

Rapport

FREDRIKSTAD KOMMUNE

03.11.2023

Forvaltningsrevisjon

Kvalitet i helsetjenester ved sykehjem

Innhold

1	Sammendrag	1
2	Mandat for forvaltningsrevisjonen.....	3
3	Fremgangsmåte	4
3.1	Problemstillinger og avgrensninger	4
3.2	Om revisjonskriterier.....	4
3.3	Revisjonsmetoder	4
4	Styringssystem	6
4.1	Revisjonskriterier	6
4.2	Datagrunnlag	8
4.2.1	Planlegging	8
4.2.2	Gjennomføring	11
4.2.3	Evaluering	14
4.2.4	Korrigerer	17
4.3	Vurderinger	19
4.3.1	Planlegging	19
4.3.2	Gjennomføring	20
4.3.3	Evaluering	20
4.3.4	Korrigerer	21
4.4	Konklusjon og anbefaling	22
5	Kvalitet i tjenestene	23
5.1	Revisjonskriterier	23
5.2	Datagrunnlag	26
5.2.1	Rutiner for medvirkning av pasienter og pårørende	26
5.2.2	Legetilknytning	27
5.2.3	Legemiddelhåndtering	28
5.2.4	Ernæring	29
5.2.5	Personlige behov	30
5.2.6	Verdig livsavslutning	33
5.2.7	Pasientjournalgjennomgang	33
5.3	Frivillighet.....	34
5.4	Vurderinger	35
5.4.1	Rutiner for medvirkning av pasienter og pårørende	35
5.4.2	Legetilknytning	36
5.4.3	Legemiddelhåndtering	36
5.4.4	Ernæring	37
5.4.5	Personlige behov, enerom og skjermet enhet	37
5.4.6	Verdig livsavslutning	38
5.5	Konklusjon	39
6	Kilder.....	40
	Vedlegg: Kommunedirektørens uttalelse.....	41

1 SAMMENDRAG

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert om kommunen har etablert et styringssystem som sikrer kvaliteten og kompetansen i tjenesteutøvelsen, og om pasienter og brukere av kommunens sykehjem får den kvaliteten i tjenestene de har krav på.

Revisjonskriteriene er utledet med bakgrunn i bestemmelsene gitt i lovverk, politiske vedtak og føringer, samt anerkjent teori på området. Viktige kilder har vært Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften), forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Forvaltningsrevisjonen besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1: Har kommunen etablert et styringssystem som sikrer kvaliteten og kompetansen i tjenesteutøvelsen?

Problemstilling 2: Får pasienter og brukere av kommunens sykehjem den kvaliteten i tjenestene de har krav på?

Revisjonens fremgangsmåte

Målsettingen med forvaltningsrevisjonen i forbindelse med problemstilling 1 har vært å kontrollere om det gjennomføres systematisk styring av virksomhetene. Av § 4 i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Målsettingen med forvaltningsrevisjonen i forbindelse med problemstilling 2 har vært å kontrollere om pasientene får den kvaliteten i tjenestene de har krav på. Viktige områder vi har undersøkt her har blant annet vært medvirkning, ernæring og personlige behov.

For å svare ut problemstillingene har revisjonen gjennomgått sentrale dokumenter på helse- og velferdsområdet. Dette omfatter for eksempel *Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027*, *Økonomiplan 2023-2026 og årsbudsjett 2023* og *Etatsplan 2023*. Revisjonen har også tilfeldig plukket ut og gjennomgått 12 tiltaksplaner for pasienter ved de tre sykehjemmene som ble undersøkt. Videre har vi gjennomført 9 intervjuer, herunder virksomhetsledere, avdelingssykepleiere, fagutviklingssykepleiere og en sykepleier.

Revisjonens funn og konklusjoner

Basert på revisjonens undersøkelser angående problemstilling 1, er det vår oppfatning at sykehjemmene i all hovedsak planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer tjenestene sine i tråd med gjeldende forskrifter. Kommunen har tilstrekkelig med rutiner ut fra risikoen i virksomhetene, og rutine og omfanget av disse blir evaluert jevnlig. Et flertall av informantene fortalte imidlertid om et noe tidkrevende og tungvint kvalitetssystem. Det pågår en prosess for å rydde opp i det systemet, og revisjonen vil påpeke viktigheten av at denne prosessen blir gjennomført.

Kommunens plandokumenter peker på kommende utfordringer for sykehjemmene i forbindelse med at antallet eldre over 80 år med demens vil øke ganske betydelig i framtiden. Dette vil det føre til et behov for flere sykehjemsplasser, og til et behov for rekruttering av mer helsepersonell. I tillegg vil det kunne føre til at kompetanse på demensproblematikk blant de ansatte blir enda viktigere. Revisjonen vurderer at sykehjemmene har oversikt over disse utfordringene i dag. Men vi vil oppfordre kommunen om å fortsette arbeidet med å holde seg oppdatert på demensproblematikk og utfordringer som kan oppstå i forbindelse med demens-pasienter, siden denne pasientgruppen vil øke i framtiden.

Revisjonen er også av den formening at det er forbedringspotensial knyttet til avvikskulturen ved sykehjemmene. Selv om systemet for å melde og behandle avvik fremstår som tilstrekkelig, vurderer revisjonen likevel at det er en risiko for at avvik ikke blir meldt på grunn av manglende kompetanse hos enkeltansatte. Revisjonen anbefaler derfor at kommunen bør sikre at ansatte ved sykehjemmene har tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik.

Basert på revisjonens undersøkelser angående problemstilling 2, er det vår oppfatning at pasientene i all hovedsak får den kvaliteten i tjenestene de har krav på. For eksempel har alle sykehjemmene vi har undersøkt et godt fokus på personsentrert omsorg, og det blir i stor grad forsøkt å tilrettelegge tjenestene etter pasientenes ønsker og behov.

Selv om kriteriene for kvalitet i tjenestene er oppfylt, vurderer vi at det er en risiko for at det vil bli stadig mer krevende å møte den enkelte pasients behov i framtiden på grunn av den kommende endringen i demografien. Endringene vil blant annet kunne føre til et økt behov for samarbeid med frivillige, fordi det blir flere pasienter, og derfor også et større behov for aktiviteter. Endringene kan også føre til risiko i forbindelse med verdig livsavslutning, fordi det koster å ha en fast vakt i de situasjonene. Men per i dag er det altså revisjonens konklusjon at sykehjemmene har et tilfredsstillende fokus på disse områdene.

Videre vurderer revisjonen det som en mangel at det ikke blir foretatt systematiske brukerundersøkelser. I den forbindelse henviser vi til forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i helsetjenester ved Fredrikstad korttidssenter» fra 2022 og tilhørende anbefaling om at kommunen bør sette på plass et system som sikrer at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser. Oppfølgingen av bystyrets vedtak i forbindelse med behandlingen av denne rapporten, vil bli fulgt opp av kommunerevisjonen i løpet av våren 2024. Revisjonen har dermed ingen anbefalinger i forbindelse med problemstilling 2.

Revisjonens anbefalinger

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

- sikre at ansatte ved sykehjemmene har tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik.

2 MANDAT FOR FORVALTNINGSREVISJONEN

Revisjonen skal i henhold til kommunelovens § 24-2 (1) utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk, som vil si å følge *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001) (NKRF¹, 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger², vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

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

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 03.05.2023. Prosjektplanen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag, med et forslag og et ønske fra kontrollutvalget. Kontrollutvalget foreslo at revisjonen skulle se på et nytt og et gammelt sykehjem i denne forvaltningsrevisjonen. Til problemstilling 2 ønsket kontrollutvalget at revisjonen skal gi en kartlegging av hvordan de ulike sykehjemmene samarbeider med frivillig sektor.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet mai – oktober 2023. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen.

Vi har kvalitetssikret innsamlet data/fakta underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 27.10.2023 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse er lagt som vedlegg til rapporten.

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

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

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 3. november 2023

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Pål Brekke (sign.)
utførende forvaltningsrevisor

¹ NKRF er en faglig interesseorganisasjon og et kompetanseorgan for kontroll og revisjon av kommunal/offentlig virksomhet.

² Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1: Har kommunen etablert et styringssystem som sikrer kvaliteten og kompetansen i tjenesteutøvelsen?

Problemstilling 2: Får pasienter og brukere av kommunens sykehjem den kvaliteten i tjenestene de har krav på?

Når det gjelder avgrensninger foreslo kontrollutvalget at revisjonen skulle se på et nytt og et gammelt sykehjem i denne forvaltningsrevisjonen. Revisjonen vurderte her at det nyeste sykehjemmet var så nytt at den daglige driften kanskje ikke hadde fått satt seg helt enda. Forhold ved dette sykehjemmet kunne fortsatt endre seg både mye og raskt. For å sikre representativitet, valgte vi derfor det nest nyeste sykehjemmet i kommunen.

Videre er sykehjemmene vi har valgt plassert på forskjellige steder i kommunen. Vi valgte å ta med tre sykehjem i vår undersøkelse for å styrke datagrunnlaget vårt. Sykehjemmene vi har valgt er Smedbakken, Solliheimen og Østsiden.

Revisjonen har også foretatt en kartlegging av hvordan de ulike sykehjemmene samarbeider med frivillig sektor.

3.2 Om revisjonskriterier

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

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

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

3.3 Revisjonsmetoder

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

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

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

- Dokumentanalyse
- Intervjuer
- Pasientjournalgjennomgang

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet har *Økonomiplan 2023-2026 og årsbudsjett 2023* og *Etatsplan 2023* vært sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen og hentet ut fra kommunens kvalitetssystem. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 6.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 9 intervjuer:

- Virksomhetsleder ved hvert sykehjem.
- En avdelingssykepleier fra hvert av sykehjemmene.
- To fagutviklingssykepleiere.
- En sykepleier.

Alle intervjuer er verifisert. Det betyr at de som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overenstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser.

Pasientjournalgjennomgang

Det er gjennomgått 12 pasientjournaler/tiltaksplaner for pasienter ved de tre sykehjemmene.³ Dette er tiltaksplaner som ligger lagret i kommunens journalsystem Gericca. Det ble plukket ut fire tiltaksplaner for hver av de tre sykehjemmene. Det ble gjort tilfeldige utplukk av pasientjournaler basert på en anonymisert liste med brukere. Revisjonen hadde bistand fra en fagrådgiver ansatt i Fredrikstad kommune ved gjennomgangen av tiltaksplanene.

³ I tiltaksplanen defineres og prioriteres pasientens problemer, behov og ressurser. Det angis hvilke mål som settes for pleien, og redegjøres for hvilke tiltak som bør iverksettes. Tiltaksplanen skal følges opp av en evaluering. Det er ønskelig at planen utformes i samarbeid med pasienten.

4 STYRINGSSYSTEM

Problemstilling 1: Har kommunen etablert et styringssystem som sikrer kvaliteten og kompetansen i tjenesteutøvelsen?

4.1 Revisjonskriterier

Ifølge *Helse- og omsorgstjenesteloven* § 3-1 har kommunen en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Ifølge *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* § 3 skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Av forskriftens § 4 følger det at i forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså *forholdsmessige*. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det innebærer at hvilket omfang som er nødvendig, vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig. Det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at kommunen må ha gjort en *vurdering* av hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må kommunen sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse gjennomgår vi nedenfor.

Av *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* § 6-9 følger de nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere* virksomhetens aktiviteter.

Det følger av forskriften § 6 at plikten til å *planlegge* virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) 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.

Plikten til å *gjennomføre* virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 7, og innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Plikten til å *evaluere* virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, og innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Plikten til å *korrigere* virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9 og innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gir følgende eksempler på relevante dokumenter i styringssystemet:

- delegasjonsreglement
- funksjonsbeskrivelser
- oversikt over ansatte
- kliniske, administrative og ledelsesrelaterte prosessbeskrivelser og prosedyrer
- beskrivelse av prinsipper for forbedringsarbeid og pasient- og brukersikkerhet
- resultater av lokale brukertilfredshetsundersøkelser
- klager, pasientskader, avvik og uønskede hendelser
- resultater fra avviks- og meldesystemet
- rutiner for risiko- og sårbarhetsanalyse
- tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende
- resultater fra kartlegging av HMS
- kompetanseoversikter
- opplæringsplaner og oversikt over gjennomførte opplæringstiltak

Punktvis oppsummering av kriteriene:

Kommunen skal

- ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i sykehjem i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- ha gjennomført sine aktiviteter i tjenester som ytes i sykehjem i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- ha evaluert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes i sykehjem i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
- ha korrigert virksomhetens aktiviteter i tjenester som ytes i sykehjem i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Planlegging

Revisjonen har valgt å legge samtlige redegjørelser av viktige styringsdokumenter i begynnelsen av dette delkapitlet, selv om de også omhandler perspektiver som er viktig for de resterende punktene i kapitlet som helhet.

Revisjonen har fått opplyst av kommunen at Etat for omsorgssentre består av virksomhetene Omsorgssentre nord, syd, øst og vest, og en ressursenhet. Videre ble det opplyst at det er 606 sykehjemsplasser, og 24 omsorgsboliger med døgnbemanning, i etat omsorgssentre. Etaten har 42 dagtilbudsplasser for personer med demens (16 Glemmen, 14 Østsiden og Helseparken Onsøyheimen). Det er per dags dato 693 årsverk i etat omsorgssentre.

I dokumentet *Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027* blir det vist til at andelen eldre i Fredrikstads befolkning vil øke. I planperioden er det beregnet en økning i aldersgruppen 80 år og eldre på 1299 personer, som utgjør 36 prosent. Dette vil føre til økonomiske utfordringer med å opprettholde dagens nivå på helse- og velferdstjenestene, samtidig som det vil bli utfordrende å rekruttere nok fagpersonell. Som følge av økt levealder og endret befolkningssammensetning, forventes det at antallet personer med demens blir nærmere fordoblet i perioden fra 2016–2040.

Flere av både avdelingssykepleierne og fagutviklingssykepleierne pekte på at dokumentet *Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027* sørger for god, systematisk styring av sykehjemmet. I dokumentet finner de strategiske føringer for samfunnsutviklingen og prioriteringer av ulike innsatsområder innen

helse og velferd. Den inneholder også informasjon om og perspektiver på brukermedvirkning, pårørende som ressurs, innovasjon, helsefremmende arbeid, kompetanse og rekruttering.

I dokumentet *Økonomiplan 2023-2026 og årsbudsjett 2023* blir det pekt på at pårørende til personer med demens legger ned stor innsats, og det er viktig at denne innsatsen ivaretas og anerkjennes. Pårørende må sikres fleksible avlastningstilbud, veiledning og støtte (s. 5). Videre blir det opplyst om at etterspørselen etter sykehjems plasser er høy i kommunen. I økonomiplan 2021-2024 styrket bystyret seksjonen helse og velferd med 21,7 millioner kroner for 2023 og ytterligere 10 millioner kroner for 2024 som en opptrapping av antall sykehjems plasser. Det finansierer driften av 30 nye sykehjems plasser og 12 dagsenterplasser. Det blir også opplyst om at kommunen i 2021 lå 7% under snittet for ASSS⁴ på andel legetimer per uke per beboer i sykehjem (s. 31).

Ifølge planen og budsjettet skal det på området bli justert i tilbudet fra Aktiv omsorg slik at innsparingen blir på kr. 414 000,- (s. 21). I kommentarer til innsparingstiltakene blir det fortalt at det er viktig å gi god informasjon om tiltakene til de som blir berørt (s. 33). Avdeling Aktiv omsorg besto når planen ble skrevet av 2,5 årsverk, fordelt på musikkterapeut (1 årsverk) og kultur- og aktivitetsansvarlig (1,5 årsverk). Aktiv omsorg utarbeider aktivitetspakker til bruk i avdelingene. De rekrutterer frivillige til avdelingene og holder kontakt med de frivillige. Innsparingstiltaket er at avdelingen Aktiv omsorg og fagstab nedjusterer bemanningen med til sammen 0,7 årsverk og endrer oppgaver og ansvar til resterende bemanning. Ved innføring av dette innsparingstiltaket blir det beskrevet at en risiko kan være merbelastning på ansatte og ledere, som på grunn av innsparingen i økt grad vil bli involvert i aktiviteter som opplæring av frivillige, etablering av tidsplaner og forventningsavklaringer (s. 38-39).

