

Rapport

SARPSBORG

08.04.2022

Forvaltningsrevisjon
Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Prosjektmandat	8
3	Fremgangsmåte	9
3.1	Problemstillinger og avgrensninger	9
3.2	Om revisjonskriterier	9
3.3	Revisjonsmetoder	10
4	Forsvarlige helse- og omsorgstjenester	12
4.1	Revisjonskriterier	12
4.2	Datagrunnlag	15
4.2.1	Internkontroll – rutiner, prosedyrer og systemer	15
4.2.2	Legemiddelhåndtering	24
4.2.3	Ernæring	25
4.2.4	Grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene... ..	28
4.2.5	Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester	31
4.3	Vurderinger	44
4.3.1	Internkontroll – rutiner, prosedyrer og systemer	44
4.3.2	Legemiddelhåndtering	47
4.3.3	Ernæring	47
4.3.4	Grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene... ..	49
4.3.5	Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester	51
4.4	Konklusjon og anbefalinger	53
5	Avvikshåndtering	54
5.1	Revisjonskriterier	54
5.2	Datagrunnlag	55
5.2.1	Avvikssystem	55
5.2.2	Melding av alvorlige hendelser til Helsetilsynet	57
5.3	Vurderinger	57
5.3.1	Avvikssystem	57
5.3.2	Melding av alvorlige hendelser til Helsetilsynet	58
5.4	Konklusjon og anbefalinger	58
6	Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser	59
6.1	Bakgrunn og revisjonskriterier	59
6.2	Datagrunnlag	61
6.3	Vurderinger	64
6.4	Konklusjon	65
7	Kilder	66
8	Vedlegg	68
8.1	Utledning av revisjonskriterier	68
8.2	Kommunedirektørens uttalelse	74

1 SAMMENDRAG

Denne forvaltningsrapporten har vurdert kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting i Sarpsborg 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 besvart:

Problemstilling 1

Får brukere av pleie- og omsorgstjenester faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og får brukerne dekket grunnleggende behov, jamfør kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)?

Problemstilling 2

Er kommunens avvikshåndtering på pleie- og omsorgsområdet i tråd med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)?

Problemstilling 3

Har kommunen iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene i forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser» fra 2017?

Revisjonens gjennomføring

Denne forvaltningsrevisjonen har vært gjennomført mens landet i perioder har vært nedstengt på grunn av koronapandemien. Det er revisjonens vurdering at dette kan ha vært med på å prege de dataene som revisjonen samlet inn. Revisjonen ser at nasjonale og lokale smittevernregler, som det var nødvendig 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.

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

For å svare ut problemstillingen har revisjonen gjennomgått sentrale dokumenter på helse- og omsorgsområdet. Dette omfatter for eksempel kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028, virksomhetsplaner, lederavtaler og delegasjonsreglement.

Revisjonen har også basert sitt arbeid på enkelte av Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er gjennomført ti intervjuer, herunder med assisterende direktør for helse- og omsorgsområdet i Sarpsborg kommune, to virksomhetsledere, kvalitetsrådgiver og hovedtillitsvalgte for Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund. I tillegg til dette har revisjonen intervjuet eldrerådet, gjort et gruppeintervju av pårørende ved Valaskjold, samt intervjuet to brukere av kommunens hjemmetjenester.

Revisjonen har også samlet inn data ved å invitere ansatte i virksomhetene Hjemmetjenester Sentrum og Valaskjold sykehjem til å svare på en nettbasert spørreundersøkelse. Målsettingen med spørreundersøkelsen var å få de ansattes vurdering av tjenesteproduksjonen. Spørsmålene dreide seg om å vurdere kvaliteten på tjenestene i tilknytning til for eksempel ernæring, respekt og trygghet, kvalitet på medisinsk behandling, aktiviteter, sosialt samvær osv.

Revisjonens vurderinger

Sarpsborg kommune arbeider for å få opp andelen heltidsansatte, blant annet fordi kommunens ledelse anser dette som et viktig tiltak for å styrke kvaliteten på tjenestene. Revisjonen deler denne vurderingen og mener at arbeidet med å øke andelen heltidsansatte i helse- og omsorgstjenesten er viktig. Når det likevel er slik at kommunen ikke alltid klarer å rekruttere ønsket kompetanse så kan det forekomme at man benytter seg av ufaglært arbeidskraft. Bruk av ufaglært arbeidskraft vil redusere kvaliteten på de tjenester som helse- og omsorgstjenesten tilbyr blant annet på grunn av at det er arbeidsoppgaver ufaglærte ikke kan gjøre. Dette vil få som konsekvens at arbeidsbelastningen øker på sykepleiere og helsefagarbeidere med de nødvendige kvalifikasjoner. Dette vurderer revisjonen som uheldig, og anbefaler kommunen å vurdere om det er tiltak som kan iverksettes for å motvirke dette.

Revisjonens kontroll har vist at det er etablert systemer som skal bidra til at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet. Et eksempel på dette er de brukerundersøkelsene som tidligere er gjennomført og som planlegges gjennomført i tiden som kommer. Revisjonen har forståelse for at gjennomføring av brukerundersøkelser har blitt nedprioritert i forhold til andre mer presserende arbeidsoppgaver under koronapandemien. Revisjonen vil likevel peke på at viktig informasjon til bruk i kommunens forbedringsarbeid kan ha gått tapt som en konsekvens av dette, og anbefaler derfor at brukerundersøkelser rettet mot brukere av sykehjemstjenester og hjemmetjenester gjennomføres så raskt det lar seg gjøre.

Revisjonens kontroll av lagrede risikovurderinger i Risk Manager har vist at de kontrollerte virksomheter er i gang med risikovurderinger av egen virksomhet i varierende grad. Det er revisjonens vurdering at god internkontroll bør bygge på en realistisk vurdering av de risikoene som finnes. Denne risikovurderingen skal legges til grunn for relevante tiltak som reduserer sannsynligheten for uønskede hendelser. Systematisk gjennomgang av risikobildet virksomheten står overfor kan også bidra til å effektivisere driften dersom man identifiserer tiltak eller arbeidsprosesser som ikke er nødvendig. Revisjonen anbefaler derfor at Sarpsborg kommune sikrer at man i tilstrekkelig grad gjennomfører risikovurderinger på virksomhetsnivå.

Det er revisjonens vurdering at Sarpsborg kommune ikke vurderer ernæringsmessig risiko for beboere på sykehjem og for personer hjemmesykepleie i tråd med egne prosedyrer og nasjonale anbefalinger.

Gitt de konsekvenser risiko for undernæring gir for gamle og syke mennesker vurderer revisjonen dette som et alvorlig avvik. Revisjonen anbefaler Sarpsborg kommune å iverksette tiltak for å nå målsettingen om at alle pasienter med vedtak om nødvendig helsehjelp/hjemmesykepleie, eller med vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon, skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig.

Sarpsborg kommune har ikke tilsatt ernæringsfysiologer. Helsedirektoratet anbefaler at det bør ansettes en klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbyggere i kommunen. Revisjonen anbefaler med bakgrunn i dette at Sarpsborg kommune vurderer å tilsette en eller flere ernæringsfysiologer for å styrke det systematiske og individrettede ernæringsarbeidet i kommunen.

Denne forvaltningsrevisjonen har vist at enkelte pårørende ikke var fornøyd med aktiviseringen og spesialiseringen av sine pårørende. I spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte ga 58 % av de ansatte uttrykk for at de mente at beboere og pasienter fikk tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter i middels, liten eller svært liten grad. Det er revisjonens oppfatning at avklaring av forventninger til aktivitetstilbudet, i forhold til brukere, men kanskje særlig pårørende, er et viktig tiltak for å skape en felles forståelse av hva slags aktivitetstilbud den enkelte pasient skal få. Revisjonen anbefaler Sarpsborg kommune å vurdere ytterligere tiltak for å skape en felles forståelse av hvilket aktivitetstilbud den enkelte pasient skal tilbys.

Sarpsborg kommune har som en målsettingene på helse- og omsorgsområdet at kommunens tjenesteproduksjon skal bidra til å skape muligheter og forutsetninger for at hver enkelt innbygger kan mestre eget liv. Revisjonens undersøkelse har vist at enkelte brukere av kommunens helse- og omsorgstjenester ikke opplever full frihet i forhold til når man går til sengs og når man står opp. Revisjonen vurderer at disse erfaringene står i motstrid til kommunens målsetting på området. Revisjonen anbefaler derfor Sarpsborg kommune å vurdere om det kan iverksettes tiltak som sikrer at brukere av hjemmetjenester sikres reell innflytelse over egen døgnrytme.

Revisjonen vurderer det som uheldig at andelen brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC i Sarpsborg kommune var på 65,7% i 2020, og anbefaler Sarpsborg kommune å iverksette tiltak som raskest mulig bringer andelen brukertilpassede enerom opp på ett tilfredsstillende nivå, i tråd med målsettinger nedfelt i «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen», vedtatt av bystyret 20.05.21.

Fra 1. januar 2020 fikk kommunene en lovfestet plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Revisjonens kontroll har vist at per 2020 hadde 62 av 206 hjemmeboende med demens vedtak om plass på dagsenter. Revisjonen anbefaler Sarpsborg kommune å vurdere umiddelbare tiltak for å bedre tilbudet om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, for å igjennom dette møte kravene som er nedfelt helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Lov om tannhelsetjenesten § 1-3 hjemler at langtidsboere på sykehjem har rett til nødvendig tannhelsehjelp, jf. § 2-1 i samme lov. Andelen langtidsboere på sykehjem i Sarpsborg som har blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell de siste 12 måneder er på 41 % i 2020. I og med at Helsedirektoratet har en kvalitetsindikator som skal vise hvor mange sykehjemsboere som har mottatt tannpleie siste 12 måneder, så antar revisjonen at Helsedirektoratet anser en slik kontroll hver 12 måned som faglig nødvendig. Revisjonen vurderer det som uheldig at bare 4 av 10 langtidsboere er blitt vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder, og anbefaler at Sarpsborg kommune etablerer rutiner og praksis som sikrer at langtidsboere får nødvendig tannhelsehjelp.

Revisjonen kontroll har vist at det er registrert 375 avvik som står uten videre tiltak når man sammenstiller registrerte avvik med tilhørende tiltak i det gamle kvalitetssystemet Risk Manager og det nye kvalitetssystemet Netpower. I prosedyren for avviksbehandling heter det at et avvik skal tas til behandling innen 14 dager etter at avvik er meldt. 3 virksomheter oversitter responstiden på 14 dager. Revisjonen anbefaler administrasjonen å forsikre seg om at alle registrerte avvik håndteres i tråd med interne retningslinjer.

Det finnes ikke en samlet fremstilling av innmeldte alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Dette vurderer revisjonen som uheldig. Revisjonen vurderer at en fullstendig oversikt over innmeldte alvorlige hendelser er en nødvendig forutsetning for blant annet å kunne følge opp varslingsplikten etter helse- og omsorgstjenestelovens § 12-3. Revisjonen anbefaler derfor kommunen å iverksette tiltak som sikrer at kommunen til enhver tid har en samlet oversikt over innmeldte alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

Revisjonens konklusjoner og anbefalinger

I tilknytning til problemstilling nr. 1 konkluderer revisjonen med at brukere av pleie- og omsorgstjenester i Sarpsborg kommune i all hovedsak får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og dekket grunnleggende behov. Revisjonens undersøkelse viser likevel at det foreligger forbedringspunkter ved de undersøkte virksomhetene og i kommuneområde helse og velferd som helhet.

Når det gjelder problemstilling nr. 2 konkluderes det med at kommuneområdet helse og velferd i Sarpsborg kommune, i all hovedsak har etablert et avvikssystem som registrerer, behandler og lukker avvik, og som i tillegg til dette sikrer regelmessig gjennomgang av avvik i hele organisasjonen – herunder rapportering til og behandling av kommunens øverste ledelse. Imidlertid har revisjonen avdekket forbedringspotensial knyttet til håndteringen av avvik, samt manglende oversikt over alvorlige hendelser meldt til Statens helsetilsyn.

For problemstilling nr. 3, konkluderer revisjonen med at kommunen har iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene i forvaltningsrevisjonsprosjektet fra 2017.

Revisjonen anbefaler at kommunen bør:

- a) vurdere ytterligere tiltak for rekruttere ønsket kompetanse og motvirke bruk av ufaglært arbeidskraft.
- b) gjennomføre brukerundersøkelser rettet mot brukere av sykehjemstjenester og hjemmetjenester så raskt det lar seg gjøre.
- c) sikre at man i tilstrekkelig grad gjennomfører risikovurderinger på virksomhetsnivå.
- d) iverksette tiltak for å sikre at ernæringsmessig risiko blir vurdert for beboere på sykehjem og for personer med vedtak om hjemmesykepleie i tråd med egne prosedyrer og nasjonale anbefalinger.
- e) vurdere å tilsette en eller flere ernæringsfysiologer for å styrke det systematiske og individrettede ernæringsarbeidet i kommunen
- f) vurdere ytterligere tiltak for å skape en felles forståelse mellom kommunen og bruker/pårørende av hvilket aktivitetstilbud den enkelte pasient skal tilbys.

- g) vurdere tiltak som sikrer at brukere av hjemmetjenester sikres reell innflytelse over egen døgnrytme.
- h) etablere tiltak som bringer andelen brukertilpassede enerom opp på ett tilfredsstillende nivå, i tråd med målsettinger nedfelt i «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen».
- i) vurdere umiddelbare tiltak for å bedre tilbudet om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.
- j) etablere rutiner og praksis som sikrer at langtidsbeboere får nødvendig tannhelsehjelp.
- k) forsikre seg om at alle registrerte avvik håndteres i tråd med interne retningslinjer.
- l) iverksette tiltak som sikrer at kommunen til enhver tid har en samlet oversikt over innmeldte alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

2 PROSJEKTMANDAT

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

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i bystyret i Sarpsborg kommune i sak 2/20, 27.02.2020.

Opprinnelig prosjektplan ble vedtatt av kontrollutvalget den 09.06.2020. I brev datert 02.09.2020 ba Sarpsborg kommune om 6 måneders utsettelse av prosjektet. Kommunens forespørsel var begrunnet i koronasituasjonen. Kontrollutvalget behandlet forespørselen om utsettelse i sak 20/3, 22.09.2020 og vedtok å utsette prosjektet til 2021. I brev datert 22.01.2021 ba Sarpsborg kommune om ytterligere utsettelse av prosjektoppstart til høsten 2021. Kontrollutvalget ga 27.04.2021, i sak 21/16, sin tilslutning til denne utsettelsen.

Revisjonen vurderte det som nødvendig å legge frem ny prosjektplan for gjennomføring basert på kontrollutvalgets ønsker uttrykt i møtet 09.06.2020. Dette for å sikre korrekt forståelse av kontrollutvalgets bestilling. Ny prosjektplan ble behandlet i kontrollutvalgets møte 14.09.2021 (sak 21/36) der den ble vedtatt med enkelte endringer. Revisjonen bearbeidet planen med utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtak, og revidert plan ble lagt frem som en orienteringssak for utvalget i møte den 30.11.21. I løpet av bestillingsprosessen har kontrollutvalget gitt innspill til arbeidet med forvaltningsrevisjonen, avgrensinger og metodebruk knyttet til dette omtales i kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet september - februar 2021/22. Vi har kvalitetssikret faktagrunnlaget underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. Rapportens faktaopplysninger er i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 29.03.22 hvor revisjonens vurderinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse er vedlagt rapporten.

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

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

Østre Viken kommunerevisjon IKS
Rolvøy, 8. april 2022

Casper Støten (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

Frank Willy Vindløv Larsen (sign.)
utførende forvaltningsrevisor

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

3 FREMGANGSMÅTE

3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1

Får brukere av pleie- og omsorgstjenester faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og får brukerne dekket grunnleggende behov, jamfør kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)?

Problemstilling 2

Er kommunens avvikshåndtering på pleie- og omsorgsområdet i tråd med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)?

Problemstilling 3

Har kommunen iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene i forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser» fra 2017?

I forbindelse med kontrollutvalgets behandling av prosjektplan 30.11.2021 ble det fra kontrollutvalgets leder gitt uttrykk for at det var ønskelig at forskrift om verdig eldreomsorg også blir hensyntatt ved problemstilling 1. Innspillet kom så sent i prosessen at revisjonen ikke fant det hensiktsmessig å utlede nye revisjonskriterier med forankring i denne forskriften. For øvrig er det revisjonens vurdering at kvalitetsforskriften (FOR-2003-06-27-792) og øvrige kilder har gitt tilstrekkelig grunnlag for utledning av revisjonskriterier for å belyse denne problemstillingen.

3.2 Om revisjonskriterier

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

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

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

3.3 Revisjonsmetoder

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

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

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

- Dokumentanalyse
- Intervjuer
- Spørreundersøkelse

Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet har kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028, virksomhetsplaner, lederavtaler og delegasjonsreglement vært sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene brukt i rapporten er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 8.

I tråd med kontrollutvalgets innspill har revisjonen også basert sitt arbeid på enkelte av Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Sarpsborg kommunes kommentarer til statistikken fra Helsedirektoratet er innarbeidet i rapporten i kapittel 4.2.5. Indikatorene er presentert samlet i rapporten, men de enkelte indikatorene har relevans til flere av revisjonskriteriene.

I tilknytning til problemstilling 3 ba revisjonen om kommuneledelsens redegjørelse vedrørende oppfølging av bystyrets vedtak i sak 108/17.

Intervjuer

Det er totalt gjennomført 10 intervjuer:

- Assisterende direktør Alice Reigstad
- Kvalitetsrådgiver
- Virksomhetsledere i følgende virksomheter
 - Hjemmetjenester sentrum
 - Omsorgstjenester Valaskjold
 - hovedtillitsvalgte for Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund
 - eldrerådet i Sarpsborg
- Et gruppeintervju med fire pårørende til beboere på Valaskjold
- To brukere av hjemmetjenester i virksomhet Sentrum

Med unntak av intervjuene med brukere av hjemmetjenester, er alle intervjuer 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. Når det gjelder verifiseringen av de to intervjuene med brukere av hjemmebaserte tjenester vurderte revisjonen at belastningen på brukerne i forbindelse med verifiseringen som større enn nytten for undersøkelsen.

Spørreundersøkelse

Det er gjennomført spørreundersøkelse blant ansatte i virksomheten Hjemmetjenester Sentrum og Valaskjold sykehjem. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av det nettbaserte spørreundersøkelsesverktøyet Questback.

Spørreundersøkelsen gikk ut til 171 ansatte. 83 ansatte valgte å svare på spørreundersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 49. Dette er lavere enn ønskelig, men revisjonen vurderer likevel at spørreundersøkelsens resultater sammenstilt med funn fra øvrige kontrollhandlinger er tilstrekkelig for å gjøre pålitelige vurderinger.

Spørreundersøkelsen besto av 25 spørsmål. Målsettingen med spørreundersøkelsen var å få de ansattes vurdering av tjenesteproduksjonen. Spørsmålene dreide seg om å vurdere kvaliteten på tjenestene i tilknytning til for eksempel ernæring, respekt og trygghet, kvalitet på medisinsk behandling, aktiviteter, sosialt samvær osv.

4 FORSVARLIGE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Problemstilling 1: *Får brukere av pleie- og omsorgstjenester faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og får brukerne dekket grunnleggende behov, jamfør kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)?*

4.1 Revisjonskriterier

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

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

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.

Hovedkilden for revisjonskriteriene er forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, også kalt kvalitetsforskriften.

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

Revisjonen vil også 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, 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).
Revisjonskriteriene er punktvis oppsummert nedenfor.

Kommunen bør:

Internkontroll

- sørge for at helse- og omsorgstjenestene har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet fremkommer tydelig. Hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet bør være beskrevet.
- sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontroll.
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- sørge for at de ansatte i helse- og omsorgstjenestene har tilgang til og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter.
- sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten.
- sørge for at de ansatte får medvirke i helse- og omsorgstjenesten slik at samlet kunnskap og erfaring blir nyttiggjort.
- gjøre bruk av erfaringer fra brukere i sitt forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.
- sørge for at det foreligger rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.
- skaffe seg oversikt over områder i helse- og omsorgstjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv., for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen

Legemiddelhåndtering

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

Ernæring

- sikre at alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- sikre at personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.

Grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

- sikre at brukere av hjemmebaserte tjenester 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
- sikre at brukere av hjemmebaserte tjenester skal:
 - få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
 - få dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet
- sikre at personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet på sykehjem

4.2 Datagrunnlag

4.2.1 Internkontroll – rutiner, prosedyrer og systemer

4.2.1.1 Mål, organisering og ansvarsfordeling

Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028

Revisjonen har kontrollert *Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028*². Det fremkommer av dette plandokumentet at Sarpsborg kommunes hovedmål for helse- og omsorgsområdet er at de kommunale tjenestene skal bidra til aktivitet, mestring, trygghet og økonomisk bærekraft for Sarpsborg kommunes innbyggere.

Gjennom å utvikle fremtidsrettede kommunale tjenester, som støtter opp under forebygging, rehabilitering og aktivisering av den enkeltes ressurser skal kommunen bidra til at Sarpsborgs innbyggere i så stor grad som mulig er aktive i eget liv. På denne måten vil flere kunne bo hjemme lengre og oppleve trygghet og mestring i eget hjem.

I innledning til plandokumentet fastslås det at Sarpsborg kommune må planlegge for store endringer i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det slås fast at dagens tjenestetilbud ikke vil være bærekraftig i framtiden. Kommende helseutfordringer i befolkningen kan ikke alene løses gjennom å etablere flere institusjonsplasser eller økt bruk av personellressurser. Pasientenes behov skal stå i sentrum for endringer og utvikling i helse- og omsorgstjenesten. I dette ligger det at det ikke skal fattes beslutninger om den enkelte uten at denne er involvert i beslutningsprosessen. Med Samhandlingsreformen³ har kommunen fått en nøkkelrolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Det følger som en konsekvens av dette arbeidet at i fremtiden vil en større andel av pleie- og omsorgstjenestene leveres i kommunene. Det er viktig at kommunene blir satt i stand til å oppfylle reformens intensjoner om mer forebygging og tidlig innsats, koordinerte og helhetlige pasientforløp.

Målgruppen for kommunedelplan helse og omsorg er alle innbyggere Sarpsborg kommune. Planen skal dekke alle aldre; både de som mottar tjenester i dag, fremtidige tjenestemottakere, pårørende, frivillige og ansatte som utfører tjenestene. Det fastslås at planen bygger på en tjenesteovergrepene og tverrfaglig tilnærming.

Planen beskriver også at utfordringene som helse- og omsorgstjenestene står overfor i årene som kommer er mange og sammensatte. Det pekes blant annet på at andelen eldre over 80 år vil stige markant de nærmeste tiår. I 2017 utgjorde denne gruppen 5 prosent av innbyggerne i Sarpsborg. 25 år frem i tid vil andelen stige til 8 prosent. I antall personer ser man derfor en dobling i løpet av dette tidsrommet.

Planverket i kommuneområde Helse og velferd er en del av kommunens totale planhierarki. På toppen av planhierarkiet er samfunnsplanen, «Sammen skaper vi Sarpsborg». Visjonen til kommunen, «Sammen skaper vi», er beskrevet i dokumentet. Ifølge assisterende direktør helse og velferd, har hun ansvaret for de tradisjonelle omsorgstjenestene (se organisasjonskart s. 13). Hun fortalte videre at det årlig lages ny handlingsplan for kommuneområdet Helse og velferd, men at hun oppfatter at målbildet i tidligere handlingsplaner har vært litt «tynne» på hennes område. Dette endres på nå, og det neste målbildet vil inneholde mer fra hennes område, blant annet knyttet til ernæring.

² https://www.sarpsborg.com/globalassets/bilder/politikk-og-planer/kommunedelplan-helse-og-omsorg-2017-2028_hele-planen_ny.pdf, 02.12.21, kl. 0830

³ St.meld. nr. 47 (2008–2009) «Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid»

Videre opplyste hun om at virksomhetslederne tar utgangspunkt i kommunedelplanen når planene for den enkelte virksomhet (virksomhetsplaner) skal utarbeides. Assisterende direktør helse og velferd fortalte at det går en rød tråd gjennom alt av planverk, og at det de to siste årene er utarbeidet overordnede planer for like tjenester på flere områder (f.eks. har de tre hjemmesykepleievirksomhetene en overordnet plan som gjelder for alle tre). I mars 2022 har revisjonen fått opplyst at det er utarbeidet en overordnet plan for heldøgntjenestene. Arbeidet med overordnet plan for boveiledningstjenestene skal påbegynnes i slutten av mars måned 2022. Hensikten med disse overordnede planene er å sørge for at brukere får det samme tilbudet overalt, uavhengig av hvor de bor. Virksomhetslederne for hjemmetjenester sentrum og Valaskjold omsorgstjenester bekreftet i intervju at det blir utarbeidet virksomhetsplaner for alle kommunens virksomheter. Assisterende direktør fortalte at noen virksomhetsledere driver både bofelleskap og sykehjem, og at de som gjør det beskriver det som en fordel. De ulike «husene» kan på den måten bruke ressurser på kryss og tvers.

