

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

INDRE ØSTFOLD KOMMUNE
2021

Kvalitet i sykehjemstjenesten

Innhold

1	Forord og prosjektmandat	4
2	Sammendrag	5
3	Gjennomføring av prosjektet.....	8
3.1	Innledning	8
3.1	Problemstillinger	8
3.2	Avgrensning av prosjektet	9
3.3	Revisjonskriterier	9
3.4	Revisjonsmetoder.....	9
4	Faglig forsvarlige tjenester ved Grinitun	11
4.1	Revisjonskriterier	11
4.2	Revisors undersøkelse	13
4.2.1	Organisering, ansvar, mål og myndighet	13
4.2.2	System for rutiner og kunnskapsformidling	14
4.2.3	System for opplæring i internkontrollsystemet	16
4.2.4	System for å sikre riktig kompetanse	17
4.2.5	System for å nyttiggjøre seg av de ansattes kompetanse	18
4.2.6	System for innsamling og bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende	18
4.2.7	Risiko- og sårbarhetsanalyser.....	19
4.2.8	System for forbedringsarbeid	20
4.2.9	System for evaluering og korrigerende av internkontrollsystemet	21
4.3	Revisors vurderinger	22
4.3.1	Organisering, ansvar, mål og myndighet	22
4.3.2	System for rutiner og kunnskapsformidling	23
4.3.3	System for opplæring i internkontrollsystemet	24
4.3.4	System for å sikre riktig kompetanse	24
4.3.5	System for å nyttiggjøre seg av de ansattes kompetanse	24
4.3.6	System for innsamling og bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende	25
4.3.7	Risiko- og sårbarhetsanalyser.....	25
4.3.8	System for forbedringsarbeid	26
4.3.9	System for evaluering og korrigerende av internkontrollsystemet	26
4.4	Revisors konklusjon og anbefalinger.....	27
5	Ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov	28
5.1	Revisjonskriterier	28
5.2	Revisors undersøkelse	30
5.2.1	Informasjon og brukermedvirkning	30
5.2.2	Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling	32
5.2.3	Ernæring.....	34

5.2.4	Personlig stell og egenomsorg	35
5.2.5	Aktivisering og stimulering.....	37
5.2.6	En verdig livsavslutning.....	38
5.2.7	Tilbud tilrettelagt for demente.....	38
5.2.8	Tilbud om eget rom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv	39
5.3	Revisors vurderinger	40
5.3.1	Informasjon og brukermedvirkning	40
5.3.2	Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling	40
5.3.3	Ernæring	41
5.3.4	Personlig stell og egenomsorg	42
5.3.5	Aktivisering og stimulering.....	42
5.3.6	En verdig livsavslutning.....	43
5.3.7	Tilbud tilrettelagt for demente.....	43
5.3.8	Tilbud om eget rom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv	44
5.4	Revisors konklusjon og anbefalinger.....	44
6	Rådmannens høringsuttalelse	45
7	Kildehenvisninger.....	46
8	Vedlegg	49
8.1	Utledning av revisjonskriterier for problemstilling nr. 1.....	49
8.2	Utledning av revisjonskriterier for problemstilling nr. 2.....	53

1 Forord og prosjektmandat

Revisjonen skal i henhold til kommuneloven¹ utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, mål-oppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk. God kommunal revisjonsskikk er å følge RSK 001; Standard for forvaltningsrevisjon, utarbeidet av Norges kommunerevisorforbund (NKRF). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom hva som er innsamlet data og hva som er revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger², vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Prosjektet er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i kontrollutvalget i sak 20/12 og kommunestyret i Indre Østfold kommune i sak 49/20 den 20.05 2020.

Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Prosjektet er gjennomført etter vedtatt prosjektbeskrivelse, fra sak PS 19/17, i tidsrommet juli - november 2020. Kontrollutvalget i Indre Østfold kommune tok i sak PS 20/34 til orientering, at revisjonen endret prosjektbeskrivelsen slik at prosjektet skal besvare to problemstillinger.

Vi har kvalitetssikret faktagrunnlaget underveis, i tillegg er rapportens faktaopplysninger i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt høringsmøte med administrasjonen 3. februar 2021. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring hos rådmannen. Rådmannens uttalelse er lagt som vedlegg 2 til rapporten.

Prosjektet er gjennomført av forvaltningsrevisor Frank Willy Larsen og revisormedarbeider Sabri Mousa. I tillegg har oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Casper Støten deltatt i prosjektarbeidet. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre prosjektet.

Revisor vil takke kontaktperson og andre som har deltatt i prosjektet, for godt samarbeid i forbindelse med prosjektarbeidet.

Østre Viken Kommunerevisjon IKS
Rolvøy 16.02.2021

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Frank Willy Vindløv Larsen (sign.)
forvaltningsrevisor

¹ Kommunelovens kapittel 23 jfr. § 23-3, samt kapittel 24, jfr. § 24-2.

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

2 Sammendrag

Denne forvaltningsrapporten har vurdert kvaliteten på tjenestetilbudet ved Grinitun sykehjem i Indre Østfold kommune.

Revisjonskriteriene i rapporten er bygget opp rundt bestemmelsene i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgsloven). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, samt forskrift om en verdig eldreomsorg, har vært viktige kilder for utledning av revisjonskriterier.

I denne rapporten er følgende problemstillinger knyttet til henholdsvis faglig forsvarlighet og tjenestenes innhold forsøkt besvart:

1. Får beboerne ved Grinitun faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester?
2. Får beboerne ved Grinitun sykehjem ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas og sikre at medisinske behov blir ivaretatt?

Revisjonens gjennomføring

Prosjektet er gjennomført i løpet av en periode som har vært spesiell på flere vis. Indre Østfold kommune ble etablert med virkning fra 01.01.2020. Viktige deler av den omstillingen som kommunesammenslåingen skulle føre med seg, var ikke gjennomført på det tidspunkt hvor revisjonens undersøkelse ble gjennomført. Et eksempel på dette er saken «Funksjonsfordeling mellom institusjoner i Indre Østfold». Denne saken ble politisk behandlet i kommunestyret 16. juni 2020. Da revisjonen startet sin informasjonsinnhenting i august var store deler av dette sakskomplekset ennå ikke implementert. Revisjonens undersøkelse ble altså gjennomført på et tidspunkt hvor sykehjemstjenesten i Indre Østfold gjennomgikk store endringer. Det er etter revisjonens syn viktig å ha dette perspektivet med seg ved vurderingen av de innsamlede data.

I tillegg til de store endringene som kommunesammenslåing og omorganisering fører med seg så ble landet rammet av en koronapandemi våren 2020. Det er revisjonens syn at også dette forholdet kan ha vært med på å prege de dataene som revisjonen samlet inn. På det tidspunkt hvor revisjonen begynte sitt arbeid med å samle inn data til prosjektet, det vil si i august 2020, var Indre Østfold kommune nedstengt som følge av et smitteutbrudd i kommunen. Revisjonen ser at smittevernsreglene, som det var behov for å sette på plass i landets sykehjem, høyst sannsynlig har ført til at for eksempel aktiviseringen av beboerne ved landets sykehjem har blitt skadelidende. Slike forhold kan, etter revisjonens syn, ha vært med på å påvirke de svar som revisjonen har fått i forbindelse med sine undersøkelser.

To store hendelser, kommunesammenslåing og koronapandemi, danner altså bakteppet for gjennomføringen av dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Dette er et perspektiv revisjonen mener det er viktig å ha med seg i vurderingen av de data som prosjektet har frembrakt.

Målsettingen med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært å kontrollere om beboerne ved Grinitun får faglig forsvarlige tjenester og hvorvidt beboerne får ivaretatt sine grunnleggende behov på en måte som ivaretar den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Prosjektet er gjennomført ved dokumentanalyse av interne dokumenter fra Indre Østfold kommune. Interne rutiner og prosedyrer har vært viktige kilder til

informasjon for revisjonen. I tillegg til dette er enhetsleder for Grinitun og en gruppe pårørende blitt intervjuet. Revisjonen har også samlet inn data ved en spørreundersøkelse rettet mot de ansatte ved Grinitun.

For å svare ut problemstillingen har revisjonen kontrollert dokumenter som ligger lagret i kommunens kvalitetssystem Compilo. Revisjonen har blant annet kontrollert delegeringsreglement, måldokumenter, kommunens avvikshåndtering, samt rutiner og prosedyrebeskrivelser. Revisjonens intervju med enhetsleder hadde som målsetting å få ledelsens egen vurdering av hvorvidt Grinitun leverer faglig gode tjenester. Intervjuet med en gruppe pårørende ga revisjonen informasjon om opplevd kvalitet på tjenesteproduksjon. Gjennom spørreundersøkelsen, som var rettet mot de ansatte ved Grinitun, ønsket revisjonen å avdekke respondentenes syn på tjenesteproduksjonen ved Grinitun.

Revisjonens funn

Revisjonens kontroll av oversendte måldokumenter viser at det ikke er nedfelt eksplisitte mål for forbedringsarbeidet ved Grinitun. Dette innebærer ikke at det ikke gjennomføres forbedringsarbeid ved virksomheten. Revisjonen anbefaler likevel at kommunen bør vurdere å nedfelle målsettinger for dette arbeidet.

Revisjonen har gjennom sin undersøkelse blitt opplyst om at arbeidet med internkontrollsystem i Compilo ikke har kommet så langt som ledelsen ved Grinitun har ønsket. Det er for eksempel gitt uttrykk for at det hadde vært ønskelig å lage overordnede prosedyrer på områder der det ville være naturlig - eksempelvis prosedyrer som omhandler legemiddelhåndtering.

Revisjonens undersøkelse viser at det ikke er utarbeidet kompetanseplan for virksomheten. Riktig og god kompetanse vil kunne sikre Grinitun og Indre Østfold kommune kvalitet i tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass. Det er etter revisjonens syn rimelig å anta at en bevisst, systematisk og strategisk satsing på kompetanse vil være viktig for at kommunene skal lykkes både som samfunnsutvikler og som velferdsprodusent.

Revisjonens kontroll har vist at 24 % av registrerte avvik i 01.01.20 – 18.08.20, knyttet seg til legemiddelhåndtering i en eller annen form. Avvik i medisinhåndteringen vurderer revisjonen som alvorlig.

Når det gjelder spørsmålet om beboerne fikk det tilbudet om personlig stell som man kan forvente så var det særlig munnhygiene og tannbehandling det knyttet seg bekymring til fra de pårørende sin side. De pårørende i gruppeintervjuet stilte spørsmålstegn ved kvaliteten på munnhygien basert på erfaringer de har gjort seg med foreldre de har boende ved Grinitun.

Revisjonens konklusjon og anbefalinger

Når det gjelder problemstilling nr. 1 er revisjonens konklusjon:

Basert på de undersøkelser revisjonen har gjennomført konkluderes det med at beboerne ved Grinitun får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Når det gjelder problemstilling nr. 2 konkluderer revisjonen med følgende:

Basert på de undersøkelser revisjonen har gjennomført konkluderes det med at beboerne ved Grinitun får ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas og hvor den enkeltes medisinske behov blir ivaretatt.

Revisjonens undersøkelse viser likevel at det foreligger potensielle forbedringspunkter. Revisjonen fremmer derfor følgende anbefalinger:

Revisjonens anbefalinger er:

- Indre Østfold kommune bør vurdere om man skal utarbeide målsettinger for forbedringsarbeidet og nedfelle dette i virksomhetens og kommunens måldokumenter.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om det skal utarbeides overordnede prosedyrer innenfor tjenesteproduksjon av helse- og omsorgstjenester.
- Indre Østfold kommune bør vurdere å igangsette et strategisk kompetanseutviklingsarbeid hvor utarbeidelse av kompetanseplan kan være et av flere tiltak.
- Indre Østfold kommune bør vurdere hvorvidt man har den systematiske overvåking og gjennomgang av kommunens internkontrollsystem, som er nødvendig for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og at den bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om det er behov for ytterligere og forsterket innsats i forbindelse med legemiddelhåndtering.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om kvaliteten på tilbudet knyttet til munnhygiene og tannbehandling er tilstrekkelig, og eventuelt iverksette nødvendige tiltak.

3 Gjennomføring av prosjektet

3.1 Innledning

Dette er et forvaltningsrevisjonsprosjekt som opprinnelig ble bestilt av kontrollutvalget i Spydeberg kommune. Opprinnelig plan var at prosjektet skulle vært sluttført i 2019, altså før kommunesammenslåing. Dette lot seg ikke gjøre. Kontrollutvalget i Indre Østfold kommune bestemte seg for at de likevel ønsket prosjektet gjennomført. Det som opprinnelig var en et prosjekt som handlet om å vurdere kvaliteten på tjenesteproduksjonen ved det ene sykehjemmet man hadde i Spydeberg, ble altså til et prosjekt hvor man skulle vurdere kvaliteten ved ett av flere sykehjem i Indre Østfold kommune. Dette har skapt utfordringer, særlig sett i lys av at man i forbindelse med etableringen av Indre Østfold kommune har vurdert å fordele ulike funksjoner mellom kommunens sykehjem.

Dette prosjektet er gjennomført i løpet av en periode som har vært spesiell på flere vis. Indre Østfold kommune ble etablert med virkning fra 01.01.2020. Det vil si at på det tidspunkt hvor denne undersøkelsen startet opp så hadde de tidligere kommunene Hobøl, Askim, Spydeberg, Trøgstad og Eidsberg, bare vært sammenslått i omlag 7 måneder. Viktige deler av den omstillingen som kommunesammenslåingen skulle føre med seg, var ikke gjennomført på det tidspunkt hvor revisjonens undersøkelse ble gjennomført. Et eksempel på dette er saken «Funksjonsfordeling mellom institusjoner i Indre Østfold». I denne saken vedtas det å fordele ulike funksjoner mellom kommunens fem sykehjem og Helsehuset. Denne saken ble politisk behandlet i kommunestyret 16. juni 2020. Da revisjonen startet sin informasjonsinnhenting i august var store deler av dette sakskomplekset ennå ikke implementert. Revisjonens undersøkelse er altså gjennomført på et tidspunkt hvor sykehjemstjenesten i Indre Østfold gjennomgår store endringer. Det er etter revisjonens syn viktig å ha dette perspektivet med seg ved vurderingen av de innsamlede data.

I tillegg til de store endringene som kommunesammenslåing og omorganisering fører med seg så ble landet rammet av en koronapandemi våren 2020. Det er revisjonens syn at også dette forholdet kan ha vært med på å prege de dataene som revisjonen samlet inn. På det tidspunkt hvor revisjonen begynte sitt arbeid med å samle inn data til prosjektet, det vil si i august 2020, var Indre Østfold kommune ned-stengt som følge av et smitteutbrudd i kommunen. Revisjonen ser at smittevernreglene, som det var behov for å sette på plass i landets sykehjem, høyst sannsynlig har ført til at for eksempel aktiviseringen av beboerne ved landets sykehjem har blitt skadelidende. Slike forhold kan, etter revisjonens syn, ha vært med på å påvirke de svar som revisjonen har fått.

To store hendelser, kommunesammenslåing og koronapandemi, danner altså bakteppet for gjennomføringen av dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Dette er et perspektiv revisjonen mener det er viktig å ha med seg i vurderingen av de data som prosjektet har frembrakt.

3.1 Problemstillinger

Problemstilling 1:

Får beboerne ved Gritun faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester?

Problemstilling 2:

Får beboerne ved Gritun sykehjem ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas og sikre at medisinske behov blir ivaretatt.

3.2 Avgrensning av prosjektet

Prosjektet er begrenset til Gritun og Hobøl bo- og behandlingssenter, avdeling Gritun. Denne avgrensingen skyldes at det var kontrollutvalget i Spydeberg kommune som opprinnelig bestilte en forvaltningsrevisjon av Gritun sykehjem.

3.3 Revisjonskriterier

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15 skal revisor fastsette revisjonskriterier for det enkelte revisjonsprosjekt. 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. Revisjonskriteriene utgjør det grunnlaget revisor trenger for å vurdere kommunens praksis eller tilstand. Det er også denne normen som danner grunnlaget for revisors eventuelle anbefalinger. 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 forvaltningsrevisjonsrapportene, hva revisors vurderinger bygger på. Dette vil på sin side 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.

Revisjonskriteriene for dette prosjektet er utledet med bakgrunn i følgende kilder:

- LOV-2018-06-22-83 Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgsloven)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (rundskriv fra Helsedirektoratet – IS-2017-2620 (IS-2620))
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426)

Kildene for utledning av revisjonskriteriene fremgår av kapitlene 4.2 og 5.2 og i vedlegg 8.1.

3.4 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 dette prosjektet 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 dette prosjektet er informasjonen hentet inn gjennom bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse.
- Intervjuer.
- Spørreundersøkelse.

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet har følgende dokumenter vært sentrale for revisors undersøkelse:

- «Ansvar og myndighet for ansatte i Indre Østfold kommune» vedtatt av rådmannen 26. mars 2020.
- Arbeidsbeskrivelse for sykepleier ved Grinitun.
- Måldokument for Helse og velferd.
- Prosedyren «Kvalitetsmål i institusjon».

Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført to intervjuer:

- Enhetsleder ved Grinitun.
- Gruppeintervju med fire pårørende.

Intervjuene er verifisert. Det betyr at den som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser. Der revisjonen konkluderer, vil alltid vurderingene bygge på skriftlig dokumentasjon eller informasjon fra flere kilder.

Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse der kommunens ansatte har svar på spørsmål om deres opplevelse av kvaliteten på sykehjemstjenesten ved Grinitun og Hobøl bo- og behandlingssenter.

Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback. Spørreundersøkelsen besto av 21 påstander hvor respondentene ble bedt om å ta stilling til ulike sider ved kvaliteten på tjenesteproduksjonen ved Grinitun. I tillegg til dette fantes det et åpent spørsmål til slutt i spørreundersøkelsen hvor respondenten kunne gi sine sluttkommentarer. Seks respondenter valgte å benytte seg av denne muligheten.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 54 ansatte og fikk 24 svar. Med dette fikk spørreundersøkelsen en svarprosent på 44. Noe som er en del lavere enn det revisjonen forventet og håpet på. Den lave svarprosenten kan føre til at det er feilkilder i resultatene fra spørreundersøkelsen.

4 Faglig forsvarlige tjenester ved Grinitun

Problemstilling 1: Får beboerne ved Grinitun sykehjem faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester?

4.1 Revisjonskriterier

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

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

I henhold til lovens § 4-1 må tjenestene være forsvarlige. Dette innebærer at tilstrekkelig fagkompetanse må være sikret, den enkelte pasient eller bruker skal gis et verdig, helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og personalet som utfører tjenestene skal settes i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Forsvarlighetskravet inneholder tre hovedmomenter: Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, den må ytes i tide og ha tilstrekkelig omfang.

Revisjonen vil ta utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ved utledning av revisjonskriterier og med bakgrunn i denne forskriften vurdere om virksomheten planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer egen praksis, jf. §§ 6,7,8 og 9.

Formålet med forskriften sies i § 1 å være «(...) å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester (...)». I tillegg til dette skal forskriften bidra til kvalitetsforbedring av helse og omsorgstjenestene, samt å øke sikkerheten for pasienter og brukere.

Forskriftens § 3 fastslår at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Det overordnede ansvaret vil i kommunal sammenheng være plassert hos kommunedirektør/rådmann, jf. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det å etablere et styringssystem innebærer i denne sammenheng hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, jf. forskriftens § 4.

Fullstendig utledning av revisjonskriterier fremkommer av vedlegg 1 (kapittel 8.1).

Revisjonens har utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen må dokumentere at virksomheten Grinitun sykehjem har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. Virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet bør være beskrevet.
- Kommunen må dokumentere at det ved Grinitun sykehjem er satt på plass et system som sikrer at ansatte har tilgang til, og kunnskap om, aktuelle lover og forskrifter, samt interne rutiner/prosedyrer.
- Kommunen må sørge for at de ansatte ved Grinitun sykehjem har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontroll.
- Kommunen må dokumentere at de har etablert et system som sikrer at de ansatte ved Grinitun sykehjem har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten.
- Kommunen må dokumentere at det er etablert et system som sikrer at de ansattes samlede kunnskaper og erfaringer blir nyttiggjort i forbindelse med driften av Grinitun sykehjem.
- Kommunen må dokumentere at det er etablert systemer som sikrer at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet ved Grinitun sykehjem.
- Kommunen må skaffe seg oversikt over områder ved Grinitun hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Kommunen må dokumentere at det er etablert et system for å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv., for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av helse- og omsorgslovgivningen ved Grinitun sykehjem
- Kommunen skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen ved Grinitun sykehjem for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.

