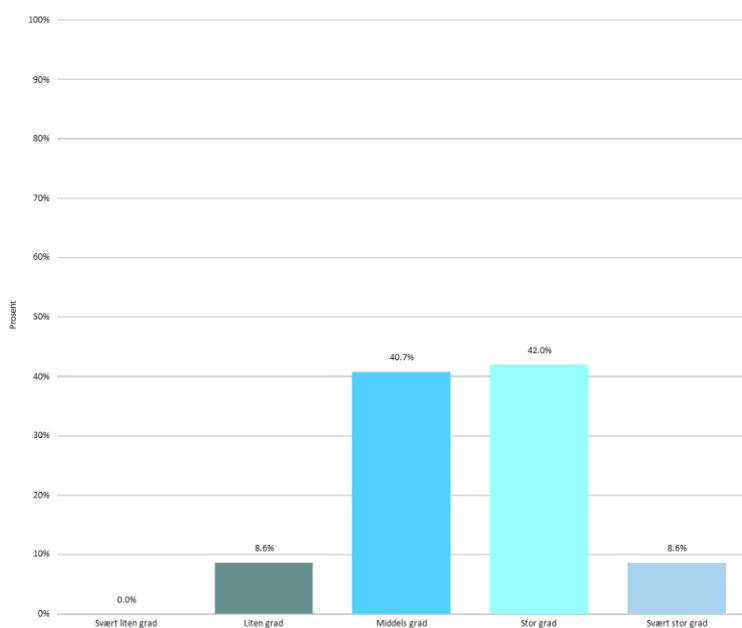
- sikre at alle brukere og beboere ved Fredrikstad korttidssenter vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter etter et faglig begrunnet individuelt opplegg.
- sikre at personer i ernæringsmessig risiko har en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.

5.2 Datagrunnlag

5.2.1 Personlig stell og hygiene

Etatssjef omsorgssentre fortalte at alle forhold knyttet til beboernes personlige hygiene og naturlige funksjoner (toalettbehov), samt munnhygiene og eventuelle behov for tannbehandling kartlegges ved inntakssamtalen med den enkelte pasient. Dersom vedkommende ikke kan ivareta dette selv, skal det utformes et tiltak relatert til dette i tiltaksplanen. Om nødvendig kan det legges ut egen prosedyre på badet eller pasientens nattbord. Hun informerte også om at det tilstrebes at pasientens døgnrytme følges uavhengig om dette passer inn i avdelingens døgnrytmeplan eller ikke.

På spørsmål fra revisjon om beboere/brukere ved Fredrikstad korttidssenter får tilbud om varierte og



Figur 3 I hvilken grad opplever du at pasientene får nødvendig og tilpasset opptrening? N=81

nødvendig og tilpasset opptrening. I figur 3 ser vi at over 50 % av de ansatte mente at pasientene fikk nødvendig og tilpasset opptrening i stor eller svært stor grad. Omlag 40 % mente at pasientene fikk denne tjenesten i middels grad, mens 8 % opplevde at dette i liten grad ble ivarett.

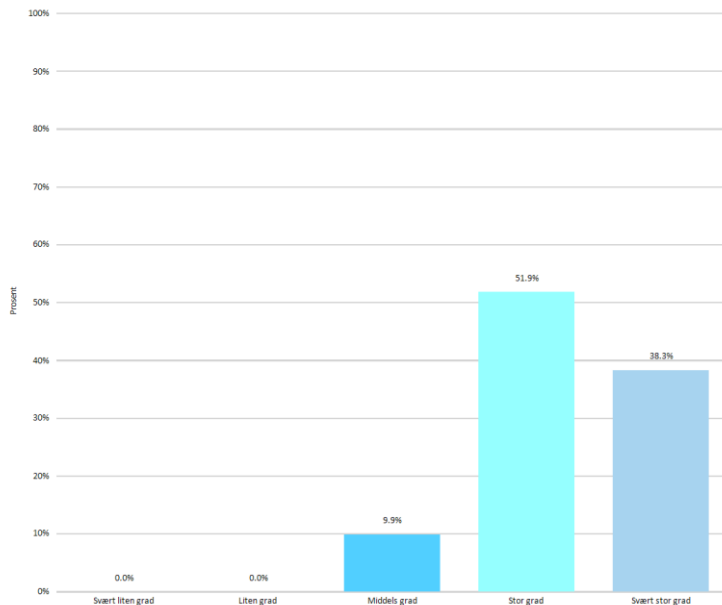
Etatssjef omsorgssentre opplyste revisjonen om at i all hovedsak får personer i Fredrikstad kommune med alvorlig demens tilbud om plass i skjermet enhet, eller forsterket skjermet enhet. Av kapasitetshensyn kan det likevel være at enkelte pasienter må vente i hjemmet med tjenester eller i en korttidsplass i påvente av ledig plass ved en skjermet enhet.

Virksomhetsleder forklarer revisjonen at det å forsikre seg om at pasientene får ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett), munnhygiene og får tilpasset hjelp ved av- og påkledning inngår som en naturlig del av den sykepleiefaglige yrkesutøvelsen. Hver og en pasient får tilpassede tjenester. Pasientene får stå opp når man vil og legge seg når man ønsker det. Virksomhetsleder mener at det er i funksjonsbeskrivelsene man vil finne retningslinjer knyttet til hvordan kravene i kvalitetsforskriften skal imøtekommes. De ansatte ga i spørreundersøkelsen uttrykk for sine opplevelser knyttet til om pasientene får nødvendig og tilpasset pleie og omsorg. Figur 4 på neste side viser at over 90 % av de ansatte mener at pasientene ved Fredrikstad korttidssenter får de nødvendig og tilpasset pleie og omsorg i stor eller svært stor grad. 10 % svarer i middels grad.

tilpassede aktiviteter pekte etatssjefen på at pasientene ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak er innlagt på korttidsopphold eller avlastningsopphold. Et slikt opphold skal ha en klar og tydelig målsetting.

De viktigste aktivitetene for en pasient i korttidsopphold vil være å utføre eller øve på å utføre daglige gjøremål, som personlig hygiene, trening på å gå i trapper og lignende. Pasienter med langtidsvedtak, det vil si pasienter som venter på sykehjemsplass, vil få aktiviteter tilsvarende aktiviteter på øvrige langtidspsykehjem.

I spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte ved Fredrikstad korttidssenter var et av spørsmålene om den ansatte opplevde at pasientene fikk



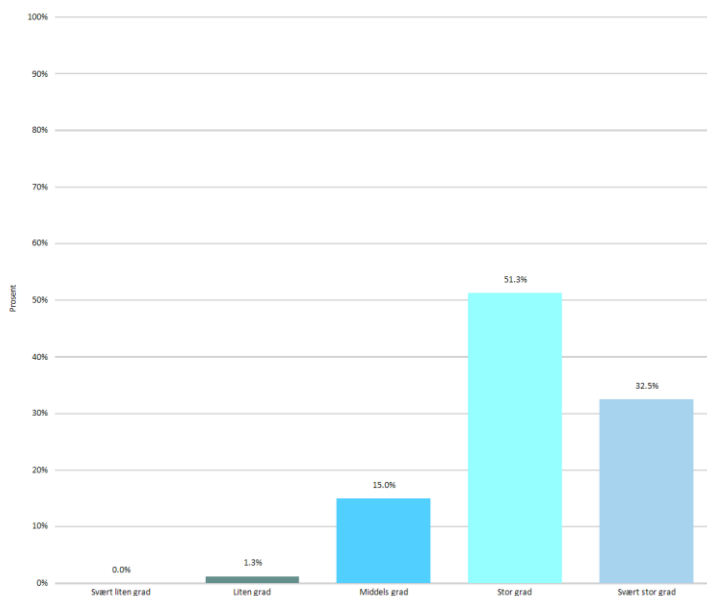
Figur 4 I hvilken grad opplever du at pasientene får nødvendig og tilpasset pleie og omsorg? N=81