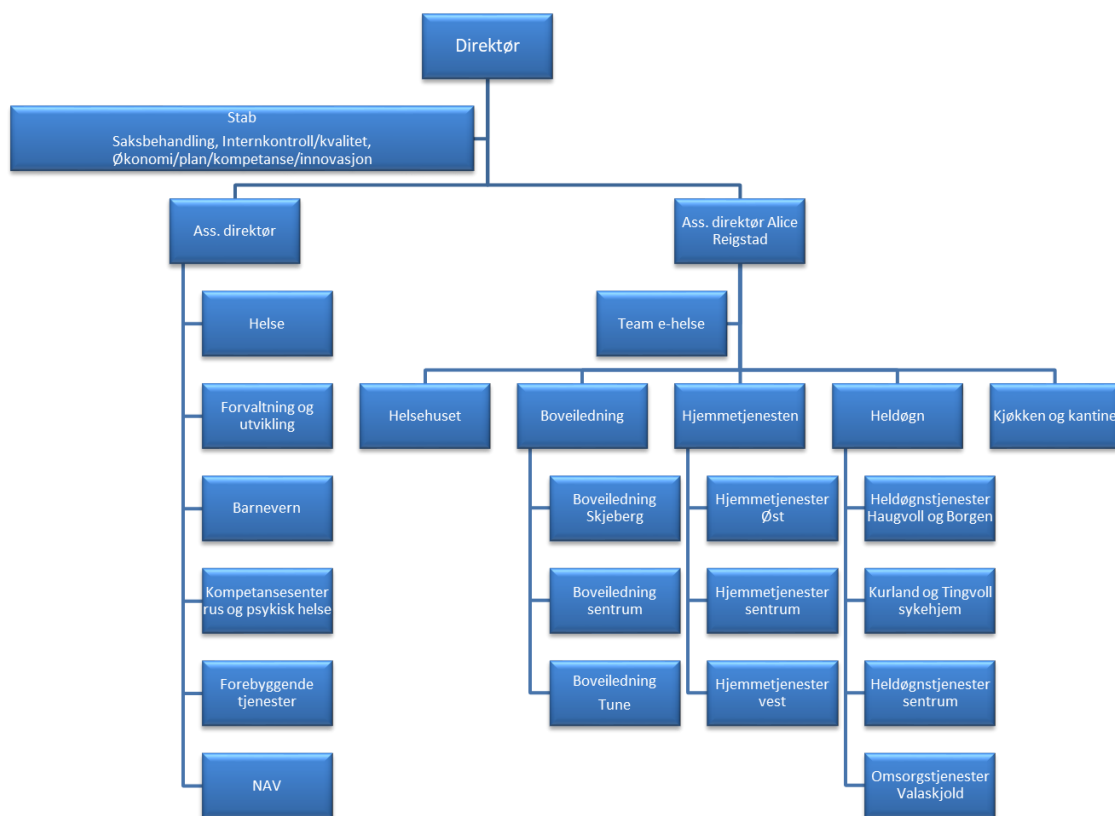
Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum fortalte at virksomhetens forbedringsarbeid er forankret i kommuneplan, kommunedelplan, felles virksomhetsplan for hjemmetjenestene og virksomhetsplanen til hjemmetjenester sentrum. I disse dokumentene beskrives trender, hovedoppgaver og mål for forbedringsarbeidet fremover. Planene på kommune-, kommuneområde- og virksomhetsnivå henger sammen. Hun opplyste om at kommuneområdet de siste årene har jobbet med helhetlige og gode pasientforløp, og at man nå er inne i en ny måleperiode. Dette arbeidet skal sikre kvaliteten på oppstarten av tjenestene, samt det videre forløpet. Virksomhetslederen for Valaskjold omsorgstjenester bekreftet at kommunalområdet driver med forbedringsarbeid. Hun fortalte at de høsten 2021 hang etter med dette arbeidet grunnet korona-pandemien og tilhørende smittevernsarbeid, men at målene for 2021 blant annet var å forebygge covid-19, benytte seg av velferdsteknologi, være gode på dokumentasjon, følge opp egenkontroller, gjennomføre opplæring av saksbehandlere, redusere avvik, etc.

Hun fortalte at et viktig mål for Valaskjold omsorgstjenester er å være gode på pasientsikkerhet, og at ansatte skal fremstå profesjonelle og ha god fagkunnskap. Virksomheten samarbeider med legen for å redusere bruken av legemidler ved sykehjemmet.

Organisering

Revisjonen har fått opplyst at kommuneområde helse og velferd i Sarpsborg kommune er organisert på følgende måte:

Figur 1 Organisasjonskart helse og velferd Sarpsborg kommune



Delegasjonsreglement

Kommunedirektøren er i delegasjonsreglementet, vedtatt av bystyret 06.10.2020 i sak 84/20, delegert myndighet til å treffe vedtak i saker som er av ikke-prinsipiell betydning, jf. pkt. 19.3.

Delegasjonsreglementet gjennomgår også kommunedirektørens ansvars- og arbeidsområder, jf. pkt. 19.2. Det slås fast at kommunedirektøren er øverste leder for kommunens administrasjon. Dette innebærer for eksempel at kommunedirektøren skal gjennomføre og iverksette de politiske beslutningene og videreutvikle, kvalitetssikre og tilpasse kommunale tjenester til de behov innbyggerne har. Det tilligger også kommunedirektøren å inneha kommunens overordnede administrative ansvar for helse, miljø og sikkerhet, herunder det å følge opp kommunens øvrige ledere.

Lederavtaler

Assisterende direktør orienterte revisjonen om at det hvert år utarbeides lederavtaler som beskriver hva hver enkelt leder skal ha fokus på og ha som målsetting for kommende år. Lederavtalene tar for seg ulike områder, kvalitet er ett av områdene. Lederavtalene evalueres i løpet av året. Assisterende direktør fortalte også at hver leder ved ansettelse signerer et delegasjonsbrev som definerer deres ansvarsområde og myndighet. Virksomhetsleder for hjemmetjenester bekreftet at virksomhetslederne i Sarpsborg årlig inngår lederavtaler med tilhørende delegasjonsbrev. Virksomhetslederen fortalte også at virksomhetene har funksjonsbeskrivelser på lokalt nivå, som gjelder for de øvrige ansatte.

Revisjonen har kontrollert lederavtaler som er inngått mellom assisterende direktør og to virksomhetsledere innenfor helse- og velferdssektoren i Sarpsborg kommune. Lederavtalene er bygd opp med en generell og en spesiell del, samt et kapittel vedrørende evaluering og resultatvurdering.

I den generelle delen av lederavtalen beskrives den visjon og de verdier som det forventes at lederne baserer sitt lederskap på. Visjonen er «Sammen skaper vi Sarpsborg» og denne visjonen skal nås gjennom et verdisett som innebærer at Sarpsborg kommune skal være framtidsrettet, åpen, respektfull og troverdig. I den generelle delen beskrives også målene for ledelse. Her står det skrevet at ledelse i Sarpsborg kommune innebærer å skape gode forutsetninger for at alle medarbeidere skal kunne arbeide systematisk og målrettet til det beste for brukerne av kommunale tjenester. Skal dette la seg gjøre så må lederne ta ansvar for at de viktigste oppgavene prioriteres innenfor de til enhver tid gjeldende økonomiske rammer eller andre forutsetninger som måtte påvirke aktuell situasjon.

I lederavtalen fastslås det at virksomhetslederne er virksomhetenes øverste faglige og administrative ledere. Dette innebærer at virksomhetsledere har ansvar for å skape en organisasjon med et godt arbeidsmiljø. Lederen skal videre sørge for at virksomheten løser de oppgaver den får gjennom kommunens styringsdokumenter. Det påligger også virksomhetslederen å drifte virksomheten i henhold til vedtatte økonomiske rammer, samt å bidra til en bruker- og serviceinnstilt utvikling av kommunens tjenester. I tillegg til dette er virksomhetslederne ansvarlige for virksomhetens kvalitetsarbeid og internkontroll og ansvarlig for at det utarbeides en virksomhetsplan for sin virksomhet. Virksomhetslederen skal videre ha innsikt i politiske vedtak, samt ansvar for samarbeid og kommunikasjon eksternt og internt. Det forventes også at virksomhetslederne er bidragsyttere i kommunens plan- og utviklingsarbeid.

I den spesielle delen av lederavtalen går man mer detaljert igjennom virksomheten med hensyn til økonomiske rammer, personalmessige ressurser og andre relevante forhold. Det nedfelles også resultatmål for ulike sider ved virksomheten. I et eget kapittel drøftes særlige utfordringer og satsingsområder for den enkelte virksomhet. Det kan f.eks. være utfordringer knyttet til rekruttering, økonomiske rammer eller andre forhold ved virksomhetens driftssituasjon på kort eller lang sikt.

I kapitlet *Resultat og evaluering* settes det opp rammer og retningslinjer for hvordan assisterende direktør og virksomhetsleder sammen skal vurdere resultatoppnåelsen. Det fremkommer i lederavtalen at dette skal skje minst to ganger per år gjennom utviklingssamtaler. Dersom resultatene ikke tilsvarer de målsettinger man i fellesskap tidligere har nedfelt, inneholder lederavtalen også en prosedyre for hvordan slike situasjoner skal håndteres.

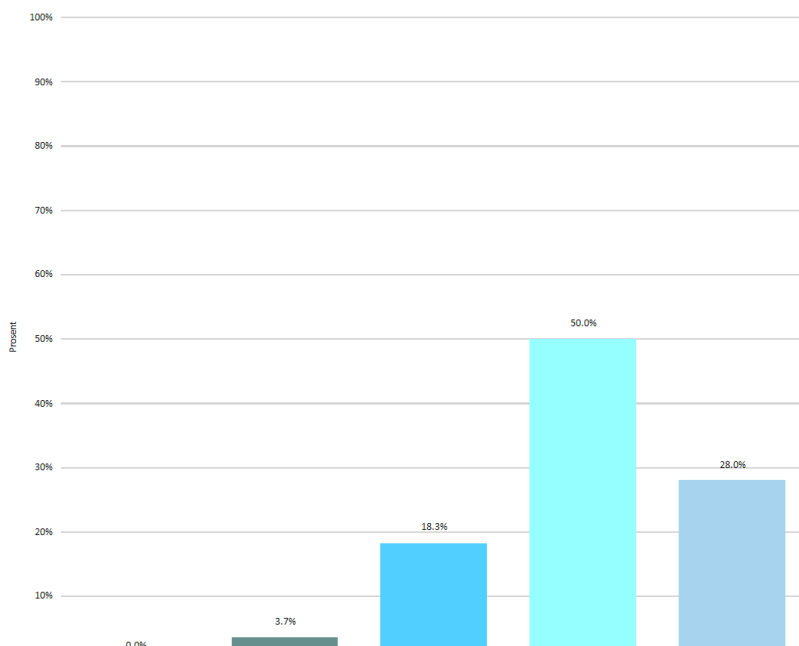
Lederavtalens kapittel 2, det vil si avtalens Spesielle del, fornyes hvert år etter dialog mellom partene.

4.2.1.2 Internkontrollsystem – Risk Manager

Assisterende direktør helse og velferd har orientert revisjonen om at aktuelle lover, rutiner og prosedyrer er å finne i internkontrollsystemet Risk Manager. Alle virksomhetene innenfor kommuneområdet har opplæringsplaner, inkludert opplæring i Risk Manager. Videre opplyste hun om at det arbeides med å løfte prosedyrene fra virksomhetsnivå til kommuneområdenivå, for å sikre at alle får de samme tjenestene uavhengig av hvor man bor. Assisterende direktør forklarer at kommunens internkontrollsystem er inndelt i tre nivåer:

1. Kommun nivå
2. Kommuneområdenivå (Helse og velferd)
3. Virksomhetsnivå

Spørreundersøkelsen viser at de ansatte var samstemte om at internkontrollen, representert ved rutiner, prosedyrer og lignende, bidrar til bedre tjenesteproduksjon. 78 % av respondentene mente i stor eller



Figur 2 I hvilken grad opplever ansatte at rutiner og prosedyrer er gode verktøy for å sikre kvalitet i tjenesten

svært stor grad mente at rutiner og prosedyrer var gode verktøy. Bare 3,7 % mente at rutiner og prosedyrer i liten grad bidro til bedre tjenesteproduksjon.

Virksomhetsleder for Valaskjold omsorgstjenester svarte bekrefte på at det finnes dokumentasjon som viser at det ved Valaskjold 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. Alle ansatte får opplæring i og tilgang til IT-systemene kommuneområdet benytter seg av. Dette inkluderer opplæring i internkontroll og avvikssystemet. Virksomhetslederen fortalte at kommunalom-

rådet har utarbeidet kompetanseskjema, der et av sjekkpunktene er internkontroll og prosedyrer for egenkontroll. Videre fortalte hun at de ansatte har tilgang til e-læringskurs som tar for seg taushetsplikt, helsepersonelloven, HMS, smittevern, brannvern, journalføring, etc.

Revisjonen har kontrollert de rutiner, prosedyrer, skjemaer/maler og planer virksomhet omsorgstjenester Valaskjold har lagret i kommunens kvalitetssystem Risk Manager. Denne gjennomgangen viser at det er utarbeidet 45 rutiner, prosedyrer og lignende for Valaskjold. I tillegg kommer rutiner og systemer knyttet til HMS og brannvern. Blant disse 45 dokumentene finnes det for eksempel virksomhetsplaner, flere rutiner knyttet til legemiddelhåndtering, rutiner vedrørende pasienter og pårørende, egenkontroller og stillingsbeskrivelser.

Hjemmetjenester Sentrum

Revisjonen har også for virksomhet Hjemmetjenester sentrum gjennomgått Risk Manager for å danne seg et bilde av internkontrollen som denne virksomheten har utviklet. Gjennomgangen viste at det også for denne virksomheten, på samme måte som for Omsorgstjenester Valaskjold, var utviklet et omfattende internkontrollsystem. Internkontrollsystemet for Hjemmetjenester sentrum inneholdt i alt 87 dokumenter. I tillegg til dette kommer en rekke dokumenter knyttet til HMS. Gjennomgangen viste at det var utarbeidet virksomhetsplaner, årshjul, diverse risikovurderinger og rutiner knyttet til krisehåndtering som strømstans, brann og koronahåndtering. Det er også utarbeidet en rekke rutiner for saksbehandling og legemiddelhåndtering. I alt 14 prosedyrer er utarbeidet for å møte kvalitetsforskriftens ulike krav til tjenestene. Det dreier seg for eksempel om rutine som skal «Sikre respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet». En annen rutine skal «Sikre selvstendighet og styring av eget liv». I tillegg til dette er det utarbeidet prosedyrer for hjelp til av- og påkledning, bistand ved måltider, sikre sosiale behov og aktiviteter m.m. Revisjonen legger også merke til at det er utarbeidet systemer for opplæring og dokumentasjon.

I årshjulet for virksomhet Hjemmetjenester sentrum for 2020, som revisjonen har kontrollert, så fremkommer det at internkontrollsystemet skal revideres i februar – april.

Virksomhetsleder for hjemmetjenester sentrum opplyste om at kommuneområdet har tilsettingsrutiner på nivå 1 som gjelder hele kommunen. Gjennom rutiner på nivå 3, det vil si rutiner knyttet til den enkelte virksomhet, sikrer kommuneområdet at ansatte får den tilgangen de skal ha. Dette gjelder også Risk Manager og andre relevante systemer. Teamledere sørger for at nyansatte får nødvendige tilganger ved å sende ansattmelding. I det daglige arbeidet, for eksempel når man behandler avvik i teamene, vil gjennomgang av aktuelle rutiner være en del av avviksbehandlingen.

4.2.1.3 Ansattes kompetanse

Assisterende direktør helse og velferd har informert revisjonen om at kommunen gjennom ansettelsesprosessene sikrer at nyansatte har kompetansen og autorisasjonen de skal ha. I tillegg jobbes det nå med en overordnet kompetanseplan, som beskriver hvilken kompetanse de ulike medarbeiderne skal ha på de ulike nivåene og i de ulike virksomhetene. Hver virksomhet har i tillegg sin egen kompetanseplan. Assisterende direktør opplyste at kommunen aldri utlyser stillinger for ufaglærte. Det kan likevel forekomme at man benytter seg av ufaglært arbeidskraft. Det vil da være snakk om vikarer som kan mangle formell kompetanse.

Assisterende direktør har opplyst om at kommunen har en del ufaglært arbeidskraft. Det skyldes at medarbeidere som har jobbet en stund uten formell kompetanse til slutt vil ha krav på stilling. I tillegg har enkelte virksomheter rekrutteringsproblemer, noe som kan føre til at kommunen må benytte personell med lavere kompetanse, eller benytte seg av bemanningsbyråer. Assisterende direktør mener det er viktig for kvaliteten på tjenestene at mange av de ansatte har hele, store stillinger. Kommunen har en heltidssatsning, men hun påpeker også at en del ansatte foretrekker deltidsstillinger fremfor hele stillinger.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum forklarte at hennes virksomhet både har en virksomhetsplan og en kompetanseplan for virksomheten som beskriver hva slags kompetanse de ansatte skal ha. I tillegg har man bemanningsplaner, døgnrytmeplaner og vaktplaner som sikrer at man har rett kompetanse på rett sted, i praksis. Virksomhetsleder bekreftet at det pågår et arbeid med å utarbeide en overordnet kompetanseplan for kommuneområdets virksomheter. Videre opplyste hun om at virksomheten har opplæringsplan for nyansatte og vikarer. Kompetanse- og opplæringsplanen til virksomheten beskriver hvilke kurs som er relevante for de forskjellige ansatte. Dokumentasjon av gjennomførte kurs i virksomheten (i hovedsak e-læringskurs siste 2 år) finnes i rapporter på KS læring, i Visma Veilederen og i GAT⁴ på den enkelte ansatte. Lister over hvilke ansatte som har gjennomførte ulike kurs finnes også lagret i perm hos teamledere. Hun fortalte at omlag 50 % av de ansatte på hennes virksomhet er høyskoleutdannet. Hun opplyste videre om at kommunen/virksomheten jobber for å utdanne ufaglærte som allerede er ansatt.

Virksomhetsleder ved Valaskjold omsorgstjenester informerte revisjonen om at det er etablert et system som skal sikre at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvalitet i tjenesten. E-læring og kompetanseplaner er eksempler på dette. Hun kunne fortelle at e-læring ikke var populært i starten, men at virksomheten ser at dette er veldig tidseffektivt, i tillegg til at det gjør det lett å dokumentere hvem som har gjennomført hva.

Virksomheten har kompetanseplan med oversikt over ansattes videreutdanninger og mål for ønsket kompetanse. Virksomheten tilbyr også interne og eksterne kurs.

⁴ GAT er et ressursstyringsprogram

Revisjonen har kontrollert dokumentet «Velkommen til virksomhet Omsorgstjenester Valaskjold – opplæringsplan». I dette dokumentet er det samlet informasjon om flere forhold. Det gis for eksempel instruksjoner om bekledning, bruk av privat mobiltelefon, røyking osv. Det gis også informasjon om melding av fravær, føring av timelister og lignende. Viktige telefonnummer, for eksempel til virksomhetens ledelse er også presentert.

Opplæringsplanen gjelder for nyansatte, vikarer, studenter og lærlinger. Det fremkommer av dokumentet at opplæringsplanen skal være gjennomgått innen 1 måned etter oppstart. I dokumentet skal det fremkomme når de ulike delene av opplæringsplanen er gjennomført. Planen skal leveres avdelingsleder og oppbevares i den ansattes personalmappe. Revisjonen har ikke kontrollert enkeltansattes personalmapper. Opplæringsplanen legger opp til at det skal gis opplæring i internkontrollsystemet «Risk Manager». Følgende temaer skal gjennomgås:

- HMS
- Avvikshåndtering
- Skademeldinger
- Legemiddelhåndtering
- Smittevern
- Prosedyrer nivå 3, det vil si virksomhetsspesifikke rutiner

I tillegg til at det skal gis informasjon om når opplæring er gitt, så skal det også fremkomme hvem det er som har gitt opplæringen.

Også for hjemmetjenester Sentrum er det utarbeidet en opplæringsplan for nyansatte og vikarer. Denne opplæringsplanen er noe mer omfattende enn opplæringsplanen som revisjonen kontrollerte for virksomheten Valaskjold. Opplæringsplanen presenteres som en rutine for opplæring av nyansatte, vikarer og midlertidig ansatte. Planen inneholder generelle opplysninger om virksomhetens og dennes samarbeidspartnere, for eksempel fastleger. Virksomhetens hovedmål presenteres også. I tillegg til dette inneholder dokumentet generell informasjon om stell av pasient, ernæring og observasjon av pasienter. Dokumentet inneholder også fem sjekklister. Tre av disse er profesjons- eller funksjonsspesifikke i den forstand at de er gjeldende for henholdsvis hjelpepleiere, sykepleiere eller natttjenesten. To av sjekklis- tene gjelder for alle ansatte. I en av disse, benevnt som sjekkliste 2, er internkontrollsystemet Risk Manager temaet. Det fremgår av sjekklisten at opplæring i bruk av Risk Manager skal være gjennomgått av alle ansatte senest 2 måneder etter ansettelse.

4.2.1.4 Medvirkning

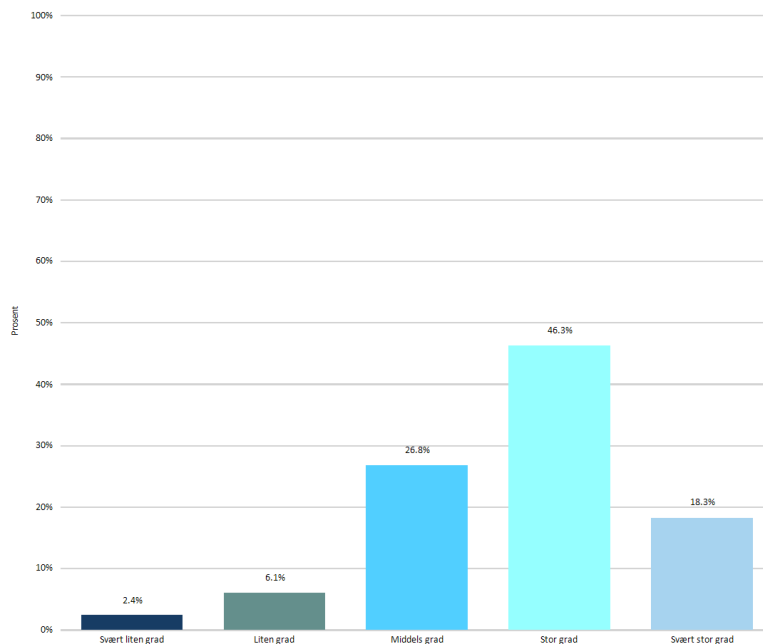
Når det gjelder å sikre medvirkning fra ansatte fortalte assisterende direktør helse og velferd at det i kommunens system for avviksbehandling, er mulig å registrere forslag til forbedringer. Hun pekte også på at når prosedyrer skal revideres, jobbes det i arbeidsgrupper ute i virksomhetene for at man skal få innspill fra de som jobber direkte med brukerne. Alt dette evalueres jevnlig, for å forbedre eksisterende prosedyrer.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum forklarte at medvirkning fra de ansatte blant annet sikres gjennom bruk av virksomhetens kompetanseplan, hvor det er definert hvilke ansatte som har særskilt ansvar for bestemte områder i virksomheten. Nivå 3 prosedyrene «Håndtering av klager og avvik» samt «Kontinuerlig forbedring og læring» beskriver hvordan erfaringer nyttiggjøres. I tillegg dokumenteres medvirkning gjennom referater fra kvalitetsteam og lederteam, hvor disse temaene blir tatt opp. Det er også vanlig at ansatte i det daglige arbeid (beskrevet i Døgnrytmeplaner) deler erfaringer med hverandre

slik at alle blir i best mulig stand til å ta vare på hver enkelt pasient. Avviksmeldinger knyttet til tjenestekvalitet og behandling av disse, viser også hvordan medarbeideres erfaringer deles. Videre opplyste virksomhetsleder om at Hjemmetjenester sentrum har et HMS-team. Referater fra HMS-teamets møter dokumenterer også hvordan ansattes kunnskap/erfaringer nyttiggjøres. Det er generelt et stort fokus på forbedring og læring i virksomheten. Vaktplanene skal sikre tilstrekkelig kompetanse på de ulike vaktene.

Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester forklarte at man har som mål at lederne har tett dialog med ansatte. De ansatte har tilbud om medarbeidersamtaler en gang i året. Gjennom disse samtalen kartlegges det hvordan ting fungerer, ansvarsområder osv. Videre opplyste hun om at virksomheten gjennomfører personalmøter hver sjette uke, hvor erfaringer kan deles mellom de ansatte.

På spørsmål fra revisjonen om det finnes dokumentasjon som viser at det ved virksomhetene på pleie- og omsorgsområdet er etablert systemer som sikrer at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet svarer assisterende direktør at dette blant annet dokumenteres gjennom brukerundersøkelser.



Figur 3 Ansattes opplevelse av i hvor stor grad pasienter får anledning til å medvirke ved utforming av tjenestetilbudet

Hun fortalte at dette arbeidet dessverre har blitt utsatt den siste tiden på grunn av den pågående korona-pandemien.

Vanligvis gjennomføres brukerundersøkelser hvert annet eller tredje år. Videre fortalte hun at sykehjemmene har pårørendesamtaler, samt inntakssamtaler for å kartlegge behovene til brukerne. På systemnivå foregår kvalitetsforbedringsarbeidet ved at man tar opp klager og avvik på ledermøter, hvor man utveksler erfaringer seg imellom. Kommunedirektøren har i tillegg en egen controller som jevnlig gir en avviksoppdatering. Det er også en diskusjon innad i kommuneområdet om det kan være hensiktsmessig å opprette et pårørenderåd. Revi-

sjonen er opplyst om at prosjekt «Handlingsprogram avlastning og pårørendestøtte» er planlagt i 2023. Dette prosjektet er tidligere stoppet på grunn av koronapandemien og manglende ressurser.

I spørreundersøkelsen blant de ansatte fremgår det at over 60 % av de spurte var av den oppfatning at pasientene i stor eller svært stor grad medvirket ved utformingen av tjenestetilbudet.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum forklarte at det finnes en prosedyre for kontinuerlig læring og forbedring for virksomheten. Hjemmetjenester sentrum bruker sjekklister når de tar inn nye pasienter for å sikre at man ivaretar pasientenes behov. Virksomheten bruker også sjekklister når det har gått et halvt år (26 uker), noe som er ment å sikre at pasientens/ brukerens erfaringer kommer fram. Samtaler

med pårørende pr. telefon eller møter dokumenteres i Geric⁵, hvor det også ligger tiltaksplaner som skal dokumentere hvordan pasientene og pårørendes ønsker og behov er dokumentert. Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum fortalte at det ikke er gjennomført fellessamtaler for pårørende i hennes virksomhet. Dette begrunnes i praktiske forhold da de yter tjenester til 500 brukere. Når dette er sagt så legges det til rette for umiddelbar dialog og forventningsavklaring i tilfeller der det er noe enkeltpårørende eller pasienter ikke er fornøyd med.

På spørsmål fra revisjonen om det finnes dokumentasjon som viser at det ved Valaskjold er etablert systemer som sikrer at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet opplyste virksomhetsleder om at det alltid gjennomføres inntakssamtale når det kommer nye pasienter. Pårørende skal få tilbud om samtaler en gang i halvåret, men det viser seg at ikke alle ønsker å benytte seg av dette. Disse samtalenene med pårørende er ment å være arenaer hvor erfaringer blir tatt opp. Virksomheten ønsker at de pårørende tar kontakt om de har spørsmål eller synspunkter til det tjenestetilbudet som blir gitt. Hun poengterte at de fleste utfordringer blir løst på lavt nivå, og at hun som virksomhetsleder først blir koblet på dersom det dreier seg om større saker. Mye løses med andre ord ved kommunikasjon med sykepleiere, primærkontakter og teamleder. Virksomhetsleder for Valaskjold bekrefter at det er noen år siden det har blitt gjennomført brukerundersøkelser.

4.2.1.5 Risikoanalyser

Sarpsborg kommune har utarbeidet en rutine kalt «Retningslinje for risikovurdering». Formålet med retningslinjen er å sikre at kommunen kartlegger og vurderer risiko etter en felles metode på alle nivåer. Dette skal sikre god oversikt over risiko, slik at nødvendige tiltak for å redusere risiko til akseptabelt nivå iverksettes. Retningslinjen gjelder for alle kommuneområder og enheter i Sarpsborg kommune. Det slås fast at alle ansatte har ansvar for at retningslinjen etterleves. Kommunens ledere har et særlig ansvar for at risikovurderinger gjennomføres regelmessig og at tiltak iverksettes. Det er i rutinen bestemt at risikovurderinger, som hovedregel, skal utføres og dokumenteres i Risk Manager.

Assisterende direktør helse og velferd har opplyst revisjonen om at det i 2015 og 2016 ble gjennomført risikovurderinger av kommunens omsorgstjenester på flere områder. Eksempler på temaer som har vært risikovurdert er bruk av tvang og flytting av brukere. Arbeidet med disse risikovurderingene resulterte i de malene som nå eksisterer for egenkontroller⁶. Disse egenkontrollene skal legges som en aktivitet i virksomhetenes årshjul. Assisterende direktør orienterte om at kvalitetsarbeidet er organisert slik at det er kvalitetsteam i virksomhetene og felles kvalitetsteam dersom det gjelder like type tjenester som for eksempel felles kvalitetsteam hjemmetjenester. På kommuneområdenivå er det etablert kvalitetsutvalg. De ulike kvalitetsteamene spiller inn forslag til kommuneområdets kvalitetsutvalg. Kommuneområdets rådgiver for kvalitetsarbeidet har månedlige møter med direktør og assisterende direktør hvor man går gjennom det som har skjedd siste måned. Assisterende direktør helse og velferd understrekte at hun synes det jobbes godt med tanke på å forbedre kvaliteten på alle områder.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum opplyste om at kommuneområdet har identifisert åtte risikoområder for tjenestekvalitet. Det er laget felles maler for risikovurderinger. I hjemmetjenester sentrum er arbeidet i gang med lokale risikovurderinger. Gjennomførte og planlagte risikovurderinger er beskrevet i virksomhetens årshjul og ligger lagret i Risk Manager.

⁵ Geric er et elektronisk pasientjournalsystem

⁶ Egenkontroller er kontrollskjemaer der man, for eksempel i forhold legemiddelhåndtering, går inn og kontrollerer at viktige sider ved legemiddelhåndteringen praktiseres slik den skal.

Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester opplyser revisjonen om at det finnes oversikt over områder ved virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Hun fortalte at det finnes to typer risikoanalyser. En i Gericia hvor det vurderes risiko i forhold til den enkelte pasient, for eksempel risiko for fall, eller risiko for at pasientene går ut alene. I tillegg til dette har man risikovurderinger i Risk Manager. Virksomheten har også utarbeidet risikovurderinger knyttet til arbeidssituasjonen for de ansatte (HMS). Dette kan for eksempel dreie seg om risikovurderingen knyttet til pasienter som kan være voldelige.

For å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og eventuelt forbedre nødvendige prosedyrer har man ved Valaskjold iverksatt tiltak. Når det gjelder prosedyrer for pasienten, gjennomføres det egenkontroll en gang i måneden. Disse dreier seg om dokumentasjon, legemiddelhåndtering, fall, osv. I tillegg skal primærkontaktene gjøre egenkontroll, som skal rapporteres inn. Virksomheten har også ekstra tiltak i forbindelse med legemidler, samt statusmøte med direktør årlig.

Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester kunne bekrefte at det foreligger rutiner, prosedyrer og systemer som skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Dette skjer i pårørendesamtaler, samt ved bruk av sjekklister i innkomstsamtaler for å kartlegge diagnose, funksjonsnivå, psykisk helse, legemiddelbruk, osv. Innkomstsamtalen med den enkelte bruker tar utgangspunkt i «Hva er viktig for deg (brukeren)», for å finne ut hvilke behov brukeren har og hvordan man skal ha dialog med de pårørende. Bruker har også innsyn i egne tiltaksplaner som virksomheten har utarbeidet.

4.2.2 Legemiddelhåndtering

På spørsmål fra revisjonen om det foreligger skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering, svarte assisterende direktør bekreftende på dette. Hun opplyste videre om at det avholdes legemiddelhåndteringskurs. Hun forklarte at det også er utarbeidet prosedyrer for hvor ofte medarbeidere skal ha opplæring innen legemiddelhåndtering. Sykepleiere får legemiddelkurs som nyansatte, og kommunen planlegger også å gjennomføre oppfriskningskurs. Helsefagarbeiderne har jevnlig oppfriskningskurs. Assisterende direktør fortalte at hun har samtaler med virksomhetsledere med fokus på avvik innen legemiddelhåndtering. Legemiddelhåndtering er også inntatt som et eget punkt i lederavtalene. Assisterende direktør informerte også om at for å forbedre arbeidet med legemiddelhåndteringen ytterligere så er kommunen i gang med å ta i bruk elektroniske medisinkabinett. Dette innebærer at det elektroniske medisinkabinettet kommuniserer direkte med kommunens elektroniske journalsystem. I mars 2022 er revisjonen opplyst om det vil bli endringer i legemiddelopplæringen. Det legges nå opp til at det skal gjøres en helhetlig vurdering av nytilsatte sykepleiere/vernepleiere i forhold til om det er behov for oppfriskningskurs som nytilsatt. Utover dette skal sykepleiere og vernepleiere ha oppfriskningskurs hver tredje år. Når det gjelder helsefagarbeider så skal de ha grunnkurs ved oppstart og hvert tredje år. I tillegg til kurs skal det gjennomføres praktisk legemiddelkurs jevnlig, dette gjelder begge grupper.

Revisjonen har fått opplyst at det i Sarpsborg kommune er utarbeidet kompetanseskjema for legemiddelhåndtering. Dette skjemaet utgjør en del av virksomhetens internkontroll i forbindelse med legemiddelhåndtering. Det er egne skjemaer for henholdsvis helsefagarbeidere, sykepleiere/vernepleiere, I dette skjemaet skal det registreres hvem som har mottatt opplæringen, når opplæringen har skjedd og hvem det er som har stått for opplæringen av den aktuelle ansatte. Følgende tema skal gjennomgås i forbindelse med legemiddelhåndteringen: teoretisk gjennomgang av prosedyrer for legemiddelhåndtering, dokumentasjonsrutiner, avvikshåndtering, observasjon for å kontrollere bivirkning/virkning av legemiddelet, ulike former for administrasjon av legemidler, måling av blodtrykk, respirasjonsfrekvens og puls.

En kontroll av innholdet på Risk Manager for Valaskjold viser at i tillegg til de forannevnte kompetanseskjemaer, som skal sikre at de ansatte har den riktige kompetansen for å håndtere legemidler, finnes det ytterligere tre prosedyrer knyttet til medikamenthåndtering. Disse prosedyrene omhandler kontroll av medisinteknisk utstyr og renhold på laboratorium, organisering av medisinrom og bestilling/mottak av medisinsk forbruksmateriell og bleier. Alle de tre nevnte prosedyrer er revidert 16. november 2021.

Den samme kontrollen av Risk Manager for virksomheten Hjemmetjenester – sentrum, viser at det foreligger fire prosedyrer i tillegg til de nevnte kompetanseskjemaene for legemiddelhåndtering. De fire prosedyrene det i dette tilfellet er snakk om knytter seg til bestilling og rekvirering av legemidler, istandgjøring av legemidler, mottak av multidose og elektronisk multidoseimport, samt prosedyre vedrørende renhold og holdbarhetskontroll på medisinrommet m.m.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum opplyste om at det er skriftlige prosedyrer både på nivå 2 og 3 i forbindelse med legemiddelhåndtering. I tillegg har virksomheten kompetanse- og opplæringsplan, opplæringsplan for nyansatte, samt at virksomheten jobber med temaet i kvalitetsteam. Det foreligger individuelle opplæringsplaner, og kompetanseskjemaer for helsefagarbeidere og sykepleiere som viser gjennomgått opplæring. Dersom prosedyrer endres og oppdateres, vil informasjon om dette bli gitt i de forskjellige teamene gjennom den daglige driften. Skriftlig informasjon sendes også på mail fra teamledere/virksomhetsleder. Virksomheten har høsten 2021 startet en kartlegging for å finne ut hva sykepleierne selv mener de har behov for av opplæring når det gjelder legemiddelhåndtering og andre aktuelle tema.

Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester mener at prosedyrene for legemiddelhåndtering er gode. Hun forklarte at nyansatte helsefagarbeidere får opplæring i legemiddelhåndtering, og at de må avlegge en prøve for å kunne håndtere legemidler. I tillegg må de ved en senere anledning ha oppfriskningskurs. Det finnes kompetanseskjema for legemiddelhåndtering, samt teoretisk gjennomgang for legemiddelhåndtering, dokumentasjonskrav, etc. Hun poengterte at selv om systemene er gode, har virksomheten en del avvik på området, og at dette er noe de jobber kontinuerlig med. Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester informerte om at Valaskjold er en av virksomhetene som har tatt i bruk elektronisk medisinkabinett for å gjøre legemiddelhåndteringen mer oversiktlig. Dette innebærer at legemidlene er låst inn i et skap, og det loggføres når noen henter ut medisiner. Det må registreres hvilken pasient som skal ha legemidler, og dermed reduseres risiko for å gi legemidler til feil pasient.

Revisjonen er forelagt risikovurdering av «Legemiddelhåndtering i hjemmetjenester sentrum». Risikovurderingen er gjennomført i perioden 17.12.2020 – 24.02.2021.

4.2.3 Ernæring

Revisjonen har fått oversendt, og har kontrollert, skjema for risikovurdering av ernæringssituasjonen for hjemmeboende. Begrunnelsen for utarbeidelsen av dette skjemaet for risikovurdering sies å være at pasienter i hjemmetjenesten erfaringsmessig har risiko for underernæring. Det fremkommer også av risikovurderingen at de aller fleste utfordringene på det ernæringsmessige området skal håndteres i henhold til prosedyren «Ernæring i hjemmetjenesten». Dette er en sektorovergripende prosedyre, også kalt nivå 2 prosedyre. Det fremgår av denne prosedyren at alle pasienter med vedtak om nødvendig helsehjelp/hjemmesykepleie skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig. Pasienter i ernæringsmessig risiko veies regelmessig etter individuell ernæringsplan. Tilsvarende rutine finnes for kommunens sykehjem og helsehuset. Denne prosedyren, «INSTITUSJON: Ernæring i sykehjem og Helsehus», fastslår også alle pasienter med vedtak om tidsbegrenset opphold

i institusjon og langtidsopphold i institusjon skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig. Pasienter i ernæringsmessig risiko veies regelmessig etter individuell ernæringsplan.

Assisterende direktør har informert revisjonen om at ernæringsmessig risiko ikke bare vurderes hos alle beboere som innskriveres ved kommunens sykehjem, men også hos brukerne av hjemmetjenesten. Hun opplyste videre at de ønsker at dette skal være et fokusområde også internt i kommunen, og at de har gode rutiner med tanke på ernæring. Hun bekreftet at det utarbeides individuell ernæringsplan for personer med ernæringsmessig utfordringer, hvor ernæringsstatus, -behov, -inntak og tiltak dokumenteres.

Assisterende direktør fortalte at hun ikke er kjent med at det er tilsatt noen ernæringsfysiologer i kommunen. Hun forklarte at kjøkkenene har prioritert å ansette kokker, ikke ernæringsfysiologer.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum opplyste om at arbeid knyttet til ernæring er omfattet av virksomhetens sjekklister. Ernæringsstatus hos enkeltbrukere dokumenteres i fagsystemene IPLOS⁷ og Geric. Hun fortalte at ernæringsstatus for enkeltbrukeres dokumenteres. Det skrives også ernæringsjournal, som lagres i Geric. Det blir utarbeidet tiltaksplaner for personer i ernæringsmessig risiko. Aktuelle tiltak kan innebære ukentlige vektkontroller, tilføring av ernæringsdrikker, bistand ved istandgjøring/tilberedelse av måltider, bistand til innkjøp av mat, tilstedeværelse ved måltider osv. Tiltaksplanen evalueres jevnlig. Hun kunne også opplyse om at pasienter i ernæringsmessig risiko får bistand til å bestille varm mat fra kommunens kjøkken, eller til å varme middag dersom de ønsker det.

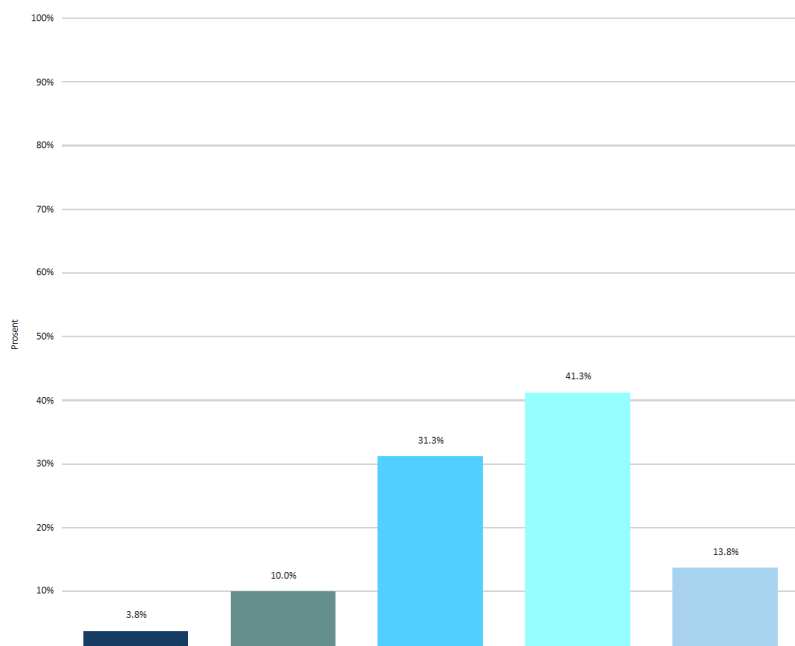
Hjemmetjenesten har samarbeid med fastlege når det gjelder pasienter med ernæringsmessig risiko. Dette kan for eksempel dreie seg om å melde behov om ernæringsdrikker, som for eksempel calogen⁸. Når legen har skrevet ut resepter, oppretter hjemmetjenesten dialog med MediPartner som leverer dette hjem til bruker. Det gjøres egenkontroller i forhold til ernæring og ernæringsstatus. Virksomhetslederen er av den oppfatning at hjemmetjenesten har forbedringspotensial med tanke på individuelle ernæringsplaner og utregning av behov og inntak av næring. Virksomhetsleder har opplyst revisjonen om at kommuneområdet helse og velferd har gjennomført opplæring om ernæring for de ansatte i 2018, og at dette er opplæring som bør gjentas. Virksomhetsleder har også opplyst om at det ikke er tilsatt ernæringsfysiologer i kommunen. Hos noen pasienter med særskilte behov følges anvisning/ernæringsplan fra ernæringsfysiologer ved Sykehuset Østfold.

Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester har opplyst revisjonen om at ernæringsmessig risiko vurderes hos alle beboere som innskriveres ved kommunens sykehjem. Det finnes skriftlige rutiner og prosedyrer for dette. Dette er blant annet noe som belyses i inntakssamtalene. Deretter følges det opp ved bruk av sjekklister og egenkontroller. Hun opplyste også om at alle pasienter har tiltak på at de skal veies en gang i måneden, men at virksomheten ikke benytter seg av tvang dersom noen ikke ønsker å veie seg, så lenge de ser at det ikke utgjør noen fare for brukeren. De med dårlig ernæringsstatus skal ha egen tiltaksplan.

En av brukerne av hjemmetjenesten fortalte revisjonen at denne brukeren inntil nylig har klart seg selv med hensyn til matlaging. Nå har denne brukeren begynt å kjøpe mat fra kjøkkenet på Tingvollheimen to dager i uken. Revisjonen ble fortalt at middagen som blir kjøpt på fredager blir levert kald på dagtid,

⁷ IPLOS er et nasjonalt register med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og sosialtjenester og hvilke tjenester som ytes.

⁸ Calogen er en fettrik energidrikk som brukes til energigiberkning av kost og brukes i kostbehandling av sykdomstilstander som krever høyt energiinntak.



Figur 4 I hvilken grad opplever du at beboer/pasient/bruker får et tilstrekkelig, godt og variert kosthold? (N=80)

den må så varmes opp når man skal spise middag. Middagsporsjonene oppleves å være mer enn store nok, men maten oppleves ikke å være veldig smakfull.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om i hvilken grad de opplevde at brukerne fikk et tilstrekkelig, variert og godt kosthold. Figur 4 viser at nesten 90% av respondentene svarte at pasientene fikk et tilstrekkelig, variert og godt kosthold i middels til svært stor grad. Bare 10 % svarte i «liten grad» og 3,8 % (dvs. 3 respondenter) svarte i «svært liten grad».

De ansatte ble også spurt om i hvilken grad de opplever at beboer/pasient/bruker har rimelig valgfrihet i kostholdet. De ansattes svar fordelte seg på denne måten:

Svaralternativ	Prosent
Svært liten grad	4,9%
Liten grad	8,6%
Middels grad	24,7%
Stor grad	46,9%
Svært stor grad	14,8%
N (antall respondenter)	81

Tabell 1 I hvilken grad opplever du at beboer/pasient/bruker har rimelig valgfrihet i kostholdet?

Vi ser at på dette spørsmålet er de ansattes holdninger i all hovedsak positive. Ca. 25% mener at brukere/pasienter har valgfrihet i «middels grad», mens litt i overkant av 60 % av respondentene svarer i «stor grad» eller «svært stor grad». På spørsmålet om i hvilken grad de ansatte opplever at beboer/pasient/bruker får tilpasset hjelp ved måltider, nok tid og tilstrekkelig ro til å spise, ser vi i all hovedsak samme fordeling av svarene:

Svaralternativ	Prosent
Svært liten grad	5,0%
Liten grad	8,8%
Middels grad	32,5%
Stor grad	45,0%
Svært stor grad	8,8%
N	80

Tabell 2 I hvilken grad opplever du at beboer/bruker/pasient får tilpasset hjelp ved måltider, nok tid og tilstrekkelig ro til å spise?

Tabellen viser at nær halvparten av respondentene (45 %), mener at brukerne i stor grad får tilpasset hjelp ved måltidene. Ca. 14 % av respondentene (11 personer) svarte at pasientene fikk tilpasset hjelp i liten eller svært liten grad.

4.2.4 Grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

Assisterende direktør helse og velferd informerte om at man sikrer seg at den enkelte brukers grunnleggende behov blir ivaretatt blant annet gjennom inntakssamtaler, hvor man kartlegger brukernes individuelle ønsker og behov. I tillegg gjennomføres tilsvarende samtaler etter fem uker, og deretter etter et halvt år. Videre fortalte hun at det lages tiltaksplaner, og at det er et systematisk arbeid rundt dette. Etter hennes syn har kommunen gode rutiner på alle områder knyttet til brukernes grunnleggende behov.

Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum opplyste at brukernes grunnleggende behov sikres ved bruk av sjekklister som kommuneområdet benytter seg av. Det finnes også saksbehandlingsrutiner, samt tiltaksplaner som utarbeides i samarbeid med pasienten, hvor sistnevnte blant annet sikrer normal døgnrytme. Dette arbeidet rapporteres og planlegges i Gerica. Tiltaksplanene evalueres underveis, og dette er primærkontaktens ansvar. Når det gjelder personer med demens som har store behov er ofte tiltaksplanene enda mer detaljerte, og virksomheten har kommunikasjon med de pårørende.

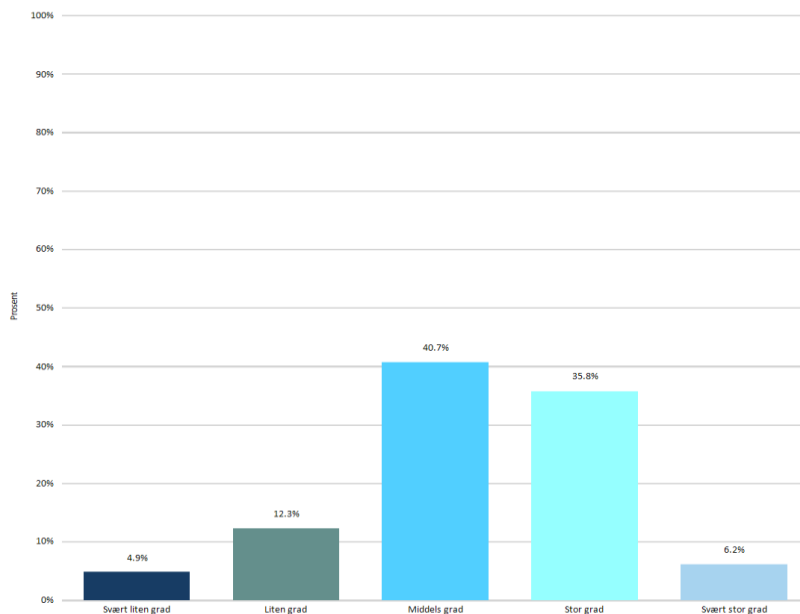
Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum poengterte at tilpassede aktiviteter blir noe annet for hjemmeboende sammenliknet med de som bor på sykehjem. I tillegg varierer det veldig hva som kan defineres som en aktivitet for ulike brukere; for noen kan det dreie seg om å kle på seg selv, mens det for andre kan innebære å dra på kulturaktiviteter. Hun sa at virksomheten kartlegger hva brukerne interesser seg for, og at det finnes en oversikt over forskjellige tilbud. Videre bistår virksomheten med å søke på dagsentertilbud for brukerne dersom det er aktuelt, slik at de kan få dekket behov for sosialt samvær der. Virksomheten har i år fått øremerkede midler fra statsforvalteren for å kunne tilby flere aktiviteter for hjemmeboende. Virksomheten samarbeider med frivilligsentralen og har også et sporadisk samarbeid med Røde kors besøkstjeneste.