I dokumentet *Etatsplan 2023: for etatene Hjemmesykepleie og omsorgssentre* blir det opplyst at kommunen vil øke antall sykehjems plasser med 14 plasser i kommende periode.⁵ Flere og sykere pasienter blir behandlet i de kommunale tjenestene. Økningen i antallet av eldre i kommunen, viser samtidig en økning i antall personer med demens. Det vil være en av de største utfordringene på området i årene som kommer, ifølge dokumentet. På området finnes det ressurspersoner og team for palliasjon (lindrende behandling), demens og hverdagsrehabilitering, men det blir hevdet at tjenestene samtidig trenger å øke kompetanse for å imøtekomme denne utviklingen, slik at de kan fortsette å gi trygge og forsvarlige tjenester uavhengig av hvor pasienten oppholder seg (s. 8-9).

I dokumentet *Plan for legetjenesten 2019-2026* blir det opplyst om at antall personer i Fredrikstad over 80 år vil øke med rundt 4000 i perioden 2019-2040. Fredrikstad vil altså oppleve en betydelig endring i den demografiske sammensetningen i årene framover. Ifølge planen vil kommunen i løpet av planperioden øke legebemanningen i institusjoner til anbefalt normtall (s. 5 og 9).

Etatsplan 2023 for Hjemmesykepleie og omsorgssentre viser til at bruken av overtid var høy gjennom 2022, med fortsettelse inn i 2023. Det vil gi økt fokus blant annet gjennom endring av turnus og fordeling av kompetanse og oppgaver på nye måter. Resultatene av det vil ikke framkomme før siste kvartal. Det vil bli forsøkt å begrense bruken av overtid, men det erfares mye overtid i helger hvor ledere ikke er til stede (s. 11). Det er kvalitetsgrupper i hver etat, sammensatt av avdelingssykepleiere og virksomhetsledere, som møtes hver 4 uke. Gruppene hovedområder er utarbeidelse, revidering og implementering

⁴ ASSS (A – aggregerte S – styringsdata for S – samarbeidende S – storkommuner). ASSS-samarbeidet skal bidra til læring og utvikling i partnerskap mellom de 12 største kommunene i Norge og KS (KS er kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner. KS er landets største offentlige arbeidsgiverorganisasjon og forhandlingspart i lønnsoppgjørene). På asss.no finner man analyser og statistikk for disse 12 kommunene. For mer informasjon om ASSS, se: [ASSS - fag og økonomi sammen for bedre kommuner \(ks.no\)](#).

⁵ I dokumentet *Økonomiplan 2023-2026 og årsbudsjett 2023* blir det opplyst om 30 nye plasser. Blant disse 30 er det 16 ekstraserger i dobbeltrom.

av prosedyrer. Eksempler på gruppens oppgaver er videreutvikling og vedlikehold av Kvalitetssystemets innhold innenfor området, og sikre at både systemet og kvalitetsarbeidet til enhver tid tilfredsstillende lovpålagte og egendefinerte krav. Gruppene skal også utarbeide prosedyrer, retningslinjer og beskrivelser for eget fagområde i etaten, og de har ansvar for implementering og opplæring innenfor sine fagområder.

Ifølge etatsplanen skal det være fokus på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Områder her er blant annet bruk av evalueringsskjemaer for pasient og pårørende i sykehjem, bruk av sjekklister systematisk, og som oppfølgingspunkt i kvalitetsarbeidet og at tavlemøter tilpasses og brukes i virksomhetene (s. 12).

I dokumentet *Demensplan 2019-2026* blir det opplyst om at tjenestetilbudet må utformes ut fra den enkelte bruker/pasients ståsted. Det skal legges vekt på brukermedvirkning og styrking av identitet og mestringsevne. Personalet skal gjøre seg kjent med individuelle behov, ønsker, meninger og vaner, samt bakgrunn, livshistorie og kulturelle referanseramme slik at individuell behandling og omsorg ivaretas. Det skal bli skrevet en tiltaksplan med vurderinger og beskrivelser av personens ressurser og sårbarhet knyttet til et bredt spekter av fysiske, psykologiske, kulturelle og åndelige behov. Tiltaksplanen skal regelmessig evalueres og justeres. Aktivitetene som blir gitt den enkelte skal være tilpasset deres interesser, behov og ferdigheter (s. 11).

I *Demensplan 2019-2026* blir det opplyst om en modell for personsentrert omsorg kalt VIPS (V: å tillegge alle mennesker samme verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon. I: å tilrettelegge omsorgen *individuell*. P: å prøve å forstå *perspektivet* til personen med demens, hvordan personen opplever sin situasjon og verden rundt seg. S: å skape et *støttende sosialt* miljø). Personsentrert omsorg skjer på flere måter. En måte er at mange virksomheter har innført pasientsikkerhetstavler/risikotavler. På tavlene er det en oversikt over særlig viktige observasjoner og tiltak knyttet til den enkelte bruker. Tavla inneholder også opplysninger om «*hva er viktig for deg*» for den enkelte pasient/bruker. En annen måte er gjennom regelmessige brukerundersøkelser innenfor de fleste tjenesteområdene. Bruker- og pårørendeundersøkelser blir presentert i årsrapporter og resultatene brukes systematisk til forbedring av tjenestene.

I dokumentet «Virksomhetsplan 2023: For omsorgssentre Nord» blir det opplyst om at det er en utfordring å ha nok kompetente helsearbeidere som skal dekke behovet i den daglige driften. De ser at det er utfordrende å rekruttere, særlig til sykepleierstillinger. Derfor må de se på hvordan de kan bruke kompetansen på en mer effektiv måte. Her er det flere områder som henger sammen, blant annet nye arbeidstidsordninger. Virksomheten avventer utprøving av årsturnus på andre virksomheter i kommunen slik at de kan bruke deres erfaringer i utviklingsarbeidet.

Ifølge dokumentasjon mottatt fra kommunen har de tre sykehjemmene vi har undersøkt gjennomført systematiske risikovurderinger den siste tiden. Eksempler på områder det har blitt gjennomført risikovurderinger på, er forflytning, HMS, sykefravær, bemanning helg, ernæring, legemiddelhåndtering, opplæring og brukermedvirkning.

Informantene fortalte at de har felles Kvalitetssystem i Fredrikstad kommune. Der finner de rutiner, avviksregistrering, medikamenthåndtering for sykepleiere og helsefagarbeidere, og mange andre fellesrutiner som gjelder for den daglige driften. De bruker også flere systemer, som GAT, Gerica og Fredrikstadkompasset. Fredrikstadkompasset er kommunens digitale styringsplattform. Der blir det registrert flere måltall knyttet til for eksempel bemanning, sykefravær og økonomirapportering. Alt dette er en del av den daglige driften. De opplever systemene som gode og førende for arbeidet, og at det inneholder de rutinene de trenger. Et flertall av de vi intervjuet mente imidlertid samtidig at systemet kunne være tungvint, og at det tok tid å manøvrere seg i det. Det pågår imidlertid en prosess hvor systemet blir

ryddet opp i, og revisjonen har i forbindelse med verifisering av faktaopplysninger i denne rapporten fått opplyst at kommunen skal anskaffe nytt kvalitetssystem i løpet av 2024.

Informantene fortalte videre at de lokale virksomhetsplanene deres var gode. Planene var detaljerte og beskrev virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Planene opplevdes som godt tilpasset sykehjemmene. De utarbeides med innspill fra ansatte, som har god kjennskap til disse planene. I tillegg er det etablert en felles etatsplan som gjelder for alle omsorgssentrene.

En avdelingssykepleier fortalte at omsorgssentrene i Fredrikstad skal begynne med års-turnuser i 2024. Da må de legge en ny bemanningsplan og døgnrytmeplan for hver avdeling. De må ta utgangspunkt i stillingshjemler, døgnrytmen i avdeling, når de må være flest ansatte på, og til hvilken tid det er litt roligere. I denne prosessen vil det komme innspill fra ansatte og tillitsvalgte, samt verneombud. I denne prosessen vil det være naturlig å tenke på risikovurdering.

En virksomhetsleder pekte på virksomhetsplanen som et sentralt dokument for styring av aktiviteten i hennes virksomhet. Virksomhetsplanen beskriver mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, og oppdateres hvert år. Møteplaner og HMS-plan supplerer også denne. Virksomheten har også møteplaner, risikoanalyser og prosedyrer som dokumenterer styring. De bruker også GAT-turnus med kompetansefelt, som dokumenterer bl.a. kompetanse, arbeidsoppgaver, kurs og arbeidstider. Denne kan også brukes som app på mobiltelefon. Fagprogrammet Gerica skal nå også implementeres mobilt gjennom en app (LMP= Life care Mobile). Virksomhetsleder rapporterer også mye i Fredrikstad-kompasset, og opplever at det fungerer bra. En virksomhetsleder ønsket mer digitaliserte løsninger, som medisinkort, digitale lister, bærbare, trådløse løsninger. Dette prøves ut på et annet sykehjem. Håpet er å få nye løsningen på plass så fort som mulig, siden noen av de løsningene som eksisterer i dag oppleves som tungvint å bruke.

En annen virksomhetsleder fortalte at de har gjennomført mange risikovurderinger på forskjellige områder, men at det er en stadig prosess de må ha fokus på og jobbe med. De jobber nå med å øke kompetansen på å risikovurdere pasientsituasjoner som for eksempel forflytting eller utagering. De kan alltid bli bedre, og har derfor planlagt opplæring i HMS-gruppen neste måned. BHT (bedriftshelsetjenesten) skal lage en case hvor de sammen risikovurderer en forflyttingssituasjon.

En tredje virksomhetsleder fortalte at for å sikre at virksomheten har et godt nok styringssystem for å gi gode tjenester er ledergruppa i virksomheten med i en Webinar-serie arrangert av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie i Østfold: «Trygghetsstandard i sykehjem». Her får de kvalitetssikret hva de har og hva de bør forbedre. Gjennom det opplegget har ledergruppa sett at de har forbedringsområder spesielt knyttet til å sjekke om informasjon som sendes ut og gis i møter blir forstått, om alle ansatte har gjennomført opplæring og kurs som planlagt og forstått innhold i kurs og opplæring, samt at de er kjent med viktige prosedyrer med mer. De tester derfor ut noen skjemaer for internkontroll for å se om det gir dem nyttig informasjon om hva de eventuelt må gjøre annerledes.

Virksomhetslederen fortalte videre at akkurat nå er det bra på sykehjemmet med tanke på bemanning, men at det er mangel generelt. Rekruttering av helsepersonell er en utfordring for hele Norge, jf. Helsepersonellkommissjonen NOU 2023:4. Det må tenkes annerledes fremover for å møte disse utfordringene.

4.2.2 Gjennomføring

På spørsmål om hvordan virksomheten jobber med gjennomføringen av virksomhetens oppgaver, fortalte en avdelingssykepleier at ansatte i avdelingen har ressurspersoner innen ulike fagfelt og områder, som for eksempel forflytning, ernæring, rutinen *Livets siste dager*, TROLD-veiledere (trusler og vold) og så videre. I avdeling 1 er det to ansatte som er TROLD-veiledere, altså veiledere i det å håndtere trusler

og vold. De har hatt tredagers kurs, samt oppfriskningskurs etter en viss tid som TROLD-veiledere. Det er to veiledere i hver avdeling. De kommer med gode innspill, og råd og veiledning om viktige miljøtiltak og tillitsskapende tiltak de skal gjøre i ulike situasjoner. Dette tas opp i fellesrapporter, utarbeidelse av tiltakskort eller i et felles møte med flere. De tar dette også i VIPs-møter, og utarbeider tiltak der og da.

Avdelingssykepleieren fortalte videre at det er gode muligheter for å medvirke gjennom møtene i kvalitetsgruppen, hvor de går gjennom og gir forslag til endringer i felles rutiner i kvalitetssystemet. I omsorgssentre syd er det felles avdelingsledermøter hver uke. Her tar hun opp og drøfter ledelsesrelaterte spørsmål.

Videre fortalte avdelingssykepleieren at pårørende har gitt tilbakemelding om at de ikke finner ansatte når de kommer på besøk. Dette er fordi de ansatte er i stell og andre situasjoner hos pasienter som krever to ansatte over tid. Flere pasienter med omfattende behov gjør at mange av pasientene i avdelingene krever to ansatte til både stell og pleie, men også forflytning eller andre situasjoner. Pårørende gir uttrykk for et ønske om at det skulle vært flere ansatte på jobb, men det lar seg ikke gjennomføre med bemanningsnøkkelen de har.

Avdelingssykepleieren fortalte også at det kunne være travle dager i avdelingen, og at det er dager hvor de faktisk ikke har fått kommet igjennom deres daglige rutiner. Det er når det skjer noe uforutsett på vakt, men da prøver de å få gjort tingene senere på vekten/kveldsvakten, eller bytte til neste dag. Der som det ikke lar seg gjennomføre, skriver man avvik. Det er mange oppgaver i avdelingen som ansatte må gjøre ved siden av pasientrelatert stell og pleie.

En annen avdelingssykepleier fortalte at det ligger mange maler klare som brukes aktivt. Hun opplever at rutiner er på plass og brukes mye, som f.eks. årshjul, HMS-plan, sjekklister, internkontroll i egen avdeling, sjekklister for nyansatte, samt etatsplan, virksomhetsplan, stillingsinstrukser, bemanningsplan, internplan og så videre. Alt ligger i kvalitetssystemet, og de får mye faglig påfyll. Helt i begynnelsen har nyansatte grunnleggende kunnskap, men man lærer også mye i jobb og underveis. De har en tiltaksplan per beboer, som gjør at de får lettere oversikt. De har mange de kan kontakte for spesifikke spørsmål, for eksempel demens-team i kommunen som er til stor hjelp.

Avdelingssykepleieren fortalte videre at en grunnleggende sjekkliste for brannsikkerhet kunne vært fint. Det er ingen skriftlig rutine på det som hun vet om. Slike rutiner må tilpasses hvert enkelt sykehjem. Avdelingen har utarbeidet en intern døgnrytmeplan som inneholder punktvis hvilke oppgaver som skal gjøres og når. Denne er nyttig å dele ut til nyansatte og elever, som et tillegg til annen opplæring de får. Det kan også være ønskelig å utarbeide en nattevakt-rutine for omsorgssentrene. Det vil sikre kvaliteten i det arbeidet, og at det blir utført likt i de forskjellige sentrene. En slik rutine er ikke lovpålagt, men kan være nyttig.

I tillegg fortalte avdelingssykepleieren at når noen skriver avvik, er det hun som mottar det. Hvis det er nødvendig, sender hun det videre til sin leder. Hun og lederen får varsel på mail. Hun får også påminnelse om fristen for behandling overskrides. Hun kan sende avviket videre til rett nivå eller etat. Hun kan også melde til annen person for eksempel verneombud så de blir koblet inn. Avvik blir alltid tatt tak i, men noen tar lengre tid enn andre. Hun tror mange er redd de gjør feil eller at de sier ifra om feil en kollega har gjort. Det er også begrenset tilgjengelighet som hindrer mange. Ansatte må logge seg på pc for å skrive avvik og det blir ikke alltid prioritert. Det er en forenkla versjon i frekit «app» hvor ansatte kan registrere avvik. «Appen» er ganske ny, så kulturen for å bruke den har ikke blitt helt satt blant de ansatte. «Appen» forutsetter imidlertid at ansatte bruker mobil, noe de helst ikke skal gjøre når de er sammen med pasientene.

Avdelingssykepleieren fortalte videre at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til sykehjemmene, og at de til enhver tid har stillinger som ikke er besatt av sykepleiere. Hun forklarer at for noen år siden etablerte de «vaktteam». Da går to sykepleiere sammen og fordeler hele sykehjemmet seg imellom. På den måten løser de utfordringen med å ha nok sykepleiere på vakt. Hun tenker at på sikt kan dette muligens gjøre det mer attraktivt å søke på sykepleierstillinger.

En annen fagutviklingssykepleier fortalte at de har mange oppgaver og ansvarsområder. De er blant annet med på å sikre gode rutiner, de har ansvar for oppfølging av tiltaksplaner og lab-utstyr, de har ansvar for opplæring av nyansatte og oppfølging av studenter, de er med på faglig utvikling i avdelingen, de planlegger internundervisninger og de følger med på risikotavler/oppgavetavler. Hun har også ansvar for studenter. Det syntes hun er veldig spennende og lærerikt, selv om det er høyt press til tider med mye å gjøre. Når mange elever, lærlinger og studenter kommer samtidig, føler hun kanskje på at de ikke alltid får den oppfølgingen de fortjener. Studentene blir som en ekstra ressurs. Ofte bidrar de med å dekke de sosiale grunnleggende behovene til pasientene. De har mer tid til pasientene enn andre ansatte har, som for eksempel tid å sette seg ned, snakke, lese og gå tur med dem. Hun ser at pasientene setter pris på at studentene tar seg denne tiden. Hun har gitt tilbakemelding til fagkoordinator om rutinen for oppfølgingen av studenter. Hun forteller at hun ønsker seg klarere retningslinjer for hva slags prosedyrer studentene kan utføre på sykehjemmet i de ulike årene de er der.

