



**Kvalitet i heldøgns
omsorgsplasser
Sarpsborg kommune**
Forvaltningsrevisjonsrapport

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	7
2.1	Bakgrunn	7
2.2	Problemstillinger og avgrensing.....	7
2.3	Metode og gjennomføring	7
2.4	Revisjonskriterier.....	9
2.5	Litteratur- og dokumentliste.....	10
3	ORGANISERING KOMMUNEOMRÅDE VELFERD	11
4	FÅR BEBOERNE VED SYKEHJEMMET TRYGGE OG SIKRE TJENESTER?	12
4.1	Revisjonskriterier.....	12
4.2	Fakta.....	13
4.3	Vurderinger	25
5	FÅR BEBOERE VED SYKEHJEMMET EN HELHETLIG, SAMORDNET OG FLEKSIBEL TJENESTE?.....	28
5.1	Revisjonskriterier.....	28
5.2	Fakta.....	29
5.3	Vurderinger	44
6	IVARETAR SYKEHJEMMET BRUKERMEDVIRKNING OG INDIVIDUELL TILPASNING?	47
6.1	Revisjonskriterier.....	47
6.2	Fakta.....	47
6.3	Vurderinger	51
7	KONKLUSJONER/ANBEFALINGER.....	53
8	RÅDMANNENS UTTAELSE	57
9	VEDLEGG	58

1 SAMMENDRAG

Kvalitet kan defineres på mange måter. I denne sammenhengen har vi valgt å fokusere på at virksomheten skal oppfylle lovverkets krav og leverer en kvalitativt faglig god tjeneste til brukerne. Å bli møtt med respekt og omtanke, i kombinasjon med faglig god behandling, vil for de fleste være et uttrykk for god kvalitet. Ifølge Helsedirektoratet¹ innebærer god kvalitet for sosial- og helsetjenesten at tjenestene blant annet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, og at de er samordnet og preget av kontinuitet.

Østfold kommunerevisjon IKS har i dette prosjektet undersøkt i hvilken grad beboere ved sykehjemmene får trygge og sikre tjenester, samt i hvilken grad beboerne ved sykehjemmene får en helhetlig, samordnet og fleksibel tjeneste. Videre har vi undersøkt om sykehjemmene ivaretar brukermedvirkning og individuell tilpasning.

Revisjonens gjennomgang

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i perioden mars til august 2017. Kriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i lovverk på feltet. Kriteriene fremkommer oppsummert under problemstillingene i kapittel 4, 5 og 6. Fakta er innhentet ved bruk av intervju, dokumentanalyse, spørreundersøkelse, journalgjennomgang og avviksanalyse.

Revisjonens funn og konklusjoner

Det er faglig forsvarlighet som er styrende for dimensjoneringen av bemanningen på sykehjemmene. Begge sykehjemmene har også gjennomført risikovurderinger/kartlegginger av avdelingenes bemannings- og kompetansebehov, samt at de har ansatte i ressursteam. Dette har ført til mindre tilfeldig innleie av vikarer, høyere fagdekning og mer planlagt bemanning. Revisjonen finner dette tilfredsstillende. Det fremkommer at det er

tilfeller hvor en nattevakt på Haugvoll må forlate sin avdeling for å assistere kollegaer ved andre avdelinger, dette medfører at en avdeling kan være uten personell til stede i det tidsrommet ansatte er ute av avdelingen. Slike situasjoner bør, etter revisjonens vurdering, risikovurderes på det enkelte sykehjem.

Begge sykehjemmene har utarbeidet kompetanse- og opplæringsplaner som inneholder informasjon om kursgjennomføring ved sykehjemmene. Det fremstår også for revisjonen som om sykehjemmene har god oversikt over de ansattes kompetansenivå og sykehjemmenes fremtidige behov for kompetanse. Videre fremkommer det at sykehjemmene har ulik praksis for deltakelse på kurs/opplæring internt på sykehjemmene. Tingvoll gir lønnet oppmøte for deltakelse på interne kurs, mens Haugvolls praksis i større grad baserer seg på frivillighet. Ifølge revisjonens vurdering vil Tingvolls praksis, i større grad sikre at de ansatte får deltatt på kurs, og oppnår nødvendig kompetanseheving.

Det fremstår for revisjonen som om det arbeides godt med både risikovurdering og avviksmelding/ -håndtering ved sykehjemmene. Det fremkommer at det er gjennomført flere felles risikovurderinger som er gjeldende på tvers av kommunens sykehjem, samt at det er gjennomført noe risikovurderinger på det enkelte sykehjem. Videre fremkommer det at samtlige avdelinger ved sykehjemmene arbeider etter risikotavler. Bruk av risikotavler skal bidra til at risikoområder får et nødvendig fokus, slik at de ansatte reduserer sannsynligheten for skader og forbedrer pasient- og brukersikkerheten på avdelingene. Ifølge revisjonens vurdering fremstår utarbeidelsen og bruken av avdelingenes risikotavler som en god måte å få oversikt over pasientenes eventuelle risikoområder på.

¹ «... og bedre skal det bli» - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet – 2005.

Praksisen rundt avviksmelding og avviksbehandling fremstår som god ved avdelingene. Det fremkommer at begge sykehjemmene har fokus på avviksmelding og benytter avviksmelding i interne forbedringsprosesser og som utvikling av internkontrollen. Samtidig fremkommer det at flere ansatte vegrer seg for å melde avvik grunnet usikkerhet og fravær av opplæring. Det fremkommer også at flere situasjoner som kunne vært oppfattet som et avvik kun blir diskutert/rapportert muntlig, uten at det nødvendigvis blir dokumentert i Riskmanager. Noe av formålet med avviksregistrering er nettopp å fange opp enkelthendelser. Det betyr ikke at enkelthendelser bør danne grunnlag for tiltak, men dersom en hendelse forekommer flere ganger, må noe gjøres. For at hendelser ikke skal «glippe» er det viktig at alt registreres. Det er, ifølge revisjonen, viktig at sykehjemmene har kontinuerlig fokus på å utvikle og implementere en god avviskultur blant de ansatte i avdelingene.

Det er sykehjemmenes sykepleiere og fagarbeidere med godkjenning som kan dele ut medisiner til pasienter. Det fremkommer at avdelingenes teamledere alltid gjennomfører vurderinger av om ansatte er egnede til å få godkjenning, noe som har resultert i at flere ansatte ikke får lov til å dele ut medisiner. Etter revisjonens vurdering fremstår sykehjemmets praksis i tråd med rapportens revisjonskriterier. Samtidig fremkommer det at det foreligger en god del avvik omhandlende legemiddelhåndtering. I all hovedsak omhandler slike avvik tilleggsmedisiner som for eksempel C-vitamin eller lignende.

Det er sykehjemslege i samråd med sykehjemmets ansatte, pasient og pårørende som gjennomfører vurdering av samtykkekompetanse. De ansatte vurderer kontinuerlig pasientene i det daglige, og ved eventuelle forandringer som kan påvirke samtykkestatus, diskuteres dette med lege og pårørende. Ifølge revisjonen fremstår denne praksisen som god.

Dokumentasjon skal gjøres i brukers journal i Gerica og det er enhetsleder som er ansvarlig for at alle brukere får opprettet en journal og utpekt en journalansvarlig. Begge sykehjemmene arbeider etter tiltaksplaner. Det som står i pasientenes tiltaksplaner skal gjennomføres. Det som avviker fra tiltaksplanene skal dokumenteres i journal etter hver vakt. Samtidig fremkommer det at det ofte dokumenteres for mye i journal, noe som kan utgjøre en risiko for at viktig informasjon kan gå tapt når ansatte skal lese seg opp på hva som har skjedd. Ifølge revisjonens vurdering vil det være viktig å definere hva som skal dokumenteres under ulike situasjoner. Dette vil i større grad kunne sikre en enhetlig dokumentasjonspraksis blant de ansatte på sykehjemmene.

På Tingvoll sykehjem (avdeling F) er det etablert et permanent dobbeltrom hvor to søsken ønsker å bo sammen, samt ett midlertidig dobbeltrom, mens det på Haugvoll i april 2017 ble etablert to midlertidige dobbeltrom på grunn av stor pågang. Ifølge revisjonens vurdering overholder ikke kommunen kravet om eget rom ved langtidsopphold fullt ut, samt at kravet om mulighet til ro og skjermet privatliv vanskelig lar seg gjennomføre på et dobbeltrom. Videre fremkommer det at det ved Tingvoll sykehjem (avdeling D) er seks pasienter som deler på tre toaletter og en dusj, samt at rommene og korridorene i avdelingene er smale, noe som vanskeliggjør bruk av hjelpemidler. Ifølge revisjonens vurdering tilfredsstiller ikke overnevnte revisjonskriteriene fullt ut.

Det fremstår for revisjonen som om sykehjemmene arbeider godt med og har fokus på å levere tjenester som er trygge og forutsigbare. Det er revisjonens inntrykk at spørreundersøkelsens påstander omhandlende respekt, forutsigbarhet og trygghet jevnt over får gode skår fra brukerne som har besvart undersøkelsen. Eksempelvis oppnår påstanden «*De ansatte behandler meg respekt*» en gjennomsnittsskår på 5,36, mens påstanden «*Jeg føler meg trygg her*» oppnår en gjennomsnittsskår på 5,50. Påstandene omhandlende om det gis et helhetlig og koordinert helse- og

omsorgstilbud fremstår også, etter revisjonens vurdering, i all vesentlighet å få gode skår fra brukerne som har besvart undersøkelsen. Den ene påstanden som skiller seg ut i noe negativ retning er «*Jeg får fysioterapi når jeg trenger det*», som oppnår et gjennomsnittskår på 2,75. De pårørende besvarer denne påstanden med ett gjennomsnittskår på 2,30. Kommunen har utarbeidet prosedyre «*Fysioterapi ved heldøgns helse- og omsorgstilbud*». Her fremkommer det at behov for fysioterapi blir vurdert av lege. Av prosedyre «*Kriterier for behandling, team fysioterapi, fagområde voksne*» fremkommer det at pasienter som mottar fysioterapi bør være treningsvillige og motivert, forstå hvorfor fysioterapeuten tar kontakt og starter en undersøkelse, samt at de må kunne samarbeide.

Hjelpebehov og ønsker knyttet til personlig stell fremkommer av den enkelte pasients tiltaksplan. Dette skal sikre at hjelpetilbudet er differensiert, tilpasset den enkelte, samt brukermedvirkning i hverdagen. Ifølge revisjonens vurdering fremstår spørreundersøkelsens påstander omhandlende personlig stell som gode, eksempelvis oppnår påstanden «*Jeg får den hjelpen jeg trenger til personlig hygiene*» en gjennomsnittskår på 5,67 blant brukerne som har besvart undersøkelsen.

Det fremkommer at pasientene har valgfrihet når det gjelder brødmatt og pålegg, mens middag er fastsatt i egen ukemeny. Det fremkommer av tiltaksplan eller matkort hva den enkelte foretrekker av mat. Dette skal sikre at pasienter får tilstrekkelig med mat, samt den maten vedkommende liker. Det fremkommer at det er fokus på å skape ro rundt måltidene, samt at måltidene tilpasses den enkeltes døgnrytme og hjelpebehov. Videre er det revisjonens vurdering at spørreundersøkelsens påstander i all vesentlighet er gode, men noen påstander har forholdsvis stor variasjon i svarene. Et eksempel på dette er påstanden «*Jeg er fornøyd med maten jeg får*». Påstanden oppnår et gjennomsnittskår på 4,33 blant brukerne som har besvart undersøkelsen. Samtidig fremkommer det at samtlige svaralternativer er benyttet utenom

svaralternativ 2. Dette indikerer at brukerne opplever maten de får svært ulikt. Noen er veldig fornøyd, mens andre synes maten er forholdsvis dårlig.

Det fremkommer at det gjennomføres aktiviteter felles på sykehjemmene og i avdelingene. Hva pasientene liker å gjennomføre av aktiviteter er registrert i pasientenes tiltaksplaner, og aktivitetene tilpasses pasientene i den grad det lar seg gjøre. Eksempler på aktiviteter er sykkeltur med vogn, spa-bad, besøk av frivillige organisasjoner, deltagelse i arbeidsgrupper ved avdelingen, bingo, quiz og turer i nærområdet. Det fremstår for revisjonen som om sykehjemmene har et vidt spekter med aktiviteter som gjennomføres. Samtidig fremkommer det at det kan være liten tid i løpet av dagen til å aktivisere pasientene på en god måte. Ved Haugvoll er det blant annet ønskelig å ta med pasientene på flere turer, og i større grad benytte sykehjemmets sansehage. Det fremkommer også at det ved Haugvoll hender at pasienter ikke har mulighet til å stå opp og få stell før 10-11 på dagen. Ifølge de ansatte skyldes dette sykehjemmets kapasitet. Samtidig informerer enhetsleder om at tidspunkt for når pasienter får hjelp til stell også kan være basert på ønsker og helsesituasjon.

Det fremstår for revisjonen som om de to sykehjemmene arbeider godt med, og i stor grad ivaretar kriteriet om en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Samtidig opplever sykepleierne ved en avdeling ved Haugvoll at det ved enkelte tilfeller har vært for lav bemanning ved terminalpleie.

Begge sykehjemmene gjennomfører pårørendesamtaler ved innkomst, samt at det gis tilbud om oppfølgingssamtaler. Formålet med innkomstsamtalen er å sikre ivaretagelse av pasientens behov og interesser gjennom å ha en god dialog og et godt samarbeid med pårørende eller andre som står pasienten nær. Ansatte ved de to sykehjemmene fremhever at de tar hensyn til pasientenes ønsker og at det legges til rette for dette i hverdagen. Basert på overnevnte fremstår det for

revisjonen som om sykehjemmene arbeider med bruker- og pårørendemedvirkning på en god måte. Kommuneområde velferd har også gjennomført systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser siden 2009. Ved samtlige av kommunens sykehjem gjennomføres det undersøkelser annethvert år. Basert på resultatene fra undersøkelsen har hver enhet valgt ut et utviklingsområde som de har arbeidet videre med.

Med bakgrunn i konklusjoner og vurderingene disse bygger på anbefaler vi at kommunen:

- Fortsette arbeidet med å utvikle flere nivå 2 prosedyrer. Dette vil kunne sikre en universell praksis ved kommunens sykehjem.
- Fortsette fokuset på å implementere en god avvikskultur i avdelingene. Dette vil kunne sikre at flere ansatte melder inn skriftlige avvik i Riskmanager.
- Etterstrebe å kun benytte enkeltrom ved langtidsopphold. Dette vil i stor grad kunne sikre brukernes mulighet for ro og skjermet privatliv.
- Videreutvikle praksis omhandlende dokumentasjon i tiltaksplan og journal. Kommunen bør i større grad definere hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres, slik at praksis blir enhetlig og oversiktlig.

Revisjonen takker for samarbeidet og bistanden i forbindelse med revisjonen.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Faktaboks 1: Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3. Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak.

Det vises til vedtak i Bystyret 11. februar 2016, hvor forvaltningsrevisjonsplan 2016-2017 ble fastsatt. Vedtaket bygget på innstilling fra kontrollutvalget, som igjen bygget på overordnet analyse fra revisjonen. I forbindelse med bystyrebehandlingen ble det imidlertid fremmet et tilleggsforslag om forvaltningsrevisjon av «**Kvaliteten på tjenestene som eldre får på heldøgns plassene i kommunen**». Dette forslaget ble vedtatt og tatt inn i planen.

Plan for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt i kontrollutvalget 14. februar 2017, sak PS 17/4.

Det ble avholdt oppstartsmøte med administrasjonen 17. mars 2017, hvor prosjektplanen ble gjennomgått.

2.2 Problemstillinger og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. Får beboere ved sykehjemmet trygge og sikre tjenester?
2. Får beboere ved sykehjemmet en helhetlig, samordnet og fleksibel tjeneste?
3. Ivaretar sykehjemmet brukermedvirkning og individuell tilpasning?

Følgende fremgår av møteprotokoll, kontrollutvalget Sarpsborg 14.02.2017 knyttet til behandling av saken:

² Ved skjermet avdeling bor pasienter med en demensdiagnose.

«Kontrollutvalget diskuterte de ulike forslagene i prosjektplanen og var enige om at alternativ 3 «Kvalitet på heldøgns omsorgsplasser», er det alternativet som best tilfredsstillende bystyrets ønske.

Revisjonen informerte om at enhet omsorgstjenester Valaskjold og Sentrum er under internrevisjon denne våren. Tema for revisjonen er overordnet internkontroll, dokumentasjon i journal og legemiddelhåndtering. Kontrollutvalget ble enige om at prosjektet skal omfatte sykehjemmene Haugvoll og Tingvoll. Begrunnelsen for valg av sykehjem var for det første den geografiske avstanden mellom disse, for det andre ble det sagt at det kan være hensiktsmessig å sammenligne et relativt nytt og et relativt eldre sykehjem. Prosjektet må ivareta både pasient/bruker- og pårørendeperspektivet. Kontrollutvalget forutsatte videre at revisjonen tilpasser undersøkelsesopplegget slik at det ikke overlapper Fylkesmannens tilsyn. Enhet omsorgstjenester Tingvoll/Kurland hadde tilsyn fra Fylkesmannen i Østfold desember 2016, med tema forebygging av underernæring. Enhet omsorgstjenester Borgen har i januar og februar 2017 hatt tilsyn fra Mattilsynet.»

I oppstartsmøte ble det besluttet å undersøke fire avdelinger ved de utvalgte sykehjemmene hvorav to skjermede².

2.3 Metode og gjennomføring

Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med "Standard for forvaltningsrevisjon" (RSK 001). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom fakta, og revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Fakta plasseres under egen overskrift, og er en gjengivelse av informasjon som revisjonen har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen. Informasjonen bygger på beskrivelser hentet fra skriftlige dokumenter, mappegjennomgang, spørreundersøkelse og/eller verifiserte intervjuer. Det gjøres oppmerksom på at fakta i noen tilfeller kan gjengi kommunens egen vurdering eller opplevelse av en gitt tilstand. Fakta kan også være enkeltpersoners meninger, erfaringer eller holdninger.

Revisjonen er gjennomført ved bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse
- Intervjuer
- Spørreundersøkelse
- Journalgjennomgang i Gerica
- Avviksanalyse i Riskmanager

Utvalg av informanter til intervju

Revisjonen vurderte det mest hensiktsmessig å gjennomføre separate intervjuer med enhetsledere og teamledere ved de utvalgte sykehjemmene/ avdelingene. Dette er fordi spørsmålene knyttes til teamleders og enhetsleders ulike roller.

Videre fant vi det hensiktsmessig å gjennomføre separate gruppeintervju med henholdsvis sykepleiere og fagarbeidere. Det ble gjennomført totalt fire gruppeintervjuer ved hvert av sykehjemmene, to på hver avdeling med tre og fire deltagere. Ved utvelgelsen av informanter ble størrelsen på stillingene vektlagt. Det ble valgt ut informanter med variert stillingsprosent. For å dekke all type bemanning ble sykepleiere og fagarbeidere med nattevaktstillinger også inkludert.

Det er gjennomført intervju med:

- Enhetsleder ved omsorgstjenester Haugvoll
- 2 teamledere ved Haugvoll sykehjem
- 6 sykepleiere ved Haugvoll sykehjem
- 8 fagarbeidere ved Haugvoll sykehjem
- Enhetsleder ved Kurland og Tingvoll sykehjem
- 2 teamledere ved Tingvoll sykehjem
- 6 sykepleiere ved Tingvoll sykehjem

- 8 fagarbeidere ved Tingvoll sykehjem
- Rådgiver/superbruker i Gerica
- Rådgiver ved enhet Helse med ansvar for kompetanse og rekruttering

I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informantene.

Referat fra gruppeintervju ble sendt til én av informantene. Etter avtale ble dette videresendt til de andre som deltok på intervjuet, og samlet verifisert tilbakemelding ble returnert revisjonen.

Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

Spørreundersøkelse

I forbindelse med spørreundersøkelsen til pårørende og pasienter tok revisjonen utgangspunkt i undersøkelsen Sarpsborg kommune gjennomførte i 2013 og 2015. Undersøkelsen er utarbeidet av KS bedrekommune. Bakgrunnen for dette er at flere av påstandene og spørsmålene er sammenfallende med revisjonens kriterier knyttet til kvalitet. Gjenbruk av påstander/spørsmål gir i tillegg et reelt sammenligningsgrunnlag når det gjelder utvikling over tid.

Revisjonen sendte ut informasjonsskriv til 63 pårørende. I skrivet ble det orientert om prosjektet, og at vi ville ta kontakt over telefon for å stille spørsmål knyttet til opplevd kvalitet i tjenestene. Det var 40 av 63 pårørende som deltok i undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 63. Fra Haugvoll sykehjem deltok 18 pårørende og 22 fra Tingvoll.

Av de 23 som ikke deltok var det 13 som ikke svarte på telefon, 7 ønsket ikke å besvare spørsmålene, 2 utgikk fordi pasient var død og den siste lyktes vi ikke å finne kontaktinformasjon til. Alle 13 som ikke svarte på telefon ble oppringt to ganger. Informasjonsskriv ble sendt ut mandag 3. april 2017 og telefonintervjuene ble gjennomført i perioden 24. til 28. mai 2017.

Pårørendeundersøkelsen bestod av 31 spørsmål, samt ett kommentarfelt. Spørsmålene ble besvart på en skala fra 1 til 6 hvor 1= «svært liten» grad og 6= «svært stor» grad. Det var også mulighet å besvare spørsmålene med kategorien «vet ikke».

Når det gjelder analysene av svar fra pårørende, fremgår det av teksten dersom det er forskjeller i svarene mellom sykehjemmene. Utover det presenteres analysene samlet.

Det var teamleder ved de respektive avdelingene som plukket ut aktuelle respondenter blant pasientene. Ingen pasienter fra skjermet avdeling ved sykehjemmene deltok. Det ble gjennomført intervju med fem pasienter fra Haugvoll sykehjem og syv fra Tingvoll.

Pasientundersøkelsen bestod av 31 påstander, samt ett kommentarfelt. Spørsmålene ble besvart på en skala fra 1 til 6 hvor 1= «helt uenig» og 6= «helt enig». Det var også mulighet å besvare spørsmålene med kategorien «vet ikke».

Utvalget på 12 pasienter gir grunnlag for å si noe om hvordan disse pasientene opplever sine respektive avdelinger. Utvalget gir ikke grunnlag for overførbarhet eller statistisk generalisering mellom flere avdelinger eller mellom kommunens andre sykehjem.

På bakgrunn av få deltagende pasienter fremstilles resultatene samlet for begge sykehjemmene der hvor det ikke er store variasjoner i svarene. Ved variasjon i svarene for henholdsvis Haugvoll og Tingvoll fremkommer det i teksten. Som det fremgår av figurene er det ikke alle respondenter som har svart på alle spørsmålene.

Journalgjennomgang i Gerica

Revisjonen har gjennomgått tiltaksplaner og dokumentasjon i journal for til sammen 16 tilfeldig utvalgte pasienter ved de fire utvalgte avdelingene (fire pasienter per avdeling). Vi har gjennomgått om samtykkestatus er dokumentert, om tiltaksplanene inneholder tilstrekkelig med beskrivelser/informasjon,

samt om tiltaksplanene inneholder tidsplaner. Analysen er presentert i kapittel 4.

Avviksanalyse i Riskmanager

Revisjonen har gjennomført en analyse av meldte avvik ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem (resultatene er samlet på sykehjemsnivå) i tidsperioden 1.1.2016 til 31.12.2016, samt for tidsperioden 1.1.2017 til 18.4.2017. Det er også gjennomført analyse av meldte avvik på avdelingsnivå i tilsvarende tidsintervaller for de fire utvalgte avdelingene. Analysen inneholder informasjon om antall avvik, hvilke type avvik som er blitt meldt, samt hvordan avvikene er blitt behandlet. Analysen er presentert i kapittel 4.

Observasjon av fysiske omgivelser på Haugvoll og Tingvoll sykehjem ble gjennomført i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene i mai 2017.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Bjørnar Bakker Eriksen og Lena Longva-Stavem i perioden mars-juni 2017.

2.4 Revisjonskriterier

Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Utleddning av revisjonskriteriene følger under hver enkelt problemstilling.

Litteratur- og dokumentliste

Følgende dokumenter ligger til grunn for faktafremstillingen:

- Årsmelding 2016 Pasient- og brukerombudet i Østfold.

- Veiledning «Veiledning til registrering av avvik» Godkjent dato: 18.03.2016.
- «Beskrivelse av fagsystemet Gerica» Nivå 2. Godkjent dato 10.10.2016.
- Rapport fra tilsyn med forebygging og behandling av underernæring ved Tingvoll sykehjem Sarpsborg 2016- Helsetilsynet.
- KOSMOS- Studien- Universitetet i Bergen.
- «Kursinvitasjon- Helsenorsk- Yrkesrettet kommunikasjon og dokumentasjon!» Folkeuniversitetet.
- Avviksrapporter fra RiskManager.
- Kommunens og enhetenes interne prosedyrer og rutiner.

3 ORGANISERING KOMMUNEOMRÅDE VELFERD

Kommuneområde Velferd

Kommuneområde Velferd ledes av kommunesjef Kirsti Skaug. Velferd består av totalt 17 enheter, som ledes av hver sin enhetsleder:

- Enhet barnevern
- Enhet kjøkken og kantine
- Enhet forebyggende tjenester
- Enhet helse
- Enhet bolig og omsorg
- Enhet kompetansesenter rus og psykisk helse
- Enhet helsehuset Sarpsborg
- **Enhet Kurland og Tingvoll sykehjem**
- Enhet omsorgstjenester Sentrum
- Enhet omsorgstjenester Borgen
- Enhet omsorgstjenester Valaskjold og Varteig
- **Enhet omsorgstjenester Haugvoll**
- Enhet omsorgstjenester Tune
- Enhet boveiledning Baterød og Tune
- Enhet boveiledning sentrum
- Enhet boveiledning Skjeberg
- Enhet NAV

Kommunen drifter seks sykehjem med tilsammen 434 heldøgns omsorgsplasser. Tingvoll og Haugvoll sykehjem har totalt 141 plasser, noe som utgjør 32,5 % av kommunens heldøgns omsorgsplasser.