Virksomhetsleder Valaskjold omsorgstjenester opplyste om at brukernes grunnleggende behov dekkes ved at virksomheten følger kvalitetsforskriften. Dette innebærer at kvalitetsforskriftens bestemmelser innarbeides i tiltaksplaner og sjekklister. Hun understreket at stell og hygiene er forhold som ivaretas hver dag, men det finnes eksempler på at enkeltbrukere for eksempel kan motsette seg å få tennene pusset. I slike tilfeller må det fattes tvangsvedtak for at de ansatte skal kunne gjennomføre tannpuss med «sterk overbevisning», fordi det kan få store konsekvenser for brukeren dersom ikke dette stellet blir ivaretatt. Virksomheten har besøk av tannpleier to ganger i året. Tannpleierne gjennomfører også kurs om tannhygiene for de ansatte.

Når det gjelder spørsmålet om beboerne ved Valaskjold får tilbud og varierte og tilpassede aktiviteter kunne virksomhetsleder ved Valaskjold omsorgstjenester opplyse om at alle brukere har en egen aktivitetsplan i tiltaksplanen sin, men understreket at hva som regnes som «aktivitet» varierer fra bruker til bruker. For noen kan det å aktiveres kun dreie seg om å gå en tur i gangen, dersom de ikke er i fysisk stand til noe annet, mens det for andre kan innebære sosiale aktiviteter som å komme seg ut til felles måltider, andakter, bingo osv. Hun fortalte også at virksomheten har begynt å bruke en app (applikasjon) som heter Nyby⁹, som blant annet kan legge til rette for besøk til brukerne.

⁹ <https://nyby.no>

Virksomhetsleder for Valaskjold omsorgstjenester pekte på enkelte utfordringer knyttet til aktiviteter, blant annet at det er mange brukere som er nedstemte, lengter hjem, og som savner omgangskretsen sin, og at det kan medføre at en del ikke ønsker å være med på aktiviteter. Det hender at pårørende klager på at deres foreldre for eksempel ikke er med på aktiviteter, selv om de har fått tilbud om det, og har takket nei. Virksomhetslederen mener at man i slike tilfeller må respektere at brukeren ikke ønsker å delta, men samtidig må personalet jobbe for å motivere pasienten til aktivitet.



Figur 5 I hvilken grad opplever du at beboer/pasient/bruker får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter? N=81

Figur 5 viser at 42 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen opplevde at brukerne får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter i stor eller svært stor grad. Cirka 41 prosent mener at dette skjer i middels grad.

I intervjuet med pårørende til beboere på Valaskjold sykehjem kom det frem synspunkter som pekte i retning av at enkelte pårørende ikke var helt fornøyd med aktiviseringen av sine pårørende. Et av intervjuobjektene ga for eksempel uttrykk for at deres pårørende ikke i tilstrekkelig av grad ble involvert i

aktiviteter og sosialt samvær. Det ble antatt at dette skyldtes at de ansatte trodde at denne brukeren trivdes i sitt eget selskap. Denne pårørende ga uttrykk for at det hadde vært fint om de ansatte tok seg tid til å snakke med denne brukeren mer enn de gjør. En lignende tilbakemelding ga også en av de andre pårørende.

De ansatte ble spurt om i hvilken grad de opplever at kommunens sykehjemstjeneste, eventuelt hjemmetjeneste, legger til rette for at beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (toalett)? De ansattes svar fordelte seg på denne måten:

Svaralternativ	Prosent
Svært liten grad	0,0 %
Liten grad	1,2 %
Middels grad	20,7 %
Stor grad	52,4 %
Svært stor grad	25,6 %
N	82

Tabell 3 I hvilken grad opplever du at kommunens sykehjemstjeneste, eventuelt hjemmetjeneste, legger til rette for at beboere får ivaretatt sine behov for personlig hygiene og nødvendige funksjoner (toalett)?

Revisjonen spurte også de ansatte om i hvilken grad de opplevde at kommunens sykehjemstjeneste, eventuelt hjemmetjeneste, legger til rette for at beboere får nødvendig hjelp til av- og påkledning? På dette spørsmålet fordelte svarene seg på følgende måte:

Svaralternativ	Prosent
Svært liten grad	0,0 %
Liten grad	1,2 %
Middels grad	8,4 %
Stor grad	59,0 %
Svært stor grad	31,3 %
N	83

Tabell 4 I hvilken grad opplever du at kommunens sykehjemstjeneste, eventuelt hjemmetjeneste, legger til rette for at beboere får nødvendig hjelp til av- og påkledning?

En av brukerne av hjemmetjenesten beskriver tjenesten som «enestående». De aller fleste av de ansatte som denne brukeren er i kontakt med beskrives som «helt topp». Noen av de ansatte er man blitt så godt kjent med at disse ansatte kan se om brukeren har en god dag eller ikke. Brukeren ga uttrykk for at det over tid er mange ansatte å forholde seg til, noe som kan oppleves som «litt plagsomt». Brukeren forteller også at det fra tid til annen kommer ansatte fra Sarpsborg kommune som de aldri har sett, og de vet aldri på forhånd hvem det er som kommer fra hjemmetjenesten. Denne brukeren har besøk av hjemmetjenesten 2-3 ganger per dag. Brukeren forteller at hjemmetjenesten kommer cirka kl. 8 om morgenen. Det er ikke brukeren som har bestemt at dette er tidspunktet man skal vekkes på. Heller ikke i tilknytning til kveldsstellet har brukeren bestemt tidspunktet for når hjemmetjenesten kommer innom. Per nå er situasjonen at man går på badet ved 21.30 tiden. Brukeren ga uttrykk for at det hadde vært ønskelig å få hjelp noe senere, særlig med tanke på at det kan være direktesendte programmer på fjernsyn, for eksempel sportssendinger, som man kunne ønske å følge med på. Brukeren fortalte at dette var blitt tatt opp ved en anledning, altså om man kunne få hjemmesykepleie noe senere på kvelden. Brukeren opplevde da at to ansatte fra hjemmetjenesten ga uttrykk for at de ikke satt pris på å bli spurt om dette. Brukeren forteller at bildet er nyansert. Flere ansatte forsøker å legge forholdene til rette, for eksempel ved at sovemedisiner legges frem og at det så overlates til brukeren selv å ta medisiner når det passer. Andre ansatte uttrykker irritasjon, krever at tablettene blir tatt og at brukeren går til sengs mens hjemmetjenesten er der. Denne brukeren opplyste at man ikke fikk dusje så ofte som man kunne ønske. Revisjonen ble fortalt at brukeren fikk hjelp til å dusje en gang per uke, noe som brukeren opplevde var lite, særlig om sommeren. Brukeren presiserte at dette ikke var noe som var tatt opp med hjemmetjenesten. Når det gjaldt rengjøring av leiligheten så fikk brukeren en time hjelp hver fjortende dag. Dette synes brukeren er veldig lite. Da blir det også byttet på sengene. Brukeren benytter seg av et tilbud som heter «Personlig omsorg» som innebærer at brukeren får hjelp til rengjøring litt oftere. Dette tilbudet innebærer at brukeren kan betale for mer rengjøring.

En annen bruker var «utrolig takknemlig» overfor hjemmetjenesten. I følge denne brukeren er det hjemmetjenesten som gjør det mulig å bo i sitt eget hjem, noe som er viktig for denne brukeren. Hjemmetjenesten kommer tre ganger om dagen. På morgenen kommer hjemmetjenesten rundt klokken 09.00, og om kvelden ca. klokken 21.00. Bruker fortalte at når det gjelder hjelpen han får fra hjemmetjenesten på kveldstid, så kunne han av og til ønske at de kom senere. Han trenger hjelp til å legge seg, men dersom han kunne tenke seg å sitte oppe litt lenger på kveldstid enn hva hjemmetjenesten har lagt til rette for, er ikke dette mulig. Bruker gjentok at han kunne ønske at han kunne bestemme mer selv når han skal legge seg. Bruker opplyste at det er ca. 10-12 forskjellige ansatte fra hjemmetjenesten som ruller på å gi hjelp.

Denne brukeren ga overfor revisjonen uttrykk for at han var mer misfornøyd med ting før, men at han nå var blitt mer og mer vant til rutinene til hjemmetjenesten. Tidligere hadde denne brukeren mye smerter, noe brukeren opplevde at ansatte fra hjemmetjenesten ikke tok hensyn til da de skulle flytte ham. Dette har blitt bedre nå, da bruker tror de ansatte har fått større forståelse for situasjonen brukeren står i. Brukeren fortalte at ansatte fra hjemmetjenesten har nøkkel til leiligheten. Brukeren kunne ønske alle ringte på før de gikk inn i leiligheten. Noen går rett inn, og selv om brukeren ikke blir engstelig når dette skjer, kunne brukeren likevel ønske seg et slags varsel før de kom inn.

4.2.5 Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester

En kvalitetsindikator er statistikk, som på et indirekte vis, kan si noe om kvaliteten på den tjenesten som ytes. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i en eller flere sider av kvaliteten på en tjenesten. Tolking av dataene som kvalitetsindikatorerne representerer kan være vanskelig og komplisert. Revisjonen har derfor bedt om kommunens kommentar til hver enkelt kvalitetsindikator som presenteres.

4.2.5.1 Brukertilpasset enerom i institusjon

Denne indikatoren viser andel plasser i enerom med eget bad og WC. Indikatoren gir et bilde på kommunenes bostandard for beboere i institusjon.

Formålet med indikatoren er å måle om kommunen oppfyller kravet i kvalitetsforskriften om at rommene skal tilpasses beboers behov. Enerom bidrar til at beboere får:

- selvstendighet og styring av eget liv
- følge en normal livs- og døgnrytme
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- ivaretatt personlig hygiene og ha eget toalett
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold

Enerom med eget bad og WC er spesielt viktig for dem som bor lenge på sykehjem. De som bor der for en kortere periode vil ha mindre behov for dette¹⁰.

Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC	2020
Hele landet	90,4 %
Viken	92,6 %
Sarpsborg	65,7 %
Moss	100 %
Ålesund	90,6 %
Bodø	100 %
Nordre Follo	100 %
Tønsberg	99,3 %
Sandefjord	67,2 %
Larvik	93,1 %
Skien	61,0 %
Arendal	77,9 %
Fredrikstad	90,0 %

Tabell 5 Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/enerom-med-eget-bad-og-wc> , 15.09.2021

Revisjonen er av Sarpsborg kommune opplyst om at for å sikre et helhetlig arbeid med å utvikle en heldøgnsomsorg som tilfredsstillende dagens og fremtidens standard, har Sarpsborg kommune utviklet en egen kommunedelplan for struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen. Planen ble vedtatt av bystyret 20.05.21¹¹ og viser følgende oversikt over heldøgns plasser (både sykehjem og bofellesskap) samt hvor mange plasser som er forbeholdt de med en demenssykdom.

		Plasser totalt	Plasser demens	Gjennomsnittsalder
Sykehjem	Tingvoll	62	12	85 år
	Kurland	112		87 år
	Haugvoll	64	16	84 år
	Borgen	70	61	80 år
	Kruseløkka	15		84 år
	Valaskjold	32		82 år
	Sum	355	89	
Bofellesskap	Thranesgate	32		66 år
	Valaskjold	48		85 år
	Kurland	29	29	85 år
	Eplehagen	16	16	86 år
	Haugvoll	29		80 år
	Karl Johansgt	14		78 år
	Tuneveien	20		68 år
	Sum	188	45	
Langtidsplasser totalt		543	134	
Korttid	Helsehuset	85		79 år
	Kruseløkka avlastning/rullering	15		84 år
	Sum	100		

Tabell 6 Oversikt over heldøgns plasser for eldre og personer med funksjonsnedsettelse og kommunens korttidsplasser

Sarpsborg kommune har opplyst revisjonen om følgende status for kommunens sykehjem når det gjelder enerom, bad og WC:

- Haugvoll og Borgen sykehjem har 134 enkeltrom hvor alle har eget bad og WC.
- Kurland sykehjem har 112 enkeltrom. Ti av beboerne har eget bad og wc. Alle andre har toaletter og bad som deles med andre.
- Tingvoll sykehjem har 62 enkeltrom. Dette vil si at alle beboere enkeltrom, med unntak av to personer som ønsker å bo sammen. 41 av rommene har eget bad og WC.
- Valaskjold sykehjem har 32 enkeltrom. Alle har eget bad og WC med hev og senk toalett og vask.
- Kruseløkka (langtid) har 13 rom. Alle med langtidsplasser har enerom med eget bad og WC.
- Kruseløkka (korttid) har 15 rom, hvorav to av rommene er dobbeltrom hvor beboerne deler bad og WC.

¹¹ (<https://sarpsborg.com/politikk-og-planer/planer-og-rapporter/#heading-h2-24>)

- Helsehuset har 55 rom, hvorav 25 av rommene er enerom. Av disse er 15-16 rom forbeholdt spesialplasser (kommunale akutte døgnplasser (KAD), palliativ behandling¹² og rehabilitering). Det er således få enerom tilgjengelig. Der det er enerom, er det også eget bad og WC. På de andre rommene er det bad og WC tilknyttet rommet som da deles av de som bor på rommet.

Denne oversikten over heldøgns plasser for eldre og personer med funksjonsnedsettelse og kommunens korttids plasser viser at 134 plasser av totalt 543 er spesielt tilrettelagt for personer med demens. Assisterende direktør helse og velferd, samt virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum og virksomhetsleder Valaskjold omsorgssenter, gir alle uttrykk for at person som har en diagnose på demens får tilbud om skjermet enhet, og at de pr. nå ikke har noen på venteliste. Kommunen har også vedtatt samboergaranti for samboere/ektefeller slik at de kan bo sammen, selv om det kun er en av dem som har en demensdiagnose. Virksomhetsleder hjemmetjenester sentrum fortalte revisjonen at kommuneområdet jobber for at brukerne skal bo hjemme så lenge som mulig, men at når behovet oppstår så får brukerne bistand til å søke om sykehjemsplass. Virksomheten bruker velferdsteknologiske løsninger for at personen skal kunne bevege seg i sine omgivelser. Hun poengter at demens er den diagnosen som i de fleste tilfeller til slutt fører til at brukere ikke lenger er i stand til å bo i eget hjem. Virksomhetsleder Valaskjold sykehjem forklarte også at personer med demens får tilbud om sykehjemsplass. Brukerne får da tilbud ved skjermete enheter på Borgen, Tingvoll, eller Haugvoll. Hun opplyste videre om det finnes demente mennesker i alle sykehjem, men at behovene varierer avhengig av hvor alvorlig demensen, og at det er det som avgjør om man kommer på skjermet enhet, eller ikke.

Kommunedelplan for struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen viser at det er et stort rehabiliteringsbehov på noen av eldste sykehjemmene. Det er gjennomført tilstandsvurderinger for de eldste byggene Tingvoll sykehjem, Kurland sykehjem samt Haugvoll bofellesskap. Resultatet av kartleggingene var at sykehjemmene trengte til dels omfattende oppgraderinger og vedlikehold for å imøtekomme dagens krav til standard. Det er anbefalt at noen avdelinger saneres.

I planen fremkommer det at «I Handlingsplan og budsjett 2020-2023 ligger det inne planleggingsmidler for 60 nye sykehjemsplasser på Haugvoll. Selve investeringen ligger utenfor planperioden...»¹³.

Utover dette er det ikke planlagt å øke antall bad/WC på sykehjemmene Kurland og Tingvoll nå.

4.2.5.2 Dagaktivitetstilbud til personer med demens

Denne indikatoren viser andel hjemmeboende personer med demens som har dagaktivitetstilbud.

Landets kommuner bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens¹⁴. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens bør tilby meningsfulle aktiviteter som deltagerne kan mestre, og ha fokus på deltakernes ressurser og interesser, samt lokale forhold. Tilbudet kan for eksempel gis for å dekke deltagerens behov for aktivisering, tilsyn og omsorg, oppfølging av ernæring,

¹² Palliativ behandling er pleie og omsorg som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, jf.

https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling, 30.11.21

¹³ Kommunedelplan struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen 2021-2033, s.10

¹⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>, 23.11.21

personlig assistanse, eller som avlastning for pårørende. Innhold og formål i tilbudet vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold.

Demensplan 2020¹⁵ har som mål at personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv, og pårørende skal gis støtte og avlastning. Fra 1. januar 2020 fikk kommunene en lovfestet plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

Måltall 2020	Andel hjemmeboende med demens som har vedtak om dagaktivitetstilbud	Andel hjemmeboende med demens som har vedtak støttekontakt	Antall hjemmeboende med demens som har vedtak om støttekontakt	Antall hjemmeboende med demens	Andel hjemmeboende med demens med vedtak om dagaktivitetstilbud
Tønsberg	10 %	3,6 %	8	221	22
Skien	31,8 %	2,1 %	5	233	74
Sarpsborg	30,1 %	4,9 %	10	206	62
Sandefjord	26 %	1,9 %	6	315	82
Nordre Follo	41,7 %	2,9 %	5	175	73
Moss	14,6 %	9,6 %	17	178	26
Larvik		2,4 %	5	210	
Fredrikstad	37,8 %	2,1 %	6	286	108
Bodø		6,4 %	15	234	
Arendal				188	
Ålesund	30,5 %	6,4 %	24	374	114
Viken	29,0 %	3,7 %	162	4339	1258
Norge	28,9 %	6,3 %	1301	20768	6008

Tabell 7 Dagaktivitetstilbud til personer med demens¹⁶

Sarpsborg kommune har informert revisjonen om at kommunen har to dagsentre for hjemmeboende personer med demenssykdommer. Grålum dagsenter har 13 plasser, noe som totalt kan gi et tilbud til 20-25 personer. Målgruppa er personer med mild til moderat grad av aldersdemens. Kurland dagsenter har 12 plasser som kan gi plass til 25 personer. Dagsenteret på Grålum har åpent 9-15 mandag til fredag og Kurland dagsenter har åpent fra 09.00-16.00 mandag til fredag. Begge har sommeråpent, men dagsentrene holder stengt på helligdager, høytidsdager og andre merkedager. Man må søke for å få plass på dagsenteret. Det tilbys ulike aktiviteter som formingsaktiviteter, kjøkkenaktiviteter, spill, trim, sang, samtale, spaserturer og hageaktiviteter. Aktivitetene tilpasses årstidene og den enkelte brukers funksjonsnivå.

Det er hjemmetjenesten som informerer den enkelte bruker om dette tilbudet. Dette gjøres i de tilfeller hvor det faller seg naturlig i forbindelse med kartleggingssamtalen. Det være seg i den første kartleg-

¹⁵https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demens-plan_2020.pdf, 23.11.21

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt>, 23.09.21

gingen for å lage vedtak eller i oppfølgingskartleggingen/-samtalen som gjøres jevnlig. Hjemmetjenesten bistår brukerne med utarbeidelse av søknad dersom det er behov for det. Sarpsborg kommune er av den oppfatning at for brukerne av dagsentrene så fremstår dette som et godt tilbud.

Sarpsborg kommune har også opplyst om at det åpnes et eget dagaktivitetstilbud for yngre personer med demens på Eplehagen i november 2021. Her vil det være ca. 6 plasser (en plass kan evt. deles mellom flere).

Sarpsborg kommune viser til at tallene fra Helsedirektoratet er fra 2020 og peker på at dagsentertilbudene ble stengt i starten av korona-pandemien. Dette kan være noe av grunnen til at tallene er lavere enn ved ordinær drift. Da tilbudene ble gjenåpnet, ble det gjort med noe redusert kapasitet og en del begrensninger. En del aktiviteter som skal være med på å opprettholde dagligdagse funksjoner og ferdigheter, som f.eks. lage/smøre mat, ble fjernet av smittevern hensyn. Kommunen kan fortelle at trykket har vært stort på hjemmetjenestene i den perioden dagaktivitetssentrene var stengt/ hadde redusert kapasitet ved at de har måttet sette inn flere tjenester i hjemmet og gi støtte til pårørende. Dagaktivitetssentrene har en viktig avlastende funksjon, og når pårørende ikke har fått denne avlastningen har behovet for avlastning i institusjon og heldøgntjenester meldt seg raskere.

Sarpsborg kommunes har i vurdering av tallunderlaget gitt uttrykk for at ikke alle pasienter med demensdiagnose har denne diagnosen registrert i kommunens systemer. Mørketall kan fremkomme fordi diagnose ikke alltid legges inn, eller at rett diagnose ikke registreres fagsystemet Geric. I tillegg kan det være brukere som ikke har fått fastsatt diagnose av fastlege - slik at det ikke er en diagnose å legge inn til tross for åpenbar kognitiv svikt/demenssykdom.

4.2.5.3 Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder

Denne indikatoren viser om langtidsbeboere på sykehjem har blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell de siste 12 måneder.

God tannhelse bidrar til økt livskvalitet og mulighet til god ernæring for sykehjemsbeboere. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi regelmessig og oppsøkende tilbud til blant andre eldre, langtidssyke, og uføre i institusjon. Beboere som har bodd på sykehjem i mer enn 3 måneder har rett til vederlagsfri nødvendig tannhelsehjelp på offentlig tannklinikk. Tannhelsehjelp til beboere på sykehjem tar utgangspunkt i «Nasjonale veileder for god klinisk praksis i tannhelsetjenesten» og i nasjonale faglige råd om helsefremmende og forebyggende arbeid for voksne over 20 år.

Veilederen tar utgangspunkt i helsedirektoratets definisjon av akseptabel oral helse. Akseptabel oral helse innebærer at brukeren

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene¹⁷

Nødvendig tannbehandling er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel munnhelse.

¹⁷<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>, s.7, 03.02.2022

Tall fra 2020	Andel av beboere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder	Andel beboere på langtidsopphold institusjon som er vurdert av tannhelsepersonell for mer enn 12 måneder siden	Andel beboere på langtidsopphold institusjon uten opplysninger om vurdering
Norge	28.4%	40.1%	31.5%
Viken	17.8%	39.9%	42.4%
Ålesund	29.9%	60.7%	9.4%
Arendal	33.5%	27.9%	38.6%
Bodø	31.7%	34.4%	34.0%
Fredrikstad	19.7%	35.1%	45.2%
Larvik	16.8%	71.8%	11.4%
Moss	5.4%	27.5%	67.2%
Nordre Follo	19.6%	16.0%	64.5%
Sandefjord	26.6%	25.3%	48.0%
Sarpsborg	41.0%	24.4%	34.6%
Skien	19.8%	36.3%	43.9%
Tønsberg	13.0%	58.3%	28.7%

Tabell 8 Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder¹⁸

Sarpsborg kommune har opplyst revisjonen om at for sykehjemmene Haugvoll og Borgen, blir alle pasienter kontrollert av tannpleier på det tidspunkt hvor de flytter inn på sykehjemmet og deretter en gang pr. år. Pasientene henvises til tannlege ved behov. Alle avdelinger har egen tannhelsekontakt. Når det utarbeides ernæringsjournal for enkeltpasienter blir tannhelsen vurdert/kartlagt.

Revisjonen er informert om at eksakte tall høsten 2021 vedrørende pasienter som er «vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder» er henholdsvis 67 % på Haugvoll og 43 % på Borgen. Tilsvarende tall for de som har fått «vurdert tannhelsen for mer enn 12 måneder siden» er 20 % for Haugvoll og 31% for Borgen. De som ikke har dokumentert vurdering er 13 % for Haugvoll og 26 % for Borgen.

Antallet beboere på langtidsopphold ved Kurland og Tingvoll sykehjem som er «vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder» er henholdsvis 53 % for Tingvoll og 50 % for Kurland. Blant de på langtidsopphold som er «vurdert av tannhelsepersonell for mer enn 12 måneder siden» er dette henholdsvis 2 pasienter på Tingvoll og 27 pasienter på Kurland sykehjem. Revisjonen har fått opplyst at tannpleieren skal være på Kurland sykehjem en gang pr. år pr. avdeling, i henhold til avtalen man har inngått med Sarpsborg tannklinikk. Også Tingvoll sykehjem skal ha oppfølging av tannpleier en gang pr. år. I dette tilfellet har man avtale med Tune tannklinikk. Revisjonen er opplyst om at det har vært noen utfordringer knyttet til at avtaler ikke er blitt fulgt opp, utsatt eller at planlagte oppdrag har blitt avlyst.