Fagutviklingssykepleierne fortalte at de samarbeidet godt og tett med avdelingsledere, og de følte seg involvert i beslutninger som blir tatt. De opplevde at de hadde den nødvendige kunnskapen og kompetansen, og at de klarte å øke andre ansattes kompetanse på en god måte.

Virksomhetslederne fortalte at det å nå ut med helhetlig informasjon om styringssystemet ut til ansatte er hele tiden noe de jobber med. Med tanke på det store antallet ansatte som skal få opplæring og informasjon om det, er dette alltid et kontinuerlig arbeid. Det varierer i hvilken grad de ansatte har god oversikt over disse dokumentene. Derfor er det viktig at lederne «oversatte» dem til praksis, gjennom f.eks. å bruke pasienttavler aktivt, og formidle til ansatte koblingen mellom planen og det som gjøres av oppgaver i hverdagen. Det er ønskelig at innholdet i virksomhetsplanen forenkles noe for at den skal være mer tilgjengelig for ansatte. Det kunne f.eks. blitt lagt ut et kortere skriv på avdelingene som beskrev essensen i virksomhetsplanen. I dag skrives hele planen ut og legges tilgjengelig for avdelingens ansatte. I tillegg sendes den på e-post til lederne, som igjen sender den til sine ansatte.

En virksomhetsleder pekte på at ansatte kan gi tilbakemelding gjennom en tilbakemeldingsknapp i Kvalitetssystemet (RiskManager), men denne brukes lite. Det gis oftest tilbakemeldinger fra ansatte via ledere. Tilbakemelding gjennomgås i fagmøter, ledermøter og medvirkningsmøter, samt HMS-møter, avhengig av tilbakemeldingens karakter. Det finnes et system for å gjennomføre risikovurderinger. Risiko for den enkelte pasient ivaretas blant annet gjennom pasientsikkerhetstavler der risikoelementer vurderes og tiltak settes inn for den enkelte. Dette skal nedfelles i tiltaksplanene til den enkelte pasient, f.eks. knyttet til ernæringsrisiko. VIPS-møter (personsentrert omsorg) holdes for utfordrende pasienter, og dette dokumenteres i Geric. Risikovurderinger er et viktig arbeid for ledergruppa. Kommer det inn klager så tas det med som et grunnlag for å vurdere risiko. Virksomhetsleder opplever at dette fungerer bra.

Noen virksomhetsledere pekte på den generelle utfordringen at når det er en stor personalgruppe, som det er på sykehjemmet, så er det utfordrende å til enhver tid være sikker på at alle har oversikt over hvordan de skriver avvik. Det finnes rutiner, men det er kulturen hos enkelte som må forbedres for å få en smidig avviksbehandling. Det fordrer at virksomheten har fokus på og behov for opplæring i dette hele tiden. Avviksmengden kan variere mellom avdelingene, f.eks. vil det være flere avvik på skjermene

forsterket avdeling enhet enn på en somatisk avdeling. Dette er også logisk med tanke på de brukergruppene som er på de ulike avdelingene. Noen ganger sendes avvik tilbake til melder for å få en mer utfyllende beskrivelse av det som meldes som avvik. Det er ønskelig fra de som behandler avvikene at de som melder avvikene også kommer med forslag til tiltak for å lukke avviket. Det er et forbedringsområde angående avvik. De er opptatt av å ha en god og trygg avvikskultur som har fokus på forbedring og ikke at ansatte skal oppleve at de angir noen for feil de har gjort. Det er viktig at de som melder avvik får en tilbakemelding og at forslag til tiltak blir diskutert i avdelingene. Som eksempel på at dette brukes i forbedringsarbeid har det vært opplæring av både virksomhetsledere og avdelingssykepleier i hele seksjon Helse og Velferd som tiltak for å redusere legemiddelavvik. Dette ble gjennomført våren 2023. Virksomhetslederne opplevde at ansatte generelt i stor grad har mye kompetanse om eget fagfelt. På demensfeltet er det mer og mer krevende pasienter. De fleste bor hjemme lenge, og når de kommer til sykehjemmet, er de veldig syke. Fagkunnskapen oppleves generelt som god og tilstrekkelig, men deltidsansatte og ansatte med helgestillinger kan være et sårbarhetspunkt med tanke på å skape kontinuitet i kompetansen. Bemanningen er imidlertid forsvarlig, og det gis gode tjenester. De ansatte mottar mange gode tilbakemeldinger fra pårørende, men det kommer også noen klager knyttet til lav bemanning.

En virksomhetsleder fortalte at selv om sykehjemmet ikke har demensavdeling, har likevel de fleste av pasientene en demensdiagnose eller en form for kognitiv svikt. De har fra tid til annen pasienter med adferdsutfordringer, og klarer de ikke å ivareta dem på en god måte, er det mulig å søke overflytting til skjermet enhet. Det kan være det fysiske miljøet med lange korridorer og for mye stimuli i store avdelinger som ikke er helt forenelig med denne sykdommen. De har kompetanse på demens fra grunnutdanningen, men står de fast med hvordan de skal løse utfordringer, søker de hjelp og kunnskap internt i kommunen. Sist de hadde en utfordrende situasjon søkte de hjelp og fikk opplæring fra Demensteamet. De bruker også personsentrert omsorg med VIPS som modell.

Virksomhetslederen fortalte også at studenter har en opplæringsplan de skal følge. Det er viktig at de som utdanner seg når de mål som er satt for utdanningen. De er framtidige kollegaer, og de må bidra til at de blir dyktige sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

En sykepleier fortalte at det finnes rutiner på alle områder av jobben. Hun syntes også kompetansehevingen er god. Noen ganger kan det bli mye å gjøre på jobb, for eksempel på *Livets siste dager*. Da er det mye papirarbeid, og det kan gå ut over tid med pasienten. Det er mange sider med mye informasjon som skal dokumenteres. Men informasjonen er viktig, den må dokumenteres. Det er vanskelig å få kortet det ned. Noen ganger kan de få en kontordag, hvis de har mye papirarbeid. En slik kontordag skal avtales med leder. Det finnes ikke prosedyre på akkurat det med kontordag, men det fungerer godt nå.

4.2.3 Evaluering

På spørsmål om hvordan virksomheten jobber med å evaluere virksomhetens aktiviteter, fortalte en avdelingssykepleier at utagerende pasienter kan medføre at det må meldes HMS-avvik. I avvikene vil ansatte beskrive situasjonen, hvilken form utageringen hadde, og melde skade/småskade. Alle HMS-avvik blir tatt opp i en felles HMS-gruppe i Omsorgssentre Syd, som er et felles forum for de tre sykehjemmene i område Syd: Solliheimen, Fjellberg og Faunsvei. Virksomhetsleder innkaller til felles HMS-møte en gang per måned. I disse møtene går man i fellesskap gjennom temaer knyttet til dette og diskuterer praksisen på de forskjellige avdelingene. Ifølge avdelingssykepleieren er det godt å kunne dele erfaringer, og de har på denne måten stor nytte av hverandre. Det er også fellesmøter i Omsorgssentre syd og Østsiden sykehjem med fagsykepleierne. De skjer også en gang i måneden. Da går de gjennom tjenesteavvikene i alle avdelingene. Dette skaper fellesskap og rom for å finne nye forbedringsforslag hos alle. De lærer av hverandres erfaringer.

Avdelingssykepleier fortalte også at ansatte melder avvik i sine respektive avdelinger, og avvikene kommer til avdelingssykepleierne og virksomhetsleder. Hun behandler de avvikene som blir meldt i hennes avdeling. Det varierer hvor mye avvik de ansatte melder, og det er ikke alltid det som skrives er avvik heller. Noen avvik tas opp i fellesskap i rapporter i avdelingen, samt fellesmøter, og blir etter det lukket. Andre avvik tas opp personlig med den enkelte ansatte. Dersom det er noe mer alvorlig, kontakter hun virksomhetsleder. I periodene hvor de har beboere med utagerende adferd, er det ikke alltid ansatte skriver småskadeavvik. Hun skulle ønske at det ble gjort oftere. Når det skrives HMS-avvik, skal det beskrives om det er rasisme, vold eller annet. Dette er det viktig å ha fokus på. Det er viktig å forhindre at ansatte ikke har pasienter de synes det er ubehagelig å jobbe med. På morgenmøter kan ansatte omfordele pasienter. Hun ønsker å få en kultur blant de ansatte om at de sier ifra tidlig om sånne ting.

En fagutviklingssykepleier fortalte at det meldes avvik, men det mistenkes at det nok er litt underreportering. De jobber med at ansatte i tillegg til tjenesteavvik og HMS-avvik skal skrive småskadeavvik, som går på om noen snakker ufint til dem, som rasisme, eller lugger, slår eller spytter. Dette vet de veldig få gjør, fordi mange tenker at det ikke er så farlig. Men når en ansatt har gått til samme pasient lenge, kan det tilslutt bli en belastning. Og det kan være tøffere for kollegaen som kommer dagen etter. En annen fagutviklingssykepleier fortalte at det er sjekklister som alle ansatte bruker når de skal skrive avvik, men at det kunne vært bedre opplæring på det, fordi noen ansatte føler seg utrygge med å skrive avvik.

Flere virksomhetsledere fortalte at lederne og fagsykepleierne var «på» de ansatte knyttet til å kontrollere arbeidsutførelsen deres. Avvik som meldes, blir drøftet internt. Opplæring på avvik gjennomføres og dokumenteres etter gjeldende prosedyrer.

En sykepleier fortalte at det er god opplæring for avvik. De fleste er avvik på tjenestekvalitet, dvs. feilleveranse av mat, medikamenthåndtering og fallskader. Det er enkelt å bruke avviksskjemaet. Hun skriver en del avvik. Noen ganger må de ansatte skrive avvik dagen etter at avviket oppstod, på grunn av stor jobbmengde, men det skrives alltid. De får kommentarer på avviket fra avdelingssykepleier, og de kan se utviklingen av avviket videre.

En avdelingssykepleier fortalte at det i 2016 ble gjort en omfattende og stor risikovurdering i forbindelse med sammenslåing av avdelingene på sykehjemmet. Etter dette er det også gjort risikovurderinger i forbindelse med fravær og vikarmangel på helgevakter. En annen avdeling piloterer en turnus, hvor mange ansatte har langvakter på helg. Det medfører endring i bemanningsplan og døgnrytmeplan. De har risikovurdert dette fortløpende, og gjort endringer og korrigeringer underveis i prosessen. De har hatt faste møter, og hatt stor medvirkning fra ansatte på det.

En annen avdelingssykepleier fortalte at Fredrikstadkompasset er en form for kontroll, og at ved hjelp av det systemet får man tilbakemeldinger på eget forbruk. Hennes avdeling har hatt perioder med behov for ekstra ressurser i forhold til at pasientene trenger svært tett oppfølging av sykepleiere/helsefagarbeidere gjennom hele døgnet på grunn av forverring av sykdom eller terminal pleie. Det tas da opp i ledergruppen, og dokumenteres i Fredrikstadkompasset. Hun oppfatter det ikke som for mye kontroll.

En tredje avdelingssykepleier fortalte at hun savner noen teknologiske løsninger på demens-problematikk. For eksempel bør det være bedre GPS-er som kan plasseres på demente, og lettere tilgang til journaler med digitale hjelpemidler. Det er mange i landet som har den teknologien.

En av avdelingssykepleierne fortalte også at de nylig har utført risikoanalyser på områder som enkeltbrukere med krevende behov, arbeidsmiljø og nattjenesten. Hun synes det er passe omfang og frekvens på slike analyser. Hun mener risikoanalyser blir utført og ivarettatt, men at på noen områder kunne det

blitt gjort mer for eksempel når det gjelder kunnskap om demens. Hun fortalte videre at det hadde vært bedre med bare en avdeling, og ikke så mange ansatte per leder. Etter en omorganisering for noen år siden var det et innsparingskrav som førte til at det ble en leder mindre for avdelingene. Da ble det en større jobb for vedkommende som nå er leder for begge avdelingene. Hennes nærmeste leder er godt klar over at dette er utfordrende.

Avdelingssykepleieren fortalte videre at det er flere måter de konkret blir kontrollert på. De rapporterer på «Fredrikstad-kompasset» en gang i måneden, de går gjennom sykefraværet, som drøftes i ledergruppen hvor de ser på prosent for avdelingene og samlet for sykehjemmet. Hun forteller videre at for «pasientjournal-programmet» er det regelmessige scoringer og evalueringer, og ikke minst «Tiltaksplan» som er en detaljert oppskrift som ligger til hver pasient for hvordan alle arbeidsoppgaver på den enkelte pasient skal gjøres. Det siste halvåret er det tatt i bruk en sjekkliste, laget av en koordinator. Tiltaksplanen må være levende, og kan endre seg raskt. De jobber veldig mye med Tiltaksplanen og holder denne à jour for pasientene.

En fagutviklingssykepleier fortalte at det er enkelt å gjennomføre risikovurderinger av tjenestene til pasientene, fordi det fremgår av prosedyren hvordan dette skal gjøres. De har også fått hjelp av jurist, etikkrådet og andre instanser. Det er en omfattende dekning av risikoanalyser, og systemet rundt det er godt.

En virksomhetsleder viste til følgende eksempler på risikovurderinger som har blitt gjennomført:

- Risikovurderinger på arbeidsmiljø i to avdelinger. Her ble også ansatte involvert av avdelingsleder i risikovurderingen via Teams.
- Risikovurdering av særs krevende pasient for å finne relevante tiltak – også brukt etikkrådet i kommunen i den forbindelse. Her blir også ansatte involvert fordi analysen tas opp på teams i morgenmøter.
- Risikovurderinger skal fremover også bli gjort av tjenestene som gis i nattjenesten.

Ifølge virksomhetslederen bidrar nye forenklede skjemaer til at risikovurderinger gjøres i større grad enn før, de oppleves også som nyttige. Ansatte involveres også via HMS-møter, samt gjennom ansattrepresentanter, tillitsvalgte og verneombud. Alle pasienter skal ha tiltaksplaner, og det er nylig opprettet en sjekkliste på hva som skal være i tiltaksplanen. Sjekklisten er en kontroll på at alle punkter som skal være med i tiltaksplanen, er på plass. De tar stikkprøver og undersøker om tiltaksplanene er oppdaterte. Disse stikkprøvene er veldig nyttige.

En annen virksomhetsleder fortalte at de tester ut noen skjema for internkontroll for å se om det gir nyttig informasjon om hva de eventuelt må gjøre annerledes. De har utarbeidet tre internkontrollskjema som de prøver ut i virksomheten dette året. Dette er internkontroll som skal gjennomføres i hver avdeling. I verifisert referat hadde virksomhetslederen lagt ved malen på denne internkontrollen:

Internkontroll pasientjournal:-

AVD	INTERNKONTROLL AV PASIENTJOURNAL OMSORGSENTRE NORD Det plukkes ut minst 4 vilkårlige journaler i avdelingen ved hver kontroll. Utføres januar, mai, oktober	
BrukerID:	Dato for kontroll:	Kontroll gjennomført av:
	Svaralternativ: 1)JA 2)NEI	Forbedringsområder / tiltak:

Brukerkort: <ul style="list-style-type: none"> • Riktig nivå registrert? • Hovedkontakt registrert • Lege registrert • Journalansvarlig registrert • HLR status registrert 		
ADL/IPLOS registrering Er LMG registrert?		
Er det samsvar mellom ADL og tiltaksplan? Er tiltak så konkrete at vikarer kan ivareta beboerens behov ut fra tiltaksplan?		
Er ernæringsstatus kartlagt? Hvis JA: er det samsvar mellom kartlegging og tiltaksplan?		
Dokumenteres det på tiltak?		
Er det gjort behandlingsavklaring?		
Er statusrapport oppdatert?		
Er tannhelse registrert?		
Er samtykkekompetanse avklart?		