som avdekkes i denne samtalen så iverksettes det tiltak. Det betyr at dersom en pasient har vanskeligheter med å ivareta personlig hygiene på egen hånd, så vil man få hjelp til det. Skulle man ha andre behov så skrives dette inn i tiltaksplanen og så planlegger man tiltak ut i fra det. Denne avdelingslederen ga uttrykk for at det antakelig er knyttet til munnhygiene og tannhelse at man har det største forbedringspotensialet. På hennes avdeling forsøker man å ta tak i denne problematikken og man har nylig sendt over en oversikt til tannpleier med sikte på å få kartlagt status for enkeltpasienter så raskt det lar seg gjøre. Når det kommer til dette med aktivisering av pasientene på korttidssenteret så poengterer også denne lederen at det er forskjell på det å være pasient på korttidsopphold i forhold til å være pasient med vedtak om langtidsopphold. Hun forteller at på hennes avdeling er det to ansatte som har ansvar for det man kaller månedens aktivitet. Mange pasienter har for eksempel stor glede av å høre på musikk. Fredrikstad kommune har også aktivitetstilbud gjennom Den kulturelle spaserstokken. Når det gjelder aktivisering forteller hun at koronapandemien skapte utfordringer med å aktivisere pasientene. En annen avdelingsleder opplyste at den mest aktuelle aktiviteten for brukere ved Fredrikstad korttidssenter, dreier seg om opptrening, som fysioterapi, gå i trapper, osv. Hun viser til at det også finnes noen andre aktiviteter, men det er en del brukere som foretrekker å være alene, og hvile. Denne avdelingslederen peker på at det kan være et sprik mellom forventningene om aktivisering som pårørende har og hva pasientene selv ønsker seg. Pårørende etterlyser generelt mer aktiviteter enn hva brukerne selv ønsker.

En avdelingsleder opplyste revisjonen om at det ikke finnes noe særskilt tilbud til personer med demens ved Fredrikstad korttidssenter. Det finnes ikke noen egnet plass for å ta imot demente. Dette kan fra tid til annen skape utfordringer for driften. Det er heller ikke alltid at pasientene får enkeltrom. Dette har vært og er en av utfordringene ved Fredrikstad korttidssenter. Det vil være den sykeste pasienten, den pasienten med de største medisinske behovene som vanligvis blir prioritert i forhold til å få enkeltrom.

Virksomhetsleder forteller også at man legger til rette for at pasientene kan leve ut ulike former for livssyn. På spørsmål om beboere og brukere ved Fredrikstad korttidssenter får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter peker virksomhetsleder på at ved Fredrikstad korttidssenter er behandling i fokus for de aller fleste, nettopp fordi de er et korttidssenter. Enkelte kan ha forventninger om at tilbudet om aktivisering skal være som på et vanlig sykehjem. På avdeling 3 har en ansatt ansvar for å aktivisere de som har vedtak om langtidsopphold.

En av avdelingslederne peker på innkomstsamtalen som et viktig tiltak når det gjelder å få dekket behov som personlig hygiene, hjelp til av og på kledning også videre. Basert på de behov



Figur 5 I hvilken opplever du at Fredrikstad korttidssenter legger til rette for at pasientene får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner på en god og verdig måte? N=80

Et av spørsmålene i spørreundersøkelsen omhandlet i hvilken grad den enkelte ansatte opplever at Fredrikstad korttidssenter tilrettelegger for at pasientene får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner på en verdig og god måte. I figur 5 ser vi at nesten 85 % av de ansatte mener at dette blir ivaretatt i stor eller svært stor grad.

En av pasientene som revisjonen intervjuet hadde på det tidspunktet hvor revisjonen snakket med henne vært ved Fredrikstad korttidssenter i nesten 5 måneder. Hun fortalte at hun var litt skeptisk til å komme til Borge sykehjem (hun omtalte Fredrikstad korttidssenter ved sitt tidligere navn), fordi Borge sykehjem hadde et anstrengt rykte. Hun ble positivt overrasket da hun kom dit.

Hun ga uttrykk for at hun ikke kunne ha det bedre enn hun hadde det. Hun ga uttrykk for at de ansatte var veldig dyktige, noe som gjorde at hun følte seg trygg. Pasienten fortalte at hun blir tatt veldig godt vare på, og får hjelp til alt hun trenger hjelp til. Hun fortalte videre at forholdene var lagt slik til rette at hun sto opp og gikk til sengs etter eget ønske. Pasienten ga videre uttrykk for at hun i all hovedsak syntes maten var god. Hun sa at det kan hende andre pasienter som liker litt mer variasjon, eller eksotisk mat, kanskje ikke vil være like fornøyde, men for henne som liker tradisjonell mat, så er hun fornøyd. På spørsmål fra revisjonen om det var noe hun kunne ønske var annerledes ved Fredrikstad korttidssenter ga hun uttrykk for at hun gjerne hadde sett at man kunne få frokost noe tidligere. Hun fortalte at hun gjerne står opp kl. 0730 og at det av og til kunne være lenge å vente på frokosten som blir servert kl. 0930.

De ansattes vurdering av maten ved Fredrikstad korttidssenter ble kartlagt gjennom spørsmålet «I hvilken grad opplever du at pasientene får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold?». Svarene fordelte seg på denne måten:

Navn	Prosent
Svært liten grad	0,0 %
Liten grad	1,2 %
Middels	13,6 %
Stor grad	49,4 %
Svært stor grad	35,8 %
N (antall svar)	81

Tabell 1

En annen pasient ga uttrykk for at han stort sett får den hjelpen han trenger ved Fredrikstad korttidssenter, og at han nok ikke ville hatt det bedre noe annet sted. Pasienten fortalte at han hadde behov for å bli snudd i sengen. Han forklarte at han hadde fått beskjed fra sykehuset om at han måtte snus hver halvannen time. Det varierte veldig om dette ble overholdt fra de ansattes side eller ikke, og det hadde hendt at det var gått over to timer uten at han var blitt snudd, noe som blant annet medførte store smerter. Han ga uttrykk for å være fornøyd med stell og den hjelp han fikk til personlig hygiene og toalett. Denne pasienten fortalte at han stort sett var sengeliggende, men at han får stå opp når han ønsker. Dersom han visste på forhånd at han kom til å få besøk så sa han fra til de ansatte slik at kunne hjelpe han opp i en rullestol for å være klar til besøket. Han ga uttrykk for at syntes maten var «helt alright». Når det gjaldt spørsmålet om aktivisering så ga han uttrykk for at han ikke var særlig aktiv, men at han den siste tiden hadde fått hjelp til å komme seg ut i rullestol.

Også den tredje av pasientene som revisjonen intervjuet ga uttrykk for at hun hadde det bra ved Fredrikstad korttidssenter og at hun trives godt der. Hun syntes maten var god og at hun får den omsorgen hun trenger. Hun har vanligvis ikke behov for hjelp til stell og pleie. Denne pasienten har hatt flere korttidsopphold og forteller at hun blir godt tatt vare på ved Fredrikstad korttidssenter, noe hun også har opplevd ved sine tidligere opphold. Hun peker særlig på at personalet er veldig hyggelig mot henne. Pasienten forteller likevel om en hendelse som skjedde for en tid tilbake hvor hun fikk en betennelse, som hun sa ifra om til de ansatte. Hun fikk da beskjed om at de skulle se på det når de fikk tid. Det tok tre dager før noen så til betennelsen, og hun syntes dette var en negativ opplevelse. Hun presiserte at dette er en enkeltepisode som skiller seg ut fra ellers positive erfaringer med Fredrikstad korttidssenter.