Valaskjold melder tilbake at tannpleier i utgangspunktet skal oppsøke pasienter to ganger i året samt henvise til tannlege om nødvendig. Sykehjemmet bestiller akuttimer og andre kontroller ved behov. Tannpleier har ikke vært tilstede de to siste årene, dvs. også før koronapandemien, på grunn av sykefravær. Dette er nå rettet opp og satt i system. Tannpleier besøker nå sykehjemmet 2 timer hver måned.

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder>, 01.10.21

Når det gjelder oppfølging av tannhelsepersonell, er Sarpsborg kommune av den oppfatning at det er gode systemer rundt dette slik at det blir fulgt tett opp, men det kan hende at ansatte glemmer å registrere ny dato i IPLOS, og da vil tallene bli misvisende. Det viser seg også at i en hektisk hverdag kan det være utfordrende å prioritere tid til slike oppgaver. Den pågående koronapandemien har ført til at kontroller av tannhelse har blitt utsatt. Disse kontrollene har man nå startet opp igjen. Man ser også at tiden fra en pasient kommer inn på en avdeling til første tilsyn fra tannhelsepersonell kan variere.

4.2.5.4 Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere

Denne indikatoren viser hvor stor andel av beboere på sykehjem på 67 år og eldre som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.

Tall for 2020 viser at 45 % av beboere på norske sykehjem i alderen 67 år og eldre hadde blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene¹⁹. Helsedirektoratet viser til at 20-60 % av eldre brukere av kommunenes tjenester er underernærte eller i ernæringsmessig risiko²⁰. Underernæring og feilernæring fører til økte kostnader blant annet som konsekvens av økt fare for sykdommer, lengre rekonvalesenstid og større pleiebehov.

Kompetent personale, god forankring i ledelsen og definerte ansvarsforhold er viktige komponenter i et godt ernæringsarbeid. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og forebygging av underernæring anbefaler å innføre fire tiltak²¹:

- Å vurdere ernæringsmessig risiko
- Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
- Å dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise
- Å viderefremde dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

	Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.
Norge	45.0%	20.1%	32.4%
Viken	42.8%	20.8%	35.0%
Ålesund	71.7%	4.0%	21.8%
Arendal	37.2%	32.8%	30.0%
Bodø	62.6%	19.3%	18.1%
Fredrikstad	51.4%	19.4%	29.2%
Larvik	52.2%	9.2%	37.0%
Moss	33.8%	32.3%	33.8%
Nordre Follo	33.1%	33.1%	33.8%
Sandefjord	60.4%	18.9%	11.1%
Sarpsborg	47.9%	12.8%	39.3%
Skien	48.1%	15.6%	26.1%
Tønsberg	28.0%	19.4%	45.9%

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, 26.11.21

²⁰ Ibid

²¹ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, s. 1

Tabell 9 Ernæringsoppfølging hos sykehjemsbeboere

For Sarpsborg kommune sin del viser denne kvalitetsindikatoren at 47,9% av beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder. Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder utgjør 12,8%. For 39,3% av beboerne på langtidsopphold i institusjon i Sarpsborg kommune mangler det rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.

Sarpsborg kommune opplyser om at ernæring er et tema under kartlegging og jevnlig oppfølging av den enkelte pasient. Dette fremkommer i sjekklister for gjennomføring av «Pasientforløpet». Det vises også til at det i prosedyren «Ernæring i sykehjem og helsehus» angis følgende: *«På sykehjemmene og Helsehuset har man valgt å bruke screeningsverktøyet «Ernæringsjournal» som er utarbeidet av Sosial og helsedirektoratet. Ernæringsjournal ligger som en tekstbank i tiltaksplan i Gerica og legges som et eget tiltak under situasjon; væske og ernæring».*

Revisjonen har fått opplyst at ved Sarpsborg kommunes sykehjem og ved Helsehuset så har de tre hovedmåltider. I tillegg til dette skal det tilbys et fjerde måltid, sen kveldsmat, til alle pasienter. I løpet av en normal dag serveres det også frukt, kaffe, kaker, samt smoothies/ ernæringsdrikker. Den enkelte pasient kan også komme med egne ønsker om mat og drikke.

I den forannevnte prosedyren fremkommer det at for pasienter i ernæringsmessig risiko så skal pasientens kroppsmasseindeks (KMI)²² beregnes. Er denne for lav skal dette gjennomgås ved første legevisitt. I samarbeid med lege utarbeides det videre en ernæringsplan med tilhørende tiltak.

Sarpsborg kommune opplyser på generell basis at alle pasienter på korttidsopphold kartlegges med hensyn til ernæringsmessig status. Det meldes om at IPLOS registreringen har blitt mer krevende²³. Det er blitt gitt mer rom for bruk av skjønn i forbindelse med registreringer i IPLOS, noe som oppleves som mer tidkrevende og utfordrende. Sarpsborg kommune opplyser at med hensyn til ernæring gjelder de samme utfordring som ved tannhelse. Det er gode systemer rundt dette slik at det blir fulgt tett opp, men det kan hende at ansatte kan glemme å registrere ny dato i IPLOS, noe som fører til at tallene vil bli misvisende. Fra oktober 2021 er det på plass et e-læringskurs som omhandler IPLOS. Dette er tilgjengelig på KS-læring og man kan ta ut rapporter over hvor mange som har gjennomført. Kommunens gjennomgang av tallmaterialet ved et av sykehjemmene, viser ulik praksis med hensyn til registrering. Kommunen gir uttrykk for at det må jobbes mer med å se på hvorfor det er slik.

Sarpsborg kommune informerer om at Haugvoll og Borgen sykehjem kartlegger alle pasienter og at alle har ernæringsjournal. På bakgrunn av dette blir pasienten vurdert om de er i ernæringsmessig risiko og nødvendig tiltak blir iverksatt. Tiltak blir dokumentert i tiltaksplan/ journal. Ernæringsjournal blir dokumentert i tiltaksplan/ journal og oppdatert ved behov og minst hver tredje måned. Pasienter med ernæringsmessig risiko er definert på risikotavler på avdelingsnivå. Den enkelte pasients ernæringsstatus, og om ernæringsjournal er oppdatert, blir også kontrollert ved egenkontroller i henhold til prosedyre.

²² Kroppsmasseindeks (KMI) er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt, jf. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>, 26.11.21, kl 11.02

²³ IPLOS-registeret inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune i perioden 2007- 2017. Fra og med 2018 inngår IPLOS opplysningene i Kommunalt pasient- og brukerregister, jf. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/iplos-registeret>, 26.11.21, kl 11.06

Revisjonen har fått opplyst at ved Kurland og Tingvoll så har alle pasienter fått kartlagt sin ernæringsmessige status. Når det gjelder Valaskjold er revisjonen informert om at ernæringsstatus kartlegges ved innkomst, og følges opp videre med sjekklister – egenkontroll. Pasienter med dårlig ernæringsstatus kontrollveies en gang per uke. For noen pasienter må det gjøres individuelle tilpasninger da så mye veiing oppleves belastende for pasienten. Alle andre pasienter veies en gang i måneden. Kommunen opplyser også om at for samtlige sykehjem beregnes energiinnhold i måltidene ut i fra en kaloritabell.

4.2.5.5 Ernæringsoppfølging hos hjemmeboende

Indikatoren viser hvor stor andel av mottakerne av helsetjenester i hjemmet på 67 år og eldre som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder. I 2020 var det på landsbasis 18 % av hjemmeboende som mottok helsetjenester i hjemmet (67 år og eldre) som hadde blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene²⁴.

Studier har vist at 20-60 % av hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller i fare for å bli det. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet. Derfor er også forebygging av underernæring er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet²⁵.

På samme måte som for beboere på sykehjem er kompetent personell, ledelsesforankring og definerte ansvarsforhold viktige områder for å sikre pasientene god ernæring.

	Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	Andel beboere (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.	Andel beboere (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.
Norge	18,0 %	46,4 %	28,5 %
Viken	15,8 %	47,8 %	32,5 %
Ålesund	15,3 %	36,9 %	34,9 %
Arendal	35,2 %	35,5 %	29,3 %
Bodø	7,9 %	70,4 %	21,7 %
Fredrikstad	30,7 %	40,8 %	28,6 %
Larvik	47,4 %	25,8 %	18,4 %
Moss	3,2 %	82,3 %	14,5 %
Nordre Follo	10,0 %	48,7 %	41,4 %
Sandefjord	17,6 %	44,6 %	11,8 %
Sarpsborg	29,3 %	38,6 %	32,2 %
Skien	5,1 %	38,6 %	12,5 %
Tønsberg	10,5 %	40,8 %	27,8 %

Tabell 10 Ernæringsoppfølging av hjemmeboende

²⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>, 26.11.21, kl1200

²⁵ Ibid

Tallene for 2020 viser at i Sarpsborg kommune fikk 29,3% av personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet sin ernæringsstatus kartlagt i løpet av siste 12 måneder. 38,6% fikk ikke kartlagt ernæringsmessig status, og for 32,2% mangler det rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.

Sarpsborg kommune informerer om at de har jobbet med hvordan man skal registrere ernæringsmessig status riktig i IPLOS og mener at alle mottakere av hjemmetjenester (basert på kontroll ved en av virksomhetene) er kartlagt ift. ernæringsstatus. Det opplyses om at det gis veiledning/anbefaling i forhold til matinntak overfor hjemmeboende. Revisjonen har fått opplyst at for å sikre god ernæring så iverksettes det tiltak som vektkontroll i samarbeid med fastlege, bestilling av ernæringsdrikker, bistand til å smøre mat, samt tilstedeværelse under måltid. Alle igangsatte tiltak evalueres. Kommunen informerer om at det ikke alltid er slik at ernæringsbehandling er helt treffsikker/måltrett siden ernæringsbehov for den enkelte ikke er utregnet og kostplan som oftest ikke er utarbeidet.

Det opplyses om at det har vært gjennomført felles opplæring i ernæring. Dette ble gjort våren 2018. Virksomhetene innenfor hjemmetjenesten har arbeidet med implementering av tiltak og har gjennomført egenkontroller. Man har i denne forbindelse erfart at egenkontrollene mangler utsjekk av kritiske punkter som utregning av energibehov og individuell kostplan. Revisjonen har fått opplyst at dette er rettet opp og innarbeidet i egenkontrollen for 2022.

Kommunen opplyser om at i bofellesskapet tilhørende Valaskjold omsorgstjenester, så kartlegges ernæringsstatus ved innkommst. Dette følges deretter opp med egenkontroll. Pasienter med dårlig ernæringsstatus veies en gang per uke. For noen pasienter må det gjøres individuelle tilpasninger da så mye veiing oppleves negativt for pasienten. Resterende pasienter har tiltak på veiing en gang per måned. Personalet bistår med bestilling av mat, tilbyr veiledning i forhold til ernæring. Personalet bistår også ved måltider der pasienten ikke klarer dette selv. I bofellesskapet har alle tilbud om fellesmiddag alle dager i uken om man ønsker det.

4.2.5.6 Re-innleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune

Denne indikatoren måler sannsynligheten for akutt reinnleggelse i sykehus, innen 30 dager for pasienter 67 år og eldre, som har blitt utskrevet fra sykehus.

Re-innleggelse, er å forstå som en akutt sykehusinnleggelse uansett årsak, som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivning fra et sykehus.

God oppfølging av pasientene etter utskrivning fra sykehus, forutsetter god informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. God samhandling mellom tjenestenivåene vil kunne være med på å hindre unødvendige reinnleggelser.

	Sannsynlighet for re-innleggelse av eldre innen 30 dager
Oppgård og Ski	14,9 %
Ålesund	17,7 %
Bodø	14,5 %
Arendal	14,1 %
Fredrikstad	17,7 %
Moss	14,9 %
Sarpsborg	18,7 %
Skien	14,2 %
Larvik (tall fra 2018)	14,9 %
Tønsberg	15,3 %
Sandefjord (tall fra 2017)	16,6 %

Tabell 11 Re-innleggelse blant eldre

Sarpsborg kommune forklarer at kommunen har deltatt i læringsnettverket «Gode pasientforløp» hvor det er jobbet mye med å følge opp både innleggings- og utskrivningsprosedyrer mellom sykehus og kommune. Sarpsborg kommune har få overliggerdøgn sammenlignet med mange andre kommuner. Det vil si at det er et relativt lite antall utskrivningsklare pasienter som blir liggende på Sykehuset Østfold i påvente av et kommunalt tilbud. Konsekvensen av å ha få overliggerdøgn kan være at de enkelte reinnleggelser gir store prosentuelle utslag.

Sarpsborg kommune peker på at det er sykehuset som definerer om en pasient er utskrivningsklar. Kommunen opplever i en del tilfeller at pasientene er uavklart når de skrives ut.

Det vises også til at Sarpsborg kommune, sammenlignet med resten av landet, er en lavinntektskommune med mange som er kronisk syke. En høy andel kronisk syke vil også kunne bety mange som går ut og inn av sykehus.

4.2.5.7 Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Dette er en indikator som viser hvor stor andel av de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning.

Samfunnsutviklingen peker i retning av at vi får nye brukergrupper med behov for mer omfattende og sammensatte tjenester. Den medisinske behandlingen har økt både i omfang og kompleksitet. Dermed øker også behovet for kompetanse i forskjellige profesjonsgrupper i pleie- og omsorgstjenesten. Man ser for eksempel behov for økt kompetanse innenfor områder som ernæring, psykisk helse, rus, habilitering/rehabilitering, hjelp til egenmestring, forebygging og helsefremmende arbeid.

Indikatoren viser andel avtalte årsverk med fagutdanning fra videregående og/eller universitet- og høyskole.

	Andel avtalte årsverk av personell med relevant fagutdanning fra høyskole/universitet	Andel avtalte årsverk av personell med relevant fagutdanning fra videregående skole	Andel avtalte årsverk av personell med relevant fagutdanning totalt
Norge	38,1 %	39,6 %	77,7 %
Viken	36,8 %	40,0 %	76,8 %
Ålesund	39,3 %	36,3 %	75,6 %
Arendal	38,0 %	47,1 %	85,1 %
Bodø	42,6 %	38,1 %	80,7 %
Fredrikstad	42,3 %	39,0 %	81,3 %
Larvik	38,0 %	41,8 %	79,9 %
Moss	32,8 %	40,2 %	73,1 %
Nordre Follo	42,3 %	37,5 %	79,8 %
Sandefjord	36,4 %	38,9 %	75,2 %
Sarpsborg	40,1 %	43,5 %	83,6 %
Skien	40,4 %	39,9 %	80,3 %
Tønsberg	36,0 %	40,0 %	76,0 %

Tabell 12 Årsverk med fagutdanning

Med begrepet «avtalte årsverk» menes ansatte som har inngått skriftlig arbeidsavtale om ansettelse utover en uke uavhengig av stillingsstørrelse. Både personer med fravær og deres eventuelle vikarer inngår i avtalte årsverk med sin avtalte arbeidstid. Også ansatte i private virksomheter som utfører tjenester på vegne av kommunene, som en del av det offentlige pleie- og omsorgstilbudet, inngår²⁶.

Med begrepet brukerrettede tjenester menes arbeid utført av de som jobber direkte med mottakere av helse- og sosialtjenestene i kommunen, samt de som saksbehandler og fatter vedtak om helse- og sosialtjenester. Her omfattes ansatte innen helse- og omsorgstjenester i kommunene som jobber på institusjoner for eldre og funksjonshemmede, de som yter helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og de som er ansatt innen aktivisering av eldre og funksjonshemmede. Årsverk av personer uten spesifisert utdanning eller yrke inkluderes i nevneren fordi det antas at disse brukerne utøver brukerrettede tjenester²⁷.

Sarpsborg kommune har opplyst revisjonen om at det høsten 2020 ble gjennomførte en lederundersøkelse som kartla behovet for faglært arbeidskraft i pleie- og omsorgstjenesten. Det fremkom at «mange virksomheter (meldte) om at det er behov for flere sykepleiere til direkte pasientjobbing. Kommuneområdet helse og velferd har hatt flere tiltak og prosjekter med hensikt å gjøre seg attraktiv for flere søkere samt utdanne flere av de som allerede er i jobb i kommunen til sykepleier. Det er planlagt mer samarbeid mellom HR og helse og velferd framover om samordning av kompetanse- og rekrutteringstiltakene og tiltak knyttet til sykepleierrekruttering».

I «Handlingsplan 2021-2024, med årsbudsjett 2021» understrekes blant annet at Sarpsborg kommune i lengre tid har hatt utfordringer med rekruttering av kvalifiserte medarbeidere innenfor høyskolegrup-

²⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

²⁷ Ibid

pene i helse og velferd. Det hevdes også at små stillingsstørrelser i liten grad appellerer til nyutdannede. Dette gjelder både medarbeidere med fagarbeider- og høyskolekompetanse. Majoriteten av nyutdannede medarbeidere ønsker å jobbe i hele, faste stillinger, ha utviklende fagoppgaver, gode arbeidsmiljøer og konkurransedyktig lønn. Kommunedirektøren fastslår derfor at det er viktig at kommunen tilbyr dette²⁸.

Revisjonen er informert om at Sarpsborg kommune nå gjennomfører et prosjekt knyttet til årsturnus. Dette er et prosjekt hvor arbeidstidsordning planlegges over 52 uker. Noe som altså gjør at man kan planlegge arbeidstid, fritid og drift av avdelingen i et lengre tidsperspektiv enn tidligere. Alt kjent fravær legges inn i planen ved oppstart. Dette frigjør en rekke ledige vakter som ved en vanlig rullerende turnus ville ha blitt dekket opp av tilfeldige vikarer. Når fraværet er kjent på forhånd legges det planer for at disse vaktene dekkes opp av deltidsansatte med nødvendig kompetanse. En viktig fordel ved å planlegge med årsturnus er at dette gir mulighet til tilpasning av bemanningen til svingninger i drift og pasientbehov. Dersom for eksempel legevakten opplever stor pågang i helger i november og desember hvert år, kan det i årsturnusen planlegges ekstra bemanning disse helgene, i motsetning til rullerende turnus, hvor ekstra bemanning må leies inn ad hoc på timesbasis.

Det er opplyst om at seks team startet med årsturnus i januar 2020. Ytterligere fem team startet i 2021. Revisjonen har fått opplyst at totalt er 21 team vil være i gang i løpet 2022. Det er laget en plan for hvilke team som skal starte i 2023 og 2024. I 2024 vil de fleste team være innlemmet i årsturnus. Det er ennå ikke besluttet om aktivitetssentrene og avlastningsboligene skal i gang med årsturnus.

²⁸ https://www.sarpsborg.com/globalassets/dokumenter/politikk-og-planer/budsjett/2021/handlingsplan-2021-2024-med-arsbudsjett-2021_forslag.pdf, s. 28. 29.11.21

4.3 Vurderinger

4.3.1 Internkontroll – rutiner, prosedyrer og systemer

4.3.1.1 Mål, organisering og ansvarsfordeling

Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028

Revisjonens kontroll viser at Sarpsborg kommune har etablert et planhierarki på helse- og velferdsområdet. I kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028 fremkommer kommunens overordnede mål for helse- og velferdsområdet: aktivitet, mestring, trygghet og økonomisk bærekraft for Sarpsborg kommunes innbyggere. Denne kommunedelplanen er forankret i kommunens samfunnsplan kalt «Sammen skaper vi Sarpsborg». Revisjonens kontroll har også vist at det utarbeides årlige handlingsplaner for kommuneområdet helse og velferd. I tillegg til de plan og måldokument som allerede er nevnt utarbeides det også planer for den enkelte virksomhet. Kommunen har også igangsatt arbeid med utarbeidelse av overordnede planer for like tjenester. For eksempel har kommunens tre hjemmesykepleievirksomheter en overordnet plan som gjelder for alle tre virksomheter. Revisjonen vurderer at Sarpsborg kommune har etablert et plan og målhierarki som på en hensiktsmessig og tydelig måte beskriver målsettingene på helse og omsorgsområdet. Revisjonen vurderer at det i kommunens planhierarki er nedfelt en sammenheng fra kommuneplanens samfunnsdel via kommunedelplaner og ned til de årlige virksomhetsplanene.

Organisering

Revisjonens kontroll viser at Sarpsborg kommune har utarbeidet organisasjonskart som beskriver den overordnede organiseringen for kommuneområde helse og velferd ned til virksomhetsnivå. Revisjonen vurderer at det fremlagte organisasjonskart på en hensiktsmessig måte beskriver kommuneområdet helse og velferds organisering.

Delegasjonsreglement

Sarpsborg kommune har vedtatt et delegasjonsreglement som gir kommunedirektøren delegert myndighet til å treffe vedtak i saker som er av ikke-prinsipiell betydning. Det tilligger også kommunedirektøren å inneha kommunens overordnede administrative ansvar for helse, miljø og sikkerhet, herunder det å følge opp kommunens øvrige ledere. Dette gjøres blant annet ved at årlig utarbeides lederavtaler som beskriver hva hver enkelt leder skal ha fokus på og ha som målsetting for kommende år.

Lederavtalen

I lederavtalen fastslås det at virksomhetslederne er virksomhetenes øverste faglige og administrative ledere. I tillegg til de årlige lederavtalene signerer hver leder ved ansettelse et delegasjonsbrev som definerer deres ansvarsområde og myndighet. Revisjonen vurderer at delegeringsreglementet, sammen med lederavtale og delegasjonsbrev, på en klar måte beskriver det ansvar og den myndighet som er delegert til ulike ledernivå i Sarpsborg kommune.

4.3.1.2 Internkontrollsystem – Risk Manager

På kontrolltidspunktet for denne forvaltningsrevisjonen benyttet Sarpsborg kommune seg av Risk Manager som sitt internkontrollsystem. I dette systemet har man arkivert og samlet aktuelle lover, rutiner og prosedyrer for helse og velferdsområdet. Internkontrollsystemet har vært delt inn i tre nivåer:

1. Kommun nivå
2. Kommuneområdenivå (Helse og velferd)
3. Virksomhetsnivå

Revisjonen registrerer at de ansatte, i spørreundersøkelsen, i all hovedsak ga uttrykk for at internkontrollen, representert ved rutiner, prosedyrer og lignende, bidrar til bedre tjenesteproduksjon. Omlag 4 av 5 ansatte svarte at rutiner og prosedyrer var gode verktøy i stor eller svært stor grad. Revisjonen vurderer det som positivt at de ansatte opplever internkontrollen som hensiktsmessige verktøy i tjenesteproduksjonen.

Revisjonens kontroll viste at Valaskjold omsorgstjenester har satt på plass et system som sikrer at ansatte har tilgang til, og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter, samt interne rutiner/prosedyrer. Det vurderes som positivt at alle ansatte får opplæring i og har tilgang til IT-systemene kommuneområdet benytter seg av. På samme måte har revisjonens kontroll vist at også virksomheten hjemmetjenester Sentrum har utviklet et omfattende internkontrollsystem.

Sarpsborg kommune har organisert kvalitetsarbeidet i sektor helse og velferd, med kvalitetsteam i virksomhetene. I tillegg til dette har man også felles kvalitetsteam for like type tjenester (for eksempel kvalitetsteam hjemmetjenester). Det er også etablert kvalitetsutvalg for hele kommuneområdet. Det er revisjonens vurdering at denne organiseringen av kvalitetsarbeidet, hvor avvikshåndtering utgjør en viktig del av arbeidsoppgavene, gjør at sektor helse og velferd foretar en systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen. Det er også revisjonens oppfatning at dette arbeidet bidrar til en kontinuerlig forbedring i helse- omsorgstjenesten. Dette siste mener revisjonen man kan se for eksempel i forbindelse med satsing på, og bruk av, ny velferdsteknologi. På samme måte mener revisjonen at det beskrevne kvalitetsarbeidet i de kontrollerte virksomheter, herunder avvikshåndtering hvor det er krav om at det enkelte avvik skal følges opp med tiltak, viser at kommunen har et system for å utvikle, iverksette, kontrollere og evaluere nødvendige prosedyrer i tråd med kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4.3.1.3 Ansattes kompetanse

Revisjonen registrerer at det primært er gjennom ansettelsesprosessene at kommunen sikrer seg den kompetansen den er avhengig av. Revisjonen vurderer det som positivt at det arbeides med overordnet kompetanseplan og anser dette som et godt virkemiddel for å sikre rett kompetanse på rett sted ulike steder i organisasjonen. Revisjonen registrerer også at de kontrollerte virksomhetene har egne kompetanseplaner og opplæringsplaner som spesifikt beskriver kompetansen og opplæringen virksomheten har behov for. Revisjonen oppfatter dette som en indikasjon på at virksomhetslederne arbeider målrettet med å rekruttere rett kompetanse.