4.2 Revisors undersøkelse

4.2.1 Organisering, ansvar, mål og myndighet

Indre Østfold kommune er organisert i syv kommunalområder. Revisjonen har fått oversendt organisasjonskart som viser at Gritun er en del av kommunalområdet «Helse og velferd», seksjon «Pleie og omsorg».

Revisjonen har av enhetsleder fått opplyst at på Gritun/Hobøl bo- og behandlingssenter (heretter Gritun/HBBS) består ledergruppen av enhetsleder og 3 avdelingsledere. På Gritun er det 4 avdelinger med til sammen 44 pasienter og på HBBS er det 3 boenheter med til sammen 29 pasienter. Begge sykehjemmene har en skjermet enhet for demente med 7 - 9 pasienter på hver. 4 sykepleiere er ansatt som «Sykepleier 1» med fagansvar på avdelingen, og er avdelingsleders stedfortreder. «Sykepleier 1» jobber turnus og har ikke avsatt tid til fagutvikling og internkontroll. Avdelingslederne på Gritun/HBBS har et lederspenn på mellom 24 og 35 årsverk, og for et par av dem dobbelt så mange ansatte.

Revisjonen har kontrollert dokumentet «Ansvar og myndighet for ansatte i Indre Østfold kommune». Dette delegeringsreglementet er administrativt vedtatt 26. mars 2020. Delegasjonsreglementet bygger på overordnede prinsipper om at kommuneorganisasjonen skal bidra til å utvikle gode lokalsamfunn ved at oppgaver løses nærmest brukeren, det skal være rom for ulike løsninger tuftet på lokale behov og det skal være tett dialog med innbyggerne hvor det stimuleres til dugnadsånd. Reglementet er utarbeidet med bakgrunn i politisk delegering til rådmannen³. Dokumentet avklarer de forventninger man har til ansatte og ledere i Indre Østfold kommune. Det ligger for eksempel en forventning fra kommunens side om at alle ansatte «tar en aktiv, engasjert, reflektert og medansvarlig rolle i organisasjonen». Dette innebærer for eksempel at det forventes at alle ansatte er opptatt av kvalitet og resultater i arbeidet, at man deler egen kompetanse, at man har god rolleforståelse og bidrar til løsninger som er til det beste for kommunens innbyggere⁴. Ledernes ansvar beskrives særskilt. Det forventes av kommunens ledere at de skal optimalisere den daglige drift og iverksette utviklingstiltak. Det forventes også at lederne skal bidra til ansvarliggjøring og skape engasjement hos den enkelte ansatte gjennom involvering og delegering av oppgaver⁵.

Dokumentet beskriver også myndigheten på det enkelte ledernivå. Enhetsleder har i henhold til dette dokumentet fullt resultatansvar for sin enhet. I dette ligger det at enhetslederne er delegert fullt økonomi- og personalansvar for sine enheter. Enhetsleder saksbehandler og avgjør saker innenfor sitt område, innenfor gjeldende regler og retningslinjer. Avdelingslederen har det daglige driftsansvaret for sin avdeling. Dette innebærer at avdelingslederen har økonomi- og personalansvar i henhold til det som er avtalt med enhetsleder og eventuelt nedfelt i lederavtale⁶.

Revisjonen har fått oversendt «Måldokument for helse og velferd». Det fremkommer ikke av det oversendte dokumentet hvorvidt dette er et administrativt eller politisk vedtatt dokument.

Enhetsleder har opplyst om at kommunens måldokument for helse og velferd tar utgangspunkt i FNs bærekraftsmål. Bærekraftsmålene generelt er ikke godt forankret i enheten enda, men ansatte er informert om det enheten har et hovedfokus på. Enhetsleder har informert revisjonen om at bærekraftsmålene vil være et av utgangspunktene i medarbeidersamtalene som er under planlegging.

Måldokumentet inneholder også flere hovedmål hvorav hovedmål 3 er at «Innbyggerne i Indre Østfold skal ha god livskvalitet». Dette hovedmålet er delt inn i flere delmål. Delmål 1 er at Indre Østfold kommune

³ Ansvar og myndighet for ansatte i Indre Østfold kommune, s. 3

⁴ Ibid, s. 4

⁵ Ibid

⁶ Ibid, s. 6 og ss. 9-11

«(...) skal tilby helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uansett alder og helsesituasjon». Dette delmålet skal nås blant annet ved at det skal utvikles et differensiert tjenestetilbud til de ulike målgruppene innenfor institusjonsbaserte tjenester. Det er også en uttalt målsetting at innbyggerne i Indre Østfold kommune skal kunne bo og leve et mest mulig selvstendig liv i eget hjem. Kommunen skal derfor være i forkant når det gjelder å utvikle løsninger som bygger opp under en hjemmebasert tjenesteprofil. Det sies også at digitale løsninger, lavterskeltilbud, avlastningstjenester og ulike former for korttidsopphold skal prioriteres.

Revisjonen har også kontrollert dokumentet «Kvalitetsmål i institusjon». Formålet med dette dokumentet er å «(...) sikre pasienter og beboere trygge og forsvarlige tjenester i institusjon og i døgnbemannede omsorgsboliger». Det fremgår av dette dokumentet at det er enhetsleder som har ansvar for gjennomgang av kvalitetsmål og kvalitetsmålinger, mens det er den enkelte avdelingsleder som har ansvar for gjennomgang og gjennomføring av kvalitetsmålene på avdelingene. De kvalitative målene for driften er synliggjort ved å vise til «Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten» (FOR-2003-06-27-792). Formålet med forskriften beskrives i § 1 å være å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester, skal gjøre dette med grunnleggende respekt for enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Denne målsettingen skal nås ved å etablere et system av prosedyrer som blant annet sikrer at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, jf. § 3 i samme forskrift. Det skal også legges til rette for at brukere av pleie- og omsorgstjenester, eller noen som representerer dem, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

§ 3 i forskriften lister opp i alt 16 kvalitetsmål for pleie- og omsorgstjenesten. For hver av disse 16 kvalitetsmålene har dokumentet «Kvalitetsmål i institusjon» redegjort for hvordan kvalitetsmålet skal nås i Indre Østfold kommune. Et av kvalitetsmålene er for eksempel at «Beboer skal oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt». Ved institusjonene i Indre Østfold kommune, i dette tilfellet Grinitun, skal dette målet nås ved at det:

- Før innleggelse gis informasjon om tilbudet i sykehjemmet.
- Informasjonen skal inneholde beskrivelse av daglige rutiner og aktivitetstilbud.
- Beboer og pårørende skal ha en kontaktperson å forholde seg til.
- Det skal gjennomføres inkomstsamtale med beboer og pårørende ved innleggelse. I inkomstsamtale med beboer som er aldersdement skal skjema med bakgrunnsopplysninger fylles ut.
- Beboer gis medbestemmelsesrett i forbindelse med utføring av tjenesten.
- Det settes opp tiltaksplan for hver enkelt beboer.
- Institusjonen skal ha tilstrekkelig fagbemanning gjennom hele døgnet.

På samme måte beskrives tiltakene for å nå de 15 andre kvalitetsmålene i «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten».

4.2.2 System for rutiner og kunnskapsformidling

Enhetsleder har opplyst revisjonen om at aktuelle lover og forskrifter, samt interne rutiner og prosedyrer er å finne i Compilo⁷. Enhetsleder gir uttrykk for at arbeidet med Compilo ikke er kommet så langt som man kunne ønske. Ideelt sett burde dette vært på plass fra oppstart av den nye kommunen, det vil si 01.01.2020. Enhetsleder har gitt uttrykk for at det har vært ønskelig for enhetsledere og seksjonsledere i Helse og velferd å lage overordnede prosedyrer på områder der det ville være naturlig - eksempelvis prosedyrer som omhandler legemiddelhåndtering. Det har man i liten grad fått til fordi det ikke er avsatt ressurser til dette. Lover med tilhørende forskrifter ligger i Compilo i mappen «Ledelsesprosesser, og

⁷ Compilo er et elektronisk verktøy/bibliotek hvor dokument som gjelder for hele organisasjonen blir lagret. Det kan for eksempel dreie seg om aktuelle lover og forskrifter, planer, reglement, retningslinjer og rutiner. Compilo het tidligere Kvalitetslosen.

«Lover og forskrifter». Enhetsleder opplyser om at både Grinitun og Hobøl bo- og servicesenter (HBBS) har mange prosedyrer fra tidligere og det er disse som brukes i det daglige. Grinitun brukte Compilo fra før og prosedyrene er konvertert til ny Compilo. HBBS brukte et annet system og der er ikke prosedyrer overført elektronisk, men bare skrevet ut på papir. Enhetsleder opplyser om at man har en omfattende jobb foran seg i forhold til å samkjøre disse. Enhetsleder har opplyst om at det før sommeren ble brukt en del tid på å se kommunens prosedyrer i sammenheng med Grinitun/HBBS sine lokale rutiner. Hun forklarer at man har hatt som målsetting å lage en mappestruktur hvor fokus på pasientens grunnleggende behov har stått sentralt. Det har også vært ønskelig å utarbeide en logisk mappestruktur slik at ansatte kan finne det de etterspør, uten å bruke søkefunksjonen i Compilo.

Revisjonen har mottatt en oversikt over dokumentbiblioteket for kommunalområdet Helse og velferd. Revisjonen har også fått en oversikt over de dokumentene som er lagret i Compilo som har direkte tilknytning til Grinitun. Revisjonens gjennomgang av tilsendt dokumentasjon viser at det våren 2020 ble gjort et utviklingsarbeid knyttet til Grinitun og virksomhetens bruk av Compilo. Lederne ved virksomheten, det vil si enhetsleder og avdelingsledere, samt en sykepleier, reviderte kvalitetssystemet med fokus på følgende punkter:

- Ansatte ved Grinitun må lett finne prosedyrer og rutiner som gjelder Grinitun.
- Det skal være grunnleggende fokus på pasientflyt, pasientsikkerhet og pasientens grunnleggende behov, samarbeid med andre, samt organisering og ansvar.
- Mappesystemet skal være oversiktlig.
- Mapper og undermapper for Grinitun og Hobøl bo og servicesenter skal gjenspeile områder som ledelsen ved virksomheten har vurdert det som viktig å ha prosedyrer på, uten at det nødvendigvis er gjennomført ROS-analyser på alle områder.

Denne gjennomgangen har resultert i at det nå er åtte mapper med særskilt innhold for Grinitun. Det er følgende mapper:

1. Pasientflyt - Grinitun og Hobøl bo- og behandlingssenter (HBBS)
2. Grunnleggende behov - Grinitun og HBBS
3. Daglige rutiner – Grinitun og HBBS
4. Legemiddelhåndtering – Grinitun og HBBS
5. Akuttsituasjoner – Grinitun og HBBS
6. Administrasjon – Grinitun og HBBS
7. HMS/Kvalitetssikring – Grinitun og HBBS
8. Administrative prosedyrer som skal revideres og fordeles

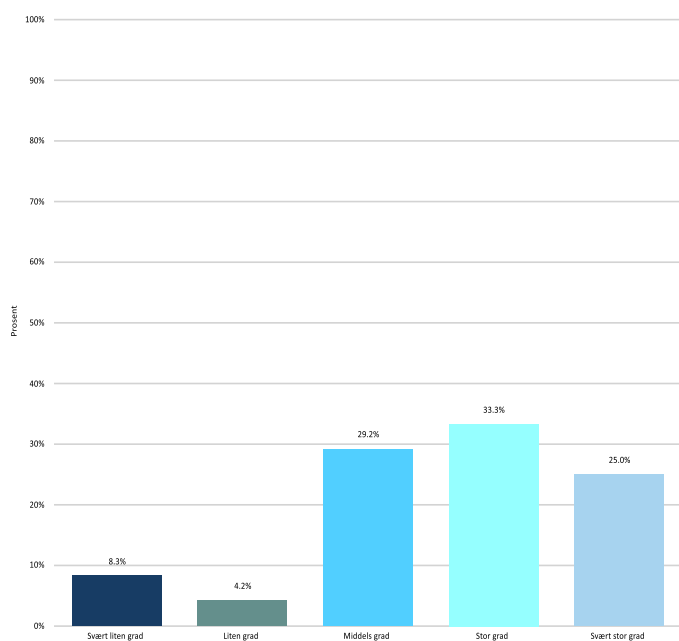
Revisjonen har valgt ikke å beskrive innholdet i alle mappene. Mappe 2 «Grunnleggende behov» brukes derfor som eksempel på hva slags rutiner som er utarbeidet for dette kvalitetsmålet. Under denne fanen er det lagret rutiner og prosessbeskrivelser for:

- Ernæring, væske og eliminasjon
- Hygiene, hud, sår og tannhelse
- Psykisk og kognitiv funksjon
- Respirasjon og sirkulasjon
- Sosiale og åndelige behov
- Tvang og samtykkekompetanse

Revisjonen har fått oversendt og har kontrollert dokumentet «Arbeidsbeskrivelse for sykepleier ved Grinitun». I denne arbeidsbeskrivelsen redegjøres det for hva som ligger til stillingen som sykepleier ved Grinitun. Dokumentet beskriver organisasjonsmessig plassering, hovedarbeidsoppgaver, tilleggsoppgaver, samt en beskrivelse av hvilke forventninger kommunen har til utførelsen av arbeidet. I forhold til det

siste punktet er en av forventningene at sykepleieren skal «gjøre seg kjent med virksomhetens vedtatte planer, prosedyrer og rutiner». Under pkt. 6 *Faglig ansvar/veiledningsansvar/opplæringsansvar*, fremkommer det at sykepleierne er medansvarlige for å veilede studenter, elever og lærlinger. Sykepleierne har også medansvar for opplæring og veiledning av nyansatte og ekstravakter. Det tilligger også sykepleierne et ansvar for å holde seg faglig oppdatert innenfor sitt område, og ta imot opplæring og veiledning som tilbys av arbeidsgiver.

Ledelsen ved Grinitun og HBBS har etablert et system hvor det sendes ut informasjonsbrev fra ledelsen til de ansatte. Disse informasjonsbrevene er lagt inn på Teams under teamets filer og i mappen «Informasjon til ansatte». Dette er gjentatte ganger formidlet til de ansatte i innlegg på Teams. Når det legges ut et nytt informasjonsbrev legges det samtidig ut beskjed om at et nytt informasjonsbrev er lagret. Revisjonen har mottatt og kontrollert totalt 10 informasjonsbrev fra perioden 17.01 – 24.08.20. Av disse informasjonsbrevene så kan man lese at ledelsen har orientert om en rekke temaer. Koronasituasjonen har



FIGUR 1: I hvilken grad opplever du at rutiner, prosedyrer og retningslinjer er gode verktøy for å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten (N=24)

naturlig nok satt sitt preg på informasjonsbrevene fra mars til august, men revisjonen ser også at informasjonsbrevene er blitt brukt til å orientere om en rekke andre forhold. Det kan for eksempel dreie seg om informasjon knyttet til daglig drift og ledelse av de enkelte bogruppene, men revisjonen legger merke til at informasjonsbrevene også har blitt brukt til opplæring. Både opplæring knyttet til hvordan man skal melde avvik og opplæring knyttet til kvalitetssystemet Compilo har blitt presentert i ledelsens informasjonskriv. Brannvern og rutiner knyttet til dette er også et tema som har blitt berørt.

I revisjonens spørreundersøkelse var over halvparten av respondentene av den oppfatning at rutiner, prosedyrer og retningslinjer enten i stor, eller i svært stor grad, er gode verktøy for å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten. Tre av de ansatte har

svart at rutiner og prosedyrer i liten eller i svært liten grad bidrar til å sikre kvalitetsmessig gode tjenester. En av de ansatte gir denne kommentaren: «Rutiner, prosedyrer og retningslinjer er gode verktøy for å sikre god kvalitet. Men det må også settes av tid til å oppdatere og vedlikeholde og sette disse rutinene».

4.2.3 System for opplæring i internkontrollsystemet

Enhetsleder har forklart at det særlig er avvikshåndtering, tilbakemeldinger fra pårørende og innspill fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud som har hatt et stort fokus ved Grinitun. Når det gjelder opplæring i internkontrollsystemet så foregår det som «en til en» opplæring, hvor for eksempel en erfaren medarbeider gir opplæring til en nytilsatte. Dersom det oppstår behov for ytterligere opplæring av den enkelte så håndteres det der og da. Blir det avdekket at noe ikke fungerer så legges det ut informasjon i Teams, blant annet gjennom informasjonsbrev, men like gjerne som korte meldinger som går til alle ansatte eller grupper av ansatte. Enhetsleder har også opplyst om at nyansatte får utdelt heftet «Velkommen til Grinitun».

Ledelsen ved Gritun har utarbeidet og bruker en huskeliste, som fungerer som en oversikt over hvilke opplæringstiltak den enkelte ansatte har gjennomført. Hver enkelt skal krysse av om man har hatt opplæring/ikke hatt opplæring i alt fra ulike IT-systemer til medisinkurs. Et av områdene denne listen beskriver er at den ansatte skal ha opplæring i er Kvalitetslosen (Compilo), som er kommunens kvalitetssystem. Revisjonen har også fått oversendt lister, gruppert for den enkelte boenhet, som viser hvilke kurs og opplæringstiltak hver enkelt ansatt har deltatt på.

4.2.4 System for å sikre riktig kompetanse

Enhetsleder opplyser om at det viktigste tiltaket for å sikre riktig kompetanse hos medarbeiderne ved Gritun er å ansette faglig kvalifisert arbeidskraft ved nyansettelser. Det vil si at man ansetter sykepleiere i sykepleierstillinger og helsefagarbeidere i helsefagarbeiderstillinger. Ut over dette så foregår det opplæring gjennom Norsk Helseinformatikk AS (NHI.no) sin kursplattform for helsepersonell. Fra enhetsleder sin side har man forsøkt å motivere de ansatte til å ta e-læringskurs ved at de ansatte belønnes med en gave etter å ha tatt tre kurs. Enhetsleder opplyser om at det ikke er utarbeidet en kompetanseplan for virksomheten, men virksomhetens ledelse har god oversikt over de ansattes kompetanse og eventuelle behov for kompetansepåfyll. Ved Gritun brukes turnusprogrammet «Gatsoft pro». Her lages det bemanningsplaner for alle avdelinger. Kompetansebehovet dokumenteres her. Enhetsleder opplyser at med unntak av avdeling 3, som deler sykepleier med avdeling 2, er det planlagt sykepleier på alle avdelinger dag og kveld. Om natten er det minst en sykepleier på huset. Denne har alle avdelinger som sitt ansvarsområde. Enhetsleder forklarer at ved fravær, og situasjoner hvor det ikke er sykepleier på alle avdelinger, så er det utarbeidet rutine for hvordan dette håndteres. Dette er rutinen «Kun en sykepleier på vakt».

Enhetsleder opplyser om at ledelsen ved Gritun har fokus på kompetanseheving og opplever at sykepleiere er en mangelvare. Revisjonen blir opplyst om at Gritun for tiden har et par sykepleiere som er utdannet fra Filipinene. Disse mangler noen fag før de kan få autorisasjon som sykepleiere i Norge. De har søkt om permisjon med lønn for å fullføre det siste året av utdanningsløpet. Enhetsleder gir uttrykk for at hun opplever det som et stort dilemma at man ikke har tilstrekkelige økonomiske midler til dette, og derfor ikke kan gi permisjon med full lønn. Ledelsen ser for tiden på hvordan de kan løse dette ved delvis permisjon og tilrettelegging.

Enhetsleder forteller at mange av pasientene på sykehjemmet er demente og hun gir uttrykk for at det trengs mer kompetanse i forhold til dette. Hun ser også at man har for liten kompetanse på psykisk syke eldre. Det er søkt Fylkesmannen om kompetansehevende midler i forhold til dette og man har fått midler til å ha «ABC-demenskurs» for 18 ansatte, videreutdanning for 1 helsefagarbeider og 1 sykepleier i demens/alderspsykiatri. En ansatt skal videreutdannes i palliasjon, det vil si pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom.