Enhet Kurland og Tingvoll sykehjem

Enhet Kurland og Tingvoll sykehjem består av sykehjemmene på Kurland og Tingvoll. Enheten ledes av Gro Gulla. Tingvoll sykehjem har tilsammen 77³ heldøgns omsorgsplasser og består av fem avdelinger, en lukket demens avdeling med 12 plasser, samt fire ordinære langtidsavdelinger med henholdsvis 15, 15, 16 og 21 plasser. Hver avdeling ledes av en teamleder. Sykehjemmet har tilsammen 121 ansatte, noe som utgjør 67,1 årsverk.

Enhet omsorgstjenester Haugvoll

Enheten består av Haugvoll sykehjem, Haugvoll bofellesskap og hjemmetjenester søndre Skjeberg og Sandbakken. Enheten ledes av enhetsleder Vegard Edgren. Haugvoll sykehjem har tilsammen 64 heldøgns omsorgsplasser og består av fire avdelinger, en lukket demensavdeling med 16 plasser, samt tre ordinære langtidsavdelinger med 48 plasser tilsammen (16 plasser per avdeling). Hver avdeling ledes av en teamleder. Sykehjemmet har tilsammen 112 ansatte, fordelt på 72 årsverk.⁴

³ På revisjonens tidspunkt har sykehjemmet to ekstra pasienter på avdeling F grunnet stort press på kommunens sykehjemsplasser. Sykehjemmet har på revisjonens tidspunkt 79 pasienter.

⁴ Sykehjemmet har også 17 ansatte vikarer i stillingsforhold 0 prosent.

4 FÅR BEBOERNE VED SYKEHJEMMET TRYGGE OG SIKRE TJENESTER?

4.1 Revisjonskriterier

Bemanning

- Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren. Dette innebærer blant annet å ha:
 - Sikret tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.⁵
 - Tilknyttet en administrativ leder, en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen, en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien, samt det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand i sykehjemmet.⁶
 - Oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.⁷
- Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.⁸

Internkontroll (Rutiner og prosedyrer)

- Kommunen skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.⁹
- Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon

- og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.¹⁰
- Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.¹¹

Legemiddelhåndtering

Virksomhetsleder skal sørge for at¹²:

- Helsepersonell som håndterer legemidler har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra vedkommende formelle og reelle kvalifikasjoner og oppgavens art, før legemiddelhåndtering kan utføres.
- Skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering etableres og oppdateres. Dette innebærer, blant annet, prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering.
- Skriftlig bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering utarbeides.
- Helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.¹³

⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

⁶ Forskrift for sykehjem m.v. § 3-2.

⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1.

⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7.

¹⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

¹¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

¹² Forskrift om legemiddelhåndtering § 4.

¹³ Forskrift om legemiddelhåndtering § 7.

Vurdering av samtykkekompetanse

- Samtykkekompetansen¹⁴ kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til samtykke. Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende.¹⁵

Dokumentasjon i journal

- Kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.¹⁶

4.2 Fakta

Bemanning

Enhetslederene ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem er leder for enhetens sykepleiertjenester og er ansvarlig for at sykehjemmet driftes faglig forsvarlig. Begge sykehjemmene har sykehjemsleger som er ansatt i kommunen ved enhet Helse.¹⁷ Det er legedekning på Haugvoll og Tingvoll sykehjem alle hverdager frem til 16.00, etter 16.00 på hverdager og i helgene er det legevakten som må kontaktes ved behov. Samtlige avdelinger har fast dag for legevisitt.

Haugvoll sykehjem

Ifølge enhetsleder er det faglig forsvarlighet som er styrende for dimensjoneringen av bemanningen på sykehjemmet. Det er gjennomført risikovurderinger og utarbeidet nivå 3 prosedyrer (prosedyre på enhetsnivå, se faktaboks 4 side 13) som inneholder informasjon om antallet sykepleiere som til enhver tid skal være på sykehjemmet. På avdelingsnivå fremkommer dette av teamledernes sykepleierlister. Samtidig må bemanningen til enhver tid vurderes opp mot

pasientbelegget. Avdelingsleder ved rød avdeling underbygger at avdelingen har definert hva som er tilstrekkelig fagkompetanse på avdelingen, noe som fremkommer av avdelingens grunnbemanning. Det tilstrebes at avdelingen til enhver tid minimum er grunnbemannet (se nedenfor). Ved for eksempel terminalpleie og mye uro/utagering vurderes det alltid om det skal settes inn ekstra bemanning.

På ordinær langtidsavdeling på Haugvoll er det 4 ansatte på dagtid, 3 ansatte på kveld og en på natt. På skjermet avdeling/ blå avdeling er det 5 ansatte på dagtid, 4 ansatte på kveld og en på natt. Mandag til fredag er teamleder også en del av bemanningen. Teamleder er 40 prosent i miljø/stell. Teamleder ved rød avdeling informerer om at sykepleierne samarbeider mye på tvers av avdelingene. I tillegg til sykehjemmets grunnbemanning kommer også studenter, lærlinger og ulike praksiskandidater på hver avdeling.

Sykehjemmet har budsjettet med en «buffer» som utgjør ca. 21,5 årsverk¹⁸ totalt. Ifølge prosedyre «*Buffer i turnus*» vil dette si at samtlige av sykehjemmets avdelinger har faste ansatte utover egen ramme. Dette er ansatte som har fått økt stillingsstørrelse gjennom krav, og som lønnes med fast månedslønn, noe som betyr at deler av stillingen til den ansatte skal benyttes til å dekke opp for korttids- og langtidsfravær. Det er teamleder for den enkelte avdeling som koordinerer bruk av «buffer» ved fravær. Dersom «buffer» ikke kan benyttes for å dekke opp fravær i egen avdeling skal «buffervakten» i sin helhet tilbys en annen avdeling, eller benyttes på den avdelingen med størst arbeidspress. Sykehjemmet startet med ordningen i januar 2015. Etter at dette ble innført har det blitt mindre bruk av tilfeldig innleie av vikarer, høyere fagdekning og mer planlagt bemanning. Når sykefraværet på sykehjemmet går ned, benyttes det i

¹⁴ Samtykkekompetanse dreier seg om pasientens kompetanse (kognitiv, verbal, emosjonell) til selv å ta avgjørelse i spørsmål om helsehjelp.

¹⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

¹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

¹⁷ Tilsynsfunksjonen på grønn avdeling ved Haugvoll ligger til fastlege Rene Schwartz.

¹⁸ Avdeling rød er «buffet» opp med 1,71 årsverk. Avdeling blå er «buffet» opp med 2,75 årsverk.

utgangspunktet mer ressurser enn hva det er avsatt lønnsmidler til i budsjett.

Flere av de ansatte på Haugvoll sykehjem opplever bemanningen ofte som for lav. Ifølge de ansatte skyldes dette at grunnbemanningen er lik selv om behovet og belegget i avdelingen endres. Noen opplever også at sykehjemmet er for dårlig bemannet på kveldstid. Når det skal gjennomføres kveldsstell er det ikke tilstrekkelig kapasitet til at en ansatt kan være i miljø blant pasientene. Ansatte opplyser at det har hendt at pasienter har falt. Sykepleiere kan bli «løftet» ut å få sykepleieansvar for flere avdelinger. Dette skjer ofte ved sykdom og det er spesielt kveld, helg og ferier som er kritiske tidspunkter. Dette medfører et stort arbeidspress for den enkelte sykepleier. Enhetsleder ved Haugvoll informerer om at det alltid leies inn ekstra vikar for sykepleier som «løftes» ut. Sykepleier som er «løftet» ut er ikke en del av ordinær bemanning, men skal kun ha fokus på sykepleierfaglige oppgaver og ansvar. De ansatte på blå avdeling informerer om at det har vært ett ønske om 2 nattevakter på avdelingen. Avdelingen skiller seg ut fra de andre med tanke på arbeidsmengde på natt, da det er flere pasienter på avdelingen som er urolige på nattestid. Nattevakten på en avdeling skal i utgangspunktet ikke forlate sin avdeling, men ifølge de ansatte hender det at en nattevakt må forlate avdelingen for å hjelpe til på andre avdelinger.

Enhetsleder ved Haugvoll observerer at pasientene som får plass på sykehjemmet blir stadig mer pleietrengende enn hva som var tilfelle tidligere, og er av den grunn bekymret for at bemanningsnormen som per tiden er avsatt til langtidsavdelingene ikke vil være tilstrekkelig i fremtiden.

Tingvoll sykehjem

Sykehjemmets grunnbemanning er definert på bakgrunn av en kartlegging gjennomført høsten 2015. Kartleggingen inneholdt analyse/vurderinger av døgnrytme og

pleietyngde ved sykehjemmets avdelinger. På bakgrunn av denne ble det utarbeidet nye bemanningsplaner ved sykehjemmets avdelinger. Enhetsleder informerer om at forsvarlig drift sikres gjennom avdelingenes definerte grunnbemanning. Teamlederne ved sykehjemmet gjennomgår sykehjemmets sykepleierbemanning ukentlig og sikrer på denne måten tilstrekkelig fagkompetanse på sykehjemmet ved eventuelle fravær. Ved sykefravær samarbeider teamlederne på tvers av avdelingene. Tingvoll sykehjem har et eget ressursteam bestående av tre ansatte i tilsammen 2,11 årsverk. Ansatte fra ressursteamet benyttes på sykehjemmet ved korttids- eller langtidsfravær. Ifølge teamleder ved avdeling F er det en stor fordel å ha faste ansatte i et ressursteam som tar vakter ved behov. Det kan være utfordrende å dekke opp fravær i helger, og det hender at ansatte/vikarer arbeider flere helger i strekk enn hva arbeidsmiljøloven tillater. Ved eventuelle brudd på arbeidsmiljøloven skal dette dokumenteres av teamleder i Gat¹⁹, samt at samtlige brudd tas opp i HMS-møte.

Det er gjennomført risikovurderinger av sykehjemmets sommerbemanning. På bakgrunn av risikovurderingen er det leid inn eksterne vikarer for å dekke opp hull i bemanningen.

Ved avdeling D er det fem ansatte inkludert teamleder på dag, mens det er tre ansatte på kveld, og en på natt. Flere ansatte opplever bemanningen som noe lav på kveldstid, og da spesielt når pasientene er urolige. Dette krever «en til en» bemanning. Bemanningen på dag oppleves i all vesentlighet som god. I helgene hender det at avdelingen ikke har egen sykepleier som er på vakt. Avdelingen får da hjelp av sykepleier fra annen avdeling («stjernevakt»²⁰) ved behov. Ifølge de ansatte ved avdeling D har det vært tilfeller hvor avdelingen har vært under grunnbemanning. Dette skjer derimot sjeldent og kun ved akutt sykdom.

¹⁹ Programvare for bemanningsplanlegging og ressursstyring.

²⁰ «Stjernevakt» innebærer at en sykepleier går på topp av bemanningen, og er ansvarlig for det sykepleierfaglige for flere avdelinger samtidig.

Ved avdeling F er det seks ansatte inkludert teamleder på dag, mens det er fire på kveld, og en på natt. Sykepleierstudenter og lærlinger kommer i tillegg. I helgene er det fem ansatte på dagvakt og fire på kveldsvakt. Innleie av ekstrabemannning blir gjort ved behov. Ved akutt sykdom hender det at avdelingen er under grunnbemanning, i disse tilfellene har ansvarlig sykepleier beordringsmyndighet.

Kompetanse/opplæring

Enhetene har utarbeidet kompetanse- og opplæringsplaner for 2017²¹. Planene inneholder informasjon om kursgjennomføring ved sykehjemmene.

Haugvoll sykehjem

Enheten benytter seg av kompetanseskjemaer hvor den enkelte ansattes opplæring og kompetanse registreres. Det fremkommer av enhetens virksomhetsplan 2017 at det er gjennomført kartlegging av kompetansesammensetningen, og at det er behov for fire årsverk sykepleierstillinger ved sykehjemmet. Ifølge enhetsleder på Haugvoll er det ansatt flere sykepleiere etter at kartleggingen er gjennomført. Enheten har flere ansatte med ulike videreutdanninger, men bør også styrkes med kompetanse innen rus, psykiatri og geriatri.

Ifølge teamlederne oppleves fagkompetansen og fagfordelingen på avdelingene hovedsakelig som god. Problemet er når det kommer pasienter med komplekse tilstander/diagnoser fra sykehuset Østfold. Ifølge flere av de ansatte på Haugvoll burde det vært gjennomført mer internundervisning omhandlende pasienter og diagnoser. Det er også behov for mer kunnskap på det medisintekniske, kunnskap om nye medisiner og nytt medisinsk utstyr. Haugvoll har ved enkelte tilfeller kontaktet hjemmesykepleien og sykehuset når det har vært behov for opplæring. Et eksempel på dette er opplæring i sonder²². Sykehjemmet har da mottatt den opplæringen som er blitt etterspurt, men

dette har vært i ettetid. Ifølge de ansatte på Haugvoll har det etter samhandlingsreformens inntreden blitt mer medisinsk behandling på sykehjemmet, eksempelvis intravenøs-behandling.

De ansatte informerer om at det gjennomføres en del interne kurs. Kursene legges til hverdager på dagtid i enhetens kursrom og er åpne for alle som ønsker å delta. Ansatte gir tilbakemelding om at det kan være vanskelig å delta, fordi det ikke er rom for å ta seg fri for å delta. Flere ansatte på Haugvoll opplyser om at kursene ofte blir for generelle, eksempler på slike temaer er håndhygiene eller tannhelse, og at bruksverdien for disse kursene ikke er stor. Enhetsleder viser til at dette ikke er generelle kurs, men viktige temaer som er på enhetens opplærings-/kompetanseplan hvert år. Ved behov for spesielt tilrettelagt opplæring hender det at det leies inn eksterne kursholdere. Eksempler på temaer her er vold og utagerende pasienter.

Tingvoll sykehjem

Det er gjennomført kartlegging av enhetens kompetansebehov basert på dagens pasientgruppe. Når det kommer nye pasienter som krever en kompetanse de ansatte på sykehjemmet ikke besitter vurderer teamlederne i samarbeid med enhetsleder hvilken kompetanse som må tilføres de aktuelle avdelingene. Dette skal være med på å sikre at sykehjemmet til enhver tid gir ansatte nødvendig opplæring.

Ifølge teamleder ved avdeling F har Tingvoll sykehjem stort fokus på kompetansebygging. De fleste ansatte er enten sykepleiere eller fagarbeidere, flere har også spesialkompetanse. Samtlige av avdelingens assistenter er i et utdanningsløp for å ta fagbrev.

Ifølge de ansatte har det vært en positiv endring de siste årene når det kommer til kompetansebygging. Kurs og opplæring ved

gjennom nesen ned i magesekken. Sonder brukes til å sikre avløp – *dren*, og til å tilføre næringsstoffer

²¹ Planene utarbeides årlig.

²² Sonde er en tynn slange som føres inn i sårhuler, fistelganger eller naturlige åpninger, f.eks.

sykehjemmet er i dag satt mer i system enn tidligere. I motsetning til tidligere får de ansatte nå betalt for å delta på kurs. Dette har ført til økt deltakelse. Internopplæring foregår ved enheten og det legges til rette for at alle ansatte skal kunne delta. Tema for internopplæring har blant annet vært Riskmanager, avviksmelding og smitte. Enheten har utarbeidet eget kompetansehjul, og det vil bli satt opp kurs i løpet av året omhandlende temaer som er etterspurt. Flere ansatte vil også få anledning til å delta på et todagersseminar i løpet av 2017.

Tingvoll har fått tilskudd til gjennomføring av kurs i yrkesrettet kommunikasjon og dokumentasjon. Opplæringen er i regi av Folkeuniversitetet og skal gjennomføres vår og høst 2017. Kurset er et ledd i sykehjemets satsning for å sikre og fremme kvaliteten på arbeidsoppgaver, bedre arbeidsmiljøet og generelt høyne nivået på muntlig og skriftlig kommunikasjon og dokumentasjon. Målgruppen er ansatte som trenger å bli tryggere på språket, både muntlig og skriftlig.

Internkontroll

Faktaboks 4: Kommunens tre rutinenivåer

Sarpsborg kommune har etablert rutiner/prosedyrer på tre nivåer. **Nivå 1** inneholder sektor- overgripende dokumenter som gjelder alle ansatte i kommunen. Dokumenter på **nivå 2** omhandler de ulike kommuneområdene, og på **nivå 3** finnes dokumenter knyttet opp mot de enkelte enhetene.

Haugvoll sykehjem

Ifølge enhetsleder ved Haugvoll er det Riskmanager som benyttes som internkontrollsystem i enheten. Alle gjeldende prosedyrer ligger i Riskmanager. Det informeres om at samtlige avdelinger også har avkryssingsskjemaer og signerings skjemaer, blant annet for legemidler, som er en del av avdelingenes kvalitetssikring. Disse oppbevares i egne permer.

Enhet omsorgstjenester Haugvoll har et kvalitetsteam. I kvalitetsteamet sitter enhetens teamledere, samt enhetens rådgiver. Kvalitetsteamet har månedlige

møter. Det er enhetens rådgiver som er ansvarlig for innkalling og gjennomføring. Kvalitetsteamet reviderer og kommer med forslag til nye prosedyrer som i sin tur blir presentert/ tatt opp på personalmøter og på enhetens faste sykepleiermøter. Ifølge enhetsleder er det ønskelig at kvalitetsteamet i større grad bli ett tverrfaglig forum hvor både sykepleiere og helsefagarbeidere fra enheten deltar.

Tingvoll sykehjem

Enhetsleder informerer om at enhetens internkontroll ligger i kommunens kvalitetssystem Riskmanager og er delt inn i nivå 1, 2 og 3. I forbindelse med enhetens omorganisering, hvor Tingvoll og Kurland sykehjemmet ble sammenslått, har sykehjemmenes prosedyrer blitt gjennomgått og revidert.

Enhetsleder opplyser videre om at sykehjemmet, på revisjonens tidspunkt, ikke har et eget kvalitetsteam, men at sykehjemmets lederteam kontinuerlig arbeider med kvalitet. Fra og med høsten 2017 vil sykehjemmet opprette et eget kvalitetsteam (fagutviklingsteam). Planen er at kvalitetsteamet skal bestå av sykehjemmets teamledere, enhetsleder, rådgiver og tre fagsykepleiere. Det vil bli gjennomført åtte møter i året, og tema for møtene vil være tjenestekvalitet, avviksbehandling, risikovurderinger og generelt forbedringsarbeid.

Risikovurdering

Kommunen har utarbeidet prosedyre «Retningslinje for risikovurderinger» på nivå 1. Formålet med prosedyren er å sikre at kommunen kartlegger og vurderer risiko etter en felles metode på alle nivåer. Dette skal sikre god oversikt over risiko, slik at nødvendige tiltak for å redusere risiko til/innenfor akseptabelt nivå iverksettes. Målsettingen med å foreta risikovurderinger er å være i forkant av og unngå uønskede hendelser, ved at tiltak blir etablert og etterleves.

Ifølge enhetsleder ved Haugvoll er enhetslederne på samtlige av kommunens

sykehjem i stor grad utsatt for samme type risiko. Mye bør av den grunn kunne risikovurderes på nivå 2, og kommunen har også gjennomført flere risikovurderinger på dette nivået. I dette arbeidet er det etablert arbeidsgrupper med ansatte (sykepleiere, teamledere og enhetsledere) på tvers av kommunens sykehjem som har utarbeidet risikovurderinger. Her er det blant annet arbeidet med risikovurderinger omhandlende dokumentasjon, overføring av pasienter mellom behandlingsnivåer, ernæring, smitte, fall og pårørendesamhandling.

Ifølge enhetsleder ved Haugvoll gjennomføres det også noe risikovurderinger på den enkelte enhet. Eksempler på dette er risikovurdering av truende pasienter, turnus osv. Ifølge enhetsleder burde sykehjemmet vært flinkere og hatt mer fokus på å risikovurdere tjenestene. Enhetsleder ved Tingvoll informerer om at det ikke er blitt arbeidet mye med risikovurderinger på enhetsnivå, men det er arbeidet mye med felles risikovurderinger på nivå 2. Ifølge teamlederne ved Haugvoll og Tingvoll gjennomføres det også risikovurderinger i avdelingene på pasientnivå. Tiltakene som kommer ut av risikovurderinger på pasientnivå fremkommer av den enkelte pasients tiltaksplan.

Det er satt av ressurser til å utvikle og implementere bruk av risikovurderinger i kommunen. Opplæring i risikomodule i Riskmanager skal starte i løpet av 2017 og den vil være obligatorisk for alle ledere.

Risikotavler

Det arbeides med risikotavler²³ både ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem. Ifølge prosedyre «Risikotavler» er formålet med risikotavlene å skape et overblikk over

²³ Bakgrunnen for innføring av risikotavler er at Haugvoll sykehjem deltok i Pasientsikkerhetsprogrammet 24-7 om ledelse av pasient og brukersikkerhet.

²⁴ Grøn= Situasjonen er avklart.

²⁵ Gul= Pasienten har risiko knyttet til et område og har behov for daglig oppfølging knyttet til dette området.

utvalgte risikoområder på pasientnivå. Tavlen er et verktøy for å etablere en regelmessig dialog om og oppfølging av de utvalgte risikoområdene. Bruk av risikotavler skal bidra til at risikoområder får det nødvendige fokus for å redusere skader og forbedre pasient- og brukersikkerheten. Samtlige avdelinger ved sykehjemmene har utarbeidet egne tavler som inneholder noe ulike risikoområder. Det gjennomføres tavlemøter fire ganger pr. uke, i møtet gjennomgås risikotavlen og det diskuteres hva som må gjøres i løpet av dagen. Områdene på risikotavlene markeres henholdsvis med et grønt²⁴, gult²⁵ eller rødt²⁶ merke for å skape et overblikk over pasienter som har særlig risiko for pasientskade/helsesvikt og i hvilken grad aktuelle tiltak er gjennomført. Risikotavlene gjør det enklere for teamlederne og enhetslederne å sikre kvaliteten på tjenestene i avdelingene/enhetene, da tavlene skaper god oversikt over avdelingenes risikoområder.

Avviksmelding og -behandling

Kommunen har utviklet en veileder som inneholder informasjon om avviksregistrering.²⁷ Her defineres avviks som «mangel på oppfyllelse av krav» og er knyttet til brudd på lov eller forskrift, samt myndighetskrav, gjeldende prosedyrer, rutiner, instruksjoner og mangler.

Kommunen har delt inn avviksregistreringen i ulike avviksområder:

- Tjenestekvalitet
- Helse Miljø og Sikkerhet
- Informasjonssikkerhet og personvern

Videre fremgår det at den ansatte i hvert enkelte tilfelle må utøve skjøn og ved tvil ta kontakt med nærmeste leder eller andre kollegaer. Hensikten med å registrere avvik er å bidra med informasjon slik at ansvarlig

²⁶ Rød= Det er avdekket forhøyet risiko for pasientskade/helsesvikt og ekstra forebyggende tiltak er nødvendig. Dette betyr at daglig tiltak er nødvendig og må iverksettes.

²⁷ «Veiledning til registrering av avvik».

person kan iverksette tiltak som fører til forbedring. Det fremgår av veileder at enkelttilfeller ikke alltid kan karakteriseres som avvik, men dersom bruker over tid og/eller gjentatte ganger ikke får den tjenesten det er krav til, så vil det vurderes som avvik.

Både Haugvoll og Tingvoll sykehjem har utarbeidet nivå 3 prosedyre for håndtering og behandling av avvik. Formålet med prosedyrene er at alle ansatte skal være kjent med hvordan avvik meldes, samt hvorfor det behandles. Det fremkommer av prosedyrene at avvik skal meldes enhetsleder via Riskmanager. Det er enhetsleder som behandler avviket gjennom å godkjenne eller avvise det. Når avvik er godkjent sendes det til teamleder ved avdelingen hvor det har oppstått. Teamleder sjekker ut avviket og iverksetter forbedringspunkter eller kompetanseheving. Det er teamleder som registrerer nødvendig tiltak og lukker avvik etter at tiltak er gjennomført. Et avvik kan føre til at prosedyrer må endres. Avvik som blir avvist av enhetsleder sendes tilbake til melder.

Teamleder ved Tingvoll informerer om at avvik knyttet til tjenestekvalitet, HMS og varsling meldes til enhetsleder. Enhetsleder godkjenner og videresender så avviket til teamleder. Teamleder behandler og setter inn tiltak. Det er ønskelig at den ansatte skal være med i utarbeidelsen av tiltak. Systemet er pr. dags dato ikke tilrettelagt for dette.

Haugvoll sykehjem

Haugvoll sykehjem har en ansatt som blant annet er ansvarlig for internundervisning. Hun har ved flere anledninger leid inn kommunens verneleder for å holde kurs omhandlende avviksmelding. Informasjon om RiskManager og avvikshåndtering er eget punkt i opplæringsplanen for nyansatte og gjennomgås på enhetens årlige "nyansatt dag". De ansatte har også mulighet til å få veiledning i avviksmelding av internunderviser og teamleder. Teamleder ved rød avdeling har hatt gjennomgang av avviksmelding for samtlige ansatte i avdelingens medarbeidersamtaler. Samtidig mener hun

det burde ha vært meldt flere avvik på avdelingen. Teamleder ved avdeling blå informerer om at det er gjennomført opplæring i avviksmelding for de ansatte ved flere anledninger. Samtidig opplever enhetsleder at det er en utfordring å få de ansatte til å møte opp på opplæringen/kursene, da opplæringen blir gjennomført på dagtid, og det ikke gis betalt for oppmøte. Ansatte som er på jobb blir bedt om å møte opp, ellers er det basert på frivillig oppmøte. For at enhetsleder skal være trygg på at alle ansatte får gjennomført opplæring innen dette feltet må han pålegge de ansatte til å delta, noe som også innebærer at de ansatte må få betalt for tiden det tar. Ifølge enhetsleder vil dette i større grad bli praksis fremover.