Sarpsborg kommune arbeider for å få opp andelen heltidsansatte, blant annet fordi kommunens ledelse anser dette som et viktig tiltak for å styrke kvaliteten på tjenestene. Revisjonen deler denne vurderingen og mener at arbeidet med å øke andelen heltidsansatte i helse- og omsorgstjenesten er viktig. Når det likevel er slik at kommunen ikke alltid klarer å rekruttere ønsket kompetanse så kan det forekomme at man benytter seg av ufaglært arbeidskraft. Bruk av ufaglært arbeidskraft vil redusere kvaliteten på de tjenester som helse- og omsorgstjenesten tilbyr blant annet på grunn av at det er arbeidsoppgaver ufaglærte ikke kan gjøre. Dette vil få som konsekvens at arbeidsbelastningen øker på sykepleiere og helsefagarbeidere med de nødvendige kvalifikasjoner. Dette vurderer revisjonen som uheldig, og anbefaler kommunen å vurdere om det er tiltak som kan iverksettes for å motvirke dette.

4.3.1.4 Medvirkning

Revisjonens kontroll viser at lederne i helse og velferd arbeider for å sikre medvirkning fra ansatte på flere måter. Det er en uttalt målsetting å ha tett dialog med de ansatte i det daglige. Medvirkning sikres også gjennom personalmøter. Det er systemer for gjennomføring av medarbeidersamtaler hvor også medvirkning er et av temaene som tas opp. De ansattes medvirkning dokumenteres også gjennom

referater fra kvalitetsteam og lederteam, hvor disse temaene blir tatt opp. Revisjonen vurderer at det er fokus på forbedringsarbeid og læring i de kontrollerte virksomhetene, blant annet synliggjort gjennom opplærings- og kompetanseplaner, samt den dokumentasjonen som er knyttet til gjennomført kursvirksomhet og opplæring. Dette vurderer revisjonen som positivt. Referater fra HMS-arbeidet på virksomhetsnivå dokumenterer også ansattes medvirkning på dette området. Lederne i helse og velferd peker på avvikssystemet, det vil si innmelding av avvik og håndteringen av disse, som en viktig arena for nyttiggjøre seg av ansattes erfaring og sikre seg de ansattes medvirkning.

Basert på de kontroller som er gjennomført vurderer revisjonen at Sarpsborg kommune har satt på plass et hensiktsmessig system for å sikre medvirkning fra de ansatte i helse og velferd.

Revisjonens kontroll har også vist at det er etablert systemer som skal bidra til at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende blir brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet. Et eksempel på dette er de brukerundersøkelsene som er gjennomført og som planlegges gjennomført i tiden som kommer. Revisjonen har forståelse for at gjennomføring av brukerundersøkelser har blitt nedprioritert i forhold til andre mer preserende arbeidsoppgaver under koronapandemien. Revisjonen vil likevel peke på at viktig informasjon til bruk i kommunens forbedringsarbeid kan ha gått tapt som en konsekvens av dette, og anbefaler derfor at brukerundersøkelser rettet mot brukere av sykehjemstjenester og hjemmetjenester gjennomføres så raskt det lar seg gjøre.

Revisjonen oppfatter at inkomstsamtaler og samtaler med pårørende er viktige arenaer for å samle brukere og pårørendes tanker, meninger og erfaringer om Sarpsborg kommunes helse- og velferdstjenester. Revisjonen registrerer også at det på virksomhetsnivå er en uttrykt målsetting å umiddelbart komme i dialog med pårørende og brukere dersom det er noe man ikke er fornøyd med. Samtaler med pårørende pr. telefon eller møter dokumenteres i Geric. Revisjonen vurderer at de systemer som kommunen her har satt på plass er hensiktsmessige og relevante.

4.3.1.5 Risikoanalyser

Revisjonens kontroll har vist at Sarpsborg kommune har utarbeidet en rutine kalt «Retningslinje for risikovurdering». Formålet med retningslinjen er å sikre at kommunen kartlegger og vurderer risiko etter en felles metode på alle nivåer og i alle virksomheter. Rutinen fastslår at kommunens ledere har et særlig ansvar for at risikovurderinger gjennomføres regelmessig og at tiltak iverksettes. Revisjonen oppfatter det som viktig at det fastslås at det å gjennomføre risikovurderinger er et lederansvar. Kontrollen har også vist at det er gjennomført risikovurderinger på flere områder av kommunens omsorgstjenester. Et viktig resultat av disse risikovurderingene er etableringen av regelmessige egenkontroller. Revisjonen vurderer det som positivt at disse kontrollene av egen kommunal praksis legges inn i virksomhetenes årshjul. Dette sikrer etter vårt syn kontinuitet og regularitet i arbeidet med å vurdere risiko knyttet til virksomhetenes drift. Revisjonens kontroll av lagrede risikovurderinger i Risk Manager har vist at de kontrollerte virksomheter er i gang med risikovurderinger av egen virksomhet i varierende grad. Det er revisjonens vurdering at god internkontroll bør bygge på en realistisk vurdering av de risikoene som finnes²⁹. Denne risikovurderingen skal legges til grunn for relevante tiltak som reduserer sannsynligheten for uønskede hendelser. Systematisk gjennomgang av risikobildet virksomheten står overfor kan også bidra til å effektivisere driften dersom man identifiserer tiltak eller arbeidsprosesser som ikke er nødvendig. Revisjonen anbefaler derfor at Sarpsborg kommune sikrer at man i tilstrekkelig grad gjennomfører risikovurderinger på virksomhetsnivå.

²⁹ Orden i eget hus - Kommunedirektørens internkontroll, kap. 6, ss. 64 - 73

Det er revisjonens vurdering at slik kvalitetsarbeidet er organisert i sektor helse og velferd, med kvalitetsteam i virksomhetene og felles kvalitetsteam for like type tjenester (for eksempel kvalitetsteam hjemmetjenester), samt at det er etablert kvalitetsutvalg for hele kommuneområdet, bidrar til Sarpsborg kommune har en internkontroll på helse- og velferdsområdet som i hovedsak svarer til internkontrollkravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4.3.2 Legemiddelhåndtering

Revisjonens kontroll viser at Sarpsborg kommune har fokus på legemiddelhåndtering. Dette vises for eksempel gjennom at legemiddelhåndtering er tatt inn som et eget punkt i lederavtalene som inngås på helse- og velferdsområdet. Revisjonen vurderer dette som en god markering av at legemiddelhåndtering er et fagområde med høy risiko der det potensielt kan få store konsekvenser dersom det begås feil. I lys av dette er god internkontroll og kontinuerlig forbedringsarbeid nødvendig for å nå de faglige standarder som er nedfelt i lov og forskrift. Sarpsborg kommune har satt på plass systemer tilknyttet legemiddelhåndtering som skal sikre at de ansatte har nødvendige kvalifikasjoner. Dette innebærer på den ene siden at det ansettes kvalifisert personale, og på den andre siden at de ansatte jevnlig får oppfriskningskurs. Det er utarbeidet rutiner for hvor ofte dette skal skje. Revisjonen registrerer også at et viktig tiltak i forbedringsarbeidet knyttet til legemiddelhåndtering, er at kommunen tar i bruk elektroniske medisinkabinett. Dette innebærer blant annet at uttak av legemidler til enkeltpasienter journalføres direkte i kommunens elektroniske journalsystem.

Revisjonens kontroll av internkontrollsystemet for legemiddelhåndtering i RiskManager viser at det er utarbeidet en rekke rutiner og prosedyrer knyttet til legemiddelhåndteringen. Det finnes rutiner knyttet til egenkontroll av virksomheten, opplæringsrutiner, dokumentasjonsrutiner, rutiner for avvikshåndtering, samt sykepleiefaglige rutiner knyttet til for eksempel observasjon av pasient for å kontrollere virkning/bivirkninger av administrerte legemiddel. Det foreligger også rutiner for renhold av laboratorium osv. Revisjonen vurderer at disse rutinene samlet fremstår som hensiktsmessige for å etablere kontroll med legemiddelhåndteringen i Sarpsborg kommune.

Til tross for det internkontrollsystem som Sarpsborg kommune har etablert, så ble det i 2021 registrert 1050 avvik knyttet til legemiddelhåndtering. Av 22 registrerte avvik innenfor tjenestekvalitet kategorisert som svært alvorlig dreier 17 av disse avvikene seg om legemiddelhåndtering. Revisjonen vurderer derfor at Sarpsborg kommune fremdeles må sørge for å ha et stort fokus på forbedringsarbeid knyttet til legemiddelhåndtering. Avvikshåndtering kommenteres og vurderes nærmere i kapittel 5.4.

4.3.3 Ernæring

Revisjonens kontroll har vist at det skal utarbeides individuell ernæringsplan for personer med ernæringsmessig utfordringer, hvor ernæringsstatus, -behov, -inntak og tiltak dokumenteres. Ernæringsstatus hos enkeltbrukere dokumenteres i fagsystemet – IPLOS. Ifølge intervjuene som ble gjennomført med virksomhetslederene for Valaskjold omsorgstjenester og Hjemmetjenester Sentrum, så blir ernæringsmessig risiko vurdert. Dette bekreftes av assisterende direktør som har informert revisjonen om at ernæringsmessig risiko ikke bare vurderes hos alle beboere som innskrives ved kommunens sykehjem, men også hos brukerne av hjemmetjenesten.

Revisjonen viser til at Helsedirektoratets kvalitetsindikator for vurdering av ernæringsmessig status hos eldre personer på langtidsopphold i institusjon (2020-tall), viser at i Sarpsborg kommune fikk 47,9% av beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder (se kap. 4.2.5.4). Andelen beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som ikke fikk kartlagt ernæringsstatus i løpet av samme 12 måneders periode utgjorde 12,8%. For 39,3% av

beboerne på langtidsopphold i institusjon i Sarpsborg kommune manglet det i 2020 rapportering på om ernæringsstatus var kartlagt i løpet av siste 12 måneder.

Tilsvarende 2020-tall for hjemmeboende (se kap. 4.2.5.5) viser at i Sarpsborg kommune fikk 29,3% av personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet sin ernæringsstatus kartlagt i løpet av siste 12 måneder. 38,6% fikk ikke kartlagt ernæringsmessig status, og for 32,2% mangler det rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av de siste 12 måneder.

Rutinene «Ernæring i hjemmetjenesten» og «INSTITUSJON: Ernæring i sykehjem og Helsehus» sier at alle pasienter med vedtak om nødvendig helsehjelp/hjemmesykepleie, eller med vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon, skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig.

På generelt grunnlag anbefaler Helsedirektoratet at dokumentasjon av ernæringsstatus gjøres til en del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Helsedirektoratet følger opp ved å anbefale at «(...) 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». Helsedirektoratet anbefaler også at personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan hvor ernæringsstatus dokumenteres, sammen med den enkeltes ernæringsmessige behov og planlagte tiltak. Kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Oppfølging av ernæringsstatus er en del av behandlingsansvaret. Ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen.

Det er revisjonens vurdering at Sarpsborg kommune ikke vurderer ernæringsmessig risiko for beboere på sykehjem og for personer hjemmesykepleie i tråd med egne prosedyrer og nasjonale anbefalinger. Gitt de konsekvenser risiko for underernæring gir for gamle og syke mennesker vurderer revisjonen dette som et alvorlig avvik. Revisjonen anbefaler Sarpsborg kommune å iverksette tiltak for å nå målsettingen om at alle pasienter med vedtak om nødvendig helsehjelp/hjemmesykepleie, eller med vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon, skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig.

Delikat, næringsrik mat er viktig for brukernes trivsel og helse. Revisjonen erkjenner at hva som oppfattes som god mat vil variere fra person til person. Det er derfor krevende å tilfredsstille alle ønsker og behov til enhver tid. Helsedirektoratet peker på at måltidsmiljøet er svært viktig for matlysten og trivsel. Med måltidsmiljø menes det blant annet hvordan rommet som måltidet inntas er utformet for eksempel i forhold til belysning, temperatur, lukt og hygiene. Forhold som støy og uro kan også påvirke opplevelsen av måltidet i negativ retning. Det er også et faktum at matens presentasjon og hvordan maten smaker påvirker matlysten i stor grad. Pasienter og beboere har rett på tilpasset kost. Mattilbudet omfatter tilbudet av standard- og spesial-koster, samt antall måltider og mellommåltid. Mattilbudet bør tilpasses tradisjoner, religion, diagnose og individuelle behov. Å ha ulike valgmuligheter til hvert måltid er positivt³⁰.

Det er ikke tilsatt ernæringsfysiologer i Sarpsborg kommune. Det vurderer revisjonen som uheldig. Kliniske ernæringsfysiologer er som eneste ernæringsutdannede yrkesgruppe autorisert helsepersonell (jf. helsepersonelloven § 48) og har i kraft av sin utdanning spesialisert kunnskap om forebygging, utredning og behandling av ulike ernærings- og kostholds relaterte lidelser³¹.

³⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>, 10.03.22

³¹ Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten (IS-2032), s. 5

Revisjonen vil også peke på at klinisk ernæringskunnskap er viktig i ett overordnet systemarbeid, blant annet knyttet til å³²:

- Kvalitetssikre og styrke det kommunale ernæringsstilbudet
- Utvikle og implementere ernæringsfaglige retningslinjer/ rutiner
- Utdanne/ lære opp/ veilede personell og pasienter
- Kartlegge helse- og ernæringsstilstand
- Inkludere ernæringsrelaterte forhold i relevant planverk
- Utarbeide ernæringsstrategi

Helsedirektoratet antyder at det bør ansettes en klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbyggere³³. Revisjonen anbefaler med bakgrunn i dette at Sarpsborg kommune vurderer å tilsette en eller flere ernæringsfysiologer for å styrke det systematiske og individrettede ernæringsarbeidet i kommunen.

4.3.4 Grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

Revisjonen vurderer det som positivt at Sarpsborg kommune har et system hvor man kartlegger den enkelte brukers grunnleggende behov gjennom innkomstsamtaler og at det med bakgrunn i disse samtalene utarbeides tiltaksplaner. At det i tillegg gjennomføres tilsvarende samtaler etter fem uker, og deretter etter et halvt år, oppfatter vi at bidrar til at grunnleggende behov hos den enkelte bruker avklares og dokumenteres.

Revisjonens kontroll viser at Sarpsborg kommune har utviklet og bruker en rekke prosedyrer og rutiner for imøtekomme grunnleggende behov hos både sykehjemsbeboere og brukere av hjemmetjenester. Revisjonen ser, som tidligere nevnt, at tiltaksplanen for den enkelte bruker er sentral for å sikre at kvalitetsforskriftens bestemmelser følges opp for den enkelte pasient.

Basert på de kontroller revisjonen har gjennomført vurderer revisjonen at kommunen har satt på plass systemer og praksis som sikrer at brukerne av kommunale sykehjems- og hjemmetjenester i all hovedsak får ivaretatt sine behov for personlig hygiene, nødvendig toalett og egenomsorg. Det er også revisjonens vurdering at det grunnleggende behovet for å få nødvendig hjelp til av- og påkledning blir ivaretatt med de systemer og den praksis som er etablert blant virksomhetene på helse- og omsorgsområdet.

Revisjonen registrerer at det kan være store forskjeller i hva som er tilpassede aktiviteter for hjemmeboende. For enkelte kan det dreie seg om å kle på seg selv, mens det for andre kan innebære å dra på kulturaktiviteter. Revisjonen registrerer at virksomheten kartlegger brukerens behov og tilpasser aktiviteter og tilbud i henhold til dette. Dette vurderer revisjonen som positivt. Det er også etablert et dagsentertilbud som hjemmeboende kan søke på. Revisjonen har ikke kontrollert dette tilbudet. Revisjonen vurderer det også som positivt at Sarpsborg kommune har etablert et samarbeid med frivilligsentral og sporadisk samarbeid med Røde kors for å tilby aktiviteter til hjemmeboende.

Også for sykehjemsbeboerne er det store variasjoner i hva som regnes som tilpassede aktiviteter. Alle brukere skal ha en egen aktivitetsplan i sin tiltaksplan. Revisjonen vurderer det som positivt at man ved Valaskjold omsorgstjenester tar i bruk ny teknologi som applikasjonen Nyby for å legge til rette for aktiviteter som besøk, for sine brukere. Enkelte pårørende til beboere på Valaskjold sykehjem ga i intervju med revisjonen uttrykk for at man ikke var helt fornøyd med aktiviseringen og sosialiseringen av sine

³² Ibid

³³ Ibid. s. 6

pårørende. I spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte ga 42 % av de ansatte uttrykk for at de mente at beboere og pasienter fikk tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter i stor eller meget stor grad. 58 % av de ansatte mente at beboere og pasienter fikk tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter i middels, liten eller svært liten grad. Det er revisjonens oppfatning at avklaring av forventninger til aktivitetstilbudet, i forhold til brukere, men kanskje særlig pårørende, er et viktig tiltak for å skape en felles forståelse av hva slags aktivitetstilbud den enkelte pasient skal få. Revisjonen anbefaler Sarpsborg kommune å vurdere ytterligere tiltak for å skape en felles forståelse av hvilket aktivitetstilbud den enkelte pasient skal tilbys.

Lov om tannhelsetjenesten § 1-3 hjemler at langtidsboere på sykehjem har rett til nødvendig tannhelsehjelp, jf. § 2-1 i samme lov. Andelen langtidsboere på sykehjem i Sarpsborg som har blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell de siste 12 måneder er på 41 % i 2020. I og med at Helsedirektoratet har en kvalitetsindikator som skal vise hvor mange sykehjemsboere som har mottatt tannpleie siste 12 måneder, så antar revisjonen at Helsedirektoratet anser en slik kontroll hver 12 måned som faglig nødvendig. Revisjonen vurderer det som uheldig at bare 4 av 10 langtidsboere er blitt vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder, og anbefaler at Sarpsborg kommune etablerer rutiner og praksis som sikrer at langtidsboere får nødvendig tannhelsehjelp.

De to brukerne av hjemmetjenester som revisjonen intervjuet var i hovedsak godt fornøyd med tjenestetilbudet. Begge intervjuobjektene ga uttrykk for at de hadde ønsket større grad av fleksibilitet og større grad av styring i forhold til hvilke tider på dagen de mottar hjemmetjenester. Det var særlig tidspunktet for hjemmehjelp på kveldstid som ble trukket frem. Begge brukere ga uttrykk for at man enkelte ganger kunne ønske seg å være oppe lenger, men at dette hadde vist seg å være vanskelig å gjennomføre. Revisjonen vurderer det som uheldig at en av brukerne har opplevd det som vanskelig å ytre ønsker om endringer i den praktiske innretningen på hjemmetjenesten. Revisjonen vurderer at denne erfaringen står i motstrid til kommunens målsetting om å skape muligheter og forutsetninger for at hver enkelt innbygger kan mestre eget liv³⁴. Revisjonen er av den oppfatning at reell påvirkning på når man står opp og når man legger seg er viktig i dette perspektivet. Revisjonen anbefaler derfor Sarpsborg kommune å vurdere om det kan iverksettes tiltak som sikrer at brukere av hjemmetjenester sikres reell innflytelse over egen døgnrytme.

I intervjuene med brukerne av hjemmetjenester fremkom det synspunkter på at det over tid kan bli mange ansatte å forholde seg til, noe som kan være utfordrende og skape utrygghet. Revisjonen vurderer at dette er et perspektiv som ledelse og ansatte i omsorgstjenestene i Sarpsborg kommune bør ta med seg i det videre arbeid. Slike brukerinnspill, indikerer etter revisjonens syn, at kontinuitet og stabilitet i arbeidsstokken bidrar til økt kvalitet på tjenesten ut mot brukerne.

Basert på informasjonene som viser 134 av totalt 543 sykehjems plasser og plasser i bofellesskap er spesielt tilrettelagt for personer med demens, samt de informasjonene som er fremkommet i intervjuer med assisterende direktør helse og velferd og virksomhetslederne for Valaskjold omsorgstjenester og Hjemmetjenester sentrum, vurderer revisjonen at Sarpsborg kommune sikrer personer med alvorlig demens tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet på sykehjem.

³⁴ Kommunedelplan Helse og omsorg, 2017 – 2018, s.9

4.3.5 Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester

Revisjonen har vurdert syv av helsedirektoratets kvalitetsindikatorer for kommunale helse og omsorgstjenester. Disse er:

- Brukertilpasset enerom i institusjon
- Dagaktivitetstilbud for personer med demens
- Re-innleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning
- Årsverk med fagutdanning
- Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder
- Ernæringsoppfølging av sykehjemsbeboere
- Ernæringsoppfølging av hjemmeboende

Med unntak av de tre siste kvalitetsindikatorerne vedørende tannhelse og ernæring, som allerede er kommentert i kapittel 4.3.3, vil de resterende kvalitetsindikatorerne vurderes samlet i dette kapitlet.

Indikatoren «Brukertilpasset enerom i institusjon» viser andelen plasser i enerom, med eget bad og WC, blant kommunens totale antall. Indikatoren er ment å gi et bilde av kommunenes bostandard for beboere i institusjon. Revisjonen vurderer denne indikatoren som viktig for å vurdere om kommunen oppfyller en rekke av kravene i kvalitetsforskriften. Enerom bidrar til at beboere får mulighet til selvstendighet og styring av eget liv, i dette legger det også en mulighet til å følge en normal livs- og døgnrytme. Enerom vil også legge forholdene til rette for ro og et skjermet privatliv dersom man ønsker det. Har man tilgang til eget bad og WC er mulighetene til å få ivaretatt personlig hygiene og eget toalett antakelig bedre enn om man må dele disse fasilitetene med en eller flere. Eget rom er også ønskelig og nødvendig for å sikre en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Enerom med eget bad og WC er spesielt viktig for dem som bor lenge på sykehjem. Andelen brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC i Sarpsborg kommune var i 2020 på 65,7%. Tilsvarende tall for landet som sådan var 90,4 %. Innrapporterte tall for sammenlignbare kommuner i Østfold viser at Moss hadde 100 % dekning og Fredrikstad hadde 90 % andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC.

Revisjonen vurderer det som uheldig at andelen brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC i Sarpsborg kommune var på 65,7% i 2020, og anbefaler Sarpsborg kommune å iverksette tiltak som raskest mulig bringer andelen brukertilpassede enerom opp på ett tilfredsstillende nivå, i tråd med målsettinger nedfelt i «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen», vedtatt av bystyret 20.05.21.

Fra 1. januar 2020 fikk kommunene en lovfestet plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter³⁵. Revisjonens kontroll har vist at per 2020 hadde 62 av 206 hjemmeboende med demens vedtak om plass på dagsenter. Dette utgjør 30,1 % av pasientgruppen. I og med at et slikt dagaktivitetstilbud kan brukes for å dekke pasientenes behov for aktivisering, tilsyn og omsorg, oppfølging av ernæring, personlig assistanse, samt at det fungerer som avlastning for pårørende, mener revisjonen det er uheldig at bare 3 av 10 pasienter i brukerguppen har vedtak og plass på dagsenter. Revisjonen anbefaler Sarpsborg kommune å vurdere umiddelbare tiltak for å bedre tilbudet om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, for å igjennom dette møte kravene som er nedfelt helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

³⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>, 23.11.21

Revisjonen vurderer det som positivt at Sarpsborg kommune har deltatt i læringsnettverket «Gode pasientforløp» hvor det er arbeidet med å følge opp innleggings- og utskrivningsprosedyrer mellom sykehus og kommune. Basert på foreliggende tall vurderer revisjonen sannsynligheten for å bli re-innlagt som en eldre pasient i Sarpsborg, som kun marginalt større enn sammenlignbare kommuner i Østfold som Moss og Fredrikstad. Revisjonen oppfordrer Sarpsborg kommune til å fortsette arbeidet med å skape god samhandling mellom tjenestenivåene for på den måten å hindre unødvendige re-innleggelser.

Det innhentede tallmaterialet viser at per 2020 har 83,6 % av ansatt personell i Sarpsborg kommune relevant helsefaglig utdanning. Dette er høyere enn for Norge som helhet, det er også høyere enn i Fredrikstad (81,3%) og Moss (73,1%). Den administrative ledelse av helse og velferd har erkjent at det har vært utfordringer knyttet til å rekruttere høyskoleutdannede medarbeidere. Revisjonen vurderer det som positivt at Sarpsborg kommune adresserer disse utfordringene ved blant annet å tilby hele stillinger så langt det lar seg gjøre, samt å sikre rett bemanning til rett tid ved bruk av årsturnus.