Pasienten kunne videre fortelle at hun legger seg når hun ønsker, og står opp når hun ønsker. Dersom hun enten ikke står opp til frokost, eller ikke klarer å gå ut for å spise, kommer de ansatte inn til henne med frokosten. Hun sa at frokosten serveres klokken 09:00, noe som er et helt greit tidspunkt for henne å spise frokost. Hun våkner som regel en god del tidligere, men da får hun kaffe og kjeks. Pasienten opplyste at hun generelt synes maten er god. Det eneste hun foretrekker å stå over, er suppen, da de fremstår som «lite delikate». Utover dette er hun fornøyd med både middager og brødmåltider. Hun fortalte at pasientene selv kan velge hva de vil ha av pålegg på brødiskivene, da de forsyner seg av ferdig påsmurte brødiskiver som står på et serveringsbrett.

Når det gjelder spørsmålet om opptrening fortalte denne pasienten at hun i all hovedsak er i stand til å ta hånd om denne delen av oppholdet på egenhånd. Hun fortalte at hun ikke hadde like mye behov for bistand av de ansatte som mange av de andre pasientene ved Fredrikstad korttidssenter. På generelt grunnlag hadde ikke denne pasienten mye å utsette på tilbudet ved Fredrikstad korttidssenter. Hun ga likevel uttrykk for at det kanskje skjer litt lite for pasientene. Hun sa at hun ved tidligere opphold hadde deltatt på felles gymnastikk, noe hun synes kunne vært innført igjen. Hun ga videre uttrykk for at det er uheldig at ikke alle får tilbud om enkeltrom. Det har også hendt at hun har opplevd uro i forbindelse med demente pasienter, og hun mener at det egentlig ikke burde vært demente pasienter ved Fredrikstad korttidssenter. I tillegg er det kanskje noen av de andre pasientene som er mer ensomme enn henne selv, som synes det er trist at de ansatte ikke har tid til å slå av en prat litt oftere med dem. For hennes del er ikke det noe problem, da hun både er vant til, og liker alenetid.

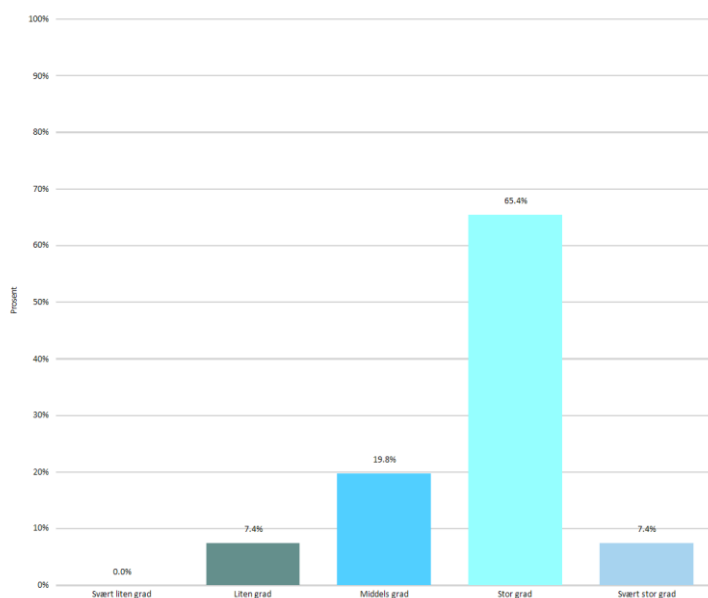
Revisjonen har gjennom i alt åtte besøk ved Fredrikstad korttidssenter observert at både fellesarealer og pasientrom fremstår som ryddige, rene og ordentlige. Områdene/avdelingene hvor pasientene oppholdt seg og bodde fremsto som lyse og innbydende. Også her var det ryddig og rent. Det luktet friskt og godt. Det var god lukt av mat/kaker flere steder. Atmosfæren var rolig og avdempet. Så langt revisjonen kunne oppfatte det var personalet ute blant pasienter og beboere, det var lite personale å se på vaktrom, eller pauserom. Det personalet som revisjonen har vært i kontakt med i forbindelse med denne revisjonen fremsto som engasjerte og imøtekommende. Bygget som helhet bærer preg av slitasje, dette

ble særlig tydelig i forbindelse med revisjonens befarings i kjelleretasjen. Sett bort i fra den bygningsmessige slitasjen som revisjonen observerte satt revisjonen igjen med et generelt godt inntrykk av Fredrikstad korttidssenter.

5.2.2 Medvirkning

Etatssjef omsorgssentre opplyste at etaten har utarbeidet en egen prosedyre for å sikre medvirkning fra brukerne. Hun opplyste også om at Fredrikstad korttidssenter har en prosedyre hvor inkomstsamtalen med den enkelte pasient er temaet. Et viktig spørsmål som stilles pasientene i denne samtalen er: «Hva er viktig for deg?». Med dette spørsmålet ønsker man seg så tidlig som mulig å avdekke og sette fokus på problemstillinger og forhold som betyr særlig mye for pasienten.

Også virksomhetslederen ved korttidssenteret viser til inkomstsamtalen som et sentralt tiltak for å sikre medvirkning fra beboere og brukere av Fredrikstad korttidssenter, samt pårørende/verge/hjelpeverge når det gjelder utforming eller endring av tjenestetilbudet. Han viser til at det også er dialog med tildelingskontoret om hvilke behov pasienten har og hva det er som er faglige målsettinger for oppholdet ved Fredrikstad korttidssenter. Virksomhetsleder peker på at det kan være dissens mellom hva pårørende ønsker og hva bestillingen fra tildelingskontoret rent faktisk er. De pårørende kan for eksempel ha en forventning om permanent sykehjemsplass, mens bestillingen fra tildelingskontoret er korttidsopphold for å gjøre pasienten i stand til å reise hjem og klare seg selv.



Figur 6 I hvilken grad opplever du at pasienten og/eller deres pårørende får medvirke ved utforming og/eller endring av tjenestetilbudet? N=81

En av avdelingslederne forteller at man sikrer medvirkning fra beboere/brukere eller pårørende blant annet gjennom brukerundersøkelser og spørreundersøkelser. Hun peker også på at medvirkning sikres gjennom dialog og direkte tilbakemeldinger i det daglige både fra pasienter og pårørende. En annen av avdelingslederne peker på inkomstsamtalen som helt sentral i denne forbindelsen. Denne samtalen skal gjennomføres senest tre dager etter ankomst av ny pasient. Denne avdelingslederen viser også til at korttidssenteret har ansatt en samhandlingssykepleier som blant annet skal arbeide med kommunikasjon overfor pårørende, og dette er veldig viktig for at opplevelsen for pårørende og pasienter skal bli best

mulig. Samhandlingssykepleieren bekrefter at å sikre medvirkning fra beboere/brukere og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge er kjerneoppgaven til samhandlingssykepleierne. Rutiner og systemer finnes. Det ligger for eksempel stillingsbeskrivelse for samhandlingssykepleier i RiskManager.

Figur 6 viser at nesten 73 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen opplevde at pasienten og/eller brukerne i stor eller svært stor grad får medvirke ved utforming og/eller endring av tjenestetilbudet.