Virksomhetslederen fortalte videre at de også har forbedringsvisitter hvor virksomhetsleder, fagutviklingssykepleier i respektive avdelinger og minimum en ansatt til fra avdelingen deltar. Da gjennomgås ulike temaer innen tjenesteyting og kvalitet. På forbedringsvisittene gikk de også gjennom internkontrollskjemaene som var fylt ut i avdeling i forhold til dokumentasjon i pasientjournal. De så også på krav til tjenestene opp mot Kvalitetsforskriften og Forskrift om en verdig eldreomsorg. De har også HMS-vernerunder og rapportering i Fredrikstadkompasset. I fredrikstadkompasset rapporteres det på antall klagesaker, andel beboere med gjennomført årskontroll, matsvinn, antall lærlinger, antall personer i arbeid- og språkpraksis, frivillige, avvik, gjennomførte tavlemøter, økonomi, kompetanse og ledige stillinger, andel gjennomførte utviklingssamtaler, turnover, sykefravær, AML-brudd og 10-FAKTOR resultater.

4.2.4 Korrigering

Revisjonen har i forbindelse med verifisering av faktaopplysninger i denne rapporten fått opplyst at alle virksomhetsledere har lederavtale med hver enkelt avdelingssykepleier. Alle har også ledermøter 1 gang uken, og HMS-møter en gang i måneden.

På spørsmål om hvordan virksomheten jobber med å korrigere virksomhetens aktiviteter, fortalte en avdelingssykepleier at det også er Ti-faktor-medarbeiderundersøkelser i kommunen. Denne utføres hvert 2. år, og skaper grunnlag for arbeidsområder de har fokus på de neste to årene. Her tas undersøkelsene opp i hver avdeling, hvor ansatte med ledere velger ut punkter til forbedring fremover. De lager en egen plan for dette per avdeling. Det er oppfølging av langtidssykemeldte. Det er et mål om å ha et sykefravær på 8 %, og helst lavere. Hun forteller at de i Omsorgssentret syd har egne møter med de ansatte som har hyppig korttidsfravær, som kanskje ikke selv ser at de har et høyt sykefravær. Samtalene handler om å finne løsninger, og at man kanskje kan avklare om det er noe kronisk sykdomsproblematikk bak det hyppige korttidsfraværet. Det er godt for ansatte å bli sett og hørt. Her prøver de å finne de beste løsningene for alle parter.

En annen avdelingssykepleier fortalte at de har jevnlig kurs og rutiner, og at risikovurderinger og internkontroll har blitt iverksatt for å avdekke, rette opp eller forebygge eventuelle mulige brudd på krav

eller kvalitet i arbeidet. Leder er viktig for arbeidere her, det å stille litt spørsmål og snakke om det, vurdere om vi trenger noe kompetanse vi ikke har og lignende. Hun snakker mye med arbeiderne sine og avdekker om det er noe underveis. De tar med tidligere erfaringer og kunnskap inn i avdelingen og situasjoner. De bruker den kunnskapen og eventuelt tilegner seg ny. Avdelingssykepleieren legger til rette for at ansatte skal kjenne frihet og inneha nok kompetanse i stillingen. De har medarbeidersamtale årlig, og det gis rom for å komme med innspill.

En tredje avdelingssykepleier fortalte at det siste avviket hun skrev var om en pasient som klatret over et gjerde i hagen. Avviket ble løst, og det ble iverksatt tiltak. De hadde også nylig hatt medisnavvik på sykehjemmet. De hadde derfor etablert en ny sikringsrutine for å forhindre at det skulle skje igjen. Videre fortalte avdelingssykepleieren at enkelte ansatte kan synes det er litt skummelt å endre noe i tiltaksplanen, så de jobber mye med det.

En fagutviklingssykepleier fortalte at det hadde vært en sak siste året hvor ble det iverksatt gode tiltak for å rette opp et mulig brudd på krav eller kvalitet i arbeidet. Det gjorde de i samarbeid med pårørende, og på bakgrunn av en ny ROS-analyse. En annen fagutviklingssykepleier fortalte at de blant annet har gjennomført en risikoanalyse etter et HMS-avvik rundt fravær og utfordringer rundt helg og langvaksoppstart. Da ble det utarbeidet en felles plan de skulle følge. Denne planen ble utarbeidet med flere ansatte fra flere yrkesgrupper. I tillegg til denne risikoanalysen ble det satt sammen arbeidsgrupper hver måned. På disse arbeidsgruppene ruller ansatte, så alle har mulighet til å komme med forslag til endring. De har i tillegg i avdeling 2 hatt forbedringsarbeid med tanke på munnhelse. Det har ført til at de har mye mer fokus på tenner, og de har klart å opparbeide seg gode rutiner på det. De har også laget hjelpe-skjemaer og tannkort på hvert rom.

Fagutviklingssykepleieren fortalte videre at hun ikke har opplevd uforsvarlige brudd. De jobber med faglig drift hele tiden på sykehjemmet. Ledelsen jobber med å ha faglærte som gir medisiner på jobb, og de lykkes med det. De har få assistenter. Kun nivå 1 (sykepleiere) og nivå 2 (helsefagarbeidere) gir medisiner på sykehjemmet. De er heldige og har en god sykepleiedekning. Det er det dessverre ikke alle sykehjem som har. De har hatt noen helger som har vært på grensen til uforsvarlig, men som de har klart å løse.

Fagutviklingssykepleieren fortalte også at blant annet inkomstskjemaer og velkomstbrosjyrer har blitt endret etter forslag fra ansatte. Endringer av interne prosedyrer er uproblematisk, men skal det være prosedyrer som gjelder for hele omsorgssenteret, kan det ta lengre tid.

En virksomhetsleder fortalte at det iverksettes tiltak for eksempel på bakgrunn av klagesaker. Klagen tas inn i ledergruppa og brukes som læring i alle avdelinger. Klagen skal lukkes og det skal unngås gjentakelser av feil. Dette gjennomføres nå i små grupper, og gjennomføringen dokumenteres.

En annen virksomhetsleder fortalte at de har hatt et alvorlig avvik. Det har gått på medisinbehandling, hvor 2 pasienter hadde likt navn og medisinene ble forbyttet. Etter dette måtte de finne nye tiltak for å sikre at dette ikke skal skje igjen. Det er en hektisk hverdag og det kan være veldig stressende for arbeideren. I dag har de bilder av pasientene nede i medisinrommet.

En tredje virksomhetsleder fortalte at tiltak diskuteres både i avdelingene, i de små ledermøtene og i de store ledermøtene. De kan avdekke behov for nye prosedyrer eller behov for kunnskap hos ansatte. Et eksempel på at dette er at de på overordnet nivå har hatt en gjennomgang av alle legemiddelavvik i seksjon HOV med påfølgende opplæring av virksomhetsledere og avdelingssykepleiere, for å sikre at ledere har forstått ansvaret sitt, og kan ta skikkelig tak i dette. Det kan være avvik de ikke klarer å lukke

internt i virksomheten, men iverksetter tiltak så langt det lar seg gjøre. Dette kan for eksempel være avvik som er avhengig av andre etater for å få lukket dem, eller avvik vedrørende utagerende pasient.

4.3 Vurderinger

Arbeid med avvik kan handle om både planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende avvik av sykehjemmets aktiviteter. Revisjonen har valgt å redegjøre for en samlet vurdering av avviksområdet innen punktet om evaluering.

4.3.1 Planlegging

Fredrikstad kommune har flere overordnede dokumenter som omhandler planlegging. I blant annet *Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027* og i virksomhetsplaner blir virksomhetenes mål, oppgaver, aktiviteter og organisering godt beskrevet, og ansvar, oppgaver og myndighet framgår klart. I dokumentet *Økonomiplan 2023-2026 og årsbudsjett 2023* blir det for eksempel vist til informasjon og kunnskap om innsatsen som gjøres av pårørende til personer med demens, og planlagt for hvordan sykehjemmene skal ivareta og anerkjenne denne innsatsen. Dokumentene er også godt egnet til å sørge for en god planlegging som vil sikre at de ansatte blir gitt god opplæring, og at de fortløpende tilegner seg nødvendig kunnskap og kompetanse. I for eksempel *Etatsplan 2023* beskrives etatenes kvalitetsgrupper som utarbeider, reviderer og implementerer prosedyrer, noe som sikrer samhandling internt, samt gir de ansatte en god oversikt over og kunnskap om regelverk, retningslinjer og veiledere. Kvalitetsgruppene bidrar også til at virksomhetene har oversikt over de ansattes kompetanse og opplæringsbehov, og at virksomhetene er faglig forsvarlige og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. I samme dokument blir det også gitt en oversikt over risikoområder i virksomhetene. Risikoområdene har bakgrunn i en framtidig økning av antall eldre i kommunen, og en økning av antall personer med demens. Det blir planlagt hvordan denne risikoen kan håndteres ved å øke antall sykehjemsplasser, og ved å øke kompetansen på demens og hverdagsrehabilitering for de ansatte. Revisjonen vurderer at virksomhetenes dokumenter på området er tilstrekkelige for å sørge for tilfredsstillende planleggingen av virksomhetene.

Å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av krav eller behov for kvalitetsforbedring er svært viktig for å opprettholde pasient- og brukersikkerheten og videreutvikle tjenestene. Når det gjelder risikovurderinger, har revisjonen mottatt dokumentasjon på at vurderinger blir utført med tilfredsstillende hyppighet. Under intervjuene fortalte lederne at det var enkelt å gjennomføre risikovurderinger, fordi prosedyren for hvordan det skal gjøres er god. Noen fortalte at de hadde fått nye forenklede skjemaer for risikovurderinger, slik at de ble gjort i større grad enn tidligere. Lederne mente de hadde en omfattende dekning på risikoanalysene, og at systemet rundt analysene var godt. Noen fortalte også at hvis de fikk klager på et område, kunne det bli brukt som et grunnlag for å vurdere risikoen der. Ansatte blir også involvert i risikovurderingene gjennom HMS-møter, ansattrepresentanter, tillitsvalgte og verneombud. Revisjonen vurderer at kommunens arbeid med risikoanalyser er tilfredsstillende.

Informantene fortalte at systemene de bruker i arbeidshverdagen er gode og førende for arbeidet de skal gjøre. Et flertall av de vi intervjuet mente imidlertid at kvalitetssystemet hvor de finner viktige rutiner, kunne være tungvint å bruke, og at det tok tid å manøvrere seg i systemet. Det pågår imidlertid en prosess for å rydde opp i kvalitetssystemet. Revisjonen vil påpeke viktigheten av at denne prosessen blir gjennomført.

Informantene fortalte videre at sykehjemmene hadde kontroll på områdene for bemanning og rekruttering, men noen uttrykte en viss bekymring for disse områdene med tanke på framtiden utfordringer.

Som kommunen selv påpeker i gjennomgåtte dokumenter, vil fremtidens utfordringer knyttet til demografiutviklingen innebære et økende behov for flere sykehjemsplasser og for bemanning og rekruttering av helsepersonell. Revisjonen vurderer at kommunen har god oversikt over disse kommende utfordringene, og oppfordrer kommunen til å fortsette arbeidet med å holde oversikt og kontroll over det økende behovet for sykehjemsplasser og rekruttering av helsepersonell. Det vil styrke kommunens beredskap på området, og gjøre kommunens sykehjem så godt forberedt på utfordringene som mulig.

Revisjonen vurderer med bakgrunn i det ovennevnte at kommunen oppfyller kravet om å planlegge tjenestene som blir gitt i sykehjemmene i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Samtidig vil revisjonen påpeke viktigheten av at kommunen fortsetter arbeidet med å rydde opp i kvalitets-systemet, og med å beholde oversikt og kontroll over det kommende behovet for flere sykehjemsplasser og kvalifisert helsepersonell.

4.3.2 Gjennomføring

Fredrikstad kommune har flere overordnede dokumenter som omhandler gjennomføring av virksomhetenes aktiviteter. Dokumentene sørger for at oppgaver blir gjennomført i tråd med planer, og at prosedyrer for å avdekke og forebygge mulige brudd på tjenester som gis til pasientene blir utviklet. Revisjonen har også mottatt flere risikovurderinger som virksomhetene har gjennomført, som viser at ansatte medvirker i disse. Dokumentet *Demensplan 2019-2026* sørger slik revisjonen vurderer det for at de ansatte utfører tjenestene i tråd med pasienters og pårørendes ønsker gjennom modellen for personsentrert omsorg (VIPS).

Flertallet av informantene revisjonen snakket med fortalte at de ansatte ved sykehjemmene hadde nødvendig kunnskap og kompetanse. Informantene mente de ansatte hadde god kjennskap til både planer, regelverk og retningslinjer, og de ansatte hadde mye fokus på VIPS-modellen i arbeidet sitt, slik at pasienter og pårørende fikk gjøre bruk av erfaringene sine. Noen få informanter fortalte at det kunne være utfordringer i forbindelse med kunnskap og kompetanse hos de ansatte knyttet til demensproblematikk. Noen fortalte også at demens-pasienter kunne være en krevende pasientgruppe å arbeide med, og noen mente at nye teknologiske løsninger kunne hjelpe de ansatte i arbeidet med disse pasientene. Revisjonen vurderer imidlertid at kommunen har oversikt og kontroll dette området, noe som blant annet gjenspeiles i dokumentene *Etatsplan 2023: for etatene Hjemmesykepleie og omsorgssentre* og *Demensplan 2019-2026*. Samtidig vil revisjonen oppfordre kommunen til å fortsette arbeidet med å holde seg oppdatert på demensproblematikk og utfordringer som kan oppstå i forbindelse med demens-pasienter, siden denne pasientgruppen vil øke i omfang i framtiden. Revisjonen vurderer med bakgrunn i det ovennevnte at kommunen oppfyller kravet om å gjennomføre tjenestene som blir gitt i sykehjemmene i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

4.3.3 Evaluering

Fredrikstad kommune har flere dokumenter som omhandler evaluering av virksomhetenes aktiviteter. Dokumentene bidrar til at sykehjemmenes oppgaver blir gjennomført og evaluert. Ifølge *Etatsplan 2023* har sykehjemmene blant annet sjekklister og tavlemøter hvor igangsatte tiltak blir gjennomgått og evaluert. Det blir også opplyst i etatsplanen at det skal være fokus på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Revisjonens gjennomgang av pasientjournaler viste også at pasientenes funksjonsnivå og ønsker blir tilfredsstillende beskrevet.

Under intervjuene pekte noen virksomhetsledere på en utfordring ved avviksarbeidet knyttet til usikkerhet om ansatte har tilstrekkelig oversikt over hvordan de skal skrive avvik. Det finnes rutiner for å melde avvik, men kulturen for å melde avvik hos den enkelte må også være på plass, for at avviksbehandlingen

skal fungere godt, fortalte flere informanter. Informantene var samlet sett opptatt av å ha en avvikskultur hvor de som skriver avvik ikke skulle oppleve at de angir kollegaer for eventuelle feil som har blitt gjort.

Revisjonen vurderer derfor at rutinene og kulturen for å melde og behandle avvik i stor grad synes å være på plass. Samtidig vurderer vi at det er noe usikkerhet hos flere informanter knyttet til selve kompetansen for å melde avvik hos de ansatte. Selv om systemet for å melde og behandle avvik fremstår som tilstrekkelig, vurderer revisjonen dermed at det eksisterer en risiko for at avvik ikke blir meldt som følge av manglende kompetanse hos enkeltansatte. Revisjonen anbefaler derfor at kommunen bør sikre at ansatte ved sykehjemmene har tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik.

Flere informanter fortalte videre om bruk av interne sjekklister i forbindelse med evalueringer av pasientenes tiltaksplaner. En informant fortalte at denne sjekklisten er en kontroll på at alle punkter som skal være med i tiltaksplanen, er på plass. De tar stikkprøver av tiltaksmapper, og undersøker om de er oppdaterte. I en mal av denne sjekklisten som revisjonen har fått tilsendt, skal blant områder som ADL, ernæringsstatus, konkretisering av tiltak, tannhelse og avklaring på samtykkekompetanse bli evaluert gjennom disse stikkprøvene. De informantene som hadde kjennskap til en slik sjekkliste, opplevde den som nyttig og god. Slik revisjonen har forstått det, har ikke alle sykehjem i kommunen tatt i bruk en slik sjekkliste. Revisjonen anser dette som et godt tiltak.

