Vestfold og Telemark revisjon

Sykehjem i Tønsberg kommune

Forvaltningsrevisjon | Tønsberg kommune

24: 3803 407

Innhold

Sammendrag **3**

1. Innledning **5**

1.1. Kontrollutvalgets bestilling 5

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier 5

1.3. Avgrensning 6

1.4. Metode og kvalitetssikring 6

1.5. Kommunens uttalelse 6

2. Bakgrunnsinformasjon om tjenesteområdet **7**

2.1. Organisering og overordnede mål Mestring og helse 7

2.2. KOSTRA-Nøkkeltall 7

2.3. Rapportering på kvalitetsindikatorer 9

2.4. Sykehjemmene og helsehusene i Tønsberg kommune 9

3. Grunnleggende behov **17**

3.1. Rutiner for ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov – data 17

3.2. Revisors vurdering – rutiner for ivaretakelse av beboeres grunnleggende behov 25

3.3. Data - tiltak og praksis for at rutiner blir fulgt 26

3.4. Revisors vurdering – tiltak og praksis 52

4. System for avvikshåndtering **58**

4.1. System og rutiner for avvikshåndtering - data 58

4.2. Revisors vurdering – oppfølging av meldte avvik 68

5. Kontraktsoppfølging av private sykehjem **69**

6. Konklusjoner og anbefalinger **78**

6.1. Konklusjoner 78

6.2. Anbefalinger 80

Litteratur og kildereferanser **81**

Vedlegg **82**

Vedlegg 1: Kommunens uttalelse 82

Vedlegg 2: Revisjonskriterier 83

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring 90

Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt om Tønsberg kommune har rutiner, tiltak og praksis for å sikre kvalitet i sykehjem. Vi har undersøkt dette ved hjelp av tre delproblemstillinger.

Konklusjon

Vår overordnede konklusjon er at Tønsberg kommune i stor grad har rutiner, tiltak og praksis for å sikre kvalitet i sykehjem.

Delproblemstilling 1:

- **I hvilken grad sikrer kommunen at beboernes grunnleggende behov blir ivaretatt ved sykehjem i kommunen?**

Vi mener Tønsberg kommune i stor grad har rutiner, tiltak og praksis som er egnet til å sikre ivaretakelse av grunnleggende behov/ kvalitet i sykehjemmene.

Vi har sett at det er svakheter knyttet til tilgang på frisk luft og oppfølging av fysisk funksjonsnivå/ fysioterapi. Vi ser også at Tønsbergs prosedyrer ved livets slutt verken utdyper ivaretakelse av pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov, eller at det skal legges til rette for at pasienten ikke skal være alene, på samme måte som hos Maribu sykehjem.

Høyt sykefravær (sykefraværet var 11 % eller mer på de kommunale sykehjemmene i 2023), påvirker også den daglige bemanningssituasjonen og er en belastning på de ansatte.

Vi vurderer at strammere økonomiske rammer og mangel på kvalifisert personell fremover, kan bli en utfordring, som også kan påvirke kvaliteten på tjenestene.

Delproblemstilling 2:

- **I hvilken grad har kommunen system og praksis for avvikshåndtering ved sykehjem?**

Både Tønsberg kommune og Maribu sykehjem har system for avvikshåndtering, hvor alle ansatte i sykehjem/ helsehus kan melde avvik.

Spørreundersøkelse til ansatte ved de tre sykehjemmene/ helsehus, viser høy gjennomsnittscore når det gjelder opplæring, kunnskap og kultur for å melde avvik. Vi ser imidlertid at 50 % av de

ansatte, som har svart på spørreundersøkelsen, likevel av ulike årsaker har latt være å registrere observerte avvik.

Vi mener også at sykehjemmene/ helsehusene i hovedsak jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentagende avvik, og for å sikre læring og forbedring. Basert på spørreundersøkelsen til ansatte og tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og verneombud gitt i intervju ved de tre sykehjemmene, vurderer vi imidlertid at oppfølging av meldte avvik for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring, kunne vært enda bedre.

Delproblemstilling 3:

- **I hvilken grad sikrer kommunen at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov?**

Tønsberg kommune har tiltak som sikrer at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov. Kommunen har en avtale med Lovisenberg omsorg, som stiller krav om ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov. Kommunen har systematiske tiltak for å følge opp kontrakten med private sykehjem, og tiltakene er gjennomført i praksis.

Anbefalinger

Kommunen bør

- vurdere om det er behov for å treffe tiltak som kan bidra til en mer enhetlig forståelse av hva verdighet innebærer
- sikre at det foreligger rutiner for ivaretakelse av beboers grunnleggende behov på alle områder i verdighetsgarantien
- sikre enhetlig praksis for å dokumentere hvordan beboers grunnleggende behov blir ivaretatt
- vurdere om det er behov for å styrke egen praksis og avvikskultur for å sikre at avvik meldes og følges opp, for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring
- sikre at god praksis for kontraktsoppfølging videreføres

Horten, 08.05.2024

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Tønsberg kommune i sak 4/23 og 23/23. I sak 23/23, fattet kontrollutvalget følgende vedtak:

> *Kontrollutvalgsleder gis fullmakt til å i samarbeid med revisjonen utarbeide en revidert prosjektplan basert på innspillene fra kontrollutvalgsmøtet 07.09.2023. Den reviderte planen forelegges det nye kontrollutvalget til orientering.*

Kontrollutvalgsleder godkjente prosjektplanen i e-post til revisjonen 19.09.23.
Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende hovedproblemstilling:

> **Har Tønsberg kommune rutiner, tiltak og praksis for å sikre kvalitet i sykehjem?**

Vi har undersøkt dette ved hjelp av tre delproblemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer kommunen at beboernes grunnleggende behov blir ivaretatt ved sykehjem i kommunen?
   - Vi undersøker rutiner, tiltak og praksis for å ivareta verdighetsgarantien ved enkelte sykehjem i kommunen.
2. I hvilken grad har kommunen system og praksis for avvikshåndtering ved sykehjem?
3. I hvilken grad sikrer kommunen at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov?

Vi har justert problemstillingene i forhold til vedtatt prosjektplan, for å gi en bedre struktur i rapporten. Det er ikke gjort innholdsmessige endringer. Kontrollutvalgets sekretariat og kontrollutvalgets leder er informert om endringene.

Revisjonskriteriene[1] i denne forvaltningsrevisjonen er hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter, kommuneloven og flere veiledere utgitt av departement, direktorat og

[1] Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

Kommunenes sentralforbund. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

1.3. Avgrensning

Vi har undersøkt perioden 2022 – 2023. Vi har valgt ut to kommunale sykehjem/ helsehus og et privat drevet sykehjem som har avtale med kommunen, for nærmere undersøkelser, dvs. Hogsnes helsehus, Nes sykehjem, og det privat drevne sykehjemmet Maribu.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisorene Hanne Britt Nordby Sveberg og Sofie R. Berge, med Kirsti Torbjørnson som oppdragsansvarlig.

Vi har innhentet og gjennomgått dokumentasjon fra kommunens og Maribu sykehjems internkontrollsystem, intervjuet ansatte i kommunen, og gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte ved tre sykehjem i kommunen. Vi har også brukt resultater fra undersøkelser til pårørende til beboere ved de tre i sykehjemmene i 2023. Videre har vi hatt en begrenset kontroll i pasientjournal, og innhentet informasjon fra både kommunens og Maribu sykehjems avvikssystemet.

Vi har hatt intervju med virksomhetsleder, tjenesteleder og fagutviklingssykepleier, omtalt som «ledelsen» videre i rapporten, ved Hogsnes helsehus, Nes sykehjem og Maribu sykehjem. Vi har også intervjuet tillitsvalgte og verneombud ved disse virksomhetene. Videre har vi intervjuet, og hatt tett kontakt på e-post og telefon, med vår kontaktperson i kommunen, som er virksomhetsleder ved Re og Hogsnes helsehus.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 3 til rapporten.

1.5. Kommunens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse 24.04.24, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Kommunens uttalelse ligger i vedlegg 1.

2. Bakgrunnsinformasjon om tjenesteområdet

2.1. Organisering og overordnede mål Mestring og helse

Kommunalområdet Mestring og helse har ansvaret for det helhetlige tjenestetilbudet til kommunens voksne innbyggere, og til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Sektoren skal sikre gode helse- og velferdstjenester som gir grunnlag for livsmestring uansett alder.

Ifølge kommunens handlingsprogram 2024 – 2027 skal kommunen ha et tjenestetilbud som gir helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet til alle innbyggere som har behov for det. Det skal tilbys tjenester som gir egenmestring og forebyggende aktiviteter på et lavere nivå, slik at man utsetter behovet for de tyngre omsorgstjenestene.

Mestring og helse har følgende overordnede mål:

1. *Innbyggerne mestrer og tar ansvar for eget liv, bor i eget hjem og opplever trygge tjenester.*
2. *Frivillige bidrar til et inkluderende lokalsamfunn der innbyggerne lever aktive og meningsfulle liv.*
3. *Ansatte har oppdatert fag- og forbedringskunnskap, er proaktive, sikrer kontinuerlig forbedring av tjenestene og tar ansvar for eget arbeidsmiljø.*
4. *Ledere er tydelige, kompetente og proaktive. De forstår områdets utfordringer, leverer resultat og legger til rette for faglig utvikling og gode arbeidsmiljø.*

De fire kommunale sykehjemmene i kommunen, er en del av kommunalområdet Mestring og helse. Kommunalområdet er ellers organisert med kommunalsjef og stab, tildelingskontor, og virksomheter innen de ulike tjenestene.

2.2. KOSTRA-Nøkkeltall

Kostra – 2023 – ureviderte tall	Tønsberg	Landet uten Oslo	Gj. snitt KOSTRA-gruppe 11[2]
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger	kr 37 755	kr 37 784	kr 36 493
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk) – bemanning/pleiefaktor	0,71	0,59	0,62
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helsefagutdanning (prosent)[3]	75,8	77,4	77,5

[2] Tønsberg kommune er i KOSTRA-gruppe 11: Kommuner med 45.000 – 74.999 innbyggere.

[3] Kilde: Tønsberg kommunes Årsrapport 2023

Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold (prosent)	10,0	9,9	8,9
Institusjon - andel innbyggere 80 år og eldre med langtidsopphold i sykehjem (prosent)	8,3	8,0	7,3
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent)	100,0	94,8	91,0
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	0,68	0,68	0,83
Andel langtidsbeboere 31.12. vurdert av lege siste år (prosent)	81,8	68,8	71,2
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem (antall)	0,08	0,42	0,47
Utgifter per beboerdøgn i institusjon[4]	Kr 5 046	Kr 5 274	Kr 5 476

*Tabell 1 - Tall fra KOSTRA for 2023 - ureviderte tall, hentet 08.04.24. * Landet uten Oslo.*

KOSTRA tall for 2023, viser at Tønsberg kommune brukte kr 37 755 per innbygger på helse- og omsorgstjenester i 2023, dette er relativt likt som landsgjennomsnittet, og noe høyere enn snittet i KOSTRA-gruppe 11.

Bemanningsfaktor[5] innenfor omsorgstjenester[6] er på 0,71 i kommunen. Dette er høyere enn både snittet for KOSTRA-gruppe 11 og landsgjennomsnittet. Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning, ligger noe lavere enn snittet for landet og KOSTRA-gruppe 11. Det er 10 % av innbyggerne på 80 år og eldre som har institusjonsopphold. Dette er på tilnærmet samme nivå som landsgjennomsnittet, og 1,1 % høyere enn KOSTRA-gruppe 11. Videre hadde 8,3 % av innbyggerne på 80 år eller eldre i Tønsberg langtidsopphold på sykehjem. Denne andelen er på tilnærmet samme nivå som KOSTRA-gruppen og 1 % høyere enn landsgjennomsnittet. 100 % av rommene kommunen disponerer er enerom med eget bad/wc. Dette er en høyere andel enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen og landet ellers.

Legetime per uke per beboer i sykehjem i Tønsberg, er på samme nivå som landsgjennomsnittet, og noe lavere enn snittet i KOSTRA-gruppe 11. Ifølge KOSTRA-tallene ble 81,8 % av langtidsbeboerne vurdert av lege i 2023. Dette er noe høyere enn snittet for KOSTRA-gruppen og landet uten Oslo.[7]

[4] Kilde: Kostra 2023, utvalgte nøkkeltall
[5] Årsverk per bruker av omsorgstjenester. Bemanningsfaktor er forholdet mellom antall årsverk og antall beboere på institusjon
[6] Gjelder for hele helseområdet, inklusiv administrasjon/ ledelse innen helse.
[7] Tall fra KOSTRA for 2023 – ureviderte tall, hentet 08.04.24.

Tabellen viser også at beboer i sykehjem i Tønsberg har færre fysioterapitimer pr. uke, enn landsgjennomsnittet og KOSTRA-gruppe 11. Det er kun Hogsnes helsehus som har fysio- og ergoterapeuter ansatt. Øvrige terapeuter er organisert i annen virksomhet i Mestring og helse, men jobber i institusjonene etter henvisning. Fysioterapeutene oppretter tiltak (f.eks. treningsprogram) i pasientens journal, slik at annet helsepersonell kan gjennomføre øvelsene med pasienten, eller bistå fysioterapeuten i mer krevende tiltak.

Når det gjelder utgifter per oppholdsdøgn i institusjon i kroner, viser tabellen at Tønsberg kommune bruker litt mindre enn snittet for landet og KOSTRA-gruppe 11.

2.3. Rapportering på kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindeksen gir viktige indikatorer for å måle en kommunes kvalitet på det kommunale helse- og omsorgstilbudet.[8] Kommunen rapporterer på kvalitetsindikatorer, og disse rapporteres videre til politisk nivå. Mer om rapportering av kvalitetsindikatorer, står under pkt. 3.3.1 i rapporten.

2.4. Sykehjemmene og helsehusene i Tønsberg kommune

Tønsberg har fire kommunale sykehjem/helsehus og to privat drevne sykehjem som leverer sykehjemstjenester til kommunen. Kontoret for tildeling av helse- og omsorgstjenester behandler søknader om sykehjemsplass til alle sykehjemmene. Pr 31.12.2023 var det 420 sykehjemsbeboere i kommunen, 351 av disse er beboere på langtidsopphold[9].

De kommunale sykehjemmene/ helsehusene er

- Eik sykehjem
- Nes sykehjem
- Re helsehus
- Hogsnes helsehus

De privat drevne sykehjemmene er

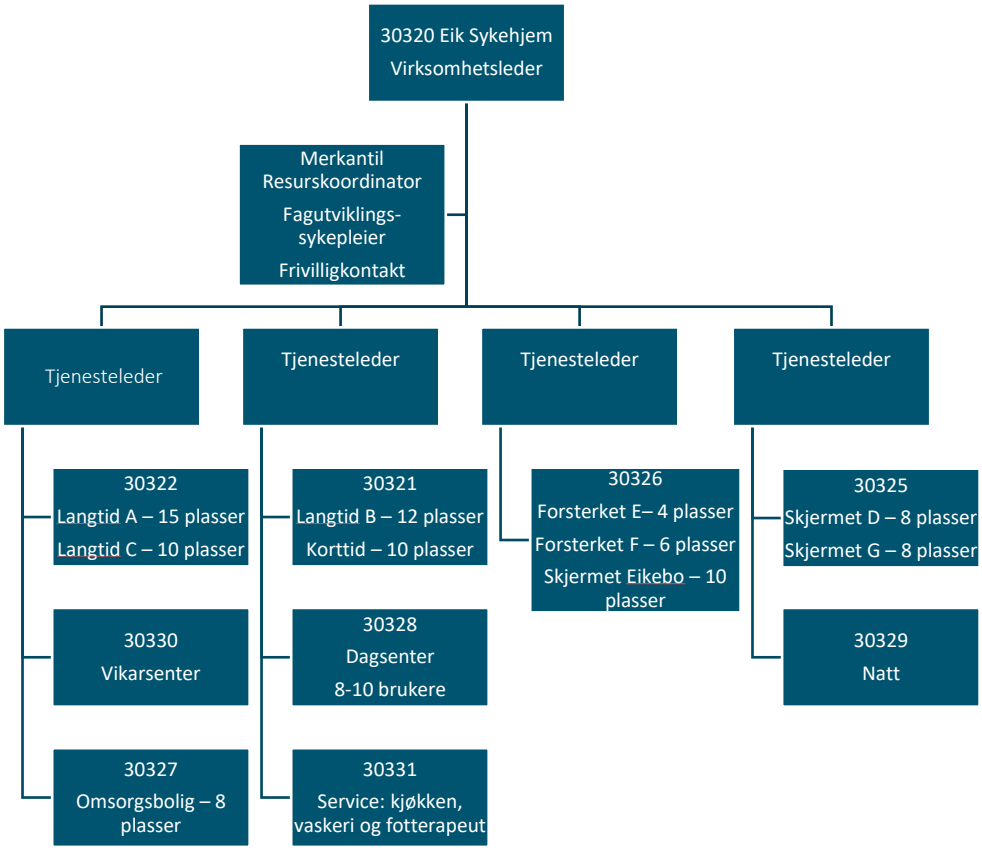
- Maribu sykehjem
- Marie Treschow sykehjem

Mot slutten av 2023 ble det gjort endringer i ledelsesnivået på sykehjem/ helsehus i kommunen. Fire virksomhetsledere er nå redusert til to, mens antallet tjenesteledere vil bli økt med tre. Dagens organisering av sykehjemmene/ helsehusene, er vist på de neste sidene.