5.2.3 Legemiddelhåndtering

Etatsjef omsorgssentre opplyste revisjonen om at Fredrikstad kommune har prosedyrer for legemiddelhåndtering og kompetansetiltak relatert til dette. Hun fortalte at det finnes prosedyrer for hvilke ansatte som skal ulike former for opplæring. Fredrikstad kommune bruker e-læringskurset til KS. Det er lederne ved kommunens ulike virksomheter som velger ut hvilke ansatte som skal håndtere legemidler. Leder skal sørge for at ansatte gjennomfører oppfriskningskurs hvert tredje år. Oversikt over hvem som har gjennomgått opplæring noteres i GAT, som blant annet er et arbeidstidsplanleggingssystem. Prosedyrene for legemiddelhåndtering gjøres kjent ved nytilsetting og gjennomgås av virksomhetens ledere med jevne mellomrom.

Virksomhetsleder opplyste om at det foreligger skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering ved Fredrikstad korttidssenter. Ved korttidssenteret er det virksomhetsleder som delegerer til sykepleier og helsefagarbeider retten til å administrere medisiner. For å få delegert myndighet må den ansatte ha bestått e-læringskurs, samt gjennomgått opplæring i avdelingen. Først når dette er på plass underskrives delegert myndighet. Virksomhetsleder får beskjed via GAT dersom delegeringen for enkeltansatte går ut på dato. Virksomhetsleder opplyste også om at skriftlige rutiner beskriver hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering. Disse rutineene ligger i delegeringen til den enkelte. Han svarer også bekreftende på at det finnes rutiner og prosedyrer som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

En avdelingsleder kunne fortelle revisjonen at skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering ved Fredrikstad meget godt kjent gjennom kvalitetssystemet. Hun fortalte videre at avdelingsleder har en perm som viser hvem som kan dele ut medisiner. Hun bekreftet at alle som har praktisk og teoretisk utdanning i legemiddelhåndtering er registrert i GAT. Hun forklarte også at det finnes rutiner for legemiddelhåndtering på to forskjellige nivåer. Nivå 1 gjelder for sykepleier/vernepleiere og nivå 2 gjelder for helsefagarbeidere.

5.2.4 Ernæring

«Plan for mat og ernæring» ble vedtatt i av helse- og velferdsutvalget i sak PS 40/18, 20. juni 2018. I innledningen av dokumentet beskrives formålet med planen å være å sikre en faglig standard på ernæring, matlaging, servering og salg av mat til kommunens tjenestemottakere i institusjoner og hjemme¹¹. Videre slås det fast at ernæringshensyn skal inngå som en naturlig del av det faglige arbeidet i helse- og velferdssektoren. Innledningsvis stadfestes det også at det skal tilrettelegges for sunt kosthold og gode mat- og måltidsopplevelser i hverdagen brukere av helse- og velferdstjenester i Fredrikstad kommune. Det overordnede målet er å bidra til et bedre liv, med bedre helse for den enkelte.

«Plan for mat og ernæring» er ment å konkretisere mål og strategier i Kommunedelplan for helse og velferd 2016 - 2027 (se kap. 4.2.1).

Helsedirektoratet anbefaler at det bør etableres én stilling for klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbygger i kommunehelsetjenesten, men at det i første omgang bør etableres én stilling per 20-30 000 innbyggere¹².

I henhold til samme dokument har helse- og omsorgstjenestene i Fredrikstad kommune siden 2011 hatt en prosedyre for ernæring, hvor avvik fra prosedyren skal håndteres i henhold til en prosedyre kalt

¹¹ Plan for mat og ernæring, s. 3

¹² IS-2012, Helsedirektoratet 2012, s. 20

«Risiko for underernæring». Plandokumentet opplyser om at gjennom arbeidet med dette plandokumentet så er det utarbeidet nye prosedyrer for kartlegging av ernæringsstatus og oppfølging ved identifisert behov for ernæringsoppfølging¹³.

«Plan for mat og ernæring» viser at per 31. desember 2017 hadde 1 270 av totalt 5747 brukere kartlagt ernæringsstatus, det vil si 22% av brukerne. 271 brukere er registrert med ernæringsmessig risiko/underernæring og 190 brukere har utarbeidet en ernæringsplan som en del av sin tiltaksplan¹⁴. Tilsvarende statistikk per 31.12.21 viser at 2 228 av totalt 6 976 brukere har kartlagt ernæringsstatus, det vil si 32 % av brukerne. 423 brukere er i 2021 registrert med ernæringsmessig risiko/underernæring. 345 brukere har fått utarbeidet en ernæringsplan som en del av sin tiltaksplan¹⁵.

Ett av de strategiske målsettingene i «Plan for mat og ernæring» er at informasjon om ernæring og mattilbud skal være lett tilgjengelig. Det stadfestes også at all ernæringsoppfølging skal inngå i den enkelte brukers tiltaksplan, i henhold til prosedyre for god ernæringspraksis. Det er også opplyst at alle IPLOS¹⁶-tjenester har registrert funksjonsnivå på ernæring for bruker. Dette skal sikre at ansatte alltid har tilgjengelig og oppdatert informasjon for å utføre tjenesten i tråd med brukers plan.

I planperioden, dvs. fra 2018 – 2023, så skal ernæringsstatus for brukerne dokumenteres på følgende områder:

1. Antallet brukere hvor ernæringsstatus er kartlagt.
2. Om den enkelte bruker er i ernæringsmessig risiko/underernæring.
3. Om det er utarbeidet en ernæringsplan for den enkelte bruker.

Etatsjef omsorgssentre opplyste at prosedyren «God ernæringspraksis i sykehjem og korttidssenter» beskriver oppfølgingen av ernæringsstatusen til alle pasienter i sykehjem og på korttidssenteret. Dette er en kartlegging/screening som skal gjøres av pasientene hver tredje måned der det ikke er risiko for underernæring. Etatsjefen opplyste revisjonen om at eventuelle individuelle ernæringsplaner skal legges inn i tiltaksplanen for den enkelte pasient.

Etatsjef omsorgssentre informerte om at det er tilsatt to ernæringsfysiologer i Fredrikstad kommune. En av disse ernæringsfysiologene har som oppgave å bistå funksjonshemmede opplæring knyttet til ernæring. I tillegg har denne medarbeideren oppgaver i forbindelse med utarbeidelse av prosedyrer knyttet til ernæring for alle etater og virksomheter. Den andre ernæringsfysiologen er ansatt i virksomhet mat, vaskeri og praktisk bistand. Hun bistår også ved individuelle vurderinger der pasienten har risiko relatert til ernæringsstatusen.

Virksomhetslederen ved Fredrikstad korttidssenter har opplyst revisjonen om at det finnes rutiner for vurdering av ernæringsmessig risiko, men han forteller også at det ikke er alle pasienter man dokumenterer vurderingene på. Dette har å gjøre med pasientgruppen man har på korttidssenteret. Noen pasienter er på korttidssenteret veldig kort tid. Når dette er sagt så veies alle pasienter. Det er et eget skjema i Geric for dette. Langtidspasientene ved Fredrikstad korttidssenter følges opp mer jevnlig. For enkelte pasienter med ernæringsmessige utfordringer dokumenteres ernæringsstatus, -behov, -inntak og tiltak. Ved behov kan pasientene få spesialkost. På lindrende avdeling kan pasienten i prinsippet få den maten

¹³ Plan for mat og ernæring, s. 8

¹⁴ Ibid. s. 6

¹⁵ Ref. mail fra etatsjef omsorgssentre, 03.03.33

¹⁶ IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. IPLOS-registeret er etablert som et individbasert pseudonymt register med basis i egen forskrift: "Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk" (17. februar 2006 nr. 204).

de ønsker. Som regel er utfordringen for denne pasientgruppen heller manglende matlyst. Virksomhetsleder kan også bekrefte at det er tilsatt ernæringsfysiolog på hovedkjøkkenet. Fra sommeren 2022 vil Fredrikstad korttidssenter ha en sykepleier med ernæringsfysiologisk kompetanse. Dette skyldes at man har ansatt en sykepleier som også har utdanning som ernæringsfysiolog.