Enhetsleder opplyser at mange ansatte med innvandrerbakgrunn kommuniserer for dårlig både skriftlig og muntlig. Hun forteller at dette er noe de erfarer daglig. Hun forteller også at man har registrert avviksmeldinger på dette. For å utbedre dette er det inngått et samarbeid med Kompetanse Norge. Det skal avholdes kurs i perioden 01.09.20 til 01.06.21. Målet er at deltagerne våren 2021 skal kunne ta eksamen i Norsk B som vil gi dem mulighet til å videreutdanne seg i eksempelvis sykepleie. Enhetsleder forteller også at mange ansatte ikke er tilstrekkelig gode på datatekniske ferdigheter. Det jobbes med en felles kompetanseplan for sykehjemmene.

4.2.5 System for å nyttiggjøre seg av de ansattes kompetanse

Enhetsleder orienterer revisjonen om at det viktigste tiltaket, for å nyttiggjøre seg av den ansattes kompetanse, dreier seg om den kulturen som er skapt ved virksomheten. Det er ifølge enhetsleder skapt en kultur for læring, en kultur hvor det er OK å si ifra. Denne kulturen er skapt blant annet gjennom personalmøtene som arrangeres. Møter med tillitsvalgte og verneombud brukes også i arbeidet for å øke kvaliteten på tjenesten. Det gjennomføres også egne møter med nattevaktene for å få synliggjøre de særlige utfordringene som disse vaktene kan ha. Det gjennomføres også egne møter med sykepleierne. Et eksempel på at en ansatts kunnskaper og kompetanse blir nyttiggjort av hele virksomheten, er at det er en helsefagarbeider som er smittevernkontakt. Denne ansatte har hele virksomheten som arbeidsfelt, og slik sett drar hele virksomheten veksler på denne medarbeiderens kompetanse og kunnskap.

4.2.6 System for innsamling og bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Enhetsleder har informert om at samarbeid med pårørende er essensielt i forbedringsarbeidet ved Grinitun. Både avdelingsledere, primærkontakter og ansatte har kontakt med pårørende i form av møte når pasienten får plass på sykehjemmet. Det er en målsetting at man skal ha pårørende-møter vår og høst. Denne systematikken er ikke innarbeidet for alle beboerne. Innspill og spørsmål fra pårørende gjenspeiles blant annet i informasjonsbrevne som blir sendt ut. Det settes også på plass møter med pårørende når de ønsker det. Det er telefonkontakt med pårørende, både i form av at de tar kontakt med Grinitun og at Grinitun tar kontakt med pårørende. Det har også vært planlagt pårørendemøte høsten 2020, men koronapandemien har satt en foreløpig stopp for dette.

Enhetsleder opplyser om at mange av prosedyrene som brukes ved Grinitun inneholder bestemmelser knyttet til kontakt med pårørende. Prosedyren «Pårørendesamtale» er et eksempel på dette. Revisjonen har blitt forelagt denne rutinen. Formålet med denne rutinen beskrives å være at pasientene ved Grinitun og HBBS skal oppleve trygghet og respekt i det daglige og forutsigbarhet i forhold til tjenestetilbudet ved Grinitun. Gjennom pårørendesamtalen skal personalet bli kjent med den enkelte pasient og dennes pårørende. Prosedyren legger opp til at alle nye pasienter og deres pårørende skal få tilbud om en pårørendesamtale. Denne samtalen skal gjennomføres ved hjelp av en sjekklister som er utarbeidet spesielt for denne samtalen. I samtalen skal skjema for bakgrunnsopplysninger om pasienten gjennomgås og fylles ut. Pasientens primærkontakt skal lage et resyme som legges inn i virksomhetens fagsystem, Gerica. Alle medarbeidere skal være kjent med dette resymeet, som utgjør en del av tiltaksplanen for den aktuelle pasient.

Enhetsleder har opplyst om at pårørende kan fylle ut et skjema med tilbakemeldinger anonymt eller med navn som de kan legge i en postkasse ved inngangspartiet på Grinitun. Revisjonens kontroll viser at henvendelsen kan fremmes anonymt dersom det er ønskelig. I slikt tilfelle presiseres det at ledelsen ikke vil være i stand til å gi direkte tilbakemelding til den som melder inn en sak eller et behov. Hensikten med dette systemet beskrives å være at man ønsker å ha en kanal hvor pårørende og pasienter kontinuerlig kan gi tilbakemelding, med det mål for øyet at kvaliteten på tjenestene ved Grinitun og HBBS skal forbedres. Utfylte skjemaer skal legges i egen postkasse og tilbakemeldingene behandles i virksomhetens ukentlige ledermøter.

Enhetsleders erfaring er at de som har innspill velger å formidle det til ansatte eller ledere. Hun opplyser om at det ved to tilfeller det siste året, etter at pårørende har henvendt seg til Fylkesmannen, er blitt opprettet sak. Klager og tilsynssaker behandles i ledergruppen og formidles til de ansatte som har vært involvert, det formidles også til ansatte for øvrig på en hensiktsmessig måte. Enhetsleder forteller at man er opptatt av hva man kan lære av disse sakene og dermed hva man kan gjøre bedre i fortsettelsen.

4.2.7 Risiko- og sårbarhetsanalyser

Enhetsleder har informert revisjonen om at det er gjennomført tre ROS-analyser ved Grinitun det siste året. En vedrørende brannsikkerhet og en annen knyttet til Koronasituasjonen. Det ble også gjennomført en ROS-analyse i forbindelse med etableringen av bogruppe 4 høsten 2019. Selve analysen er ikke ferdigstilt som et fullverdig dokument, men områder for risiko ble avdekket. Bogruppe 4 var i delvis drift fra 18 desember 2019, men med full avdeling og full bemanning fra 7. januar 2020. Enhetsleder forteller at med unntak av ROS-analysen for brannsikkerhet har de andre analysene vært arbeidet med over lengre tid slik at det har blitt planlagt, iverksatt, evaluert og endret etter hvert som behovet har endret seg og man har gjort seg erfaringer som gjør at ytterligere endringer er nødvendig. I tillegg til de ROS-analysene som er gjennomført er det identifisert behov for ytterligere to risiko- og sårbarhetsanalyser. Den ene vil omhandle skade på pasient, og den andre vil vurdere risikoen for vold mot andre pasienter og ansatte.

Enhetsleder forteller at det er en vedvarende utfordring at uansett hvor mye, og hvordan man informerer ansatte, så vil det være ansatte som ikke leser informasjon og er oppdatert. Dette gjelder særlig ansatte i de minste stillingene og som har arbeid andre steder, eller er studenter. Informasjonsutveksling og samhandling er også et område som vil bli prioritert for ROS-analyse fremover.

Revisjonen har fått oversendt risiko- og sårbarhetsanalyser fra ledelsen ved Grinitun. Den ene analysen som er oversendt vedrører den nye boriggen ved Grinitun. Risiko- og sårbarhetsanalysen vurderer i alt 24 ulike mulige hendelser innenfor kategoriene *HMS*, *Organisasjon/Internt* og *Tjeneste/Bruker*. I forhold til den siste kategorien så er risiko og sårbarhet ved for eksempel følgende mulige hendelser blitt vurdert:

- Akutte situasjoner.
- Fare for knapp bemanning.
- Fare for fall.
- Alarmsystem for pasienter.

For alle hendelser som er vurdert har man forsøkt å anslå hvor ofte de skjer innenfor kategoriene daglig, ukentlig, månedlig og sjeldnere. På tilsvarende vis er konsekvensene av hendelsene vurdert innenfor kategoriene ubetydelig, mindre alvorlig, alvorlig og svært alvorlig. I de tilfeller hvor det er vurdert som nødvendig å iverksette tiltak så er disse tiltakene beskrevet i et eget kommentarfelt.

Revisjonen har også kontrollert dokumentet «ROS analyse Brannsikkerhet Grinitun». Enhetsleder har opplyst om at denne ROS-analysen ble utarbeidet i november 2019. Følgende risikoer er vurdert i dokumentet

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Svikt i branntekniske installasjoner. | 6. Svikt i rømningsveier. |
| 2. Svikt i branndører. | 7. Manglende brannvernopplæring. |
| 3. Svikt i branncellebegrensende konstruksjoner. | 8. Svikt i gassanlegg. |
| 4. Svikt i elektriske anlegg. | 9. Matlaging – brann. |
| 5. Uvettig omgang med ild. | 10. Brann i nærliggende bygg. |

Hver enkelt av disse risikoene er vurdert med hensyn til sannsynlighet for at en eventuell hendelse kan oppstå, og den eventuelle konsekvensen dette ville kunne medføre.

Revisjonen har også fått oversendt den risiko- og sårbarhetsanalysen som ble utarbeidet ved utbruddet av korona-pandemien i februar/mars 2020. Dokumentet er utarbeidet av ledelsen ved Grinitun og HBBS

i samarbeid med sykehjemslegen, tillitsvalgte og verneombud. Denne ROS-analysen med tilhørende tiltaksplan er utarbeidet i tidsrommet 9. mars – 26. april 2020. Utarbeidelsen av denne ROS-analysen forankres i arbeidsmiljølovens § 3-1 og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6-g, hvor det slås fast at farer og problemer i virksomheten skal kartlegges, risikoforholdene vurderes og det skal opparbeides oversikt over faremomenter og avvik. Dokumentet vurderer risiko og foreslår tiltak på følgende områder:

- Smittevern og hygiene.
- Smittevern og sosiale forhold.
- Medisiner, forbruksmateriell og medisinsk utstyr.
- Tilgjengelige ansatte i samsvar med arbeidsmengde.
- HMS.
- Informasjon.

I innledning til dokumentet under overskriften «Behov for risikovurdering» understrekes det at koronapandemien utgjør en alvorlig fare for liv og helse. Særlig for eldre mennesker og mennesker med underliggende sykdomstilstander. Beboerne på sykehjemmet er særlig utsatt. Gjennom utarbeidelsen av en risikoanalyse og tiltaksplan vil man sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp, ivareta personalet på sykehjemmet og forhindre videre smitte.

I dokumentet fremkommer det at dette er en ROS analyse som skal danne grunnlag for å sikre gode og trygge rutiner, samt nødvendige forsyninger ved fare for utbrudd av Covid-19 ved Gritun og HBBS. Det presiseres at sykehjemmenes beboere er særlig utsatt for Covid-19. Gjennom risikovurdering og tiltaksplan vil man sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp, ivaretagelse av personell og forebyggende videre smitte.

4.2.8 System for forbedringsarbeid

Enhetsleder forklarer at det er innkomne avviksmeldinger som danner grunnlaget for evaluering av rutiner og prosedyrer. Referater fra personalmøter, ledermøter og informasjonsskriv til ansatte, samt informasjon på Teams vil vise de endringer og tiltak som er gjort for at praksis skal være i overensstemmelse med eksisterende prosedyrer og rutiner.

Revisjonen er av enhetsleder opplyst om at avviksmelding og avviksbehandling skjer i kvalitetssystemet Compilo. Alle ansatte kan melde avvik. Leder har 5 dager til å lese og 21 dager til å gi en tilbakemelding. Avvik må ikke lukkes med en gang dersom det er behov for litt tid for å finne aktuelle og hensiktsmessige tiltak. Tiltak og kommentarer skrives som regel i kommentarfeltet slik det har blitt gjort i Spydeberg tidligere.

Målet for avviksbehandlingen er å:

- redusere risikoen for uønskede hendelser og tilstander.
- få et sikrere arbeidsmiljø.
- få høyere produktivitet gjennom reduserte stans, sykefravær, svinn og tap.
- få mer fornøyde medarbeidere.
- sikre bedre måloppnåelse.
- forhindre at de samme avvikene skjer flere ganger.

Revisjonen har fått oversendt rutinen «Melding og behandling av avvik i Indre Østfold kommune». Formålet med prosedyren skal være å sikre at avvik meldes når dette er påkrevet, samt at avvikene sikres

tilstrekkelig oppfølging. Prosedyren er utarbeidet for hele organisasjonen, det vil si alle kommunalområder med tilhørende seksjoner, virksomheter og avdelinger. Det slås fast at alle ansatte skal melde avvik når dette er nødvendig. Avvik defineres i denne prosedyren som «(...) manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov». Det fremkommer videre at avvik skal meldes i kvalitetssystemet Compilo. Rutinen bekrefter enhetsleders beskrivelse av metodikken. Det er nærmeste leder, som innenfor en frist av fem dager, skal ha lest avviket. Leder har en frist på 21 dager for å gi den som har meldt avviket en tilbakemelding knyttet til avviksmeldingen. Det presiseres at ikke alle avvik kan lukkes innenfor dette tidsrommet, men tiltak må være planlagt innen denne fristen. Om avviket ikke er lest og tilbakemelding gitt til den som meldte avviket, vil avviket automatisk varsles til neste leder og i siste instans rådmannen. Det er videre bestemt at alle avvik skal arkiveres og at innmeldte avvik skal utgjøre en del av dokumentasjonen ved utarbeidelse av risiko og sårbarhetsanalyser. Avviksstatistikk skal behandles i alle relevante ledermøter.

Revisjonen har fått oversendt en oversikt over samtlige meldte avvik ved Grinitun og HBBS for perioden 1. januar – 18. august. I alt 112 avvik er registrert. På det tidspunktet hvor rapporten ble skrevet ut (18. august) hadde 13 innmeldte avvik statusen «under behandling». Den eldste av disse var innmeldt 9. juni. Ett innmeldt avvik var registrert som «ulest». Dette avviket var innmeldt 31. juli.

4.2.9 System for evaluering og korrigerende av internkontrollsystemet

Enhetsleder kjenner ikke til om internkontrollen ved sykehjemmet gjennomgås og diskuteres på strategisk ledernivå i Indre Østfold kommune. Smitteverntiltak, bruk av munnbind og besøk på sykehjem har vært diskutert mye, gitt den smittesituasjonen man har stått oppe i. Enhetslederen er av den oppfatning at det ikke har vært mye fokus på internkontrollsystemet. Hun opplyser revisjonen om at dersom et eller annet mangler i internkontrollsystemet for Indre Østfold kommune, så benyttes det som fantes for Spydeberg kommune.

Revisjonen har gjennomgått i alt 25 referater fra ledermøter ved Grinitun og HBBS fra perioden 9. januar til 20. august. Som hovedregel har man hatt et ledermøte pr. uke i denne perioden. En gjennomgang av referatene viser at kvalitetssystemet Compilo har vært oppe til diskusjon og drøfting med jevne mellomrom i perioden. Gjennomgang av innrapporterte avvik er en fast post i ledermøtene. Det samme gjelder orienteringer om personalsituasjonen med hensyn til sykefravær, vakante stillinger også videre. Kompetanse og kompetansebehov blant de ansatte har også vært et tema som har kommet opp i ledermøtet ved flere anledninger. Revisjonen registrer også at ledergruppen ved flere anledninger har diskutert hvilke informasjonstiltak som skal iverksettes overfor ansatte, beboere og pårørende. Gjennomgangen av referatene fra ledermøtene har naturlig nok vist at håndteringen av koronapandemien har utgjort en stor del av ledermøtene fra slutten av februar og gjennom hele den kontrollerte perioden.

I forbindelse med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har revisjonen også kontrollert referatene fra i alt 4 medbestemmelsesmøter (MBA-møter) som er avholdt i tidsrommet 26. mars – 20. august. Også denne møtearenaen har vært preget av koronapandemien. Av andre saker som har blitt behandlet i medbestemmelsesmøtene registrer revisjonen at gjennomgang av HMS-avvik har vært en gjentakende sak i møtene. Det samme gjelder for statusgjennomgang sykefravær og drift. Vi kan også lese ut av referatene at kompetansebehov, samt etter- og videreutdanning har vært temaer i flere av MBA-møtene.

4.3 Revisors vurderinger

4.3.1 Organisering, ansvar, mål og myndighet

Revisjonens kontroll viser at Indre Østfold kommune har utarbeidet organisasjonskart som beskriver den overordnede organiseringen ved Grinitun. Av dette organisasjonskartet fremgår det også hvem det er som er enhetsleder ved Grinitun, samt hvem det er som er avdelingsleder ved de fire bogrupperne på sykehjemmet. I de oversendte organisasjonskartene fremkommer også Grinituns organisatoriske plassering i Indre Østfold kommune. Revisjonen vurderer at de fremlagte organisasjonskart på en hensiktsmessig måte beskriver Grinituns organisering og Grinituns organisatoriske plassering i kommunen.

Revisjonen har også kontrollert kommunens administrativt vedtatte delegeringsreglement. I dette dokumentet beskrives den myndighet som er delegert til det enkelte ledernivå. Enhetsleder har i henhold til dette dokumentet fullt resultatansvar for sin enhet. Dette betyr at enhetslederne er delegert det fulle og hele økonomi- og personalansvar for sine enheter. Det fremgår også av reglementet at det er enhetsleder som saksbehandler og avgjør saker innenfor sitt område, innenfor gjeldende regler og retningslinjer. Det fremkommer av samme dokument at avdelingslederen har det daglige driftsansvaret for sin avdeling. I dette ligger det at avdelingslederen har økonomi- og personalansvar i henhold til det som er avtalt med enhetsleder og eventuelt nedfelt i lederavtale. Revisjonen vurderer at delegeringsreglementet på en klar måte beskriver det ansvar og den myndighet som er delegert til ulike ledernivå i Indre Østfold kommune.

Revisjonens undersøkelse viser at det er utarbeidet flere måldokumenter for Grinitun. På et overordnet nivå foreligger dokumentet «Måldokument for helse og velferd». Det fremkommer ikke av det oversendte dokumentet hvorvidt dette er et administrativt eller politisk vedtatt dokument. Revisjonen vurderer det som uheldig at det ikke fremkommer hvilket organ, politisk eller administrativt, som har vedtatt dette dokumentet. Revisjonen har også kontrollert dokumentet «Kvalitetsmål i institusjon». Dette dokumentet stadfester målsettingene på institusjonsnivå. Dette er ikke et dokument som kun har gyldighet for Grinitun alene, men et dokument som gjelder for alle institusjonene i kommunen. Revisjonen vurderer at det i Indre Østfold kommune er etablert et målhierarki som på en hensiktsmessig og tydelig måte beskriver hva som er de kvalitetsmessige målsettingene for Grinitun.

Det er i disse måldokumentene ikke nedfelt eksplisitte mål for forbedringsarbeidet. Dette vurderer revisjonen som uheldig. I henhold til Helsedirektoratets arbeid med pasientsikkerhetsarbeid⁸ så er det nødvendig og viktig å definere mål for forbedringsarbeidet. Det bør etter Helsedirektoratets mening settes klare og tydelige mål for hva man vil oppnå. Et godt mål er en viktig motiverende faktor, og bør derfor være utfordrende, inspirerende og samtidig realistisk. Målet skal beskrive hvor stor forbedring man skal oppnå lokalt. Det er viktig at målet for arbeidet er avklart med ledelse og forankret det helsepersonell som berøres av endringene. Revisjonens undersøkelse har vist at det er satt på plass et system og at det gjennomføres forbedringsarbeid ved Grinitun, se kapittel 4.2.8. Revisjonen anbefaler likevel Indre Østfold kommune å vurdere om man bør utarbeide målsettinger for forbedringsarbeidet ved virksomheten.

⁸ <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/for-deg-som-skal-i-gang-med-et-forbedringsarbeid#maal>, 18.01.2021 kl 1256

4.3.2 System for rutiner og kunnskapsformidling

Revisjonens undersøkelse viser at Indre Østfold kommune benytter seg av kvalitetssystem Compilo i sitt internkontrollarbeid. Aktuelle lover og forskrifter, samt interne rutiner og prosedyrer er samlet i dette systemet. Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har tatt i bruk et kvalitetssystem for å sikre ansatte tilgang til relevante lover og forskrifter. Revisjonen vurderer det også som positivt at systemet brukes for å samle informasjon spesifikt rettet mot Grinitun.

Revisjonen vurderer det som positivt at det ved Grinitun/HBBS er igangsatt et arbeid for å samkjøre prosedyrer og rutiner. Dette utviklingsarbeidet bygger på prinsippet om at pasientens grunnleggende behov skal stå i sentrum. Revisjonen registrer også at ledelsen ved Grinitun har en målsetting om å utvikle en mappestruktur i Compilo som fremstår som intuitiv og logisk, for på den måten å gjøre den enkelte medarbeiders bruk av systemet så enkel som mulig. Også dette vurderer revisjonen som positivt og viktig. Revisjonen vil i denne sammenheng peke på at det kan være hensiktsmessig å etablere en lik mappestruktur for alle enheter i helse- og omsorg. Dette vil gjøre det enklere for den enkelte medarbeider å flytte mellom ulike enheter i kommunen.