Enhetsleder tror det er en viss underrapportering i enheten. Det meldes i all vesentlighet avvik omhandlende legemiddelhåndtering og HMS (eksempel på avvik er at det er glemt å gi medisiner og at pasienter er truende). Det er tidligere blitt meldt lite avvik på tjenestekvalitet. I den senere tid har det vært noen avvik på dette feltet, noe som skyldes at kommunen har hatt stort fokus på dette over lengere tid. Avvik som omhandler at det er glemt å gi medisiner eller at det er gitt feil medisiner er ifølge enhetsleder en gjenganger. Dette er ren menneskelig svikt, og skal i utgangspunktet ikke forekomme. Ifølge enhetsleder ved Haugvoll bør slike feil, i større grad enn det gjør idag, kunne få konsekvenser for den enkelte ansatte. Per dags dato finnes det ingen prosedyre for dette i kommunen. Ved gjentatte avvik fra samme person må enheten vurdere om den enkelte ansatte fortsatt skal få anledning til å dele ut/administrere medisiner til pasienter.

Samtlige av de ansatte på Haugvoll sykehjem informerer om at de kjenner til prosedyre for avviksmelding. Samtidig mener de at de burde vært flinkere til å melde avvik. Videre informeres det om at enheten går glipp av mange avvik på grunn av at flere ansatte er usikre på hvordan man skriver og melder avvik. Det er heller ikke alltid det finnes tid til å melde avvik i en hektisk hverdag. Det

opplyses om at alle ikke har fått opplæring i avviksmelding, dette skyldes i hovedsak at opplæringen legges utenfor arbeidstiden. Enhetsleder underbygger at all internundervisning på sykehjemmet legges mellom klokken 11.00 og 13.00. Opplæring i avvikshåndtering gjennomføres også flere ganger i året og er en del av opplæringsplan for nyansatte. Teamleder på rød har også hatt dette som eget punkt på medarbeidersamtalene. Flere mener det er lagt godt til rette for å melde avvik og at teamlederne oppfordrer de ansatte til å melde avvik. Samtidig informeres det om at flere avvik kun blir diskutert/ rapportert muntlig, uten at dette nødvendigvis blir dokumentert i Riskmanager.

De ansatte opplever at avvikene som meldes i all hovedsak blir åpnet og behandlet innen tidsfristene. Avvikene har i stor grad ført til tiltak og endring av praksis. Noen ansatte opplever at gjentatte avviksmeldinger ikke har ført til tilstrekkelige tiltak. Her nevnes et eksempel med et stengjerde på uteplassen til blå avdeling som utgjør risiko for både ansatte og pasienter på grunn av et en pasient klatrer opp på gjerdet. Noe som føles utrygt for de ansatte.

Tingvoll sykehjem

Enhetsleder informerer om at Tingvoll sykehjem har hatt lave avvikstall, noe det er arbeidet aktivt med å endre. Ved Tingvoll sykehjem ble det i mars 2017 gjennomført internkurs i Riskmanager om hvordan systemet er bygd opp og hvordan finne frem. De ansatte har også fått opplæring og kompetanseheving når det gjelder avviksmelding. Enhetsleder påpeker at det er viktig å gjøre ansatte trygge på hvordan man skal arbeide med avvikene, og at avvik handler om læring og utvikling.

Enhetsleder informerer om at de ønsker å involvere avviksmelder i større grad i behandlingen av avviket enn hva som er gjort tidligere, da det er læring i at ansatte involveres i større grad i vurderingen av tiltak. Det er et ønske om at det skal legges til rette for dette i Riskmanager gjennom blant annet utsatt frist for behandling av avvik, slik at også

ansatte som kun arbeider hver 3. helg har mulighet til å bli involvert. Ved gjentakende avvik, eksempelvis knyttet til medikamenthåndtering, følges den enkelte ansatte opp. Enhetsleder har blant annet fratatt flere ansatte godkjenning på bakgrunn at de ikke har fulgt opp prosedyrene knyttet til medisnutlevering.

Teamleder ved avdeling F informerer om at det er blitt en god kultur for å melde avvik ved sykehjemmet. Det har vært en stor økning i antall meldte avvik. I første kvartal 2016 ble det meldt 15 avvik, mens det i første kvartal 2017 ble meldt 127. Teamleder informerer om at hun har stort fokus på at de ansatte skal melde avvik, og at dette kommuniseres ut til de ansatte. Teamleder informerer om at hun diskuterer avviket med avviksmelder for å avklare årsak, samt følge opp og lukke avviket. Gjentakende avvik blir tatt opp i enhetens kvalitetsteam, hvor avvikene og tilhørende prosedyrer gjennomgås. Ifølge teamleder ved avdeling D skal alle nyansatte få opplæring i Riskmanager og avviksmelding. På dette området har det derimot sviktet noe. Det har vist seg at flere ansatte ikke kjenner til Riskmanager, samt hvordan en melder avvik. Ifølge teamleder har det vært en utfordring med å formidle kunnskap om Riskmanager og avviksmelding. Det har derimot vært et kunnskapsløft i avdelingen på dette feltet, og dette har fungert godt. Det har vært en underrapportering av avvik, og teamleder mener noe av grunnen kan være usikkerhet knyttet til hva et avvik er. Opplæringen har ført til at denne forståelsen er i endring.

Samtlige ansatte opplyser at de kjenner til rutine for avviksmelding og har fått opplæring i avviksmelding. Ifølge de ansatte har det vært et stort fokus på avviksmelding, noe som har ført til at det meldes flere avvik enn hva det tidligere er blitt gjort. Flere av de ansatte viser til at det tidligere har vært usikkerhet knyttet til hva som kategoriseres som avvik, gjennom opplæringen er denne usikkerheten redusert. Den som melder avvik blir orientert av teamleder om status i behandlingen. Det informeres om at avviksmelding har ført til endring av prosedyrer. De ansatte opplever at avviksbehandlingen er god, samt at avvikene i

stor grad fører til en positiv endring på sykehjemmet. Det er stort fokus på å finne tiltak for å hindre gjentakende avvik.

Avviksanalyse

Haugvoll sykehjem

I 2016 er det meldt 35 avvik på Haugvoll sykehjem.²⁸ 11 HMS avvik, 23 avvik omhandlende tjenestekvalitet og 1 avvik omhandlende datasikkerhetsbrudd. 30 av avvikene er lukket, mens 5 er avvist.

På rød avdeling er det blitt meldt 8 avvik i løpet av 2016. 5 avvik ble lukket innen frist med tiltak, 1 avvik ble lukket over frist med tiltak, mens to avvik er avvist på grunn av de ikke blir definert som ett avvik.

På blå avdeling er det blitt meldt 7 avvik i løpet av 2016. Det er fem av totalt 28 ansatte som har meldt avvik på avdelingen. 2 avvik ble lukket innen frist med tiltak, 2 er lukket innen frist uten tiltak, 1 er lukket over frist med tiltak, 1 er lukket over frist uten tiltak og 1 er avvist på grunn av at det ikke blir definert som ett avvik. Ifølge teamleder er det ferieavvikling som er bakgrunnen for at noen av avvikene er behandlet og lukket over oppsatt frist. Samtidig informeres det om at det arbeides forebyggende for at man skal kunne unngå skader og uheldige hendelser. Dette oppleves som noe av årsaken til at det meldes forholdsvis få avvik i avdelingen. For eksempel har avdelingen utarbeidet risikovurderinger og prosedyrer på at det skal leies inn ekstra personale når det kommer nye pasienter til avdelingen, dette for å forhindre skade og for å trygge ansatte og pasienter.

På rød avdeling er det blitt meldt 2 avvik fra 1.1.2017 og frem til 12.4.2017. Begge avvikene er lukket innen frist med tiltak.

På blå avdeling er det meldt 1 avvik fra 1.1.2017 og frem til 12.4.2017. Avviket er lukket over tidsfristen med tiltak.

²⁸ 18 avvik på gul avdeling, 8 avvik på rød avdeling, 7 avvik på blå avdeling og 2 avvik på grønn avdeling. I tillegg er det 12 avvik som er registrert sentralt på enheten som tilhører sykehjemmet.

Tingvoll Sykehjem

I 2016 ble det meldt totalt 66 avvik ved Tingvoll sykehjem²⁹. Av disse er 58 knyttet til tjenestekvalitet og 8 til HMS. 5 av avvikene er avvist, de øvrige er lukket. Ved avdeling D ble det registrert 5 avvik hvor 2 omhandlet tjenestekvalitet og 3 HMS. 4 av avvikene er lukket med tiltak. For et av disse er det 2 måneder mellom hendelsesdato og registrering i RiskManager.

Ved avdeling F ble det meldt 21 avvik. 20 av disse omhandlet tjenestekvalitet og et var knyttet til HMS. 5 av avvikene er lukket med tiltak. For 5 av avvikene er det en differanse mellom hendelsesdato og registrering, med variasjoner fra 10 dager til nærmere 3 måneder.

Frem til 18. april 2017 er det registrert 12 avvik ved avdeling D og 16 ved avdeling F. 3 av avvikene er knyttet til HMS og de resterende til tjenestekvalitet. Ved avdeling D er 9 avvik lukket, 7 med tiltak. 3 av avvikene var til behandling på dette tidspunktet. Alle avvikene er registrert fortløpende i etterkant av hendelsesdato.

Ved avdeling F er 10 avvik lukket, 4 med tiltak. 6 av avvikene var til behandling på dette tidspunktet. For et av avvikene er det en differanse mellom hendelsesdato og registrering på 14 dager. De øvrige avvikene er registrert fortløpende.

Legemiddelhåndtering

Pasientene ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem får i all vesentlighet sine medisiner fra multidose som er ferdig dosert fra apoteket. Samtidig er det flere pasienter som tidvis også mottar medisiner fra dosett, da det er visse medikamenter som ikke kan pakkes i multidose (for eksempel antibiotikakurer). På avdelingenes medisintraller er det en egen signeringsperm der det finnes oversikt over

²⁹ Rapport er tatt ut fra RiskManager for Team avdeling B, C, D, E og F.

medisiner som finnes i multidose, i dosett og annen fast medisin. Det skal signeres på egne skjema at multidose og dosett er gitt. I henhold til prosedyre skal ansatte observere at medisin er gitt. Ifølge teamleder ved rød avdeling på Haugvoll hender det at dette ikke blir overholdt.

Det er sykepleiere og fagarbeidere med godkjenning som kan dele ut medisiner til pasienter. Ansatte uten godkjenning deler aldri ut medisiner. Fagarbeidere må gjennomføre kurs med eksamen for å få godkjenning (+ oppfriskningskurs annethvert år). Sykepleierne får tilbud om å gjennomføre legemiddelhåndteringskurs, men dette er ikke pålagt. Det gjennomføres også opplæring av medikamenthåndtering internt i avdelingene. Fagarbeidere med godkjenning kan gi istandsatte medisiner (multidose og ferdiglagte dosetter), mens det er en sykepleieroppgave å legge medisiner i dosett. Det er en sykepleier som legger medisinene, og en annen sykepleier som kontrollerer at det er lagt riktig medisin. Smerteplaster og noen type injeksjoner er det kun sykepleier som kan gi. Teamlederne gjennomfører alltid vurderinger av om ansatte er egnet til å få godkjenning, noe som har resultert i at flere ansatte ikke får lov til å gi ut medisiner.

Det ble gjennomført farmasøytisk tilsyn av Boots apotek ved både Haugvoll og Tingvoll sykehjem i 2015. Boots apotek har sagt opp avtalen med kommunen fra 26.07.17. Kommunen arbeider med å få på plass en ordning med farmasøytisk slik at ordningen med farmasøytisk tilsyn fortsetter. Tilsynet de to siste årene er blitt gjennomført som egenkontroll hvor teamlederne har fått tilsendt skjema som skal fylles ut og sendes tilbake til kvalitetsrådgiver i kommuneområde Velferd.

Både Haugvoll og Tingvoll sykehjem har deltatt i KOSMOS³⁰ prosjektet. Ifølge enhetsleder ved Tingvoll sykehjem sikrer metodikken i KOSMOS at det arbeides i tråd

med kvalitetsforskriften, samt at sykehjemmet ivaretar fokuset på medikamenthåndtering.

Haugvoll sykehjem

Ifølge enhetsleder Haugvoll er det i all vesentlighet utarbeidet nivå 2 prosedyrer som omhandler legemiddelhåndtering. I tillegg finnes det noen nivå 3 prosedyrer:

- Ansvarsforhold vedrørende legemiddelhåndtering – formålet til prosedyren er å sikre at det foreligger en oversikt over ansvarsforholdene vedrørende legemiddelhåndtering i sykehjemmet.
- Medisintralle – formålet til prosedyren er å sikre forsvarlig oppbevaring og bruk av nøkkel til medisintralle.
- Bestilling av medisiner fra Aponett – formålet til prosedyren er å sikre riktig håndtering av medisin/vare bestilling fra Aponett.
- Haste og akutt bestilling fra Aponett – formålet til prosedyren er å sikre at sykehjemmet til enhver tid har de medisinene sykehjemmet pasienter har behov av.
- Bestilling av multidose fra kundesenteret i Lørenskog – formålet til prosedyren er å sikre riktig og forsvarlig medikamenthåndtering.

Haugvoll sykehjem har et eget medikamentteam sammensatt av sykepleiere fra samtlige avdelinger. Medikamentteamet gjennomfører møter fire ganger i året. Her arbeides det blant annet med system- og praksisforbedring innen sykehjemmets legemiddelhåndtering. Ifølge teamleder ved rød avdeling har sykehjemmet et stort fokus på legemiddelhåndtering. Samtidig forekommer det en del avvik på området. Typiske avvik er at det er glemt å gi medisiner eller at det er glemt å signere for at det er gitt medisiner.

Teamleder ved avdeling rød informerer om at avdelingen har et forbedringspotensial når det gjelder legemiddelhåndtering. Systemene er

³⁰ KOSMOS er en intervensjon (behandlingsmetode) som står for Kommunikasjon,

smertebehandling, medikamentgjennomgang, organisering av aktiviteter og sikkerhet.

gode og det er mye fokus på området, men det forekommer menneskelig svikt. Det informeres om at Haugvoll bestiller medisiner via www.aponett.no en gang per uke av enhetens medisinteam. Bestillinger utenom ordinær bestilling gjøres av sykehjemmets sykepleiere. Samtlige sykepleiere har tilgang til passord for bestilling. Medisiner som bestilles på aponett er behovsmedisiner, kurer og det pasientene eventuelt bruker midlertidig. All annen ordinert medisin til pasientene bestilles i multidose.

Kontroll av A³¹ og B-preparater³² gjennomføres en gang i måneden av to sykepleiere ved sykehjemmet. Det informeres om at det har forekommet svinn av A og B-preparater. Mangel har blitt oppdaget i kontroll, og i de fleste tilfeller har det handlet om forglemmelser. Enheten har installert kortleser med personlig kode for å øke sikkerheten/ kontrollen ved uttak av A og B preparater.

Tingvoll sykehjem

Ifølge enhetsleder foreligger det prosedyrer både på nivå 2 og 3 knyttet til legemiddelhåndtering. Enhetsleder viser til at avvik knyttet til legemiddelhåndtering er overrepresentert. Eksempler på slike avvik er at medisiner ikke er blitt tatt eller at det mangler signering for medisiner som er gitt. I all hovedsak gjelder slike avvik tilleggsmedisiner som for eksempel C-vitamin eller lignende. Enheten har anskaffet nye medisintraller, disse skal redusere risikoen for avvik.

Ifølge teamleder ved avdeling F holder enheten og Tingvoll sykehjem oversikt over innkjøp og bruk av medikamenter. Det foretas ukentlig kontroll av A-preparater, mens B-preparater kontrolleres hver 14. dag. Det informeres om at det generelt sett har vært lite svinn av medikamenter ved sykehjemmet. Det har vært en episode ved Kurland sykehjem

hvor en tidligere ansatt urettmessig fikk med seg medikamenter ut fra sykehjemmet. I etterkant av denne hendelsen er prosedyre for legemiddelhåndtering blitt strammet inn, blant annet at samtlige ansatte har fått tildelt identifikasjonskort.

De ansatte opplyser om at de er kjent med prosedyre for legemiddelhåndtering. Ansatte på avdeling F informerer om at det alltid vil være en risiko for å gjøre feil med legemidler. En risikosituasjon kan for eksempel være at vedkommende som leverer ut medisin blir avbrutt.

Vurdering av samtykkekompetanse

Det er utarbeidet nivå 2 prosedyre for vurdering av samtykkekompetanse. Ifølge enhetsleder ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem er det sykehjemslege som gjennomfører vurdering av samtykkekompetanse av pasient ved innkomst. Vurderingen gjøres i samråd med ansatte på sykehjemmet, pasient og pårørende. Vurderingen skal dokumenteres i Gerica. Ifølge de ansatte gjennomføres det kontinuerlige vurderinger av pasientenes samtykke, og ved eventuelle forandringer diskuteres dette med lege og pårørende. Ifølge flere sykepleiere ved Haugvoll finnes det visse utfordringer med pasienter som innehar samtykke, men som sykepleierne mener ikke har samtykkekompetanse. Dette kan for eksempel være pasienter som vil ut å gå tur alene, men som ikke er i stand til dette.

Enhetsleder ved Tingvoll viser til at flere pasienter har delvis samtykkekompetanse. Ved delvis samtykkekompetanse skal det være dokumentert og konkretisert i Gerica hvilke situasjon pasienten har samtykke i.

³¹ A-preparater er medisiner som er sterkt vanedannende. Eksempler er morfin og andre opiater som virker smertestillende.

³² B-preparater er også medisiner som er vanedannende, men ikke fullt så sterke som A-preparater. Eksempler er valium, paralgin forte og sovemedisiner.

Dokumentasjon i journal

Kommunen har utarbeidet flere nivå 2 prosedyrer som omhandler dokumentasjon i journal³³.

Enhetsleder er ansvarlig for at alle brukere får opprettet en journal og utpekt en journalansvarlig. Den journalansvarlige skal:

- Sørge for at journal blir opprettet.
- Sikre at nødvendige opplysninger registreres i pasientjournalen.
- Sørge for at journalen struktureres og avsluttes på forsvarlig måte i henhold til gjeldende fagprogram.
- Gjøre journalen lett tilgjengelig for de som skal bruke opplysningene som grunnlag for oppfølging av tjenestemottakerne.

Alt helsepersonell har en selvstendig plikt til å dokumentere. Dokumentasjonen skal gjøres i brukers journal i Geric³⁴.

Observasjoner og oppfølging skal dokumenteres i LMP³⁵ på det enkelte tiltaket ved besøk hos bruker.

- Alle prosedyrer leses daglig hos bruker.
- Avvik, endringer eller observasjoner føres i «Fritekst» i LMP.
- ADL³⁶ skal endres ved forandring i bistandsbehov og tiltaksplan oppdateres.
- Oppdrag skal kvitteres når det er utført.

Alle brukere som mottar tjenester innen helse og omsorg, og hvor tjenesteyter benytter fagprogrammet Geric, skal ha tiltaksplan i Geric.

De ansatte ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem arbeider etter tiltaksplaner. Ved Haugvoll og Tingvoll benyttes LMPer. Haugvoll startet med dette i 2012, mens de på Tingvoll startet opp i

2016. En tiltaksplan er en plan som inneholder detaljert informasjon om hver enkelt pasients tjenester. Det som står i pasientenes tiltaksplaner skal gjennomføres. Det som avviker fra tiltaksplanene skal dokumenteres i journal etter hver vakt. Når tiltaksplanene er så nær opp mot hendelsen som mulig, holder det å kvittere for at tiltakene er utført. Tiltaksplanene evalueres fortløpende, og minst hver 3. måned.

Bruken av LMPer oppleves som et godt arbeidsverktøy blant de ansatte, og teamleder ved rød avdeling ved Haugvoll mener bruken av LMPer er det største kvalitetsløftet sykehjemmet har hatt. Bruken av LMPer er i stor grad med på å sikre at samtlige pasienter har detaljerte planer som samtlige ansatte til enhver tid har tilgang til. Ifølge de ansatte ved Tingvoll er bruken av LMPer fortsatt uvant for flere, og det dokumenteres fortsatt unødvendig mye.

Haugvoll sykehjem

Enheden har utarbeidet nivå 3 prosedyre «Dokumentasjon». Formålet med prosedyren er å sikre at nødvendige og relevante opplysninger blir dokumentert fortløpende.

Enhet Haugvoll har gjennomført kurs i journalføring med kommunens dokumentasjonsrådgiver. Ifølge enhetsleder Haugvoll dokumenteres det ikke beskrivende nok, og det er en utfordring å få til en «rød tråd» i dokumentasjonen. Systemene er gode, men de ansatte må bli mer bevisste på å dokumentere de «riktige» tingene. Teamleder på blå avdeling er superbruker i Geric og med i kommunens dokumentasjonsgruppe.

De ansatte opplyser at pasientene har gode og oppdaterte tiltaksplaner. De mener at det

³³ Prosedyre «Geric- LMP- Dokumentasjonsplikt i LMP». Prosedyre «Journalansvarlig». Prosedyre «Bruk av tiltaksplaner i Geric».

³⁴ Geric er et IT system for helse- og omsorgstjenesten. Geric inneholder blant annet elektronisk pasientjournal. Systemet benyttes også til å lage arbeidsplaner, rapportere og journalføre via Smarttelefoner med elektronisk pasientjournal LMP (Lifecare Mobil Pleie).

³⁵ LMP - Lifecare Mobil Pleie er en mobilenhet som til enhver tid gir tilgang til oppdatert informasjon, og legger til rette for effektiv kommunikasjon mellom de ansatte i omsorgstjenesten

³⁶ ADL står for Aktiviteter i dagliglivet og kan forstås som meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre.

generelt sett dokumenteres for mye i pasientenes journaler. Dette kan medføre at viktige informasjon kan gå tapt, da det tar lang tid for de ansatte å lese gjennom all dokumentasjonen.

Samtlige pasienter har også sin egen papirmappe som ligger i avdelingens journaltralle. Denne inneholder dokumentasjon fra tannlegebesøk og sykehusbesøk, samt ernæringsjournal.

Tingvoll sykehjem

Enhetsleder viser til at det skal være en «rød tråd» i dokumentasjonen, noe som innebærer at prosedyrene skal være gjenkjennelige opp mot tiltaksplanene. Ifølge teamleder er det en utfordring å få til dette. Teamlederne er journalansvarlige og følger opp de ansatte når det gjelder dokumentasjon.

Medisinske opplysninger dokumenteres i egen legejournal i Gerica. Sykehjemmet har i den senere tid hatt stort fokus på ernæring. For pasienter som er underernært føres det egne mat og drikkelister både i tiltaksplan og på papir.

Teamleder ved avdeling D er superbruker i Gerica og deltar i kommunens dokumentasjonsgruppe som blant annet arbeider med nye prosedyrer knyttet til kvalitetssikring av tiltaksplaner.

Revisjonens journalgjennomgang for Haugvoll og Tingvoll sykehjem

I henhold til dokumentasjonsrådgiver i kommunen består pasientenes tiltaksplaner av en blå linje som skal beskrive pasientenes «situasjon», her skal det fremkomme informasjon som blir kategorisert under fanene:

- «*Ressurser*» - som skal beskrive hvilke ressurser pasienten har i den gitte situasjonen.
- «*Problem*» - som skal beskrive hva som er utfordringene i den gitte situasjonen.
- «*Bistandsbehov*» - som skal beskrive hvilket bistandsbehov pasienten har i den gitte situasjonen.

- «*Brukermedvirkning*» - som skal beskrive hvordan brukerstemmen kommer fram.

Under fanen «mål» skal «hovedmål være utfylt, mens «delmål» kan fylles ut. Hovedmål utarbeides i henhold til brukers ønsker/forutsetninger.

Tiltaksplanen består også av en hvit linje, her skal selve tiltaket beskrives. Tiltakene skal alltid fylles ut og bør være beskrevet detaljert slik at tjenesten oppleves likt av pasient, uavhengig av hvilke ansatte som er arbeider med pasienten. Dette innebærer at en ansatt fra en annen avdeling skal kunne utføre tjenestene på tilnærmet lik måte som faste ansatte. Detaljfremstillingen i tiltakene er viktige både når det gjelder triviell informasjon og sikkerhet. Eksempelvis bør det fremgå av tiltaket at en bruker må sove med sklisokker og ha på lys for å unngå fall dersom vedkommende står opp om natten. Videre er det viktig at tiltakene ikke «drukner» i tekst, men er oversiktlige, gjerne utfylt punktvis i den rekkefølgen de skal utføres.

Kort fortalt skal den blå linjen i tiltaksplanen gi informasjon om situasjonen til pasienten og hvilke mål som skal nås. For å nå målet må tiltaket være tilstrekkelig definert, noe som fremkommer av hvit linje i tiltaksplanen.

Av gjennomgangen fremkommer det at det er 11 tiltaksplaner hvor pasientens «situasjon» ikke inneholder tilstrekkelig med informasjon. Det er blant annet flere «situasjoner» hvor det ikke fremkommer noe informasjon under fanene: «ressurser», «problem», «bistand», «mål» og «hovedmål».

Ifølge enhetsleder ved Tingvoll sykehjem kan noe av årsaken til dette være at personalet må få tid til å bli kjent med pasient og pårørende før situasjon og mål settes. Eksempelvis fikk en av avdelingene 12 nye pasienter i løpet av kort tid.

Syv av journalene inneholder ikke informasjon om status for samtykke, samt at det er ett tilfeller hvor det er beskrevet at pasient har delvis samtykkekompetanse, men det er ikke definert/forklart hva pasient har samtykkekompetanse i.