Revisjonen vurderer imidlertid at sykehjemmene i hovedsak har tilfredsstillende kontrolltiltak på plass, og at kommunen oppfyller kravet om å evaluere tjenestene som blir gitt i sykehjemmene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

4.3.4 Korrigerings

Flere informanter opplyste om at medarbeiderundersøkelser ble drøftet i avdelingene og at ansatte og ledere valgte ut punkter for forbedring. Flere opplyste også om at det er fokus på oppfølging av langtidssykemeldte, med mål om å ha et sykefravær på lavere enn 8 prosent. I den forbindelse avholdes det møter med ansatte i Omsorgssentret syd som har hyppig korttidsfravær, for å forsøke å finne mulige løsninger på fraværet.

Flere informanter fortalte også at det blir utført jevnlig risikoanalyser for å rette opp eventuelle mulige brudd på krav eller kvalitet i arbeidet. Lederne er viktige i denne prosessen, og de stiller spørsmål og diskuterer analysene og kontrollene med de ansatte på en god måte. Informantene opplevde at ved avdekking av eventuelle brudd på krav eller kvalitet, ble det tatt tak i og rettet opp. Ved behov, gjorde sykehjemmene det i samarbeid med pårørende.

Flere fortalte videre at de hadde opplevd at avvik blir korrigert. For eksempel fortalte noen om et medisnavvik. Det avviket førte til at en korrigeringsprosedyrer etablerte en ny, intern sikringsrutine for å hindre at lignende avvik skulle oppstå igjen. Et annet eksempel handlet om et avvik i forbindelse med helgevakt for de ansatte. Det avviket førte til at en ny plan over vaktordningen ble utarbeidet. Ifølge virksomhetslederne ble eventuelle korrigeringsprosedyrer diskutert både internt i avdelingene, og i ledermøter. Begge disse møteformene kunne også føre til kjennskap om eventuelle behov for korrigeringsprosedyrer.

Basert på det ovennevnte vurderer revisjonen at sykehjemmene retter opp uforsvarlige og lovstridige forhold på en tilfredsstillende måte. Virksomhetene sørger også for at kvalitetsforbedring blir systematisk gjennomført, at korrigerende tiltak blir igangsatt, og at virksomhetene forbedrer nødvendige prosedyrer ved behov. Revisjonen vurderer dermed at kommunen oppfyller kravet om å korrigere virksomhetens tjenester som ytes i sykehjemmene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

4.4 Konklusjon og anbefaling

Det er revisjonens konklusjon at sykehjemmene i all hovedsak planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer tjenestene sine i tråd med § 6, § 7, § 8 og § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Kommunen har tilstrekkelig med rutiner ut fra risikoen i virksomhetene, og rutinene og omfanget av disse blir evaluert jevnlig.

Kontrollutvalget ba oss om å se på et nytt og et gammelt sykehjem i denne forvaltningsrevisjonen. Med henvisning til kriteriene som er behandlet under problemstilling 1, fant vi ingen vesentlige forskjeller mellom sykehjemmene.

Revisjonen vil påpeke viktigheten av at kommunen fortsetter arbeidet med å rydde opp i kvalitetssystemet, og med å beholde oversikt og kontroll over det kommende behovet for flere sykehjemsplasser og kvalifisert helsepersonell.

På området for gjennomføring vil revisjonen oppfordre kommunen om å fortsette arbeidet med å holde seg oppdatert på demensproblematikk og utfordringer som kan oppstå i forbindelse med demens-pasienter, siden denne pasientgruppen vil øke i framtiden.

På området for evaluering anser revisjonen sjekklisten som noen sykehjem hadde tatt i bruk for å være et godt tiltak. Revisjonen er også av den formening at det er et forbedringsområde på dette feltet, sett opp mot våre revisjonskriterier. Vi mener det er det noe usikkerhet om kompetansen hos ansatte for å melde avvik. Selv om systemet for å melde og behandle avvik fremstår som tilstrekkelig, vurderer revisjonen likevel at det er en risiko for at avvik ikke blir meldt på grunn av manglende kompetanse hos enkeltansatte. Revisjonen anbefaler derfor at kommunen bør sikre at ansatte ved sykehjemmene har tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik.

På området for korrigerende har revisjonen ingen påpekninger, oppfordringer eller anbefalinger.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- sikre at ansatte ved sykehjemmene har tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik.

5 KVALITET I TJENESTENE

Problemstilling 2: Får pasienter og brukere av kommunens sykehjem den kvaliteten i tjenestene de har krav på?

5.1 Revisjonskriterier

Ifølge *Helse- og omsorgstjenesteloven* § 1-1 er lovens formål blant annet å:

- a) forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- b) sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- c) sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- d) sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og
- e) sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Ifølge *Helse- og omsorgstjenesteloven* § 3-10 skal virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Ifølge *Kvalitetsforskriften* skal personer som mottar pleie- og omsorgstjenester få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Ifølge § 3 i forskriften om oppgaver og innhold i tjenestene, skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

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

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

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

- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning

Ifølge *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* § 3-2 skal brukere ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt for å kunne ivareta sine rettigheter. Ifølge § 3-3 skal brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om brukerens helsetilstand og helsehjelp som ytes, dersom brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det.

Ifølge *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* § 3-2 skal sykehjemmet ha tilknyttet en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen. Det skal også være tilknyttet en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvar for sykepleien. I tillegg skal det være tilknyttet det antall personell som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand. Ifølge § 4-1 til 4-6 skal sengerommene som hovedregel være enerom. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom. Beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold. Beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere. Beboerne skal fritt kunne motta besøk og de skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn. Ifølge § 4-7 kan en skjermet enhet for senil demente etableres for grupper fra 4-12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått.

Ifølge *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* § 2 og 3 skal de kommunale pleie- og omsorgstjenestene legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet blant annet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- Lindrende behandling og en verdig død.
- Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.

Ifølge *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* § 4 skal virksomhetsleder a) etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering, b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten. Og c) sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

Ifølge *Nasjonal faglig retningslinje Forebygging og behandling av underernæring* skal alle pasienter vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon, og deretter etter en gitt frekvens, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. For personer i risiko for underernæring skal individuell kartlegging gjennomføres, og det skal utarbeides en individuell ernæringsplan for å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring. Informasjon om dette skal dokumenteres i pasientjournalen.

Punktvis oppsummering av kriteriene

- Det skal foreligge rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.
- Det skal være tilknyttet lege til sykehjemmene.
- Det skal være utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal være gjort kjent i virksomheten.
- Det skal finnes skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse og opplæring ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.
- Alle beboere i sykehjem skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter etter en gitt frekvens, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- Personer med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.
- Beboerne skal få ivaretatt sine behov innen stell og egenomsorg.
- Beboerne bør som hovedregel tilbys enerom.
- Personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet.
- Beboerne skal få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

5.2 Datagrunnlag

5.2.1 Rutiner for medvirkning av pasienter og pårørende

I kvalitetssystemet finnes det flere dokumenter som omhandler brukermedvirkning. Revisjonen har undersøkt dokumentet «Brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet», som er et overordnet dokument om brukermedvirkning, med målgruppe alle ansatte i seksjon helse og velferd. Formålet med dokumentet er å sikre at bruker opplever trygghet, forutsigbarhet, respekt og medvirkning i forhold til tjenestetilbudet. Noen av punktene som blir nevnt i dokumentet er at ansatte skal følge opp at avtaler, målsettinger og tiltak utvikles i samarbeid med bruker, at ansatte påser at overlevering av nødvendig informasjon ivaretas tjenesteytere imellom, og at ansatte sørger for at brukeren og eventuelt pårørende/verge/ hjelpeverge medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. I det overordnede dokumentet *Etatsplan 2023: for etatene Hjemmesykepleie og omsorgssentre* blir det fortalt at slagordet «Hva er viktig for deg?» skal være sentralt for sykehjemmene. Omsorgsfilosofien «personsentrert omsorg» skal være førende for hvordan tjenester blir gitt til pasienter med demens.

På spørsmål om hvordan virksomheten jobber med å ta i bruk erfaringer fra pasienter, brukere eller pårørende, fortalte flere avdelingssykepleiere at sykehjemmet tar i bruk erfaringer fra pasienter og pårørende blant annet i inkomstsamtalen. For eksempel kan de spørre om å få se rommet på forhånd. Etter en stund har man pårørendesamtaler. Når pasienten har en kognitiv svikt, er det et bakgrunns-skjema de pårørende kan fylle ut, som ansatte benytter seg av. Her kommer det frem mye viktig informasjon, som er godt å vite i forhold til å skrive tiltaksplaner med individuell pleie og pasientens behov og ønsker, samt pasientens livshistorie. De ansatte tar notater ved pårørendemøter. Det er en egen mal for pårørendesamtaler, og informasjonen fra samtalene blir skrevet inn i pasientens journal. Ansatte ved sykehjemmet møter gjerne pårørende utenom de fastsatte samtalene. Hvert år har de også en felles samling med pårørende gjennom et stormøte.

Noen av avdelingssykepleierne ønsket å ha et skriv som pårørende kan benytte for å komme med tilbakemeldinger – et «ris og ros-skjema». Noen sykehjem holdt på å utforme et slikt skjema, samt en «postkasse» til pårørende. Avdelingssykepleierne mente det var viktig å samarbeide med pårørende, og at det bidrar til å øke kvaliteten på tjenestene til pasientene. Når det har vært pårørende som ikke har vært fornøyde, har virksomhetsleder deltatt i møter med dem. Angående brukerundersøkelser fortalte de fleste avdelingssykepleierne, samt fagutviklingssykepleierne og virksomhetslederne, at de hadde gjennomført flere brukerundersøkelser tidligere, men de siste årene hadde ikke slike undersøkelser blitt gjennomført på grunn av Covid-19 pandemien.

En avdelingssykepleier fortalte at de får mange henvendelser fra pasienter, og fra pårørende, på vegne av pasienter. Hun opplever at de møter disse henvendelsene innenfor de økonomiske rammene de har, selv om pårørende nok ønsker at sykehjemmet burde hatt en bedre bemanning. Hun viser til sykehjem hun tidligere jobbet ved, i 1999-2000, da det var fokus på demens nasjonalt, og at de da hadde mer midler og mer ressurser tilgjengelig, og at hun opplevde dette som fordelaktig. Hun oppgir at de prøver så godt de kan nå. De tar inn kandidater som får arbeidstrening via Nav, samt studenter i utdanning nesten hele året.

Flere virksomhetsledere og fagutviklingssykepleiere fortalte at sykehjemmet lytter til pårørendes erfaringer, og det blir godt dokumentert hva pasienten vil og ønsker av oppholdet. Det finnes også rutine for dette og hvordan ta i bruk informasjon fra pårørende, som ligger i kvalitetssystemet. Første pasient- og pårørendemøte tas senest en måned etter pasienten har flyttet inn i sykehjemmet. Da avklares blant annet ønske om informasjon, behandling, samarbeid, hva man kan forvente av tjenesten og praktiske ordninger. Ved akutt sykdom eller vesentlige endringer i helsetilstand vil nærmeste pårørende alltid

varsles dersom det ikke er avtalt noe annet med beboer / pårørende. Pasienter og pårørende er med og setter preg på tjenesten, innen rimelighetens grense. Det deles også ut noe som kalles bakgrunnsopplysningsskjema, som ligger på Gerica. en gang i året om de ønsker oppfølgingssamtale, men også ved behov eller om pårørende har spørsmål. Flere fagutviklingssykepleiere opplever ofte at pasienten ikke alltid har utbytte av å være med på en slik samtale, gjerne på grunn av kognitiv svikt og hørselsproblemer. De har erfart at å informere kort om det viktigste som fremkom i møte til pasienten etterpå fungerer bedre.

En fagutviklingssykepleier fortalte at de prøver å møte pårørende så godt de kan, men at det i bunn og grunn er pasientene de er der for. Heldigvis løser det meste seg med å lytte til pårørende og eventuelt forklare dersom de ikke klarer å løse det akkurat som de ønsker, samt komme med forslag til løsninger som er gjennomførbare. De har opplevd krevende møter med pårørende, men det har ikke vært behov for å skrive avvik knyttet til dette. De har heller løst situasjoner med å kalle inn til et pårørendemøte sammen ledelse, primærkontakter og lege, og funnet løsninger sammen.

5.2.2 Legetilknytning

En avdelingsykepleier fortalte at sykehjemmet har fast legedekning på torsdager. De er et somatisk langtidssykehjem, og har en fordelingsnøkkel ut i fra det. Hun legger til at legedekningen noen ganger har vært litt for knapp, men at dette har bedret seg de siste årene. Legen var tidligere kun tilknyttet avdeling 2, men har nå også hatt avdeling 1 over lengre tid. Det gjør at legen er på huset tre dager i uken, noe som betyr mye for dem i det daglige arbeidet. Totalt sett er behovet for legetilsyn dekket på sykehjemmet på nåværende tidspunkt. Det er også en lege ved legevakten som er mobil, og ment for å hjelpe dem utenom legedekningsdagene. Hvis det er behov for lege om natten, er det legevakten man kan kontakte. Det er et godt samarbeid med dem. Det er retningslinjer for hvem som skal kontaktes på de ulike tidspunktene.

En annen avdelingsykepleier fortalte at det foreligger en plan for legetjeneste i Fredrikstad kommune, men hun kjenner ikke til bemanningsdekning, utenom når det er lege på sykehjemmet hun jobber, og hvem hun skal kontakte når det ikke er lege der.

En tredje avdelingsykepleier fortalte at det per i dag ikke er en nøkkel for fordeling av leger på sykehjem, men det er en løpende dialog med kommunen slik at de hele tiden har legedekning. De har en fast lege. De har vært heldige med legedekningen, og det er en stor fordel for pasientene og de ansatte at de rekker å bli kjent med legen.

Fagutviklingssykepleierne fortalte at det foreligger en lokal bemanningsvurdering for legedekning i sykehjemmet. Dekningen regnes ut ifra en beregning av behovet. Det er også en fra legevakten som er mobil og dedikert til sykehjemmene. De har lært at det er lurt å ta alle målinger av pasienten og ha opplysninger klare før de ringer legevakt. Det er fin løsning å ha lege tilgjengelig døgnet rundt, selv om det noen ganger kan være vanskelig når ikke legen på legevakten kjenner deres beboere. Det er et stort behov for lege selv om sykehjemmene kun har langtidsplasser. Sykehjemmene har en behandlingsplan med kriterier for innleggelse, som er tilgjengelige i fysiske brukermapper, og på en tavle, i tillegg til Gerica. Dette gir trygghet i tilfelle internett er nede, eller de må ha raskt svar ved akutt sykdom.

De fleste virksomhetslederne fortalte det samme angående legedekningen, og at den var god. Legetjenesten er organisert under Medisinske tjenester, og samarbeidet fungerer godt. Det er beskrevet hvor mye legedekning det skal være ut ifra plan for legetjenesten og Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem. En virksomhetsleder fortalte at det hadde vært bedre om legene var oftere på sykehjemmet, men de fikk mye hjelp av legevakten. Stabilitet i legetjenesten er viktig, og det blir mye rullering.

5.2.3 Legemiddelhåndtering

Det finnes mange dokumenter og rutiner for legemiddelhåndtering i kommunens kvalitetssystem. Revisjonen har gjennomgått to av dem. Disse er «Dokumentasjon legemiddelhåndtering» og «Ansvarsfordeling legemiddelhåndtering». Formålet med førstnevnte er å sikre at legemiddelhåndtering blir forsvarlig dokumentert. Målgruppen er ansatte som har oppgaver innen legemiddelhåndtering. I dokumentet blir det definert 4 forskjellige nivåer for hvem som skal håndtere legemidler, og det blir vist til om prosedyrer for legemiddelhåndtering for de forskjellige nivåene.⁶ Formålet med sistnevnte dokument er å sikre at det foreligger en oversikt over ansvarsforholdene vedrørende legemiddelhåndtering. Det blir blant annet pekt på at i sykehjem er det sykehjemslegen som har det medisinskfaglige ansvaret for behandling av pasientene, virksomhetsleder har det administrative og sykepleiefaglige ansvar for at lover, forskrifter og vedtatte prosedyrer blir fulgt, og at det enkelte helsepersonell har ansvar for sin egen yrkesutførelse og at gjeldene lover, forskrifter, prosedyrer og allment aksepterte faglige normer blir fulgt.

Virksomhetslederne og avdelingssykepleierne fortalte at rutiner for legemiddelhåndtering ligger i kvalitetssystemet. I sykehjem er det strengere legemiddelhåndteringskriterier enn for eksempel i hjemmesykepleien. Ingen i nivå 3 eller 4 kan dele ut medisiner i sykehjem. Det er sykepleiere/vernepleiere og helsefagarbeidere som kan gjøre dette. De må ha gjennomgått og bestått medisinkurs, for deretter å gjennomgå praktisk opplæring i avdelingene. Det innebærer god opplæring knyttet til medisintrallene, medisinerom og deres ansvar og oppgaver knyttet til å være medisin-utdeler. De ansatte må ta medisin-kurs hvert tredje år, et e-kurs og en praktisk gjennomgang.