Revisjonen legger merke til at enhetsleder ved Grinitun gir uttrykk for at arbeidet med Compilo ikke er kommet så langt som man kunne ønske. Enhetslederen gir uttrykk for at det er et behov for å lage overordnede prosedyrer på områder der det ville være naturlig. Revisjonen anser dette som et viktig innspill fra enhetsleder og anbefaler Indre Østfold kommune å vurdere om det bør iverksettes et arbeid for å utarbeide overordnede prosedyrer innenfor tjenesteproduksjon av helse- og omsorgstjenester.

Revisjonen vurderer det som positivt at det er nedfelt i arbeidsbeskrivelsen for sykepleierne ved Grinitun at det i arbeidsbeskrivelsen er nedfelt at medarbeidere skal «gjøre seg kjent med virksomhetens vedtatte planer, prosedyrer og rutiner». Like viktig mener revisjonen det er at arbeidsbeskrivelsen inneholder retningslinjer som gir sykepleierne et veiledningsansvar og opplæringsansvar for studenter, elever og lærlinger.

Revisjonens undersøkelse viser at det ved Grinitun sendes ut informasjonsbrev fra ledelsen til de ansatte. Revisjonens kontroll av i alt 10 informasjonsbrev fra perioden 17.01 – 24.08.20, viser at ledelsen ved Grinitun har brukt dette informasjonsbrevet til å orientere ansatte om en rekke forhold knyttet til driften av sykehjemmet. Revisjonen registrerer for eksempel at informasjonsbrevet er blitt brukt både til opplæring i hvordan man skal melde avvik og opplæring knyttet til kvalitetssystemet Compilo som sådan. Brannvern og rutiner knyttet til dette er også et tema som har blitt berørt. Revisjonen anser dette for å være en viktig informasjonskanal fra ledelsen til de ansatte.

I revisjonens spørreundersøkelse svarte 21 av 24 respondenter at rutiner, prosedyrer og retningslinjer enten i middels, stor, eller i svært stor grad, er gode verktøy for å sikre god kvalitet i sykehjemstjenesten. Revisjonen vurderer dette som en sterk indikasjon på at Grinituns rutiner, prosedyrer og retningslinjer er kjent blant de ansatte og at de ansatte i all hovedsak opplever dette å være viktige verktøy i egen arbeidssituasjon.

4.3.3 System for opplæring i internkontrollsystemet

Ledelsen ved Grinitun har utarbeidet og bruker en huskeliste, som fungerer som en oversikt over hvilke opplæringstiltak den enkelte ansatte har gjennomført. Hver enkelt skal krysse av om man har hatt opplæring/ikke hatt opplæring i alt fra ulike IT-systemer til medisinkurs. Et av områdene denne listen beskriver er at den ansatte skal ha opplæring i er Kvalitetslosen (Compilo), som er kommunens kvalitetssystem. Revisjonen har også fått oversendt lister, gruppert for den enkelte boenhet, som viser hvilke kurs og opplæringstiltak hver enkelt ansatt har deltatt på.

Revisjonen vurderer med bakgrunn i denne informasjonen at det er etablert et system for opplæring i internkontrollsystemet ved Grinitun.

4.3.4 System for å sikre riktig kompetanse

Revisjonen registrer at det viktigste tiltaket for å sikre riktig kompetanse hos medarbeiderne ved Grinitun er å ansette faglig kvalifisert arbeidskraft ved nyansettelser. Revisjonens undersøkelse viser at det ikke er utarbeidet kompetanseplan for virksomheten. Virksomhetens ledelse mener likevel at de har god oversikt over de ansattes kompetanse og eventuelle kompetansebehov. Revisjonen vurderer det som uheldig at Grinitun ikke har utarbeidet en kompetanseplan for virksomheten. Riktig og god kompetanse vil kunne sikre Grinitun og Indre Østfold kommune kvalitet i tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass. Det er etter revisjonens syn rimelig å anta at en bevisst, systematisk og strategisk satsing på kompetanse vil være viktig for at kommunene skal lykkes både som samfunnsutvikler og som velferdsprodusent. Systematisk kompetanseutvikling krever bevisst tenkning og handling rundt tiltak som skal heve sektorens og kommunens kompetanse. Den KS utviklede modellen «Strategisk kompetanseplanlegging»⁹ er et eksempel på en tilnærming som kan brukes.

Revisjonen vurderer det som positivt at virksomhetens kompetansebehov dokumenteres i «Gatsoft Pro». Revisjonen vurderer også at det positivt at virksomheten har valgt seg en kursplattform for etterutdanningen av helsepersonellet. Revisjonen vurderer det også som positivt at enhetsleder motiverer de ansatte til å ta e-læringskurs og at dette belønnes fra ledelsens side.

Revisjonens undersøkelse viser at ledelsen ved Grinitun har klare oppfatninger av hvilke kompetansemessige utfordringer virksomheten står overfor. Det pekes for eksempel på at det er behov for kompetanseheving i forhold til demens og psykisk sykdom hos eldre, men ledelsen peker også på at man har språkutfordringer i forhold til ansatte med innvandrerbakgrunn. Revisjonen vurderer det som positivt at ledelsen har en tydelig oppfatning av kompetansebehovet og anbefaler at Grinitun og Indre Østfold kommune vurderer å adressere disse utfordringene gjennom et strategisk kompetanseutviklingsarbeid hvor utarbeidelse av kompetanseplan kan være et av flere tiltak.

4.3.5 System for å nyttiggjøre seg av de ansattes kompetanse

Revisjonen legger merke til at det er utviklingen av en hensiktsmessig bedriftskultur som er det viktigste tiltaket for å nyttiggjøre seg av de ansattes samlede kompetanse. Dette fordrer en kultur hvor læring settes i fokus og hvor det å si ifra om forhold man mener bør endres blir verdsatt. Revisjonen mener det er positivt at ledelsen ved Grinitun har dette perspektivet på egen bedriftskultur. Revisjonens undersøkelse viser at det også på andre områder legges opp til å bruke ansattes kompetanse. Et eksempel på dette er

⁹ <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>, 19.01.2021 kl 10.23

allerede nevnt i forrige delkapittel, hvor det altså legges opp til at sykepleierne har som en av sine oppgaver å delta i opplæringen av nyansatte, studenter og lærlinger. Revisjonen er også av den oppfatning at gitt den forutsetning at man trenger kompetanse for å avdekke avvik, så vil også avvikshåndteringen ved Grinitun være et eksempel på at ledelsen ved sykehjemmet bruker de ansattes kompetanse og erfaringer i driften av sykehjemmet. Revisjonen vurderer med bakgrunn i dette at det er satt på plass systemer som sikrer at de ansattes samlede kunnskaper blir benyttet i driften av sykehjemmet.

4.3.6 System for innsamling og bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Revisjonens undersøkelse viser at det er iverksatt en rekke tiltak fra virksomhetens side, for å sikre at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet ved Grinitun. Allerede da pasienten tildeles plass på sykehjemmet begynner man dette arbeidet, ved at man har kartleggingsmøter med sykehjemmet og pårørende. I tillegg til dette legges det opp til at man skal ha møter med pårørende vår og høst. Revisjonen legger merke til at denne systematikken ikke fullt ut er på plass for alle beboere. Revisjonens kontroll av informasjonsbrev distribuert til de pårørende viser at innspill og spørsmål fra pårørende er et av temaene som behandles i informasjonsbrevene. Revisjonen oppfatter det som positivt at pårørende får møte med sykehjemmet ved behov, enten i form av konkrete møter eller som telefonhenvendelser.

Revisjonens kontroll viser at flere av prosedyrene som brukes ved Grinitun inneholder bestemmelser knyttet til kontakt med pårørende. Prosedyren «Pårørendesamtale» er et eksempel på dette. Dette vurderer revisjonen som positivt. Revisjonen har også lagt merke til at pårørende oppfordres til å gi tilbakemeldinger i postkassen som er plassert ved inngangspartiet på Grinitun. Revisjonens kontroll viser at henvendelsen kan fremmes anonymt dersom det er ønskelig. Revisjonen har lagt merke til enhetsleders erfaring, som er at de som har innspill velger å formidle det til ansatte eller ledere. Revisjonen vurderer dette som positivt og anser dette som en indikasjon på at pårørende opplever kommunikasjonen med ledelsen av sykehjemmet som god. Dette underbygges av de tilbakemeldingene som revisjonen fikk i intervju av pårørende, som ga uttrykk for at informasjonsflyten og kommunikasjonen mellom Grinitun og de pårørende, i all hovedsak ble oppfattet som positiv (se delkapittel 5.2.1).

Revisjonen vurderer med bakgrunn i dette at det er satt på plass systemer som sikrer at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet ved Grinitun sykehjem.

4.3.7 Risiko- og sårbarhetsanalyser

Revisjonens kontroll viser at det er gjennomført tre ROS-analyser ved Grinitun det siste året. En analyse vedrørende brannsikkerhet og en annen knyttet til koronasituasjonen. I tillegg til disse to gjorde man en ROS-analyse i forbindelse med etableringen av bogruppe 4 høsten 2019. Denne siste analysen fremstår ikke som ferdigstilt dokument, men områder for risiko ble avdekket. Revisjonen vurderer det som positivt og viktig at disse ROS-analysene foreligger. På samme måte mener revisjonen det er viktig at ledelsen ved Grinitun har identifisert behovet for ytterligere to risiko- og sårbarhetsanalyser. En av disse vil omhandle risikoen for skade på pasient, og den andre vil vurdere risikoen for vold mot andre pasienter og ansatte. I og med at ledelsen ved Grinitun har identifisert et behov for ytterligere to ROS-analyser anser revisjonen at ledelsen ved Grinitun, og med Indre Østfold kommune, har skaffet seg en oversikt over hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Revisjonen finner det riktig å peke på at vurderinger av behovet for ROS analyser ikke må være en engangs foreteelse. Risikobildet endres over tid, og derfor bør vurderingene av hvorvidt man har behov for ROS-analyser være en kontinuerlig og dynamisk prosess.

4.3.8 System for forbedringsarbeid

Revisjonens kontroll viser at det er registrerte avviksmeldinger som danner grunnlaget for evaluering av rutiner og prosedyrer. Det er kvalitetssystemet Compilo som benyttes til registrering av avviksmeldinger. Det er også i Compilo at man kan følge fremdriften i avviksbehandlingen. Revisjonens undersøkelse har også vist at det er utarbeidet en egen rutine for avviksmelding i Indre Østfold kommune. Denne rutinen er utarbeidet for hele organisasjonen. Det slås fast at alle ansatte skal melde avvik når dette er nødvendig. Avviksstatistikk skal behandles i alle relevante ledermøter. Revisjonen vurderer det som positivt og viktig at kommunens ledelse tydelig gir tilkjenne at innmelding av avvik, og håndtering av disse, er viktig for i forbedringsarbeidet. Revisjonen har i forbindelse med sin undersøkelse fått oversendt en oversikt over samtlige meldte avvik ved Grinitun og HBBS for perioden 1. januar – 18. august. Denne oversikten viser etter revisjonens vurdering at et system for forbedringsarbeid er på plass og at det er i bruk.

Revisjonen har, med bakgrunn i de undersøkelser som revisjonen har gjort, ikke grunnlag for å kunne si noe om det finnes avvik ved Grinitun som ikke er registrert. Revisjonen vurderer at den fremlagte dokumentasjon viser at Grinitun og Indre Østfold kommune har etablert et system for å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer og rutiner. Revisjonen har i delkapittel 4.3.1 beskrevet at det ikke er nedfelt målsettinger for forbedringsarbeidet. Revisjonen anbefaler derfor at kommunen vurderer om målsettinger for forbedringsarbeidet skal nedfelles skriftlig.

4.3.9 System for evaluering og korrigerende av internkontrollsystemet

Revisjonens undersøkelse av i alt 25 referater fra ledermøter ved Grinitun og HBBS, for perioden 9. januar til 20. august, viser at problemstillinger knyttet til kvalitetssystemet Compilo har vært oppe til diskusjon og drøfting med jevne mellomrom. Referatene viser også at innrapporterte avvik er en fast post i ledermøtene. Dette oppfatter revisjonen som positivt fordi dette viser at ulike sider ved internkontrollen stadig er oppe til vurdering ved Grinitun. Revisjonen vurderer at det gjennom systematisk håndtering av avvik er etablert et system for overvåking og gjennomgang av interkontrollen ved Grinitun.

Når dette er sagt har revisjonen bitt seg merke i at enhetsleder har gitt uttrykk for at arbeidet med kvalitetssystemet Compilo ikke er kommet så langt som man kunne ønske. Enhetsleder har gitt uttrykk for at det har vært ønskelig for enhetsledere og seksjonsledere i Helse og velferd å lage overordnede prosedyrer på områder der det ville være naturlig - eksempelvis prosedyrer som omhandler legemiddelhåndtering. Det har man i liten grad fått til fordi det ikke er avsatt ressurser til dette. Enhetsleder kjenner ikke til om internkontrollen ved sykehjemmet gjennomgås og diskuteres på strategisk ledernivå i Indre Østfold kommune. Revisjonen vil med bakgrunn i dette anbefale Indre Østfold kommune å vurdere hvorvidt man har den systematiske overvåking og gjennomgang av kommunens internkontrollsystem som er nødvendig, for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og at den bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.

4.4 Revisors konklusjon og anbefalinger

Basert på de undersøkelser og den gjennomgang revisjonen har gjennomført konkluderes det med at beboerne ved Grinitun får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Revisjonens undersøkelse viser likevel at det foreligger potensielle forbedringspunkter. Revisjonen fremmer derfor følgende anbefalinger:

Revisjonens anbefalinger er:

- Indre Østfold kommune bør vurdere om man skal utarbeide målsettinger for forbedringsarbeidet og nedfelle dette i virksomhetens og kommunens måldokumenter.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om det skal utarbeides overordnede prosedyrer innenfor tjenesteproduksjon av helse- og omsorgstjenester.
- Indre Østfold kommune bør vurdere å igangsette et strategisk kompetanseutviklingsarbeid hvor utarbeidelse av kompetanseplan kunne være et av flere tiltak.
- Indre Østfold kommune bør vurderer hvorvidt man har den systematiske overvåking og gjennomgang av kommunens internkontrollsystem, som er nødvendig for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og at den bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.

5 Ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov

Problemstilling 2: Får beboerne ved Grinitun sykehjem ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas og sikre at medisinske behov blir ivaretatt?

5.1 Revisjonskriterier

Hovedkilden for revisjonskriteriene til denne problemstillingen er Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) – FOR-2003-06-27-792. I tillegg til denne finnes det en rekke andre bestemmelser som relaterer seg til de grunnleggende behovene i kvalitetsforskriften. Kildene for disse mer presise revisjonskriteriene er:

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) - FOR-2010-11-12-1426
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) - FOR-1988-11-14-932
- Forskrift om legemiddelhåndtering - FOR-2008-04-03-320
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - FOR-2011-12-16-1256
- Rundskriv: I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Rundskriv: I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- Veileder: Legetjenester i sykehjem
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS – 1580
- St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen
- Demensplan 2015 «Den gode dagen», delplan til Omsorgsplan 2015

Fullstendig utledning av revisjonskriterier fremkommer av vedlegg 1 (kapittel 8.2).

Revisjonens har utledet følgende revisjonskriterier:

- 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.
- Beboerne ved Grinitun sykehjem skal motta faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell.
- Det skal være utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal være gjort kjent i virksomheten.
- Det skal finnes skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.
- Det skal finnes rutiner og prosedyrer som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.

- Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.
- Beboerne ved Gritun sykehjem skal:
 - ✓ Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett).
 - ✓ Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling.
 - ✓ Følge en normal døgnrytme.
 - ✓ Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning.
 - ✓ Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg.
- Beboerne ved Gritun skal:
 - ✓ få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.
 - ✓ få dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet.
- Beboere ved Gritun sykehjem bør ikke være alene i livets slutfase.
- Personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet på Gritun sykehjem.
- Beboerne på Gritun bør tilbys enkeltrom.

5.2 Revisors undersøkelse

5.2.1 Informasjon og brukermedvirkning

Revisjonen har kontrollert prosedyre for *Tun 1, Langtidsavdeling*. Under overskriften *Formål* i dette dokumentet slås det fast at pasientene ved Grinitun skal få dekket sine grunnleggende behov og at dette skal gjøres med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Det er de ansatte ved bogruppe 1, som har ansvar for at denne prosedyren settes ut i livet. Den enkelte pasients opplevelse av respekt, forutsigbarhet og trygghet skal oppnås ved at det gjennomføres innkomstsamtale hvor det blir innhentet bakgrunnsopplysninger om pasienten i henhold til egen sjekkliste. Det skal også oppnevnes en primærkontakt for pasienten. Det er utarbeidet en egen rutine for denne funksjonen. Pasientene skal få legevisitt to ganger pr. uke.

Når det gjelder målsettingen om at pasientene skal oppleve selvstendighet og styring av eget liv, så skal dette først og fremst oppnås ved at de ansatte respekterer pasientens behov og vaner. Det kan for eksempel dreie seg om vaner knyttet til leggetid, matpreferanser, toalettbesøk også videre. Den enkelte pasient skal oppmuntres til så langt som mulig å klare seg selv og gjennom dette ivareta egenomsorg. Hvilke behov den enkelte beboer har for bistand og hjelp i det daglige skal kartlegges og legges inn i individuell tiltaksplan. Den enkeltes ernæringsbehov skal ivaretas gjennom tre hovedmåltider pr. dag. Det er utarbeidet egen ernæringsprosedyre for Grinitun. I tillegg til hovedmåltidene skal det serveres en til to mellommåltider. Det skal serveres tilpasset kost til diabetikere, underernærte og andre beboere med spesifiserte behov. Dersom en beboer sliter med dårlig matlyst skal det tilbys det som beskrives som ønskekost. Altså kost som den aktuelle beboeren måtte ønske. I henhold til prosedyren skal beboerne veies på det tidspunktet de flytter inn på Grinitun, deretter skal vekten måles hver 2. mnd.

Pasientene sosiale behov skal ivaretas gjennom felles måltider og ulike former for fellesaktiviteter på dag, eller kveldstid. Slike fellesaktiviteter skal det opplyses om på informasjonstavlen som finnes på hver avdeling. Dersom en beboer ønsker ro, for eksempel i forbindelse med inntak av måltider, så skal det legges til rette for at pasienten kan innta måltidet på eget rom. Pasientene skal også ellers kunne oppholde seg på eget rom dersom det er ønskelig.

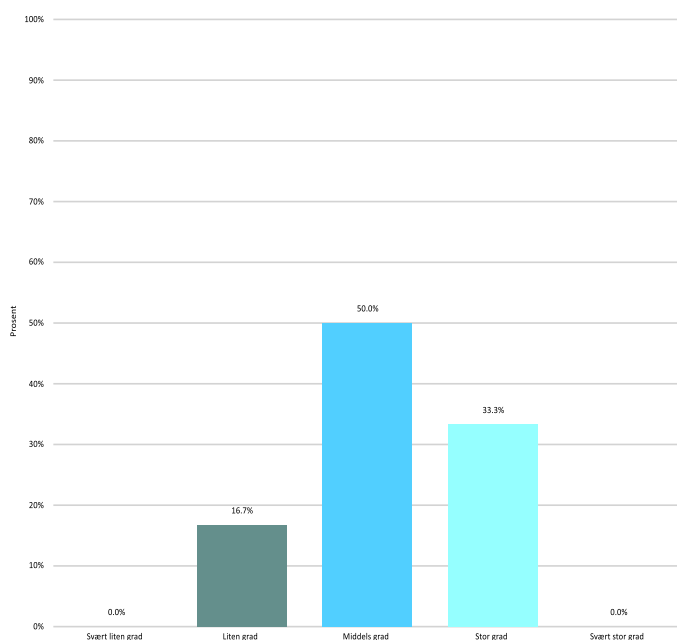
Hver enkelt beboer skal få dekket sin særskilte behov knyttet til personlig hygiene og toalettbesøk. Dette innebærer at Grinitun sine ansatte skal tilrettelegge og veilede den enkelte beboer, og om nødvendig tilby stell for de som ikke klarer hele eller deler av den personlige hygien og toalettbesøkene på egen hånd. Prosedyren fastslår også at beboerne ved Grinitun skal ha tilgang på lege og faste legevisitter. Det skal alltid være en sykepleier til stede på sykehjemmet, som skal kunne tilkalles dersom det oppstår usikkerhet knyttet til en pasients helsetilstand. Pasientene ved Grinitun skal også få ivaretatt sin munnhygiene. Grinitun samarbeider med tannklinikk og de ansatte skal følge anbefalingene fra tannpleier eller tannlege.