En avdelingsleder forklarte revisjonen at ernæringsmessig risiko vurderes hos alle beboere som innskriveres ved Fredrikstad korttidssenter. I forbindelse med kartleggingen som skjer ved innkomst er ernæringsmessig risiko viktig. Alle pasienter veies ved innleggelse og i denne forbindelsen vurderer man om pasienten har ernæringsmessige utfordringer. Hun fortalte også at dersom pasienten er overført fra sykehuset så kommer det ofte med en bestilling i den forbindelse. Som regel bygger sykepleien ved korttidssenteret videre på denne bestillingen. Dersom man ikke har en bestilling, gjøres det en vurdering ved innleggelse og så iverksettes eventuelle tiltak. Det utarbeides individuell ernæringsplan for personer med ernæringsmessige utfordringer dersom det er behov for det. Hun understreker likevel at dette ikke gjøres for alle – kun ved behov.

Den ansatte ved korttidssenteret ble spurt om «I hvilken grad de opplever at pasientene får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold?». Svarene fordelte seg på følgende måte:

Navn	Prosent
Svært liten grad	0,0 %
Liten grad	1,2 %
Middels	13,6 %
Stor grad	49,4 %
Svært stor grad	35,8 %
N (antall svar)	81

Tabell 2

Vi ser av tabellen at over 85 % av de ansatte mener at pasientene får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold i stor eller svært stor grad. Revisjonen spurte også om de ansatte opplever at pasientene har rimelig valgfrihet i kostholdet. På dette spørsmålet fordelte svarene seg slik:

Navn	Prosent
Svært liten grad	4,9 %
Liten grad	11,1 %
Middels	38,3 %
Stor grad	35,8 %
Svært stor grad	9,9 %
N (antall svar)	81

Tabell 3

Denne tabellen viser at omlag 45 % av de ansatte mener at pasientene har rimelig valgfrihet i stor eller svært stor grad. Cirka 50 % mener at pasientene har rimelig valgfrihet i middels til liten grad, mens 5 % mener at når det gjelder valgfrihet i kostholdet så har pasientene valgfrihet i svært liten grad.

5.2.5 Tiltaksplaner

Det er tidligere nevnt i kapittel 4.3.1 under overskriften «Forbedringsarbeid» at Fredrikstad korttidssenter har som målsetting at alle pasienter skal ha tiltaksplaner. Ansvaret for at hver enkelt pasient får utarbeidet tiltaksplan er lagt til avdelingssykepleierne. Revisjonen har valgt å fremstille data for tiltaksplaner samlet, selv om funnene som er gjort har relevans for flere av kriteriene som tidligere er omtalt (ernæring og personlig hygiene).

En pleieplan/tiltaksplan innebærer en kartlegging av pasientens/brukerens funksjonsnivå og behov for hjelp. Hensikten er at pasienten/brukeren får den hjelpen han/hun har krav på, og at alle behov blir dekket. I følge etatsjef for omsorgstjenester er tiltaksplanen et tiltak i pasientsikkerhetsarbeidet som Fredrikstad kommune mener tilfredsstillende kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Etatsjefen opplyser videre om at Fredrikstad kommune har valgt å bruke IPLOS-variabler som hovedområder i tiltaksplanene, men legger til at dette også kan organiseres på andre måter.

Revisjonen har kontrollert 12 tiltaksplaner ved Fredrikstad korttidssenter. Fire planer for hver av korttidssenterets tre avdelinger. Revisjonen hadde bistand fra en fagutviklingssykepleier fra Fredrikstad kommune i forbindelse med gjennomgangen. Fem av de kontrollerte tiltaksplanene ble vurdert å være «ikke-funksjonelle». Dette ble for eksempel begrunnet i at planen ikke inneholdt tiltak i det hele tatt, eller at planen ikke var oppdatert. For syv av de kontrollerte planene viste det seg at en vurdering av ernæringsmessig status manglet. For de fem andre var status at vurdering av ernæringsmessig status var påbegynt, men ikke ferdigstilt. Også fallvurderingene viste seg å være mangelfulle. Fire av de kontrollerte tiltaksplanene hadde ikke vurderinger av fallrisiko. Tre av planene hadde fallrisiko vurdert og tiltak innskrevet inn i planen på en tilfredsstillende måte. De resterende fem planene hadde mangler knyttet til risikovurdering av fall eller mangler med hensyn til tiltak mot fall, i større eller mindre grad. Det samme bildet tegnet seg når man kontrollerte tiltaksplanenes vurdering av risiko knyttet til personlig hygiene. Vurderingene var mangelfulle i de fleste av kontrollerte tiltaksplaner.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Personlig stell og hygiene

Revisjonens kontroll har vist at etat omsorgssentre og derav Fredrikstad korttidssenter har systemer for å ivareta beboernes personlige hygiene, munnhygiene og naturlige funksjoner (toalettbehov). Vi registrerer likevel at en av avdelingslederne har gitt uttrykk for at det antakelig er knyttet til munnhygiene og tannhelse at man har det største forbedringspotensialet. Revisjonen legger i sine vurderinger særlig vekt på at eventuelle bistandsbehov vurderes og kartlegges i inntakssamtaler med den enkelte pasient. Eventuelle bistandsbehov skal dokumenteres i pasientenes tiltaksplaner. Dette gjelder også dersom det skulle være behov for tilpasset hjelp ved av- og påkledning. De ansatte har i stor grad gitt uttrykk for at de opplever å gi pasientene den nødvendige hjelp til å ivareta personlig hygiene, munnhygiene og naturlige funksjoner. Dette er et syn som revisjonen erfarer blir bekreftet i de samtalene revisjonen har hatt med pasienter ved Fredrikstad korttidssenter. Det samme gjelder pasientenes muligheter for å ivareta egenomsorg. Også tilpasset hjelp til av- og påkledning ser ut til å håndteres på en tilfredsstillende måte. Basert på de intervjuer revisjonen har gjennomført er det også revisjonens oppfatning at det legges opp til at pasientene skal kunne følge det som kalles en normal døgnrytme.

Når det gjelder tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter ser revisjonen at den sammensatte pasientgruppen ved Fredrikstad korttidssenter kan by på utfordringer. Hovedvekten av pasientene er på korttidsopphold eller avlastningsforhold, og for personer på korttidsopphold vil aktivitetene som tilbys være forankret i målsettingen for oppholdet. Dette vil innebære at hovedaktiviteten som regel knytter seg til opptrening av en eller annen ferdighet som pasienten er avhengig av, for eksempel å ivareta personlig hygiene, gå i trapper eller tilsvarende. 48 % av respondentene i spørreundersøkelsen ga uttrykk for at Fredrikstad korttidssenter ga pasientene nødvendig og tilpasset opptrening i middels til liten grad. Revisjonen mener man kunne forventet at en enda større andel av de ansatte hadde en mer positiv vurdering av tjenestetilbudet på dette området, og dette kan indikere at korttidssenteret har et forbedringspotensial på dette området. Revisjonen vurderer det som positivt at ansvaret for aktivisering er lagt på en ansatt ved avdelingen. Etter revisjonens syn er dette med på å klargjøre og tydeliggjøre ansvaret for denne oppgaven.