[8] Ifølge Helsedirektoratet.
[9] KOSTRA: Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall 2023

2.4.1. Eik sykehjem

Figuren nedenfor viser organisasjonskartet for Eik sykehjem:



Figur 1 – Organisasjonskart – Eik sykehjem

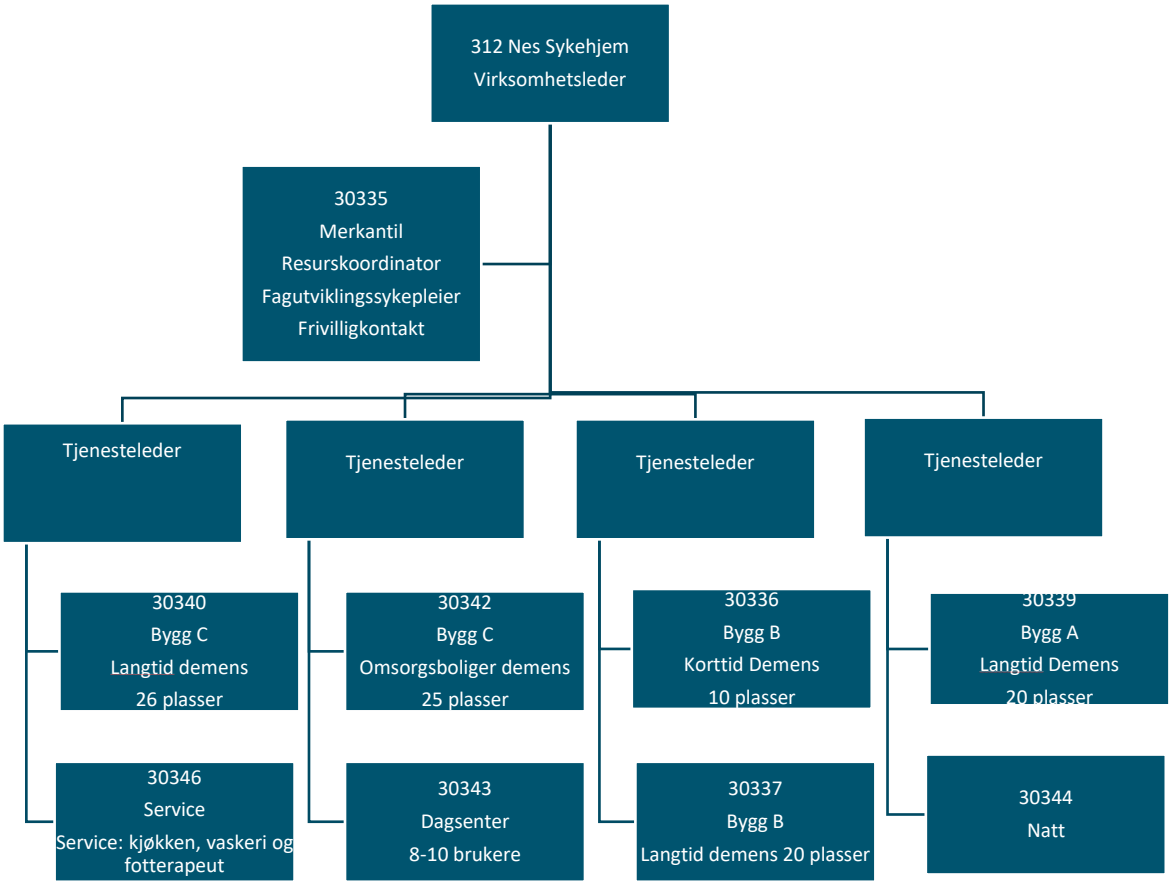
Tabellen nedenfor viser nærmere informasjon om Eik sykehjem, med avdelinger, antall plasser og bemanning ved Eik sykehjem:

Avdeling	Antall plasser	Årsverk bem.plan/ Antall faste ansatte
Langtid demens avd. B og Korttidsavdelingen	22	17,58/ 20
Langtid demens avd. A og C	25	17,67/ 28
Skjermet avdeling D og G	16	17,98/ 24
Forsterket avd. E og F, skjermet avd EB	20	29,78/ 33
Omsorgsbolig	8	6,07/ 9
Dagsenter	10	2,32/ 3
Natt	91	18,51/ 25
Service		4,07/ 6
Administrasjon		9/ 9
TOTAL		**122,98/ 157**

Tabell 2 – Nøkkeltall fra 2023 om avdelinger, antall plasser og bemanning – Eik sykehjem.

2.4.2. Nes sykehjem

Figuren på neste side viser organisasjonskartet for Nes sykehjem:



Figur 2 – Organisasjonskart – Nes sykehjem

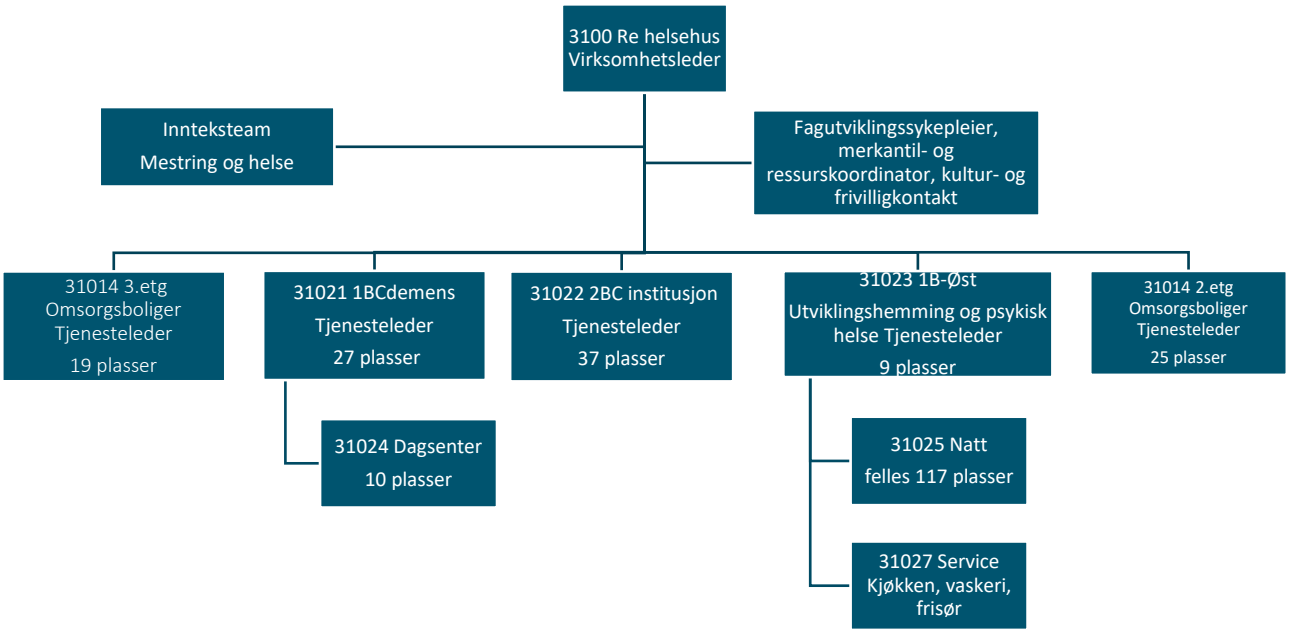
Tabellen på neste side viser nærmere informasjon om Nes sykehjem, med avdelinger, antall plasser og bemanning:

Avdeling	Ant plasser	Årsverk bem.plan/ Antall faste ansatte
Administrasjon		9/ 9
Korttid demens, bygg B, avdeling Snippen	10	7,5/ 10
Langtid Demens – bygg B	20	14,3/ 13
Langtid Demens – bygg A	20	14,3/ 23
Langtid Demens – bygg C	26	21,1/ 27
Omsorgsboliger for personer med demens	25	17,1/ 26
Dagsenter for personer med demens	10	2/ 2
Nattevaktene	101	15,3/ 27
Serviceavdeling		10
TOTAL		**100,6/ 147**

Tabell 3 – Nøkkeltall fra 2023 om avdelinger, antall plasser og bemanning – Nes sykehjem.

2.4.3. Re helsehus

Figuren nedenfor viser organisasjonskartet for Re helsehus:



Figur 3 – Organisasjonskart – Re helsehus

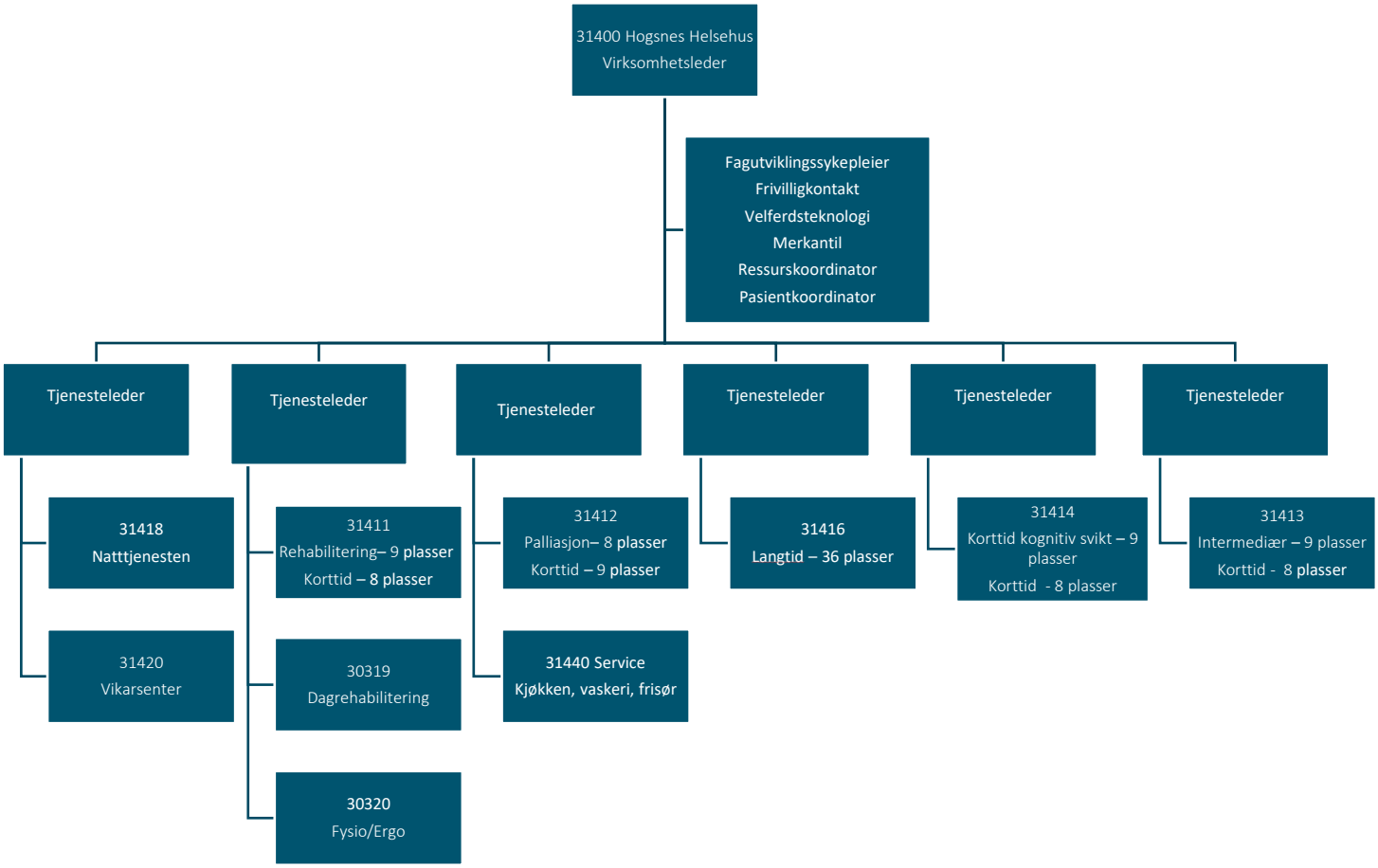
Tabellen nedenfor viser nærmere informasjon om Re helsehus, med avdelinger, antall plasser, brukergrupper og bemanning:

Avdeling	Ant plasser	Årsverk bem.plan/ Antall faste ansatte
Omsorgsboliger	44	27,98/ 44
1BC	27	27,13/ 39
2BC	37	29,78/ 55
1B-Øst	9	7,28/ 10
Dagavdeling	10	1,8/ 2
Natt	117	16,05/ 25
Service		6,2/ 10
Adm		11,1/ 12
TOTAL		**127,32/197**

Tabell 4 – Nøkkeltall fra 2023 om avdelinger, antall plasser og bemanning – Re helsehus.

2.4.4. Hogsnes helsehus

Hogsnes helsehus ble ferdigstilt i 2022, og åpnet formelt i januar 2023. Institusjonsdriften ved tidligere Træleborg sykehjem er lagt ned og flyttet til nye Hogsnes helsehus. Hogsnes helsehus har følgende organisasjonskart:



Figur 4 – Organisasjonskart – Hogsnes helsehus

**Alle kommunalt ansatte leger i Tønsberg kommune er organisert under kommuneoverlegen. Organisasjonskartet på dette området er kun ment for å illustrere at virksomhetsleder på Hogsnes Helsehus har et koordineringsansvar.*

Tabellen nedenfor viser nærmere informasjon om Hogsnes helsehus, med avdelinger, antall plasser og bemanning:

Avdeling	Ant plasser	Årsverk bem.plan/ Antall faste ansatte
Rehab og korttid	17	16,27/18
Palliasjon og korttid	17	17,32/22
Intermediær og korttid	17	17,16/16
Korttid kognitiv svikt	17	16,6/13

Langtid	36	28,6/37
Natt		13,5/21
Dagrehabilitering	7	2/2
Terapeuter		3/3
Service		5,35/9
Adm		9,8/11
TOTAL	**104 døgn/ 7 dag**	**129,6/152**

Tabell 5 – Nøkkeltall fra 2023 om avdelinger, antall plasser og bemanning – Hogsnes helsehus.

Velferdsteknologi

Hogsnes helsehus er et moderne sykehjem med utstrakt bruk av velferdsteknologi:

***På hvert pasientrom er det installert RoomMate[10] - Én sensor med mange funksjoner**:*

- *Reist seg opp i seng - varsler før brukeren forlater sengen*
- *Forlatt seng – oppdager om brukeren har forlatt sengen og hvor lenge*
- *Dør – oppdager inn og utgang av rom, alarmerer direkte*
- *Bad – varsler om beboer har vært unormalt lenge på toalettet*
- *Stol- oppdager om en bruker forlater en stol eller sofa*
- *Fall – oppdager opp til 99% av alle fallulykker*
- *Aktivitet i rommet – oppdager om brukeren går rundt i rommet*
- *Manglende bevegelse i seng – oppdager om brukeren ligger for stille*
- *Lyd - oppdager om brukeren feks roper på hjelp*
- *Digitalt tilsyn - anonymisert med 3D-sensor*
- Ulike typer tilsyn - farget, anonymisert tale og gråskala

Bruken av RoomMate støtter seg på samtykke fra pasienten. Ledelsen ved sykehjemmet opplever at de aller fleste ønsker økt trygghet ved hjelp av RoomMate.

Tillitsvalgt og verneombud har gitt tilbakemelding på at velferdsteknologien stort sett fungerer godt.

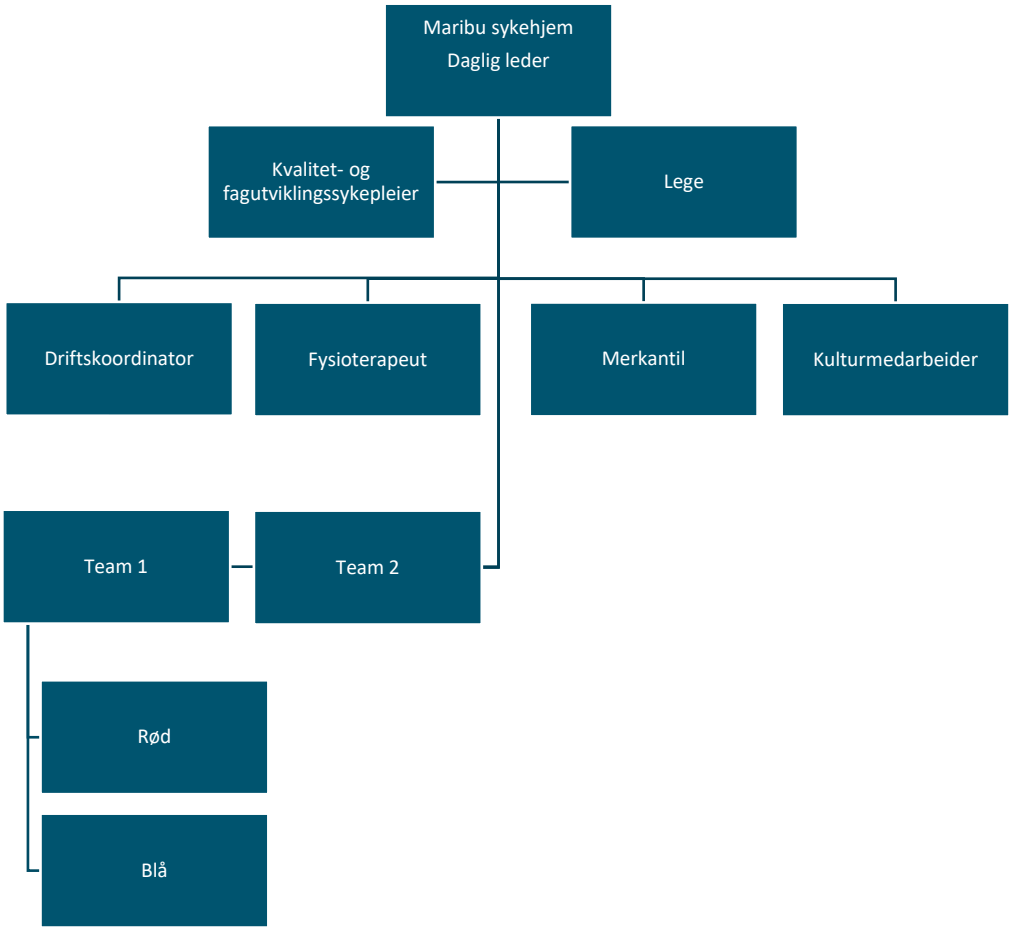
Hogsnes helsehus – en integrert del av nærsamfunnet

Hogsnes helsehus skal være en møteplass og en integrert del av nærsamfunnet på Vear. Bygget har en bydelskafè, som er åpen 6 dager i uken for inneliggende pasienter, besøkende og øvrig befolkning. Kafèen drives i samarbeid med NAV, med varig tilrettelagte arbeidsplasser og tilbud til ungdom som trenger arbeidspraksis. I samarbeid med kafèen tilbys ulike arrangementer som alle er gratis og åpne for alle.

[10] RoomMate er en unik løsning som tilbyr anonymisert, digitalt tilsyn kombinert med avansert pasientvarsling og aktivitetskartlegging.

2.4.5. Maribu og Marie Treschow

Maribu og Marie Treschow er to private sykehjem som begge drives av Lovisenberg Omsorg AS. Figuren nedenfor viser organisasjonskartet for Maribu sykehjem:



Figur 5 – Organisasjonskart - Lovisenberg Omsorg – Maribu sykehjem

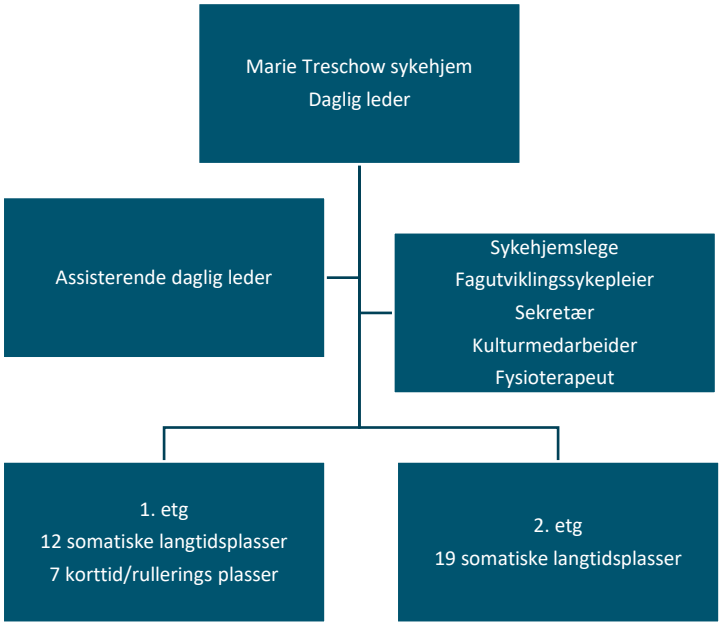
Tabellen nedenfor viser mer nærmere informasjon om Maribu sykehjem, med avdelinger, antall plasser og bemanning:

Avdeling	Ant plasser	Årsverk bem.plan/ Antall faste ansatte
Administrasjon		4,3/ 7
MBU 101	27	19,89/ 27
MBU NATT	46	3,75/ 5
MBU 102	19	13,3/ 15
TOTAL	**46**	**41,24/ 49**

Tabell 6 – Nøkkeltall fra 2023 om avdelinger, antall plasser og bemanning – Maribu sykehjem

Ifølge avtalen mellom kommunen og Lovisenberg omsorg, skal Maribu sykehjem og Marie Treschow sykehjem kunne ta imot alle de kategorier av pasienter og brukere som til enhver tid har krav på langtidsopphold i sykehjem i Tønsberg kommune, med unntak av vurdering, rehabilitering, lindrende behandling og skjerming.