Prosedyren fastslår også at pasientene ved Grinitun skal ha en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Dette skal man oppnå ved at ingen skal dø alene, uansett hvilken tid det er på døgnet. De ansatte på Grinitun skal ha kompetanse på dødsprosessen og skal kunne vurdere om det er en forverring av pasientens tilstand. Ingen pasient skal være alene i denne fasen. Pasienten skal på dette tidspunkt være medisinsk avklart og smertefri. Det finnes også egne kriterier for bogruppe 2 og 3, samt skjermet enhet for personer med demens.

Det utpekes en egen primærkontakt for alle pasienter/beboere ved Grinitun og HBBS. Primærkontaktens oppgaver er synliggjort i egen prosedyre. Her fremkommer det blant annet at primærkontakten skal kalle

inn til pårørendesamtale så raskt som mulig for nye pasienter. Disse samtalen skal primærkontakten delta i sammen med leder. Det ligger til primærkontaktens oppgaver at denne skal ha jevnlig kontakt med pårørende. Det er primærkontakten som har ansvar for å utarbeide tiltaksplan pasienten. Det er også primærkontaktens oppgave å holde fagsystemet oppdatert for den pasient man er primærkontakt for. Det er primærkontakten som skal holde oversikt over pasientens kostvaner og ved behov varsle kjøkkenet. Primærkontakten skal også, sammen med pårørende, sørge for at pasienten har orden på klær, har de nødvendige toalettsaker osv. Primærkontakten skal også bestille frisør og fotpleie ved behov.

Rutine for pårørendesamtaler er det redegjort for under delkapittel 4.3.6. Formålet med denne rutinen er at pasientene ved Grinitun og HBBS skal oppleve trygghet og respekt i det daglige og forutsigbarhet i forhold til tjenestetilbudet ved Grinitun. Gjennom pårørendesamtalen skal personalet bli kjent med den enkelte pasient og dennes pårørende. Skjema som pasienter eller pårørende kan bruke for å bringe saker eller problemstillinger frem til ledelsen ved sykehjemmet er også kommentert i kapittel 4.3.6. Hensikten med dette systemet beskrives å være at man ønsker å ha en kanal hvor pårørende og pasienter kontinuerlig kan gi tilbakemelding, med mål om at kvaliteten på tjenestene ved Grinitun og HBBS skal bli enda bedre.



FIGUR 2: I hvilken grad opplever du at beboere og pårørende får medvirke til utforming og/eller endring av tjenestetilbudet? (N=24)

Av figur 2 kan vi lese at 20 av 24 respondenter mener at beboere og pårørende i middels eller stor grad får medvirke til utforming og/eller endring av tjenestetilbudet ved Grinitun.

I gruppeintervjuet med pårørende fikk revisjonen opplyst at informasjonsflyten og kommunikasjonen mellom Grinitun og de pårørende, i all hovedsak ble oppfattet som positiv. Det ble spesielt nevnt et pårørendemøte som ble gjennomført høsten 2019. Gjennomføringen av dette pårørendemøtet ble beskrevet som bra. Informasjon og presentasjon ble beskrevet som veldig ryddig. Flere av intervjuobjektene har erfart å bli tatt med på råd.

og ikke som en gruppe. Det ble fra flere av intervjuobjektene uttrykt et behov for å snakke med andre pårørende for å utveksle erfaringer. På et generelt grunnlag ble det gitt uttrykk for at de pårørende opplevde at de som jobber på Grinitun gjør en god jobb gitt de ressursmessige rammene som er stilt til disposisjon og den spesielle smittesituasjonen man har stått overfor i 2020.

På spørsmål fra revisjonen ble det påpekt at de pårørende som regel møter sykehjemmet og sykehjemsledelsen en og en,

Flere av intervjuobjektene ga uttrykk for, basert på egne erfaringer, at de gjennom kommunikasjonen med Grinitun har fått gjennomslag for ønsker knyttet til pleiesituasjonen. På denne måten har man opplevd å ha innflytelse over pårørendes bo- og pleiesituasjon. Ett av intervjuobjektene ga uttrykk for at det kunne oppstå språklige utfordringer mellom ansatte og beboere, slike utfordringer kunne skape frustrasjon hos beboerne.

På spørsmål fra revisjonen hvorvidt Grinitun oppleves som et trygt sted å være, var tilbakemeldingen fra de pårørende i gruppeintervjuet entydig. Grinitun ble oppfattet som et trygt sted å være for beboerne. I denne sammenheng ble det også pekt på at de ansatte ved Grinitun er profesjonelle med hensyn til håndtering av taushetsbelagte opplysninger.

5.2.2 Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling

Revisjonen har fått opplyst fra enhetsleder at legedekningen ved Grinitun består av at sykehjemslegen er tilstede 2 dager pr. uke. I tillegg til dette kommer turnuslege noen timer inne i mellom (dette styres fra enhetsleder for legetjenesten i kommunen). Den samme legen er på Hobøl bo- og servicesenter 2 dager i uken og han tar nødvendige sykebesøk på det sykehjemmet det er behov, Grinitun eller HBBS, uavhengig av om det er hans faste dag der. Sykehjemslegen er tilgjengelig på telefon frem til klokken 22 om kvelden dersom ansvarlig sykepleier vurderer at det er bedre å få avklaringer med ham over telefon enn å kontakte legevakt. Enhetsleder er av den oppfatning at legedekningen ved sykehjemmet er god nok. Enhetsleder viser til nasjonale standarder for legedekning i denne sammenheng. På landsbasis var antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem på 0,55 timer i 2019¹⁰. I Spydeberg var legedekningen på 0,39 timer pr. uke og for kommunene i Østfold var gjennomsnittet 0,68 timer pr. uke pr. beboer i sykehjem¹¹

Revisjonens kontroll viser at det er nedfelt i rutinen for sykehjemmet, for eksempel i rutinen «Tun 1, Langtidsavdeling» at pasienter og beboere skal ha tilgang på lege og faste legevisitter. I gruppeintervjuet ble det fra de pårørende uttrykt at de opplever å ha god dialog med sykehjemslegen. Dette innebærer blant annet at de pårørende blir hørt og lyttet til.

Enhetsleder gir uttrykk for at det finnes gode rutiner på Grinitun for både praktisk og teoretisk skolering av ansatte som skal håndtere medisiner. Det er utarbeidet en egen ROS analyse ved virksomheten på grunn av Koronasituasjonen. I denne analysen var det et særlig fokus på sårbarhet i forbindelse med medisinhåndtering. Grinitun var blant pådriverne for å få på plass kommunens avtale med leverandør av e-læringskurs. Ansatte i karantene skulle bruke arbeidstiden på å ta nødvendige e-læringskurs. Enhetsleder så for eksempel at håndtering av medikamenter kunne bli en utfordring om flere sykepleiere ble syke, og sørget for at flere helsefagarbeidere ble i stand til å håndtere dette gjennom e-læringskursene og praktisk opplæring.

Enhetsleder har opplyst revisjonen om at det foreligger 16 skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. De ligger i en egen mappe i Compilo. Det foreligger også skriftliggjorte kompetansekrav for legemiddelhåndtering. Tiltak i forbindelse med avvik på medikamenthåndtering tas med den enkelte og som sak på personalmøter.

Revisjonen har blitt forelagt følgende prosedyrer knyttet til legemiddelhåndtering ved Grinitun og HBBS:

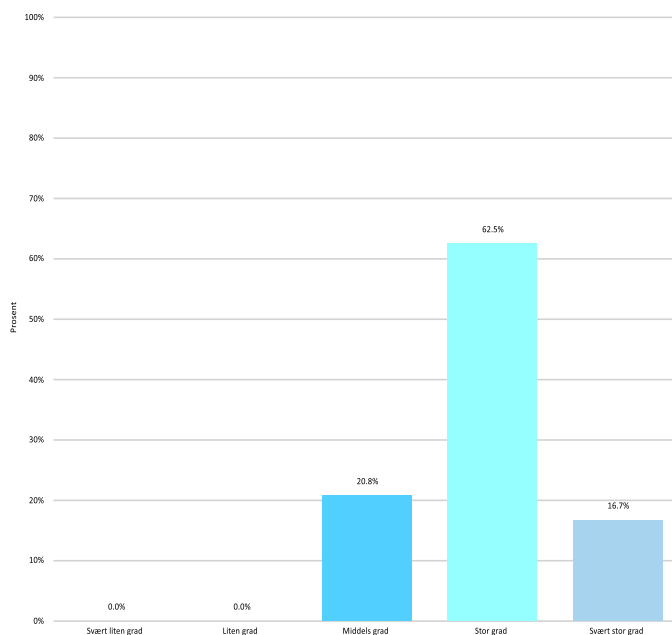
- Legemiddelhåndtering.
- Legemiddelhåndtering, istandgjøring av medisiner.
- Legemiddelhåndtering, utdeling av medisiner til pasient.
- Ordinering og seponering av legemidler.
- Fullmakt til utdeling av ferdig istandgjorte medisiner.

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem#resultater>, 16.12.2020 kl. 12.52

¹¹ https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/spydeberg/helse-og-omsorgstjenester?checkbox_kostragruppe=true&checkbox_land-uten-oslo=true&checkbox_fylkesgjennomsnitt=true&checkbox_vis_flere_regioner=true, 07.01.2021 kl. 1052

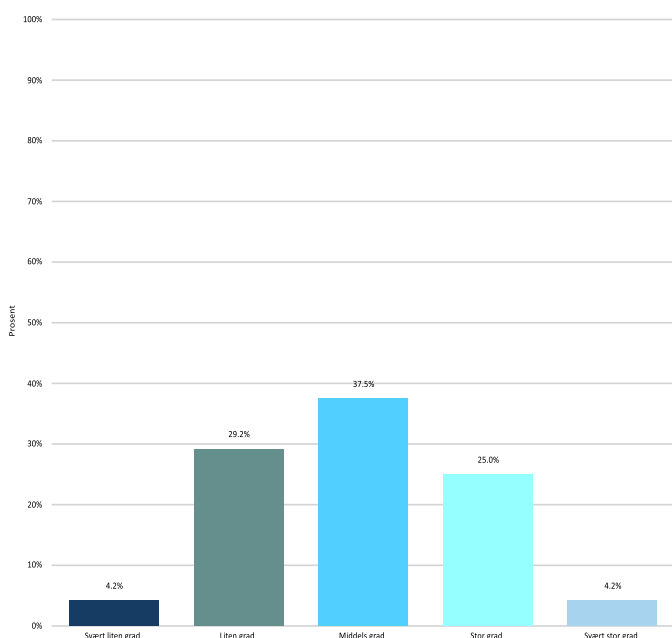
- Prosedyre for opplæring i utdeling av ferdig istandgjorte dosetter og multidose.
- Prosedyre for opplæring i å sette subcutan injeksjon.

I prosedyren «Legemiddelhåndtering», som skal sikre riktig og god legemiddelhåndtering i den kommunale helsetjenesten, redegjøres det for prosedyrens omfang og virkeområde. Det fastslås for eksempel at bare personell med tilstrekkelig kompetanse skal utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Avdelingsleder/enhetsleder skal sørge for internkontroll. Dette innebærer at det skal utarbeides skriftlige retningslinjer om hvem som kan håndtere legemidler i virksomheten, samt at disse bestemmelsene gjøres kjent i virksomheten. Det skal også utarbeides prosedyrer for legemiddelhåndteringen. I dette ligger det at det også skal finnes prosedyrer/rutiner for evaluering, kontroll og vurdering av risikoforhold. Avvik i legemiddelhåndteringen skal rapporteres. Det er i prosedyren nedfelt, at den enkelte sykepleier har ansvar for sin yrkesutøvelse. I dette ligger det et ansvar for at gjeldende lover, forskrifter og prosedyrer blir fulgt.



FIGUR 3: I hvilken grad opplever du at beboerne får nødvendig tilpasset medisinsk undersøkelse og behandling?

Revisjonen har fått oversendt registrerte avvik for kategorien tjenestemottagere for perioden 01.01.20 – 18.08.20. Av i alt 112 registrerte avvik var 27 knyttet til medisinbehandling i en eller annen form. Det vil si at omlag 24 % av innrapporterte avvik var relatert til medisinbehandling.



FIGUR 4: I hvilken grad opplever du at beboerne får nødvendig og tilpasset rehabilitering? N = 24

To av de pårørende fra gruppeintervjuet kunne fortelle at de har opplevd at deres foreldre har blitt feilmedisinert. I det ene tilfellet ble en pasient gitt medisiner som var ment for en annen, i det andre tilfellet ble det gitt sovepiller og vann drivende medisiner til en beboer som absolutt ikke skulle ha dette.

De ansatte ved Grinitun ble spurt om i hvilken grad de opplever at beboerne får nødvendig tilpasset medisinsk undersøkelse og behandling. Som vi ser av grafen over (figur 3) så mente nesten 80% av de ansatte at beboerne fikk nødvendig tilpasset medisinsk undersøkelse og behandling i stor, eller svært stor grad.

I gruppeintervjuet ble det gitt uttrykk for at fysioterapitilbudet fremsto som utilstrekkelig. De pårørende uttrykte også usikkerhet knyttet til hvor mye ergoterapi beboerne ble tilbudt.

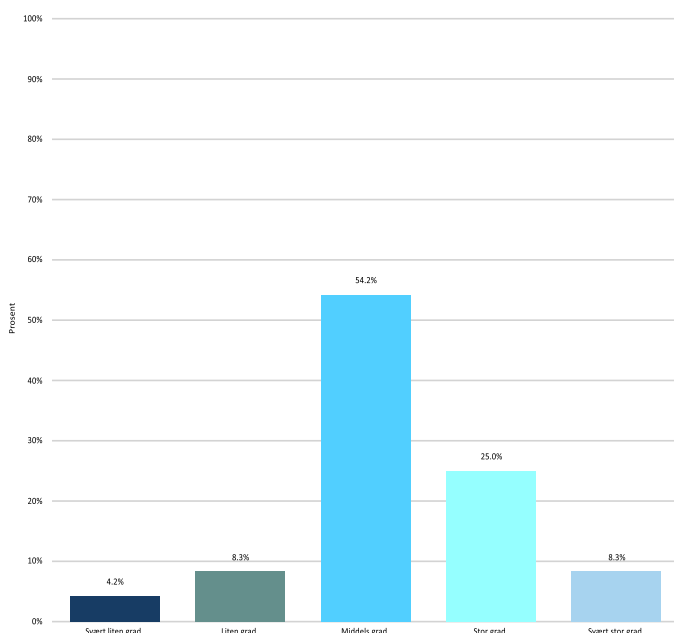
På spørsmål til de ansatte (figur 4 på forrige side), om i hvilken grad de opplevde at beboerne får nødvendig og tilpasset rehabilitering ser vi at 8 av 24 (33,3%) svarer at beboerne får dette i liten eller svært liten grad. På den annen side svarer 7 av 24 (29,2%) at beboerne får et slikt tilbud i stor eller svært stor grad.

5.2.3 Ernæring

Det er utarbeidet en ernæringsprosedyre for Grinitun. Formålet er å sikre god kvalitet på ernæringen gjennom forebygging og behandling av underernæring. Det er også en målsetting å fange opp pasienter som står i fare for å bli underernært, samt å sørge for det er ernæringsmessige behovet hos hver enkelt pasient. Det fremgår av prosedyren at ansatte i bogruppe 1, 2 og 3 skal følge prosedyren. Bogruppe 4 nevnes ikke. Det er avdelingslederen som er gitt ansvaret for at prosedyren er gjort kjent blant de ansatte.

Av ernæringsprosedyren fremgår det at ernæringsmessig status og behov for den enkelte pasient innhentes, vurderes og dokumenteres i ernæringsjournal. Pasientene på Grinitun skal få veiledning om riktig kosthold. Pasientene skal også ha en rimelig grad av valgfrihet i forhold til mat og drikke. Dersom en pasient har sviktende evne til å spise og drikke, så skal årsakene til dette utredes. Prosedyren bestemmer også at brukere med annen etnisk bakgrunn, eller andre tradisjoner, skal imøtekommes så langt det lar seg gjøre. Det fremgår av prosedyren at beboerne ved Grinitun normalt ikke skal oppleve mer enn 11 timer faste. Det skal altså ikke gå mer enn maksimum 11 timer mellom kveldsmat den ene dagen og frokost dagen etter. For å ha kontroll med pasientenes ernæringsstatus sier rutinen at pasientene skal veies en gang pr. måned.

Enhetsleder har opplyst revisjonen om at det finnes ernæringsplaner for enkelte av beboerne. Det er noe usikkerhet knyttet til om det er et system for dette. Det gis tilpasset kost for de som har behov for det. Beboerne veies en gang pr. måned som en del av kontrollen knyttet til ernæringsmessig status.



FIGUR 5 I hvilken grad opplever du at beboere får et tilstrekkelig, variert og godt kosthold? N=24

Det foreligger også en prosedyre som skal sikre at den enkelte pasient får tilpasset tid og hjelp ved måltider. I denne prosedyren legges det til grunn at helsearbeidere på Grinitun skal ha bred kunnskap om den enkelte pasients behov for næring og væske og hvordan mat og drikke skal inntas. En nødvendig forutsetning er kunnskap om pasientens tann og munnhelse. Prosedyren legger videre opp til at pasientenes ønske om hvor måltid skal inntas, skal respekteres. Ønsker pasienten å spise på eget rom, så skal det legges til rette for det. Prosedyren gir retningslinjer for at beboerne skal få den tid, ro og hjelp de trenger for selv å kunne innta måltidet, men at de skal få nødvendig assistanse og hjelp etter behov.

Et flertall av respondentene (21 av 24) anser at beboerne får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold i middels til svært stor grad (figur 5).

Over halvparten svarer i «middels grad» på dette spørsmålet. Når revisjonen i samme spørreundersøkelse spør om de ansatte opplever at beboere har rimelig valgfrihet i kostholdet, svarer 10 av 24 respondenter at de mener beboerne i liten eller svært liten grad har rimelig valgfrihet.

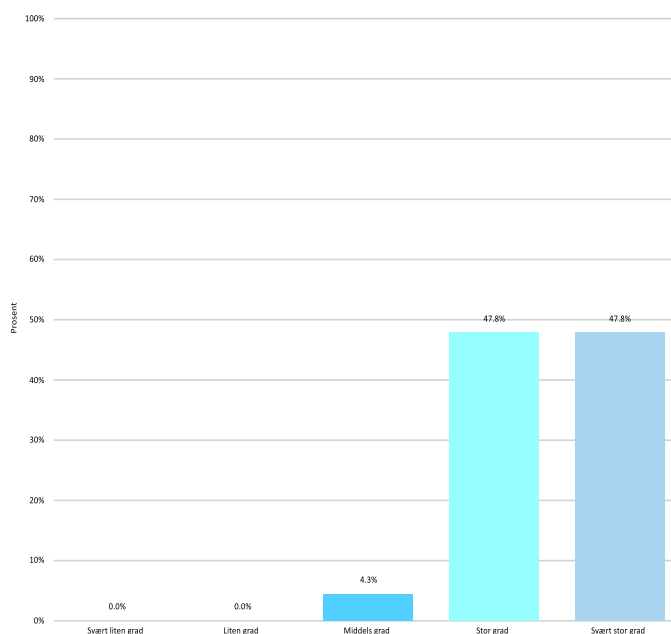
De pårørende fra gruppeintervjuet ga uttrykk for at de opplever at det er stort fokus på ernæring ved Gritun. Revisjonen fikk tilbakemelding på at variasjonen i pålegg var tilstrekkelig. De ansatte på Gritun handler inn mat som beboere har lyst på, var tilbakemeldingen som revisjonen fikk. De pårørende har et inntrykk av at det serveres mye kaker, og lite frukt. De pårørende har også inntrykk av at det blir servert supper altfor ofte, særlig til lunsj. Det ble også stilt spørsmålsteget ved om middagen blir servert litt tidlig, for å få dagen til å gå opp for de ansatte. Enhetsleder har opplyst at på det tidspunktet hvor revisjonen gjorde sin kontroll, ble middagsmaten servert mellom 15.30 og 16.30. Beboerne selv, har til sine pårørende, gitt uttrykk for at kveldsmaten blir servert altfor tidlig.