Revisjonen anerkjenner at det kan være et sprik mellom de forventningene om aktivisering som pårørende har og hva pasientene selv ønsker seg, og ser at dette kan være utfordrende å forholde seg til. Vi vurderer i denne forbindelse at samhandlingssykepleieren, som skal bistå i kommunikasjonen med pårørende, har en viktig oppgave med å avklare forventninger både hos pasient og pårørende. Revisjonen legger merke til at en av pasientene vi intervjuet ga uttrykk for «...at det kanskje skjer litt lite for pasientene» og at det for enkelte pasienter kunne oppleves som trist at de ansatte ikke har tid til å slå av en prat litt oftere enn de gjør.

Basert på de data revisjonen har innhentet er revisjonen av den oppfatning at pasientene ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak får sikret sine behov for varierte og tilpassede aktiviteter i tråd med det som kan forventes, avhengig om pasienten er innlagt for korttids- eller langtidsopphold. Revisjonen er av den oppfatning at forskjellen i tjenestetilbudet mellom pasienter som er innlagt på kort- og langtidsopphold kan være utfordrende å kommunisere, særlig utad til allmennheten. På samme måte anser revisjonen at pasientene ved Fredrikstad korttidssenter i all hovedsak får dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet.

Revisjonen er opplyst om at personer med alvorlig demens i Fredrikstad kommune i all hovedsak får tilbud om plass i skjermet enhet, eller forsterket skjermet enhet. Det er fra ledelsen av etat omsorgs-

sentre gitt uttrykk for at man av kapasitetshensyn likevel kan være nødt til å benytte seg av en korttidsplass i påvente av det blir ledig plass ved en skjermet enhet. Det finnes ikke noe særskilt tilbud til personer med demens ved Fredrikstad korttidssenter. Dette kan fra tid til annen skape utfordringer for driften. Vi vurderer det som uheldig at manglende kapasitet i kommunen som sådan har ført til at demente pasienter har blitt plassert i en institusjon som ikke er tilrettelagt for dette. Dette er ikke bare uheldig for den pasient det gjelder, men også uheldig for andre pasientgrupper som kan oppleve uro og utrygghet, samt for ansatte som i disse tilfellene må ta hånd om pasienter som korttidssenteret ikke er ment for. Med bakgrunn i dette anbefaler revisjonen Fredrikstad kommune om å sikre et tilpasset tilbud til korttidspasienter med alvorlig demens.

5.3.2 Medvirkning

Revisjonens kontroll har vist at etat omsorgssentre har utarbeidet egen prosedyre for å sikre medvirkning fra brukerne, samt at Fredrikstad korttidssenter har en prosedyre for inntakssamtale med den enkelte pasient. Dette vurderer vi som et viktig tiltak i arbeidet med å sikre brukere av pleie- og omsorgstjenestene, samt eventuelle pårørende, medvirkning ved utforming/endring av pleietilbudet. Når fokuset i denne inntakssamtalen er på hva som er viktig for den enkelte pasient vurderer vi mulighetene som gode for at Fredrikstad korttidssenter sikrer tilstrekkelig medvirkning fra den enkelte.

Revisjonen vurderer at den funksjonen som samhandlingssykepleieren har ved korttidssenteret også er sentral i arbeidet med å sikre brukermedvirkning. Det å sikre medvirkning fra beboere/brukere og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge er, slik revisjonen oppfatter det, i kjernen av det samhandlingssykepleieren er satt til å håndtere. Den daglige samhandlingen mellom pasienter og pleiere er av stor betydning for at brukermedvirkningen skal være reell. Vi registrerer at nesten 3 av 4 respondenter i spørreundersøkelsen (73 %) opplevde at pasienten og/eller brukerne i stor eller svært stor grad får medvirke ved utforming og/eller endring av tjenestetilbudet. Dette vurderer revisjonen som positivt, i og med at det indikerer at brukermedvirkning har et stort fokus hos ansatte.

De tilbakemeldingene som revisjonen fikk ved intervjuer av pasienter på Fredrikstad korttidssenter viste at pasientene i all hovedsak var fornøyde med den pleie og omsorg som de fikk. Revisjonen fikk tilbakemeldinger som gikk ut på at man var «fornøyd med stell og den hjelp (som) han fikk til personlig hygiene og toalett», «føler trygghet» og «at man sto opp og gikk til sengs etter eget ønske». Revisjonen vurderer disse uttalelsene som indikasjoner på at brukerne har fått medvirke til innholdet i tjenesteproduksjonen. Vi vil likevel bemerke at vi også fikk tilbakemeldinger knyttet til ønsker og behov som ikke ble møtt i henhold til pasientens ønske. I denne forbindelse vil vi særlig peke på opplevelsen som ble beskrevet knyttet til at en pasient ikke ble snudd i sengen slik pasienten ønsket, samt opplevelsen av å ha fått en betennelse der det gikk tre dager før den ble behandlet. Revisjonen har ikke vurdert det sykepleiefaglige knyttet til disse to situasjonene, men det fremstår som åpenbart at dette var negative opplevelser for de pasientene det gjaldt, og at de ved disse tilfellene ikke har opplevd mulighet for å påvirke tjenestetilbudet i den retning de ønsket.

Til tross for dette er det revisjonens helhetlige vurdering at det er satt på plass et system som sikrer medvirkning fra pasienter og pårørende og at den enkelte har medbestemmelse i forbindelse med den daglige utøvelsen av tjenestene.

5.3.3 Legemiddelhåndtering

Revisjonens kontroll har vist at det er utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Det er også dokumentert skriftlige prosedyrer for hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse prosedyrene og bestemmelsene finnes i kommunens kvalitetssystem RiskManager. Revisjonen vurderer at etat omsorgssentre har prosedyrer og rutiner som sikrer at

kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering. Våre vurderinger baserer seg for eksempel på de dokumenterte systemene Fredrikstad korttidssenter har når det gjelder delegering av myndighet til å håndtere legemidler, opplæring av nyansatte og de øvrige opplæringstiltak som er iverksatt.

5.3.4 Ernæring

Revisjonen vurderer det som positivt at det er vedtatt en «Plan for mat og ernæring», og at denne konkretiserer de mål og strategier som er nedfelt i Kommunedelplan for helse og velferd 2016 – 2027. Revisjonens vurderer det også som positivt at det i forlengelsen av de nevnte plandokumenter er utviklet prosedyre for kartlegging av ernæringsstatus og prosedyre for oppfølging av pasienter hvor det er identifisert risiko for underernæring. Revisjonen er av den oppfatning at med de plandokumenter og prosedyrer som er utarbeidet så har man lagt et hensiktsmessig rammeverk for å sikre en god ernæringsmessig oppfølging av den enkelte pasient. Når dette er sagt viser kommunens egne tall at pr. 31.12.21 har 32 % av brukerne fått kartlagt sin ernæringsmessige status. Ser man dette i sammenheng med at mange av de kontrollerte tiltaksplanene (se neste kapittel) ikke har kartlagt ernæringsmessig status, tegner det seg et bilde som etter revisjonens syn gir grunn til bekymring. Revisjonen viser også til prosedyren «God ernæringspraksis i sykehjem og korttidssenter» hvor det beskrives at det skal gjøres en kartlegging/screening av pasientene hver tredje måned der det ikke er risiko for underernæring. Revisjonen legger også vekt på at virksomhetsleder ved Fredrikstad korttidssenter har informert om det ikke er alle pasienter man dokumenterer vurderingene på. Med bakgrunn i den dokumentasjon som revisjonen har kontrollert anbefaler revisjonen derfor Etat omsorgssentre og Fredrikstad korttidssenter å bringe dagens praksis med hensyn til kartlegging av ernæringsmessig status og eventuelle tiltak overfor den enkelte pasient, i tråd med nasjonale og kommunale målsettinger.