Det er også syv tiltaksplaner som mangler tidsplan for flere prosedyrer. I henhold til dokumentasjonsrådgiver i kommunen forteller tidsplanen når og hvor ofte prosedyren skal utføres. Tidsplan må foreligge for at tiltaket skal komme med på arbeidslisten til den enkelte ansatte.

Enhetsleder ved Tingvoll viser i denne forbindelse til at det noen ganger er behov for

4.3 Vurderinger

Revisjonskriteriene for kapittel 4 består av flere faktorer som skal være med på å gi beboerne ved sykehjemmene trygge og sikre tjenester. Kriteriene tar for seg sykehjemmenes bemanning, internkontroll, legemiddelhåndtering, vurdering av samtykkekompetanse og dokumentasjon i journal.

Bemanning

Det fremkommer av fakta at både Haugvoll og Tingvoll sykehjem har tilknyttet en administrativ leder, en (eller flere) lege(r) som har ansvaret for den medisinske behandlingen, samt en offentlig godkjent sykepleier som har ansvaret for sykepleien ved sykehjemmet.

Ved begge sykehjemmene er det faglig forsvarlighet som er styrende for dimensjoneringen av bemanningen. Begge sykehjemmene har også gjennomført risikovurderinger/kartlegginger av avdelingenes bemannings- og kompetansebehov. Både Haugvoll og Tingvoll har ansatte i ressursteam eller buffer. Dette har ført til at det er blitt mindre tilfeldig innleie av vikarer, høyere fagdekning og mer planlagt bemanningen, noe revisjonen finner positivt. Samtidig fremkommer det fra de ansatte både ved Haugvoll og Tingvoll at bemanningen tidvis oppleves som for lav. Dette skyldes i all vesentlighet urolige pasienter. Samtidig forekommer det at nattevakt ved Haugvoll må forlate sin avdeling for å assistere sine kollegaer på andre avdelinger, dette medfører at en avdeling kan

at et tiltak foreligger for å sikre seg i spesielle situasjoner. Tiltaket kan da ligge uten tidsplan frem til man har behov for å iverksette tiltaket/knytte det til en liste.

Noen tiltak fremstår som noe udetaljerte for revisjonen. Ett eksempel på dette kan illustreres gjennom hvordan tiltaket for dusj er beskrevet i en tiltaksplan: «*Hjelp pasienten med dusj. Trenger hjelp til alt. Motivere pasienten til å ta imot hjelp*».

være uten personell til stede i det tidsrommet ansatte er ute av avdelingen. Slike situasjon bør, etter revisjonens vurdering, risikovurderes på det enkelte sykehjem.

Begge sykehjemmene har utarbeidet kompetanseplaner for 2017 som inneholder informasjon om kursgjennomføring ved sykehjemmene. Videre fremkommer det at begge sykehjemmene har kartlagt sykehjemmets kompetansenivå. Revisjonen finner dette tilfredsstillende, da sykehjemmene gjennom dette til enhver tid vil ha oversikt over hvilken kompetanse de vil ha behov for i fremtiden.

Sykehjemmene har ulik tilnærming for å få de ansatte til å delta på kurs/ opplæring. Ved Tingvoll sykehjem får de ansatte lønnet fri til å delta på kurs/ internundervisning. Denne praksisen er ikke gjeldende ved Haugvoll sykehjem. Etter vår vurdering bidrar Tingvoll sin praksis i større grad til å sikre deltagelse på kurs/opplæring sammenlignet med Haugvoll. Vi viser i denne sammenheng til at enhetsleder ved Haugvoll opplever at det er vanskelig å få samtlige ansatte til å møte på kurs.

Internkontroll

RiskManager er kommunens og sykehjemmenes internkontrollsystem. Samtidig informeres det om at det er ønskelig, og at det arbeides med at hoveddelen av sykehjemmenes prosedyrer og kontrolltiltak skal være på nivå 2. Etter revisjonens vurdering fremstår dette som en god måte å arbeide på. Dette vil skape en god oversikt i sektoren, samt at det i større grad vil sikre

likhet i praksis mellom sykehjemmene i kommunen. Samtidig fremkommer det av fakta at sykehjemmene har flere overlappende prosedyrer på nivå 3. Et eksempel på dette er prosedyre omhandlende avvikshåndtering. Slike prosedyrer bør, etter revisjonens vurdering, plasseres på nivå 2. Dette vil kunne være med å sikre lik praksis mellom sykehjemmene i kommunen.

Haugvoll sykehjem har et kvalitetsteam. I kvalitetsteamet arbeides det hovedsakelig med prosedyrer og kvalitetsforbedring i enheten. Revisjonen stiller seg positiv til dette arbeidet, da dette i stor grad sikrer fokus og utvikling av sykehjemmets prosedyrer og kvalitetssystem. På Tingvoll sykehjem er det på revisjonens tidspunkt ikke et operativt kvalitetsteam, men det er planer om at det skal opprettes fra og med høsten 2017.

Kommunen har utarbeidet retningslinje for risikovurdering på nivå 1. Formålet med prosedyren er å sikre at kommunen kartlegger og vurderer risiko etter en felles metode på alle nivåer. Det fremkommer av fakta at det er gjennomført flere felles risikovurderinger som er gjeldende på tvers av kommunens sykehjem, samt at det er gjennomført noe risikovurderinger på det enkelte sykehjem. Videre fremkommer det at det ved begge sykehjemmene er utarbeidet såkalte risikotavler ved hver av sykehjemmenes avdelinger. Risikotavlene er et verktøy for å etablere en regelmessig dialog om og oppfølging av et gitt antall risikoområder ved avdelingene. Bruk av risikotavler skal bidra til at risikoområder får et nødvendig fokus, slik at de ansatte reduserer sannsynligheten for skader og forbedrer pasient- og brukersikkerheten på avdelingene. Etter vår vurdering fremstår utarbeidelsen og bruken av avdelingenes risikotavler som en god måte å få oversikt over pasientenes eventuelle risikoområder på.

Som nevnt tidligere har begge sykehjemmene utarbeidet nivå 3 prosedyre for håndtering og behandling av avvik. Avvik meldes til enhetsleder via Riskmanager. Det er enhetsleder som behandler avviket gjennom å godkjenne eller avvise det. Når avviket er

godkjent sendes det til teamleder ved avdelingen hvor det har oppstått. Teamleder sjekker ut avviket og iverksetter forbedringspunkter eller kompetanseheving. Det er teamleder som registrerer nødvendig tiltak og lukker avvik etter at tiltak er gjennomført. Avvik som blir avvist av enhetsleder sendes tilbake til melder. Etter vår vurdering fremstår systemet for avviksregistrering og –behandling som god.

Etter vår vurdering har begge sykehjemmene fokus på avviksmelding og benytter avviksmelding i interne forbedringsprosesser og som utvikling av internkontrollen. Samtidig informeres det om en viss underrapportering av avvik ved begge sykehjemmene. Noen ansatte ved Haugvoll vegrer seg også for å melde avvik grunnet usikkerhet og fravær av opplæring. Ved Haugvoll fremkommer det også at flere situasjoner som oppfattes som et avvik kun blir diskutert/ rapportert muntlig, uten at det nødvendigvis blir dokumentert i Riskmanager. Noe av formålet med avviksregistrering er nettopp å fange opp enkelthendelser. Det betyr ikke at enkelthendelser bør danne grunnlag for tiltak, men dersom en hendelse forekommer flere ganger, må noe gjøres. For at ting ikke skal «glippe» er det derfor viktig at alt registreres.

Legemiddelhåndtering

Kommunen har utarbeidet skriftlige prosedyrer både på nivå 2 og 3 omhandlende legemiddelhåndtering. Videre fremkommer det av fakta at det er sykehjemmenes sykepleiere og fagarbeidere med godkjenning som kan dele ut medisiner til pasienter. Fagarbeidere må gjennomføre kurs med eksamen, samt oppfriskningskurs annethvert år for å få godkjenning. Sykepleiere får tilbud om å gjennomføre legemiddelhåndteringskurs, men dette er ikke pålagt. Det gjennomføres også opplæring av medikamenthåndtering internt i avdelingene. Det fremkommer at sykehjemmenes teamledere alltid gjennomfører vurderinger av om ansatte er egnet til å få godkjenning. Dette har resultert i at flere ansatte ikke får lov til å dele ut medisiner. Etter revisjonens vurdering fremstår sykehjemmenes praksis i tråd med rapportens revisjonskriterier.

Det fremkommer av revisjonskriteriene at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. Det fremkommer av fakta at det forekommer en del avvik omhandlende legemiddelhåndtering. Typiske avvik er at det er glemt å gi medisiner eller at det er glemt å signere for at medisiner er gitt. Det informeres om at systemene er gode og at det er mye fokus på området, men at det forekommer en del menneskelig svikt. I all hovedsak gjelder slike avvik tilleggsmedisiner som for eksempel C-vitamin eller lignende. Ifølge revisjonens vurdering vil det alltid være en viss risiko for at feil forekommer, og sykehjemmene bør fortsette og intensivere sitt fokus på området for å minimere denne risikoen.

Samtykkekompetanse

Det er sykehjemslege i samråd med sykehjemmets ansatte, pasient og pårørende som gjennomfører vurdering av samtykkekompetanse. De ansatte vurderer kontinuerlig pasientene i det daglige, og ved eventuelle forandringer som kan påvirke samtykkestatus, diskuteres dette med lege og pårørende. Ifølge revisjonen fremstår denne praksisen som god. Samtidig framkommer det at vurderingen skal dokumenteres i Gerica. Av revisjonens journalgjennomgang fremkommer det at syv av totalt 16 kontrollerte journaler ikke inneholdt informasjon om status for samtykke, samt at det var ett tilfelle hvor det er beskrevet at pasient har delvis samtykkekompetanse uten at det er forklart/definert hva pasient har samtykkekompetanse på. Etter vår vurdering bør det sikres at alle journaler inneholder informasjon om status for samtykke, samt at denne informasjonen fremgår på samme sted i alle journaler.

Dokumentasjon i journal

Kommunen har utarbeidet flere nivå 2 prosedyrer som omhandler dokumentasjon i journal. Dokumentasjon skal gjøres i brukers journal i Gerica og det er enhetsleder som er ansvarlig for at alle brukere får opprettet en

journal og utpekt en journalansvarlig. Både Haugvoll og Tingvoll sykehjem arbeider etter tiltaksplaner. Det som står registrert i pasientenes tiltaksplaner skal gjennomføres, mens det som avviker fra tiltaksplanene skal dokumenteres i pasientens journal etter hver vakt. Ifølge revisjonen fremstår sykehjemmenes journal- og informasjonssystem som gode. Når pasientens tiltaksplaner er i overensstemmelse med hendelsen, holder det å kvittere for at tiltakene er utført. Dette gjør at det blir mindre å dokumentere enn hva som var tilfelle tidligere. Samtidig informerer flere ansatte om at det dokumenteres for mye, noe som kan utgjøre en risiko for at viktig informasjon kan gå tapt når ansatte skal sette seg inn i hva som har skjedd. Ifølge revisjonens vurdering bør sykehjemmene definere hva som bør/ skal dokumenteres på den enkelte bruker.

Av revisjonens journalgjennomgang fremkommer det blant annet at 11 av 16 tiltaksplaner ikke inneholder tilstrekkelig informasjon. Det er blant annet flere tiltaksplaner som mangler informasjon om «situasjon» og «mål». Prosedyrer blir utarbeidet på bakgrunn av et mål som skal nås, og de ressursene som brukeren har - situasjon. Etter vår vurdering vil det være hensiktsmessig at tiltaksplanens mål og situasjon fylles ut innen rimelig tid, da det vil være vanskelig å lage gode prosedyrer for brukeren, om dette ikke er tilstrekkelig registrert. Som nevnt tidligere i kapittelet er det også syv av 16 journaler som ikke inneholder informasjon om samtykkekompetanse, mens syv tiltaksplaner mangler tidsplan for flere prosedyrer. Tidsplan må foreligge for at tiltaket skal komme med på arbeidslisten til den enkelte bruker. Fakta viser at et tiltak, i noen tilfeller, bør ligge uten tidsplan frem til man har behov for å iverksette tiltaket/knytte det til en liste. Etter vår vurdering bør det fremgå av journal/ tiltaksplan når tidsplan forventes å være på plass, for å sikre at dette blir fulgt opp.

5 FÅR BEBOERE VED SYKEHJEMMET EN HELHETLIG, SAMORDNET OG FLEKSIBEL TJENESTE?

5.1 Revisjonskriterier

Fysiske omgivelser

- Ved utforming av bygningen(e) skal det tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom.³⁷
- Boformen skal ha:³⁸
 - Nødvendige rom tilrettelagt for å ivareta beboernes hygiene.
 - Tilfredsstillende kjøkken- og vaskerifunksjoner.
 - Funksjonell møblering og belysning.
- Brukere skal få tilbud om eget rom ved langtidsopphold.³⁹
- Brukere skal få mulighet for ro og skjermet privatliv.⁴⁰
- Ved permanent opphold skal beboerne kunne medbringe egne møbler og private gjenstander.⁴¹

Respekt, forutsigbarhet og trygghet

- Brukere skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.⁴²
- Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.⁴³

Personlig stell

Brukerne skal få.⁴⁴

- Mulighet til selv å ivareta egenomsorg.
- Tilpasset hjelp ved av- og påkledning.
- Ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett).
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene.

Ernæring

Brukerne skal få.⁴⁵

- Dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat.
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.

Aktivisering og stimulering

Brukerne skal få.⁴⁶

- Dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold.
- Fritt kunne motta besøk.⁴⁷

Verdig livsavslutning

Brukerne skal få.⁴⁸

- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

³⁷ Forskrift for sykehjem m.v. § 4-1.

³⁸ Forskrift for sykehjem m.v. § 4-2.

³⁹ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

⁴⁰ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

⁴¹ Forskrift for sykehjem m.v. § 4-5.

⁴² Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

⁴³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

⁴⁴ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

⁴⁵ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

⁴⁶ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

⁴⁷ Forskrift for sykehjem § 4-5.

⁴⁸ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester § 3.

5.2 Fakta

Fysiske omgivelser

Haugvoll sykehjem

Haugvoll sykehjem ble bygget i 2011. Alle avdelingene er identiske og delt i to like deler som inneholder fellesrom og kjøkken som åtte pasienter deler på. Sykehjemmet har i utgangspunktet kun enerom, men pr. april 2017 var det etablert to midlertidige dobbeltrom på grunn av stor pågang. Rommene er store og tilrettelagt for bruk av hjelpemidler, som hev/senk vask, dusj, toalett og heis. Bortsett fra tepper som kan føre til fall har pasientene mulighet til å innrede som de selv ønsker med private møbler.

Enhetsleder informerer om at takheisene er montert på den mest hensiktsmessige måten. Videre viser han til at når feil meldes blir toaletter og vasker reparert fortløpende. Sykehjemmet har også en egen serviceavtale knyttet til sistnevnte, hvor det gjennomføres årlig ettersyn.

Sykehjemmet har en sansehage, seremonirom, et eget «spa-rom» som inneholder et stort badekar, samt et pårørenderom med mulighet for overnatting. Sykehjemmets kantine er tilgjengelig for ansatte og pårørende.

Enheten benytter kommunens sentrale vaskeritjeneste. Det blir levert rent tøy til enheten (sengetøy, håndklær og pasienttøy) to ganger pr. uke, samtidig som skittentøy blir hentet. Rent tøy til ansatte leveres tre ganger per uke. Det er kommunens egen transporttjeneste som frakter tøy fram og tilbake fra vaskeri – enheten. Det informeres om at vaskeritjenesten og enheten har et godt samarbeid og at det fungerer tilfredsstillende med dagens rutiner.

Tingvoll sykehjem

Tingvoll sykehjem åpnet i 1924. Sykehjemmet består av flere bygg og utformingen av avdelingene er ulike. Ved avdeling D, skjermet avdeling, bor det 12 pasienter hvor alle har enerom. To pasienter har rom med eget bad

og dusj, fire har eget toalett og vask. For de øvrige seks deler to og to toalett og vask, samt en dusj. De ansatte viser til at å dele toalett kan virke forstyrrende og skape uro på natten.

Det er to kjøkken på avdelingen hvor det ene er stort og funksjonelt, mens det andre er lite og trangt. Både rommene og korridorene er smale, og det er ikke plass til å benytte hjelpemidler. De ansatte informerer om at trange omgivelser øker risiko for fall, og det kan også oppstå uro fordi pasientene ikke har mulighet til å passere hverandre med rullator i korridor og fellesrommene. Teamleder påpeker på den andre side at det kan virke beroligende med små omgivelser for noen av brukerne.

Pasientene kan ikke ta imot besøk av mange pårørende ved avdelingen, men ved behov kan andre fellesareal ved sykehjemmet benyttes. Avdelingen har en stor veranda som brukes mye på sommeren.

Ved avdeling F er det 21 pasienter. Alle rommene ved avdelingen har vært hybler og har eget toalett, dusj, sovealkove og terrasse på bakkenivå. Avdelingen har gode hjelpemidler og størrelsen på rommene gjør det enkelt å benytte disse. Det er lyse korridorer med god plass og nytt kjøkken med åpen løsning til spisestua. Det er en liten felles TV krok som kan brukes, men de fleste ser tv på eget rom. Det er to dobbeltrom ved avdelingen. På det ene bor to søstre som ønsker å bo sammen. På det andre bor to pasienter i påvente av enkeltrom. Når det gjelder pasientene som bor på dobbeltrom fungerer det bra å dele bad fordi den ene liker å ligge lenge om morgenen⁴⁹. Fordeling av sykehjems plasser/rom foretas sentralt av inntakskontoret i kommunen.

Pasientenes klær sendes til sentralt vaskeri i kommunen og tøy kommer i retur to ganger i uken. Ifølge de ansatte ved begge avdelingene er dette en ordning som fungerer bra.

⁴⁹ Pr. mai 2017

Kommunens egne vurderinger

Høsten 2015 ble det gjennomført internt tilsyn ved Tingvoll sykehjem. En oversikt viser at teamleder ved avdeling D ikke opplever lyd og lysforhold tilfredsstillende, hverken i beboerrom eller i fellesarealer. Avdeling F er ikke inkludert i denne oversikten⁵⁰.

I notat 18.04.2016 «Tilbakemelding på tilsyn ved Tingvoll sykehjem» fremgår det at sykehjemmet er et gammelt bygg som gir begrensninger når det gjelder inneluft. Sykehjemmet ligger ved en svært trafikkert vei og mulighet for å dempe støy ønskes utredet. Beboere må dele bad med flere, noe som ikke er tilfredsstillende. Videre fremgår det at det er startet et prosjekt for å bygge ut lysarmatur i flere avdelinger. Dette prosjektet er pr. august 2017 ferdigstilt.

I Internvurdering om funksjonsfordeling for heldøgns plasser blir det påpekt at avdeling D må flyttes til et annet sykehjem fordi avdelingen betegnes som saneringsavdeling. Videre fremgår det at avdeling F eger seg godt til langtidsplasser⁵¹.

Resultat fra spørreundersøkelsen

Det fremgår av spørreundersøkelsen at pasientene som bor på dobbeltrom ønsker

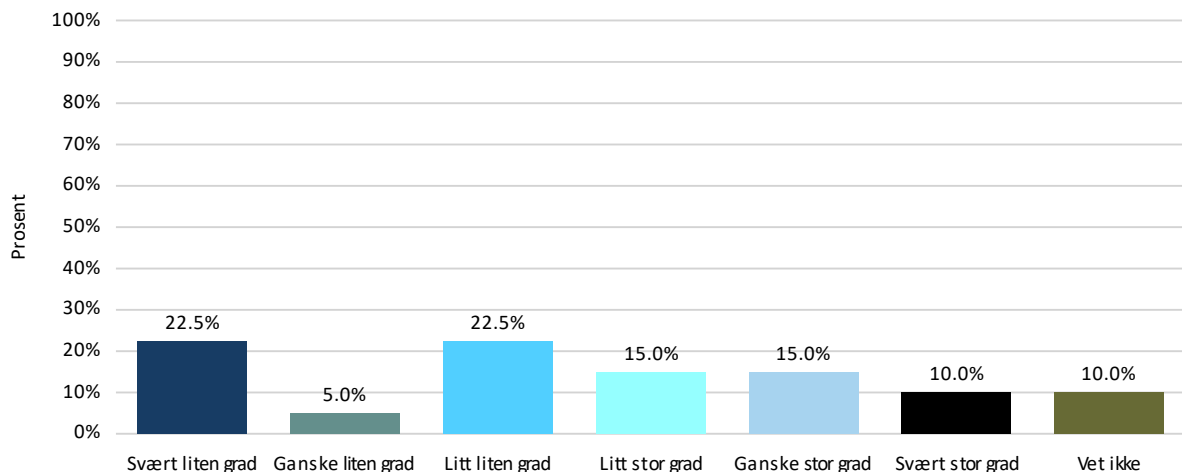
enerom. Pasientene som bor på enerom er enige i at de har mulighet til privatliv. Her er gjennomsnittskåren viser 4,67⁵². Pårørende ble stilt spørsmålet «*I hvilken grad opplever du at beboer har mulighet til ro og skjermet privatliv?*», her er gjennomsnittskåren 5,13.

På påstanden til pasientene om baderommet er tilrettelagt den enkeltes behov er gjennomsnittskåren 5,67. Pårørende ble ikke stilt spørsmål om dette.

Av 12 pasienter er det 11 som oppgir at de er enige (svaralternativ 4, 5 eller 6) i påstanden «*Jeg trives på rommet*», én svarer «Litt uenig» (svaralternativ 3). Pårørende ble stilt spørsmålet «*I hvor stor grad opplever du at beboer trives på rommet?*» Svar fra pårørende ved Tingvoll sykehjem viser en gjennomsnittskåre på 4,63. For pårørende fra Haugvoll sykehjem er gjennomsnittskåren 4,35.

Av 12 pasienter er det 11 som er enige (svaralternativ 4, 5 eller 6) i at de får mulighet til å komme ut i frisk luft. Én benytter svaralternativ «Uenig» (svaralternativ 2). Gjennomsnittskåre total er 4,90. Resultatet fra pårørende fremgår av figur 1.

Figur 1 viser hvordan pårørende besvarer spørsmålet «I hvor stor grad er du fornøyd med mulighetene beboer har til å komme ut i frisk luft?».



Revisors merknad: N= 40, gjennomsnittskår total= 3,28.

⁵⁰ Internt brev er datert 11.03.2016

⁵¹ E-post, 14. februar 2017, oversendt fra Rådgiver Heidi Brenne (enhet Kurland og Tingvoll sykehjem)

⁵² Svaralternativene ble gitt på en skala fra 1 til 6 hvor 1 er «Helt uenig» og 6 er «Helt enig»

Som det fremgår av figur 1 er det spredning i svarene. 20 pårørende besvarer med svaralternativ 1, 2 eller 3, mens 16 besvarer med 4, 5 eller 6. Fire respondenter svarer «Vet ikke».

Rutiner og prosedyrer

Ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem er det utarbeidet en rekke rutiner/prosedyrer på nivå 3 som knyttes til følgende tema:

- Respekt, forutsigbarhet og trygghet
- Personlig stell
- Ernæring
- Aktivisering og stimulering
- Verdig livsavslutning

Revisjonen har fått oversendt to prosedyrer på nivå 2 som kan knyttes til tema 1 og 3 :

- Prosedyren «Samarbeid mellom sykehjemslege, legevakt og sykehjem/Helsehuset Sarpsborg» har som formål å sikre at alle pasienter får nødvendig medisinsk oppfølging til enhver tid. Den skal også sikre at samarbeidende leger kjenner sitt ansvarsområde og er tilgjengelige på telefon. Videre skal prosedyren sikre god kommunikasjon og en felles forståelse av rutiner for kontakt med sykehjemsleger og legevaktsleger.
- Prosedyren «Ernæring i sykehjem» skal sikre at pasientenes ernæringstilstand blir kartlagt og ernæringsbehovet ivaretatt.

Respekt, forutsigbarhet og trygghet

Haugvoll sykehjem

Ved Haugvoll sykehjem informerer enhetsleder og teamleder om at enheten har gode innkommstrutiner for pasientene. Det er utarbeidet detaljerte sjekklister som skal sikre at pasientene føler seg velkommen. Langtidsavdelingene har en egen trivselsplakat som fylles ut ved innkommst. Her er bilde av pasienten, bakgrunnsopplysninger og hva som er viktig for vedkommende. Det er også utarbeidet en velkomstbrosjyre som redegjør for hvem som er primærkontakt og at det gjennomføres pårørende- pasientsamtaler. Det er utarbeidet en egen prosedyre for

hvordan samtalen skal gjennomføres og innholdet i denne. Sykehjemmet har også en egen prosedyre som redegjør for primærkontaktens oppgaver. Her fremgår det at alle pasienter har navngitte primærkontakter, en sykepleier og en helsefagarbeider. På rød avdeling er det oppslag på alle pasientrom om hvem som er pasientens primær- og sekundærkontakt, samt navn og telefonnummer til teamleder.

Basert på samtalen ved innkommst utarbeides pasientens tiltaksplan. De ansatte viser til at gode tiltaksplaner er med på å sikre at pasientene får de samme tjenestene uavhengig av hvem som er på jobb. De ansatte påpeker at trygghet kan knyttes både til et stabilt personale og brukermedvirkning. Den enkelte ansatte har definerte arbeidsoppgaver på de ulike vaktene, og det er alltid en som har ansvar for å være i miljø med pasientene.

Som beskrevet tidligere er sykehjemslegen på sykehjemmet fem dager i uken og i helgene benyttes eventuelt legevakten. Fysioterapeut blir kontaktet ved behov, eksempelvis ved lårhalsbrudd. Ifølge de ansatte burde det i større grad være tilgang på fysioterapi.

I henhold til kommunens prosedyre «Fysioterapi ved heldøgns helse- og omsorgstilbud» blir behov for fysioterapi vurdert av lege. «Kriterier for behandling, team fysioterapi, fagområde voksne» viser blant annet til at pasienter som mottar fysioterapi bør være treningsvillige og motivert, forstå hvorfor fysioterapeuten tar kontakt og starter en undersøkelse, samt at de må kunne samarbeide.