Figur 6 viser organisasjonskartet for Marie Treschow:



Figur 6 – Organisasjonskart - Lovisenberg Omsorg – Marie Treschow sykehjem

Tabellen på neste side viser nærmere informasjon om Marie Treschow sykehjem, med avdelinger, antall plasser og bemanning:

Avdeling	Ant plasser	Årsverk bem.plan/ Antall faste ansatte
Administrasjon		4/ 6
MAT 101	19	12,69/ 22
MAT NATT	38	3,75/ 0
MAT102	19	12,19/ 15
TOTAL	**38**	**32,62/ 43**

Tabell 7 – Nøkkeltall fra 2023 om avdelinger, beboere og bemanning – Marie Treschow

3. Grunnleggende behov

Delproblemstilling 1: I hvilken grad sikrer kommunen at beboernes grunnleggende behov blir ivaretatt ved sykehjem i kommunen?

Revisjonskriterier

- **Kommunen/sykehjemmet skal ha skriftlige rutiner for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov**

  Med grunnleggende behov mener vi

  - *Opplevelse av trygghet og respektfull behandling*
  - *Enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer*
  - *Personlig behov – personlig hygiene, følge en normal livs- og døgnrytme, adgang til å komme ut, oppfølging av fysisk funksjonsnivå*
  - *Sosiale behov - aktiviteter og stimulering*
  - *Fysiologiske behov - måltider og ernæring*
  - *Oppfølging av lege og annet relevant personell*
  - *En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*

- **Kommunen/sykehjemmet skal sørge for at rutiner og prosedyrer blir fulgt**

3.1. Rutiner for ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov – data

3.1.1. Kvalitetssystem – Tønsberg kommune

Tønsberg kommunes kvalitetssystem, Compilo, ligger tilgjengelig for de ansatte på kommunens intranett. Compilo består av flere moduler, blant annet et dokumentbibliotek. Dokumentbiblioteket i Compilo inneholder rutiner og prosedyrer, både overordnede prosedyrer for kommunalområdet Mestring og helse, prosedyrer for institusjoner/ alle sykehjemmene, og lokale prosedyrer for det enkelt sykehjem/ helsehus. Flere av disse rutinene og prosedyrene gjelder ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov i institusjon med langtidsplass.

Tønsberg kommune har anskaffet verktøyet VAR Healthcare. Verktøyet fungerer som en prosedyre- og kunnskapsbank, som ansatte har mulighet til å slå opp i. I dokumentbiblioteket i Compilo, under VAR, ligger mapper med prosedyrer for ulike tema (f.eks. Aktivitet/ hvile, Ernæring, Hygiene, Legemiddelhåndtering m/ flere). VAR er i tillegg en applikasjon tilgjengelig i journal-systemet, for å hente inn oppdaterte og relevante prosedyrer direkte inn i pasientens tiltaksplan.

3.1.2. Rutiner og prosedyrer – Tønsberg kommune

Kommunens kontaktperson i dette prosjektet har vist oss relevante prosedyrer i Compilo. Vi har også hatt egen tilgang til Compilo, og undersøkt de aktuelle prosedyrene/ rutinene. Vår

kontaktperson, som nå er leder for Re sykehjem og Hogsnes helsehus, fortalte at de ikke har drøftet internt hva verdighetsgarantien betyr for dem/ hva vil det si for dem? Hun skal nå begynne på denne prosessen sammen med leder for Eik og Nes sykehjem. De vil drøfte hva de legger i verdighetsgarantien, og ut fra dette, vurdere eventuelt hvilke nye prosedyrer de trenger.

Tabellen på neste side viser kommunens relevante prosedyrer.

Område/ krav til kvalitet:	Prosedyrenavn:	Beskrivelse av prosedyren:
Opplevelse av trygghet og respektfull behandling	Rollebeskrivelse for pasientansvarlig sykepleier institusjoner	Beskriver pasientansvarlig sykepleiers hovedoppgaver, som blant annet er å være kontaktperson for pasient, pårørende, og tjenesteytere, samt å avklare pasients og pårørendes forventninger til tjenesten.
	Rollebeskrivelse for primærkontakt – institusjoner	Beskriver hovedansvaret til primærkontakt, som er å følge opp sine primærpasienter i samsvar med egen kompetanse, pasientens tiltaksplan og på instruks og delegasjon fra pasientansvarlig sykepleier. Primærkontakt skal ivareta brukermedvirkning i utforming og gjennomføring av tjenestene, og skal vurdere pasientens grunnleggende behov, samt klær, personlig utstyr, vedlikehold/renhold hjelpemidler, og dokumentere dette.
	Innkomst institusjon langtid, sjekkliste og Hjelpeark til innkomstsamtale langtid	Sjekklisten inneholder bl.a. punkter for hva som skal gjøres før innkomst, på innkomstdagen, dag 1-3, uke 1-2, og videre legens oppgaver ved ny pasient. Hjelpearket inneholder relevante spørsmål til pasienten i innkomstsamtalen, for å kartlegge pasientens fysiske og mentale status. Opplysninger fra samtalen skal dokumenteres som Innkomst/overføring og i pasientens tiltaksplan (i pasientens journal i Cosdoc). Hva som er viktig for pasienten, skal være sentralt å få fram både i samtalen og legges inn i Cosdoc (pasientens journal).
	Min livshistorie. Hvem er jeg? Skjema for Samtaleguide når hukommelsen svikter	Hensikt: Sikre at den enkelte beboer opplever medbestemmelse, og har mulighet til å påvirke sitt eget liv. Videre at personalet kan få nok informasjon for å hjelpe personen til å opprettholde identitet og selvbilde og at gode opplevelser fra livshistorien bevares. Opplysningene kan være en hjelp for å tilpasse aktivitet og samtale, å gi opplevelse av mestring og glede, samt å forebygge angst og uro.
Enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer	Bruk av flersengsrom i institusjon	Formålet med prosedyren er å sikre unødvendig bruk av flersengsrom i institusjon. Flersengsrom skal kun benyttes der dette er nødvendig og ikke annen plass er tilgjengelig. Prosedyren gjelder for korttidsopphold i institusjon.
Personlige behov, hygiene, døgnrytme, fysisk funksjonsnivå	Innkomst institusjon langtid, sjekkliste og Hjelpeark til innkomstsamtale langtid	Nærmere omtalt over
	Min livshistorie. Hvem er jeg? Skjema for Samtaleguide når hukommelsen svikter	Nærmere omtalt over
	VAR Aktivitet/ Hvile	Prosedyren ligger i en ekstern prosedyre- og kunnskapsbank
	VAR Personlig hygiene	Prosedyren ligger i en ekstern prosedyre- og kunnskapsbank
	Fall, risikovurdering – skjema - vurderingsverktøy for fallrisiko	Hensikten med prosedyren er å forebygge fall ved å risikovurdere inneliggende pasienter og sette i gang fallforebyggende tiltak der det er behov. Risiko skal vurderes for alle pasienter med Stratify skjema, innen

Område/ krav til kvalitet:	Prosedyrenavn:	Beskrivelse av prosedyren:
		ett døgn etter innleggelse på institusjon. Videre skal risiko vurderes minimum en gang per år, og i tillegg ved endring i allmenntilstanden.
	Fall, tiltak forebygging	Dokumentet viser eksempler på risikofaktorer og hvordan de oppdages, og eksempler på tiltak som minsker pasientens risiko for fall.
Sosiale behov, aktiviteter og stimulering	Innkomst institusjon langtid, sjekkliste og Hjelpeark til innkomstsamtale langtid	Nærmere omtalt over – kartlegging av ønsker
	Aktivitetsdosetten i praksis	Formålet med Aktivitetsdosetten er å sørge for at beboerne på langtidsplasser får en individuell tilpasset aktivitetsplan, ut fra sine personlige behov og interesser. Dette kommer i tillegg til felles aktiviteter på sykehjemmene, men disse kan også inngå i planen.
	Min livshistorie. Hvem er jeg? Skjema for Samtaleguide når hukommelsen svikter	Nærmere omtalt over, tilhørende verktøy: Min aktivitetsplan, Mitt album, Mitt nettverkskart
Fysiologiske behov, måltider og ernæring	Ernæring, overordnet prosedyre	Formålet med prosedyren er å sikre at tjenestemottakers ernæringsstatus blir kartlagt og fulgt opp jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Alle tjenestemottakere skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester. Risikovurdering for underernæring gjøres ved hjelp av kartleggingsverktøyet MST - Malnutrition Screening Tool.
	Prosedyre for underernæring med flytskjema	Formålet med prosedyren er å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring for pasienter/tjenestemottakere som er underernærte eller står i fare for å bli det. Prosedyren viser at det skal lages konkrete mål/ plan for ernæringsbehandlingen. Ernæringsplanen skal evalueres og justeres regelmessig i tråd med planens mål og dato for evaluering. Pasienten og evt. pårørende bør involveres underveis, hvis mulig.
Oppfølging av lege og annen relevant personell	Innkomst institusjon langtid, sjekkliste	Sjekklisten beskriver legens oppgaver ved innkomst av ny pasient: - Innkomstsamtale - Ordinere evt. innkomstprøver - Signere legemiddelliste - Gjøre behandlingsavklaring
	Behandlingsavklaring institusjon	Behandlingsavklaring er beslutningsprosesser rundt behandlingsnivå og begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke pasienter med dårlig prognose. Formålet med prosedyren er å kvalitetssikre behandlingsavklaringen medisinskfaglig, sykepleiefaglig, juridisk og etisk gjennom en god prosess for alle involverte parter. Prosedyren gjelder for leger, sykepleiere og helsefagarbeidere med en rolle i behandlingsavklaring ved sykehjemmene i Tønsberg. Behandlende leges treffer de medisinskfaglige beslutningene i en behandlingsavklaring, men både pasient og evt. pårørende skal høres og informeres.

Område/ krav til kvalitet:	Prosedyrenavn:	Beskrivelse av prosedyren:
	Prosedyre for Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang	Hensikt: Rutinemessig gjennomgang av pasientens medisiner for å sikre at legemiddelbruken er faglig forsvarlig og at uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. Legemiddelgjennomgangen (LMG) utføres innen tre uker etter innkomst og deretter hver 6. måned, eller ved betydelig endring i pasientens helsetilstand.
	Prosedyre praktisk legemiddelhåndtering: istandgjøring, utlevering m.m.	Formålet med prosedyren er å sikre at legemiddelhåndtering følger de til enhver tid gjeldende regler og prosedyrer for legemiddelhåndtering. Videre skal prosedyren sikre at ansatte med godkjenning i legemiddelhåndtering gir rett legemiddel til rett pasient/bruker i rett dose/styrke, i rett form på rett administrasjonsmåte til rett tid på grunnlag av ordinering fra lege.
	Praktisk info om kurs/ eksamen i legemiddelhåndtering	Formål: Sikre informasjon til alle virksomheter der helsepersonell skal håndtere legemidler etter den overordnede prosedyren for legemiddelhåndtering. Tjenesteleder/den som har fått delegert ansvar, skal kartlegge behov for opplæring og melde ansatte opp til kurset.
	Lokal prosedyrer Hogsnes helsehus Legemiddelkabinett; ansvarsoppgaver Legemiddelkabinett; innhold, uttak og rutiner	Formål: Sikre gode rutiner for håndtering av legemidler i legemiddelkabinett og at ansvarsoppgaver er kjent for de ulike ansatte. Formål: Sikre felles rutiner for håndtering av legemidler og bruk av legemiddelkabinett.
En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser	Prosedyre Livets siste dager (LSD) med skjemaer med plan for lindring i livets sluttfase, til bruk i sykehjem	Formålet med prosedyren er å sikre optimal ivaretagelse av pasienter/ brukere/ beboere i livets siste fase, og deres pårørende. Prosedyren inneholder blant annet kriterier for å sette i gang med LSD-planen. Prosedyren viser at det er lege som skal starte LSD-planen, og at bruk av planen forutsetter kommunikasjon med pasienten og de pårørende, slik at deres behov og ønsker er kartlagt og at de er informert om at pasienten er døende. Ansvarlig sykepleier vurderer tjenestemottakers kliniske tilstand, evt. i samarbeide med lege/ i kontakt med lege.
	Dødsfall, institusjonspasienter	Formålet med prosedyren er å sikre at dødsfall blir meldt og håndtert på en forsvarlig og lik måte. Den døde skal behandles med verdighet og respekt.
	Kultur og religion ved dødsfall	Formålet med prosedyren er å sikre at ansatte vet hvor de skal innhente informasjon om de ulike religioners/kulturers praksis ved dødsfall og gravferd, og å sikre at pasienter/brukere/beboere med ulike religioner/kulturer blir ivaretatt etter egne skikker ved dødsfall.
	Gravferd	Denne prosedyren ligger under NAV i Tønsberg kommune. Hensikten med prosedyren er når Tønsberg kommune må ta ansvar for gravferd. Prosedyren skal sikre en enkel og verdig begravelse for døde i Tønsberg kommune hvor familie/nettverk er ikke-eksisterende eller ikke ønsker å ta ansvar for begravelsen.

Tabell 8 - Oversikt over Tønsberg kommunes rutiner/ prosedyrer, sett opp mot gjeldende kvalitetskrav

3.1.3. Rutiner og prosedyrer – Maribu sykehjem

Maribu sykehjem har ikke det samme kvalitetssystemet som Tønsberg kommune, de bruker EK web.[11]

Lovisenberg omsorg, som drifter Maribu sykehjem, har en rekke skriftlige prosedyrer mm. som er knyttet til ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov. Maribu bruker disse prosedyrene. Ledelsen ved Maribu mener at de generelt har gode prosedyrer. Noen av prosedyrene fra Lovisenberg er i utgangspunktet ikke helt tilpasset Maribu, i og med at Maribu følger kommunens ordninger. Disse blir i så fall tilpasset virksomheten. Dersom det mangler prosedyrer, lager de nye. Ledelsen ved Maribu opplever at det er godt samarbeid mellom kommunen og Maribu på dette området.

Tabellen på neste side viser Lovisenberg Omsorgs/ Maribu sykehjems relevante prosedyrer.

[11] Elektronisk kvalitetssystem web

Område/ krav til kvalitet:	Prosedyrenavn Lovisenberg:	Beskrivelse av prosedyren:
Opplevelse av trygghet og respektfull behandling	Primærkontakt	Prosedyren viser hvordan primærkontakt skal ivareta beboer for opplevelse av trygghet og respektfull behandling
	Omsorgsavtale	Inneholder spørsmål til beboer om hvordan han/ hun ønsker at hverdagen skal være. (skal signeres og revideres hver 6. måned)
	Mitt levde liv	Prosedyre for å innhente opplysninger om «det levde liv» - spørsmål om beboeres familie – foreldre/ søsken, ektefelle/ livspartner, barn/ svigerbarn/ barnebarn/ oldebarn, bosteder, skolegang, utdannelse og arbeid, hobbyer/ interesser, livssyn, verdier mm, vaner (mat og drikke, røyk, døgnrytme, klær, andre opplysninger), samvær med andre, tabuområder.
	Opplevelse av selvstendighet og styring av eget liv	Hensikt: Sikre at den enkelte beboer opplever medbestemmelse, og har mulighet til å påvirke sitt eget liv, mht Velkomsten til sykehjemmet, Vekst og trivsel, Avslutning av livet
	Prosedyre for å sikre at beboer får dekket sine grunnleggende behov og styring av eget liv	Prosedyren er linket til bl.a. verdighetsgarantien og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Inneholder bl.a. arbeidsfordeling og framgangsmåte for å sikre at beboere driftet av Lovisenberg omsorg opplever selvbestemmelse over eget liv så langt det er mulig, og får dekket sine grunnleggende behov, mht Informasjon til beboer/ pårørende, Mellommenneskelige møtet – gjelder for alt personell, Primærkontakt/ sykepleier, Sykepleieprosessen, medbestemmelse, ivaretakelse av fysiske behov, psykiske behov, sosiale behov, respekt for livssyn og sine verdier – dette skal dokumenteres i Tiltaksplaner (tydelige og oppdatert til enhver tid) og Journaler - for å sikre at nødvendig informasjon er tilgjengelig for den som skal utøve helsehjelp. Avvik fra prosedyren skal meldes i egen rutine for avvikshåndtering.
	Sikre nødvendig somatisk helsehjelp- begrense bruk av tvang	Hensikt: Sikre at beboeren får nødvendig somatisk helsehjelp, samt forebygge og begrense bruk av tvang. Det står bl.a. at Tillitsskapende arbeid, som hovedregel, alltid skal være prøvd før tvang.
	Tilrettelegging av omsorg til personer med demens og andre beboere som kan uttrykke sine behov	Hensikt: Sikre at beboere med demens sykdom, eller av andre årsaker ikke har evne til å uttrykke seg selv, får ivaretatt sine grunnleggende behov.
Personlige behov, hygiene, døgnrytme, fysisk funksjonsnivå	Funksjonsbeskrivelse fysioterapeut	Fysioterapeut skal i samarbeid med nærmeste overordnede og øvrige ansatte bidra til at avdelingene blir drevet i samsvar med Lovisenberg Omsorgs målsetting om "Den gode dagen"
	Forebygging av fall og Skjema for oppfølging etter fall	Fallrisikovurdering, forebygging og fallregistrering, Forebygge fall og begrense antall fall med skade
	Obligatoriske minimumsområder i tiltaksplan i Cosdoc	Prosedyren viser at *Alt som gjøres hos beboer skal dokumenteres, «det som ikke er dokumentert, er heller ikke gjort».* Prosedyren viser bl.a. at alle kartlegginger knyttet til grunnleggende behov og hva som er viktig for

Område/ krav til kvalitet:	Prosedyrenavn Lovisenberg:	Beskrivelse av prosedyren:
		beboer, skal dokumenteres i CosDoc. Videre viser prosedyren at det skal lages daglige rapporter.
	Tannbehandling og munnhygiene	Hensikt: Sikre at pasienter får nødvendig tannbehandling og får ivaretatt daglig munnhygiene
Sosiale behov, aktiviteter og stimulering	Kulturkalender Lovisenberg omsorg	Med oversikt over faste aktiviteter, og andre aktiviteter gjennom året
	Planlegging og gjennomføring av kultur og aktivitetstilbud	Hensikt: Sikre at det planlegges og gjennomføres et variert kultur- og aktivitetstilbud ved sykehjemmet tilpasset beboerens ønsker og behov
Fysiologiske behov, måltider og ernæring	Den gode måltidssituasjonen	Hensikt: skape en god opplevelse av måltidssituasjonen for den enkelte beboer hvor både syn, lukt og smakssanser blir ivaretatt. Med f.eks. krav til miljøet ved felles måltider mm. og hvem som har ansvar.
	Flytskjema forebygging og behandling av underernæring og MST	
	Forebygging og behandling av underernæring	Hensikt: Sikre at alle beboere vurderes for risiko for underernæring med verktøyet MST, og at det ved risiko for underernæring lages en ernæringsplan med mål og tiltak som evalueres og justeres ved behov.
Oppfølging av lege og annen relevant	Funksjonsbeskrivelse for sykehjemslege	Formål med stillingen: Bidra til å sikre at beboerne mottar nødvendig og forsvarlig medisinsk undersøkelse og behandling.
	Legevisitt, legetilsyn og akutt behov for helsehjelp	Formål: Sikre beboere nødvendig medisinsk tilsyn, behandling og oppfølging til enhver tid – bl.a. ukentlig legevisitt
	LMG (legemiddelgjennomgang)	Hensikt: Rutinemessig gjennomgang av pasientens medisiner for å sikre at legemiddelbruken er faglig forsvarlig og at uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. Legemiddelgjennomgangen (LMG) utføres innen tre uker etter innkomst og deretter hver 6. måned, eller ved betydelig endring i pasients helsetilstand.
En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser	Livets siste dager	Avdelingen har egen kompetansepermperm i avdelingen som heter livets siste dager "omsorg ved livets slutt". Personalet fyller ut livet siste dager skjema i cosdoc, men alt materiell finnes også tilgjengelig i perm.
	Guide - Omsorg ved livets slutt	Hensikt: Omsorg ved livets slutt skal skje med et helhetssyn som bygger på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov hvor pasientens integritet og selvbestemmelse er ivaretatt. Utdrag fra prosedyren; *Under terminal fase:* *-Sørge for at faglært personell har ansvar for beboeren på hver vakt, i hovedsak sykepleier eller primærkontakt* *- Legge til rette for at beboeren ikke skal være alene* ○ *Vurder behov for fastvakt, avklar med evt. pårørende om behov for fastvakt eller hyppig tilsyn ved deres tilstedeværelse*

Tabell 9 - Oversikt over Maribu sykehjem/ Lovisenberg omsorgs rutiner/ prosedyrer, sett opp mot gjeldende kvalitetskrav

3.2. Revisors vurdering – rutiner for ivaretakelse av beboeres grunnleggende behov

Tønsberg kommune

Tønsberg kommune har etablert flere prosedyrer/ rutiner som er relevante for å sikre ivaretakelse av sykehjemsbeboernes grunnleggende behov, jf. kravene i verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften.