5.3.5 Tiltaksplaner

Revisjonen vurderer det som alvorlig at 5 av 12 kontrollert tiltaksplaner ved Fredrikstad korttidssenter ble vurdert som ikke-funksjonelle av den fagekspertisen revisjonen trakk veksler på. Dette ble for eksempel begrunnet i at planen ikke inneholdt tiltak i det hele tatt, eller at planen ikke var oppdatert. Når det gjelder for eksempel vurdering av ernæringsmessig status så viste det seg at i syv av de kontrollerte tiltaksplanene manglet dette helt, for de resterende fem var vurdering av status påbegynt, men ikke ferdigstilt. Også dette vurderer revisjonen som en alvorlig mangel. Det er etter revisjonens syn også bekymringsfullt at det samme bildet tegner seg for de kontrollerte tiltaksplanene når det gjelder vurderinger og planlagte tiltak i forhold til risiko for fall. Revisjonen anbefaler derfor at det så raskt som mulig iverksettes et arbeid for å utarbeide og oppdatere pasientenes tiltaksplaner ved Fredrikstad korttidssenter.

5.4 Konklusjon og anbefalinger

Basert på de undersøkelser som er gjort konkluderer revisjonen med at beboerne ved Fredrikstad korttidssenter på de fleste områder får ivarett sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas.

Samtidig har kommunen på enkelte områder rom for forbedringer. Det pekes i denne sammenheng på de funn revisjonen har gjort i forbindelse med kartlegging av ernæringsmessig status hos pasientene. I denne sammenheng vil revisjonen særlig peke på at nesten halvparten av de kontrollerte tiltaksplanene ble karakterisert som ikke-funksjonelle. Manglende vurdering av ernæringsmessig status er en sentral komponent i dette bildet. Revisjonen viser også til at Fredrikstad korttidssenter, av kapasitetsmessige årsaker, har vært nødt til å ta imot pasienter med alvorlig demens, selv om virksomheten ikke har en egen skjermet avdeling for demente.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør sørge for at:

- e) Etat omsorgssentre og Fredrikstad korttidssenter bringer dagens praksis med hensyn til kartlegging av ernæringsmessig status og eventuelle tiltak overfor den enkelte pasient, i tråd med nasjonale og kommunale målsettinger.
- f) Det så raskt som mulig iverksettes et arbeid for å utarbeide og oppdatere pasientenes tiltaksplaner ved Fredrikstad korttidssenter.
- g) Fredrikstad kommune/etat omsorgssentre sikrer et tilpasset tilbud til korttidspasienter med alvorlig demens.

6 KILDER

Lover, forskrifter og veiledere

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) - FOR-2003-06-27-792
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) - FOR-2010-11-12-1426
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) - FOR-1988-11-14-932
- Forskrift om legemiddelhåndtering - FOR-2008-04-03-320
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - FOR-2011-12-16-1256
- Rundskriv: I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Rundskriv: I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- Veileder: Legetjenester i sykehjem
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS – 1580
- Helsedirektoratet: IS-2012,
- Helsedirektoratet (2021): Rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen

Dokumenter fra Fredrikstad kommune

- Årsrapport 2020 Seksjon helse og velferd Vedtatt i helse- og velferdsutvalget 26 5 21
- Økonomiplan 2022 - 2025 og årsbudsjett 2022 - Seksjon for helse og velferd Vedtatt i helse- og velferdsutvalget 15.12.21
- Årsrapport etat Omsorgssentre 2021
- Virksomhetsplan 2021 Fredrikstad korttidssenter
- Virksomhetsplan 2022 - Fredrikstad korttidssenter
- Årsrapport - virksomhet 2020- Fredrikstad korttidssenter
- Årsrapport - virksomhet 2021 – Fredrikstad korttidssenter
- Bemanningsplan 2021 Fredrikstad korttidssenter
- Oversikt over avvik med beskrivelse – Fredrikstad korttidssenter (01.01.19 – 01.10.2021)
- Oversikt over HMS-avvik Fredrikstad korttidssenter (01.01.20 – 07.10.21)
- HMS kalender
- Risiko- og sårbarhetsanalyse 2021 Fredrikstad korttidssenter
- Sjekkliste nyansatt
- Rapport om brukerundersøkelse i sykehjem 2019 (datert 20.12.2019)
- Oversikt over risikovurderinger – Fredrikstad korttidssenter
- Plan for forbedringsarbeid Fredrikstad korttidssenter systematisert
- 10-Faktor 2021_Fredrikstad korttidssenter
- 10-Faktor 2021_Fredrikstad korttidssenter avdeling 2
- 10-Faktor 2021_Fredrikstad korttidssenter avdeling 3
- 10-Faktor 2021_Fredrikstad korttidssenter avdeling 4
- Fredrikstad kommune Ernæringsplan
- Omsorgssentre RiskManager
- Fredrikstad korttidssenter Riskmanager

- Hovedmeny RiskManager
- Kommunedelplan helse- og velferd 2016-2027
- Helse og velferdsutvalget: Møteprotokoll 170615
- Helse- og velferdsutvalget: 1.9.21 Særutskrift - Svar på spørsmål om situasjonen ved korttidssenteret
- Helse og velferdsutvalget: Møteprotokoll 010921
- Helse og velferdsutvalget: Møteinnkalling 151221
- Helse- og velferdsutvalget: 15.12.21 Særutskrift Rapport fra gjennomført faktaundersøkelse av Fredrikstad korttidssenter
- Rapport fra gjennomført fakta undersøkelse av Fredrikstad korttidssenter
- Helse- og velferdsutvalget 26.1.22 Særutskrift - Svar på spørsmål om bemanningssituasjonen ved Fredrikstad korttidssenter
- Oversikt over interne rutiner for Fredrikstad korttidssenter
- Stillingsbeskrivelse Samhandlingssykepleier Fredrikstad korttidssenter

Slumptallsgenerator <https://medlem.nortura.no/film/slumptall.htm>

7 VEDLEGG

7.1 Utledning av revisjonskriterier

Hovedkilden for revisjonskriteriene er forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, også kalt kvalitetsforskriften. I tillegg til denne finnes det en rekke andre bestemmelser som relaterer seg til de grunnleggende behovene i kvalitetsforskriften. Kildene for disse mer presise revisjonskriteriene er følgende:

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) - FOR-2003-06-27-792
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) - FOR-2010-11-12-1426
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) - FOR-1988-11-14-932
- Forskrift om legemiddelhåndtering - FOR-2008-04-03-320
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - FOR-2011-12-16-1256
- Rundskriv: I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Rundskriv: I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- Veileder: Legetjenester i sykehjem
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS – 1580
- St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen

I forskriftens formålsparagraf er nedfelt at forskriften skal sikre at de som mottar pleie- og omsorgstjenester, etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Forskriften kommer til anvendelse for kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres.

Kommunen skal etablere 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. Forskriften bestemmer også at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Det fremkommer også at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige prosedyrer som skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes det blant annet at den enkelte bruker skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet som blir gitt. Brukeren skal også oppleve selvstendighet og styring av eget liv. Den enkelte pasient/bruker skal få dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke) gjennom variert og helsefremmende kosthold. Det skal gis rimelig valgfrihet i forhold til mat. Det skal ytes tilpasset hjelp ved måltider og slik at brukerne får nok tid og ro til å spise.

Det skal legges til rette for at den enkeltes sosiale behov tilfredsstilles gjennom samvær med andre, i fellesskap og aktivitet. Det skal gis mulighet for å følge en normal livs- og døgnrytme, hvor uønsket og unødig sengeopphold unngås. Det skal også legges til rette for at den enkelte kan oppleve ro og et skjermet privatliv. Ved langtidsopphold skal det gis tilbud om enerom.