En av de pårørende fra gruppeintervjuet stilte spørsmål ved verdigheten i å bli matet foran andre. Det ble påpekt at for enkelte av beboerne så vil en slik situasjon og en slik praksis kunne oppleves som vanskelig og nedverdiggende. De pårørende kunne fortelle at de holdes orientert om ernæringsmessig status. Enkelte av de pårørende har opplevd at deres forelder har gått opp i vekt siden de flyttet inn på Gritun. Andre pårørende forteller om at forelder har hatt vektnedgang etter at de flyttet inn på Gritun.

5.2.4 Personlig stell og egenomsorg

Den enkelte beboers behov for personlig pleie skal være ivaretatt gjennom en egen prosedyre. På samme måte som for prosedyren om tilpasset hjelp og tid ved måltider, bygger denne prosedyren på forutsetningen om at medarbeiderne på Gritun har kunnskap om den enkelte pasients behov. Disse behov skal hensyntas i forbindelse med utøvelsen av den daglige pleie. Pleien skal utøves på en forsvarlig og verdig måte. Et bærende prinsipp i også denne delen av omsorgen er at pasientene skal få hjelp og bistand til selv å ta hånd om sine egenomsorgsbehov. Prosedyren gir retningslinjer for hvordan personlig hygiene, personlig toalett, samt av og påkledning skal håndteres.

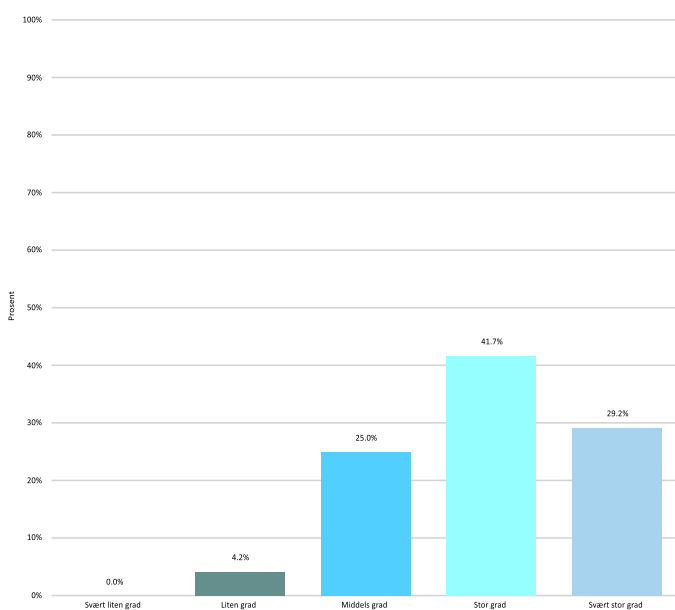
I gruppeintervjuet med pårørende ble revisjonen fortalt at beboerne ved Gritun får dusje en gang i uken. De pårørende synes dette er for lite. Når dette er sagt så gir de pårørende uttrykk for at beboerne fremstår som velstelte og at de ser bra ut. De pårørende ga uttrykk for en opplevelse av at beboerne går tidlig til sengs. Kveldsrutinen med legging av beboerne starter gjerne rett etter at det er blitt servert kveldsmat.



FIGUR 6: I hvilken grad opplever du at kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere får nødvendig hjelp til av- og påkledning? (N=24)

De pårørende har inntrykk av at beboerne ved Grinitun får den nødvendige hjelp med av- og påklledning. Dette er et syn som støttes av de ansatte. I spørreundersøkelsen (figur 6 på forrige side) svarte nesten alle (23 av 24) at beboerne får den hjelp de trenger til av- og påklledning.

Det foreligger også en prosedyre kalt «Prosedyre for normal døgnrytme». Målsettingen med prosedyren er at pasientene så langt det lar seg gjøre, skal følge en normal døgnrytme og med dette unngå unødig tid i sengen. Dette innebærer at pasientene så langt som mulig skal få mulighet til å opprettholde den døgnrytme han eller hun er vant til. Dette innebærer for eksempel at det skal legges opp til fleksibilitet med hensyn til tidspunkter for måltider, leggetider og eventuelt andre forhold som er av betydning for at den enkelte skal oppleve styring av eget liv. Dersom beboeren ønsker ro og hvile i løpet av dagen så må det imøtekommes i størst mulig grad.



FIGUR 7: I hvilken grad opplever du at kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for at beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (toalett)? N=24

pårørende hadde mistet tenner etter at de kom til Grinitun. Det ble derfor stilt spørsmål ved om Grinitun hadde rutiner på dette området, og om eventuelle rutiner var gode nok. Det ble for eksempel stilt spørsmål ved om de ansattes kunnskap om tannhygiene var god nok og om beboerne fikk kontrollert tennene sine av tannpleier ofte nok.

Blant respondentene i spørreundersøkelsen gir mange uttrykk for at det legges til rette i stor eller svært stor grad for at beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner. 17 av 24 ansatte mente dette.

Det foreligger en egen prosedyre for munnhygiene og tannbehandling. Av denne rutinen fremgår det at det ved hver enkelt avdeling skal finnes en tannkontakt. Det tilligger denne ansatte å møte tannpleier 1-2 ganger pr. år. Tannkontakten skal videreformidle informasjon fra tannpleier og skal også stå for opplæring og veiledning av de andre ansatte på avdelingen i tannhelsearbeid. Det er den offentlige tannhelsetjenesten som har ansvar for nødvendig undersøkelse, diagnostikk og eventuell behandling. Det er helsepersonellet på avdelingene som har ansvar for at det daglige munnrenhold gjennomføres hos den enkelte pasient. Enhetsleder har opplyst om at det er rutiner for at Askim tannklinikk besøker Grinitun hvert halvår.

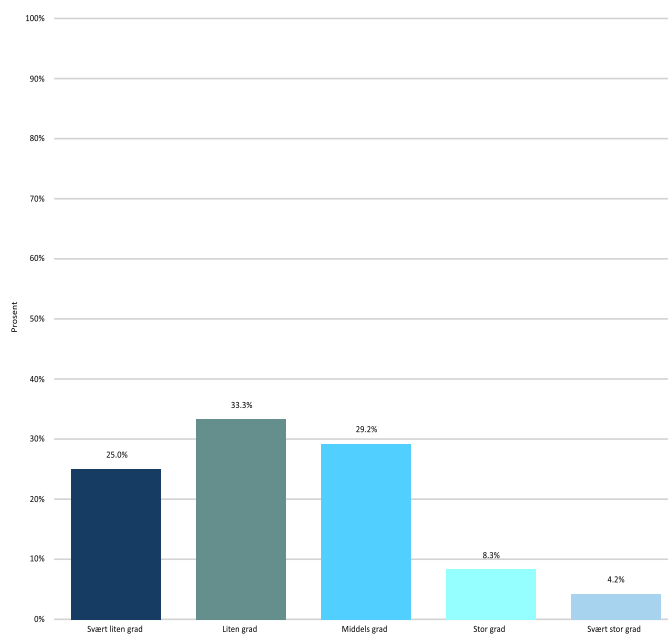
De pårørende i gruppeintervjuet stilte spørsmål ved kvaliteten på tannhygiene. To av intervjuobjektene hadde opplevd at deres

5.2.5 Aktivisering og stimulering

I dokumentet «Kvalitetsmål i institusjon» er en av målsettingene at beboere ved institusjoner i Indre Østfold kommune skal ha mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Gjennom dette skal beboerne få dekket psykososiale og åndelige behov. Beboerne skal gis mulighet til å komme ut i frisk luft, avhengig av eget ønske og egne forutsetninger. Det foreligger også en målsetting om at beboerne skal gis tilbud om varierte og meningsfylte aktiviteter. Dette skal gjøres ved at den enkelte beboers ønsker og preferanser skal kartlegges og dokumenteres i tiltaksplan for den enkelte.

Det ble under intervjuet med de pårørende uttrykt bekymring knyttet til bemanningssituasjonen ved Grinitun. Et av intervjuobjektene som har hatt sin forelder der over en periode på flere år hadde en oppfatning av at det tidligere ble satt i gang flere aktiviteter enn nå. Det ble fra en annen gitt uttrykk for at personalets tilgjengelighet og tilstedeværelse for beboerne, hadde mye å gjøre med hvem som var på jobb. Det ble fra et av intervjuobjektene gitt uttrykk for at hun har observert ansatte som forholder seg mye til sine telefoner når de er sammen med beboerne. Noen opplever at aktiviseringen av beboerne er dårlig. Det gis også uttrykk fra flere av intervjuobjektene at det blir snakket om at det er forskjeller mellom avdelingene.

Enhetslederen ved Grinitun har informert revisjonen om at beboerne får mange tilbud om aktiviteter. De får blant annet tilbud om å lese aviser, det arrangeres quiz, det arrangeres grillsekskap, man kaster ball, også videre. «Youtube» brukes også aktivt for å stimulere beboerne med film og musikk som de kjenner fra før. Det er også et utstrakt samarbeid med frivillige organisasjoner. I tillegg til det som allerede er nevnt så arrangeres det andakter i samarbeid med den lokale kirken. Beboerne inviteres også med på gå-turer. Ved Grinitun er det også etablerte en sansehage som beboerne har glede av. I forbindelse med koronapandemien ble det kjøpt inn nettbrett med mulighet for Skype til alle sykehjemsavdelinger i kommunen. Dette har enkelte pasienter hatt svært stor glede av. Koronapandemien og periodevis besøksforbud pålagt av kommunens ledelse skaper mange begrensinger for besøk. Innenfor gitte rammer er det lagt til rette for at pasientene skal kunne treffe sine pårørende i form av vindusbesøk, besøk ute og besøk i egen stue avsatt til besøk. Kritisk syke pasienter får ha besøk på rommet.



FIGUR 8 «I hvilken grad opplever du at beboere får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter?»

I spørreundersøkelsen svarer over halvparten av respondentene (14 av 24) at de mener at beboerne ved Grinitun i svært liten, eller i liten grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, jf. figur 8.

5.2.6 En verdig livsavslutning

I samme dokument, dvs. «Kvalitetsmål i institusjon», gis føringer for hvordan det skal legges til rette for en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Dette skal skje ved at pasienter skal gis optimal smertelindring, samt annen lindrende behandling og pleie. Det skal, dersom pasienten ønsker det, legges til rette for at man kan ha sine nærmeste hos seg. I denne sammenheng skal også de pårørende behandles med omsorg, respekt og omtanke. Institusjonen og dens ansatte har ansvar for omsorgen helt frem til livsavslutning, hvor pårørende og avdøde blir tatt vare på av annet hjelpepersonell. I prosedyren «Tun 1 – Langtidsavdeling» er målsettingen om en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser operasjonalisert ved at:

- Pasienten ikke skal dø alene, uansett tid på døgnet.
- Ansatte skal ha kunnskap og kompetanse om pasienten slik at man kan vurdere om det er en forverring av helsetilstand.
- Pasienten skal være medisinsk avklart og smertefri.

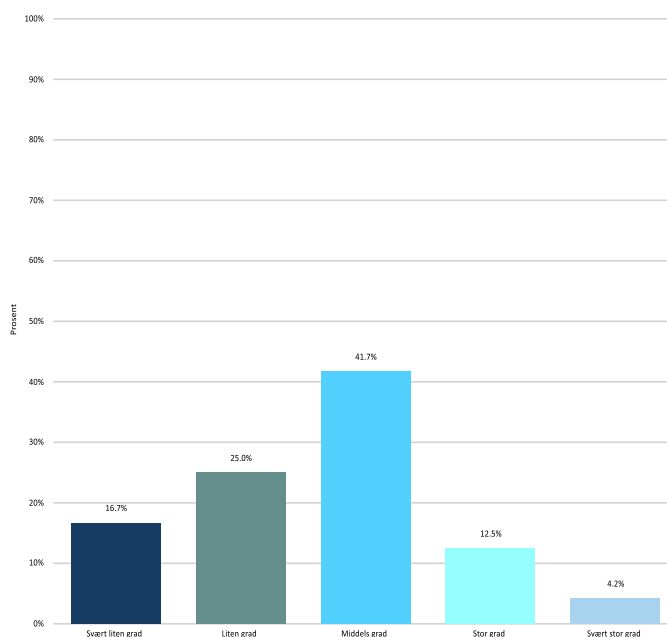
I spørreundersøkelsen ga 15 av 24 respondenter uttrykk for at deres opplevelse var at kommunens sykehjemstjeneste i stor eller svært stor grad legger til rette for en livsavslutning i trygge omgivelser. Enhetsleder kan bekrefte at ved Grinitun er det ingen som skal være alene i livets slutfase. Det er alltid noen som sitter med pasienten. Uansett tid på døgnet.

5.2.7 Tilbud tilrettelagt for demente

Det er utarbeidet en egen rutine for «Skjermet enhet for personer med demens». Målsettingen med denne enheten/avdelingen er at hver enkelt pasient, gjennom gode tilrettelagte tiltaksplaner, skal føle mestring i sin hverdag med de ressursene de har igjen. En forutsetning for denne prosedyren er at alle som bor i skjermet enhet er avhengig av hjelp, tilrettelegging og kontinuerlig oppfølging. God kjennskap til den enkelte pasient er nødvendig for å kunne tilby god pleie og god omsorg.

I spørreundersøkelsen (figur 9) fremkommer det at 20 av 24 ansatte som svarte, mente at kommunen i middels til svært liten grad, legger til rette for personer med demens.

Enhetsleder har informert revisjonen om at det i kommunen finnes fire forsterkede plasser for demente. Enhetsleder gir uttrykk for at dette er for lite. Hun savner flere plasser for alvorlig syke, langt komne demente, som eksempelvis er utagerende. Etter hennes mening burde det vært noen flere plasser på skjermet enhet også. Enhetsleder skulle gjerne hatt litt flere plasser på skjermet enhet også. 80% av beboerne ved Grinitun er demente i større eller mindre grad. Derfor er det for lite plasser på skjermet avdeling. De andre avdelingene er også for store til å gi beboerne et optimalt tilbud, men pr. nå er det ikke økonomi til å gjøre noe med det. B gruppe 2 er en låst avdeling der de som er demente og vandrer, gjerne får plass. Dette er imidlertid ikke definert som en skjermet enhet.

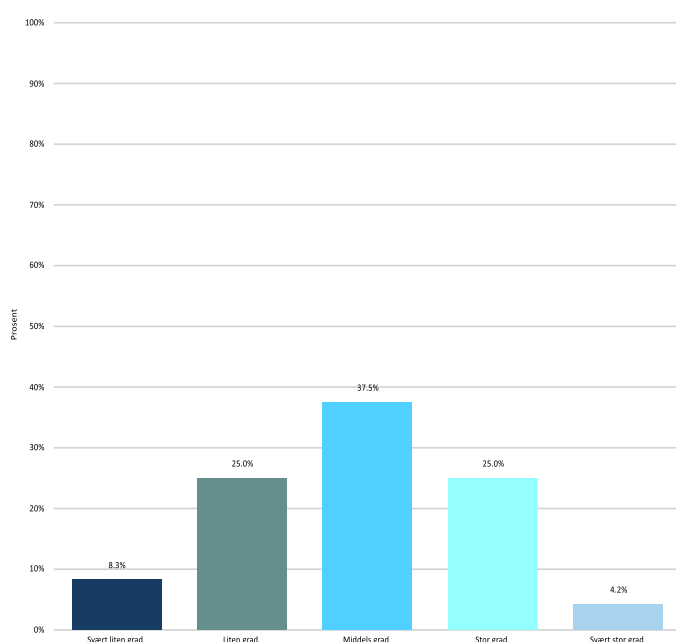


FIGUR 9: I hvilken grad opplever du at kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for personer med Demens? N=24

5.2.8 Tilbud om eget rom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv

Revisjonen har av enhetsleder fått vite at alle beboerne tilbys enkeltrom. Det er kun dersom man har fått vedtak om korttidsplass at to kan komme til å dele rom. Det gis tilbud til ektepar (eller andre som ønsker det) om å bo sammen, men det er ifølge enhetsleder ønskelig at også de skal ha tilgang til 2 rom. Dette begrunnes i at rommene på Grinitun ikke er så store, samt at pasienter som får plass på sykehjem ofte er så syke at de enten trenger hjelpemidler som tar mye plass, eller de har andre behov som gjør at de ikke bør bo så tett på andre. I praksis betyr dette at de gjerne sover på det ene rommet og oppholder seg sammen eller alene på det andre på dagtid.

Spørreundersøkelsen viser at det er delte meninger blant de ansatte om kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for ro og skjermet privatliv. Vi ser av figur 10 at 37,5 % (9 av 24 ansatte) svarer i «middels grad». De øvrige 15 fordeler seg over hele skalaen fra «svært liten grad» til «svært stor grad».



FIGUR 10: I hvilken grad opplever du at kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for ro og skjermet privatliv? N=24

5.3 Revisors vurderinger

5.3.1 Informasjon og brukermedvirkning

Revisjonens undersøkelse har vist at det ved Grinitun er utarbeidet rutiner som bygger på prinsippet om at pasientene ved Grinitun skal tilbys tjenester som ivaretar respekten og respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Dette er for eksempel nedfelt i prosedyren for Tun 1, Langtidsavdeling. Revisjonen vurderer det som positivt at dette er nedfelt i Grinituns interne prosedyrer og anser at dette er viktig for å utvikle en kultur hvor pasientens grunnleggende behov settes i fokus.

Revisjonens kontroll viser at det foreligger rutiner for hvordan man skal sikre seg at brukerne av tjenestene, eller deres pårørende medvirker ved utformingen av tjenestetilbudet. I dokumentet «Kvalitetsmål i institusjon» som er nærmere beskrevet i delkapittel 4.2.1, er det for eksempel nedfelt bestemmelser om det skal gjennomføres inntakssamtale med beboer og pårørende ved innleggelse. Det skal settes opp tiltaksplan for hver enkelt beboer. Det er også skriftliggjort at beboer skal ha medbestemmelsesrett i forbindelse med utføringen av tjenesten.

Den undersøkelse som revisjonen har gjennomført har også vist at det ved Grinitun legges vekt på å ha god kontakt med pasientenes pårørende. Det er en målsetting at man skal ha møter med pårørende to ganger pr. år, vår og høst. Revisjonens kontroll viser også at mange av prosedyrene som brukes ved Grinitun inneholder bestemmelser knyttet til kontakt med pårørende. Prosedyren «Pårørendesamtale» er et eksempel på dette. Rutine for pårørendesamtaler har revisjonen redegjort for i delkapittel 4.3.6. Formålet med denne rutinen er at pasientene ved Grinitun og HBBS skal oppleve trygghet og respekt i det daglige og forutsigbarhet i forhold til tjenestetilbudet ved Grinitun.

Det utpekes også en egen primærkontakt for alle pasienter/beboere ved Grinitun og HBBS. Primærkontaktens oppgaver er synliggjort i egen prosedyre. Det ligger til primærkontaktens oppgaver at denne skal ha jevnlig kontakt med pårørende. Det er primærkontakten som har ansvar for å utarbeide tiltaksplan for pasienten.

Det er revisjonens vurdering at det foreligger rutiner, prosedyrer og systemer som skal bidra til å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenester ved Grinitun og deres pårørende, eventuelt verge/hjelpeverge gis anledning til å medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet for den enkelte pasient.

Revisjonen mener denne vurderingen understøttes av de tilbakemeldingene som fremkom i gruppeintervjuet med pårørende. Her kom det for eksempel frem at flere av intervjuobjektene hadde erfart å bli tatt med på råd. Flere av intervjuobjektene ga uttrykk for, basert på egne erfaringer, at de gjennom kommunikasjonen med Grinitun har fått gjennomslag for ønsker knyttet til pleiesituasjonen. På denne måten har man opplevd å ha innflytelse over pårørendes bo- og pleiesituasjon. Dette vurderer revisjonen som positivt og viktig.