Kommunen har ikke etablert en særskilt prosedyre for å sikre at beboer får dekket sine grunnleggende behov og styring av eget liv, som er linket til verdighetsgarantien og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Enkelte elementer i verdighetsgarantien er ikke spesielt omtalt i kommunens rutiner. Dette gjelder trygghet og respektfull behandling, enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer, definerte kriterier for å sikre beboer frisk luft eller kriterier for måltidsituasjonen i institusjon. Vi kan heller ikke se at kommunen har prosedyrer for hvordan omsorgen skal sikre at fysisk funksjonsnivå blir fulgt opp, utover prosedyrer for kartlegging av fallrisiko og fallforbygging.

Kommunen har likevel flere tiltak og prosedyrer som bidrar til å gi en trygg og respektfull behandling til beboer, f.eks. at hver pasient skal ha en primærkontakt og pasientansvarlig sykepleier, hvor det foreligger prosedyrer for disse rollene. Prosedyre for innkomstsamtale, med sjekklister, og kartlegging av pasientens livshistorie, bidrar også til at ansatte blir kjent med pasientens liv og familie og dermed kan skape trygghet. Kommunen har prosedyre Livets siste dager, med skjemaer med plan for lindring i livets sluttfase, som skal være med på sikre optimal ivaretagelse av pasienter i livets siste fase, og deres pårørende. Maribu har i tillegg en guide for omsorg ved livets slutt, som utdyper ivaretakelse av pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov, og legge til rette for at pasienten ikke skal være alene. Tønsberg kommune har ikke noe tilsvarende.

Kommunens kvalitetssystem, Compilo, sikrer at ansatte i sykehjem/ helsehus har tilgang til relevante prosedyrer/ rutiner for sitt arbeidsforhold. Anskaffelsen av VAR Healthcare, vurderes også å være med på å sikre kvaliteten på prosedyrene på flere områder, knyttet til ivaretakelse av grunnleggende behov.

Maribu sykehjem

Lovisenberg omsorg/ Maribu sykehjem har i stor grad etablert relevante prosedyrer/ rutiner, for å sikre ivaretakelse av sykehjemsbeboernes grunnleggende behov, jf. kravene i verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften.

Vi vil særskilt trekke fram prosedyren for å sikre at beboer får dekket sine grunnleggende behov og styring av eget liv, som er linket til bl.a. verdighetsgarantien og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Prosedyren inneholder bl.a. arbeidsfordeling og framgangsmåte for å sikre at

beboere driftet av Lovisenberg omsorg opplever selvbestemmelse over eget liv så langt det er mulig, og får dekket sine grunnleggende behov.

3.3. Data - tiltak og praksis for at rutiner blir fulgt

Revisjonskriterium

- **Kommunen/sykehjemmet skal sørge for at rutiner og prosedyrer blir fulgt.**

3.3.1. Rammebetingelser – oppfyllelse av kvalitetskrav

Kommunens/ sykehjemmenes rammebetingelser, som kvalitet-/ internkontrollsystem, ledelsesstruktur, økonomi, bemanningssituasjon og sykefravær, er faktorer som vil påvirke sykehjemmenes oppfyllelse av kvalitetskrav. Det er viktig at rammebetingelsene er på plass, for at kommunen/ sykehjemmene skal kunne sørge for at rutiner og prosedyrer blir fulgt/ oppfylle kravene til tjenesten. Vi har gjennomgått kommunens/ sykehjemmenes rammebetingelser på et overordnet nivå.

Kvalitet-/ internkontrollsystem

Tønsberg kommune har et kvalitetssystem som ivaretar kravene til overordnet, systematisk og dokumentert internkontroll. Kommunens arbeid er godt forankret i kommunedirektørens ledergruppe.[12]

Kommunestyret i Tønsberg kommune har vedtatt *Kvalitetsutviklingsprogrammet (2021-2024)* versjon 3, datert 15.10.2020[13]. Ifølge kvalitetsutviklingsprogrammet (2021-2024) skal kvalitetsstyringsmodellen sikre helhetlig virksomhetsstyring, ved blant annet etterlevelse av lover og forskrifter og best mulig kvalitet i tjenestene. Kvalitetsstyringsmodellen skal sikre helhetlig ledelsesutøvelse på alle ledernivå. Kommunalsjefsområdene har en egen kvalitetskoordinator. På helse og mestring er det to kvalitetskoordinatorer. Disse har ansvar for å følge opp kvalitetssystemet og være støttespiller for kommunalsjefen, i tillegg til å være prosessdriver for kvalitetsutvalget. Kvalitetsutviklingsprogrammet gir rammene for omfanget av internkontrollen.[14] Tønsberg kommunes kvalitetssystem, Compilo, består av flere moduler, blant annet et dokumentbibliotek og avvikssystem, som kommunen har tatt i bruk. Compilo er en del av kommunes internkontrollsystem.

[12] Kilde: Forvaltningsrevisjonsrapport – Internkontroll – Tønsberg kommune - 2023
[13] Vedtatt 9.12.2020, sak 176/20
[14] Kilde: Forvaltningsrevisjonsrapport – Internkontroll – Tønsberg kommune - 2023

Ledelsesstruktur

Kommunen har fire ledernivåer:

- Nivå 1: Kommunedirektør/kommunalsjef
- Nivå 2: Stabsleder og virksomhetsleder
- Nivå 3: Tjenesteleder
- Nivå 4: Avdelingsleder

Innenfor Mestring og helse praktiseres det i hovedsak med tre ledernivå. Det er et overordnet prinsipp at alle ledere har fag-, personal- samt helt eller delvis økonomi-ansvar. Alle sykehjemmene/ helsehus i kommunen er organisert etter denne ledelsesstrukturen, med tjenesteleder/ virksomhetsleder og avdelingsledere. I tillegg har hvert sykehjem/ helsehus en egen fagutviklingssykepleier, lege, samt sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, merkantile stillinger mm. Nærmere beskrivelser av organisering av de enkelte sykehjem/ helsehus, går frem av kapittel 2.4 foran.

Økonomi

KOSTRA-nøkkeltall, vist i kapittel 2.2 foran, viser blant annet at kommunens utgifter til beboerdøgn i institusjon i 2023 var på kr 5.046. dette tallet er litt under snittet for KOSTRA-gruppe 11 (kr 5.476) og landet uten Oslo (kr 5.274). Kommunens årsrapport for 2023 viser at både Sandefjord kommune (kr 6.006) og Færder kommune (kr 5.752) har høyere utgifter per beboerdøgn i institusjon.

I kommunens årsrapport for 2023 (ureviderte tall), står det at Mestring og helse gikk med et samlet merforbruk på 55 mill. kroner. Kommunen forklarer dette med at *enkelte virksomheter har hatt et krevende år med mange nye pasienter og brukere. Sommeren har vært utfordrende for alle turnusvirksomhetene med å få nok vikarer med riktig kompetanse. Det har ført til store kostnader på overtid og forskjøvet arbeidstid.*

Årsrapporten viser også tall spesifikt for Område Sykehjem (beløp i 1000):

Sammendrag:	Regnskap 2022	Regnskap 2023	Revidert budsjett 2023	Avvik i kr	Avvik i %
Sum sykehjem	457 229	453 990	428 996	-24 994	-5,8 %

Tabell 10 – Regnskap (netto ramme) Område Sykehjem 2022, 2023 og revidert budsjett 2023, avvik i kr og %

Tabellen viser at område Sykehjem hadde et merforbruk i 2023 på 24,99 mill. kroner, dvs. et merforbruk på 5,8 % sammenlignet med revidert budsjett. Dette viser at økonomien er stram, og det er vanskelig å budsjettere realistisk.

Regnskapet (netto ramme) for 2022 var noe høyere enn i 2023. Budsjett til kjøp av plasser ved Lovisenberg omsorg lå i 2022 ved Re helsehus. Dette ble overført til stab Mestring og helse i 2023.

Vi har registrert at kommunedirektøren, i årsrapport for 2023, skriver at *innbyggernes behov og forventninger til tjenester fra kommunen vil bare øke i tiden framover. Dette betyr at det også framover blir behov for effektivisering og å bruke pengene på smartere måter.*

Bemanning og kompetanse

Bemanning

Det foreligger ingen eksplisitt bemanningsnorm for pleie og omsorg, og heller ingen nasjonal statistikk på kommunenivå for dette. Helsedirektoratet utarbeidet i 2019 en modell for finansiering av helse og omsorgstjenester, relatert til forsøksordningen med statlig finansiering av tjenestene. Av Helsedirektoratets beregning fra 2019, vist i figuren nedenfor, fremkommer det at ved ordinær sykehjemsplass forventes en pleiefaktor (eksklusiv ledere, merkantilt-, renhold-, kjøkkenpersonell) på 0,87 (1,07 inklusive ledere m/flere).

	Langtidsopphold				Tidsbegrenset opphold	
	Ordinær sykehjems-plass	Alders-hjemsplass	Forsterket sykehjems-plass	Skjermet/ tilrettelagt sykehjemsplass	Rehabilitering og behandling /utredning	Avlastning og annet
Helsepersonell med høyere utdanning	0,30	0,24	0,50	0,35	0,37	0,35
Helsepersonell med videregående utdanning	0,57	0,46	0,78	0,62	0,63	0,62
Øvrig stedbunden personell	0,20	0,16	0,20	0,20	0,20	0,20
Sum bemanningsfaktor	**1,07**	**0,86**	**1,48**	**1,17**	**1,20**	**1,17**

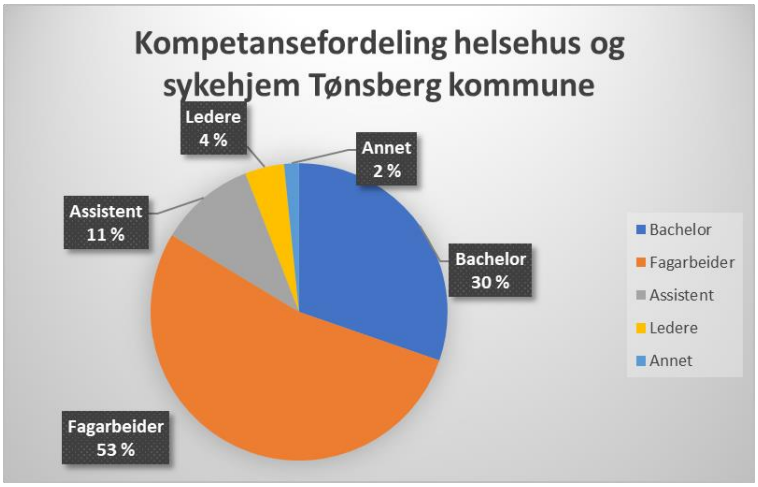
Figur 7 - Bemanningsfaktor sykehjem - Helsedirektoratets beregning fra 2019[15]

KOSTRA-nøkkeltall (vist i pkt. 2.2.foran), viser at bemannings/pleiefaktoren[16] for alle omsorgstjenester i kommunen er på 0,71 % i kommunen. Kommunes tall er høyere enn både snittet for KOSTRA-gruppe 11 og landsgjennomsnittet. I vår beskrivelse av sykehjemmene (vist i pkt. 2.4. foran), har vi tatt inn årsverk og antall plasser i hver avdeling. Vi har ikke tall for bemanningsfaktoren per sykehjem.

Ifølge kommunen er ikke bemanningsnormen/ pleiefaktoren definert i Tønsberg kommune. Vår kontaktperson fortalte at de siste årene har ikke bemanningen i sykehjem økt, men det har blitt en dreining i hvilke oppgaver som kan utføres av pleiepersonellet.

Vi har mottatt tall fra kommunen, som viser fordeling av kompetanse på de ulike sykehjemmene i kommunen. Figuren nedenfor viser kompetansefordeling samlet for helsehus og sykehjem Tønsberg kommune:

[15] Helsedirektoratet 2019: Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester
[16] Årsverk per bruker av omsorgstjenester. Bemanningsfaktor er forholdet mellom antall årsverk og antall beboere på institusjon



Figur 8 - Kompetansefordeling samlet helsehus og sykehjem Tønsberg kommune[17]

Figuren viser at 30 % av de ansatte i sykehjem i Tønsberg har bachelorutdanning. Andelen av de ansatte ved de ulike sykehjemmene, som har bachelorutdanning (sykepleiere/ vernepleiere) varierer. 42 % av bemanningen ved Hogsnes helsehus, 36 % bemanningen ved Eik sykehjem, 22 % av bemanningen ved Nes sykehjem og 21 % av de ansatte ved Re helsehus har bachelorutdanning.

Årsrapport 2023 viser også at det har vært utfordrende å rekruttere sykepleiere/ vernepleiere.

Kompetanseutvikling

Kommunen har en opplæringsplan i institusjon. Opplæringsplanen skal være et verktøy og hjelpemiddel for ledere og andre som raskt trenger å få en oversikt over hva hver enkelt ansatt bør kunne, og hvor de best kan finne kunnskapen. Videre har kommunen program for opplæring for henholdsvis nyansatte og ledere. I tillegg har hvert sykehjem/ helsehus sine planer/ dokumenter for opplæring internt.

Kommunalområde Mestring og helse satser på kompetanseheving. Kommunes årsrapport for 2023 viser at det ble opprettet en egen klasse for fagarbeiderutdanning. Her startet 25 studenter opp høsten 2023.

Et annet satsingsområde har vært å få flere ansatte i hele stillinger, med prosjekt *Heltidskultur*. Årsrapport for 2023 viser at i løpet av 2023 har stor sett alle virksomheter i Tønsberg kommune økt andelen ansatte i heltid, og gjennomsnittlig stillingsstørrelse.

Sykefravær 2023

01/01-23- 31/12-23	Korttid%	Langtid%	Samlet fravær%
Re helsehus	4,06	7,4	11,45

[17] Tall hentet fra Framsikt, budsjett 2024

Hogsnes helsehus	4,9	6,74	11,64
Eik sykehjem	4,46	6,54	11
Nes sykehjem	5	6,37	11,36
Maribu sykehjem (privat)	3,53	7,61	11,14
Marie Treschow (privat)			4,19*

Tabell 11 - Sykefravær 2023 - sykehjem/ helsehus Tønsberg

Kommunes årsrapport for 2023 viser at sykefraværet var på 9,8 % i Tønsberg kommune som helhet. Sykefraværet på de kommunale sykehjemmene var 11 % eller mer i 2023. Hogsnes helsehus hadde det høyeste sykefraværet av alle sykehjemmene (11,64 %) i 2023. Tall fra institusjonene er hentet fra GAT-systemet (arbeidsplanleggingsverktøy), som inkluderer tall helg- og helligdager.

Maribu sykehjem hadde et sykefravær på 11,14% i 2023, mens Marie Treschow hadde det laveste sykefraværet av alle sykehjemmene i 2023, på 4,19 % (* perioden jan. – okt. 2023).

Rapportering på kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet beskriver kvalitetsindeksen som viktige indikatorer for å måle en kommunes kvalitet på det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Tabellen nedenfor viser eksempel på at Tønsberg kommune rapporterer på kvalitetsindikatorer knyttet til legemidler, ernæring og fall (resultatene i tabellen er for september måned 2023).

Det rapporteres månedlig på kvalitetsindikatorene. Fargene i tabellen er knyttet til måloppnåelse, hvor grønt betyr tilfredsstillende, gult delvis tilfredsstillende, og rødt – ikke tilfredsstillende. Vi ser av tabellen at det er manglende risikokartlegging knyttet til ernæring (MST) og fall ved tre av fire sykehjem/ helsehus i rapporteringen for september 2023.

September 2023	**Legemiddelsamstemming (LMS)**			**Ernæring (MST)**			**Fall**		
	Antall nye brukere/ behov siste måned	Gjennomført LMS innen frist	Prosent Legemiddel-samstemming	Antall nye brukere/ behov siste måned	Antall brukere risikokartlagt ift ernæring (MST) innen frist	Prosent kartlagt ernæring	Antall nye brukere/ behov siste måned	Antall brukere som er risiko-kartlagt for fall innen frist	Prosent kartlagt fall
Hogsnes helsehus	59	59	100 %	60	35	58 %	61	55	90 %
Nes sykehjem	8	6	75 %	7	2	29 %	4	2	50 %
Re helsehus	15	14	93 %	14	10	71 %	15	8	53 %
Eik sykehjem	2	2	100 %	2	1	50 %	2	1	50 %

Tabell 12 – Rapporteringsskjema kvalitetsindikatorer – sykehjem Tønsberg kommune – september 2023

Vi har sett at status Kvalitetsindikatorer og resultat på tjenesteområdene er tema på Kvalitetsutvalg for både Mestring og helse og kvalitetsutvalg for de enkelte sykehjemmene/ helsehusene.

Kommunen har fortalt at hvert kommunalområde har egne kvalitetsutvalg med respektive kommunalsjefer og virksomhetsledere. Det står mer om kvalitetsutvalg under kapittel 4 – System for avvikshåndtering.