En annen utfordring som påpekes av de ansatte er at det i noen tilfeller har tatt uforholdsmessig lang tid, inntil 6 måneder, for en pasient for å få tilpasset en komfortstol av kommunal ergoterapeut.

Når det gjelder øvrige tjenester har pasientene tilgang på fotpleie, frisør og diakon og prest uavhengig av trossamfunn. Fra januar til mai har det de siste årene blitt gitt tilbud

om ukentlige velværebehandlinger i samarbeid med Borg videregående skole.

Tingvoll sykehjem

Ved Tingvoll sykehjem viser enhetsleder til at et forutsigbart og trygt tjenestetilbud innebærer at det alltid er faglig forsvarlig bemanning ved avdelingene, samt at pasientene skal være trygge på at de ansatte er tilgjengelige og har nødvendig kompetanse ved akutt situasjoner. Hun påpeker at et helhetlig og koordinert tilbud innebærer å se tjenester på tvers i kommunen som ergoterapi, fysioterapi, logoped osv. og samle disse rundt pasienten basert på den enkeltes behov. Det er viktig å arbeide med kommunikasjon, og enhetsleder viser til eksempel når det gjelder å avklare med pasienten hvorvidt de ønsker å involvere pårørende. Enheten har nå etablert prosedyre som konkretiserer at pasientens ønske vedrørende dette skal dokumenteres.

De ansatte ved avdelingene opplever at de gir pasientene et forutsigbart og trygt tilbud. De viser til at det er viktig at pasientene kjenner de ansatte og at de ansatte er kjent med sine arbeidsoppgaver. De ansatte informerer om at pårørende ofte er en stor ressurs når det gjelder å bli kjent med pasientene. Gjennom gode døgnrytmeplaner/tiltaksplaner er det kartlagt hva pasienten trenger hjelp til og gjennom disse vet pasientene hva som skjer. Bruk av LMP⁵³ gjør at de ansatte ikke behøver å forlate pasienten, noe som også gir økt trygghet. Pasientene får informasjon om hvem som er primærkontakt og hvem som er på jobb til enhver tid gjennom oppslag. En sykepleier og to fagarbeidere er primærkontakt for syv pasienter.

Som beskrevet tidligere har sykehjemmet egen lege og det gjennomføres legevisitt en gang i uka pr avdeling. Pasientene har tilgang til fotpleie og frisør samt tilbud om fysioterapi ved behov. Sykehjemmet har også tilgang til Diakon/prest.

Ifølge noen av de ansatte kan det være en utfordring når ansatte ikke er gode i norsk.

Dette kan oppleves utrygt for pasientene, og kan føre til misforståelser.

Gerica blir brukt av alle rundt pasienten, både lege og fysioterapeut. Korrespondansen mellom sykehjem, sykehus samt andre helseinstitusjoner er elektronisk via e-link, noe som sikrer overføring av korrekt informasjon.

De ansatte opplever også at de gir et helhetlig og koordinert tilbud ved å arbeide gjennom KOSMOS.

Faktaboks 5: KOSMOS-studien

KOSMOS er en intervensjon (behandlingsmetode) som står for Kommunikasjon, smertebehandling, medikamentgjennomgang, organisering av aktiviteter og sikkerhet. Målet er å øke pasientenes kognitive velvære, sikkerhet, livskvalitet, og øke personalets kompetanse. Det er også et mål å redusere smerte, medikamentbruk og kostnader.

Kilde: Universitetet i Bergen

Personale på sykehjemmet har fått undervisning i behandlingsmetoden og tett oppfølging med møter og telefonsamtaler hver 2. uke.

Tiltakene i KOSMOS består av:

- Kommunikasjon mellom pasient, pårørende og personale
- Systematisk smertevurdering og smertebehandling
- Standardisert medikamentgjennomgang
- Individuelt tilpassende aktiviteter

I henhold til rutinene som gjelder for dag, kvelds og nattevakt skal det sikres at de ansatte benytter KOSMOS metodikken «Hva er viktig for deg»? Målet med metodikken er å se det friske hos pasienten, istedenfor sykdommen.

Resultater fra spørreundersøkelsen

For påstand om pasientene føler de behandles med respekt er gjennomsnittsskåren totalt for begge sykehjemmene 5,36. For påstand om de

⁵³ Avdelingen startet bruk av LMP i oktober 2016.

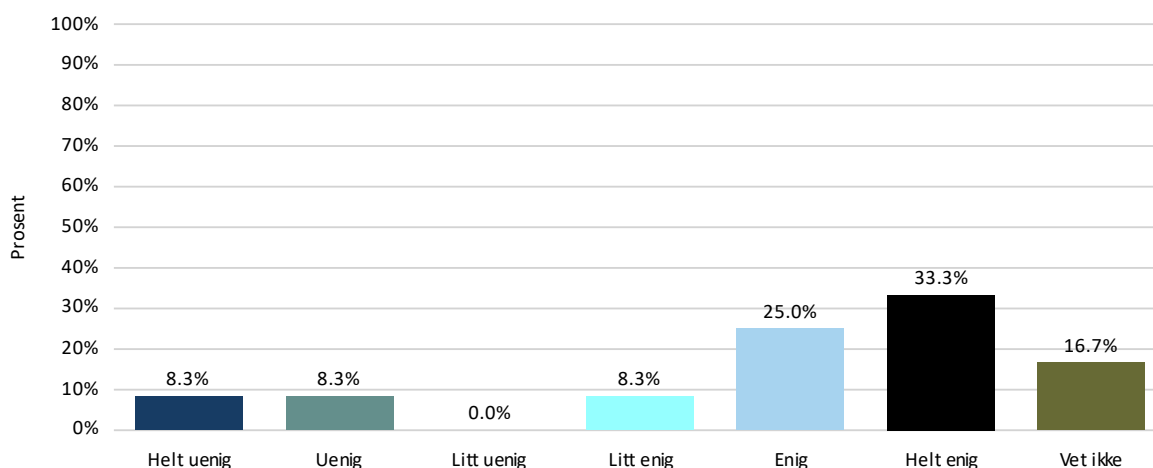
behandles med verdighet er gjennomsnittskåre for Haugvoll 4,40 og for Tingvoll 5,43. De pårørende ble stilt spørsmål om i hvor stor grad de opplever at pasienten blir behandlet med respekt og verdighet. Gjennomsnittskåre total viser henholdsvis 5,13 og 4,76.

Når det gjelder påstanden «Jeg får god informasjon om tjenesten jeg får» er gjennomsnittskåre for pasientene på begge sykehjemmene 4,83. For påstanden «De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg

forstår dem» viser scoren 5,0. De pårørende ble stilt spørsmål om i hvor stor grad de opplever at pasienten får god informasjon om tjenesten og om de ansatte snakker klart og tydelig. Gjennomsnittskåre total viser henholdsvis 4,32 og 4,62.

Flere pårørende ved Tingvoll sykehjem kommenterer at de savner flere ansatte, særlig på ettermiddagen. Ved Tingvoll er det også flere kommentarer knyttet til at enkelte av personalet ikke har tilstrekkelige norskkunnskaper.

Figur 2 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg er kjent med hvordan jeg skal gå frem hvis jeg har noe å klage på».



Revisors merknad: N= 12, gjennomsnittskår Haugvoll= 4,0. Gjennomsnittskåre Tingvoll= 5,0. Gjennomsnittskåre total= 4,6.

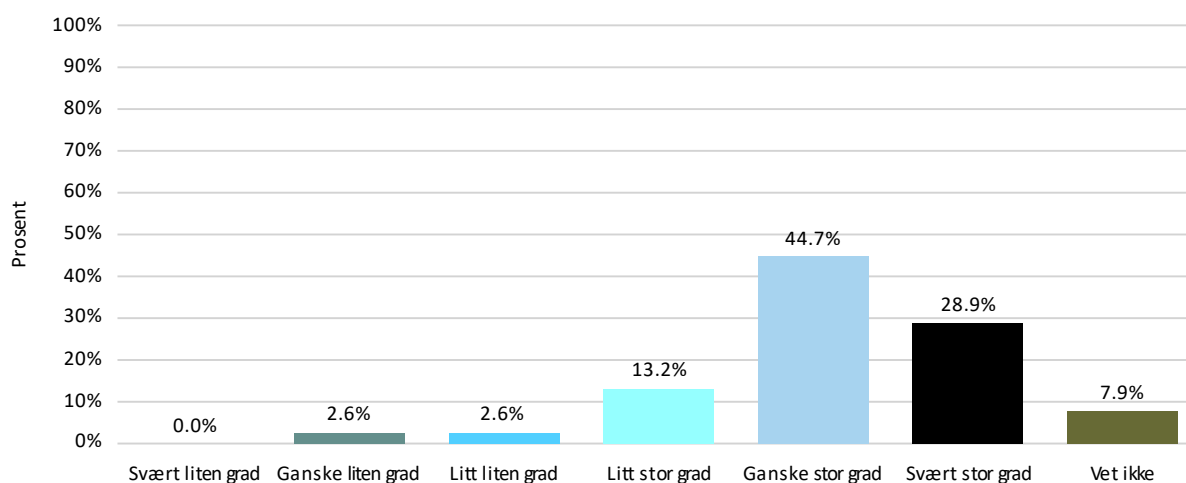
Som det fremgår av figur 2 er det spredning i svarene. Det er åtte pasienter som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. To benytter svaralternativ 1 eller 2, og to svarer «Vet ikke» Pårørende ble stilt spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at beboer er kjent med mulighet til å klage når han/hun vil det?». Gjennomsnittskåre total er 4,53

For pasientene er gjennomsnittskåren for begge sykehjemmene på 5,5 når det gjelder påstand om de føler seg trygge. Pårørende ble

stilt spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at beboer føler seg trygg?» Gjennomsnittskåre for Haugvoll sykehjem er 4,71 og 5,25 for Tingvoll sykehjem.

På påstand «Jeg får legehjelp når jeg trenger det» er gjennomsnittskåren total for begge sykehjemmene 5,45. I kommentarfeltet gir en av pasienten uttrykk for ønske om en mer erfaren lege. Figur 3 viser resultatet for pårørende.

Figur 3 viser hvordan pårørende besvarer spørsmålet «I hvor stor grad er du fornøyd med legehjelpen beboer får når det er behov for det?».



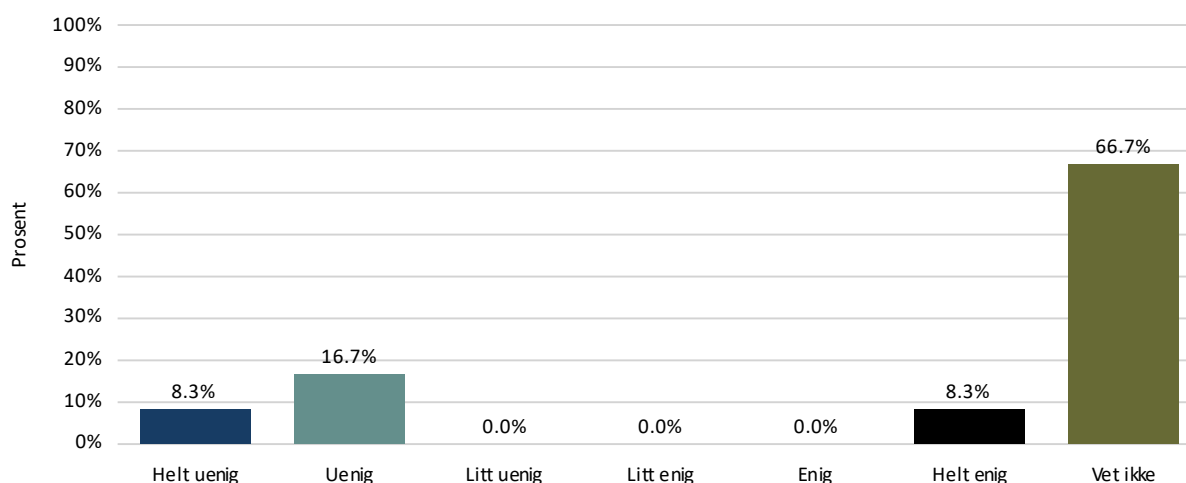
Revisors merknad: N= 38, gjennomsnittskår total= 5,03.

Som det fremgår av figur 3 er det 33 pårørende som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. To benytter svaralternativ 2 og 3, og tre svarer «Vet ikke».

gjennomsnittskåren for begge sykehjemmene 5,40. De pårørende ble stilt spørsmålet «I hvor stor grad er du fornøyd med smertelindringen beboeren får når det er behov for det?» og her viser gjennomsnittskåre totalt 5,41.

Når det gjelder påstand «Jeg får smertelindring ved behov» viser

Figur 4 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg får fysioterapi når jeg trenger det».

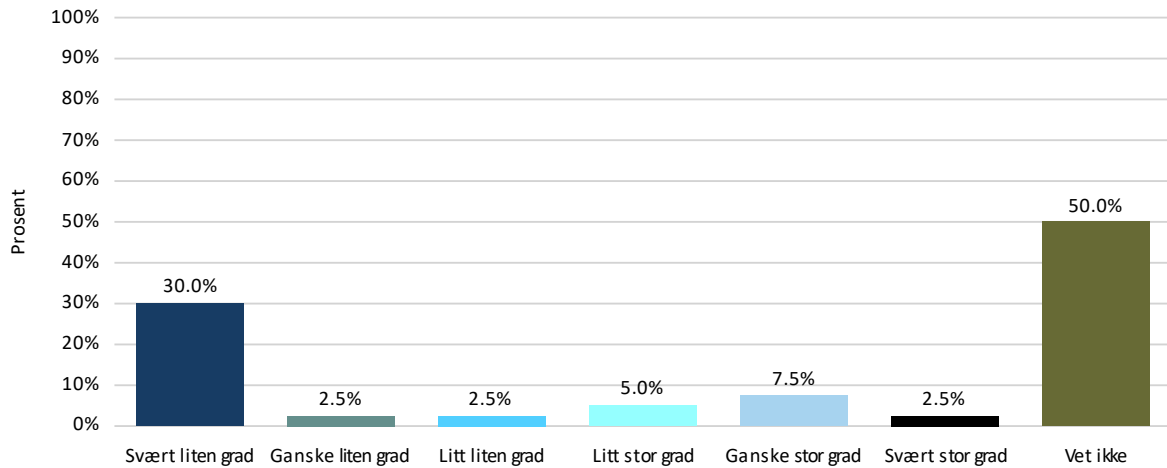


Revisors merknad: N= 12, gjennomsnittskåre Haugvoll= 3,3. Gjennomsnittskåre Tingvoll 1,0 og gjennomsnittskår total= 2,75.

Som det fremgår av figur 4 er det én som bruker svaralternativ 6, tre benytter svaralternativ 1 eller 2 og åtte svarer «Vet

ikke». I kommentarfeltet fremgår det at en av pasienten savner mulighet for fysioterapi og å trene.

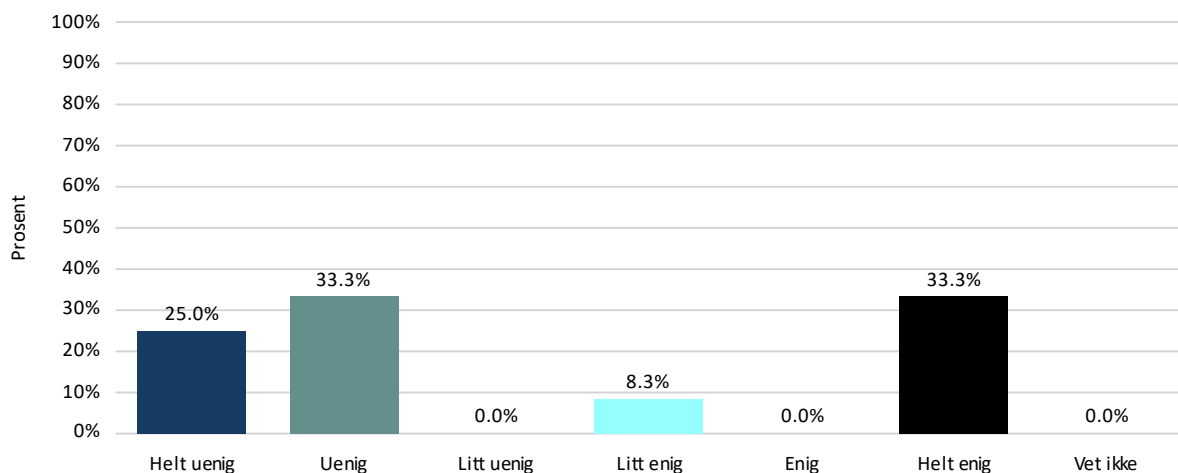
Figur 5 viser hvordan pårørende besvarer spørsmålet «I hvor stor grad er du fornøyd med fysioterapijenesten beboer får når det er behov for det?».



Revisors merknad: N= 40, gjennomsnittskår total= 2,30.

Som det fremgår av figur 5 er det 34 som benytter svaralternativ 1, 2 eller 3. Det er seks som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6, mens 20 svarer «Vet ikke».

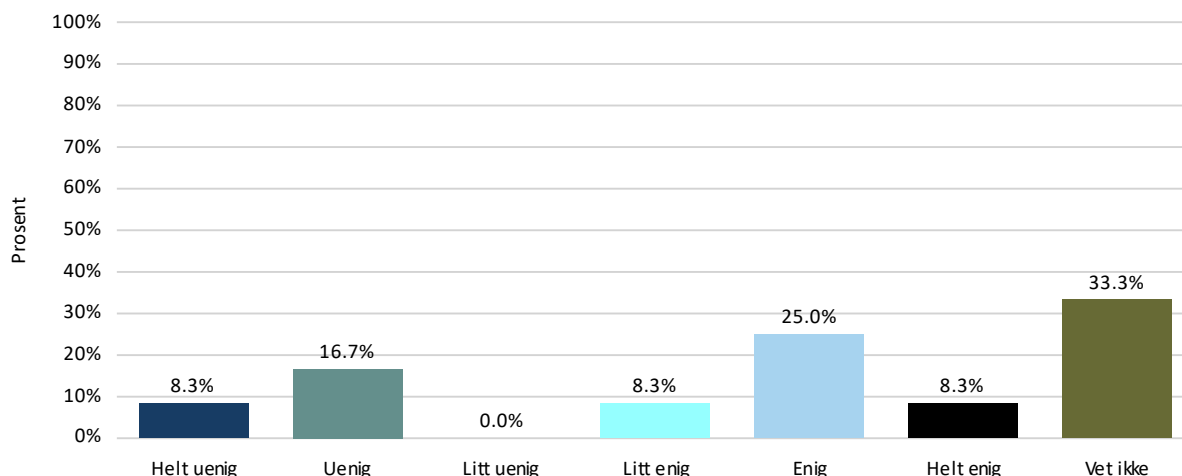
Figur 6 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg vet hvem som er min kontaktperson».



Revisors merknad: N= 12, gjennomsnittskår Haugvoll= 2,40. Gjennomsnittskåre Tingvoll= 3,86 og gjennomsnittskåre total= 3,25.

Som det fremgår av figur 6 er det spredning i svarene. Det er fem pasienter som benytter svaralternativ 4 eller 6. De øvrige syv benytter svaralternativ 1 eller 2.

Figur 7 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg har mulighet til å snakke med noen her om det som er viktig for meg».



Revisors merknad: N= 12, gjennomsnittskår Haugvoll= 3,0. Gjennomsnittskåre Tingvoll= 4,5 og gjennomsnittskåre total= 3,75.

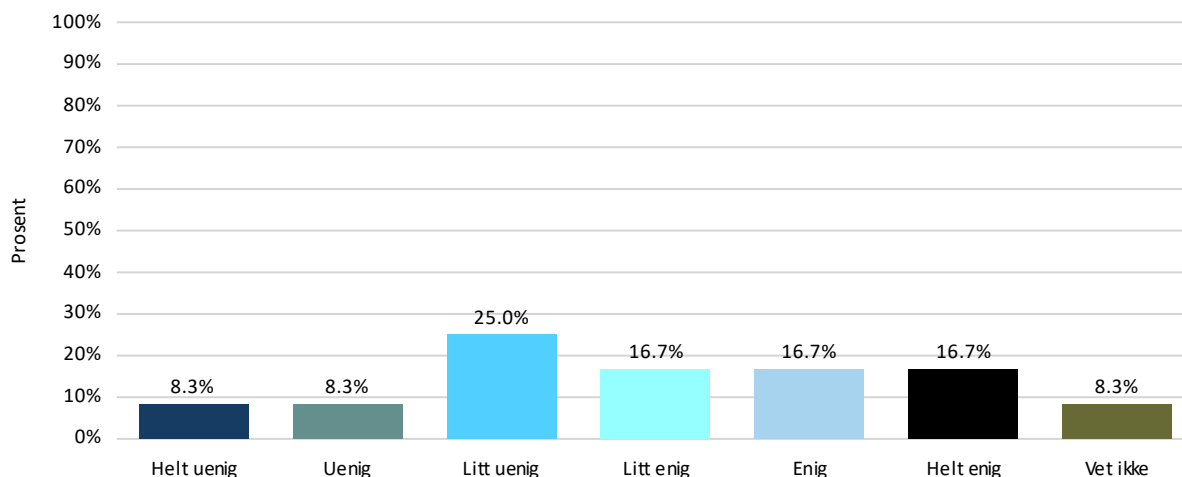
Som det fremgår av figur 7 er det fem pasienter som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. Tre benytter svaralternativ 1 eller 2, mens fire svarer «Vet ikke».

«Jeg trives sammen med de ansatte» én svarer «Litt uenig» (alternativ 3), med gjennomsnittskåre total på 5, 50.

Av 12 pasienter er det 11 som oppgir at de er enige (svaralternativ 4, 5 eller 6) i påstanden

På spørsmål: «I hvor stor grad opplever du at beboer trives sammen med de ansatte?» er gjennomsnittskåre totalt 5,31 for pårørende.

Figur 8 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg trives sammen med de andre beboerne».



Revisors merknad: N= 12. Gjennomsnittskåre for Haugvoll= 2,75. Gjennomsnittskåre for Tingvoll= 4,43 og gjennomsnittskår total= 3,82.

Som det fremgår av figur 8 er det seks pasienter som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. Fem benytter svaralternativ 1, 2 eller 3 og én svarer «Vet ikke».

På spørsmål «I hvor stor grad opplever du at beboer trives sammen med de andre beboerne?» ble gjennomsnittskåre 4,05 for pårørende ved Tingvoll og 3,67 ved Haugvoll sykehjem. Gjennomsnittskåre total ble 3,86.

Personlig stell

Ved begge sykehjemmene informerer de ansatte om at det fremgår av tiltaksplanene hvilke hjelpebehov og ønsker den enkelte har knyttet til personlig stell.

Ved Haugvoll sykehjem informerer de ansatte om at pasientene kan velge om de ønsker å ta imot tannbehandling fra kommunen, eller beholde sin private tannlege. Tannpleier kommer til avdelingene en gang i måneden eller ved behov. Ved Tingvoll sykehjem får pasientene en årlig sjekk av tannteknikere, og videresendes dersom det er aktuelt.

Resultater fra spørreundersøkelsen

På påstandene «*Jeg får den hjelpen jeg trenger til personlig hygiene*» og «*Jeg får mulighet til å komme til tannlege*» viser gjennomsnittskåren for begge sykehjemmene henholdsvis 5,67 og 5,70. De pårørende ble stilt spørsmålene «*I hvor stor grad er du fornøyd med hjelpen beboer får til personlig hygiene?*» og «*I hvor stor grad er du fornøyd med beboers mulighet til å komme til tannlege?*» Gjennomsnittskåre totalt viser henholdsvis 4,97 og 4,21.

Ernæring

Begge sykehjem har lik døgnrytmeplan knyttet til måltidene. Frokost serveres kl. 09:00, middag kl. 13:00 og kveldsmat kl. 18:00. I tillegg serveres frukt og drikke kl. 11:30, kaffe og kaker kl. 14:30- 15:30 og ekstra kveldsmat til de som ønsker det kl. 20:00.

Haugvoll sykehjem

Ved innkomst kartlegges det hva pasienten liker å spise og dette legges inn i tiltaksplanen. Alle pasientene har en ernæringsjournal som redegjør for eventuelle risikoområder som vekt eller bruk av proteser. Alle veies en gang i måneden. Mat og drikke utenom de faste måltidene fremkommer også av tiltaksplanen. Dette er for å sikre at pasienter som ikke spiser så mye til de faste måltidene skal få sine behov dekket gjennom eksempelvis nattmat. Ernæring er også et eget risikoområde på risikotavlen og tiltak er beskrevet i tiltaksplan på hver enkelte pasient.

De ansatte viser til at det er fokus på å skape ro rundt måltidene. Måltidene tilpasses den enkeltes døgnrytme og dersom noen sover lenge får vedkommende frokost på senga, eventuelt sen kveldsmat. Pasientene har valgfrihet når det gjelder brødmatt og pålegg mens middagen er fastsatt gjennom egen ukesmeny.

Ifølge de ansatte er det ikke alltid at maten er tilpasset gamle mennesker som har vanskeligheter for å tygge. Enhetsleder viser til at det kan bestilles most mat til de som har behov for det, samt at hver avdeling har eget kjøkken med mulighet for å mose mat.

Tingvoll sykehjem

Det har vært et stort fokus på ernæring det siste året, og en av de ansatte viser til at mat og en god samtale i noen tilfeller kan erstatte medisiner. Pasientene har stor valgfrihet når det gjelder mat/pålegg, mens middagen også ved dette sykehjemmet er fastsatt. Alle pasientene har egne matkort hvor det fremgår hva de foretrekker av mat, og disse oppdateres kontinuerlig.