4.4 Konklusjon og anbefalinger

Basert på de undersøkelser revisjonen har gjennomført konkluderes det med at brukere av pleie- og omsorgstjenester i Sarpsborg kommune i all hovedsak får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og dekket grunnleggende behov. Revisjonens undersøkelse viser likevel at det foreligger forbedringspunkter ved de undersøkte virksomhetene og i kommuneområde helse og velferd som helhet.

Basert på våre vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- a) vurdere ytterligere tiltak for rekruttere ønsket kompetanse og motvirke bruk av ufaglært arbeidskraft.
- b) gjennomføre brukerundersøkelser rettet mot brukere av sykehjemstjenester og hjemmetjenester så raskt det lar seg gjøre.
- c) sikre at man i tilstrekkelig grad gjennomfører risikovurderinger på virksomhetsnivå.
- d) iverksette tiltak for å sikre at ernæringsmessig risiko blir vurdert for beboere på sykehjem og for personer med vedtak om hjemmesykepleie i tråd med egne prosedyrer og nasjonale anbefalinger.
- e) vurdere å tilsette en eller flere ernæringsfysiologer for å styrke det systematiske og individrettede ernæringsarbeidet i kommunen
- f) vurdere ytterligere tiltak for å skape en felles forståelse mellom kommunen og bruker/pårørende av hvilket aktivitetstilbud den enkelte pasient skal tilbys.
- g) vurdere tiltak som sikrer at brukere av hjemmetjenester sikres reell innflytelse over egen døgnrytme.
- h) etablere tiltak som bringer andelen brukertilpassede enerom opp på ett tilfredsstillende nivå, i tråd med målsettinger nedfelt i «Kommunedelplan for struktur og kapasitet i heldøgnsomsorgen».
- i) vurdere umiddelbare tiltak for å bedre tilbudet om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.
- j) etablere rutiner og praksis som sikrer at langtidsbeboere får nødvendig tannhelsehjelp.

5 AVVIKSHÅNDTERING

Problemstilling 2 Er kommunens avvikshåndtering på pleie- og omsorgsområdet i tråd med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)?

5.1 Revisjonskriterier

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sier i § 6 g at kommunen skal ha oversikt over avvik i driftssituasjonen i kommunens virksomheter. Dette innebærer også at man skal ha en oversikt over uønskede hendelser, evalueringer som er gjennomført, klager man har mottatt og brukererfaringer. Kommunen skal også ha statistikk og annen relevant informasjon som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, dette innbefatter også informasjon om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I forskriftens § 7c er det nedfelt bestemmelser som innebærer et krav om det skal utarbeides nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Det er også øverste leders ansvar å sikre at vedtatte rutiner og ulike tiltak i virksomheten systematisk følges opp, jmfør forskriftens § 8c. Dette betyr også at virksomheten skal evaluere om prosedyrer, rutiner og andre tiltak fungerer etter hensikten og slik de er forutsatt. Nåværende ordninger og eksisterende praksis skal vurderes i forhold til om de er tilfredsstillende. Det skal vurderes om vedtatte rutiner er i tråd med gjeldende regelverk og krav til forsvarlighet, samt om de er kjent, forstått og blir fulgt i praksis.

Det påligger også øverste leder å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, jf. forskriftens § 9a.

Kommunen bør:

- ha et system som registrer, behandler og lukker avvik
- ha et system som sikrer regelmessig gjennomgang av avvik i hele organisasjonen – herunder rapportering til og behandling av kommunens øverste ledelse

5.2 Datagrunnlag

5.2.1 Avvikssystem

Revisjonen har kontrollert «Prosedyre for avviksbehandling». Denne prosedyren danner grunnlaget for hvordan avviksbehandlingen skal foregå. Prosedyren gjelder for alle ansatte som har en rolle som avviksbehandlere i kommunens kvalitetssystem. Det er i henhold til prosedyren enhetsleder, dvs. virksomhetsleder, som er avviksbehandler. Dersom enheten består av flere lokaliteter som ligger fysisk adskilt, eller forskjellige enheter for ulike fagområder kan avviksbehandlingen delegeres til teamleder. Denne prosedyren skal da følges også av teamlederne. Prosedyren definerer avvik som «mangel på oppfyllelse av krav». Det vil si krav nedfelt i lov og forskrift, eller andre vedtatte retningslinjer. Prosedyren presiserer også at avvik kan innebære varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten.

Avvik meldes i kommunens kvalitetssystem Risk Manager. Hver enkelt ansatt er ansvarlige for å rapportere avvik innenfor sitt ansvars-/arbeidsområde eller varsle om kritikkverdige forhold ved virksomheten. Avvik rapporteres til enhetsleder, som tidligere nevnt kan avviksbehandling delegeres til teamledere under gitte forutsetninger. Det er nedfelt i prosedyren at avviksbehandlingen skal starte senest 14 dager etter at avvik er meldt. Det å behandle et avvik innebærer at eventuelle konsekvenser av avviket, samt årsaker til avviket, skal vurderes. Nødvendige tiltak skal også vurderes før avviket lukkes. Det skal vurderes konsekvens, årsak, tiltak og en avsluttende vurdering knyttet til lukking av avvik. Konsekvens og årsak skal vurderes samtidig som avvik tas til behandling. Prosedyren har ikke noen fast frist for lukking av avvik, fordi fristen vil variere avhengig av avviket som meldes. Det skal tilstrebes at avvik lukkes så raskt som mulig. Prosedyren bestemmer at alle avvik skal følges opp med tiltak. Det påligger enhetsleder å ha oversikt over avvik i sin enhet og jobbe planmessig med å forbedre virksomhetens rutiner og praksis. Videre legger prosedyren opp til at kommuneledelsen får fremlagt rapport på oppfølging av avvik fire ganger i året. Prosedyren beskriver at kommunesjefene skal foreta en særskilt gjennomgang på avvik som er vurdert som alvorlige. Revisjonen forstår dette dithen at det er direktørene for de ulike kommuneområdene som har dette ansvaret, i dette tilfellet direktør for helse og velferd.

Registrerte avvik januar til desember 2021 – kommuneområde helse og velferd

Kvalitetsutvalget for kommuneområde helse og velferd rapporterer registrerte avvik til direktør for helse og velferd 4 ganger årlig. Revisjonen er blitt forelagt avviksrapporter for periodene jan – juni 2021 og jan – desember 2021. Disse avviksrapportene er adressert til direktør for helse og velferd.

Avviksrapporten for jan – des 2021 viser at det i driftsåret 2021 ble registrert totalt 1964 avvik i kommuneområdet. I samme periode for 2020 ble det meldt totalt 2235 avvik innenfor samme avviksområder.

Totalt antall av avvik for perioden januar – desember 2021	
Område:	01.01 - 31.12.2021
Datasikkerhet	31
HMS	414
Tjenestekvalitet	1513 (herav 1050 avvik legemiddelhåndtering)
Avvik fra interne tilsyn, inkludert interne revisjoner	6
Totalt	1966

Tabell 13 Registrerte avvik i kommuneområde helse og velferd for 2020/2021

Alvorlige avvik

Det er registrert totalt 1243 avvik som er alvorlige eller svært alvorlige pr 31.12.2021. Av disse er 988 avvik innenfor tjenestekvalitet.

Antall avvik vurdert som alvorlige eller svært alvorlige januar – desember 2021		
Område	Alvorlig	Svært alvorlig
Datasikkerhet	11	3
HMS	230	11
Tjenestekvalitet	966	22
	1207	36

Tabell 14 Registrerte avvik vurdert som alvorlig eller svært alvorlig

Kvalitetsutvalget besluttet i 2015 at alle avvik vedrørende legemiddelhåndtering skulle registreres som alvorlige avvik uavhengig av utfall/konsekvens. Per dags dato blir ikke alle legemiddelavvik ført som dette, men det kan allikevel forklare antallet avvik på tjenestekvalitet. Virksomhetsleder må fokusere spesielt på antall alvorlige avvik og se om det er trender, personer, årsaker som gjentar seg og eventuelt sette inn tiltak i sammenheng med dette.

Det er i perioden 01.01.2021 – 31.12.2021 registrert 22 avvik innenfor tjenestekvalitet som er kategorisert som svært alvorlig. 17 av disse svært alvorlige avvikene knytter seg til legemiddelhåndtering. 3 avvik dreier som svært alvorlig manglende dokumentasjon, ett avvik knytter seg til brudd på smittevernreglementet og ett svært alvorlig avvik knytter seg til en situasjon mellom to pasienter.

Revisjonen er opplyst om at det i tillegg til de svært alvorlig avvikene nevnt i avsnittet ovenfor, så er det registrert i kommunens nye kvalitetssystem NetPower, 23 avvik med høy alvorlighetsgrad innenfor tjenestekvalitet hvorav 17 avvik er knyttet til legemiddelhåndtering, og de 4 resterende omhandler mangler ved dokumentasjonen og en hendelse mellom pasienter.

Tiltak ved avvik

Kommunens prosedyrer for avvikshåndtering fordrer at alle registrerte avvik skal følges opp med ett eller flere tiltak. Revisjonen har fått opplyst at det er registrert 375 avvik som står uten videre tiltak når man sammenstiller registrerte avvik med tilhørende tiltak i det gamle kvalitetssystemet Risk Manager og det nye kvalitetssystemet Netpower.

Restanser avvik – kommuneområde helse og velferd

Revisjonen er blitt forelagt tall som viser hvilke restanser, dvs. avvik som ikke er lukket, man har på avvikshåndteringen per 31.12.2021. Disse tallene viser at 5 avvik knyttet til datasikkerhet ikke er lukket, i tillegg til 21 avvik på HMS-området og 40 avvik som omhandler tjenesteproduksjon.

Responstid meldte avvik og nye avvik – tre siste måneder 2021

I prosedyren for avviksbehandling heter det at et avvik skal tas til behandling innen 14 dager etter at avvik er meldt. Revisjonen har fått opplyst at den gjennomsnittlige responstiden i kommuneområde helse og velferd er på 4 dager, det vil si at den gjennomsnittlige responstiden er innenfor prosedyrens krav. Revisjonen har fått opplyst at en responstid på 4 dager innebærer en reduksjon i responstid på 0,6 dager fra forrige rapportering for perioden juli – september 2021. 3 virksomheter overgår responstiden på 14 dager.

5.2.2 Melding av alvorlige hendelser til Helsetilsynet

Revisjonen er av kommunen opplyst om at kommunen melder fra om alvorlige hendelser når dette skal gjøres.

Revisjonen har bedt om å få en oversikt over innmeldte alvorlige hendelser for perioden 01.01.2019 – 30.11.2021. Kommunen informerer om at det er ulike veier for å melde alvorlige hendelser. Kommunen har ikke en fullstendig samlet oversikt over innmeldte alvorlige hendelser. Revisjonen er opplyst om tre alvorlige hendelser som er innrapportert til Helsetilsynet. Disse tre omfatter en hendelse ved Haugvoll sykehjem, en annen ved Helsehuset og et tredje tilfelle hvor stedet hendelsen inntraff ikke er oppgitt. Revisjonen er av kommunen opplyst om at det kan være andre saker er meldt inn, men at disse ikke er registrert i kommunens avvikssystem. Det er også opplyst om at det kan finnes saker i Geric.

Revisjonen har fått informasjon om at det også finnes eldre saker. Dette er saker som er meldt til fylkesmannen (statsforvalteren) hvor helsetilsynet er blitt koblet på senere. I disse sakene ser det ikke ut til at det er kommunen som har varslet helsetilsynet.

Skal fullstendig, kvalitetssikret oversikt over innmeldte hendelser fremskaffes, opplyser Sarpsborg kommune om at dette må hentes inn fra hver enkelt virksomhet og sammenstilles for kommunen som helhet.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Avvikssystem

Revisjonen vurderer at Sarpsborg kommune, på kommuneområdet helse og velferd, har den oversikt over avvik som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g krever. Basert på de kontroller revisjonen har gjennomført, herunder gjennomgang av oversendt dokumentasjon fra Sarpsborg kommune, vurderer revisjonen at kommunen har utarbeidet de nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen.

Med bakgrunn systemet for kvalitetsarbeid som er etablert, hvor det er kvalitetsteam i virksomhetene, felles kvalitetsteam for like type tjenester (kvalitetsteam hjemmetjenester), samt at det er etablert et kvalitetsutvalg på kommuneområdenivå, mener revisjonen at øverste leders ansvar, jf. § 8c, er ivaretatt. Dette innebærer også at revisjonen er av den oppfatning at virksomheten evaluerer prosedyrer, rutiner og andre tiltak, og vurderer om de fungerer etter hensikten. Revisjonen er altså av den oppfatning at kommuneområdet helse og velferd har et avvikssystem som registrerer, behandler og lukker avvik, samt at systemet sikrer regelmessig gjennomgang av avvik i hele organisasjonen. Avvik rapporteres til, og behandles av kommunens øverste ledelse.

Revisjonen ønsker likevel å bemerke at det er registrert 375 avvik som står uten videre tiltak når man sammenstiller registrerte avvik med tilhørende tiltak i det gamle kvalitetssystemet Risk Manager og det nye kvalitetssystemet Netpower. I prosedyren for avviksbehandling heter det at et avvik skal tas til behandling innen 14 dager etter at avvik er meldt. 3 virksomheter oversitter responstiden på 14 dager. Revisjonen anbefaler administrasjonen å forsikre seg om at alle registrerte avvik håndteres i tråd med interne retningslinjer.

5.3.2 Melding av alvorlige hendelser til Helsetilsynet

Statens helsetilsyn har i brev³⁶ til alle landets kommuner, datert 07.06.2019, opplyst om at fra 1. juli 2019 har alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

I brevet vises det til at kommunen ved rådmannen, etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, har det overordnede ansvaret for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomheten. For at kommunen skal i vare ta varslingsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven §12-3 a så må kommunen:

- a) sikre at varslingsplikten integreres i virksomhetens styringssystem
- b) etablere rutiner for varsling til Statens helsetilsyn
- c) informere fastlegene i kommunen om varslingsplikten
- d) informere private virksomheter kommunen har avtaler med
- e) sikre at pasienter, brukere og pårørende får informasjon om sin varslingsrett

Det presiseres videre, at ved alvorlige hendelser som har ført til dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient/bruker, så plikter virksomheten selv:

- å følge opp og informere pasienter og pårørende
- å gjennomgå hendelsen
- å identifisere og følge opp risikoreducerende tiltak

Revisjonen registrerer at det ikke finnes en samlet fremstilling av innmeldte alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Dette vurderer revisjonen som uheldig. Revisjonen viser til opplysningen fra kommunen om at dersom fullstendig, kvalitetssikret oversikt over innmeldte hendelser til Fylkesmannen/Statsforvalteren skal fremskaffes, så må dette hentes inn fra hver enkelt virksomhet og sammenstilles for kommunen som helhet. Revisjonen vurderer at en fullstendig oversikt over innmeldte alvorlige hendelser er en nødvendig forutsetning for blant annet å kunne følge opp varslingsplikten etter helse- og omsorgstjenestelovens § 12-3. Revisjonen anbefaler derfor kommunen å iverksette tiltak som sikrer at kommunen til enhver tid har en samlet oversikt over innmeldte alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

5.4 Konklusjon og anbefalinger

Basert på de undersøkelser og den gjennomgang revisjonen har gjennomført konkluderes det med at kommuneområdet helse og velferd i Sarpsborg kommune, i all hovedsak har etablert et avvikssystem som registrerer, behandler og lukker avvik, og som i tillegg til dette sikrer regelmessig gjennomgang av avvik i hele organisasjonen – herunder rapportering til og behandling av kommunens øverste ledelse. Imidlertid har revisjonen avdekket forbedringspotensial knyttet til håndteringen av avvik, samt manglende oversikt over alvorlige hendelser meldt til Statens helsetilsyn.

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

- k) forsikre seg om at alle registrerte avvik håndteres i tråd med interne retningslinjer.
- l) iverksette tiltak som sikrer at kommunen til enhver tid har en samlet oversikt over innmeldte alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

³⁶ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2019/ny-varslingsplikt-til-statens-helsetilsyn-om-dodsfall-og-svart-alvorlige-skader-etter-hendelser-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>, 06.12.21

6 KVALITET I HELDØGNS OMSORGPLASSER

Problemstilling 3: Har kommunen iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene i forvaltningsrevisjonsprosjektet fra 2017?

6.1 Bakgrunn og revisjonskriterier

Gjennom forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser» undersøkte Østfold kommunerevisjon IKS i 2017 i hvilken grad beboere ved sykehjemmene Tingvoll og Haugvoll fikk trygge og sikre tjenester. Revisjonen undersøkte også i hvilken grad beboerne ved sykehjemmene fikk en helhetlig, samordnet og fleksibel tjeneste. Forvaltningsrevisjonsprosjektet søkte også å gi svar på om sykehjemmene i Sarpsborg kommune ivaretok hensynet til brukermedvirkning og individuell tilpasning.

Revisjonen konkluderte i 2017 med at det var faglig forsvarlighet som var styrende for dimensjoneringen av bemanningen på sykehjemmene. Revisjonens undersøkelse viste at det var gjennomført risikovurderinger/ kartlegginger av de enkelte sykehjemsavdelingenes bemannings- og kompetansebehov. Dette hadde ført til mindre tilfeldig innleie av vikarer, høyere fagdekning og mer planlagt bemanning.

Det ble gjennom forvaltningsrevisjonen avklart at begge sykehjem hadde utarbeidet kompetanse- og opplæringsplaner som inneholdt informasjon om kursgjennomføring ved sykehjemmene. Det fremsto for revisjonen som om sykehjemmene hadde god oversikt over de ansattes kompetansenivå og sykehjemmenes fremtidige behov for kompetanse. Revisjonens undersøkelser viste at sykehjemmene hadde ulik praksis da det gjaldt deltakelse på kurs internt på sykehjemmene. Tingvoll ga lønn for deltakelse på interne kurs, mens Haugvoll i større grad baserte seg på frivillighet.

Revisjonen var i 2017 av den oppfatning at det ble arbeidet godt med både risikovurdering og avvismelding/ -håndtering ved sykehjemmene. Revisjonens undersøkelse viste for eksempel at det var gjennomført flere felles risikovurderinger på tvers av kommunens sykehjem, i tillegg til at det var gjennomført risikovurderinger på det enkelte sykehjem. Forvaltningsrevisjonen viste at bruk av risikotavler utgjorde en viktig del av sykehjemmenes arbeid med pasient- og brukersikkerhet. Bruk av risikotavler skulle bidra til at identifiserte risikoområder fikk det nødvendig fokus, for på den måten å redusere sannsynligheten for skader og uønskede hendelser på sykehjemmene.

Revisjonen vurderte at praksisen rundt avvismelding og avvismelding fremsto som god ved avdelingene. Det fremkom at begge sykehjem hadde fokus på avvismelding og benyttet avvismeldingene i internkontrollen og i interne forbedringsprosesser. Revisjonen fant at flere ansatte vegret seg for å melde avvik. Årsaken til dette ble identifisert til å være usikkerhet og manglende opplæring. Et annet funn var at situasjoner og hendelser som kunne vært registrert som avvik kun ble diskutert eller rapportert muntlig, uten at hendelsen nødvendigvis ble dokumentert i Risk Manager. Revisjonen påpekte at det var viktig at sykehjemmene utviklet og etablert en god kultur for rapportering og registrering av avvik.

Dokumentasjon av tjenestetilbudet den enkelte bruker mottar skal gjøres i brukernes journal i Geric³⁷. Det er enhetsleder som er ansvarlig for at alle brukere får opprettet en journal og utpekt en journalansvarlig. Revisjonens kontroll viste at begge sykehjem arbeidet etter tiltaksplaner. Er det avvik i forhold til pasientens tiltaksplan skal dette dokumenteres i journal etter hver vakt. Revisjonens kontroll avdekket at det ofte ble dokumentert for mye i pasientjournalene. For mye informasjon øker risikoen for at viktig

³⁷ Geric er en elektronisk pasientjournal og et pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren

informasjon kan gå tapt når ansatte skal lese seg opp på hva som har skjedd i løpet av foregående vakt. Revisjonen vurderte at det vil være viktig å definere hva som skal dokumenteres i ulike sammenhenger og situasjoner. Dette ville i større grad kunne sikre en enhetlig dokumentasjonspraksis blant de ansatte på sykehjemmene.

Ifølge revisjonens vurdering overholdt ikke kommunen kravet om eget rom ved langtidsopphold fullt ut. Revisjonens undersøkelse viste også at ved et av sykehjemmene var det en gruppe på seks pasienter som delte på tre toalett og en dusj. Revisjonen var av den oppfatning at disse boforholdene ikke tilfredstilte lov- og forskriftskrav fullt ut.

Revisjonen konkluderte med at sykehjemmene arbeidet godt med å levere trygge og forutsigbare tjenester. Revisjonen underbygget denne konklusjonen ved å vise til at brukerne, i en spørreundersøkelse, gjennomgående høy score. Et område skilte seg merkbart ut i negativ forstand og det var fysioterapitjenesten.

Revisjonen konkluderte også med at de kontrollerte sykehjemmene i stor grad ivaretar behovet for en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

Revisjonen anbefalte kommunen å:

- Fortsette arbeidet med å utvikle flere nivå 2³⁸ prosedyrer. Dette vil kunne sikre en universell praksis ved kommunens sykehjem.
- Fortsette fokuset på å implementere en god avvikskultur i avdelingene. Dette vil kunne sikre at flere ansatte melder inn skriftlige avvik i Risk Manager.
- Etterstrebe å kun benytte enkeltrom ved langtidsopphold. Dette vil i stor grad kunne sikre brukernes mulighet for ro og skjermet privatliv.
- Videreutvikle praksis omhandlende dokumentasjon i tiltaksplan og journal. Kommunen bør i større grad definere hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres, slik at praksis blir enhetlig og oversiktlig.

Bystyret behandlet forvaltningsrevisjonsrapporten i sak 108/17.

1. Bystyret tar forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser» til etterretning. Bystyret finner det positivt at kommunen i all hovedsak leverer tjenester som er trygge, helhetlige, samordnet og fleksible, og at det gis rom for brukermedvirkning og individuell tilpasning.
2. Bystyret merker seg revisjonens anbefalinger og finner det tilfredsstillende at rådmannen allerede jobber kontinuerlig med forbedringsarbeidet ved å:
 - Utvikle flere nivå 2 prosedyrer. Dette vil kunne sikre en universell praksis ved kommunens sykehjem.
 - Implementere en god avvikskultur i avdelingene. Dette vil kunne sikre at flere ansatte melder inn skriftlige avvik i RiskManager.
 - Videreutvikle praksis omhandlende dokumentasjon i tiltaksplan og journal. Kommunen bør i større grad definere hva som skal dokumenteres og hvor det skal dokumenteres, slik at praksis blir enhetlig og oversiktlig.

³⁸ Prosedyrer på nivå 2 vil være prosedyrer som gjelder for flere enheter innenfor samme virksomhetsområde, for eksempel prosedyrer som er felles for sykehjemmene i kommunen

3. Bystyret ber rådmannen om å rapportere om sitt forbedringsarbeid knyttet til forvaltningsrevisjonen, til utvalg for velferd og folkehelse innen 1. oktober 2018.

Revisjonen legger til grunn kommunestyrets vedtak som revisjonskriterier for denne problemstillingen.

6.2 Datagrunnlag

Utvalg for velferd og folkehelse ble i møte 18.09.2018, orientert om hvordan administrasjonen hadde fulgt opp bystyrets vedtak fra 16.11.2017 i sak 108/17 «Oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport - Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser». I bystyreprotokollen fra dette møtet fremkommer det at bystyret tok forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i heldøgnsomsorgsplasser» til orientering. Bystyret merket seg revisjonens anbefalinger og uttrykte i vedtaket til saken, tilfredshet med at rådmannen allerede var i gang med forbedringsarbeid i forhold til de fire anbefalingene revisjonen fremmet i sin rapport. Bystyret ba videre rådmannen om å rapportere om sitt forbedringsarbeid knyttet til forvaltningsrevisjonen, til utvalg for velferd og folkehelse innen 1. oktober 2018.

Revisjonen har bedt om kommunens redegjørelse for hvordan man har forholdt seg kommunestyrets vedtak i sak 108/17. Revisjonen mottok kommunens redegjørelse i brev datert 18.10.2021.

Nivå 2 prosedyrer

Revisjonen har fått opplyst at det har vært utfordrende å arbeide med å utvikle flere nivå 2 prosedyrer under koronapandemien. Dette utviklingsarbeidet forutsetter på den ene siden at det fra ansatte innrapporteres prosedyrer som egner seg for denne type utviklingsarbeid, samt at det finnes kapasitet i organisasjonen til rent faktisk å gjøre arbeidet. Under pandemien har det skortet på begge deler.