3.3.2. Opplevelse av trygghet og respektfull behandling

Hogsnes Helsehus

Ledelsen ved Hogsnes helsehus (virksomhetsleder, tjenesteleder og fagutviklingssykepleier) løftet kjent personale, som en viktig faktor for å skape trygghet, spesielt for pasienter med kognitiv svekkelse. Det at alle pasienter har en egen primærkontakt, er også en viktig faktor. Videre ga de uttrykk for at mulighet for å innrede rommet med egne, kjente møbler, er trygghetsskapende for flere pasienter. Det ble også sagt at velferdsteknologien på Hogsnes helsehus, nærmere omtalt under punkt 2.3.4, gir økt pasientsikkerhet.

Både ledelsen, tillitsvalgte og verneombud trakk frem kartlegging av «Min livshistorie» ved innkomst, som viktig for å kjenne pasienten og gi trygghet. «Min livshistorie» er et skjema som kartlegges og fylles ut. Skjemaet blir lagt i perm, som er tilgjengelig for ansatte på pasientens avdeling.

Nes sykehjem

Både ledelsen (virksomhetsleder, tjenesteleder og fagutviklingssykepleier) og tillitsvalgte og verneombud ved Nes sykehjem, ga uttrykk for at gode rutiner for hvordan innkomst skal foregå, med innkomstsamtale, hvor sjekkliste brukes, og samarbeid med pårørende, er viktig for å ivareta en opplevelse av trygghet og respektfull behandling – «trygge pårørende gir tryggere pasienter». De mente også at kartlegging av «Min livshistorie» ved innkomst, for å innhente mest mulig informasjon om pasienten, også er viktig verktøy for å gi en respektfull behandling. Alle pasienter har en primærkontakt, som er med på å skape trygghet for pasienten, og i tillegg er sykehjemmet organisert med pasientansvarlige sykepleiere og gruppeansvarlige.

De tillitsvalgte og verneombud trakk frem at personalets kunnskaper og evne til å møte pasienten er svært viktig. Samt at personalet har den tiden som trengs for å gi pasienter trygghet. De tillitsvalgte opplever et etisk dilemma spesielt knyttet til at de pasientene som ytrer seg på mest voldsomt vis og «roper høyest», også få mer av personalets tid og oppmerksomhet. Urolige/ engstelige pasienter, som hadde hatt behov for nært personale for å oppleve trygghet, kan fort bli nedprioritert og overlatt til seg selv. Samtidig krever også urolige og engstelige pasienter mye personalressurser. De tillitsvalgte var enige i at dette ikke er ønskelig eller verdig for de pasientene, som blir mest overlatt til seg selv når de er engstelige. Alle personer med demens trenger tett oppfølging selv når sykdommen ikke er ekstrem utad.

Maribu sykehjem

Ledelsen ved Maribu sykehjem (daglig leder, fagsykepleier og kvalitet og fagutviklingssykepleier) fortalte at det er viktig at de er informert om når ny beboer ankommer sykehjemmet, for å gi en god start på oppholdet og trygge beboer. Det er kommunen som tildeler plassene på sykehjemmet. Ny beboer kan komme fra ulike lokasjoner, som hjemmet, korttidsavdeling eller fra sykehus. Det er ikke alltid sykehjemmet får konkret beskjed om tidspunkt for ankomst. Det oppleves, som en bedre start for oppholdet, når beboer kommer til avtalt tid. Alle nye beboere får ved innkomst en velkomstmappe med nyttig informasjon, navneskilt på døra, kort med en personlig hilsen og blomster.

Videre opplyste ledelsen at sykehjemmet har sjekkliste for innkomst og det gjennomføres innkomstsamtale hvor de gjennomgår omsorgsavtalen sammen med den nye beboeren. Pårørende får også tilbud om å være med. I innkomst er fokus blant annet å kartlegge og ivareta trygghet og respekt for den enkelte, «Det levde liv» er et verktøy for dette.

Det ble også fortalt at Maribu er et somatisk sykehjem, men en høy andel av beboerne har en kognitiv svikt eller demensdiagnose. Sykehjemmet har ikke anledning til å ivareta beboere med behov for skjermingstiltak, jf avtalen mellom kommunen og Lovisenberg omsorg, nevnt under pkt. 2.4.5 og 5.1.2. Dersom beboer har fått plass på sykehjemmet og det viser seg at det er behov for høyere omsorgsnivå, har sykehjemmet og kommunen god dialog om tildeling av bedre egnet plass, men at det i enkelte tilfelle kan ta litt tid før det er mulig med overføring.

Tillitsvalgt og verneombud ved Maribu opplyste at det, så langt det lar seg gjøre, er primærkontakt eller fagsykepleier, som tar imot ny beboer ved innkomst. Videre fortalte de at personalet bruker tid på å bli kjent med ny beboer, og de innhenter informasjon fra beboer eller pårørende, og er tilgjengelig for spørsmål. Samtalen om hvordan pasienten vil ha det på sykehjemmet er viktig.

3.3.3. Enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer

Ifølge vår kontaktperson i prosjektet, virksomhetsleder Re helsehus, er hovedregelen i kommunen at pasienter på langtidsavdeling i institusjon får enerom. I intervju med ansatte ved langtidsavdelingene ved Hogsnes helsehus, Nes sykehjem og Maribu sykehjem, ble det bekreftet at alle beboere har enerom.

De tre helsehus/ sykehjemmene har rom som er store nok til at ektefeller kan bo sammen. Flere av sykehjemmene har ektefeller som bor på sykehjemmet, men på grunn av sykdom, passer det per nå ikke for disse å bo sammen. Dette er en vurdering som gjøres i samarbeid med pårørende. De

ansatte opplyser at det tilrettelegges, så godt det lar seg gjøre, ut fra ønske og sykdom, at ektefeller besøker hverandre på sykehjemmet.

Svarene på spørreundersøkelsen til ansatte, viser noe dårligere resultat når det gjelder mulighet til å bo med ektefelle/samboer enn de andre temaene. Snittet for de tre sykehjemmene/helsehus er 3,2 på dette temaet, der 6 er best. Ansatte på Maribu svarer noe mer negativt enn ansatte på Nes og Hogsnes.

3.3.4. Personlig behov – personlig hygiene, normal døgnrytme, adgang til å komme ut, oppfølging av fysisk funksjonsnivå

Hogsnes helsehus

Både ledelsen og tillitsvalgt og verneombud ved Hogsnes helsehus, opplyser at personlige ønsker eller behov kartlegges ved innkomst. Det gjennomføres innkomstsamtale etter prosedyre, som pårørende får anledning til å være med på, og pårørende får anledning til å fylle ut «Min livshistorie». Ofte har pasienter allerede vært innlagt på korttidsavdeling, før pasienten får plass på langtidsavdeling, og da følger det gjerne en overføringsrapport som gjennomgås.

Tillitsvalgt og verneombud opplyser at det kan skje at karleggingen glipper, og noen pårørende får personalet ikke kontakt med.

Både ledelsen og tillitsvalgt og verneombud fortalte at det er mulighet for å tilrettelegge etter den enkeltes ønsker, og at personalet strekker seg langt for å imøtekomme individuelle behov. Det kan for eksempel tilrettelegges for at beboere kan legge seg etter at nattevakt er kommet på jobb. Pasienter blir også vekt til ulik tid etter ønske. Den enkelte pasient får som hovedregel dusje en gang i uka, men personalet er fleksible på dette og dusjer daglig pasienter som ønsker det.

Ledelsen opplever at pårørende kan ha urealistiske forventninger til blant annet fysisk funksjonsnivå. Det henvises til fysioterapeut ved behov, og personalet ved sykehjemmet følger opp treningsplaner utarbeidet av fysioterapeut og annen trening. Dette er gjerne enkle treningsaktiviteter som å gå i gangen, trapper, gå til måltid eller knebøy. Helsehuset har også eget treningsrom, og det er mulighet for å delta i treningsgrupper.

Tillitsvalgt og verneombud mene at opplæring, informasjon og gjennomføring av slik oppfølging kan bli bedre.

Nes sykehjem

Ifølge ledelsen skal personalet tilpasse seg pasienten, sykehjemmet er pasientenes hjem. Et eksempel, som ble nevnt, er at det skal være greit at en pasient sover i fellesstuen - sykehjemmet er pasientens hjem, og det å sove i sin egen stue er helt naturlig. På den annen side er døgnrytme viktig for god livskvalitet, og døgnrytme må ofte styres for demenspasienter. Dette er løpende og faglige vurderinger. Det at måltider og dager er fylt med ting som skjer, bidrar til å optimalisere døgnrytmen. De tillitsvalgte/ verneombudene opplyser at pasienter i stor grad får styre egen døgnrytme, men personalet motiverer til en så normal døgnrytme som mulig. Mange med demens trenger også mye hvile. Personalet har ikke tid til å gå lange turer med pasienter, så pasientene er i stor grad bundet til avdelingen. Det er ønskelig med flere frivillige som kan bistå med å gå turer med pasientene.

Ledelsen opplyste også at de jobber mye med å få frem kvaliteter og ressurser hos pasientene, gjennom å få dem til å føle seg nyttige. Mange arbeidsoppgaver kunne tatt kortere tid, men det brukes mye tid på å få pasienten selv til å fortelle om og styre sin hverdag og behandling. Det jobbes for at pasienten skal få leve på sykehjemmet, så likt som mulig det livet vedkommende levde før sykehjemmet. Det kan være etisk vanskelige problemstillinger dersom pasienten har levd et liv tidligere med dårlige vaner.

De tillitsvalgte og verneombudene fortalte at personlig hygiene alltid er prioritert, men at stell kan være en utfordring. Mange pasienter ønsker ikke stell, og personalet har ikke lov til å bruke tvang, dersom det ikke foreligger vedtak. Ofte må flere ansatte involveres for å få til å stelle de mest motvillige pasientene. Dette er utfordrende for pårørende å forstå, og vanskelig etisk dilemma for de ansatte. Stell har vært en ekstra utfordring denne vinteren, grunnet at enkelte deler av sykehjemmet har hatt svært kalde rom.

Ved behov for fysioterapi, kan sykehjemmet henvise til fysioterapeut i kommunen. Ifølge ledelsen er det få henvendelser fra langtidsavdelingene til fysioterapeut. Sykehjemmet har hatt besøk av fysioterapeut for å informere om når og hva fysioterapeut kan bidra med. Det har vært manglende fokus på denne ressursen.

Ifølge de tillitsvalgte, er det variabelt hvordan planer og vurderinger fra fysioterapeut, for de som har det, blir fulgt opp. Den oppfølgingen havner under primære behov, og bemanningssituasjonen påvirker om dette blir gjort. Flere av de tillitsvalgte ga uttrykk for at det ville vært svært nyttig med fysioterapeut på sykehjemmet, da det forebyggende arbeidet er vanskelig for annet helsepersonell å prioritere.

Svarene på spørreundersøkelsen viser at ansatte på Nes har lavest gjennomsnittscore når det gjelder beboers mulighet for å komme ut i frisk luft (4,1) og mulighet for fysioterapi ved behov (3,4).

Maribu sykehjem

Ledelsen fortalte at personlige behov i stor grad kartlegges fortløpende, personalet snakker med pasientene og blir godt kjent med hvordan de har hatt det tidligere og hvordan de ønsker å ha det nå. Det tar gjerne litt tid før en ny beboer finner seg til rette, og vet hvordan han/hun vil ha det.

Både ledelsen, tillitsvalgt og verneombud opplyste at personalet forsøker å imøtekomme ønsker, f.eks. om når de ønsker å stå opp eller legge seg. Beboerne har stor grad av medvirkning i forhold til døgnrytme og egne rutiner. Det jobbes for at beboere skal ha en normal døgnrytme. Dersom det er mange som ønsker å legge seg etter at nattevakt har kommet på jobb, kan beboer bli stelt tidligere, men lagt senere ved ønske. Dusj er en gang per uke. Dersom beboer ønsker å dusje på kveld, istedenfor på dag, forsøker personalet å tilrettelegge for det. Dersom noen ønsker oftere, prøver de også å tilrettelegge for det, men det er ikke ofte de får spørsmål om det, sier tillitsvalgt/ verneombud.

Personalet snakker om og er opptatt av at Maribu er beboernes hjem, og dermed er det personalet som skal tilpasse seg beboers ønske.

Maribu har fysioterapeut på huset i 40 % stilling, de deler fysioterapeut med Marie Treschow. Både sykehjemsledelsen, tillitsvalgt og verneombud, snakket positivt om dette tilbudet. Fysioterapeut har felles trim, som er veldig populært, og individuell trening med mange av beboerne etter behov. Beboerne setter stor pris på dette tilbudet. Treningsprogrammene er tilpasset beboernes hverdag. Fysioterapeut gir også opplæring til annet personell om hvordan de best kan følge opp den enkelte beboers treningsprogram. Det er likevel varierende hvor mottakelige beboerne er for trening.

3.3.5. Sosiale behov - aktiviteter og stimulering

Hogsnes helsehus

Det ble opplyst at sosiale ønsker blir kartlagt gjennom innkomstsamtale og «Min livshistorie».

Både ledelsen, tillitsvalgt og verneombud fortalte at Hogsnes er tilknyttet Aktivitetsdosetten. Pasientens ønsker om tilpassende aktiviteter blir kartlagt og ført inn i en egen individuell kalender, som henges opp på pasientens rom. Dette er aktiviteter som skal gjennomføres minimum en gang i uka. Tillitsvalgt og verneombud mener gjennomføring av individuelle aktiviteter er et forbedringsområde. Likevel ble det sagt at personalet har blitt flinkere til å ha fokus på dette, etter at sykehjemmet ble flyttet til Hogsnes.

Ledelsen fortalte at det tilrettelegges for å opprettholde aktiviteter for de som kan og ønsker det, for eksempel har enkelte pasienter fått bistand til å søke om seniorbiler fra NAV.

De har også aktivitetsverter. Det er personer som i en praksisperiode (språktrening og arbeidspraksis i regi av NAV) bidrar med å gi pasienter meningsfylte aktiviteter. Dette har vært en fast ordning de tre siste årene, og fungerer godt, ifølge ledelsen.

De har også en frivillighetskoordinator (30%) og 25 aktive frivillige tilknyttet helsehuset, som er med på individuelle aktiviteter, f.eks. turvenn, bingo, sykkelpilot, samtalepartner, transport til andakt m.m.

Både ledelsen og tillitsvalgte fortalte at det er mange arrangementer på huset, både for befolkningen ellers og arrangementer kun for beboere på Hogsnes. Samarbeid med lokale barnehager og babysanggruppe, ble også nevnt. Andakten ble løftet som en av de mest populære faste arrangementene for pasientene. Det kom frem at det kun er de friskeste pasientene som har mulighet til å være med på fellesarrangementene. Tillitsvalgt og verneombud bekreftet at helsehuset har mange gode og varierte tilbud, og for flere pasienter er fellestiltakene nok.

Nes sykehjem

Det ble opplyst at sosiale ønsker blir kartlagt gjennom innkomstsamtale og «Min livshistorie».

Både ledelsen, tillitsvalgte og verneombud, fortalte at Nes sykehjem har vært tilknyttet Aktivtetsdosetten i flere år. Denne praktiseres ulikt, men baserer seg på at hver pasient får en egen plan som skal gjennomføres ukentlig. Dette kan f.eks. være å se i album eller danse. Noen avdelinger har Aktivitetsdosetten, som en kalender på rommet, men ikke alle. At aktivitetene skal gjennomføres på konkrete dager og klokkeslett fungerer nok ikke i praksis. En dag har pasienten lyst og en annen dag ikke. Ifølge ledelsen skal gjennomført aktivitet dokumenteres i CosDoc, men det kan variere om det blir dokumentert. Blant de tillitsvalgte og verneombud, var det enighet om at aktivitetene i Aktivitetsdosetten ofte nedprioriteres først. Grunnleggende behov kommer først, dermed er bemanningssituasjonen styrende for hva som blir gjort.

Både ledelsen og de tillitsvalgte/ verneombud trakk frem at måltid sees på som en fin aktivitet, felles måltider der de ansatte skal hjelpe til med samtale er en sosial sammenkomst. Andre hverdagsaktiviteter, som å dekke på/rydde bordet, brette kluter og være med å hente post, liker også flere pasienter godt. Quiz, felles tid i stue med strikketøy, servering av vin og god mat m.m. blir løftet av de tillitsvalgte/ verneombud, som eksempler på aktiviteter personalet organiserer. Nes sykehjem har pasienter med andre behov og ønsker knyttet til aktiviteter enn pasientene ved f.eks. Hogsnes helsehus. Nes har i stor grad pasienter med demens – da er ofte de nære aktivitetene viktigere enn de store.

Nes har også tilbud om fellesaktiviteter på huset laget av en frivillighetskoordinator (20% stilling), men det kan være vanskelig dersom det er lav bemanning å la pasientene delta. Pasientene på sykehjem blir stadig sykere, og flere pasienter blir urolige av å delta. De små tingene ser ikke like flott ut utenfra, men kan være like viktige, uttrykte de tillitsvalgte og verneombud.

Sykehjemmet har lite fysisk trening satt i system, men det organiseres felles trim til musikk en gang i uken for de som ønsker, i tillegg til egne spontane aktiviteter på de enkelte avdelingene. Ifølge ledelsen er pårørende veldig opptatt av aktiviteter og har store forventninger på dette området, men mange pasienter er f.eks. for syke til å være med i store forsamlinger. Det vil måtte gjøres løpende avveininger mellom gleden i øyeblikket og uroen i etterkant. Ledelsen er opptatt av å formidle til pårørende at det er ulike nivåer av aktiviteter.

Maribu sykehjem

På Maribu skal alle pasienter få tilbud om tur ut 3 ganger i uka, som er en fast kvalitetsindikator for Lovisenberg omsorg. Maribu rapporterer på kvalitetsindikatorene månedlig. Både ledelsen, tillitsvalgt og verneombud, mener de er flinke på å gi dette tilbudet til alle. I vinter, når det var veldig kaldt, har personalet heller spurt om de vil bli med en tur ut på trappa og kjenne etter om de ønsker tur, bare det å ha kjent på temperaturen er godt for flere. Personalet kan gå tur i gangen med de som ikke ønsker å gå ut.

En annen kvalitetsindikator er en time egentid i uka, hvor den enkelte bestemmer selv en aktivitet som han/ hun skal får gjøre sammen med en ansatt. Ifølge tillitsvalgt og verneombud skriver personalet kartlagte ønsker den enkelte har på pasientsikkerhetstavlen. Dette er kartlagt ved innkomst og «mitt levde liv» som de pårørende kan fylle ut - dette prøver personalet også å ta med videre i tiltaksplan.

Maribu har en kulturmedarbeider i 50 % stilling. Det tilbys ulike aktiviteter som bingo, turer ut (som f.eks. til Farmandstredet), konserter på huset eller i kirken, filmkvelder, afternoon tea, alpakkaer på besøk, quiz, håndverksarbeid m.m. Det er også faste gudstjenester, noen ganger med «kirkekaffe» etterpå. Presten holder gjerne et eget opplegg for beboerne som blir urolige i forsamlinger. Ellers organiserer også personalet felles sosial underholdning som quiz, og Maribu har nylig fått sykkel, som de kan kjøre beboere med til våren. Dette gleder både beboere og personalet seg til.