Flere avdelingssykepleiere fortalte at de ikke setter alle nyutdannede helsefagarbeidere til å ta medisin-kurs med en gang de blir ansatt. Det blir gjort en helhetsvurdering av om de er modne og klare for det. Noen trenger tid og mer erfaring til å bli trygge i sin rolle som helsefagarbeider, og det er ulike erfaringsgrunnlag som ligger til grunn for denne vurderingen. Dette er noe avdelingssykepleiere vurderer i hvert enkelt tilfelle. Det er ikke nødvendig med prosedyrer knyttet til denne vurderingen, fordi det er noe som «sitter i dem» som ledere. Det er personlige vurderinger som må tas, og den fleksibiliteten må de eie selv. De går ikke hjem uten å vite hvem som er på de ulike medisintrallene, og hvilken kompetanse som er på vakt, slik at dette området er dekket inn på en god måte.

Fagutviklingssykepleierne fortalte at det finnes svært mange prosedyrer i kvalitetssystemet for legemiddelhåndtering. De opplever at alle ansatte vet hva de kan og ikke kan utføre angående legemidler. De er for eksempel strenge med tanke på dobbeltkontroller av opptrekk, for eksempel av insulin. Alle disse prosedyrene er felles for sykehjemmene.

En fagutviklingssykepleier fortalte at det er en medisinmodul med ordinasjonskort i Geric, som dessverre er veldig ulikt ordinasjonskort fra apoteket. Når kortet skrives ut, er det veldig uoversiktlig. Det må skrives ut på nye pasienter som kommer til avdelingen før de får nytt ordinasjonskort fra apoteket. De har opplevd at det har forekommet avvik fordi ansatte har lest feil på disse kortene. Det har blitt tatt opp på ledernivå, og det jobbes med løsninger på det. Fagutviklingssykepleier har et ønske om å få alt digitalt, og unngå å ha noe på papir og noe digitalt.

En sykepleier fortalte at alt de trenger av rutiner finnes i kvalitetssystemet. Det er sjekklister og god opplæring på det. Hun er på nivå 1 siden hun er sykepleier. Helsefagarbeidere har nivå 2. Noen ganger er de én sykepleier på avdeling, noen ganger fire. Det er best at de er i hvert fall to ved medisinutdeling.

⁶ Helsepersonell nivå 1 = sykepleiere og vernepleiere i seksjon helse og velferd. Helsepersonell nivå 2 = hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i seksjon helse og velferd som har gjennomført kurs i Fredrikstad kommune. Nivå 3 = personell som ikke har helsefaglig utdanning som arbeider i en BPA ordning eller annen tilsvarende ordning. Nivå 4 = personell som ikke har en helsefaglig utdanning som har et ansettelsesforhold i Fredrikstad kommune over 6 mnd. Gjelder ansatte i hjemmesykepleien og tjenester til funksjonshemmede.

5.2.4 Ernæring

Det finnes mange dokumenter og rutiner angående ernæring i kommunens kvalitetssystem. Revisjonen har her undersøkt dokumentene «Forebygging og behandling av underernæring - etat Omsorgssentre», «Underernæring i sykehjem og korttidssenter» og «Brukerstatus innen ernæring sykehjem og korttidssenter». I det førstnevnte dokument blir det vist til at alle pasienter skal få gjennomført en risikovurdering for underernæring med MST (Malnutrition Screening Tool)⁷ og måling av vekt og høyde ved innkomst. For pasienter som ikke er i risiko for underernæring, gjentas risikovurdering med MST månedlig. Ved risiko for underernæring kartlegges årsak til risiko, og det lages en individuell ernæringsplan med mål og målrettede tiltak. Tiltak som settes i gang evalueres jevnlig for å forebygge og eventuelt behandle underernæring. Relevant ernæringsinformasjon viderefremmes i overflyttingsdokumenter til neste omsorgsnivå dersom pasient flyttes. Prosedyren gjelder alle pasienter, med unntak av 1) personer i terminal fase, 2) i tilfelle der ernæringstiltak vurderes som uetisk og 3) dersom man etter en tverrfaglig vurdering i samarbeid med pasient og pårørende, kommer frem til at det ikke er behov/ikke ønskelig med risikovurdering. De to andre dokumentene omhandler blant annet diagnose, måltidsrytme, tannstatus, matvarer som må unngås, at pasienter og eventuelt pårørende blir informert ved underernæring, og registrering i Gerica.

Avdelingssykepleierne fortalte at det er rutine for å vurdere ernæringsmessig risiko ved sykehjemmene. Det blir gjennomført en ernæringsmessig risikovurdering hos alle beboere som innskrives. Det kom nylig en ny nasjonal retningslinje som sier de skal gjennomgå ernæringsstatus av pasientene hver måned.⁸ Alle pasienter blir kartlagt. Det er pasientsikkerhetstavler på vaktrommet. De som har en lav BMI er markert med røde og grønne magneter som symbol. De røde viser at det er ernæringsmessige forhold som de må passe på, og de grønne viser at det er tiltak på dette i Gerica på beboers tiltaksplan. Dette fungerer godt, og gir en veldig god oversikt. Enkelte pasienter blir veid hver uke for å se om vekten er stabil over en tid, for deretter å avklares med legen om videre oppfølging. Dette er en kontinuerlig vurdering av hver enkelt beboer i avdelingene. Ernæringskartlegging er en egen del av den elektroniske pasientjournalen.

Noen fagutviklingssykepleiere fortalte at de har en ernæringsfysiolog tilgjengelig, som vurderes for alle pasienter. Hvis pasienter er i risikosone for underernæring, veies de en gang i uken, med tett oppfølging. Gerica og journalsystemet er bra, og det kommer opp kurver som viser tilstand over tid. Det utarbeides individuell ernæringsplan for personer med ernæringsmessige mangler, hvor det dokumenteres ernæringsstatus, -behov, -inntak og tiltak, og legen er med i bildet. De har en skriftlig rutine som skal sikre at alle pasienter veies når de får fast plass. Så veies de etter hver måned. Da ser de om vekten holder seg stabil eller ikke. Ut fra vektmåling tas det vurderinger av om det kan være feil vekt; om det er store forskjeller fra vekten målt sist måned. Da tas det først en kontrollvekt. Er det fremdeles store forskjeller, setter de i gang med tiltak som å veie pasienten hver uke i en liten periode, samtidig som de kartlegger hvor mye pasienten spiser gjennom hele døgnet. Dersom pasienten er i risikosonen, er legen med og setter diagnose, og det tas vurderinger om de skal prøve å berike maten med olje, ekstra smør, ekstra majones også videre. Hjelper ikke dette, gjennomføres det en samtale med pasienten om han/hun vil ha hjelp eller ikke. Kan ikke pasienten svare, kan de koble inn pårørende. Om det blir vurdert å sette i gang mer tiltak, kan det settes i gang ernæringsstilsudd i form av ernæringsdrikker fra apoteket. Alt dette dokumenteres under ernæring i tiltaksplanen på Gerica. Alle pasienter har et tiltak som heter ernæringskartlegging med tekstbank som enten er for overvekt eller for underernæring. Denne oppdateres hver måned av sykepleier, samt føres på IPLOS/tavle

⁷ Fra og med mars 2022 ble det anbefalt å bruke Malnutrition Screening Tool (MST) som et felles verktøy for vurdering av risiko for underernæring i helse- og omsorgstjenesten. For mer informasjon, se: [Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon - Helsedirektoratet](#).

⁸ Denne retningslinjen finnes på: [Vurdering av risiko for underernæring - Helsedirektoratet](#). Denne retningslinjen ble sist faglig oppdatert 14. mars 2022.

En fagutviklingspsykepleier fortalte at hennes opplevelse er at ansatte trenger tid til å sette seg ned med for eksempel tiltaksplaner og ernæringskartlegginger. Dette kan være utfordrende i en hektisk hverdag med høyt tempo og mye annet som skjer. Noen sliter også med manglende IT-kompetanse, og trenger derfor gjerne mer tid. På bakgrunn av dette ser fagutviklingspsykepleier at ansatte ofte ikke setter seg ned. De har fokus på opplæring for ansatte som trenger det. Å gjennomføre ernæringskartlegging hver måned kan de bli bedre på. Ansatte er vant med å gjøre dette hver 3. måned og det er fortsatt nytt for ansatte at dette skal gjøres oftere. De skal jobbe mer med dette etter sommeren. Dette kunne vært gjenstand for en risikovurdering, om man ser at rutinen ikke blir fulgt opp over lang tid, men hun vet at det ikke er en stor jobb å få innarbeidet dette som rutine hos ansatte i hennes avdeling. Hva som skal risikovurderes er avdelingssykepleiers ansvar, men hun sier at hun mer enn gjerne kan drøfte dette med andre om hun ser at denne rutinen ikke blir fulgt opp over tid. Det er også rom for, ved behov, å ta opp temaet på fagmøter eller med fagkoordinator for å få tips til hvordan de får det til på andre sykehjem.

En virksomhetsleder fortalte at det vurderes ernæringsmessig risiko hos alle beboere som innskrives ved sykehjemmet, og det finnes skriftlige rutiner og prosedyrer for dette. Risiko vurderes og det settes inn tiltak i tiltaksplan. Det er et godt samarbeid med kjøkkentjenesten for å sikre god ernæring. Legen er inne når det gjelder ernærings tiltak i samarbeid med sykepleiere og vernepleiere. Det er også rutiner for å vurdere ernæring løpende. Ernæring er også et punkt som er oppført på risikotavlene i alle avdelinger.

En annen virksomhetsleder fortalte at det er en overgang å implementere den nye månedlige rutinen på vurdering av ernæringsmessig risiko, men at det har gått fint. Innimellom kan vurderingene ligge i grenseland. Da har de en fargekode som de setter utenfor bruker-ID-en, så har man ekstra fokus på det.

En tredje virksomhetsleder fortalte at de på dette området blant annet har prosedyrene «Ernæring» og «Risiko for underernæring». De har også ernæringskartleggingsskjema som finnes som flettemal i Geric MST (Mal nutrition screening tool). Klinisk ernæringsfysiolog arbeider med prosedyrer for dette, og har informert om dette på ledermøte, samt deltatt på samarbeidsmøter med kjøkken der kostombud er til stede. En individuell ernæringsplan for personer med ernæringsmessige mangler utarbeides i tiltaksplanen.

En sykepleier fortalte at de hver måned måler/veier alle pasienter. Sykepleierne og fagutviklingspsykepleier tar disse kontrollene. Hvis noe er galt, må ernæringsfysiolog kontaktes. De hjelper med oversikten over hva pasienten skal spise. Alle pasienter har sin egen plan.

5.2.5 Personlige behov

Informantene fortalte at det foreligger mange prosedyrer som sikrer at pasientenes personlige behov ivaretas. De nevnte inntaksskjema, bakgrunnskjema, pårørendesamtaler, tiltaksplan, tavlemøter og risikotavler som viktige elementer her. Målet er at pasientene skal klare det de kan selv, få bestemme over hva som er viktig for dem, føle seg respektert og føle trygghet. Ved å ha disse prosedyrene, dekker de også de fysiologiske behovene, sosiale behov, døgnrytme, personlig hygiene, nødvendig medisinsk undersøkelse og tannbehandling. Tiltaksplanene skal oppdateres fortløpende og de skal ikke være eldre enn 3 måneder. De ansatte er pliktig til å dokumentere i tiltaksplanen.

Informantene var samlet sett svært enige i at pasientenes personlige behov ble godt ivaretatt, og at de hadde gode rutiner for dette arbeidet. De fortalte også at pasientene tilbys enerom, og at personer med

alvorlig demens får tilbud om skjermet enhet.⁹ I forbindelse med verifisering av faktaopplysninger i denne rapporten har revisjonen fått opplyst at kommunen har egne plasser for pasienter med en demenssykdom med behov for skjerming i et tilrettelagt miljø. Tildelingskontoret i kommunen tildeler plassene. En del av informantene fortalte imidlertid om mulige utfordringer som kunne gå utover pasientenes personlige behov. I resten av dette kapitlet blir det redegjort for disse utfordringene.

En utfordring gikk på de ansattes muligheter for å oppdatere pasientenes tiltaksplaner. En fagsykepleier fortalte at på sykehjemmet blir det jobbet med å informere ansatte på morgenmøter at de har mulighet til å sette seg for å oppdatere tiltaksplanen. Det gjøres på dager det er nok bemanning. De jobber også med at ansatte selv skal si ifra når de trenger å sette av tid for å oppdatere tiltaksplanen, uten at de skal dårlig samvittighet for det. I tillegg forteller hun at fagutviklingssykepleiere har et ansvar for å legge til rette for at de får satt av tid, men det hjelper masse når ansatte selv viser interesse.

En annen utfordring gikk på et økende behov for skjermet enhet i kommunen. Flere avdelingssykepleiere fortalte at de ser at kommunen har for få skjermede enheter, og at demente pasienter med en urolig, vandrende, og utagerende adferd får tildelt langtidsplass ved sykehjemmet. Det å ha flere skjermede enheter, vil medføre færre flyttinger for de demente pasientene, og de vil få bedre tilrettelagt og riktig tjenestetilbud med en gang. En fagutviklingssykepleier fortalte også om mangel på plasser i skjermet enhet, og at det blir flere og flere i befolkningen med demens, som igjen fører til at ventelistene blir lengre. En virksomhetsleder fortalte at pasienter som har behov og kan nyttiggjøre seg av en plass i tilrettelagt enhet, i stor grad får det. Mange som har en alvorlig demens har kommet så langt i sykdomsutviklingen at de har det bedre på en somatisk avdeling. De søkes overflyttet til en somatisk avdeling via Tildelingskontoret.

En tredje utfordring handlet også om økende demens i befolkningen. En fagutviklingssykepleier fortalte at med økende demens i befolkningen vil man automatisk få noen utfordringer da noen av disse pasientene trenger mer tilsyn enn de har bemanning til. Ofte finner ikke disse pasientene tilbake til rommene sine, og da går de gjerne inn til naborommet. Blir for eksempel denne naboen skremt, innebærer dette et brudd på pasientens rett til skjermet privatliv.

En fjerde utfordring handlet om kunnskap om demens. En avdelingssykepleier fortalte at de ansatte trenger mer kompetanse på demens. Hun opplevde at det ikke er stort fokus på dette nasjonalt i dag. Det gjelder kunnskapen om hvordan man skal kommunisere med demente. Man lærer seg dette etter hvert av erfaring, men hun mente det kunne vært mer kursing på det, gjerne internt i kommunen. Hun ønsket at det fantes midler til slik kursing.

En femte utfordring handlet om tvang. En avdelingssykepleier fortalte at pasienter aldri skal gis hjelp mot sin vilje. Pasientsikkerhetsloven paragraf 4A omfatter dette. Den er et viktig styrende dokument. I noen tilfeller kan tvang gis knyttet til helt konkrete situasjoner. Forut for dette må samtykkekompetanse hos pasienten være vurdert og konkludert av lege til ikke å være tilstede. Et tvangsvedtak må fattes. Et eksempel på et slikt vedtak, kan være at pasienten motsetter seg hjelp til personlig hygiene og samtidig ikke har kontroll på urin og avføring. Lovverket er strengt, og kommuniseres strengt i personalgruppen.

En virksomhetsleder fortalte at de har mange dyktige ansatte som har jobbet innen demens som fagområdet i mange år. VIPS er en metode å jobbe med dette på. På forbedringsvisittene er det meldt inn behov for oppdatering på VIPS som metode og refleksjoner rundt tema tvang. Ansatte opplever mange

⁹ Ifølge statistikk på helsedirektoratets nettsider var andelen enerom (i institusjon) med eget bad/WC på landsbasis i 2022 på 92,1 prosent. I Fredrikstad var den på 90,3 prosent. For mer informasjon, se: [Brukertilpasset enerom i institusjon - Helsedirektoratet](#).

situasjoner som «gråsoner». Spørsmålet er hvor mye og hvilken motstand som skal til før de skal definere det som bruk av tvang. Dette må det arbeides med hele tiden, spesielt i avdelingene som er tilrettelagt for personer med demens.