Pasientene får tilpasset hjelp ved måltidene, og det brukes mye tid på matsituasjonen. Dersom pasientene ikke spiser ved måltidene blir de tilbudt-ønskekost og mellommåltider. Det tas også hensyn til hvor pasientene ønsker å spise. Ved den ene avdelingen lager de ansatte omelett og annen mat ved bruk av middagsrester, noe pasientene setter pris på. Ifølge de ansatte er ikke alle pasientene like fornøyd med middagen, de synes det er mye farsemat. Pasientene har også klaget på lørdagskosen, de synes det er små porsjoner og at tilbudet er lite variert. I tillegg ønsker de seg mer «moderne» mat som pizza, gryteretter osv. Noen ganger har avdelingen bestilt mat utenfra, i tillegg til å lage litt ekstra mat på kjøkkenet. Pasientene får tilbud om øl og vin i helgene.

Det er mulig å komme med innspill til kjøkkenet når det gjelder måltider. Det er heller aldri noe problem å få varer fra kjøkkenet dersom avdelingen er i mangel på noe. Felleskjøkkenet for hele kommunen er lokalisert ved Tingvoll sykehjem noe som gjør

tilgangen på ulike matvarer enkel. Pasientene har ulike ønsker når det gjelder mat, men de ansatte opplever stort sett at de fleste er fornøyd med tilbudet.

Faktaboks 6: Tilsyn fra Fylkesmannen

Fylkesmannen gjennomførte i perioden 15.09.16- 13.02.2017 tilsyn med forebygging og behandling av underernæring hos pasienter på Tingvoll sykehjem. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

- Om kommunen sikrer at pasienter i sykehjem, som er underernærte eller i ernæringsmessig risiko, blir identifisert
- Om kommunen sikrer at pasienter i sykehjem blir fulgt opp for å forebygge og behandle underernæring

Det ble avdekket avvik knyttet til at kommunen ikke sikrer at pasienter som er i ernæringsmessig risiko blir fulgt opp på en systematisk måte.

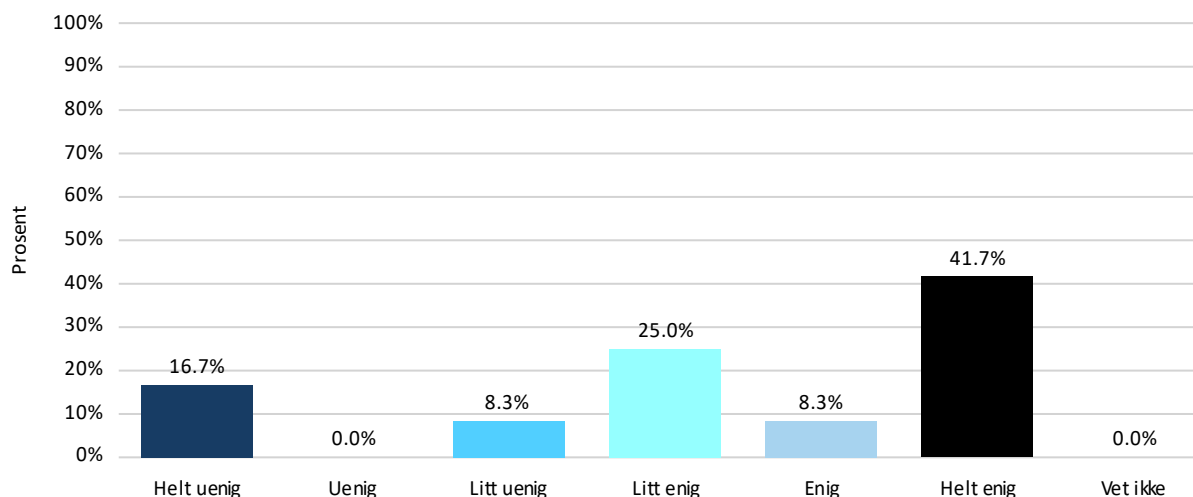
Kilde: Helsetilsynet.no

Rapporten fra Fylkesmannen viste avvik knyttet til den systematiske dokumentasjonen når det gjelder å identifisere, forebygge og følge opp underernæring hos beboerne. Teamleder informerer om at avviket er løftet opp i hele kommuneområdet for å sikre læringseffekt. Det er også satt ned en gruppe på tvers av enhet velferd for å få læringseffekt ut til alle enhetene.

Resultater fra spørreundersøkelsen

Som det fremgår av figur 9 er det variasjoner i svarene fra pasientene.

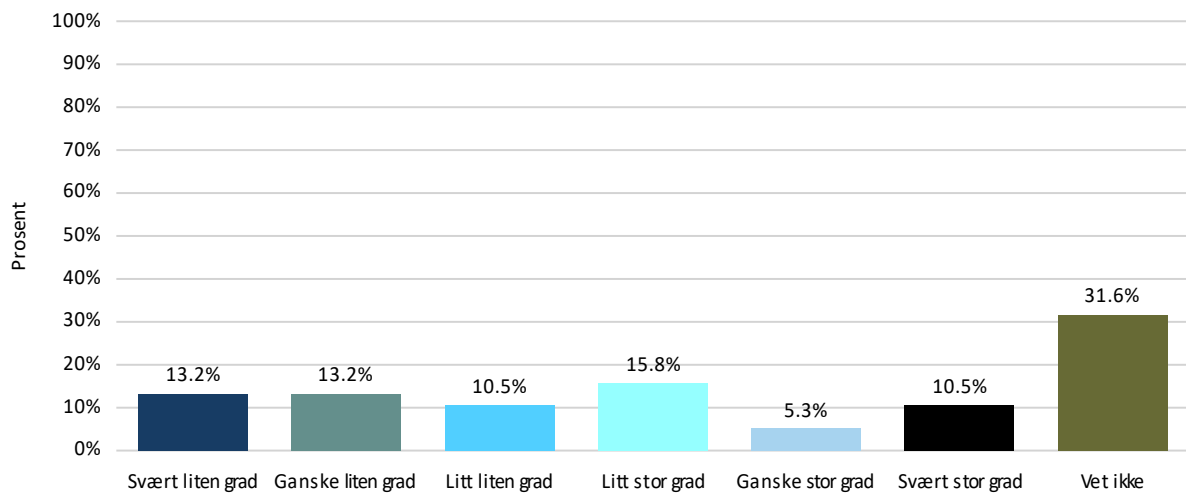
Figur 9 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg er fornøyd med maten jeg får».



Revisors merknad: N= 12, gjennomsnittskår total= 4,33.

Det er ni pasienter som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. Tre pasienter benytter svaralternativ 1 eller 3.

Figur 10 viser hvordan pårørende besvarer spørsmålet «I hvor stor grad er du fornøyd med beboers valgfrihet i forhold til mat».



Revisors merknad: N= 38, gjennomsnittskår total= 3,27.

Som figur 10 viser benytter 12 pårørende svaralternativ 4, 5 eller 6. Det er 14 som benytter alternativ 1, 2 eller 3 og 12 svarer «Vet ikke»

På spørsmål til pårørende «I hvor stor grad er du fornøyd med maten som serveres beboeren, at den gir tilstrekkelig næring, er variert og helsefremmende?» viser gjennomsnittskåren totalt 4,76, hvor 33 av 40 benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. Fem benytter svaralternativ 1, 2 eller 3 og 2 svarer «Vet ikke».

Når det gjelder påstanden «Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det» viser gjennomsnittskåren total for begge sykehjemmene 4,67, hvor 10 av 12 pasienter benytter svaralternativ 4, 5 eller 6 og to benytter alternativ 3. Gjennomsnittskåre for Haugvoll er 3,8 og gjennomsnittskåre for Tingvoll er 5,29.

Det er liten spredning i svarene fra pasientene knyttet til påstand «Jeg får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise» hvor gjennomsnittskåre for begge sykehjemmene er 5,27.

Pårørende ble stilt spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at beboer får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise?» Gjennomsnittskåre totalt er 5,16, hvor syv av 39 svarer «Vet ikke».

Aktivitet og stimulering

Haugvoll sykehjem

Ifølge de ansatte er det et godt aktivitetstilbud ved sykehjemmet og aktiviteter gjennomføres både felles på sykehjemmet og på hver avdeling. Sykehjemmet har ansatt en aktivitør i 20 % stilling som utarbeider månedsplan for aktiviteter. Det er i tillegg utarbeidet egen aktivitetsperm med aktiviteter som skal gjennomføres fast ukentlig. Det legges stor vekt på regelmessige utflukter. Enhetsleder informerer om at aktivitetspermen er utarbeidet i samarbeid med Høgskolen i Østfold.

Ifølge de ansatte kan det være enklere å få med pasientene på aktiviteter som foregår ved avdelingen enn fellesaktiviteter for hele sykehjemmet. Mange av pasientene kan også bli urolige av å forlate kjente omgivelser. Det er viktig at aktiviteten tilpasses brukerne, og hva pasientene liker å gjøre blir registrert i tiltaksplanen. Aktiviteter som gjennomføres er eksempelvis EL-sykkeltur med vogn, spa- bad, og besøk av frivillige organisasjoner. Haugvoll sykehjem har hittil i år gjennomført 5 bussturer til kjente steder i Sarpsborg kommune. Pårørende kan fritt besøke pasientene gjennom hele dagen.

Ved den ene avdelingen viser flere av de ansatte til at det er liten tid til å aktivisere

pasientene på en god måte. De ønsker å ta med pasientene på flere turer og benytte sansehagen i større grad. Det er også liten mulighet for sosial kontakt en til en, og for å bøte på dette benyttes stellesituasjonen. Ifølge flere av de ansatte hender det at pasienter ikke får kommet seg opp av sengen og får stell før kl. 10-11 på grunn av kapasiteten. Enhetsleder informerer om at tidspunkt for når pasienter får hjelp til stell også kan være basert på ønsker og helsesituasjon.

Tingvoll sykehjem

Som tidligere beskrevet er aktiviteter befestet gjennom KOSMOS og inngår som en del av de ansattes arbeidsoppgaver. I tillegg igangsettes aktiviteter på impuls når det er mulig. Det gjennomføres aktiviteter både inne på avdelingene og felles på sykehjemmet. Program for aktivitetene som foregår i løpet av uka henges opp i avdelingene.

I samarbeid med pasienten, eventuelt pårørende, er den enkeltes interesser kartlagt. Aktivitetene tilpasses også opp mot pasientenes sykdomsutvikling. Ifølge de ansatte arbeides det med å få individuelle aktiviteter inn i tiltaksplanene, og det er et mål at all aktivisering og stimulering blir dokumentert. Ved den ene avdelingen informerer de ansatte om at bygningen er begrensende når det gjelder tilpasning av individuelle aktiviteter.

Aktiviteter kan være samtaler, mimring gjennom å se i gamle album, deltagelse i

arbeidsoppgaver ved avdelingen, bingo, quiz, treningsøvelser og turer i området rundt sykehjemmet. Sykehjemmet får også besøk av ulike frivillige foreninger og organisasjoner. Når bemanningen tillater det får pasienter som ønsker det mulighet til å dra på bytur. Det er kjøpt inn elektrisk sykkel og de ansatte forventer at denne vil bli til stor fornøyelse for pasientene. Ved den ene avdelingen har én av de ansatte ofte med seg hunden sin på jobb, noe som er til glede for pasientene. Den andre avdelingen har en stor veranda som blir mye brukt.

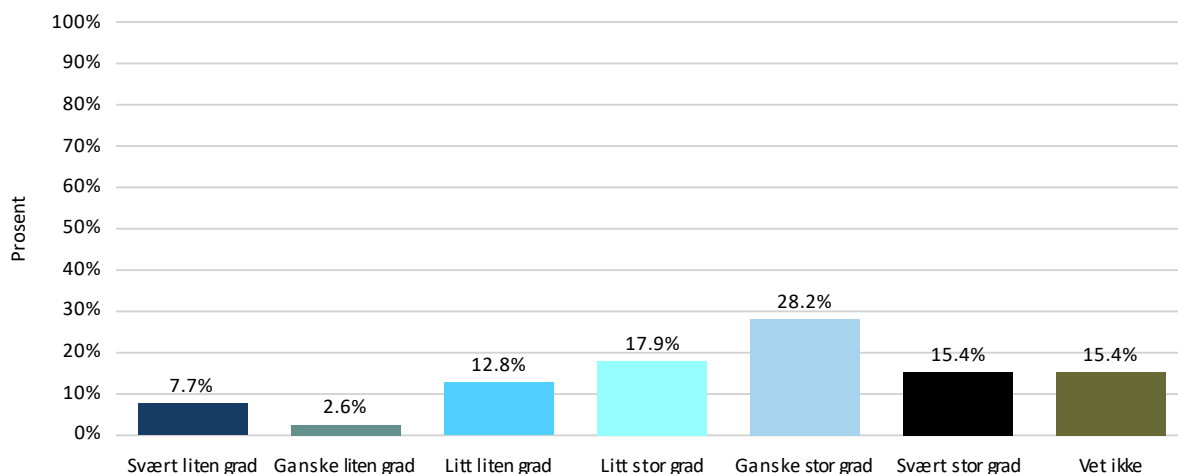
Pårørende kan i utgangspunktet besøke pasientene fritt gjennom hele dagen, men ved den ene avdelingen er det satt begrensning når det gjelder besøk under middagsmåltidet på grunn av avdelingens fysiske utforming.

De ansatte følger i størst grad de daglige rutinene på dag/kvelds og nattevakt og påser at pasientene har en naturlig døgnrytme. Det gis likevel mulighet for variasjoner for de pasientene som liker å være lenge oppe, og/eller stå opp senere.

Resultater fra spørreundersøkelsen

For påstand «Jeg får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbudet» her viser gjennomsnittskåre for begge sykehjemmene 5,09 med liten spredning på svaralternativene. Svar på tilsvarende spørsmål til pårørende fremgår av figur 11.

Figur 11 viser hvordan pårørende besvarer spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at beboer får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud».

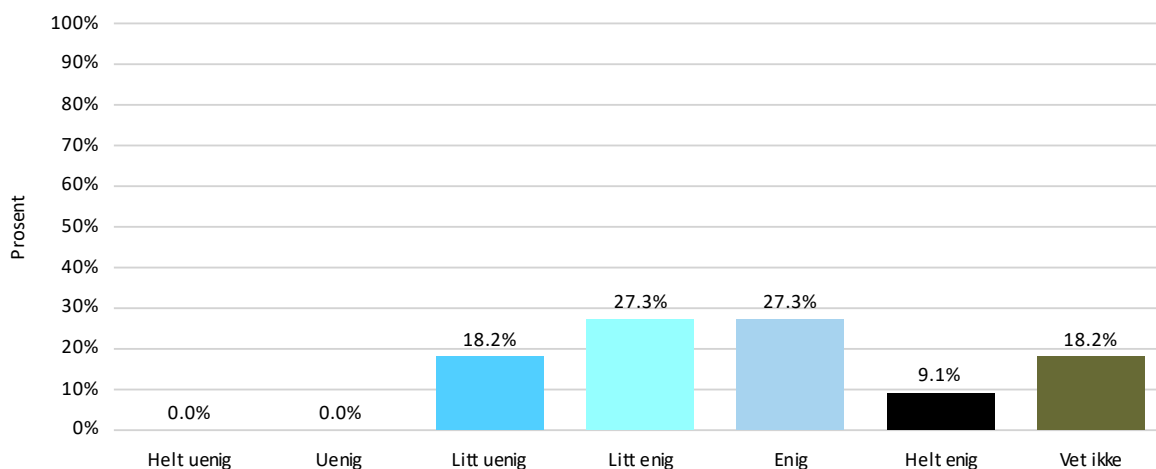


Revisors merknad: N= 39, gjennomsnittskår Haugvoll sykehjem er 4,64 og 3,83 for Tingvoll sykehjem.

Som figur 11 viser er det spredning i svarene hvor 24 respondenter benytter svaralternativ

4, 5 eller 6. Det er ni som benytter alternativ 1, 2 eller 3 og seks svarer «Vet ikke».

Figur 12 viser hvordan pasientene besvarer påstanden «Jeg er fornøyd med kultur/ underholdningstilbudet».

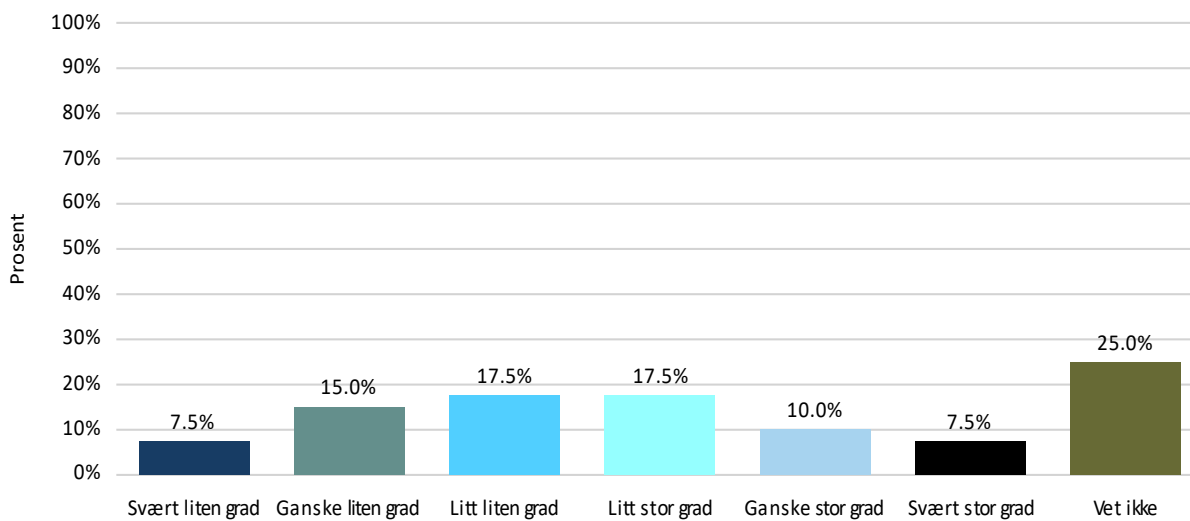


Revisors merknad: N= 11, gjennomsnittskåre totalt 4,33.

Det fremgår av figur 12 at det er spredning i svarene knyttet til påstanden hvor syv respondenter benytter svaralternativ 4, 5

eller 6. Det er to som benytter alternativ 3 og to svarer «Vet ikke».

Figur 13 viser hvordan pårørende besvarer spørsmålet «I hvor stor grad opplever du at beboer får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter?».

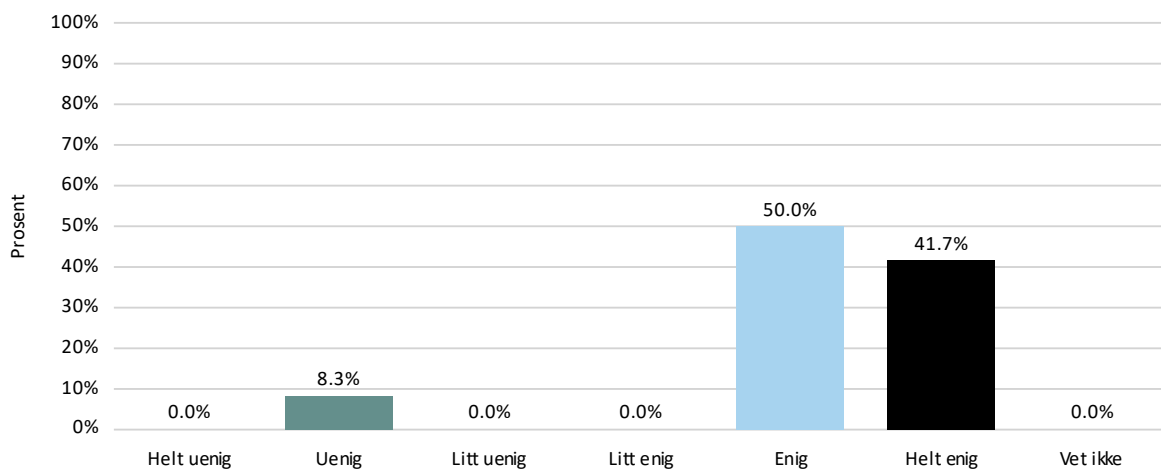


Revisors merknad: N= 40, gjennomsnittskåre totalt 3,40.

Som figur 13 viser er det spredning i svarene hvor 14 respondenter benytter svaralternativ

4, 5 eller 6. Det er 16 som benytter alternativ 1, 2 eller 3 og 10 svarer «Vet ikke».

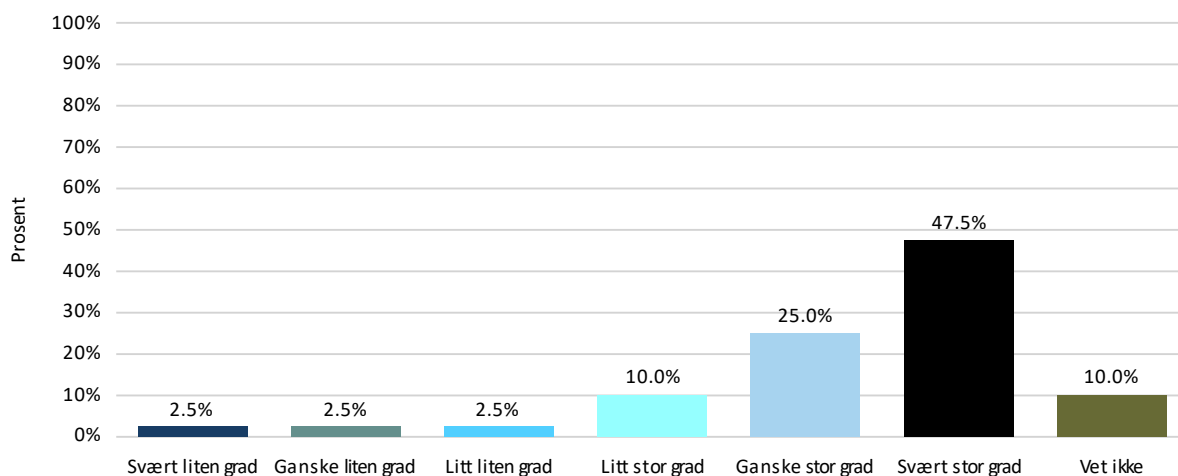
Figur 14 viser hvordan pasient besvarer påstanden «Jeg får stå opp og legge meg når jeg vil»



Revisors merknad: N= 12, gjennomsnittskåre totalt 5,17.

Som figur 14 viser er det 11 som benytter svaralternativ 5 eller 6. Det er én som benytter svaralternativ 2.

Figur 15 viser hvordan pårørende svarer på spørsmålet «Beboer får stå opp og legge seg når han/hun vil»



Revisors merknad: N= 40, gjennomsnittskåre totalt 5,17.

Som figur 15 viser er det 33 pasienter som benytter svaralternativ 4, 5 eller 6. Det er tre som benytter svaralternativ 1,2 eller 3. Fire svarer «Vet ikke».

På påstand «*Alt i alt er jeg fornøyd med sykehjemmet der jeg bor*» er gjennomsnittskåren 5, 17 for pasientene. For pårørende viser gjennomsnittskåre totalt 5,08 på spørsmål «*Alt i alt, opplever du at beboer er fornøyd med sykehjemmet?*»

Verdig livsavslutning

Haugvoll sykehjem

Alle pasientene/beboerne ved Haugvoll sykehjem har enerom. Sykehjemmet benytter et eget palliativt-skjema når det gjelder hvilke medisiner som kan gis i denne fasen. Enheten har et palliativt team som driver veiledning og undervisning for de ansatte. Teamet arbeider også med rutiner for hvordan verdig livsavslutning ivaretas. Ved den ene avdelingen viser sykepleierne til at det i noen tilfeller har vært for lav bemanning på dag og kveld ved terminalpleie. Ved den andre

avdelingen oppleves bemanningen som tilstrekkelig.

Enhetsleder informerer om at det leies inn fastvakt ved behov når den enkelte avdeling mener det er behov for det.

Tingvoll sykehjem

Enheten har et palliativt team som driver veiledning og undervisning for de ansatte. Sykehjem benytter en egen tiltaksplan ved livets slutt, LCP⁵⁴. Planen/skjemaet erstatter all annen dokumentasjon. I denne fasen er det fokus på smertelindring og at pasientene skal avslutte livet i kjente omgivelser, med kjent personale. Dersom pasienter flyttes er det på grunn av at avdelingen de bor på ikke er tilrettelagt på grunn av bygningsmessige utfordringer. Sykepleier som er primærkontakt har hovedansvaret for rommet hvor det ligger en døddende pasient. Ved behov leies det inn ekstra bemanning. Enhetsleder viser til at pasientene skal være trygg på at enheten har nødvendige medisiner samt at de blir ivaretatt på en god måte ved livets slutt. Det skal tilrettelegges på en best mulig måte både for den enkelte og for pårørende.

⁵⁴ *Liverpool Care Pathway*- En tiltaksplan for omsorg til døddende og deres pårørende

På begge sykehjemmene legges det til rette for at pårørende skal kunne bruke mye tid sammen med pasientene. Ved Haugvoll

5.3 Vurderinger

Revisjonskriteriene for kapittel 5 består av flere faktorer som skal være med på å gi beboerne ved sykehjemmene helhetlige, samordnede og fleksible tjenester. Kriteriene tar for seg sykehjemmenes fysiske omgivelser, forutsigbarhet, personlig stell, ernæring, aktivisering og stimulering og verdig livsavslutning.

Fysiske omgivelser

Haugvoll sykehjem har i utgangspunktet kun enerom, men pr. april 2017 var det etablert to midlertidige dobbeltrom på grunn av stor pågang. Ved Tingvoll sykehjem (avdeling F) er det etablert to dobbeltrom. I henhold til revisjonskriteriene skal brukere få tilbud om eget rom ved langtidsopphold, samt få mulighet til ro og skjermet privatliv. Ifølge revisjonens vurdering overholder ikke kommunen kravet om tilbud om eget rom fullt ut, samt at kravet om mulighet til ro og skjermet privatliv vanskelig lar seg gjennomføre på et dobbeltrom.