Ledelsen fortalte at noen har besøksvenn fra Røde Kors, både med og uten hund.
Sykehjemmet kjøper inn vin ved spesielle anledninger. Ellers er det enkelte, som har vin på rommet og administrerer dette selv. Personalet må være oppmerksomme på inntaket, grunnet risiko knyttet til medisiner og fall.

Tillitsvalgt og verneombud mener at det er et godt sosialt samhold i avdelingene, det er fint og lett å gjøre ting med pasientene. De mener sykehjemmet har bra med tilbud og gjør mye for trivsel.

3.3.6. Fysiologiske behov - måltider og ernæring

Hogsnes helsehus

Hogsnes helsehus har fire hovedmåltider, samt et måltid med kaffe og kake. Maten lages på eget produksjonskjøkken på huset, og varmes opp på avdelingene i regenereringsovner, for å bevare matkvaliteten. Både ledelsen og tillitsvalgt og verneombud opplyste at pasienter har mulighet til å få mellommåltider, også om natten, etter eget ønske og behov. Til de som har behov for spesiell kost, kan dette bestilles fra kjøkkenet.

Videre ble det fortalt at pasienter veies hver måned, eller oftere dersom det er ytterligere behov/ risiko for underernæring. Dersom det er avvik følges dette opp med tiltak i tiltaksplanen.

Nes sykehjem

På Nes er det også fire hovedmåltider. Maten lages lokalt på eget kjøkken, og varmes opp på avdelingene. Institusjonskokkene på hovedkjøkkenet jobber etter ernæringsplaner. Både ledelsen, de tillitsvalgte og verneombud fortalte at pasientene alltid kan få mat utover de faste måltidene, også om natten, og mat kan også serveres utenfor de faste tidene, da personalet har kjøkken på hver avdeling. Pasienter kan selv velge om de ønsker å spise sammen med andre eller på rommet.

Det ble også trukket fram, fra både ledelsen og de tillitsvalgte/ verneombud, at sykehjemmet er opptatt av hvordan maten ser ut, den skal være appetittvekkende.

De tillitsvalgte og verneombud ga også uttrykk for at de prioriterer å være til stede for pasientene under måltidene, og gjerne sitte til bords sammen med pasientene. Dersom personalet ikke er tilgjengelig under måltid, vil det bli uro. Ernæringsstatus (MST) kartlegges ved innkomst, deretter veies pasientene en gang i måneden. Det legges inn individuelle tiltak knyttet til ernæring.

Maribu sykehjem

På Maribu er det også fire faste måltider om dagen, men det opplyses at det gis mat hele døgnet utenom, dersom noen ønsker det. Frokost, lunsj og kveldsmat lages på Maribu, mens middag blir levert av sykehuset og varmet i dampovn, og serveres til fast tid. Både ledelsen, tillitsvalgt og verneombud mener at maten er god, men sier at flere beboere savner mer stekt mat/sprø skorpe. De vi snakket med sa også at det er mulighet for å legge til rette for ønskekost. Det serveres til felles måltid i spisesal for de som vil, men det tilrettelegges også for å spise andre steder i fellesarealet eller på rommet, dersom noen ønsker det. Personalet bistår i måltidsituasjoner for å sikre en hyggelig og rolig måltidsopplevelse for alle beboerne.

Ernæringsstatus (MST) kartlegges ved innkomst, deretter veies beboere en gang i måneden. Dersom det er behov, får enkelte tettere oppfølging og oftere veiing (v/underernæring). Flere har behov for næringsdrikk, dette blir da gjerne satt i system og gitt sammen med medisin.

3.3.7. Oppfølging av lege og annet relevant personell

Hogsnes helsehus

Ledelsen ved helsehuset fortalte at det alltid er samtale med lege når ny pasient kommer inn. Lege setter seg inn i pasientens journal og medisiner.

Langtidsavdelingen har egen lege i 30 % stilling. Det gjennomføres legevisitt to ganger i uken, og i forkant av legevisitt har personalet ved avdelingen kartlagt hvilke pasienter som har behov for legevisitt, og dokumentert behovene. Alle pasienter har rutinemessig legevisitt årlig (årskontroll), og fast legemiddelgjennomgang årlig.

Både ledelsen, tillitsvalgte og verneombud, fortalte at sykehjemslegen på langtidsavdelingen også stiller opp utenfor sin faste tid, for å ivareta pasientene på best mulig måte der de er, fremfor at pasienter må sendes på legevakten. I tillegg har langtidsavdelingen alltid ansvarlig sykepleier på vakt. På natt er det en sykepleier som har husvakt. Tillitsvalgt og verneombud opplyste at leger ved andre avdelinger skal bistå ved akutte situasjoner, men dette samarbeidet fungerer ikke.

Helsehuset kan også henvise til annet relevant personell, som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, tannpleier, optiker, legebil og mobil røntgen, som kan komme på sykehjemmet ved behov. I tillegg er det frisør og fotpleie på huset en gang i uken. De uttrykker at dette i hovedsak fungerer bra. Spørreundersøkelsen viser at ansatte ved Hogsnes mener at det bare i noen grad/litt stor grad er mulighet til fysioterapitjeneste ved behov.

Nes sykehjem

Sykehjemmet har en lege i 100 % stilling. Legen er tilgjengelig også utenom arbeidstid. Legen har faste legevisitt-tider på hver avdeling, men bidrar også med samtaler der pasient har behov for beroligende ord fra lege.

Ifølge ledelsen gjennomføres samtale mellom lege og pasient ved innkomst, og pårørende gis tilbud om oppfølgingssamtale minst en gang i året, fysisk eller digitalt. Behandlingsavklaring, dvs. hva pasienten/ pårørende ønsker av behandling ved forverret tilstand, gjøres som gjøres regel ved innkomst, men det er også avgjørende hvor klare pasient og pårørende er for denne type samtale. Behandlingsavklaring skal tas opp minimum ved innkomst og revurderes en gang i året og ellers dersom noe endrer seg. De opplyste at de legger vekt på å inkludere pårørende.

Både ledelsen, tillitsvalgte og verneombud opplyste at de også har fotterapeut og frisør på huset. De har avtale med tannpleier, som kommer på sykehjemmet en gang i året. Sykehjemmet kan også henvise til annet relevant personell, som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, optiker, legebil og mobil røntgen, som kan komme på sykehjemmet ved behov. Personer med demens trenger trygge omgivelser, disse samarbeidene er dermed viktige.

Spørreundersøkelsen viser at ansatte ved Nes mener at det bare i noen grad/litt stor grad er mulighet til fysioterapitjeneste ved behov.

Maribu sykehjem

Maribu deler lege med Marie Treschow (50 % lege hver). Legen er tre dager i uka på Maribu, men er tilgjengelig hver dag, så det fungerer godt. Tillitsvalgt og verneombud fortalte at dersom det er behov for lege utenfor legens arbeidstid, må sykehjemmet bruke legebilen og legevakten.

Av annet relevant personell har Maribu fysioterapeut på huset i 40 % stilling, og i tillegg samarbeider sykehjemmet med ergoterapeut i Tønsberg kommune, logoped og psykolog kan kontaktes ved behov, ifølge ledelsen. Videre kommer Haugar tannklinikk hver 6.uke. Annet personale på sykehjemmet vil da også få noe opplæring for å bedre ivareta individuelle behov knyttet til tannhelse. Det ble fortalt at det har vært for lite fokus på munnstell. Lovisenberg har også ernæringsfysiolog som personalet kan benytte.

Ansatte ved Maribu mener at det i stor grad er mulighet til fysioterapitjeneste ved behov.

3.3.8. En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Hogsnes helsehus

Både ledelsen og tillitsvalgte/verneombud fortalte at de legger vekt på at avklaringer om hva pasienten ønsker ved en forverret helsetilstand skal gjøres tidlig/ved innkomst, og at pårørende blir involvert. Ledelsen trakk frem at tidlig kartlegging av behandlingsønsker likevel er et forbedringspunkt. Jo tidligere avklaringer blir gjort, og i samråd med pårørende, jo bedre. Pasient er gjerne friskere kognitivt ved starten av oppholdet, og vil dermed også ha bedre forutsetninger for å ytre sine ønsker. Når en pasient blir dårligere, skal pårørende inviteres til nye samtaler.

Både ledelsen og tillitsvalgt/ verneombud opplyste at «Livets siste dager» (LSD) benyttes som behandlingsregime når pasienten blir definert som døende. LSD settes i gang av sykepleier og lege, og blir lagt inn i tiltaksplan i CosDoc.

Ved Hogsnes helsehus er det laget egne pårørendeleiligheter. Rommene har egen seng og bad, og ment for å gi pårørende et verdig sted å hvile eller trekke seg tilbake, samtidig som de er tilgjengelige og til stede for nærstående pasient i livets siste dager. Dersom pårørende ikke er til

stede når LSD er igangsatt, prioriterer sykehjemmet å sette inn ekstra personell (det blir ikke brukt frivillige til dette). Dette opplever tillitsvalgte som positivt.

Ledelsen fortalte at kunnskap om palliasjon (lindrende behandling) og demens er en del av kompetanseplanen på langtidsavdelingen. Avdelingen arbeider med å lage et gruppebasert opplæringsprogram ledet av en ansatt med videreutdanning innenfor dette.

Nes sykehjem

Nes sykehjem følger også prosedyrer og skjemaer for LSD (Livets siste dager), og sykehjemmets lokale rutine for dette. Det er lege og sykepleier som starter LSD, og følger opp videre sammen med annet personale. Ifølge ledelsen dør de fleste pasientene stille og rolig på sykehjemmet. Det opplyses at behandlingsavklaringer gjerne er gjort i forkant, og som regel i forbindelse med innkomst.

Sykehjemmet har to pårørenderom, men disse brukes ikke så ofte. Pårørende ønsker ofte å være på pasientens rom, og da tilrettelegges det for at pårørende kan få en egen madrass.

Ifølge ledelsen avklares det under LSD, om det skal ringes til pårørende på natt ved endring i pasientens tilstand og annet som gjelder kontakt med pårørende til pasient i terminal fase.

Tillitsvalgte og verneombud sier at det til tider kan være utfordrende for sykepleier å følge opp. Er man alene sykepleier på vakt, har man ansvar for alle husets 101 pasienter, og det oppleves at dette skaper logistikkproblemer og utfordringer for kvaliteten i tjenesten. Det er spesielt problematisk dersom det er flere pasienter på LSD samtidig, da det kun er sykepleier som kan gi LSD medisiner. Sykehjemmet har ikke praksis for å sette inn ekstra personale for å sitte hos døende pasienter når pårørende ikke er til stede. Det kan oppleves som etisk krevende for personalet, dersom personer dør alene, fordi personalet ikke har vært til stede.

Virksomhetsleder på Nes skriver at:

Når pasienter i våre sykehjem blir satt på «livets siste dager» så vet vi med stor sikkerhet at det nærmer seg livets slutt. Det er ikke en automatikk i at det da leies inn ekstra personell for å sitte sammen med den pasienten som skal dø, dersom ikke pårørende er til stede. Det er kun i spesielle tilfeller hvor det leies inn ekstra, eks dersom pasienten har sterk uro og er redd for å være alene. Vi tenker at det å dø på sykehjem ikke er å dø alene, vi har døgnbemanning og når noen står på livets siste dager så får man hyppigere tilsyn enn ellers. Behovet for ekstra bemanning vurderes i hvert enkelt tilfelle og gjennomføres hvor dette er nødvendig.

Maribu sykehjem

Ledelsen fortalte at lege gjør en behandlingsavklaring ganske raskt med nye pasienter. Det kan være behov for flere samtaler om dette, og det er heller ikke alltid pasient og pårørende er enige.

Maribu sykehjem følger også prosedyrer og skjemaer for LSD (Livets siste dager). Behandlingsavklaring skal oppdateres, dette ivaretar lege. Det skal stå i journalen, men også i en perm, i tilfelle data ikke fungerer.

Både verneombud, tillitsvalgt og ledelsen, mener at personalet på Maribu er gode på dette. Beboere ligger ikke med smerter, selv før LSD er satt i gang følger personalet tett med.

Videre ble det fortalt at når en beboer er veldig dårlig, er det alltid noen til stede, ingen skal ligge alene. Dette bekrefter både ledelsen og tillitsvalgt/verneombud, som sier at de ofte prioriterer å sette inn fastvakt, også på natt. Ifølge ledelsen hender det også at de har fastvakt selv om pårørende er til stede, da det er noen som ikke ønsker å sitte alene. Erfarne tilkallingsvikarer brukes ofte som fastvakt. Ledelsen og tillitsvalgte/verneombud, mener at fastvakt bidrar til en verdig og god livsavslutning.

3.3.9. Oppsummering - Hva mener ledelsen og tillitsvalgte/ verneombud om utfordringer knyttet til ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov i sykehjem?

Vi spurte ledelsen og tillitsvalgte/ verneombud ved sykehjemmene, om det er områder som blir mer eller mindre oppfylt, og hva som eventuelt kan være utfordringene for at ivaretakelse av grunnleggende behov ikke blir oppfylt på god nok måte.

Av utfordringer, som var felles for alle de tre sykehjemmene, ble bemanningsutfordringer og rekrutteringsproblemer nevnt. Når det gjaldt bemanningsutfordringer, ble det fortalt at bemannings-/pleiefaktoren har vært uendret, til tross for at pasienter på langtidsavdelingene i dag generelt er sykere, med mer komplekse behov, mer psykiatri og APDS (adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens.) Dette kan være vanskelig å møte, med dagens bemanning, og presset på de ansatte er stort - de driver med konstant «brannslukking», og opplever ikke å strekke til på flere områder. Leder ved Nes sykehjem mener grunnbemanningen i dag er minimal, men ikke uforsvarlig. Til tross for at tillitsvalgt og verneombud ved Maribu opplever at de ikke har mulighet til å gi pasientene nok og at de kan føle seg dratt, så opplever de at grunnbemanningen nå er ganske god, og det har mye å si hvem som bor der nå.

De vi har snakket med er bekymret fordi det er langt færre søkere enn før på stillinger som krever helsefaglig utdanning. Vakante stillinger fylles gjerne med lavere kompetanse, som igjen gir lavere kvalitet på tjenesten. Spesielt tillitsvalgte og verneombud ved Nes sykehjem uttrykte bekymring for sykepleierdekningen og at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. De fortalte at de går mye med marginal sykepleierdekning, som gjør det svært sårbart, spesielt ved sykdom. Det ble opplyst at ansatte har sluttet i kommunen, på grunn av opplevelse av uforsvarlige arbeidsforhold knyttet til bemanning og fagkompetanse.

Høyt sykefravær over tid er en utfordring ved alle sykehjemmene. Dette sliter på de ansatte, ved at mange må ta ekstravakter, jobbe overtid og langvakter. Det ble fortalt at nye vikarer spesielt er et problem på en avdeling for pasienter med demens. Det skaper utrygghet for pasientene, og stor belastning på fast personale.

Til tross for en presset arbeidssituasjon ved alle sykehjemmene, ga både ledelsen og tillitsvalgte/ verneombud ved alle sykehjemmene uttrykk for at de har engasjerte medarbeidere, som står på og vil det beste for pasientene.

3.3.10. Dokumentasjon i pasientens journal – kartlegging av personlige ønsker og ivaretakelse av beboerens ønsker/ grunnleggende behov

I intervju med ledelsen og tillitsvalgte/ verneombud ved de tre sykehjemmene, spurte vi om på hvilken måte kartlegging av personlige ønsker/ behov og ivaretakelse av disse blir dokumentert i pasientens journal. En oppsummering av svarene er tatt inn nedenfor:

Hogsnes helsehus

Beboeres ønsker blir lagt inn som BRP og tiltak[18] i pasientens journal i CosDoc. Praksis skal være at alle tiltak skal dokumenteres med en rapport, det skal dokumenteres hvordan tiltak gjennomføres. Det ble fortalt at dokumentasjon og bruk av journal er en del av opplæringsplan. De har opplæring og veiledere som sier noe om hvordan dokumentere BRP under de ulike områdene. Det ble opplyst at dokumentasjon på utført tiltak i journal kunne vært bedre, det blir nok ikke skrevet rapport om alt som blir gjort. Det skrives ofte rapport i journal bare ved avvik.

Tillitsvalgt og verneombud mener at dersom det ikke er dokumentert i journalen, så er det ikke blitt gjort – enten det gjelder kartlegging av ønsker eller gjennomføring av tiltak. Det som blir gjort, blir i hovedsak dokumentert.

Nes sykehjem

Beboeres ønsker skal legges inn som BRP og tiltak i pasientens journal i Cosdoc. Det som allerede ligger inne av ønsker og tiltak blir ikke dokumentert på nytt, selv om informasjonen blir gjennomgått på nytt. Det ble sagt at det kunne vært bedre dokumentert at alle punkter er sjekket ut.

Aktiviteter knyttet til aktivitetsdosetten skal dokumenteres hver gang det ikke blir gjort. Blir alt gjort ihht. til planer, eller det ikke er noe spesielt å kommentere, så trengs det ikke dokumenteres. Ofte får pasient tilbud, men ønsker ikke aktivitet.

De tillitsvalgte og verneombud fortalte at små aktiviteter som blir gjort etter tiltaksplanen, ofte ikke dokumenteres i CosDoc. De tillitsvalgte var enige om at det med stor sannsynlighet er en underrapportering – spesielt knyttet til Aktivitetsdosetten. Det ble sagt at det tar lang tid å rapportere på tiltak. En tillitsvalgt sa at de ikke har rutine for å lese tiltaksplan hver dag.

[18] Tiltaksplaner lages i form av BRP (Behov, ressurs, problem) med tilhørende tiltak.

Arbeidslister, tilsvarende det hjemmetjenesten bruker, antas å være en bedre løsning. De tillitsvalgte fortalte at de etter hvert vil få iPad med arbeidsliste i CosDoc – dette gleder de seg til.

Ellers er og skal fagkulturen være at alt skal dokumenteres, men det er stor forskjell på personell. Noen dokumenter alt, mens andre bare det som er utenfor normalen. Tillitsvalgte/verneombud mener at ledelsen har gitt ulik beskjed om hva som skal være praksis. Det fremkommer at kollegaer blir spurt om å journalføre for andre.

Maribu sykehjem

Ledelsen ved Maribu sier at det er tidkrevende å dokumentere, og en innkomst er f.eks. veldig tidkrevende i seg selv. Det er ikke alltid man klarer å etterleve alle krav til dokumentasjon. Oppgaver blir utført, men ikke alltid dokumentert.

Maribu har brukt kommunens fagsystem, CosDoc, i 1,5 år. Maribu er en ekstern aktør, og av pasientsikkerhetsgrunner har ikke systemavtalen med kommunen fungert optimalt. Lovisenberg har inngått avtale rundt basismodul, som ikke inkluderer bruk av nettbrett. Det samhandles nå om en utvidelse av avtalen, slik at brettene kan tas i bruk. Personalet har ikke tilgang på CosDoc på annet enn stasjonær pc, selv om nettbrett er kjøpt inn. Maribu hadde papirjournal frem til 2018, og har siden hatt en kombinasjon av papirsystem og Cosdoc. Lovisenberg Maribu og Marie Treschows dokumentasjon defineres i dag som hel-elektronisk. Der hvor det foreligger papir av deljournaler, sendes disse til skanning i Tønsberg kommune, slik at disse kommer inn i pasientens elektroniske journal.