5.3.2 Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling

Revisjonens undersøkelse har vist at legedekningen ved Grinitun består av at sykehjemslegen er tilstede 2 dager pr. uke, samt at turnuslegen også bruker noe av sin arbeidstid ved Grinitun. KOSTRA-tall viser at legedekningen i Spydeberg var på 0,39 timer pr. uke. For kommunene i Østfold var gjennomsnittet 0,68 timer pr. uke. På landsbasis var antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem på 0,55 timer i 2019.

Revisjonen legger merke til at enhetsleder mener at legedekningen ved sykehjemmet er god nok. De ansatte ved Grinitun ble i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad de opplever at beboerne får nødvendig tilpasset medisinsk undersøkelse og behandling. Omlag 80 % av de som svarte mente at beboerne fikk nødvendig tilpasset medisinsk undersøkelse og behandling i stor, eller svært stor grad. Revisjonen legger dette til grunn når vi vurderer at beboerne får faglig forsvarlig oppfølging av lege.

I forbindelse med revisjonens undersøkelse fremkom det synspunkter fra de pårørende om at fysioterapitilbudet ved Grinitun fremsto som utilstrekkelig. De ansatte ble spurt om hvorvidt de mente at beboerne fikk nødvendig og tilpasset rehabilitering. 8 av 24 respondenter mente at beboerne i liten eller svært liten grad fikk nødvendig og tilpasset rehabilitering. Revisjonen har ikke tilstrekkelige data til å kunne konkludere entydig på dette spørsmålet. Revisjonen viser i denne forbindelse også til det arbeidet som har pågått med hensyn til funksjonsfordeling innenfor helse- og omsorg i Indre Østfold kommune.

Revisjonen kontroll har avdekket at det finnes i alt 16 skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Det foreligger skriftliggjorte kompetansekrav for legemiddelhåndteringen. Det foreligger også rutiner for praktisk og teoretisk skoling av ansatte når det gjelder legemiddelhåndtering. Revisjonen vurderer at disse rutinene hver for seg og samlet, dekker de krav som stilles til legemiddelhåndtering, jf. forskrift om legemiddelhåndtering (FOR-2008-04-03-320).

Til tross for at Grinitun og Indre Østfold kommune har utarbeidet et omfattende sett med rutiner og prosedyrer for å håndtere legemidler har revisjonens undersøkelse avdekket at av i alt 112 registrerte avvik i perioden 01.01.20 – 18.08.20, så knyttet 27 seg til medisinbehandling i en eller annen form. I denne sammenheng vil revisjonen også peke på at 2 av 4 pårørende som deltok i gruppeintervjuet hadde opplevd at deres pårørende var blitt feilmedisinert. Avvik i medisinbehandling vurderer revisjonen som alvorlig og anbefaler på bakgrunn av dette at Indre Østfold kommune vurderer om det er behov for ytterligere og forsterket innsats i forbindelse med legemiddelbehandling.

5.3.3 Ernæring

Revisjonens kontroll viser at det er utarbeidet en ernæringsprosedyre for Grinitun. Av ernæringsprosedyren fremgår det at ernæringsmessig status og behov for den enkelte pasient innhentes, vurderes og dokumenteres i ernæringsjournal. Pasientene på Grinitun skal få veiledning om riktig kosthold. Pasientene skal også ha en rimelig grad av valgfrihet i forhold til mat og drikke. Revisjonen vurderer dette som positivt. Revisjonen mener også det er viktig at prosedyren stadfester at brukere med annen etnisk bakgrunn, eller andre tradisjoner, skal imøtekommes så langt det lar seg gjøre.

Revisjonens har gjennom sine undersøkelser fått vite at det finnes ernæringsplaner for enkelte av beboerne, men det er usikkerhet knyttet til om det foreligger noe system som sikrer alle beboerne dette. Revisjonen har fått opplyst at beboerne veies en gang pr. uke. som en del av kontrollen knyttet til ernæringsmessig status. Revisjonen vurderer dette som positivt.

Revisjonen legger merke til at et flertall av respondentene i spørreundersøkelsen (21 av 24) er av den oppfatning at beboerne får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold i middels til svært stor grad. De pårørende som revisjonen intervjuet ga uttrykk for at de opplever at det er stort fokus på ernæring ved Grinitun. Med bakgrunn i de funn revisjonen har gjort av prosedyrer og rutiner, samt de tilbakemeldinger som er fremkommet gjennom intervjuer og spørreundersøkelse, er revisjonen av den oppfatning at alle beboere ved Grinitun er blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. Revisjonen er også av den oppfatning at Grinitun

følger opp den ernæringsmessige situasjonen regelmessig, blant annet gjennom at beboerne veies ukentlig. Dette vurderer revisjonen som positivt.

5.3.4 Personlig stell og egenomsorg

Også forhold som personlig hygiene, behovet for normal dagsrytme, bistand til av- og påkledning, samt mulighetene til å ivareta egenomsorg, er nedfelt i rutiner. Revisjonen vurderer dette som positivt. Revisjonen har særlig lagt merke til at et bærende prinsipp i også denne delen av omsorgen er at pasientene skal få hjelp og bistand til selv å ta hånd om sine egenomsorgsbehov. Revisjonen er av den oppfatning at så lenge dette nedfelles i interne rutiner så bidrar dette til å bygge en organisasjonskultur som setter den enkelte beboers menneskeverd i fokus.

Revisjonen har gjennom intervju med de pårørende blitt opplyst om at beboerne fremstår som velstelte. Revisjonen har også fått tilbakemelding fra de pårørende om at beboerne får den nødvendige hjelp med av- og påkledning. Dette er et syn som støttes av de ansatte. I spørreundersøkelsen svarte nesten alle (23 av 24 respondenter) at beboerne får den hjelp de trenger til av- og påkledning. I samme undersøkelse ga 17 av 24 respondenter uttrykk for at beboerne får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner i stor eller svært stor grad. Revisjonen ser dette som en indikasjon på at beboernes personlige hygiene ivaretas på en tilfredsstillende måte.

Revisjonen vurderer det som positivt at det foreligger en prosedyre for å sikre normal døgnrytme. Målsettingen med prosedyren er at pasientene så langt det lar seg gjøre, skal følge en normal døgnrytme og med dette unngå unødig tid i sengen. Revisjonen registrerer at pårørende gir uttrykk for en opplevelse av at beboerne går tidlig til sengs. Dersom dette innebærer at enkelte beboere må gå til sengs på et tidligere tidspunkt enn beboeren ønsker, vurderer revisjonen at dette er uheldig

Revisjonen har gjort undersøkelser knyttet til hvordan munnhygiene og tannbehandling håndteres. Undersøkelsen har vist at det foreligger egne prosedyrer for munnhygiene og tannbehandling. Dette vurderer revisjonen som positivt. De pårørende i gruppeintervjuet stilte spørsmålsteget ved kvaliteten på munnhygiene basert på erfaringer de har gjort seg med foreldre de har boende ved Grinitun. Revisjonen oppfatter det som uheldig at pårørende stiller spørsmålsteget ved kvaliteten på tilbudet knyttet til munnhygiene og tannbehandling og anbefaler derfor Indre Østfold kommune å vurdere status og eventuelt iverksette nødvendige tiltak.

5.3.5 Aktivisering og stimulering

Revisjonens kontroll viser at det ligger nedfelt i rutinen «Kvalitetsmål i institusjon» bestemmelser om at beboere ved institusjoner i Indre Østfold kommune skal ha mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Det legges til grunn at gjennom dette skal beboerne få dekket psykososiale og åndelige behov. Rutinen beskriver også at beboerne skal gis mulighet til å komme ut i frisk luft, samt at beboerne skal gis tilbud om varierte og meningsfylte aktiviteter. Dette skal gjøres ved at den enkelte beboers ønsker og preferanser skal kartlegges og dokumenteres i tiltaksplan for den enkelte. Revisjonen vurderer det som positivt at aktivitet og fysisk/psykisk stimulering er nedfelt som kvalitetsmål i kommunens interne rutiner. Revisjonen registrerer også at det iverksettes en rekke tiltak for å aktivisere og stimulere beboere. Revisjonen legger særlig merke til de positive erfaringene man har gjort seg med sansehagen ved Grinitun. Revisjonen legger også i positiv forstand merke til det samarbeidet som er etablert med frivillige organisasjoner.

Når dette er sagt så er det i forbindelse med denne undersøkelsen uttrykt bekymring fra de pårørende når det gjelder bemanningssituasjonen og hvorvidt dette påvirker de ansattes tilgjengelighet og tilstedeværelse for beboerne. Revisjonen har også mottatt synspunkter som beskriver at det tidligere ble satt i gang flere aktiviteter enn nå. Enkelt pårørende har gitt uttrykk for at de opplever at aktiviseringen er dårlig. Revisjonen registrer også at pårørende oppfatter at det kan være forskjeller avdelingene i mellom. I spørreundersøkelsen svarer over halvparten av respondentene (14 av 24) at de mener at beboerne ved Grinitun i svært liten, eller i liten grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Revisjonen vurderer at beboernes aktivisering og stimulering sannsynligvis er blitt påvirket i negativ retning som en følge av smittevernreglene knyttet til koronapandemien. Det er likevel revisjonens vurdering at beboerne ved Grinitun får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter som er ment å stimulere den enkelte fysisk og psykisk. Det er også revisjonens vurdering at forholdene legges til rette for at den enkelte beboer skal få dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet.

5.3.6 En verdig livsavslutning

Revisjonens undersøkelse har vist at i dokumentet «Kvalitetsmål i institusjon», er det gitt føringer for hvordan det skal legges til rette for en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har nedfelt bestemmelser knyttet til hvordan man skal legge til rette for en verdig livsavslutning, som et av sine kvalitetsmål. En av føringene er at det skal legges til rette for at pasientens pårørende skal få være til stede dersom pasienten ønsker det.

Revisjonens undersøkelse har vist at også i en prosedyre som gjelder spesifikt for Grinitun, «Tun 1 – Langtidsavdeling» er målsettingen om en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser tydelig nedfelt blant annet ved at det sagt at «Pasienten ikke skal dø alene, uansett tid på døgnet». Revisjonen vurderer det også som positivt at Grinitun og dens ansatte så tydelig er gitt ansvar for omsorgen helt frem til livsavslutning.

I spørreundersøkelsen ga 15 av 24 respondenter uttrykk for at deres opplevelse var at kommunens sykehjemstjeneste i stor eller svært stor grad, legger til rette for en livsavslutning i trygge omgivelser. Enhetsleder kan bekrefte at ved Grinitun er det ingen som skal være alene i livets slutfase. Det er alltid noen som sitter med pasienten. Uansett tid på døgnet.

Basert på revisjonens undersøkelser er revisjonen av den oppfatning at ledelse og ansatte ved Grinitun legger til rette for en verdig livsavslutning, blant annet ved at ingen av beboerne er alene i livets slutfase.

5.3.7 Tilbud tilrettelagt for demente

Revisjonens undersøkelse viser at det er utarbeidet en egen rutine for «Skjermet enhet for personer med demens». I denne rutinen er det beskrevet at alle som bor i skjermet enhet er avhengig av hjelp, tilrettelegging og kontinuerlig oppfølging. I samme rutine understrekes det at god kjennskap til den enkelte pasient er nødvendig for å kunne tilby god pleie og god omsorg. Revisjonen vurderer det som positivt at man som en del av internkontrollen har en rutine for pasienter med demens.

Revisjonen legger merke til at et flertall av de ansatte som besvarte spørreundersøkelsen var av den oppfatning at kommunen i middels til svært liten grad, legger til rette for personer med demens. Ledelsen ved Grinitun ga i forbindelse med datainnsamlingen til dette prosjektet uttrykk for at de fire forsterkede plassene man hadde var for lite i forhold til behovet.

5.3.8 Tilbud om eget rom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv

Revisjonens undersøkelse har vist at alle beboerne på Grinitun får tilbud om enkeltrom. Det er kun dersom man har fått vedtak om korttids plass at to kan komme til å dele rom. Revisjonens kontroll har også vist at det legges til rett for at personer som ønsker å bo sammen (som regel ektepar) får tilbud om dette. Revisjon oppfatter dette som en indikasjon på at den enkeltes behov og ønsker hensyntas.

Spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant de ansatte viste at det var delte meninger om kommunens sykehjemstjeneste legger til rette for ro og skjermet privatliv. Revisjonen er av den formening at i og med at langtidsboende pasienter får tilbud om enerom, så bør dette anses som det viktigste tiltak sykehjemmet har for å gi den enkelte pasient mulighet for ro og skjermet privatliv.

5.4 Revisors konklusjon og anbefalinger

Basert på de undersøkelser revisjonen har gjennomført konkluderes det med at beboerne ved Grinitun får ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas og hvor den enkeltes medisinske behov blir ivaretatt. Revisjonens undersøkelse viser likevel at det foreligger potensielle forbedringspunkter. Revisjonen fremmer derfor følgende anbefalinger:

Revisjonens anbefalinger er:

- Indre Østfold kommune bør vurdere om det er behov for ytterligere og forsterket innsats i forbindelse med legemiddelhåndtering.
- Indre Østfold kommune bør vurdere om kvaliteten på tilbudet knyttet til munnhygiene og tannbehandling er tilstrekkelig, og eventuelt iverksette nødvendige tiltak.

6 Rådmannens høringsuttalelse

Forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i sykehjemstjenesten» i Indre Østfold kommune har vært på høring hos administrasjonen ved rådmannen. Rådmannen har gitt sin uttalelse til revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger i e-post av 15.02.2021. Uttalelsen er lagt ved som vedlegg til rapporten.

Revisjonen ser at rådmannen i hovedsak støtter revisors funn, vurderinger og anbefalinger om videre forbedringsområder.

7 Kildehenvisninger

Litteratur

- Andersen, Kari Merete med flere. *Veileder i forvaltningsrevisjon, Norges Kommunerevisorforbund (NKRF)*. 1.utgave, 2006. Orkanger.

Dokumenter fra Indre Østfold kommune

- Organisasjonskart – Indre Østfold kommune
- «Ansvar og myndighet for ansatte i Indre Østfold kommune» vedtatt av rådmannen 26. mars 2020
- Arbeidsbeskrivelse for sykepleier ved Grinitun
- Måldokument for Helse og velferd
- Prosedyren «Kvalitetsmål i institusjon»
- Prosedyre «Tun 1, langtidsavdeling»
- «Kriterier for bogruppe 2»
- «Kriterier for bogruppe 3, skjermet enhet»
- Prosedyre «Skjermet enhet for personer med demens»
- Informasjon om Grinitun, <https://www.io.kommune.no/tjenester/helse-og-mestring/sykehjem/grinitun/>, 11.08.20 kl 1325
- Prosedyre «Melding og behandling av avvik i Indre Østfold kommune»
- Prosedyre «Pårørendesamtale»
- Skjema «Tilbakemelding beboere Grinitun, bogruppe 1, 2, 3 eller 4»
- Oversiktsdokument «Lover Helse, Sosial og Barnevern»
- Skjema «Huskeliste – opplæringsvakter»
- Informasjonsbrev til ansatte ved Grinitun og Hobøl bo- og servicesenter (HBBS), 24.08, 14.08, 05.07, 26.06, 19.05, 24.04, 02.04, 16.03, 06.03, 17.01
- Referat fra ledermøter 20.08, 14.08, 03.07, 25.06, 19.06, 12.06, 04.06, 28.05, 18.05, 14.05, 07.05, 30.04, 23.04, 16.04, 02.04, 26.03, 19.03, 18.03, 05.03, 27.02, 13.02, 06.02, 31.01, 16.01, 09.01
- Referat fra medbestemmelsesmøter 20.08, 18.06, 23.04, 26.03
- Referat fra prosjekt «Borigg» 08.08.19, 03.07.19
- Risikovurdering borigg, 08.10.19
- ROS analyse brannsikkerhet – Grinitun
- Risiko- og sårbarhetsanalyse med tiltaksplan, Indre Østfold kommune ved Pandemi med Covid 19 (SARS – COV2) for Grinitun og Hobøl bo- og servicesenter
- Prosedyre «Kun en sykepleier på vakt på Grinitun»
- Oversikt e-læring Grinitun (på ansatte)
- Mailer vedrørende kompetansehevingsmidler (14.02.20 og 04.06.20)
- Forslag til e-læringskurs
- Referat fra personalmøte
 - Bogruppe 1 24.06
 - Bogruppe 2 12.06
 - Bogruppe 3 22.01, 28.05,
 - Bogruppe 4 20.01, 12.06
 - Natt 16.06, 03.02
- Prosedyre «Primærkontaktens oppgaver»
- Informasjonsskriv til pårørende 25.08, 27.06, 20.05, 14.05, 03.03,
- Informasjonsskriv til pårørende Bogruppe 4 11.12.19, 25.11.19, 08.11.19, 28.10.19,
- Referat fra pårørendemøter 07.10.19
- Oversikt over mappestruktur og lagrede dokumenter i Compilo
- Registrerte avvik i perioden 01.01.20 – 18.08.20
- Prosedyre «Trygghet, forutsigbarhet og respekt»
- Prosedyre «Legemiddelhåndtering»

- Prosedyre «Legemiddelhåndtering – istandgjøring av legemidler»
- Prosedyre «Legemiddelhåndtering – Utdeling av legemiddel til pasient»
- Prosedyre «Ordinering og seponering av legemidler»
- Skjema «Fullmakt til utdeling av ferdig istandgjorte medisiner»
- Prosedyre «Opplæring i utdeling av ferdig istandgjorte dosetter og multidose»
- Prosedyre «Opplæring i å sette subcutan injeksjon»
- Prosedyre «Ernæringsprosedyre for Grinitun sykehjem»
- Prosedyre «Tilpasset hjelp og tid ved måltider»
- Skjema «Ernæringsjournal»
- Prosedyre «Personlig pleie»
- Prosedyre «Munnhygiene og tannbehandling»
- Prosedyre «Normal døgnrytme»
- Viken fylkeskommune «Tilbud om tannhelsetjenester til beboere på institusjon»
- Prosedyre «Prosedyre for medikamentell behandling i livets slutfase»
- Skjema «Huskeliste for mottak av pasient til Grinitun»
- Saksframlegg PS 062/20, «Funksjonsfordeling mellom institusjoner i Indre Østfold»
- Drøftingsnotat «FUNKSJONSFORDELING - Forslag til fordeling av plasstilbud mellom Helsehuset og pleie- og omsorgssentrene i Indre Østfold kommune», 23. januar 2020

Lover

- LOV 1992-09-25 nr.107: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl)

Forskrift

- FOR 2004-06-15 nr. 904: Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) - FOR-2003-06-27-792
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) - FOR-2010-11-12-1426
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) - FOR-1988-11-14-932
- Forskrift om legemiddelhåndtering - FOR-2008-04-03-320
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - FOR-2011-12-16-1256

Retningslinjer

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Rundskriv fra Helsedirektoratet - IS-2017-2620 (IS-2620))
- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Rundskriv: I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Rundskriv: I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- Veileder: Legetjenester i sykehjem
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS – 1580
- St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen
- Demensplan 2015 «Den gode dagen», delplan til Omsorgsplan 2015

Internett

- <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/for-deg-som-skal-i-gang-med-et-forbedringsarbeid#maal>, 18.01.2021, kl. 12.56

- <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>, 19.01.2021, kl. 10.23
- <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>

8 Vedlegg

Vedlegg 1:

8.1 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling nr. 1

Får beboerne ved Grinitun sykehjem faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester?

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15 skal revisor fastsette revisjonskriterier for det enkelte revisjonsprosjekt. 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. Revisjonskriteriene utgjør det grunnlaget revisor trenger for å vurdere kommunens praksis eller tilstand. Det er også denne normen som danner grunnlaget for revisors eventuelle anbefalinger. 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 forvaltningsrevisjonsrapportene, hva revisors vurderinger bygger på. Dette vil på sin side gjøre det enklere å etterprøve revisors vurderinger. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for forvaltningsrevisjonsobjektet.

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

Revisjonskriteriene for dette prosjektet er utledet med bakgrunn i følgende kilder:

- Kommuneloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Rundskriv fra Helsedirektoratet - IS-2017-2620 (IS-2620))

Kommuneloven

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

Helse- og omsorgstjenesteloven

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

I henhold til lovens § 4-1 må tjenestene være forsvarlige. Dette innebærer at tilstrekkelig fagkompetanse må være sikret, den enkelte pasient eller bruker skal gis et verdig, helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, og personalet som utfører tjenestene skal settes i stand til å overholde sine lov- pålagte plikter. Forsvarlighetskravet inneholder tre hovedmomenter: Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, den må ytes i tide og ha tilstrekkelig omfang.