En sjette utfordring handlet om manglende tekniske løsninger. En avdelingssykepleier fortalte at hun ønsket å få bedre datateknologiske arbeidsmetoder i nær fremtid. Avdelingssykepleieren ønsket seg et nettbrett slik at ansatte kunne få opp pasientopplysninger rett ved pasientenes seng. På nettbrettet ville også ansatte kunne dokumentere fortløpende underveis på vakt, slik at de slapp å logge seg inn på pc-en på vaktrommet i ettertid, for så å skrive inn det man har notert seg på en lapp. Å først måtte gjøre notater på en lapp, for så å logge seg inn på pc og skrive inn notatene der, var en stor tidstyv. Et nettbrett, eller noe lignende, ville også gi bedre pasientsikkerhet. Noen informanter fortalte om andre tekniske løsninger de ønsket seg. Det handlet blant annet om teknologi innen tannhelsetjeneste, og muligheten for å sette GPS på f. eks. demente pasienter, slik at de ville fått større muligheter til å komme seg ut.

En syvende utfordring handlet om aktiviteter for pasientene. En avdelingssykepleier ønsket seg flere personalressurser på dette området, for å få bedre aktiviteter. Det var litt ulik bemanning på de ulike avdelingene. Langtidsavdeling, skjermet avdeling og somatisk avdeling hadde mer begrensede ressurser med ansatte. En fagutviklingssykepleier fortalte at det er et forbedringspotensial med tanke på tilbud om variert og tilpasset aktivitet til pasientene. De ser at det ikke alltid er lett å få det til så mye som de ønsker, men at de hele tiden prøver å ha aktiviteter i fokus. Sykehjemmet hun jobbet på hadde mange elever, lærlinger og studenter som har bedre tid enn hva de ordinært ansatte har. Studentene er ofte også flinke med aktiviteter.

Samtidig fortalte de aller fleste informantene om mange aktiviteter til pasientene. Et sykehjem hadde laget en egen aktivitetskrok, og på hver vakt markeres en ansatt som har ansvar for å sette i gang en aktivitet. Mange fortalte at samvær, måltider i fellesskap, TV-titting, og å sitte ute på verandaen også er aktiviteter som tilbys.

Flere virksomhetsledere fortalte angående aktiviteter at noen pårørende kan mene at det er for lite av dem, men det var ikke lederne enige i. Aktivitetene som gis pasientene er varierte og tilpassede etter deres mening. Det er også viktig å innse at det i sykehjemmet er mange som er syke og som trenger skjerming. For personer med demens kan en aktivitet være dagligdagse ting som å se på gamle bilder eller gjøre praktiske oppgaver. Et morgenstell kan også inneholde en god samtale, bruk av musikk eller fysisk aktivitet. En virksomhetsleder presiserer imidlertid at ikke alle brukere orker å delta på mange aktiviteter, og det kan være en «mismatch» mellom pårørendes forventninger og pasientenes behov. Aktiviteter som pasientene tidligere hadde glede av, kan føre til frustrasjon på et senere tidspunkt, som for eksempel strikking eller kryssord. Virksomhetslederne opplevde at sykehjemmet leverer aktiviteter som er tilpasset pasientenes behov og bruker pårørende og frivillige så mye de kan. Sykehjemmet er gode på å ta imot hjelp i denne sammenhengen, gjennom f.eks. samarbeid med frivilligheten. Aktivitetene organiseres av Aktiv omsorg som er etatens kultur- og aktivitetsansvarlige, de har ansvar for aktivitetstavlene i sykehjemmet og følger opp ressurspersoner som er aktivitetsansvarlige i avdelingene. I tillegg har de en aktiv og stor venneforening.

En virksomhetsleder fortalte at de har laget en intern sjekklister av journalen som de har utarbeidet selv. De har hatt prøvetid på denne, og fått positive tilbakemeldinger. Virksomhetsleder sendte en mal for denne sjekklisten til revisjonen. Sjekklisten har blant et punkt om ADL (Aktiviteter i dagliglivet, fra engelsk: activities of daily living) og om tiltak er godt beskrevet, samt andre punkter som ernæringsmessig status, behandlingsavklaring og tannhelse.

5.2.6 Verdig livsavslutning

Samtlige informanter fortalte om rutinen *Livets siste dager*. Det er flere målepunkter som brukes for å vurdere hvor pasienten er i den terminale fasen. Det er legen og sykepleier som vurderer hva som skal gjøres. Pasienten skal være smertefri. I de aller fleste tilfellene er pårørende med i bildet. Rutinen brukes i hele Norge og er utviklet ved universitetssykehuset i Bergen. Ivaretagelse av pårørende er også en del av rutinen. En informant fortalte at det har forekommet uventet dødsfall der pasienten blir funnet på rommet død, men ser de at det går den veien tar de kontakt med legen og starter med rutinen. Den siste fasen i livet er noe sykehjemmene kan godt. Noen fortalte at de får skryt av pårørende på dette. De pårørende kan få seng inn på rommet, og de kan være til stede så mye de ønsker eller klarer. Hvis det ikke er noen pårørende, er det en fastvakt som dedikeres til den enkelte pasient. Det blir kontinuerlig vurdert når det skal settes inn fastvakt. Denne vurderingen gjøres av sykepleier på den aktuelle vakten. Flere pekte på at det hadde vært ønskelig med mer ressurser i sin helhet, og at fastvaktene er en økonomisk kostnad.

Noen av informantene svarte at det ikke fantes en rutine, eller et punkt i rutinen, som handlet om ekstra personell når terminalfasen begynner. En avdelingssykepleier svarte ja på spørsmålet om det burde vært et skriftlig punkt i prosedyren om ekstra personell, slik at ingen pasienter var alene i denne fasen. Men de fleste fortalte at de klarte å sørge for at det var ekstra personell tilstede. De ansatte vet at de kan ta vurderingen om ekstra personell, om de ser at pasienter blir liggende alene uten pårørende. Noen fortalte at rutinene på dette var gode, og like for hele kommunen. Hvis pasienter døde alene, var det gjerne fordi det skjedde akutt.

En virksomhetsleder fortalte at vurderinger på om en pasient har kommet i den terminale fasen gjøres av ledere og helsepersonell til enhver tid. Det kan forekomme uventede dødsfall, og det tilstrebes at pasienten ikke skal være alene, og de organiserer seg på en måte som ivaretar dette. Kommunen har en uskreven regel om at ingen skal dø alene i deres sykehjem. Det er et grunnleggende etisk prinsipp.

En annen virksomhetsleder fortalte at det av og til kan forekomme uventede dødsfall, men i hovedsak sikrer de slike situasjoner med rett fagkompetanse. Det er beskrevet i deres stillings- og funksjonsbeskrivelser at tjenesten skal gis på en forsvarlig måte.

En tredje virksomhetsleder fortalte at det er budsjettert en sum penger til innleie av fastvakt, altså en som sitter hos pasienten da livet går mot slutten. Det er ikke skriftliggjort i rutine/reglement, men virksomhetsleder oppfatter det som en del av god faglig terminalpleie at ingen skal dø alene, så lenge det er mulig å planlegge det. Hvis de blir enda mer utfordret på økonomi, bør det være skriftlig at pasienter ikke skal være alene i livets slutfase.

En sykepleier fortalte at det alltid er en person med pasienten mot slutten av livet, men at det var en uskreven regel.

5.2.7 Pasientjournalgjennomgang

Revisjonen har valgt å fremstille data av pasientjournalgjennomgangen samlet i denne delen av rapporten, selv om funnene gjort her har relevans for flere av kriteriene som tidligere er omtalt. En pasientjournal eller tiltaksplan for en pasient innebærer blant annet en kartlegging og beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, behov for hjelp og ønsker innen personlige behov. Hensikten er at pasienten/brukeren får den hjelpen vedkommende har krav på, og at alle behov blir dekket.

Revisjonen har gjennomgått 12 tiltaksplaner for pasienter ved de tre sykehjemmene. Det ble tilfeldig plukket ut fire tiltaksplaner fra hvert sykehjem. Revisjonen hadde bistand fra en fagrådgiver ansatt i

Fredrikstad kommune ved gjennomgangen av tiltaksplanene. Samlet sett ble alle planene vurdert for å være funksjonelle, oppdaterte og med fyldige beskrivelser. Funksjonsnivå for pasientene var oppdatert og godt utfylt. Tiltaksplanen matchet vurderingen av funksjonsnivå, med ofte fyldige beskrivelser på daglig stell og behov. Samarbeid og samtaler med pårørende var også beskrevet. Medvirkning fra pasienten var i hovedsak utfylt med beskrivelser av hva som var viktig for pasientene, og hva slags individuelle ønsker og behov de hadde.

Det eneste punktet i tiltaksplanene det ble oppdaget noe mangler ved, var månedlig veiing. Det var beskrivelser av tiltak ved for eksempel vektreduksjon, som for eksempel berikelse av kosten. I en av planene var imidlertid dokumentasjon på veiing nesten tre måneder gammel, og i en annen plan var dokumentasjon på veiing nesten to måneder gammel. Pasientjournalgjennomgangen ble foretatt i september. I resten av journalene var veiingen dokumentert månedlig. Fagrådgiver måtte inn i et annet system for å dobbeltsjekke at veiingen ikke hadde blitt gjort i de to tilfellene nevnt over. Heller ikke i det andre systemet var veiing dokumentert.

5.3 Frivillighet

En virksomhetsleder fortalte at gjennom Aktiv omsorg har alle sykehjem i Fredrikstad et systematisk samarbeid med frivilligheten. Dette er ansatte i kommunen som organiserer samarbeidet med frivillighet og oppretter aktivitetstavler. Venneforeningen til sykehjemmet bidrar også. Det kan være pårørende som hjelper til med å arrangere f.eks. dansekvelder. Sykehjemmet er gode på å ta imot hjelp i denne sammenhengen, men de fleste virksomhetslederne ønsket seg flere frivillige.

I dokumentet «Samarbeid med frivilligheten» som revisjonen har mottatt, blir det beskrevet at alle sykehjemmene har fast samarbeid med frivillighetssentralen når det gjelder Rickshaw-syklister og besøksvenner. For Solliheimen sykehjem er disse de eneste faste aktivitetene det blir samarbeidet med frivillige om. Smedbakken sykehjem har trivselstralle i tillegg,¹⁰ mens Østsiden også har aktivitetsvenn, samt et samarbeid med venneforeningen og aktivitetene hyggekvelder og demenskor. I dokumentet blir det også fortalt om sporadiske samarbeid med Lions, Demensforeningen, Bygdekvinnelaget, Seniordans, diverse korps, besøk fra barnehager, Babysang og Hverdagsglede-prosjekt med Glemmen videregående (helse og oppvekst).

I dokumentet blir oppfølgingen av de frivillige beskrevet. Det er to frivilligkoordinatorer i Aktiv Omsorg som ivaretar dette ansvaret. De frivillige fordeles etter hvilket sykehjem de tilhører. De frivillige får en introduksjonssamtale når de begynner tjenesten og får utlevert informasjonsbrosjyrer. Frivilligkoordinatorene sjekker med jevne mellomrom hvordan det går med dem, og er tilgjengelig for en prat om det skulle være noe. Til jul får alle frivillige en liten gave fra sykehjemmene, og på sommeren inviteres det til et selskap med kake og underholdning. Det har også innimellom blitt arrangert inspirasjonskvelder for de frivillige i samarbeid med Frivilligsentralen.

De fleste informantene fortalte om et godt samarbeid med frivillige, og at frivillige hjalp dem mye med forskjellige aktiviteter for pasientene. Informantene var glade for frivilligheten, og mente den betydde mye for pasientenes hverdag. For eksempel kommer det en frivillig fra frivillighetssentralen til sykehjemmene som sykler med pasientene. Avdelingssykepleieren er hans kontaktperson på sykehjemmet, og de arbeidet på revisjonstidspunktet med å planlegge sykkelturer under Tall Ships Races. Dette gjøres i tillegg til de faste dagene med sykkeltilbud på sykehjemmene. Andre aktiviteter som ble nevnt var

¹⁰ En trivselstralle handler om at frivillige fra frivillighetssentralen går rundt med trivselstralle sykehjemmet. Trallen inneholder som regel noe godt å spise og drikke. De frivillige har gjerne sine faste "vakter", enten hver uke eller annenhver uke. For mer informasjon om trivselstralle, se: [Fredrikstad Sentrum frivilligsentral - Trivselstralle](#).

- en besøkshund gjennom Røde Kors (dette er en sertifisert én til én-hund som besøker en av pasientene)
- besøksvenner gjennom Frivillighetssentralen
- barnehager kommer besøker og synger for pasientene
- elever fra skolen besøker i forbindelse med valgfag de tar
- noen kor kommer på besøk og synger på ulike tider på året
- regelmessige arrangement i storstua, som f. eks. *Den kulturelle spaserstokken*, (dette arrangeres gjennom fylkeskommunen)
- diverse underholdning, grillfest, teater, vaffelsteking og lignende arrangert av venneforeningen
- pårørende som bidrar med diverse aktiviteter.

Ved Solliheimen sykehjem mente de to informantene vi snakket med at samarbeidet med frivillige kunne vært noe bedre. Avdelingssykepleieren på sykehjemmet ønsket at en ekstern aktivtør kom til sykehjemmene, slik at de kunne hatt ulike aktiviteter på faste dager. Det var begrenset kapasitet for aktiviteter gjennom den ordinære driften av sykehjemmet, men de gjorde så godt de kunne for å bidra med aktiviteter selv. Fagutviklingssykepleier ved sykehjemmet fortalte at hun ønsket at det hadde vært flere frivillige innom sykehjemmet. Tidligere var det en pårørendegruppe ved Solliheimen sykehjem. Det var snakket om å prøve å få til en slik gruppe igjen, men av erfaring er det ikke alltid interesse for dette, da pårørende/pensjonister har nok å gjøre fra før. Sykehjemmet kunne kanskje synliggjøre muligheten pårørende har til å gjøre dette mer.

Kontrollutvalget ba oss om å se på et nytt og et gammelt sykehjem i denne forvaltningsrevisjonen. Det synes altså å være en forskjell i sykehjemmenes samarbeid med frivillige. Denne forskjellen synes å vise seg både i dokumenter og i informantenes opplevelser. I dokumentet «Samarbeid med frivillighet» har Solliheimen to faste aktiviteter i samarbeid med frivillige. Smedbakken har en mer i form av trivselstralle, og Østsidan har enda en i form av aktivitetsvenn. Samtidig var det informantene fra Solliheimen sykehjem som i særlig grad ytret et ønske om et noe bedre samarbeid med frivillige.

5.4 Vurderinger

5.4.1 Rutiner for medvirkning av pasienter og pårørende

I sykehjemmenes kvalitetssystem er det mange dokumenter som omhandler brukermedvirkning. I for eksempel *Etatsplan 2023: for etatene Hjemmesykepleie og omsorgssentre* blir det opplyst om slagordet «Hva er viktig for deg?» og omsorgsfilosofien «personsentrert omsorg». Disse temaene skal være førende for tjenestene pasientene mottar.

Noen informanter fortalte at de får mange henvendelser fra pårørende på pasientenes vegne, og at noen pårørende skulle ønske at sykehjemmet hadde bedre bemanning. Det er imidlertid revisjonens oppfatning at de ansatte har et stort fokus på pasientenes ønsker under oppholdet. De ansatte avholder pasient- og pårørendemøte etter innflytting, hvor nødvendig informasjon angående behandling, samarbeid, ønsker og forventninger blir avklart. Oppfølgingssamtaler med pårørende blir også avholdt. Revisjonens pasientjournalgjennomgang viser at brukermedvirkning i hovedsak ble dokumentert i tiltaksplanene, med gode beskrivelser av hva som var viktig for pasientene, og hva slags individuelle ønsker og behov de hadde.

Mange informanter fortalte at de tidligere hadde gjennomført systematiske brukerundersøkelser. De siste årene hadde ikke slike undersøkelser blitt gjennomført på grunn av Covid-19-pandemien. Revisjonen vurderer at slike brukerundersøkelser er hensiktsmessige for å sikre brukermedvirkning.

Noen informanter fortalte at de ønsket å ta i bruk et «ris og ros-skjema» for pårørende. Noen sykehjem arbeidet på revisjonstidspunktet med å utforme et slikt skjema, samt en «postkasse», slik at pårørende kunne gi skriftlige tilbakemeldinger hvis de ønsket det. Revisjonen vurderer at et slikt tilbud kan være hensiktsmessig for å blant annet senke terskelen for å gi tilbakemeldinger til sykehjemmene.