Det som er lett å dokumentere, er det de gjør daglig. Den største utfordringen er at det er mer tilfeldig hvor godt det er beskrevet hva pasient ønsker eller trenger, og at man må lete etter viktig informasjon. Journalen drukner lett i kommentarer om hva som er gjort. En arbeidsplan med sjekkliste på iPad (nettbrett), ville løst dette. For noen ansatte er det også en utfordring å dokumentere elektronisk.

Revisors stikkprøver i pasientjournal

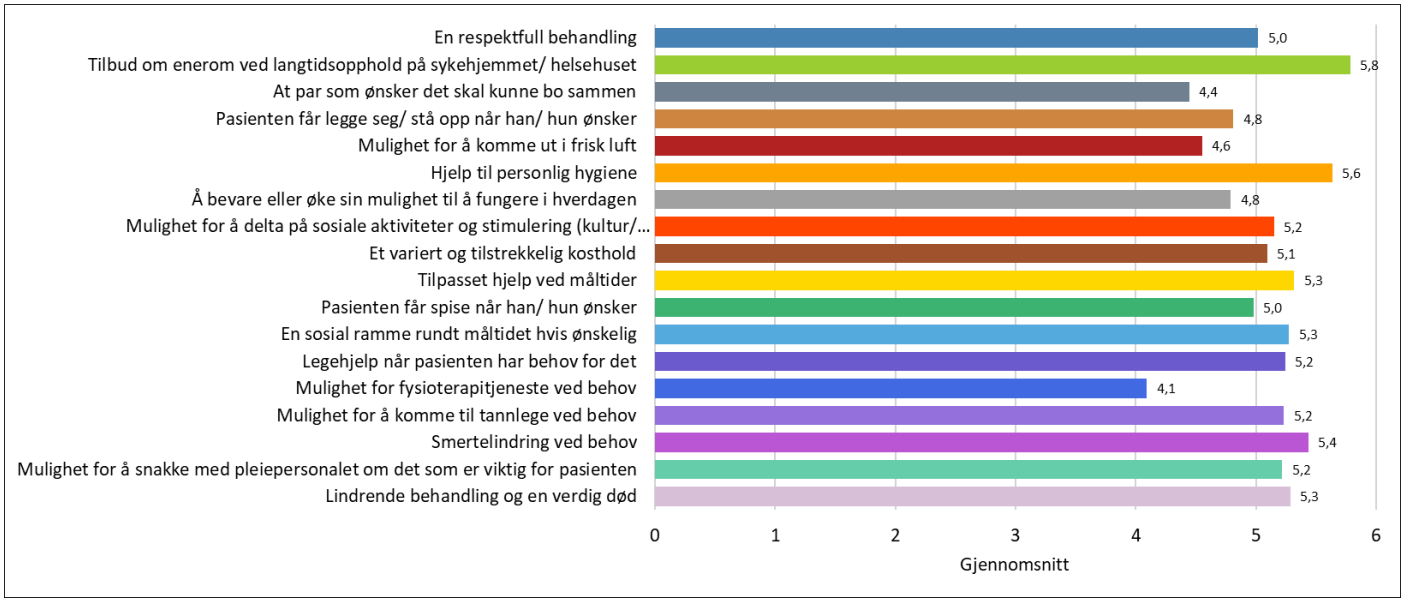
Vi har gjort noen få stikkprøver i pasientjournaler i fagsystemet CosDoc. Hovedhensikten var å undersøke om beboernes personlige ønsker/ behov er kartlagt og dokumentert i journalen, om det er lagt inn BRP med tiltak etter beboers ønsker og om journalen viser at beboernes ønsker/ tiltak blir oppfylt.

Vi så på tre tilfeldige pasientjournaler ved hvert sykehjem, totalt ni. Med så lite utvalg er ikke resultatet representativt i seg selv, men må ses i sammenheng med informasjonen vi fikk i intervjuene. Gjennomgangen viste følgende:

- Alle de 9 beboerne har enerom
- Syv av ni pasientjournaler viste at innkomstsamtale, med kartlegging av beboerens personlige ønsker, var gjennomført. Fem var dokumentert i CosDoc. De to pasientene hvor det ikke lå informasjon om innkomstsamtale, kom til sykehjemmene før CosDoc ble installert.[19] Vi har ikke undersøkt om innkomstsamtalene er dokumentert på annen måte.
- Åtte av ni pasientjournaler viste at beboer har spesielle ønsker bl.a. knyttet til personlige-, sosiale- og fysiologiske behov. Den ene beboeren, hvor det var lite informasjon om personlige ønsker i journal, kom til sykehjemmet før CosDoc ble innstallert på sykehjemmene.
- Alle de 9 undersøkte pasientjournalene viste at beboer har tiltaksplaner i form av BRP og tiltak[20] i CosDoc. Tiltakene er basert på beboerens ønsker/ behov, men ikke alltid oppdatert.
- I alle de 9 pasientjournalene lå det rapporter på at tiltak er gjennomført/ ikke gjennomført. Det var stor variasjon i hyppigheten og omfanget av hvor mye som rapporteres. Dette samsvarer med hva vi fikk opplyst i intervjuene.

3.3.11. Hva mener de ansatte om ivaretakelsen av beboernes grunnleggende behov?

Vi har spurt de ansatte (eksklusiv virksomhetsledere) ved de utvalgte sykehjem/helsehus om ivaretakelsen av beboernes grunnleggende behov. Figur 9 viser gjennomsnittscore på de forskjellige påstandene, hvor 1 er i svært liten grad og 6 er i svært stor grad:



[19] Kommunen tok i bruk CosDoc 1.1.2020, dokumentasjon før 2020 skal ligge i et arkivsystem. Maribu tok i bruk CosDoc i september 2022. Dokumentasjon før 2022 skal ligge i kommunens arkivsystem.
[20] Tiltaksplaner lages i form av BRP (Behov, ressurs, problem) med tilhørende tiltak.

Figur 9 - Gjennomsnitt score fra ansatte på spørsmålet: I hvilken grad vurderer du at sykehjemmet/ helsehuset tilbyr pasientene tjenester som er i tråd med innholdet i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien? Svar skala: 1-6, hvor 1 er Svært liten grad og 6 er Svært stor grad - N= 108

Figuren viser at de ansatte mener at de fleste områdene, som skal ivaretas, i stor grad blir ivaretatt, i samsvar med kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. Gjennomsnittscoren for de tre sykehjemmene er på over 5 for de fleste områdene. Vi har sett nærmere på svarfordelingen på de ulike sykehjemmene på områder hvor gjennomsnittscoren er under 5. Denne analysen viser følgende:

- Ansatte på Maribu svarer noe mer negativt enn ansatte på Nes og Hogsnes, på spørsmålet om at par som ønsker det skal kunne bo sammen (snitt 3,2).
- Ansatte på Nes har lavest gjennomsnittscore når det gjelder beboers mulighet for å komme ut i frisk luft (4,1) og mulighet for fysioterapi ved behov (3,4). Ansatte på Maribu har gjennomsnittscore på 5,1 på spørsmålet om mulighet for fysioterapitjeneste.
- På de øvrige områdene i figuren hvor gjennomsnittscoren er under 5, er det liten variasjon i gjennomsnittscoren for de ulike sykehjemmene/ helsehuset som deltok i undersøkelsen.

Årsaker til manglende oppfyllelse av kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien
Vi spurte de ansatte om hva de mener er årsaken til mangelfull oppfyllelse av kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. De ansatte har tatt stilling til tre faktorer:

- mangel på kompetanse,
- mangel på tid og
- manglende bevissthet på kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien

De har svart på i hvor stor grad de ulike faktorene medfører at man ikke oppfyller verdighetsgarantien, se tabell 13.

	1 - Svært liten grad	2 - Ganske liten grad	3 – Litt liten grad	4 – Litt stor grad	5 - Ganske stor grad	6 - Svært stor grad	Vet ikke
Mangel på tid	0,9%	6,5%	16,7%	18,5%	25,0%	25,9%	6,5%
Mangel på kompetanse	9,3%	13,0%	21,3%	29,6%	12,0%	7,4%	7,4%
Manglende bevissthet på kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien	7,4%	13,9%	10,2%	28,7%	18,5%	7,4%	13,9%

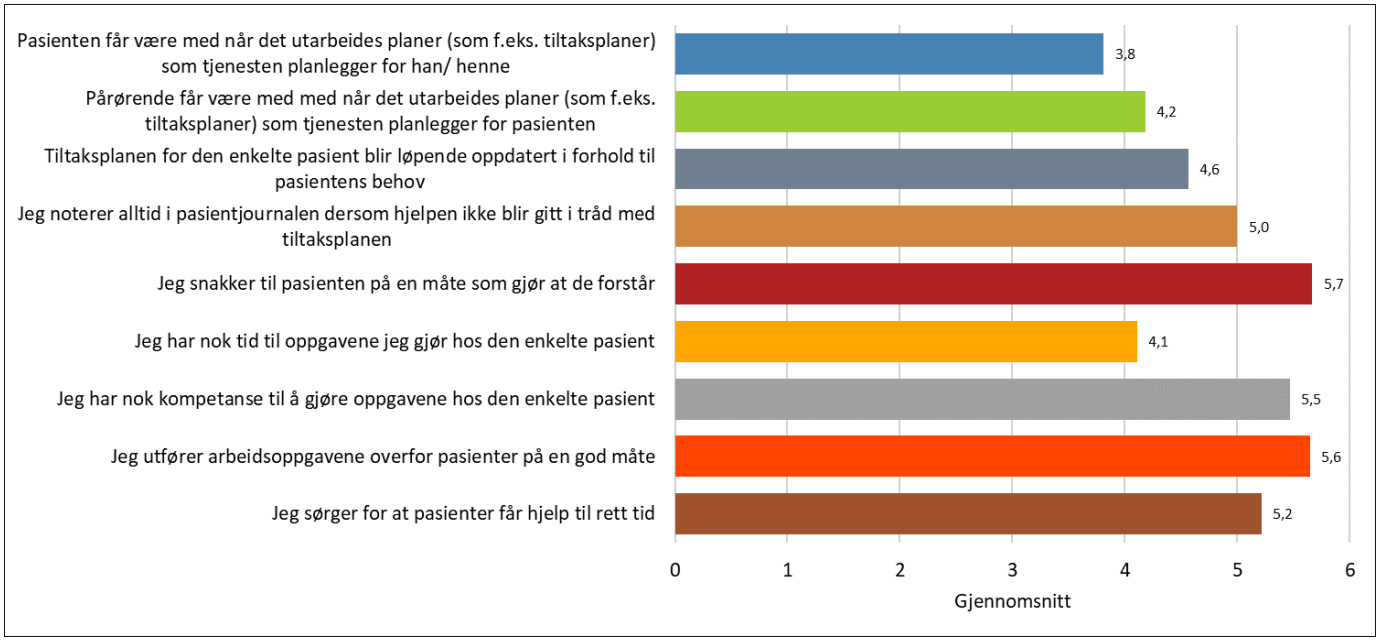
Tabell 13 - Ansattes svar på påstander om hva som kan redusere oppfyllelse av kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien - N=108

Samlet sett svarer de ansatte at alle de tre faktorene i betydelig grad kan bidra til å redusere oppfyllelse av kravene i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien. Hele 69 % har svart i stor grad (4-6 på en skala fra 1-6) at mangel på tid kan bidra til å redusere oppfyllelsen av kvalitetsforskriften

og verdighetsgarantien, mens rundt halvparten har svart at de to andre faktorene i stor grad (4-6), kan bidra til å redusere oppfyllelse av verdighetsgarantien.

Kvalitet i arbeidet

Vi ba også de ansatte om å ta stilling til noen påstander som omhandler kvalitet i arbeidet på sykehjemmet, se figuren under.



Figur 10 - Gjennomsnitt score fra ansatte på påstander om kvalitet i arbeidet. Svarskala 1-6, hvor 1 er svært liten grad og 6 er svært stor grad - N = 108

Figur 10 viser at det er positive tilbakemeldinger fra de ansatte på de fleste påstandene om kvalitet i arbeidet. På fem av ni påstander svarer de ansatte gjennomsnittlig 5 eller høyere (6 er best). Noen områder har gjennomsnittscore under 5. Påstanden om at pasienten får være med når det utarbeides planer for han/ henne, har lavest gjennomsnittscore (3,8). Vi har sett nærmere på svarfordelingen på de ulike sykehjemmene, på påstandene hvor gjennomsnittscoren er under 5. Denne analysen viser:

- Ansatte på Nes har lavest gjennomsnittsscore på den første påstanden om pasientens medvirkning når planer skal utarbeides (3,6), mens Hogsnes helsehus har høyest gjennomsnittscore (4,3) på denne påstanden.
- På den andre påstanden, om pårørende får være med når det utarbeides planer for pasienten, har Maribu lavest gjennomsnittscore (3,9), mens ansatte på Hogsnes har høyest gjennomsnittscore (4,5).
- Det er mindre variasjoner i gjennomsnittscore (0,4) mellom sykehjemmene/ helsehuset, på påstanden om tiltaksplanen for den enkelte blir løpende oppdatert i forhold til pasientens behov.
- Det er også liten variasjon i gjennomsnittscore mellom sykehjemmene/ helsehuset, på påstanden om nok tid til å gjøre oppgavene hos den enkelte pasient (0,3 i variasjon).

3.3.12. Pårørendes tilfredshet med kvaliteten på tjenesten

Pårørendeundersøkelser

Tønsberg kommune benytter Bedrekommune.no, utarbeidet av KS, når de gjennomfører pårørendeundersøkelser. Kommunen gjennomfører årlige undersøkelser mot pårørende av beboere på sykehjem.

Maribu sykehjem gjennomfører også pårørendeundersøkelser, men ikke den samme undersøkelsen som kommunen bruker.

Tilfredshet hos pårørende til beboere i institusjon Tønsberg kommune

I 2023 ble det sendt undersøkelse til totalt 233 pårørende til beboere i institusjon i Tønsberg kommune. 111 besvarte undersøkelsen, som gir en svarprosent på 48 %. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen mellom sykehjemmene:

Enhet	Planlagt svar	Svar	Svarprosent
PLO – Institusjon	233	111	48 %
Eik sykehjem	65	29	45%
Nes sykehjem	70	29	41 %
Hogsnes	36	23	64 %
Re sykehjem	62	30	48 %

Tabell 14 - Antall svar og svarprosent - pårørendeundersøkelse institusjon - Tønsberg kommune - 2023

Verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften

De pårørende i institusjon ble spurt om i hvilken grad de er fornøyde med ulike faktorer relatert til kravene i verdighetsgarantien *og* kvalitetsforskriften. Tabellen nedenfor viser gjennomsnittscore for pårørende på de ulike sykehjemmene og gjennomsnittscore for pårørende på alle sykehjemmene. 1 er svært liten grad fornøyd og 6 er svært stor grad fornøyd:

I hvilken grad er du fornøyd med:	Eik sykehjem	Nes sykehjem	Re helsehus	Hogsnes helsehus	Snitt alle
Opplevelse av trygghet og respektfull behandling					
Beboeren føler seg trygg?	5,00	5,11	4,86	4,82	4,95
De ansatte behandler beboeren med respekt?	5,55	5,24	4,83	5,13	5,19
Beboeren opplever at hans/hennes verdighet blir ivaretatt?	5,16	4,96	4,74	4,76	4,91

De ansatte hører på beboeren hvis det er noe å klage på?	5,12	4,76	4,57	4,68	4,78
Beboeren er trygg på at de ansatte kommer når han/hun trenger det?	5,30	4,78	4,54	4,32	4,73
Enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer					
Beboeren trives på rommet/i leiligheten?	4,63	4,39	4,71	4,61	4,59
Baderommet er tilrettelagt for beboeren?	5,07	5,17	5,27	5,65	5,29
Personlig behov – personlig hygiene, følge en normal livs- og døgnrytme, oppfølging av fysisk funksjonsnivå					
Beboeren får stå opp når han/hun vil?	5,32	5,10	4,81	4,00	4,81
Beboeren får legge seg når han/hun vil?	5,11	5,13	4,93	4,26	4,86
Muligheten beboeren har til å komme ut i frisk luft?	4,19	3,31	3,75	3,71	3,74
Hjelpen beboeren får til personlig hygiene?	4,52	4,38	4,68	4,32	4,47
Muligheten beboeren har til privatliv?	4,78	5,07	4,81	4,74	4,85
Sosiale behov - aktiviteter og stimulering					
Beboerens deltakelse i aktiviteter?	4,05	3,32	3,72	3,35	3,61
Det kultur/underholdningstilbudet som blir tilbudt beboeren?	4,28	3,48	4,15	4,05	3,99
Beboeren får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud?	4,33	4,25	4,33	3,81	4,18
Fysiologiske behov - måltider og ernæring					
Maten som serveres beboeren?	4,78	4,88	4,66	4,50	4,70
Det legges til rette for beboeren slik at han/hun får spise når han/hun ønsker?	5,29	4,67	4,40	4,28	4,66
Tilbudet om matservering til beboeren på kveld/natt?	5,30	4,58	4,33	3,93	4,54
Den sosiale rammen rundt beboerens måltid?	4,92	4,29	4,29	4,15	4,41
Oppfølging av lege og annet relevant personell					
Legehjelpen beboeren får når det er behov for det?	5,07	4,69	4,54	4,70	4,75
Fysioterapitjenesten beboeren får når det er behov for det?	2,38	2,70	3,37	2,64	2,77
Beboerens mulighet til å komme til tannlege?	5,00	3,81	3,95	4,50	4,32
Smertelindringen beboeren får når det er behov for det?	4,88	4,91	4,87	4,45	4,78

Beboeren har mulighet til å snakke med pleiepersonalet?	5,26	4,63	4,86	4,57	4,83
Beboeren har mulighet til å snakke med noen om det som er viktig for ham/henne?	4,78	4,35	4,58	4,33	4,51

Tabell 15 - Pårørendes svar på ulike spørsmål om kravene i verdighetsgarantien blir oppfylt, N=111

Tabellen viser at det er positive tilbakemeldinger (høy gjennomsnittscore) fra de pårørende på de fleste spørsmålene som omhandler kravene til en verdig, trygg og meningsfull alderdom, i samsvar med den enkeltes behov. Vi ser imidlertid at gjennomsnittscore for de pårørende gjennomgående er noe lavere enn for de ansatte, vist i figur 9 foran. Det varierer også mellom sykehjemmene/ helsehusene hvor fornøyd de pårørende er på de ulike områdene. Vi har merket oss noen områder, hvor gjennomsnittscore er under 4:

- På spørsmålet om muligheten beboeren har til å komme ut i frisk luft er gjennomsnittscoren på 3,74. Pårørende til beboere på Nes sykehjem svarer mest negativt, med en gjennomsnittscore på 3,31.
- På spørsmålene om det kulturelle/ underholdningstilbudet som blir tilbudt beboeren, og beboerens deltakelse i aktiviteter, er også gjennomsnittscoren under 4 (henholdsvis 3,99 og 3,61). På disse spørsmålene er også gjennomsnittscoren lavest på Nes sykehjem (3,48 og 3,32). Pårørende på Hogsnes helsehus har også lav gjennomsnittscore på spørsmålet om beboerens deltakelse i aktiviteter (3,35).
- Det er lav gjennomsnittscore på spørsmålet om beboeren får fysioterapitjeneste når det er behov for det (2,77). Tabellen viser at gjennomsnittscoren varierer fra 2,38 (Eik sykehjem) til 3,37 (Re helsehus).