Brukerne skal også få ivaretatt sin personlige hygiene, også munnhygiene, og naturlige funksjoner (toalett). Den enkelte skal få tilpasset hjelp ved av- og påkledning. Det skal også gis mulighet til at den enkelte selv ivaretar sin egenomsorg.

Pasienter og brukere skal få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand. Det gjelder også for nødvendig tannbehandling.

Kommunen skal gi et tilrettelagt tilbud for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov.

Det skal gis en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

Revisjonen har utledet revisjonskriterier under i alt 9 underoverskrifter. Revisjonskriteriene, med tilhørende forankring i lov og forskrift, er satt opp i dette skjemaet.

Revisjonskriterium	Hjemmel
<p>1. Informasjon og brukermedvirkning</p> <p>Revisjonskriterium <i>Det skal foreligge rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.</i></p>	<p>Kvalitetsforskriften: Brukere/pårørende medvirker ved utforming/endring av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning forutsetter at bruker og pårørende blir informert. Bestemmelser bl.a. i Pbrl. kap. 3, bl.a. § 3-2 7.ledd: Brukere skal ha den info som er nødv. for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.</p> <p>Sykehjemsforskriften § 4-10: I de tilfelle hvor det ikke er opprettet styre for boformen, må en talsrepresentant for beboerne på annen måte sikres mulighet for innflytelse på driften.</p> <p>Hol. § 3-10 2. ledd: Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.</p>
<p>2. Legemiddelhåndtering</p> <p>Medisinutdeling Revisjonskriterium <i>Det skal være utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal være gjort kjent i virksomheten.</i></p> <p><i>Det skal finnes skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</i></p> <p><i>Det skal finnes rutiner og prosedyrer som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</i></p>	<p>Forskrift om legemiddelhåndtering: Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, bl.a.</p> <p>a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal gjøres kjent i virksomheten.</p> <p>b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</p> <p>c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</p>
<p>3. Ernæring</p> <p>Revisjonskriterium</p>	<p>Kvalitetsforskriften:</p>

<p>Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemme-sykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.</p> <p>Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.</p>	<p>Tilstrekkelig næring; Variert og helsefremmende kosthold; Rimelig valgfrihet ift mat.</p> <p>Hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise</p> <p>Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring: (Inneholder 12 anbefalinger, derav flere «skal»-anbefalinger)</p> <p>Dokumentere ernæringsstatus og vurdere ernæringsmessig risiko</p>
<p>4. Personlig stell og egenomsorg</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Beboerne ved kommunens sykehjem skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg 	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg
<p>5. Aktivisering og stimulering</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Beboerne ved kommunens sykehjem skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - få dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet 	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - Sosiale behov (mulighet for samvær, fellesskap, aktivitet) <p>Verdighetsforskriften:</p> <p>Et mest mulig normalt liv, ... med adgang til å komme ut</p> <p>Rundskriv I-5/2007: Kommunens plikt omfatter også tjenester som skal dekke den enkeltes behov for aktivitet; bidra til at bruker får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre</p>
<p>6. En verdig livsavslutning</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Beboere ved kommunens sykehjem bør ikke være alene i livets slutfase</p>	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <p>En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser</p> <p>Verdighetsforskriften:</p> <p>Lindrende behandling og en verdig død</p>
<p>7. Tilbud tilrettelagt for demente</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet ved kommunens sykehjem</p>	<p>Sykehjemsforskriften § 4-7:</p> <p>Skjermet enhet for senil demens kan etableres for grupper fra 4-12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått.</p> <p>St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen (s. 27):</p> <p>Det anbefales at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem.</p>

	Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for aldersdemente.
8. Tilbud om eget rom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv. Revisjonskriterium <i>Beboerne bør tilbys enkeltrom.</i>	Verdighetsforskriften: Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom Sykehjemsforskriften: Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Rommene bør ha uttak for telefon. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert senge-rom. Grupper av sengerom bør ha egne spise- og oppholdsarealer samt kokemuligheter som kan benyttes av beboerne.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Revisjonen har utledet revisjonskriterier med utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, for å vurdere om kommunen planlegger, gjennomfører, evaluerer og korri-gerer sin virksomhet i tråd med kravene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring erstatter den tidligere forskriften om internkontroll. Det går nå tydeligere frem at internkontroll er en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fremkommer følgende vedrø-rende styringssystemet jf. §§ 6,7,8,9 (planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerings):

Plikten til å planlegge fremkommer i forskriftens § 6. Planleggingsplikten innebærer å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.

Det skal innhentes tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgave-vene.

Videre skal man ha oversikt over følgende:

- relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Man skal også planlegge hvordan denne risikoen kan minimaliseres og særlige legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

Plikten til å gjennomføre fremkommer av forskriftens § 7. Dette innebærer å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres, samt sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem. Videre skal det utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Det skal også sørges for at medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Plikten til å evaluere fremkommer av forskriftens § 8. Dette innebærer å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres samt vurdere om gjennomføring av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen. Videre skal det evalueres om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen, samt vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter brukere og pårørendes erfaringer. Det skal også gjennomgås avvik, slik at lignende forhold kan forebygges. Minst en gang årlig skal det systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å korrigere fremkommer i forskriftens § 9. Dette innebærer å rette opp i uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves samt forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av helse- og omsorgslovgivningen.

Punktvis oppsummering av revisjonskriteriene:

Revisjonskriterium	Hjemmel
<p>Plikt til å planlegge</p> <p>Kommunen må sørge for at helse- og omsorgstjenestene har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet er fremkommer tydelig. Hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet bør være beskrevet.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6</p>
<p>Plikt til å gjennomføre</p> <p>Kommunen må sørge for at de ansatte i helse- og omsorgstjenestene har tilgang til og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter.</p> <p>Kommunen må sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontroll.</p> <p>Kommunen må sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7</p>

<p>Kommunen må sørge for at de ansatte får medvirkning i helse- og omsorgstjenesten slik at samlet kunnskap og erfaring blir nyttiggjort.</p>	
<p>Plikt til å evaluere Kommunen må gjøre bruk av erfaringer fra brukere i sitt forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Kommunen må skaffe seg oversikt over områder i helse- og omsorgstjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8.</p>
<p>Plikt til å korrigere Kommunen må utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv., for å avdekke, rette opp og forebygge overtreddelse av helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Kommunen skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helse- og omsorgstjenesten.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 9</p>



ØSTRE VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS
Larsen Frank Willy
Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

~~Unntatt offentlighet: Offl. § 5, 2. ledd~~

Deres referanse	Vår referanse	Klassering	Dato
	2021/28484-17-312165/2022-PALKLA	F00	10.11.2022

Forvaltningsrevisjon kvalitet i helsetjenester ved Fredrikstad korttidssenter

Vi viser til deres oversendelse av revisjonsrapport den 27.oktober 2022.

Vi tar rapportens konklusjoner og anbefalinger til etterretning og vil følge opp samtlige anbefalinger i tråd med rapporten.

Vi takker for godt samarbeid gjennom denne forvaltningsrevisjonen.

Med hilsen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

Pål Henning Klavenes

Styring og eierskap

Besøksadresse: Nygaardsgt. 16, 1606 Fredrikstad
E-postadresse: postmottak@fredrikstad.kommune.no
Telefon: 69 30 60 00 Org.nr: 940039541

Postadresse: Postboks 1405, 1602 FREDRIKSTAD
Webadresse: www.fredrikstad.kommune.no
Tlf. saksbeh.: 69 36 79 03 Bankkonto: 5122 05 77000