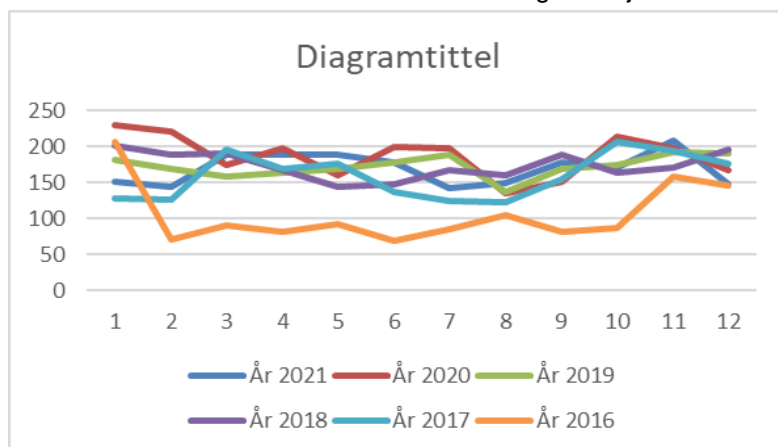
Administrasjonen for kommuneområdet helse og velferd har informert revisjonen om at man de siste årene har hatt fokus på å løfte prosedyrer fra nivå 3 til nivå 2 samt å utvikle nye prosedyrer på nivå 2. I 2015 ble det påbegynt et arbeid med å lage felles maler for risikovurderinger innenfor bestemte områder som legemiddelhåndtering og ernæring. Risikovurderingsmalene ble utviklet i grupper og nøye diskutert i flere arbeidsmøter. Dette arbeidet identifiserte behov for revidering av eksisterende prosedyrer og utarbeiding av nye. Videre er det utarbeidet maler for egenkontroller basert på disse risikovurderingene, noe som på sin side har avdekket behov for revideringer av prosedyrer og/eller behov for opplæring.

Revisjonen har også blitt informert om at kommuneområdet helse og velferd over flere år (med oppstart 2012) har hatt en dokumentasjonsgruppe som har sett på dokumentasjon i Geric og tilhørende prosedyrer. Det er laget og man har oppdatert legemiddelprosedyrer for henholdsvis hjemmetjenester og heldøgns tjenester på nivå 2. Disse prosedyrene oppdateres kontinuerlig bl.a. ved innføring av velferdsteknologi. Prosedyrene blir gjort tilgjengelige i kommunens internkontrollsystem.

Kommuneområdet har også deltatt i læringsnettverket «Gode pasientforløp». Dette er en satsning fra folkehelseinstituttet (FHI) og KS. Resultatet fra dette arbeidet er at det er utarbeidet en rekke sjekklister som skal dekke vesentlige sider ved pasientforløpet fra sykehus, via Helsehus, til oppstart-, kartlegging- og oppfølging av hjemmetjenesten. I slutten av 2020 ble dette arbeidet utvidet til å gjelde heldøgns pleie og bofellesskap. Dette arbeidet har bidratt til mer helhet i tjenestene og at det har blitt færre prosedyrer på nivå 3.

Kultur for avvikshåndtering

Diagrammet under viser at det har blitt rapportert flere avvik i årene etter 2016. Til tross for denne økningen i innrapporterte avvik er det ifølge administrasjonen for helse og velferd fortsatt grunn til å tro at det forekommer en viss underreportering. Det er også forhold som tyder på at vurderingen av hva som er et avvik kan variere fra sted til sted i organisasjonen. Dette kan bidra til utrygghet blant de ansatte



Tabell 15 Avvik per måned 2016 - 2021 (Kilde: Sarpsborg kommune)

målet også at misbruk og svinn skal elimineres, samt at man skal få økonomiske besparelser gjennom redusert lagerbeholdning og redusert risiko for at man må kassere medisiner for eksempel på grunn av at de er gått ut på dato. Med dette systemet er alle uttak og all påfylling av legemidler registrert elektronisk og følgelig sporbart. Dette tiltaket oppfatter administrasjonen å være et viktig steg på veien mot en bedre og sikrere legemiddelhåndtering i Sarpsborg kommune.

Et annet avviksreducerende tiltak innenfor legemiddelhåndtering som revisjonen er opplyst om er å samle tidspunktet for endring av medisiner slik at det iverksettes samtidig med neste utlevering av multidose fra apotek.

Et annet tiltak som administrasjonen for helse og velferd peker på er innføringen av pasientsikkerhetstavler som ble innført som en konsekvens av Sarpsborg kommunes deltakelse i læringsnettverket «Ledelse av pasient- og brukersikkerhet» i 2016/2017. Hensikten med tavlene opplyses å være å følge med på visse kritiske parametere, nettopp for å forebygge avvik. Bedre bruk av tiltaksplaner i Gericca skal bidra til det samme.

Revisjonen har fått opplyst at det kan forekomme mangelfull registrering av tjenestekvalitetsavvik knyttet til der en pasient forringer livskvaliteten til andre gjennom utfordrende adferd. Dette er en problematikk som blir viktig framover i forbindelse med tildeling av plasser i institusjon eller bofellesskap.

Fra administrasjonen sin side pekes det på at Sarpsborg kommune implementerte et nytt kvalitetssystem i november 2021. Det nye kvalitetssystemet Netpower skal gjøre det enklere å registrere avvik. Opplæring i hvordan ansatte skal skrive avvik er tatt med i opplæringsplanene og satt i system. Avvikshåndtering er også et tema i kompetanseskjemaene. Det pekes også på at virksomhetene har etablert kvalitetsteam som jobber med avvikene lokalt og identifiserer forbedringspunkter eller opplæringsbehov.

Dokumentasjon i pasientens tiltaksplan og pasientjournal

Revisjonen er blitt opplyst om at det ble nedsatt en gruppe kalt «Dokumentasjonsgruppa» i 2012. Denne gruppa består av medlemmer fra ulike virksomheter. Gruppens arbeid er forankret i kommuneområdets kvalitetsutvalg og er gitt så høy prioritet at det er obligatorisk oppmøte i gruppa. Formålet med denne

arbeidsgruppen er bl.a. å bidra til forsvarlig og enhetlig dokumentasjonspraksis, fremme forslag om forbedringsområder, fremme forslag til revidering og utvikling av prosedyrer innenfor fagområdet «dokumentasjon» samt å arrangere faglig forum for å styrke kompetansen innenfor dette spesifikke fagområdet. Det er også opprettet en saksbehandlergruppe som bl.a. har som oppgave å bidra til enhetlig forvaltningspraksis gjennom prosedyrer, vedtaksmaler og rolleforståelser i tråd med kommunens egne mål og krav i lov og forskrift.

Det er laget ulike prosedyrer som skal sikre riktig, god og enhetlig dokumentasjon:

- Prosedyre «Gerica dokumentasjon». Denne prosedyren inneholder retningslinjer om hva som skal dokumenteres og hvilke journaltyper som skal brukes til ulike formål.
- Prosedyre «Gerica – dokumentasjon i tiltaksplan». Formålet med denne prosedyren er å sikre lett tilgjengelige opplysninger om den enkelte tjenestemottaker, sikre forsvarlig praksis, overholdelse av dokumentasjonsplikten samt pasientsikkerhet.
- De forskjellige sjekklister i pasientforløpet, jf. beskrivelsen i nivå 2 prosedyrer

Revisjonen har fått vite at det per nå er mange journaltyper som er utarbeidet til ulike formål. Det finnes for eksempel en egen journaltype som skal brukes dersom en pasient faller. Tidligere ble slike hendelser dokumentert i Risk Manager, noe som gjorde det vanskelig å ta ut rapporter knyttet til enkelthendelser. Ved å registrere en slik hendelse på den enkelte pasient, er det mulig å ta ut rapporter knyttet til akkurat denne pasienten i tillegg til at man også kan ta en samlerapport over alle hendelser. Fordelen med mange forskjellige journaltyper opplyses å være at det er lettere å gå tilbake i dokumentasjonen og skaffe oversikt. Sammen med de ulike journaltypene er det utarbeidet tekstbanker som angir hva slags dokumentasjon som skal registreres i det enkelte tilfellet. Innholdet i tekstbankene endres etter innspill fra de som bruker dem. Når man har mange forskjellige journaltyper så er det en risiko for at viktig informasjon kan arkiveres i feil journaltype.

Ved siden av at det er utarbeidet prosedyrer, så har man også utarbeidet ulike e-læringskurs som benyttes for å skolere de ansatte i bruk av nye prosedyrer. Kursene er tilgjengelig på plattformen til KS-læring³⁹. Det kan for eksempel tas e-kurs i temaer som «Tiltaksplan i Gerica» og e-læringskurs knyttet til pasientforløp. I tilknytning til det sistnevnte er det laget to kurs – ett for hjemmebaserte tjenester og Helsehuset og ett for heldøgns pleie og bofellesskap.

Det er også utarbeidet kurs om hvordan man bruker LMP⁴⁰ (Mobile Lifecare) og bruk av tiltaksplan på LMP. E-læringskurset «Gerica IPLOS, røde kællær» omhandler retting av feil/mangler i IPLOS data.

Revisjonen er også blitt opplyst om at Sarpsborg kommune satser på opplæring i bruk av Gerica. Et tiltak som vurderes som viktig for å få riktig dokumentasjon lagret i dette systemet. Deltakere her har vært saksbehandlere og andre ressurspersoner fra flere tjenester.

Høsten 2021 ble det gjennomført opplæring i temaet «Dokumentasjon i tiltaksplan» for Helsehuset, der over 100 ansatte deltok. Administrasjonen for helse og velferd presiserer at forbedringer knyttet til dokumentasjon er noe som det arbeides med kontinuerlig. Om man ser at det kan være hensiktsmessig å lage tekstbanker f.eks. knyttet til bestemte tiltak, så gjøres det. Mye av dette arbeidet gjøres i samarbeid med tjenestene. Det oppleves at det er en vilje til å gjøre ting enhetlig, noe som er en forutsetning for å løfte prosedyrer fra virksomhetsnivå til kommuneområde nivå.

³⁹ [https://www.kslaring.no/local/catalogue/index.php?facets=802&page=1&search=*](https://www.kslaring.no/local/catalogue/index.php?facets=802&page=1&search=)

⁴⁰ Program (applikasjon) på en mobil enhet som henter og skriver informasjon til Gerica. Den mobile enheten, for eksempel ett nettbrett, blir ofte omtalt som LMP.

6.3 Vurderinger

Nivå 2 prosedyrer

Revisjonen er opplyst om at kommuneområdet helse og velferd har hatt fokus på å løfte prosedyrer fra nivå 3 til nivå 2, samt å utvikle nye prosedyrer på nivå 2. Det er blant annet laget felles maler for risikovurderinger innenfor områder som legemiddelhåndtering og ernæring. Basert på disse risikovurderingene er det utarbeidet og oppdatert legemiddelprosedyrer for henholdsvis hjemmetjenester og hel-døgns tjenester på nivå 2. Disse prosedyrene oppdateres kontinuerlig bl.a. ved innføring av velferdsteknologi. Prosedyrene blir gjort tilgjengelige i kommunens internkontrollsystem. Det er også utarbeidet felles maler for egenkontroller. I tillegg til det som allerede er nevnt er det arbeidet med fellesprosedyrer knyttet til dokumentasjon i Geric. Deltakelse i læringsnettverket «Gode pasientforløp» har bidratt til mer helhet i tjenestene og at det har blitt færre prosedyrer på nivå 3. Basert på de opplysninger som er fremlagt fra administrasjonen vurderer revisjonen at bystyrets vedtak er fulgt opp på dette punktet.

Kultur for avvikshåndtering

Dokumentasjon fremlagt av administrasjonen viser at antallet rapporterte avvik er høyere nå enn tidligere. Revisjonen vurderer dette som en indikasjon på at aksepten for å rapportere har økt og at man følgelig har fått en bedre avvikskultur. Revisjonen registrerer at til tross for økningen i innrapporterte avvik er det ifølge administrasjonen for helse og velferd, fortsatt grunn til å tro at det forekommer en viss underrapportering. Det er også forhold som tyder på at vurderingen av hva som er et avvik kan variere fra sted til sted i organisasjonen. Revisjonen er opplyst om at det er igangsatt et arbeid for etablere en felles forståelse og en lik praksis på tvers i organisasjonen. Dette vurderer revisjonen som positivt. Revisjonens kontroll av avvikssystemet i kommuneområde helse og velferd i forbindelse med forvaltningsrevisjonsprosjektet «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting», har vist at kommuneområdet i all hovedsak har etablert et avvikssystem som registrer, behandler og lukker avvik og som i tillegg til dette sikrer regelmessig gjennomgang av avvik i hele organisasjonen – herunder rapportering til og behandling av kommunens øverste ledelse. Basert på de opplysninger som er fremlagt fra administrasjonen og de kontroller som revisjonen har gjort i forbindelse med problemstilling 2 vurderer revisjonen at bystyrets vedtak er fulgt opp på dette punktet.

Dokumentasjon i pasientens tiltaksplan og pasientjournal

Administrasjonen har opplyst revisjonen om at arbeidet med dokumentasjon har høy prioritet. Det er nedsatt en arbeidsgruppe, med forankring i kommuneområdets kvalitetsutvalg (det vil si på øverste administrative nivå). Mandatet til denne arbeidsgruppen skal være «..å bidra til forsvarlig og enhetlig dokumentasjonspraksis, fremme forslag om forbedringsområder, fremme forslag til revidering og utvikling av prosedyrer innenfor fagområdet «dokumentasjon» samt å arrangere faglig forum for å styrke kompetansen innenfor dette spesifikke fagområdet». Revisjonen vurderer det som positivt at kommuneområdets ledelse prioriterer arbeidet med god dokumentasjon så høyt og mener dette gir et signal til resten av organisasjonen om at dette fagområdet skal ha fokus. Revisjonen vurderer det også som hensiktsmessig at det er utviklet et sett med prosedyrer som skal bidra til riktig, god og enhetlig dokumentasjonspraksis. Revisjonen vurderer utarbeidelsen av ulike e-læringskurs som viktige tiltak for å skolere de ansatte i bruk av nye prosedyrer vedrørende dokumentasjon i Geric og bruk av tiltaksplan. Basert på de opplysninger som er fremlagt fra administrasjonen vurderer revisjonen at bystyrets vedtak er fulgt opp på dette punktet.

6.4 Konklusjon

Basert på de opplysninger som revisjonen har mottatt fra Sarpsborg kommune og de undersøkelser knyttet til avvikshåndteringen som er gjennomført i tilknytning til problemstilling 2, konkluderer revisjonen med at kommunen har iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene i forvaltningsrevisjonsprosjektet fra 2017.

7 KILDER

Interne dokumenter Sarpsborg kommune

- Kommunedelplan Helse og omsorg 2017-2028
- Organisasjonskart helse og velferd Sarpsborg kommune
- Delegasjonsreglement
- Lederavtaler
- Opplæringsplan virksomhet Omsorgstjenester Valaskjold
- Plan for Hjemmetjenesten i Sarpsborg kommune 2020
- Styringsdokument for opplæring og kompetanse 2011-2020
- Opplæringsplan hjemmetjenester Sentrum
- Årshjul virksomhet Hjemmetjenester sentrum 2020
- Retningslinje for risikovurdering
- Diverse rutiner knyttet til legemiddelhåndtering
- Risikovurdering av «Legemiddelhåndtering i hjemmetjenester sentrum»
- Risikovurdering av ernærings situasjonen for hjemmeboende
- Diverse egenkontroller
- Prosedyren «Ernæring i hjemmetjenesten»
- Prosedyre for avviksbehandling
- Prosedyre for avviksmeldere i Risk Manager
- Veiledning til registrering av avvik
- Prosedyre for lederkontroll av gjennomførte e-læringskurs
- Avviksrapport januar – desember 2021
- Plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i bystyret i Sarpsborg kommune i sak 2/20, 27.02.2020
- Brukerundersøkelse hjemmebaserte tjenester 2018
- Årsrapport Kvalitetsutvalg helse og velferd 2019
- HMS årsplan 2020 og 2021
- Informasjonshefte til vikarer og nyansatte – Valaskjold bofellesskap og sykehjem
- Kompetanseplan enhet omsorgstjenester Valaskjold
- Diverse referat fra kvalitetsteam sentrum
- Diverse referat fra kvalitetsutvalget 2020 – 2021
- Stillingsbeskrivelser sykepleier, vernepleier og helsefagarbeider
- Arbeidsbeskrivelse – vaktansvarlig sykepleier
- Virksomhetsplan 2021-24 - Virksomhet hjemmetjenester sentrum Sarpsborg kommune
- Virksomhetsplan for Virksomhet Valaskjold, Sarpsborg kommune 2020
- Årshjul 2021 - hjemmetjenester sentrum
- Årsrapport Kvalitetsutvalg helse og velferd 2019
- Årsrapport Kvalitetsutvalg helse og velferd 2020
- Årsrapport 2020 - Sarpsborg kommune
- Tilstandsrapport 1. tertial 2021- Sarpsborg kommune

Lover

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven - hol)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl)

Forskrift

- 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

Veiledere, retningslinjer og rundskriv

- 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 til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder: Legetjenester i sykehjem
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS – 1580
- St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
- KS: Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll

Nettadresser

- <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>
- https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling
- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>
- https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demens-plan_2020.pdf
- <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2019/ny-varslingsplikt-til-statens-helsetilsyn-om-dodsfall-og-svart-alvorlige-skader-etter-hendelser-i-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/>
- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>
- prosedyren «Ernæring i sykehjem og helsehus»
-

Annet

Østfold kommunerevisjon IKS (2017) *Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser*

8 VEDLEGG

8.1 Utledning av revisjonskriterier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revisjonskriterium	Hjemmel
<p>1. Informasjon og brukermedvirkning</p> <p>Revisjonskriterium <i>Det skal foreligge rutiner, prosedyrer og systemer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.</i></p>	<p>Kvalitetsforskriften: Brukere/pårørende medvirker ved utforming/endring av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning forutsetter at bruker og pårørende blir informert. Bestemmelser bl.a. i Pbrl. kap. 3, bl.a. § 3-2 7.ledd: Brukere skal ha den info som er nødv. for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.</p> <p>Sykehjemsforskriften § 4-10: I de tilfelle hvor det ikke er opprettet styre for boformen, må en talsrepresentant for beboerne på annen måte sikres mulighet for innflytelse på driften.</p> <p>Hol. § 3-10 2. ledd: Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.</p>
<p>2. Legemiddelhåndtering</p> <p>Medisinutdeling Revisjonskriterium <i>Det skal være utarbeidet skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal være gjort kjent i virksomheten.</i></p> <p><i>Det skal finnes skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</i></p> <p><i>Det skal finnes rutiner og prosedyrer som sikrer at kommunens helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</i></p>	<p>Forskrift om legemiddelhåndtering: Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, bl.a.</p> <p>a) Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal gjøres kjent i virksomheten.</p> <p>b) Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</p> <p>c) Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</p>
<p>3. Ernæring</p> <p>Revisjonskriterium <i>Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemme-sykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak</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>og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.</p> <p>Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak.</p>	<p>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>Revisjonskriterium</p> <p>Beboerne ved kommunens sykehjem skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg 	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg
<p>5. Aktivisering og stimulering</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Beboerne ved kommunens sykehjem skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - få dekket sine sosiale behov gjennom samvær, fellesskap og aktivitet 	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - Sosiale behov (mulighet for samvær, fellesskap, aktivitet) <p>Verdighetsforskriften:</p> <p>Et mest mulig normalt liv, ... med adgang til å komme ut</p> <p>Rundskriv I-5/2007: Kommunens plikt omfatter også tjenester som skal dekke den enkeltes behov for aktivitet; bidra til at bruker får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre</p>
<p>6. En verdig livsavslutning</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Beboere ved kommunens sykehjem bør ikke være alene i livets slutfase</p>	<p>Kvalitetsforskriften:</p> <p>En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser</p> <p>Verdighetsforskriften:</p> <p>Lindrende behandling og en verdig død</p>
<p>7. Tilbud tilrettelagt for demente</p> <p>Revisjonskriterium</p> <p>Personer med alvorlig demens bør få tilbud om pleie og omsorg i skjermet enhet ved kommunens sykehjem</p>	<p>Sykehjemsforskriften § 4-7:</p> <p>Skjermet enhet for senil 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):</p> <p>Det anbefales at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for aldersdemente.</p>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

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

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

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

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

Det skal innhentes tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.

Videre skal man ha oversikt over følgende:

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

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

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

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

Punktvis oppsummering av revisjonskriteriene:

Revisjonskriterium	Hjemmel
<p>Plikt til å planlegge Kommunen må sørge for at helse- og omsorgstjenestene har en klar organisering, hvor fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet er fremkommer tydelig. Hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet bør være beskrevet.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6</p>
<p>Plikt til å gjennomføre Kommunen må sørge for at de ansatte i helse- og omsorgstjenestene har tilgang til og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter.</p> <p>Kommunen må sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om virksomhetens internkontroll.</p> <p>Kommunen må sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagområdet for å opprettholde kvaliteten i tjenesten.</p> <p>Kommunen må sørge for at de ansatte får medvirkning i helse- og omsorgstjenesten slik at samlet kunnskap og erfaring blir nyttiggjort.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7</p>
<p>Plikt til å evaluere Kommunen må gjøre bruk av erfaringer fra brukere i sitt forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Kommunen må skaffe seg oversikt over områder i helse- og omsorgstjenesten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8.</p>
<p>Plikt til å korrigere Kommunen må utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv., for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenesten.</p>	<p>Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 9</p>

Kommunen skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i helse- og omsorgstjenesten.	
--	--

~~Unntatt offentlighet~~
~~OFL §5~~ØSTRE VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS
Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

Deres ref.:

Vår ref.:
22/04805-9Dato:
07.04.2022

Oversendelse av høringsutkast av forvaltningsrevisjon - Kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste for tjenesteyting

Kommunedirektøren takker for grundig revisjonsrapport. Revisjonen har vurdert tre forhold:

1. Får brukere av pleie- og omsorgstjenester faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og får brukerne dekket grunnleggende behov, jamfør kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792)?
2. Er kommunens avvikshåndtering på pleie- og omsorgsområdet i tråd med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)?
3. Har kommunen iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene i forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser» fra 2017?

Kommunedirektøren er fornøyd med at revisjonen har konkludert med at brukere av pleie- og omsorgstjenester i Sarpsborg kommune i all hovedsak får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og får dekket grunnleggende behov. Vi ser at Revisjonen har funnet grunnlag for å gi anbefalinger/forbedringspunkter innenfor bl.a. områdene ernæring, bruk av kompetanse og bedre aktivitetstilbudet til hjemmeboende med demens. Disse oppfattes som meget nyttige og som det både jobbes med og vil jobbes mer med i tiden fremover. Det er verdt å nevne årsturnus som er et pågående prosjekt som bl.a. skal bidra til bedre bruk av kompetanse, prosjektet Bærekraftig omsorgstjenester som bl.a. skal se på oppgavefordelingen mellom profesjonene i helse og omsorgstjenesten, og at det nylig var offisiell åpning av et aktivitetstilbud til yngre med demensdiagnose på Eplehagen dagsenter.

Revisjonens konklusjon knyttet til avvikshåndtering angir at kommuneområdet helse og velferd i Sarpsborg kommune, har etablert et avvikssystem som registrerer, behandler og lukker avvik samt sikrer en gjennomgang av avvikene. Revisjonens anbefaling går på å forsikre oss om at avvik håndteres etter de interne retningslinjene som er gitt. Det er en god avvikskultur i kommuneområde helse og velferd og det er planlagt en workshop i mai med virksomhetslederne hvor både forståelse av ulike typer avvik og behandling av avvik er tema. Det må legges til at det fra midten av november 2021 ble innført nytt kvalitetssystem, og det gjenstår litt arbeid for å sikre at bruken av systemet blir lik bl.a. innenfor kommuneområde helse og velferd. Videre anbefaler Revisjonen å ha en oversikt over alle innmeldte hendelser til Statens helsetilsyn. Denne oversikten påbegynnes umiddelbart.

Når det gjelder det siste forholdet som er en oppfølging fra forvaltningsrevisjon Kvalitet i heldøgns omsorgsplasser» fra 2017, konkluderer revisjonen med at kommunen har iverksatt tiltak for å følge opp anbefalingene som ble gitt.

Kommunedirektøren er fornøyd med bemerkningen revisjonen har gjort vedrørende koronasituasjonen og at den kan ha hatt betydning for utfallet av revisjonen. Dette har vært en krevende tid for mange og spesielt for helse og velferdsområdet. Revisjonen har vært utsatt to ganger pga arbeid knyttet til koronasituasjonen og ekstra press på både virksomhetsledere og helsepersonell.

Med hilsen

Turid Stubø Johnsen
Kommunedirektør

Dette brevet er signert elektronisk

Vedlegg:

Ida Marie Odsæter/Virksomhet stabstjenester, Turid Stubø Johnsen/Kommunedirektør

Saksbehandler: Ellinor Andreassen, Kommuneområde helse og velferd