Det fremkommer at det ved Tingvoll sykehjem (avdeling D) er seks pasienter som deler på tre toaletter og en dusj. Rommene og korridorene i avdelingen er smale, og det er av den grunn ikke plass til å benytte hjelpemidler. Trange omgivelser øker, ifølge de ansatte, risikoen for fall og uro blant pasientene. I henhold til revisjonskriteriene skal det ved utforming av bygningen tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne, være tilknyttet et WC-rom til hvert sengerom, samt nødvendige rom tilrettelagt for å ivareta beboernes hygiene. Ifølge revisjons vurderinger tilfredsstillende overnevnte ikke kravene som fremkommer av revisjonskriteriene.

Respekt, forutsigbarhet og trygghet

Det fremkommer av fakta at sykehjemmene har gode innkomstrutiner for pasientene. Ved

sykehjem er det egne rom hvor pårørende kan bo den siste tiden.

Haugvoll er det blant annet utarbeidet detaljerte sjekklister som skal sikre at pasientene føler seg velkommen, det er også utarbeidet en velkomstbrosjyre som redegjør for hvem som er primærkontakt, samt at det gjennomføres pårørendesamtaler. Sykehjemmet har egen prosedyre som redegjør for primærkontaktens oppgaver. Basert på samtalen ved innkomst utarbeides pasientens tiltaksplan. De ansatte på Tingvoll vektlegger at et forutsigbart og trygt tjenestetilbud innebærer at det alltid er faglig forsvarlig bemanning på avdelingene, samt at pasientene skal være trygge på at de ansatte er tilgjengelige og har nødvendig kompetanse. Revisjonen finner overnevnte tilfredsstillende.

Videre er det revisjonens inntrykk at spørreundersøkelsens påstander omhandlende respekt, forutsigbarhet og trygghet jevnt over får gode skår fra brukerne som har besvart undersøkelsen. Noe revisjonen finner tilfredsstillende. Eksempelvis oppnår påstanden «*De ansatte behandler meg med respekt*» en gjennomsnittsskår på 5,36, mens påstanden «*Jeg føler meg trygg her*» oppnår en gjennomsnittsskår på 5,50.

Påstandene om det gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud får også, etter revisjonens vurdering, gode skår fra brukerne som har besvart undersøkelsen. For eksempel får påstanden «*Jeg får legehjelp når jeg trenger det*» en gjennomsnittsskår på 5,45, mens påstanden «*Jeg får smertelindring ved behov*» får en gjennomsnittsskår på 5,40. Påstanden som oppnår dårligst skår er «*Jeg får fysioterapi når jeg trenger det*», som oppnår et gjennomsnittsskår på 2,75 blant brukerne som har besvart undersøkelsen, mens de pårørende som har besvart undersøkelsen besvarer spørsmålet «*I hvor stor grad er du fornøyd med fysioterapitjenesten beoer får når det er behov for det*» med et gjennomsnittsskår på 2,30. Kommunen har utarbeidet prosedyre «*Fysioterapi ved heldøgns helse- og omsorgstilbud*». Her fremkommer det at behov for fysioterapi blir vurdert av lege. Av

prosedyre «*Kriterier for behandling, team fysioterapi, fagområde voksne*» fremkommer det at pasienter som mottar fysioterapi bør være treningsvillige og motivert, forstå hvorfor fysioterapeuten tar kontakt og starter en undersøkelse, samt at de må kunne samarbeide.

Det fremkommer av fakta at det på Tingvoll sykehjem kan være en utfordring når ansatte ikke i tilstrekkelig grad behersker norsk. Dette kan oppleves utrygt for pasientene, og kan føre til misforståelser. Etter revisjonens vurdering er språkforståelse viktig og bør være et område kommunens sykehjem fokuserer på.

Personlig stell

Ved begge sykehjemmene fremgår hjelpebehov og ønsker til den enkelte pasient knyttet til personlig stell av den enkelte pasients tiltaksplan. Dette skal sikre at hjelpetilbudet er differensiert, tilpasset den enkelte, samt brukermedvirkning i hverdagen. Sykehjemmene har faste rutiner knyttet til pasientenes tannbehandling. Det er revisjonens vurdering at spørreundersøkelsens påstander knytte til personlig stell oppnår gode skår blant brukerne som har besvart undersøkelsen. Eksempelvis oppnår påstandene «*Jeg får den hjelpen jeg trenger til personlig hygiene*» og «*Jeg får mulighet til å komme til tannlege*» et gjennomsnittskår på henholdsvis 5,67 og 5,70.

Ernæring

Pasientene har valgfrihet når det gjelder brødmat og pålegg, mens middag er fastsatt i egen ukesmeny. Det fremkommer av tiltaksplan eller matkort hva den enkelte foretrekker av mat, dette skal sikre at pasienter får tilstrekkelig med mat, samt den maten vedkommende liker. Det er fokus på å skape ro rundt måltidene, og måltidene tilpasses den enkeltes døgnrytme og hjelpebehov. Dersom pasientene ikke spiser til de fastsatte måltidene tilbys det ønskekost og mellommåltider. Alle pasientene ved sykehjemmene har en ernæringsjournal som redegjør for eventuelle risikoområder som vekt eller bruk av proteser. Alle veies en gang i måneden. Revisjonen finner overnevnte

praksis tilfredsstillende sett opp mot revisjonskriteriene på området.

Spørreundersøkelsens spørsmål/påstander knyttet til ernæring inneholder noe variasjon i svarene, men er i all vesentlighet gode. Eksempelvis er gjennomsnittskår på påstanden «*Jeg er fornøyd med maten jeg får*» 4,33 for brukerne som har besvart undersøkelsen, men det er forholdsvis stor variasjon i svarene. På påstanden «*Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det*» er gjennomsnittskår totalt 4,67 for brukerne som har besvart undersøkelsen. Mens påstanden «*Jeg får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*» har en gjennomsnittskår på 5,27 for brukerne som har besvart undersøkelsen.

Aktivering og stimulering

Det fremkommer av fakta at det gjennomføres aktiviteter felles på sykehjemmene og i avdelingene. Hva pasientene liker å gjøre av aktiviteter er registret i pasientenes tiltaksplaner og aktivitetene tilpasses pasientene i den grad det lar seg gjøre. Eksempler på aktiviteter som gjennomføres på Haugvoll er sykkeltur med vogn, spa-bad eller besøk av frivillige organisasjoner. Haugvoll sykehjem har ansatt en aktivitør i 20 prosent stilling som utarbeider aktivitetsperm og månedsplaner.

Ved Tingvoll nevnes mimring gjennom å se i gamle album, deltagelse i arbeidsoppgaver ved avdelingen, bingo, quiz og turer i området rundt sykehjemmet og besøk av frivillige organisasjoner som aktiviteter som gjennomføres. Pårørende kan fritt besøke pasientene gjennom hele dagen bortsett fra ved en avdeling ved Tingvoll hvor det er satt begrensinger når det gjelder besøk under middagsservering på grunn av avdelingens fysiske utforming. Overnevnte er i henhold til rapportens revisjonskriterier og fremstår for revisjonen som god praksis.

Samtidig fremhever de ansatte ved en avdeling ved Haugvoll at det er liten tid i løpet av dagen til å aktivisere pasientene på en god måte. Det er blant annet ønskelig å ta med pasientene på flere turer og i større grad

benytte sykehjemmets sansehage. Her fremkommer det også at det hender at pasienter ikke har mulighet til å stå opp og få stell før 10-11 på dagen grunnet kapasitet, noe som etter revisjonens vurdering ikke fullt ut er i overenstemmelse med revisjonskriteriet omhandlende døgnrytme. Samtidig informerer enhetsleder om at tidspunkt for når pasienter får hjelp til stell også kan være basert på ønsker og helsesituasjon. Det er også verdt å bemerke at gjennomsnittskår for spørsmålet/påstanden «*Jeg får stå opp og legge meg når jeg vil*» er på 5,17 både for brukere og pårørende som har besvart undersøkelsen.

Videre er det revisjonens vurdering at spørreundersøkelsens resultater omhandlende aktivisering og stimulering i all hovedsak fremstår som positive. Eksempelvis er gjennomsnittskår på påstanden «*Jeg er fornøyd med kultur/underholdningstilbudet*» 4,33 for brukerne som har besvart undersøkelsen. De pårørende er noe mindre fornøyd med pasientenes tilbud om aktiviteter, spørsmålet «*I hvor stor grad opplever du at beboer får tilbud om varierte*

og tilpassede aktiviteter» har en gjennomsnittskår på 3,40 blant de pårørende som har besvart undersøkelsen. Det er stor variasjon i svarene, og alle svaralternativer er blitt benyttet på dette spørsmålet. Påstanden «*Alt i alt er jeg fornøyd med sykehjemmet der jeg bor*» oppnår også, ifølge revisjonens vurdering, en god skår med ett gjennomsnitt på 5,17 blant brukerne som har besvart undersøkelsen.

Verdig livsavslutning

Det fremstår for revisjonen som om de to sykehjemmene arbeider godt med, og i stor grad ivaretar kriteriet om en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Det fremkommer blant annet av fakta at Haugvoll og Tingvoll sykehjem har et eget palliativt team som driver veiledning og undervisning av de ansatte, teamet arbeider også med rutiner for hvordan verdig livsavslutning skal ivaretas. Ved Tingvoll fremheves det at det benyttes egen tiltaksplan ved livets slutt. I denne fasen er det fokus på smertelindring og at pasientene skal avslutte livet i kjente omgivelser, med kjent personale.

6 IVARETAR SYKEHJEMMET BRUKERMEDVIRKNING OG INDIVIDUELL TILPASNING?

6.1 Revisjonskriterier

Brukermedvirkning og individuell tilpassing

- Brukere og eventuelt pårørende skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.⁵⁵
- Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.⁵⁶
- Brukere skal få mulighet til selvstendighet og styring av eget liv.⁵⁷
- Kommunen skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.⁵⁸

6.2 Fakta

Medvirkning til tjenestetilbudet

Haugvoll

Enheden har utarbeidet nivå 3 prosedyre «Pårørendesamtale». Formålet med prosedyren er å sikre ivaretagelse av pasientens behov og interesser, gjennom å ha en god dialog og et godt samarbeid med pårørende eller andre som står pasienten nær, samt sikre at ansatte har kunnskap om gjennomføring av pårørendesamtale. Det fremkommer av prosedyren at pårørende tilbys inkomstsamtale med primærkontakter innen 3 uker etter innflytting, og oppfølgingssamtale etter 4-6 måneder. Pårørende får deretter tilbud om samtale 1 gang i året, eller etter behov. Pasienten bestemmer hvem som skal inviteres til samtale. Prosedyren inneholder også en mal for pårørendesamtalen.

Ifølge enhetsleder og teamlederne ved Haugvoll sykehjem sikres brukers og pårørendes medvirkning av tjenestetilbudet i stor grad gjennom pårørendesamtalene som

gjennomføres ved innkomst, samt oppfølgingssamtaler. Ved innkomst utarbeider de ansatte blant annet et anamneseskjema. Skjemaet inneholder informasjon om pasientens hobbyer/interesser, hva pasient liker å spise, hva pasient har gjort tidligere i livet osv. Det gis tilbud om regelmessige pårørendesamtaler. Teamlederne informerer om at pasientens tiltaksplan gjennomgås i pårørendesamtalene. Alt av behov og ønsker fra pasienten og pårørende registreres og legges inn i pasientens tiltaksplan. Det er pasientens primærkontakt som er hovedansvarlig for dialogen med pårørende. Samtlige pasienter på Haugvoll sykehjem har 2 primærkontakter (en sykepleier og en fagarbeider).

Ifølge enhetsleder oppnådde ikke Haugvoll sykehjem tilfredsstillende resultater knyttet til brukermedvirkning på bruker- og pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført i 2015. Enhetsleder mener dette kan skyldes at pårørende ofte ikke er bevisst på at samtlige samtaler mellom ansatte og pårørende er med på å sikre brukermedvirkning. Alt de pårørende informerer om og ønsker registreres i pasientenes tiltaksplaner. Ifølge enhetsleder er dette med på å sikre en god brukermedvirkning på sykehjemmet. Enheden har arbeidet aktivt med resultatene som fremkom av bruker- og pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført i 2015.

De ansatte ved Haugvoll sykehjem vektlegger også inkomstsamtalene som viktige med tanke på brukermedvirkning. De mener også at pasienten har gode muligheter til å påvirke sin egen hverdag. Det tas hensyn til hva pasient selv vil, og legges til rette for dette. De ansatte vektlegger at avdelingene arbeider

⁵⁵ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3.

⁵⁶ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3.

⁵⁷ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3.

⁵⁸ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 7.

personsentrert og at det er pasienten som står i fokus.

Tingvoll

Ifølge enhetsleder har ikke pasientene tidligere vært med å utforme tiltaksplanene i særlig grad. Dette er derimot i endring. Ved en av avdelingene har de ansatte gjennomgått tiltakene sammen med pasient for å avklare hva som er viktig for den enkelte. Samtidig er det ikke alltid like lett å møte brukernes behov, et eksempel på dette er at en av avdelingene ved sykehjemmet har to dobbeltrom.

Teamleder ved avdeling F informerer om at pasient og pårørende medvirker i utforming av tiltaksplanen gjennom deltakelse i pasient- og pårørendesamtalene. Pasienter med delvis samtykkekompetanse medvirker der det føles naturlig at de kan medvirke. Sykehjemmet har fokus på metodikken «hva er viktig for deg» som er en arbeidsmetode. Ifølge teamleder har sykehjemmet hatt en positiv utvikling hva gjelder brukermedvirkning etter at de startet opp med KOSMOS og metodikken «Hva er viktig for deg». Tiltakene drøftes både med pasient og pårørende i den grad det er aktuelt og relevant. Informasjon fra pårørende er viktig for at tiltakene og kvaliteten på tjenesten skal kunne bli så god som mulig for den enkelte. Dersom pasient ikke har verbalt språk kommuniseres det med kroppsspråk. Det er viktig at pasientene er trygge og kjenner de ansatte som er på jobb.

Enhetsleder ved Tingvoll er fornøyd med resultatene fra bruker- og

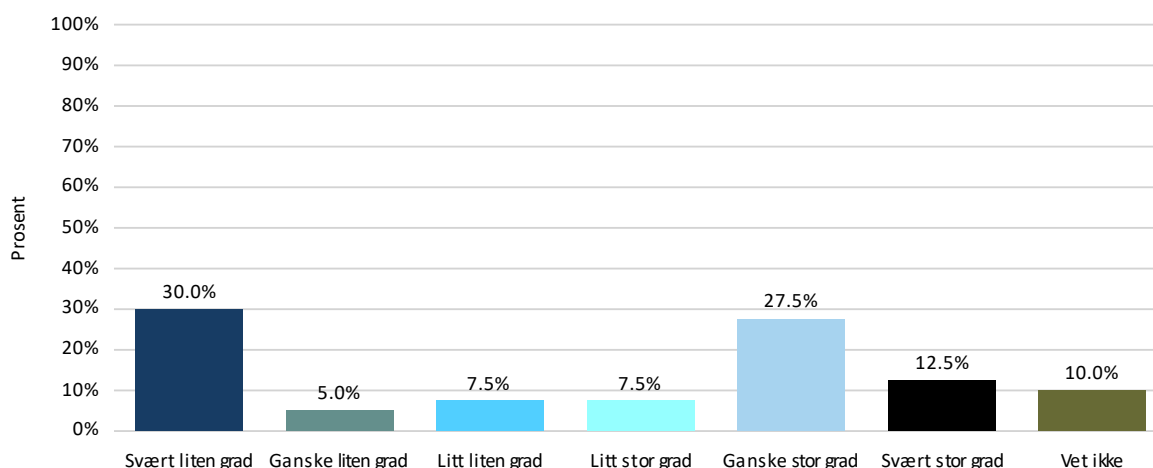
pårørendeundersøkelsen, gjennomført i 2015, som omhandlet pasientenes opplevelse av respekt. Hun er derimot ikke fornøyd med resultatene knyttet til brukermedvirkning. Her viser hun til at det blant annet er visse utfordringer knyttet til noen av de ansattes språkkunnskaper. Enheten har inngått et samarbeid med Folkeuniversitetet og VOKS knyttet til språkopplæring. Kompetanse Norge, som administrerer tilskuddsordningen, har gitt tilsagn til å gjennomføre 4 kurs à 100 timer praksisnær opplæring i lesing, skriving og muntlige ferdigheter. Det skal avholdes to kurs på våren og to på høsten ved Tingvoll og Kurland sykehjem. Teamlederne informerer om at resultatene fra bruker- og pårørendeundersøkelsene følges opp i ledergruppen på sykehjemmet. Basert på resultatene har hver avdeling valgt ut ulike fokusområder som de velger å arbeide videre med.

Flere ansatte informerer om at pasientene selv bestemmer rytme på egen hverdag når det gjelder alt fra påkledning til måltider, dusj, leggetider osv. Når det gjelder leggetider samarbeider nattevaktene på tvers av avdelingene ved behov. Pasientene bestemmer selv om vedkommende ønsker å endre noe i sin tiltaksplan, eksempelvis tider for dusj og lignende.

Medvirkning i utarbeidelse av planer som angår beboer

Figur 16 viser hvordan pårørende har besvart påstanden «Du er inkludert når det utarbeides planer som angår beboer (eks. pleieplan, tiltaksplan)».

Figur 16: Du er inkludert når det utarbeides planer som angår beboer (eks. pleieplan, tiltaks)



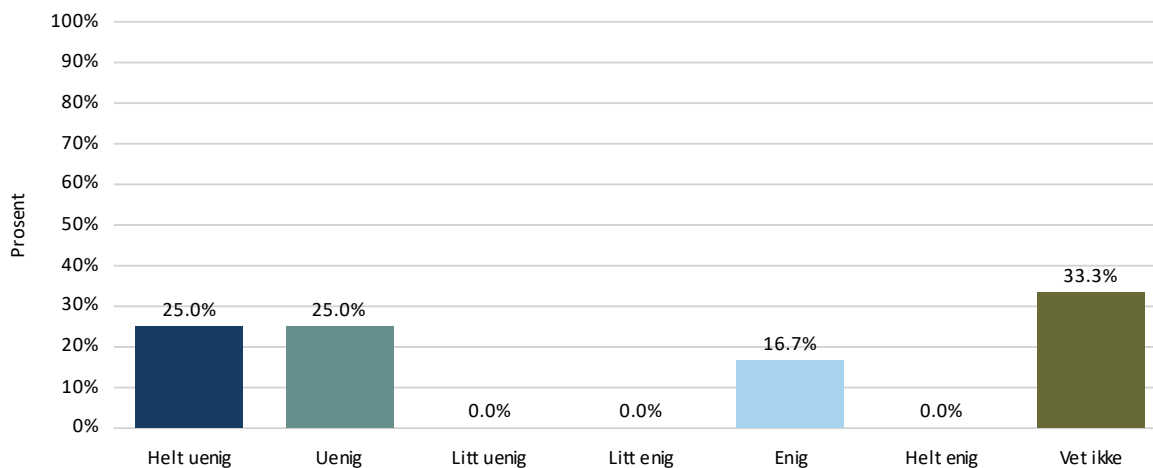
Revisors merknad: N=40, N Haugvoll=17, N Tingvoll=22, gjennomsnittskår total=3,39.

Det fremkommer av figur 16 at det er spredning i hvordan de pårørende opplever å være inkludert i utarbeidelse av planer som angår beboer. 35 prosent eller 14 respondenter har besvart med svaralternativ 1 eller 2, mens 40 prosent eller 16 respondenter har besvart med svaralternativ 5 eller 6. Gjennomsnittskår total utgjør 3,39, mens

gjennomsnittskår for Haugvoll utgjør 3,69 og gjennomsnittskår for Tingvoll utgjør 3,05.

Figur 17 viser hvordan brukerne har besvart påstanden «Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg (eksempelvis tiltaksplaner)»

Figur 17: Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg (eksempelvis tiltaksplaner)



Revisors merknad: N=12, N Haugvoll=5, N Tingvoll=7, gjennomsnittskår total=2,38.

Det fremkommer av figur 17 at 6 brukere har besvart med svaralternativ 1 eller 2, 2 brukere har besvart med svaralternativ 5, mens 4 har besvart med «vet ikke». Gjennomsnittskår total utgjør 2,38, mens gjennomsnittskår for Haugvoll utgjør 2,25 og gjennomsnittskår for Tingvoll utgjør 2,50.

Kommunens pårørende- og brukerundersøkelser

Enhet Helse har en ansatt som benytter ca. 40 prosent av sin stilling til gjennomføring av kommuneområdets brukerundersøkelser. Kommunen benytter KS sin bedrekomme undersøkelse. Ved å benytte denne kan kommunen sammenligne sine egne resultater over flere år, samt med de andre kommunene

som også benytter seg av tilsvarende undersøkelse.

Kommuneområde Velferd har gjennomført systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser innen samtlige tjenestegrener⁵⁹ siden 2009. Ved samtlige av kommunens sykehjem gjennomføres det undersøkelser annethvert år. Førrige bruker- og pårørendeundersøkelse ble gjennomført i 2015, og neste skal gjennomføres i løpet av 2017. På hjemmetjenestene gjennomføres det brukerundersøkelser hvert 3. år. Her gjennomføres det kun brukerundersøkelser, mens det for sykehjemmene også gjennomføres pårørendeundersøkelser. Dette skyldes hovedsakelig at utvalget av brukere som er i stand til å gjennomføre og forstå spørsmålene i brukerundersøkelsen er såpass begrenset på sykehjemmene. Kommunen har kriterier på at brukerne skal være «i stand» til å gjennomføre ett intervju på ca. 30 minutter for at de skal kunne delta. Det er sykehjemmenes teamledere i samarbeid med primærkontakt og øvrig pleiepersonell som avgjør hvilke brukere som er «i stand» til å delta på undersøkelsen. Holdningen er at de fleste skal kunne delta, såfremt de ikke har en demensdiagnose. Det er totalt ca. 70 pasienter ved kommunens sykehjem som kan svare på et slikt intervju. Dette utgjør ca. 15 prosent av pasientmassen i kommunen.

Til de pårørende sendes det ut postale henvendelser. De har mulighet til å besvare på spørsmålene postalt eller gjennom et elektronisk spørreskjema. Det sendes som regel ut ca. 360 brev, og det pleier å være ca. 160 som besvarer. Noe som utgjør 44,4 prosent.

Faktaboks 7: Kommunens brukerundersøkelse 2015

På tidspunktet hvor undersøkelsen ble gjennomført i 2015 var det 434 beboere ved kommunens sykehjem, 79 ble invitert til å delta, mens 65 besvarte. Hver beboer har en

hovedpårørende, vedkommende blir satt som mottaker for brukerundersøkelsen. Dette utgjorde i 2015 434 pårørende. På grunn av unøyaktigheter i fagsystemet (blant annet feilregistrert adresser og kontaktinformasjon,) var det mulig å sende ut brev til 341 pårørende, av disse var det 160 som besvarte undersøkelsen.

Rådgiver som utarbeider kommunens bruker- og pårørendeundersøkelser opplever resultatene som generelt gode. Undersøkelsene har hatt noe dårlig skår, både fra brukere og pårørende, på det som omhandler aktivitet og innholdet i hverdagen. Det skåres godt på høflighet, taushetsplikt, legedekning osv. Sarpsborg kommune ligger i all hovedsak på landsgjennomsnittet på de fleste indikatorer. Rapportene og resultatene fra kommunens brukerundersøkelser ligger tilgjengelig på Sarpsborg kommunes hjemmesider.

Rådgiver presenterer rapportene til sykehjemmenes enhetsledere, kommuneområde Velferds ledergruppe og politikerne i utvalg for velferd og folkehelse. Rådgiver blir også invitert til den enkelte enhet for å legge frem resultater og analyser for det enkelte sykehjem. Rådgiver har vært på både Haugvoll og Tingvoll sykehjem etter undersøkelsen som ble gjennomført i 2015. Basert på resultatene har hver enhet valgt ut et utviklingsområde som de skal arbeide videre med. Ifølge rådgiver er enhetene gode til å bruke undersøkelsene som et utviklingsverktøy.

Rådgiver har også nylig gjennomført en brukerundersøkelse omhandlende ernæring på kommunens sykehjem. Her er det 107 brukere fra samtlige av kommunens sykehjem som har deltatt. Ifølge rådgiver fremstår resultatene som gjennomgående gode. De aller fleste pasientene er fornøyd med hvordan matservingen er per dags dato.

⁵⁹ Dette omfatter hjemmebaserte tjenester, heldøgns tjenester, psykisk helse/rus, bo veiledningstjenester, helsestasjonstjenesten,

barneavlastning, matombringing, dagsenter for demente og ordinært dagsentertilbud for eldre.

6.3 Vurderinger

Revisjonskriteriene for kapittel 6 består av flere faktorer som skal være med på å sikre brukermedvirkning og individuell tilpassing av tjenestene. Kommunen skal blant annet sørge for bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende, samt at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenesten.

Det fremkommer av fakta at begge sykehjemmene gjennomfører pårørendesamtaler ved innkomst, samt tilbud om oppfølgingssamtaler. Formålet med innkomstsamtalen er å sikre ivaretagelse av pasientens behov og interesser gjennom å ha en god dialog og et godt samarbeid med pårørende eller andre som står pasienten nær.

Ved innkomst utarbeides det (ved Haugvoll) blant annet anamneseskjema som inneholder informasjon om pasientens hobbyer/interesser, hva pasienten liker å spise, hva pasient har gjort tidligere i livet osv. Alt av behov og ønsker fra pasient og pårørende registreres og legges inn i pasientens tiltaksplan. Enhetsleder ved Tingvoll informerer om at pasientene ikke tidligere har vært med på å utforme tiltaksplanene i særlig grad. Dette er derimot i endring. Tiltakene drøftes både med pasient og pårørende i den grad det er aktuelt og relevant. Det fremstår for revisjonen som om sykehjemmene arbeider med bruker- og pårørendemedvirkning på en god måte.