Basert på det ovennevnte vurderer revisjonen at foreligger rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer medvirkning. Revisjonen vurderer det imidlertid som en mangel at det ikke blir gjennomført systematiske brukerundersøkelser. Vi henviser i den forbindelse til rapporten «Kvalitet i helsetjenester ved Fredrikstad korttidssenter» fra 2022 og tilhørende anbefaling om at kommunen bør sette på plass et system som sikrer at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser. Oppfølgingen av bystyrets vedtak i forbindelse med behandlingen av denne rapporten, vil bli fulgt opp av kommunerevisjonen i løpet av våren 2024.

5.4.2 Legetilknytning

Som vi så ovenfor vil antall personer i Fredrikstad kommune over 80 år øke med rundt 4000 i perioden 2019-2040, ifølge dokumentet *Plan for legetjenesten 2019-2026*. Ifølge planen vil kommunen i løpet av planperioden øke legebemanningen i institusjoner til anbefalt normtall (s. 5 og 9).

De fleste informantene fortalte at behovet for legetilsyn er dekket på sykehjemmene per i dag. Sykehjemmene har også et godt samarbeid med legevakt ved behov. Noen mente de hadde vært heldige med legedekningen sin, og at det var en stor fordel for både pasienter og ansatte at de har blitt kjent med legen som er tilknyttet sykehjemmet.

Noen informanter fortalte imidlertid også om noen utfordringer med legetilknytningen. Det var et stort behov for lege selv om sykehjemmet bare hadde langtidsplasser. Virksomhetsleder for Omsorgssentre Nord fortalte at det hadde vært bedre om de hadde mer legetjeneste, at stabilitet i legetjenesten var viktig, og at det kunne bli en del rullering på legene.

Det er likevel revisjonens vurdering at sykehjemmene per i dag har god legetilknytning. Ifølge *Plan for legetjenesten 2019-2026* vil Fredrikstad oppleve en betydelig endring i den demografiske sammensetningen i årene framover, med en økning av eldre mennesker med behov for legetjenester. Revisjonen mener derfor det er viktig at legebemanningen økes til anbefalt normtall, slik som planlagt.

5.4.3 Legemiddelhåndtering

I sykehjemmenes kvalitetssystem er det mange dokumenter som omhandler legemiddelhåndtering. Virksomhetslederne og avdelingslederne fortalte om et stort fokus på både teoretiske kurs og praktisk opplæring på området. Fagutviklingssykepleierne fortalte at de ansatte har god oversikt over hvilke oppgaver de kan utføre innen legemiddelhåndtering, og at rutinene på dette området er lett tilgjengelige og felles for alle sykehjemmene.

En informant fortalte at en medisinmodul med ordinasjonskort i Gericca var veldig ulikt ordinasjonskort fra apoteket. I tillegg var kortet veldig uoversiktlig når det ble skrevet ut. Slike kort må skrives ut på sykehjemmet for nye pasienter før de får nytt ordinasjonskort fra apoteket. Informanten hadde opplevd avvik i denne forbindelse fordi ansatte hadde lest feil på disse kortene. utfordringen her hadde blitt tatt opp på ledernivå, og det blir jobbet for å finne løsninger på dette.

Basert på det ovennevnte vurderer revisjonen at det foreligger rutiner på legemiddelhåndtering og at disse er gjort godt kjent blant de ansatte i sykehjemmene. Det finnes også skriftlige bestemmelser om

hvilken kompetanse og opplæring ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering, og revisjonens funn indikerer at ansatte er tilstrekkelig kjent med disse bestemmelsene. Revisjonens funn indikerer også at avvik knyttet til legemiddelhåndtering meldes og håndteres løpende.

5.4.4 Ernæring

Det finnes mange dokumenter og rutiner angående ernæring i kommunens kvalitetssystem. Informantene fortalte om at det nylig hadde kommet en ny nasjonal retningslinje om at de skal gjennomgå pasientenes ernæringsstatus hver måned, og at dette blir fulgt opp. Det gjennomføres også en ernæringsmessig risikovurdering av alle som blir skrevet inn i sykehjemmet. Ernæringsmessige forhold dokumenteres i pasientenes journaler, og ernæring er også et punkt på risikotavlene i avdelingene.

En informant fortalte imidlertid at ansatte kunne trenge mer tid til ernæringskartlegginger. Noen ansatte hadde også utfordringer med manglende IT-kompetanse, og trengte derfor gjerne mer tid til dette. Å gjennomføre ernæringskartlegging hver måned, kunne sykehjemmet bli bedre på, mente denne informanten.

I forbindelse med revisjonen gjennomgikk vi 12 tiltaksplaner for pasienter ved sykehjemmene. Det ble da oppdaget noen mangler i to av planene angående månedlig veiing. I en av planene var dokumentasjonen på veiing nesten tre måneder gammel, og i den andre planen var dokumentasjonen på veiing nesten to måneder gammel. I de resterende planene var veiingen utført til riktig tid, og det var gode beskrivelser av tiltak ved for eksempel vektreduksjon i form av berikelse av kosten.

Revisjonen vurderer at til tross for den ene informantens opplysninger om at sykehjemmet kunne bli bedre på å gjennomføre ernæringskartlegginger, og til tross for at pasientjournalgjennomgangen viste to tilfeller av overgått tidsfrist av veiing, så oppfyller sykehjemmene revisjonskriteriet knyttet til ernæring. Manglene knyttet til ernæring som ble avdekket gjennom pasientjournalgjennomgangen, vurderer revisjonen som mindre alvorlige, siden ingen av de to tilfellene hadde gått over tre måneder siden forrige veiing.

Basert på det ovennevnte vurderer revisjonen at alle pasientene i sykehjemmene blir vurdert for ernæringsmessig risiko ved innleggelse. De blir deretter i all hovedsak månedlig vurdert for ernæringsmessig risiko. Pasienter med ernæringsmessig risiko har en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov og tiltak.

5.4.5 Personlige behov, enerom og skjermet enhet

Informantene fortalte revisjonen at de har mange prosedyrer som skal sikre at pasientenes personlige behov ivaretas. De nevnte inntaksskjema, bakgrunnskjema, pårørendesamtaler, tiltaksplan, tavlemøter og risikotavler som viktige elementer. Gjennom disse dekker de blant annet pasientenes fysiologiske og sosiale behov, samt deres døgnrytme, personlig hygiene, nødvendig medisinsk undersøkelse og tannbehandling. De ansatte er også pliktig til å dokumentere disse forholdene i tiltaksplanen. Pasientene blir også tilbudt enerom, og pasienter med alvorlig demens får tilbud om skjermet enhet.¹¹ Gjennom pasientjournalgjennomgangen fant revisjonen at tiltaksplanene matchet vurderingen av funksjonsnivå godt, og at det var gode og ofte fyldige beskrivelser på daglig stell av pasientene og deres personlige behov.

¹¹ Ifølge statistikk på helsedirektoratets nettsider var andelen enerom (i institusjon) med eget bad/WC på landsbasis i 2022 på 92,1 prosent. I Fredrikstad var den på 90,3 prosent. For mer informasjon, se: [Brukertilpasset enerom i institusjon - Helsedirektoratet](#).

Noen av informantene fortalte imidlertid også om flere mulige utfordringer som kunne gå utover pasientenes personlige behov. Flere av disse utfordringene handlet om det samme som revisjonen har påpekt tidligere i rapporten knyttet til et økende behov for sykehjemsplasser, demensproblematikk, bemanning og rekruttering. Den kanskje mest alvorlige utfordringen for pasientenes personlige behov i denne forbindelse, handler slik revisjonen vurderer det om aktiviteter for pasientene. En informant fortalte at det var et forbedringspotensial med tanke på varierte og tilpassede aktivitetstilbud til pasientene. Samtidig fortalte de aller fleste informanter om mange aktiviteter som tilbys pasientene. Flere ville også påpeke at for personer med demens kan en aktivitet være knyttet til dagligdagse hendelser som å se på gamle bilder eller gjøre praktiske oppgaver. Mange fortalte at samvær, måltider i fellesskap, TV-titting, og å sitte ute på verandaen kan være gode aktiviteter som pasientene setter pris på. På den måten mente de aller fleste informantene at aktivitetene som ble gitt pasientene var både varierte og tilpassede.

Samlet sett vurderer revisjonen at sykehjemmene oppfyller kravene knyttet til personlige behov hos pasientene. Pasientene blir tilbudt enerom, pasienter med alvorlig demens får i hovedsak tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet og pasientene får ivaretatt sine behov innen stell og egenomsorg.

5.4.6 Verdig livsavslutning

Rutinen *Livets siste dager* har undertittel «plan for lindring i livets slutfase». Rutinen er fundert på internasjonale prinsipper og retningslinjer for omsorg til døende. Den er en videreutvikling av *Liverpool Care Pathway* (LCP), og tilpasset for bruk i Norge. Rutinen brukes ved forventede dødsfall hos døende voksne, uavhengig av diagnose og omsorgssted.¹²

Samtlige informanter revisjonen intervjuet hadde god kunnskap om rutinen *Livets siste dager*. De fortalte at det i denne fasen kontinuerlig blir gjort vurderinger på om de skal sette inn fastvakt, slik at pasienten ikke skal dø alene. Flere informanter pekte i den forbindelse på at fastvaktene er en økonomisk kostnad, og at det hadde vært ønskelig med mer ressurser til dette. En virksomhetsleder fortalte at hvis sykehjemmet blir enda mer utfordret på økonomi, bør det skriftliggjøres at pasienter ikke skal være alene i livets slutfase.

Revisjonen vurderer at sykehjemmene oppfyller kravene om verdig livsavslutning for pasientene. Alle informanter kjente godt til rutinen på området. Revisjonen vil imidlertid peke på at det kan bli en voksende utfordring for sykehjemmene å sørge for at ingen pasienter dør alene i fremtiden. Som vi har sett tidligere i denne rapporten, vil det fremover bli en betydelig økning av eldre med demens i kommunen, og dermed også en økning av behovet for sykehjemsplasser. I tillegg vil det bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig med helsepersonell. Sannsynligvis vil dette kunne øke presset på sykehjemmene i kommunen, både økonomisk og på tjenestekvalitet. Revisjonen vil derfor påpeke viktigheten av at kommunen og sykehjemmene fortsetter å ha fokus på disse utfordringene fremover, slik at det etiske prinsippet om at ingen pasienter skal dø alene forblir opprettholdt.

¹² For mer informasjon om rutinen, se: [Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase - Helse Bergen \(helsebergen.no\)](https://helsebergen.no).

5.5 Konklusjon

Det er revisjonens konklusjon at pasientene i kommunens sykehjem får den kvaliteten i tjenestene de har krav på. Sykehjemmene har slik revisjonen forstår det et godt fokus på personsentrert omsorg, og det blir i stor grad forsøkt å tilrettelegge tjenestene etter pasientenes ønsker og behov. Det foreligger mange rutiner på de forskjellige områdene som er undersøkt, og intervjudata viser at det er et stort fokus på disse områdene i sykehjemmene.

Kontrollutvalget ba oss om å se på et nytt og et gammelt sykehjem i denne forvaltningsrevisjonen. Med henvisning til kriteriene som er behandlet under problemstilling 2, fant vi ingen vesentlige forskjeller mellom sykehjemmene.

Revisjonen vurderer at vår undersøkelse har vist at det er en klar risiko for at det vil bli stadig mer krevende å møte den enkelte pasients behov i fremtiden, på grunn av endringer i demografien. Endringene vil sannsynligvis føre til et økt behov for samarbeid med frivillige. Endringene kan også føre til risiko for feil og mangler med hensyn til kriteriet om verdig livsavslutning og andre kvalitetskriterier. Revisjonen vurderer imidlertid at kommunen har et stort fokus på dette i dag.

Revisjonen vurderer det som en mangel at det ikke blir foretatt systematiske brukerundersøkelser. I den forbindelse henviser vi til rapporten «Kvalitet i helsetjenester ved Fredrikstad korttidssenter» fra 2022 og tilhørende anbefaling om at kommunen bør sette på plass et system som sikrer at det gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser. Oppfølgingen av bystyrets vedtak i forbindelse med behandlingen av denne rapporten, vil bli fulgt opp av kommunerevisjonen i løpet av våren 2024.

Revisjonen har på denne bakgrunn ingen anbefalinger i forbindelse med problemstilling 2.

6 KILDER

Lover, forskrifter og veiledere

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften)
- Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
- Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring

Dokumenter fra Fredrikstad kommune

- Ansvarsfordeling legemiddelhåndtering
- Brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet
- Brukerstatus innen ernæring sykehjem og korttidssenter
- C. Risiko ledelsens gjennomgang 2023
- Demensplan 2019-2026
- Diverse gjennomførte risikoanalyser
- Diverse organisasjonskart
- Dokumentasjon legemiddelhåndtering
- Etatsplan 2023: for etatene Hjemmesykepleie og omsorgssentre
- Forebygging og behandling av underernæring - etat Omsorgssentre.
- Funksjonsbeskrivelse Virksomhetsleder
- Funksjonsbeskrivelse Fagutviklingssykepleier – etat omsorgssentre
- Internkontroll av pasientjournal omsorgssentre Nord
- Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027
- Kompetanseplan Etat omsorgssentre 2022-2025
- Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre: årsrapport 2022
- Livets siste dager
- Målsetting og organisering av kvalitetsarbeidet i HOV
- Plan for legetjenesten 2019-2026
- Samarbeid med frivilligheten
- Svar på forvaltningsrevisjon
- Underernæring i sykehjem og korttidssenter
- Virksomhetsplan Omsorgssentre Nord 2023
- Økonomiplan 2023-2026 og årsbudsjett 2023



ØSTRE VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS

Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

Deres referanse	Vår referanse	Klassering	Dato
	2023/17095-16-289748/2023-PALKLA	217	02.11.2023

Kommunedirektørens kommentarer til forvaltningsrevisjon kvalitet i helsetjenester ved sykehjem

Revisjonen har vurdert om Fredrikstad kommune har etablert et styringssystem som sikrer kvalitet og kompetanse i tjenesteutøvelsen, og om pasienter og brukere av kommunens sykehjem får den kvalitet i tjenestene som de har krav på. Revisjonens gjennomgang gir kommunen gode råd og innspill til videre arbeid.

Kommunen har fokus på internkontroll og gode styringssystemer som sikrer kvalitet i tjenestene våre. Styrking av internkontroll handler om endring, utvikling og læring som gir konkrete resultater og som tilpasses den enkelte virksomhet.

Kommunedirektøren er tilfreds med revisjonens funn og konklusjoner; at sykehjemmene i all hovedsak planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer sine tjenester. Videre at pasientene ved kommunens sykehjem får den kvaliteten i tjenesten de har krav på. Revisjonen anbefaler at kommunens ansatte må sikres tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik. Dette tar kommunen til etterretning og vil komme med konkrete tiltak til oppfølging.

Konklusjon, anbefaling og oppfølging

Revisjonen finner at pasientene får god kvalitet på tjenestene som tilbys, med fokus på personsentrert omsorg og tilrettelegging. Dette samsvarer, og er i tråd, med våre mål og prioriteringer.

Regelmessig og systematisk dialog med brukere og pårørende er et viktig bidrag for å sikre informasjon og kunnskap og til å bedre kvaliteten på våre tjenester. Under pandemien ble brukerundersøkelser satt på vent. Dette vil i løpet av høsten 2023 bli gjennomført ved Helseparken Onsyheimen.

Fredrikstad kommune vil i løpet av 2024 anskaffe et nytt kvalitetssystem med bedret funksjonalitet. Kvalitetssystemet bidrar til å tilfredsstillere lover og forskrifter om internkontroll som gjelder for kommunens ulike tjenesteområder og ivaretar alle faser ved utøvelse av god internkontroll.

Kvalitet og styring

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

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

Revisjonen anbefaler at kommunens ansatte må sikres tilstrekkelig kompetanse til å melde avvik. Kommunedirektøren har følgende forslag til tiltak med oppfølging.

- Kommunen skal videreføre at ansatte sikres nødvendig og systematisk opplæring i avvikshåndtering. En godt innarbeidet kultur og et system for at ansatte melder fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden.

Sluttkommentar

Kommunedirektøren setter pris på gjennomgangen og muligheten til ytterligere forbedringsområder og vil gjennomføre nødvendige tiltak for å følge revisjonens anbefaling.

Med hilsen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur

Pål Henning Klavenes
virksomhetsleder