I følge Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kan kvalitet være en dimensjon av forsvarlighetskravet.

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Revisjonen vil ta utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ved utledning av revisjonskriterier og med bakgrunn i denne forskriften vurdere om virksomheten plan- legger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer egen praksis, i tråd forskriftskravene presenter i §§ 6,7,8 og 9.

Formålet med forskriften sies i § 1 å være «...å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.....». I tillegg til dette skal forskriften bidra til kvalitetsforbedring av helse og omsorgstjenestene, samt å øke sikkerheten for pasienter og brukere.

Forskriftens § 3 fastslår at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Det overordnede ansvaret vil i kommunal sammenheng være plassert hos kommunedirektør/rådmann, jf. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten¹². Det å etablere et styringssystem innebærer i denne sammenheng hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, jf. forskriftens § 4.

Forskriftens § 5 sier at virksomhetens styringssystem skal tilpasses virksomhetens «størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig». I veilederen pekes det på at styringssystem skal være et effektivt verktøy tilpasset den enkelte virksomhet. Veilederen understreker også at særlig risikofylte oppgaver i virksomheten krever mer styring i form av skrevne rutiner og prosedyrer enn andre og mindre risikofylte oppgaver. Veilederen peker særskilt på legemiddelhåndtering som et område hvor svikt kan føre til alvorlige hendelser. Det er et krav at dokumentasjonen til enhver tid er oppdatert og lett tilgjengelig for virksomhetens ansatte.

Veilederen gir følgende eksempler på relevante dokumenter i styringssystemet:

- organisasjonskart
- oversikt over ansvars- og myndighetsforhold
- oppgavefordeling i virksomheten
- rutiner for opplæring, medvirkning og brukererfaringer
- rutiner og oppfølging av risikovurdering
- rutiner og resultater fra behandling av avvik og uønskede hendelser
- plan for forbedringsarbeid, gjennomføring og resultater
- faglige prosedyrer
- beskrivelse av arbeidsoppgaver som utføres sjelden
- beskrivelse av arbeidsoppgaver med særlig risiko
- beskrivelse av oppgaver som bør organiseres eller løses på en bestemt måte av hensyn til sikkerhet, likebehandling og samhandling

¹² Rundskriv fra Helsedirektoratet - IS-2017-2620 (IS-2620)

Virksomhetens **plikt til å planlegge** sine aktiviteter er nedfelt i forskriftens § 6. Veilederen (ss. 12—13) slår fast at for å kunne styre og lede en virksomhet på en god og forsvarlig måte, er det nødvendig å ha god oversikt over virksomhetens mål, oppgaver og tjenester, organisering og ansvarsfordeling. Det sies videre at for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er det en forutsetning at man har en klar organisasjons- og lederstruktur. Hele organisasjonen må ha kjennskap til, og være innforstått med, hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det er ikke tilstrekkelig at den enkelte medarbeider kjenner sine egne oppgaver, kvaliteten på produserte tjenester og pasient/brukersikkerhet er også avhengig av medarbeiderne i virksomheten har tilstrekkelig kunnskap om andres ansvar og oppgaver. Veilederen peker på at relevante dokumenter i et internkontrollsystem knyttet til plikten til å planlegge kan være:

- 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

Virksomhetens gjennomføringsplikt er nedfelt i forskriften § 7. Gjennomføringsplikten innebærer å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. Det påligger også virksomheten å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. I tillegg til dette skal virksomheten utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Inkludert i dette ligger det også et krav om å avdekke, rette opp og forebygge brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Gjennomføringsplikten innebærer også at virksomhetens medarbeidere skal medvirke slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Også erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende skal brukes i virksomhetens arbeid.

Kommunens plikt til å evaluere er nedfelt i forskriftens § 8. I denne plikten ligger det at kommunen skal kontrollere om virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres. Det skal i denne sammenheng også vurderes om gjennomføringen etterlever kravene i helse- og omsorgslovgivningen, herunder også kravene til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er også et krav at kommunen vurderer virksomheten med bakgrunn i brukere, pasienter og pårørendes erfaringer. Et annen viktig side ved evaluering av virksomheten som kommunen er pålagt er å gjennomgå avvik og herunder uønskede hendelser, med det mål for øyet at slike hendelser skal forebygges og unngås i fremtiden. Det kreves også av kommunen, at man minst en gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og relevant informasjon om kommunen, for på denne måten å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og blant annet bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Kommunen skal også **korrigere** sine aktiviteter i henhold til forskriftens § 9. Dette innebærer at man skal rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold. Kommunen skal videre korrigere egen praksis slik at

helse- og omsorgslovgivningen etterfølges blant annet med hensyn til kravet om faglig forsvarlige tjenester og at kommunen skal gjennomføre et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det ligger også i forskriftskravet om korrigerende, at kommunen gjør de nødvendige forbedringer av prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for gjennom dette å avdekke, rette opp og forebygge overtreddelse av helse- og omsorgslovgivningen.

På bakgrunn av denne utlegningen av har revisjonen utledet følgende revisjonskriterier

- Kommunen må dokumentere at virksomheten Grinitun sykehjem har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. Virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet bør være beskrevet.
- Kommunen må dokumentere at det ved Grinitun sykehjem er satt på plass et system som sikrer at ansatte har tilgang til, og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter, samt interne rutiner/prosedyrer.
- Kommunen må sørge for at de ansatte ved Grinitun sykehjem har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontrollsystem.
- Kommunen må dokumentere at de har etablert et system som sikrer at de ansatte ved Grinitun sykehjem har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten.
- Kommunen må dokumentere at det er etablert et system som sikrer at de ansattes samlede kunnskaper og erfaringer blir nyttiggjort i forbindelse med driften av Grinitun sykehjem.
- Kommunen må også dokumentere at det er etablert systemer som sikrer at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet ved Grinitun sykehjem.
- Kommunen må skaffe seg oversikt over områder ved Grinitun hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Kommunen må dokumentere at det er etablert et system for å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv., for å avdekke, rette opp og forebygge overtreddelser av helse- og omsorgslovgivningen ved Grinitun sykehjem
- Kommunen skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen ved Grinitun sykehjem for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.

8.2 Utleddning av revisjonskriterier for problemstilling nr. 2

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

Hovedkilden for revisjonskriteriene til denne problemstillingen er kvalitetsforskriften. I tillegg til denne finnes det en rekke andre bestemmelser som relaterer seg til de grunnleggende behovene i kvalitetsforskriften. Kildene for disse mer presise revisjonskriteriene er følgende:

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Hol)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Pbrl)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) - FOR-2003-06-27-792
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) - FOR-2010-11-12-1426
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften) - FOR-1988-11-14-932
- Forskrift om legemiddelhåndtering - FOR-2008-04-03-320
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - FOR-2011-12-16-1256
- Rundskriv: I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Rundskriv: I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- Veileder: Legetjenester i sykehjem
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS – 1580
- St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen
- Demensplan 2015 «Den gode dagen», delplan til Omsorgsplan 2015

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

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

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

Det skal legges til rette for at den enkeltes sosiale behov tilfredsstilles gjennom samvær med andre, fellesskap og aktivitet. Det skal gis mulighet for å følge en normal livs- og døgnrytme, hvor uønsket og

unødig sengeopphold unngås. Det skal også legges til rette for at den enkelte kan oppleve ro og et skjermet privatliv. Ved langtidsopphold skal det gis tilbud om enerom.

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

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

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

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

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

<p>1. Informasjon og brukermedvirkning</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Det skal foreligge rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.</i></p>	<p>Kvalitetsforskriften: Brukere/pårørende medvirker ved utforming/ending av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning forutsetter at bruker og pårørende blir informert. Bestemmelser bl.a. i</p> <p>Pbrl. kap. 3, bl.a. § 3-2 7.ledd: Brukere skal ha den info som er nødv. for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.</p> <p>Sykehjemsforskriften § 4-10: I de tilfelle hvor det ikke er opprettet styre for boformen, må en talsrepresentant for beboerne på annen måte sikres mulighet for innflytelse på driften.</p> <p>Hol. § 3-10 2. ledd: Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.</p>
<p>2. Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legedekning <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Beboerne ved Grinitun sykehjem skal motta faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisinutdeling 	<p>Sykehjemsforskriften §2-1: Boformen skal ha tilknyttet en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling</p> <p>Verdighetsforskriften: Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen</p>

<p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Det skal være utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal være gjort kjent i virksomheten.</i></p> <p><i>Det skal finnes skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</i></p> <p><i>Det skal finnes rutiner og prosedyrer som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</i></p>	<p>Forskrift om legemiddelhåndtering: Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, bl.a.</p> <p>a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal gjøres kjent i virksomheten.</p> <p>b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</p> <p>c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</p>
<p>1. Ernæring</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemme-sykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.</i></p> <p><i>Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.</i></p>	<p>Kvalitetsforskriften: Tilstrekkelig næring; Variert og helsefremmende kosthold; Rimelig valgfrihet ift mat. Hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise</p> <p>Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring: (Inneholder 12 anbefalinger, derav flere «skal»-anbefalinger) Dokumentere ernæringsstatus og vurdere ernæringsmessig risiko</p>
<p>4. Personlig stell og egenomsorg</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Beboerne ved Grinitun sykehjem skal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg 	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg
<p>5. Aktivisering og stimulering</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Beboerne ved Grinitun sykehjem skal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - få dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet 	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - Sosiale behov (mulighet for samvær, fellesskap, aktivitet) <p>Verdighetsforskriften: Et mest mulig normalt liv, ... med adgang til å komme ut</p> <p>Rundskriv I-5/2007: Kommunens plikt omfatter også tjenester som skal dekke den enkeltes</p>

	<p>behov for aktivitet; bidra til at bruker får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre</p>
<p>6. En verdig livsavslutning</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Beboere ved Gritun sykehjem bør ikke være alene i livets slutfase</i></p>	<p>Kvalitetsforskriften: En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser</p> <p>Verdighetsforskriften: Lindrende behandling og en verdig død</p>
<p>7. Tilbud tilrettelagt for demente</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet på Gritun sykehjem</i></p>	<p>Sykehjemsforskriften § 4-7: Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått.</p> <p>St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen (s. 27): Det anbefales at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for aldersdemente.</p>
<p>8. Tilbud om eget rom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv.</p> <p><u>Revisjonskriterium</u> <i>Beboerne på Gritun bør tilbys enkeltrom.</i></p>	<p>Verdighetsforskriften: Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom</p> <p>Sykehjemsforskriften: Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengersrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Rommene bør ha uttak for telefon. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom.</p> <p>Grupper av sengerom bør ha egne spise- og oppholdsarealer samt kokemuligheter som kan benyttes av beboerne.</p>

Larsen Frank Willy

Fra: Georg Smedhus <georg.njargel.smedhus@io.kommune.no>
Sendt: mandag 15. februar 2021 21:41
Til: Larsen Frank Willy
Kopi: Øivind Olafsrud; Kenneth A. Johannessen
Emne: SV: Høringssvar FR-rapport Kvalitet i sykehjemstjenesten
Vedlegg: Høringssvar Kvalitet i sykehjemstjenesten Gritun (2) (002).docx

Hei. Her er svart der man også kommer en del inn på tiltakene.

Kortversjonen er: Indre Østfold kommune støtter revisors funn, vurdering og anbefalinger om videre forbedringsområder.



Georg Smedhus
Rådmann
Indre Østfold kommune
970 63 808 / 69 68 10 00

Fra: Larsen Frank Willy <fralar@ovkr.no>
Sendt: mandag 15. februar 2021 16:23
Til: Georg Smedhus <georg.njargel.smedhus@io.kommune.no>
Kopi: Øivind Olafsrud <oivind.olafsrud@io.kommune.no>; Kenneth A. Johannessen <kenneth.a.johannessen@io.kommune.no>
Emne: Høringssvar FR-rapport Kvalitet i sykehjemstjenesten

Hei Georg,
Kan vi håpe på et høringssvar i løpet av dagen i dag?

Vennlig hilsen

Frank Willy Vindløv Larsen
Forvaltningsrevisor



Telefon: 69 30 77 00 Rolvsøy
Telefon: 69 22 31 10 Rakkestad
Mobil: 93 06 36 37
E-mail: fralar@fredrikstad.kommune.no



Østre Viken Kommunerevisjon konkluderer med:

1. *Basert på de undersøkelser revisjonen har gjennomført konkluderes det med at beboerne ved Grinitun får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.*
2. *Basert på de undersøkelser revisjonen har gjennomført konkluderes det med at beboerne ved Grinitun får ivaretatt sine grunnleggende behov, hvor respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel hensyntas og hvor den enkeltes medisinske behov er ivaretatt.*

Indre Østfold kommune støtter revisors funn, vurdering og anbefalinger om videre forbedringsområder.

Vi støtter utsagnet fra revisjonen om at prosjektet ble gjennomført i en spesiell periode med koronaepidemi, den nylige kommunesammenslåingen, og at vedtatte prosjekter enda ikke var gjennomført. Det har fra februar 2020 vært svært stort fokus på å holde smitte borte fra sykehjem. På Grinitun har dette påvirket både selve prosjektet og sannsynligvis både ansattes, pasientenes og pårørendes opplevelse av hvordan behov tilfredsstilles. Denne komplekse situasjonen har sammenfalt med ny ledergruppe på Grinitun. Restriksjoner knyttet til korona medførte at det på intervjuet med revisor kun var enhetsleder til stede, og ikke ansatte eller avdelingsledere som kjente praksis godt. Revisjonsprosjektet ble vedtatt gjennomført av tidligere Spydeberg kommune hvor Grinitun var kommunens eneste sykehjem. Indre Østfold kommune har fem sykehjem og har allerede organisert en del tilbud og tjenester annerledes enn tidligere.

Kommunerevisjonen viser til flere områder det er anbefalt videre arbeid med og i det følgende vil ledelsen på Grinitun gjøre rede for noen av tiltakene vi tenker er aktuelle.

1. Indre Østfold kommune bør vurdere om man skal utarbeide målsettinger for forbedringsarbeidet og nedfelle dette i virksomhetens og kommunens måldokumenter.

Indre Østfold kommune implementerer i 2021 et nytt virksomhetsstyrings system; Framsikt. I denne prosessen vil politiske målsettinger og satsninger innen tjenesteområdet defineres. Videre vil seksjonens og enhetens virksomhetsplaner, herunder målsettinger innen forbedringsarbeidet, tydeliggjøres og fremkomme for de ulike deler av organisasjonen. Det er også relevant i denne sammenheng å trekke frem kommunens arbeid med Leve hele livet reformen. En statusrapport ble politisk behandlet senhøsten 2020 og kommunestyret vil i løpet av høsten 2021 få seg forelagt en ny sak hvor man vedtar konkrete innsatsområder fra reformen.

På Grinitun vil det jobbes videre med konkretisering av mål med utgangspunkt i prosedyren «Kvalitetsmål i institusjon». Tid for evaluering av målene vil settes inn i årshjulet for Internkontroll på slutten av året.

2. Indre Østfold kommune bør vurdere om det skal utarbeides overordnede prosedyrer innenfor tjenesteproduksjon av helse- og omsorgstjenester

Det er satt ned en arbeidsgruppe tvers av seksjoner i Helse og velferd som skal jobbe med overordnede prosedyrer. Det er identifisert noen overordnede prosedyrer som eksempelvis brannvern og medikamenthåndtering.

3. Indre Østfold kommune bør vurdere å igangsette et strategisk kompetanseutviklingsarbeid hvor utarbeidelse av kompetanseplan kan være et av flere tiltak

Postadresse
Postboks 34
1861 Trøgstad

Besøksadresse
Rådhusgata 22
1830 Askim

Kontaktinfo
+47 69 68 10 00
post@io.kommune.no
www.io.kommune.no

Foretaksnummer
Org.nr. 920 123 899
EHF-nr. 920 123 899
Kontonr. 3207.29.71298



Ledelsen har revisjonens foreslåtte verktøy Strategisk kompetanseplanlegging. Vi ser at denne kan være til hjelp med å skriftlig-gjøre og samle planene vi har. Med utgangspunkt i kommunens mål, enhetens mål, døgnrytmeplaner, avdelingenes mål, Kvalitetsmål og økonomiske rammer, samt innmeldte avvik fra ansatte, tilbakemelding fra pårørende og revisjonens funn utarbeides det i disse dager et årshjul for opplæring av ansatte. Det er laget bemanningsplaner som viser kompetansebehov lege, sykepleier og helsefagarbeider. Vi er også i gang med å planlegge hvordan vi skal sikre nødvendig kompetanse fremover med tanke på funksjonsfordelingen som innebærer at enheten er blitt et langtidssykehjem der det er mange plasser for skjermet demens, men også multimorbide geriatrisk pasienter. Denne vurderingen gjøres også for seksjonen i fellesskap.

4. Indre Østfold kommune bør vurdere hvorvidt man har den systematiske overvåkning og gjennomgang av kommunens internkontrollsystem som er nødvendig for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt og at den bidrar til kontinuerlig forbedring av tjenestetilbudet ved sykehjemmet.

Hovedmålsettingen til ledelsen er at ansatte skal melde fra om avvik og forbedringsområder. Vi ser at terskelen noen ganger blir litt lav. Vi skal fremover informere ansatte ytterligere om rutinene for å melde avvik. Prosedyren for å melde avvik samt flytskjema for avviksbehandling er sendt de ansatte i informasjonsbrev og vi har begynt arbeidet med et årshjul for internkontroll. Vi skal vurdere hvordan systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollsystemet kan legges inn her. På Grinitun er det sett på om frister for behandling og lukking av avvik overholdes, hvorfor det i så fall ikke overholdes, i hvilken grad det som meldes er faktiske avvik osv. Meldte HMS avvik og håndtering av disse er tema på lokale MBA som vi har ca. 8 ganger pr. år og vi skal fortsette samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud om avvik og håndtering av disse fremover

5. Indre Østfold kommune bør vurdere om det er behov for ytterligere og forsterket innsats i forbindelse med legemiddelhåndtering.

Det har vært mye fokus på medikamenthåndtering gjennom året, og det er kultur særlig på en avdeling for å skrive avvik. Dette forklarer til dels det store antallet avvik. Avvikene er av forskjellig alvorlighet. Noen er eksempelvis knyttet til at pasienten ikke har svelget medikamentet, men tatt tabletten ut og lagt den under hodeputen. Vi ser imidlertid at dette er et svært viktig område, med stort potensiale for alvorlige følger om prosedyrer ikke følges, og skal fortsette å ha et særlig fokus på dette.

Både i seksjonen og i arbeidsgruppen som jobber med prosedyrer på tvers av seksjoner, er prosedyrer knyttet til dette området et av de som er løftet frem blant de viktigste å ta raskt tak i. Opplæring i medikamenthåndtering er et av fokusområdene på kompetanseplanen for Grinitun.

6. Indre Østfold kommune bør vurdere om kvaliteten på tilbudet knyttet til munnhygiene og tannbehandling er tilstrekkelig og eventuelt iverksette nødvendige tiltak.

På Grinitun er det vanligvis besøk av tannpleier en til to ganger i året. Koronapandemien har medført at tannhelsetjenesten har valgt å utsette besøk til sykehjemmene. Pasienter som har hatt behov for tannlege har fått time hos tannlege. Det finnes tannkontakter på hver avdeling. Vi har prosedyre for munnhygiene. Mange av pasientene på sykehjemmet er demente og ønsker ikke nødvendigvis å pusse tennene. De kniper kanskje igjen munnen, eller sier de ikke vil. Vi ser likevel vi har et potensiale i å følge opp dette bedre. Vi vil ha tett dialog med tannpleier utover i 2021 både når det gjelder anbefalinger og opplæring, samt ha fokus på ansattes holdninger til



viktigheten av god munnhygiene. Munnhygiene er satt opp som et fokusområde på enhetens kompetanseplan.

Postadresse

Postboks 34
1861 Trøgstad

Besøksadresse

Rådhusgata 22
1830 Askim

Kontaktinfo

+47 69 68 10 00
post@io.kommune.no
www.io.kommune.no

Foretaksnummer

Org.nr. 920 123 899
EHF-nr. 920 123 899
Kontonr. 3207.29.71298