Samtidig fremkommer det at sykehjemmene oppnådde forholdsvis lave resultater knyttet til brukermedvirkning på bruker- og pårørendeundersøkelsen som ble gjennomført av kommunen i 2015. Det samme kan sies om resultatene på spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført. Påstanden «*Du er inkludert når det utarbeides planer som angår beboer*» oppnår ett gjennomsnittskår på 3,39 blant de pårørende som har besvart undersøkelsen. Det er stor spredning i svarene, noe som underbygger at de pårørende opplever omfanget av brukermedvirkning svært ulikt. Det er vanskelig for revisjonen å si noe konkret om

hvorfor påstandene om brukermedvirkning oppnår lavere skår enn mange av de andre påstandene, men det kan tyde på at det ikke i stor nok grad kommuniseres ut til de pårørende og pasientene at alt som fremkommer av pårørendesamtalene blir registrert og aktivt benyttet i hverdagen på sykehjemmene. Ved Tingvoll vises det til at det kan ha en sammenheng med flere av de ansattes språkkunnskaper.

De ansatte ved Haugvoll informerer om at det tas hensyn til hva pasient selv vil, og at det legges til rette for dette i hverdagen. Det fremheves at det er stort fokus på å arbeide personsentrert, og at det er den enkelte pasient som er i fokus. Ansatte ved Tingvoll fremhever at pasientene selv bestemmer rytme på egen hverdag når det gjelder alt fra påkledning til måltider, dusj og leggetider. Pasientene bestemmer selv om vedkommende ønsker å endre noe i sin tiltaksplan, eksempelvis tider for dusj og lignende. Revisjonen finner overnevnte praksis som tilfredsstillende.

Det fremkommer av fakta at kommuneområde velferd har gjennomført systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser innen samtlige tjenestegrener siden 2009. Ved samtlige av kommunens sykehjem gjennomføres det undersøkelser annethvert år. Forrige bruker- og pårørendeundersøkelse ble gjennomført i 2015, og neste skal gjennomføres i løpet av 2017. Resultatene fra undersøkelsene presenteres for sykehjemmenes enhetsledere, kommuneområde velferds ledergruppe, og politikerne i utvalg for velferd og folkehelse. Kommunens rådgiver som arbeider med undersøkelsene blir også invitert til å legge frem mer detaljerte resultater og analyser på sykehjemsnivå ved kommunens sykehjem. Basert på resultatene fra undersøkelsen har hver enhet valgt ut et utviklingsområde som de har arbeidet videre med. Ifølge revisjonens vurdering fremstår det som om kommunen tar i bruk og arbeider systematisk med brukere og pårørendes erfaringer. Slik det fremkommer av fakta gjøres dette

systematisk på overordnet nivå gjennom pasient- og brukerundersøkelsene, samt på individ-/ pasientnivå gjennom blant annet tilbudet om jevnlig påførendesamtaler.

Basert på overnevnte, er det revisjonens vurdering, at sykehjemmene arbeider godt med brukermedvirkning og medbestemmelse av tjenestene.

7 KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Det er faglig forsvarlighet som er styrende for dimensjoneringen av bemanningen på sykehjemmene. Begge sykehjemmene har også gjennomført risikovurderinger/kartlegginger av avdelingenes bemannings- og kompetansebehov, samt at de har ansatte i ressursteam. Dette har ført til mindre tilfeldig innleie av vikarer, høyere fagdekning og mer planlagt bemanning. Revisjonen finner dette tilfredsstillende. Det fremkommer at det er tilfeller hvor en nattevakt på Haugvoll må forlate sin avdeling for å assistere kollegaer ved andre avdelinger, dette medfører at en avdeling kan være uten personell til stede i det tidsrommet ansatte er ute av avdelingen. Slike situasjoner bør, etter revisjonens vurdering, risikovurderes på det enkelte sykehjem.

Begge sykehjemmene har utarbeidet kompetanse- og opplæringsplaner som inneholder informasjon om kursgjennomføring ved sykehjemmene. Det fremstår også for revisjonen som om sykehjemmene har god oversikt over de ansattes kompetansenivå og sykehjemmenes fremtidige behov for kompetanse. Videre fremkommer det at sykehjemmene har ulik praksis for deltakelse på kurs/opplæring internt på sykehjemmene. Tingvoll gir lønnet oppmøte for deltakelse på interne kurs, mens Haugvolls praksis i større grad baserer seg på frivillighet. Ifølge revisjonens vurdering vil Tingvolls praksis, i større grad sikre at de ansatte får deltatt på kurs, og oppnår nødvendig kompetanseheving.

Det fremstår for revisjonen som om det arbeides godt med både risikovurdering og avviksmelding/ -håndtering ved sykehjemmene. Det fremkommer at det er gjennomført flere felles risikovurderinger som er gjeldende på tvers av kommunens sykehjem, samt at det er gjennomført noe risikovurderinger på det enkelte sykehjem. Videre fremkommer det at samtlige avdelinger ved sykehjemmene arbeider etter risikotavler. Bruk av risikotavler skal bidra til at

risikoområder får et nødvendig fokus, slik at de ansatte reduserer sannsynligheten for skader og forbedrer pasient- og brukersikkerheten på avdelingene. Ifølge revisjonens vurdering fremstår utarbeidelsen og bruken av avdelingenes risikotavler som en god måte å få oversikt over pasientenes eventuelle risikoområder på.

Praksisen rundt avviksmelding og avviksbehandling fremstår som god ved avdelingene. Det fremkommer at begge sykehjemmene har fokus på avviksmelding og benytter avviksmelding i interne forbedringsprosesser og som utvikling av internkontrollen. Samtidig fremkommer det at flere ansatte vegrer seg for å melde avvik grunnet usikkerhet og fravær av opplæring. Det fremkommer også at flere situasjoner som kunne vært oppfattet som et avvik kun blir diskutert/rapportert muntlig, uten at det nødvendigvis blir dokumentert i Riskmanager. Noe av formålet med avviksregistrering er nettopp å fange opp enkelthendelser. Det betyr ikke at enkelthendelser bør danne grunnlag for tiltak, men dersom en hendelsen forekommer flere ganger, må noe gjøres. For at hendelser ikke skal «glippe» er det viktig at alt registreres. Det er, ifølge revisjonen, viktig at sykehjemmene har kontinuerlig fokus på å utvikle og implementere en god avviskultur blant de ansatte i avdelingene.

Det er sykehjemmenes sykepleiere og fagarbeidere med godkjenning som kan dele ut medisiner til pasienter. Det fremkommer at avdelingenes teamledere alltid gjennomfører vurderinger av om ansatte er egnet til å få godkjenning, noe som har resultert i at flere ansatte ikke får lov til å dele ut medisiner. Etter revisjonens vurdering fremstår sykehjemmets praksis i tråd med rapportens revisjonskriterier. Samtidig fremkommer det at det foreligger en god del avvik omhandlende legemiddelhåndtering. I all hovedsak omhandler slike avvik tilleggsmedisiner som for eksempel C-vitamin eller lignende.

Det er sykehjemslege i samråd med sykehjemmets ansatte, pasient og pårørende som gjennomfører vurdering av samtykkekompetanse. De ansatte vurderer kontinuerlig pasientene i det daglige, og ved eventuelle forandringer som kan påvirke samtykkestatus, diskuteres dette med lege og pårørende. Ifølge revisjonen fremstår denne praksisen som god.

Dokumentasjon skal gjøres i brukers journal i Gerica og det er enhetsleder som er ansvarlig for at alle brukere får opprettet en journal og utpekt en journalansvarlig. Begge sykehjemmene arbeider etter tiltaksplaner. Det som står i pasientenes tiltaksplaner skal gjennomføres. Det som avviker fra tiltaksplanene skal dokumenteres i journal etter hver vakt. Samtidig fremkommer det at det ofte dokumenteres for mye i journal, noe som kan utgjøre en risiko for at viktig informasjon kan gå tapt når ansatte skal lese seg opp på hva som har skjedd. Ifølge revisjonens vurdering vil det være viktig å definere hva som skal dokumenteres under ulike situasjoner. Dette vil i større grad kunne sikre en enhetlig dokumentasjonspraksis blant de ansatte på sykehjemmene.

På Tingvoll sykehjem (avdeling F) er det etablert et permanent dobbeltrom hvor to søsken ønsker å bo sammen, samt ett midlertidig dobbeltrom, mens det på Haugvoll i april 2017 ble etablert to midlertidige dobbeltrom på grunn av stor pågang. Ifølge revisjonens vurdering overholder ikke kommunen kravet om eget rom ved langtidsopphold fullt ut, samt at kravet om mulighet til ro og skjermet privatliv vanskelig lar seg gjennomføre på et dobbeltrom. Videre fremkommer det at det ved Tingvoll sykehjem (avdeling D) er seks pasienter som deler på tre toaletter og en dusj, samt at rommene og korridorene i avdelingene er smale, noe som vanskeligjør bruk av hjelpemidler. Ifølge revisjonens vurdering tilfredsstillende ikke overnevnte revisjonskriteriene fullt ut.

Det fremstår for revisjonen som om sykehjemmene arbeider godt med og har fokus på å levere tjenester som er trygge og forutsigbare. Det er revisjonens inntrykk at

spørreundersøkelsens påstander omhandlende respekt, forutsigbarhet og trygghet jevnt over får gode skår fra brukerne som har besvart undersøkelsen. Eksempelvis oppnår påstanden «*De ansatte behandler med respekt*» en gjennomsnittskår på 5,36, mens påstanden «*Jeg føler meg trygg her*» oppnår en gjennomsnittskår på 5,50. Påstandene omhandlende om det gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud fremstår også, etter revisjonens vurdering, i all vesentlighet å få gode skår fra brukerne som har besvart undersøkelsen. Den ene påstanden som skiller seg ut i noe negativ retning er «*Jeg får fysioterapi når jeg trenger det*», som oppnår et gjennomsnittskår på 2,75. De pårørende besvarer denne påstanden med ett gjennomsnittskår på 2,30. Kommunen har utarbeidet prosedyre «*Fysioterapi ved heldøgns helse- og omsorgstilbud*». Her fremkommer det at behov for fysioterapi blir vurdert av lege. Av prosedyre «*Kriterier for behandling, team fysioterapi, fagområde voksne*» fremkommer det at pasienter som mottar fysioterapi bør være treningsvillige og motivert, forstå hvorfor fysioterapeuten tar kontakt og starter en undersøkelse, samt at de må kunne samarbeide.

Hjelpebehov og ønsker knyttet til personlig stell fremkommer av den enkelte pasients tiltaksplan. Dette skal sikre at hjelpetilbudet er differensiert, tilpasset den enkelte, samt brukermedvirkning i hverdagen. Ifølge revisjonens vurdering fremstår spørreundersøkelsens påstander omhandlende personlig stell som gode, eksempelvis oppnår påstanden «*Jeg får den hjelpen jeg trenger til personlig hygiene*» en gjennomsnittskår på 5,67 blant brukerne som har besvart undersøkelsen.

Det fremkommer at pasientene har valgfrihet når det gjelder brødmat og pålegg, mens middag er fastsatt i egen ukesmeny. Det fremkommer av tiltaksplan eller matkort hva den enkelte foretrekker av mat. Dette skal sikre at pasienter får tilstrekkelig med mat, samt den maten vedkommende liker. Det fremkommer at det er fokus på å skape ro rundt måltidene, samt at måltidene tilpasses den enkeltes døgnrytme og hjelpebehov.

Videre er det revisjonens vurdering at spørreundersøkelsens påstander i all vesentlighet er gode, men noen påstander har forholdsvis stor variasjon i svarene. Et eksempel på dette er påstanden «*Jeg er fornøyd med maten jeg får*». Påstanden oppnår et gjennomsnittskår på 4,33 blant brukerne som har besvart undersøkelsen. Samtidig fremkommer det at samtlige svaralternativer er benyttet utenom svaralternativ 2. Dette indikerer at brukerne opplever maten de får svært ulikt. Noen er veldig fornøyde, mens andre synes maten er forholdsvis dårlig.

Det fremkommer at det gjennomføres aktiviteter felles på sykehjemmene og i avdelingene. Hva pasientene liker å gjennomføre av aktiviteter er registrert i pasientenes tiltaksplaner, og aktivitetene tilpasses pasientene i den grad det lar seg gjøre. Eksempler på aktiviteter er sykkeltur med vogn, spa-bad, besøk av frivillige organisasjoner, deltagelse i arbeidsgrupper ved avdelingen, bingo, quiz og turer i nærområdet. Det fremstår for revisjonen som om sykehjemmene har et vidt spekter med aktiviteter som gjennomføres. Samtidig fremkommer det at det kan være liten tid i løpet av dagen til å aktivisere pasientene på en god måte. Ved Haugvoll er det blant annet ønskelig å ta med pasientene på flere turer, og i større grad benytte sykehjemmets sansehage. Det fremkommer også at det ved Haugvoll hender at pasienter ikke har mulighet til å stå opp og få stell før 10-11 på dagen. Ifølge de ansatte skyldes dette sykehjemmets kapasitet. Samtidig informerer enhetsleder om at tidspunkt for når pasienter får hjelp til stell også kan være basert på ønsker og helsesituasjon.

Det fremstår for revisjonen som om de to sykehjemmene arbeider godt med, og i stor grad ivaretar kriteriet om en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Samtidig opplever sykepleierne ved en avdeling ved Haugvoll at det ved enkelte

tilfeller har vært for lav bemanning ved terminalpleie.

Begge sykehjemmene gjennomfører pårørendesamtaler ved innkomst, samt at det gis tilbud om oppfølgingssamtaler. Formålet med innkomstsamtalen er å sikre ivaretagelse av pasientens behov og interesser gjennom å ha en god dialog og et godt samarbeid med pårørende eller andre som står pasienten nær. Ansatte ved de to sykehjemmene fremhever at de tar hensyn til pasientenes ønsker og at det legges til rette for dette i hverdagen. Basert på overnevnte fremstår det for revisjonen som om sykehjemmene arbeider med bruker- og pårørendemedvirkning på en god måte. Kommuneområde velferd har også gjennomført systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser siden 2009. Ved samtlige av kommunens sykehjem gjennomføres det undersøkelser annethvert år. Basert på resultatene fra undersøkelsen har hver enhet valgt ut et utviklingsområde som de har arbeidet videre med.

Med bakgrunn i konklusjoner og vurderingene disse bygger på anbefaler vi at kommunen:

- Fortsette arbeidet med å utvikle flere nivå 2 prosedyrer. Dette vil kunne sikre en universell praksis ved kommunens sykehjem.
- Fortsette fokuset på å implementere en god avvikskultur i avdelingene. Dette vil kunne sikre at flere ansatte melder inn skriftlige avvik i Riskmanager.
- Etterstrebe å kun benytte enkeltrom ved langtidsopphold. Dette vil i stor grad kunne sikre brukernes mulighet for ro og skjermet privatliv.
- Videreutvikle praksis omhandlende dokumentasjon i tiltaksplan og journal. Kommunen bør i større grad definere hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres, slik at praksis blir enhetlig og oversiktlig.

Rolvsøy 5.9.2017

Lena-Longva Stavem (sign.)
forvaltningsrevisor

Bjørnar B. Eriksen (sign.)
forvaltningsrevisor

Laila Nagelhus (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

8 RÅDMANNENS UTTALELSE



Sarpsborg
kommune

Østfold Kommunerevisjon IKS
Råkkollveien 103
1664 ROLVSØY

Deres ref.:

Vår ref.:
17/00985-6

Dato:
04.09.2017

Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser - høringsutkast

Det vises til høringsutkast mottatt 29.08.2017.

Rådmannens uttalelse

Rådmannen er positiv til at revisjonen har sett på kvaliteten innenfor kommunens heldøgnsomsorg, henholdsvis ved Tingvoll og Haugvoll sykehjem. Kommunerevisjonen gir i rapporten uttrykk for at kommunen arbeider godt og har fokus på å levere tjenester som er trygge og forutsigbare, samtidig som det pekes på forbedringsområder. Rapporten viser at brukere og pårørende i stor grad er fornøyd med tjenestene.

Kommunen arbeider kontinuerlig med forbedringsarbeid innenfor omsorgstjenestene. Kommunerevisjonen anbefaler noen områder i det videre forbedringsarbeidet. Det anbefales at det utarbeides flere nivå 2 prosedyrer noe som vil sikre en universell praksis ved kommunens sykehjem. Dette er et fortløpende arbeid som pågår i tjenestene.

Videre at fokuset på å implementere en god avvikskultur i avdelingene fortsetter, for å sikre at flere ansatte melder inn skriftlige avvik. Dette er også et fortløpende arbeid som pågår i tjenestene og som rådmannen anser som et viktig ledd i forbedringsarbeidet.

Det påpekes også at kommunen fortsatt disponerer dobbeltrom. I henhold til kommunens planer avvikles dobbeltrom ved langtidsopphold når Kruseløkka tas i bruk tidlig i 2018.

Til slutt anbefales det å videreutvikle arbeid med dokumentasjon i tiltaksplan og journal. Etter rådmannens vurdering er dette et viktig arbeid som alle enheter i velferd har stort fokus på.

Med hilsen

Unni Skaar
Rådmann
Dette brevet er signert elektronisk

Saksbehandler: Øivind W. Johansen, Helsesjef



www.sarpsborg.com

Org.nr: 938 803 365
Postadr: Postboks 257, 1702 Sarpsborg
Fakturaadr: Postboks 505, 1703 Sarpsborg
Sarpsborg rådhus: Glergsgt. 38, 1707 Sarpsborg
tlf: 69 10 90 00 / faks: 69 10 90 13 / e-post: postmottak@sarpsborg.com

9 VEDLEGG



østfold kommunerevisjon IKS



Rolvøy 3. april 2017

Orientering til pårørende ved Haugvoll og Tingvoll sykehjem angående prosjekt «Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser»

Østfold kommunerevisjon IKS er interkommunalt selskap som eies av Fredrikstad, Sarpsborg, Moss, Rygge, Råde, Hvaler og Halden.

Vi gjennomfører hvert år undersøkelser innenfor mange ulike deler av kommunal sektor. Det er bystyrene i de ulike kommunene som bestemmer hvilke områdene vi skal undersøke, og det er kontrollutvalgene som er oppdragsgiver for det enkelte prosjekt. Alle undersøkelser resulterer i en skriftlig rapport som behandles av bystyret. På vår hjemmeside www.okrev.no vil dere finne mer informasjon om oss, og eksempler på gjennomførte undersøkelser (også kalt «forvaltningsrevisjoner»).

Som kommunens revisor har vi full innsynsrett i alle deler av kommunal virksomhet. Innsynsretten følger av kommuneloven § 78, nr. 6, og det er på bakgrunn av denne innsynsretten at kommunen har gitt oss din kontaktinformasjon.

Prosjektet

Bystyret i Sarpsborg har bedt oss om å undersøke kvaliteten på kommunens sykehjem. Kvalitet handler mye om opplevelsen til de som mottar tjenesten, og derfor ønsker vi å gjennomføre en spørreundersøkelse blant brukere og pårørende. Du er en av 63 pårørende som kan bli kontaktet. Utvalget er tilfeldig og deltagelse er frivillig. Vi håper imidlertid at du har lyst og anledning til å delta.

Spørsmålene vi vil stille omhandler brukermedvirkning, trivsel, respektfull behandling, tilgjengelighet og andre faktorer som sier noe om kvaliteten i tjenestene.

Alle svar vil bli registrert anonymt i vårt analyseprogram, noe som innebærer at ingen av svarene vil kunne kobles til enkeltpersoner. Dette betyr også at resultatet av undersøkelsen vil presenteres på en slik måte at ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres.

En av våre medarbeidere fra revisjonen vil ringe deg i tidsrommet fra og med mandag 24. april til og med fredag 28. april mellom kl. 09:00 - 14:00. Det vil ta ca. 10 minutter å besvare spørsmålene. Ta kontakt med Bjørnar eller Lena dersom du har andre spørsmål som du ønsker svar på.

Med vennlig hilsen

Bjørnar B. Eriksen (sign.)
forvaltningsrevisor
Tlf. 69 30 76 96
bjoeri@fredrikstad.kommune.no

Lena Longva-Stavem
forvaltningsrevisor
Tlf. 69 30 76 97
lensta@fredrikstad.kommune.no

9.1 Brukerundersøkelse «Kvalitet i tjenestene»

1) Jeg er beboer ved

- Haugvoll sykehjem
 - Tingvoll sykehjem
-

2) Hvor gammel er du?

- Under 67 år
 - 67-79 år
 - 80-89 år
 - 90 år og over
-

3) Kjønn

- Kvinne
- Mann



Fysiske omgivelser

4) Jeg har mulighet til privatliv

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

5) Jeg har mulighet til å komme ut i frisk luft

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

6) Baderommet er tilrettelagt for mine behov

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke



Respekt, forutsigbarhet og trygghet

7) De ansatte behandler meg med respekt

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

8) Min verdighet blir ivaretatt

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

9) De ansatte hører på meg hvis jeg har noe å klage på

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

10) Jeg føler meg trygg her

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

11) Jeg får god informasjon om tjenesten jeg får

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

12) De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

13) Jeg er kjent med hvordan jeg skal gå frem hvis jeg har noen å klage på

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

14) Jeg får legehjelp når jeg trenger det

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

15) Jeg får fysioterapi når jeg trenger det

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

16) Jeg får smertelindring ved behov

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

17) Jeg vet hvem som er min kontaktperson

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke

18) Jeg har mulighet til å snakke med noen her om det som er viktig for meg

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke



19) Jeg får den hjelpen jeg trenger til personlig hygiene

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke

20) Jeg får mulighet til å komme til tannlege

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke



Ernæring

21) Jeg er fornøyd med maten jeg får

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke

22) Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

23) Jeg får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke



Aktivisering

24) Jeg trives på rommet/i leiligheten

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke

25) Jeg trives sammen med de ansatte

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

26) Jeg trives sammen med de andre beboerne

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

27) Jeg får god informasjon om aktivitetstilbud- og kulturtilbud

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

28) Jeg er fornøyd med kultur/underholdningstilbudet

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke



Brukermedvirkning

29) Jeg får stå opp og legge med når jeg vil

- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

30) Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg, eksempelvis tiltaksplaner


- Helt uenig
 - Uenig
 - Litt uenig
 - Litt enig
 - Enig
 - Helt enig
 - Vet ikke
-

31) Alt i alt, jeg er fornøyd med sykehjemmet der jeg bor

- Helt uenig
- Uenig
- Litt uenig
- Litt enig
- Enig
- Helt enig
- Vet ikke



32) Har du andre kommentarer til tjenesten du mottar på sykehjemmet? Ikke skriv kommentarer her som gjør det mulig for andre å forstå at det er du som har svart. Skriv heller ikke noe som andre kan oppleve som sårende



33) Jeg samtykker at mine kommentarer kan benyttes i offentlig rapport

- Ja
- Nei
- Vet ikke

100 % fullført

Progress:

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

9.2 Pårørendeundersøkelse «Kvalitet i tjenestene»

1) Jeg er pårørende til beboer på Haugvoll sykehjem

- Avdeling rød
 - Avdeling blå
-

2) Jeg er pårørende til beboer på Tingvoll sykehjem

- Avdeling D
 - Avdeling F
-

I hvor stor grad opplever du at

3) Beboer trives på rommet/leiligheten

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

4) Beboer føler seg trygg

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

5) Beboer trives sammen med de ansatte

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

6) Beboer trives sammen med de andre beboerne

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

7) Beboer har mulighet til ro og skjermet privatliv

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke



I hvor stor grad opplever du at

8) Beboer får god informasjon om tjenestene han/hun får

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad opplever du at

9) De ansatte snakker klart og tydelig til beboer

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad opplever du at

10) De ansatte behandler beboer med respekt

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

11) Beboeren opplever at hans/hennes verdighet blir ivaretatt

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

12) Beboeren er kjent med muligheten til å klage når han/hun vil det

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

13) De ansatte hører på beboer hvis det er noe å klage på

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke



I hvor stor grad er du fornøyd med

14) Muligheten beboer har til å komme ut i frisk luft

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad er du fornøyd med

15) Legehjelpen beboeren får når det er behov for det

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad er du fornøyd med

16) Smertelindringen beboeren får når det er behov for det

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad

Vet ikke

I hvor stor grad er du fornøyd med

17) Fysioterapitjenesten beboeren får når det er behov for det

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad er du fornøyd med

18) Beboerens mulighet til å komme til tannlege

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke



I hvor stor grad er du fornøyd med

19) Hjelpen beboeren får til personlig hygiene

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad

- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad er du fornøyd med

20) Hjelpen beboeren får til av- og påkledning

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke



I hvor stor grad er du fornøyd med

21) Maten som serveres beboeren, at den gir tilstrekkelig næring, er variert og helsefremmende

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad er du fornøyd med

22) Beboers valgfrihet i forhold til mat

- Svært liten grad
- Ganske liten grad

- Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

23) Beboer får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke



I hvor stor grad opplever du at

24) Beboer får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud

- Svært liten grad
 - Ganske liten grad
 - Litt liten grad
 - Litt stor grad
 - Ganske stor grad
 - Svært stor grad
 - Vet ikke
-

I hvor stor grad opplever du at

25) Beboer får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad

- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad opplever du at

26) Beboer får dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad opplever du at

27) Beboer fritt kan ta imot besøk

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke



I hvor stor grad opplever du at

28) Beboer får stå opp og legge seg når han/hun vil

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad opplever du at

29) Beboer får være med når det utarbeides planer (eks. pleieplan, tiltaksplan) som tjenesten planlegger for han/henne

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

I hvor stor grad opplever du at


30) Du er inkludert når det utarbeides planer som angår beboer (eks. pleieplan, tiltaksplan)

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

31) Alt i alt, opplever du at beboeren er fornøyd med sykehjemmet

- Svært liten grad
- Ganske liten grad
- Litt liten grad
- Litt stor grad
- Ganske stor grad
- Svært stor grad
- Vet ikke

32) Har du andre kommentarer?



100 % fullført

Progress:

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.