I hvilken grad er du fornøyd med:	Eik sykehjem	Nes sykehjem	Re helsehus	Hogsnes helsehus	Snitt alle
Beboerne får være med når det utarbeides planer (som for eksempel pleieplan, tiltaksplan og individuell plan) som tjenesten planlegger for ham/henne?	1,88	2,57	2,69	3,00	2,53
Du(pårørende) er med når det utarbeides planer som angår beboeren. (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan)	3,83	3,35	2,54	2,89	3,15
De ansatte snakker klart og tydelig med beboeren?	5,29	4,96	4,63	4,57	4,86
Beboer trives sammen med de ansatte?	5,21	5,11	5,00	4,78	5,03
Beboer trives sammen med de andre beboerne?	3,91	4,13	4,00	3,65	3,92

Har du det siste året hatt en planlagt samtale med pleiepersonale om tjenestetilbudet til beboeren?	1,46	1,72	1,63	1,61	
I hvor stor grad opplevde du at samtalen var nyttig for deg som pårørende?	5,27	4,83	5,20	4,67	4,99
Beboeren fikk plass på sykehjemmet/i omsorgsboligen da han/hun trengte det?	5,31	4,90	5,13	5,17	5,13
Alt i alt, opplever du at beboeren er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen?	5,07	4,79	4,93	4,70	4,87
Antall svar totalt	29	29	30	23	111

Tabell 16 - Pårørendes svar på ulike spørsmål om krav til kvalitet, N=111

Tabellen viser at alt i alt opplever de pårørende at beboeren er fornøyd i stor grad (snittscore 4,87). Vi registrerer at det er lav gjennomsnittscore på spørsmålene om beboerens og pårørendes medvirkning når pleieplaner skal utarbeides og når det gjelder planlagte samtaler om tjenestetilbudet. Spørsmålene om medvirkning tar ikke høyde for at beboere kan være for syke til å delta, eller at pårørende har takket nei til å delta.

Tilfredshet hos pårørende til beboere ved Maribu sykehjem

Lovisenberg omsorg har i 2023 gjennomført en undesøkelse til pårørende til beboere ved Maribu sykehjem. Undersøkelsen ble sendt til 43 personer, og 25 besvart undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 58. Resultat fra undersøkelsen er tatt inn på neste side.

Pårørendes svar på påstander:	**Maribu sykehjem, snittscore, skala 1 - 5**
Opplevelse av trygghet og respektfull behandling	
Jeg har inntrykk av at min nærstående blir behandlet med høflighet og respekt	4,80
Jeg har inntrykk av at min nærstående føler seg trygg på sykehjemmet	4,60
Jeg opplever at personalet ved sykehjemmet viser omsorg for min nærstående	4,70
Personlig behov – personlig hygiene, følge en normal livs- og døgnrytme, oppfølging av fysisk funksjonsnivå	
Jeg har tilstrekkelig tillit til at personer har tilstrekkelig kompetanse til å gi min nærstående god pleie.	4,50
Jeg opplever at sykehjemmet følger opp endringer i min nærstående sin helse.	4,20
Sosiale behov - aktiviteter og stimulering	

Jeg opplever at sykehjemmet har aktiviteter og kulturelle tilbud som passer for min nærstående	3,40
Fysiologiske behov - måltider og ernæring	
Jeg har inntrykk av at måltidene er en hyggelig stund for min nærstående	4,20
Andre spørsmål om kvalitet	
Jeg opplever at jeg er velkommen på sykehjemmet som pårørende.	4,80
Jeg har et godt samarbeid med sykehjemmet.	4,50
Alt i alt er jeg fornøyd med det sykehjemmet min nærstående bor på.	4,60
Antall svar totalt	25

Tabell 17 – Pårørendes svar på påstander om kravene i verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften blir oppfylt, N= 25

Tabellen viser at det er positive tilbakemeldinger (høy gjennomsnittscore) fra de pårørende på de fleste spørsmålene som omhandler kravene til en verdig, trygg og meningsfull alderdom i samsvar med den enkeltes behov. De pårørende opplever at de er velkomne på sykehjemmet, og at de har et godt samarbeid med sykehjemmet. Påstanden om at sykehjemmets aktiviteter og kulturelle tilbud passer deres nærstående, har lavest gjennomsnittscore, dvs. 3,4.

3.4. Revisors vurdering – tiltak og praksis

Rammebetingelser

Noen rammebetingelser er viktige for at kommunen/ sykehjemmene skal kunne sørge for at rutiner og prosedyrer blir fulgt/ oppfylle kravene til tjenesten. Etter vår gjennomgang av kvalitetssystem/internkontroll, ledelsesstruktur, økonomi, bemanning og kompetanse på et overordnet nivå, vurderer vi at det i hovedsak er lagt til rette for at sykehjemmene skal oppfylle kravene til tjenesten. Det er likevel noen områder hvor kommunen har og vil ha utfordringer fremover, og som vil kunne påvirke kvaliteten på tjenestene.

Vi vurderer at den økonomiske situasjonen blir en utfordring, med strammere rammer fremover. Rekruttering av sykepleiere og vernepleiere er også en utfordring, ikke bare for Tønsberg, men også på landsbasis. Høyt sykefravær (sykefraværet var 11 % eller mer på de kommunale sykehjemmene i 2023), påvirker også den daglige bemanningssituasjonen og er en belastning på de ansatte.

Opplevelse av trygghet og respektfull behandling

Tønsberg kommune
Kommunen har ikke spesifikke prosedyrer, som omhandler trygghet og respektfull behandling, med de har prosedyrer på at hver pasient skal ha en primærkontakt og pasientansvarlig sykepleier - og hva som ligger i disse rollene. Vi vurderer at dette er med på å gi en trygg og respektfull

behandling til beboer. Prosedyre for innkomstsamtale, med sjekklister, og kartlegging av pasientens livshistorie, vurderes også å være gode tiltak for at ansatte blir kjent med pasientens liv og familie og skape trygghet for beboeren.

Basert på informasjon gitt i intervju ved de to kommunale sykehjemmene vi besøkte og spørreundersøkelsen, vurderer vi at kommunen følger prosedyrene om at hver pasient skal ha primærkontakt og pasientansvarlig sykepleier. Vi vurderer også at de i stor grad har en praksis hvor de følger prosedyre for innkomstsamtale, med sjekklister, og kartlegging av pasientens livshistorie. Vi vurderer at dette er viktige faktorer/ tiltak, for å skape trygghet for pasienten og respektfull behandling. Pårørendeundersøkelsen, som kommunen gjennomfører, støtter også dette inntrykket.

Maribu sykehjem

Vi vurderer at Lovisenberg omsorg har prosedyrer for å sikre opplevelsen av trygghet og respektfull behandling, gjennom prosedyre for å sikre at beboer får dekket sine grunnleggende behov og styring av eget liv. Prosedyrer for primærkontakt og innkomstsamtale/ omsorgsavtale bidrar også til dette. Basert på informasjon gitt i intervju med sykehjemmet og spørreundersøkelsen, vurderer vi at sykehjemmet har en praksis hvor de i stor grad følger de nevnte prosedyrer, og at dette er viktige tiltak for å skape trygghet for pasienten og respektfull behandling. Pårørendeundersøkelsen som sykehjemmet gjennomfører støtter også dette inntrykket.

Enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer

Kommunen har ikke rutine for å sikre enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer i sykehjem (langtidsplasser), men ifølge kommunen er hovedregelen at pasienter på langtidsavdeling i institusjon får enerom. Dette bekreftes i intervju med ansatte. Vi vurderer derfor at kommunen har tiltak og praksis som sikrer at beboere har enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer, dersom det er ønskelig og hensiktsmessig.

Personlig behov – personlig hygiene, følge en normal livs- og døgnrytme, adgang til å komme ut, og oppfølging av fysisk funksjonsnivå

Tønsberg kommune

Vi vurderer at kommunen i stor grad har tiltak og praksis for å kartlegge og fange opp pasientenes personlige behov, i tråd med kommunens prosedyrer. Tilbakemeldinger gitt i intervju, tyder også på at beboerne i stor grad får styre sin egen døgnrytme – og at personalet strekker seg langt for å imøtekomme individuelle behov. Vi vurderer også at alle sykehjemmene i stor grad kartlegger risiko for fall og setter inn fallforebyggende tiltak, i tråd med kommunens prosedyrer.

Kommunen har ikke prosedyre for hvordan omsorgen skal sikre at fysisk funksjonsnivå blir fulgt opp. De har heller ikke rutiner som sikrer at beboere kommer ut i frisk luft. Tilbakemeldinger gitt i intervju, viser at det varierer hvordan sykehjemmet/ helsehuset følger opp beboernes fysiske funksjonsnivå. Dette kan ha sammenheng med at sykehjemmene i Tønsberg ikke har egen fysioterapeut, slik at det ved behov må sendes henvendelsesskjema om fysioterapi til Mestring og forebyggende tjenester i kommunen.

Svarene på spørreundersøkelsen viser at ansatte på Nes har lavest gjennomsnittscore når det gjelder mulighet for fysioterapi ved behov (3,4) og beboers mulighet for å komme ut i frisk luft (4,1).

Pårørendeundersøkelsen til beboere på sykehjem i Tønsberg kommune, viser at de i stor er fornøyd med muligheten beboeren har til å stå opp og legge seg når han/ hun vil, hjelp til personlig hygiene og privatliv, med unntak av muligheten beboeren har til å komme ut i frisk luft, hvor gjennomsnittscoren er noe lavere (3,74). Snittscore for pårørende på Nes er lavest (3,31) på dette spørsmålet.

Maribu sykehjem

Vi vurderer at Maribu i stor grad har tiltak og praksis for å kartlegge og fange opp pasientenes personlige behov, i tråd med sykehjemmets prosedyrer. Tilbakemeldinger gitt i intervju, tyder også på at personalet prioriterer å tilpasse tilbudet til beboers ønske.

Vi vurderer også at Maribu sykehjem i stor grad kartlegger risiko for fall og setter inn fallforebyggende tiltak, i tråd med sykehjemmets prosedyrer.

Vi vurdere at Maribu har et godt og systematisk tilbud om frisk luft til beboere. Maribu har fysioterapeut på huset i 40 % stilling. Fysioterapeut har felles trim og individuell trening med mange av beboerne etter behov, og gir opplæring til annet personell om oppfølging av beboernes treningsprogram.

Spørreundersøkelsen til ansatte i sykehjemmene, viser at ansatte på Maribu har høyest gjennomsnittscore (5,1) på spørsmålet om mulighet for fysioterapitjeneste.

Sosiale behov - aktiviteter og stimulering

Tønsberg kommune

Vi vurderer at kommunen i stor grad har tiltak og praksis for å kartlegge og fange opp pasientenes sosiale behov og hva de liker å gjøre av aktiviteter, i tråd med kommunens prosedyrer. Begge sykehjemmene har tilbud om sosiale aktiviteter, men det er stor forskjell på tilbudene på Hogsnes helsehus og Nes sykehjem. Dette henger sammen med at brukergruppenes behov er forskjellige

på de to sykehjemmene. Det ble opplyst at noen brukergrupper blir urolige av for mye stimulering, og har mest behov for ro.

Begge sykehjemmene er tilknyttet Aktivitetsdosetten. Dette praktiseres ulikt, men baserer seg på at hver pasient får en egen plan som skal gjennomføres ukentlig. Tillitsvalgte og verneombud ved begge sykehjemmene ga uttrykk for at bemanningssituasjonen kan begrense muligheten til å prioritere individuelle aktiviteter.

Spørreundersøkelsen til ansatte i sykehjemmene (inklusiv Maribu), viser at de mener at beboere i stor grad har mulighet til å delta på sosiale aktiviteter og stimulering (gjennomsnittscore 5,2). De pårørende til beboere i sykehjem i Tønsberg, svarer litt mindre positivt på dette.

Basert på ovennevnte, vurderer at sykehjemmene i stor grad tilbyr aktiviteter og stimulering, slik at beboere får dekket sine sosiale behov.

Maribu sykehjem
Vi vurderer at Maribu sykehjem i stor grad har tiltak og praksis for å kartlegge og fange opp pasientenes sosiale behov og hva de liker å gjøre av aktiviteter.

Sykehjemmet har flere tilbud, både felles arrangementer og tilbud om egentid en time i uka, sammen med en ansatt. Maribu har også en kulturmedarbeider i 50% stilling, som er ansvarlig for flere aktiviteter/arrangementer.

Tillitsvalgt og verneombud på Maribu, mener at det er et godt sosialt samhold i avdelingene, det er fint og lett å gjøre ting med pasientene. De mener sykehjemmet har bra med tilbud og gjør mye for trivsel. Pårørende til beboere på sykehjem er litt mindre fornøyd med tilbudet.

Fysiologiske behov - måltider og ernæring

Tønsberg kommune
Vi vurderer at kommunen har tiltak og praksis for å sikre at tjenestemottakers ernæringsstatus blir kartlagt og jevnlig fulgt opp, i tråd med kommunens prosedyrer.

Basert på tilbakemeldinger gitt i intervju, spørreundersøkelse til ansatte og pårørende, vurderer vi at det i stor grad serveres god, variert og næringsrik mat ved sykehjemmene. Beboere kan få mat utover de fire hovedmåltidene ved sykehjemmet/ helsehuset dersom de ønsker det, de får tilpasset hjelp, og har en sosial ramme rundt måltidet.

Maribu sykehjem
Vi vurderer også at Maribu sykehjem har tiltak og praksis for å sikre at tjenestemottakers ernæringsstatus blir kartlagt og jevnlig fulgt opp, i tråd med sykehjemmets prosedyrer for ernæring og underernæring.

Tilbakemeldinger gitt i intervju og spørreundersøkelse til ansatte og pårørende, viser at Maribu i stor grad serverer god, variert og næringsrik mat, og at beboere kan få mat utover de fire hovedmåltidene ved behov og eget ønske. Vi vurderer også at beboere i stor grad får tilpasset hjelp og at måltidene er hyggelige for beboerne.

Oppfølging av lege og annet relevant personell

Vi vurderer at kommunen/ sykehjemmene har tiltak og praksis som skal sikre at beboere i institusjon blir fulgt opp av lege og annet personell, i tråd med kommunens/ Maribu sykehjems prosedyrer. Alle de tre sykehjemmene har lege tilknyttet sykehjemmet i ulike stillingsprosenter. Legen gjennomfører innkomstsamtale med nye beboere/ pårørende, behandlingsavklaring, legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, samt ha faste ukentlige legevisitter på avdelingene/ til beboere som har behov for lege, i tråd med kommunen og Maribu sykehjems rutiner på området.

Tilbakemeldinger gitt i intervju, spørreundersøkelse til ansatte og pårørende viser at beboere ved alle de tre sykehjemmene i stor grad blir fulgt opp av lege og får den legehjelpen de har behov for.

Vi mener også at alle de tre sykehjemmene ved behov har tilgang på annet relevant personell, som fysioterapeut, ergoterapeut, tannlege/ tannpleier med flere. De kommunale sykehjemmene savner imidlertid å ha fysioterapeut fast på huset, og vi vurderer at dette tilbudet er mindre tilgjengelig i kommunens sykehjem enn ved Maribu.

En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Både Tønsberg kommune og Maribu sykehjem har tiltak og praksis, som skal sikre beboere i institusjon en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. Både kommunen og Maribu sykehjem har prosedyre Livets siste dager, med skjemaer med plan for lindring i livets sluttfase, som skal være med på sikre optimal ivaretagelse av pasienter i livets siste fase, og deres pårørende. Maribu har i tillegg en guide for omsorg ved livets slutt, som utdyper ivaretakelse av pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov, og legge til rette for at pasienten ikke skal være alene. Tønsberg kommune har ikke noe tilsvarende.

Alle de tre sykehjemmene opplyste at de følger prosedyrer og skjemaer for LSD (Livets siste dager). Sykehjemmene bekreftet også at behandlingsavklaring gjøres i forbindelse med innkomst på sykehjem (den første tiden), og at pårørende ofte er involvert i dette.

Det er ulik praksis mellom kommunen og Maribu for å sette inn ekstra bemanning for døende pasienter, når pårørende ikke er til stede. Maribu har dette forankret i prosedyre fra Lovisenberg omsorg. Kommunen vurderer behovet i hvert enkelt tilfelle. Tillitsvalgte ved et av sykehjemmene opplyste at de ikke har anledning/ ressurser til å sette inn ekstra bemanning i slike situasjoner. Vi kan ikke se at kommunes prosedyrer/ skjemaer for LSD sier noe om å sette inn ekstra personell når pårørende ikke er til stede i terminal fase. Ledelsen ved Nes sykehjem, som ikke har fast praksis for å leie inn ekstra ressurser, mener at å dø på sykehjem ikke er å dø alene, da de har døgnbemanning, og når noen er i LSD-fasen får man hyppigere tilsyn enn ellers.

I Lovisenbergs (Maribu) rutine Omsorg ved livets slutt, står det under Terminal fase, at de skal legge til rette for at beboer ikke skal være alene. Behov for fastvakt skal vurderes, det skal avklares med evt. pårørende om behov for fastvakt eller hyppig tilsyn ved deres tilstedeværelse.

Dokumentasjon har ikke vært hovedfokus i denne revisjonen. Vi har imidlertid registrert at det er varierende praksis for å dokumentere hvordan beboers grunnleggende behov blir ivaretatt. Vårt inntrykk er at det til dels blir underrapportert på utførte tiltak i pasientens journal.

4. System for avvikshåndtering

Delproblemstilling 2: I hvilken grad har kommunen system og praksis for håndtering av avvik ved sykehjem?

Revisjonskriterier

- **Kommunen skal ha et avvikssystem og rutinebeskrivelser for melding og håndtering av avvik.**
- **Avvikssystemet skal være tilgjengelig for alle ansatte**
- **Kommunen skal følge opp meldte avvik for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring.**

4.1. System og rutiner for avvikshåndtering - data

Tønsberg kommune

Tønsberg kommune bruker dataprogrammet Compilo til melding og oppfølging av avvik. Alle ansatte i sykehjem i Tønsberg kommune, kan melde avvik ved å logge seg på kommunens kvalitetssystem, Compilo, og registrere avvik der.

I Compilo finnes det en prosedyre som heter Avviksmelding, en som heter Avviksbehandling, og et flytkart med navn Avviksprosess. Disse ligger under kommunens sektorovergripende dokumenter, fane for Kvalitet, og er tilgjengelige for alle ansatte.

Avviksmelding

Formålet med prosedyren er at Tønsberg kommune skal arbeide systematisk for å lære av uønskede hendelser og nestenhendelser. Dette ved å hindre gjentakelser og forbedre arbeidsmåter og tjenester. Videre står det at prosedyren gjelder alle ansatte, og at ansatte har et selvstendig ansvar for å rette opp hendelsen ved å igangsette strakstiltak, melde avvik og foreslå forbedringstiltak. I rutinene vises det til Compilos manualer for hvordan det meldes avvik, og det gis en detaljert framgangsmåte på 16 trinn.

Avvik ifølge prosedyre kan være:

- *Skader på*
  - *pasienter/brukere/elever/innbyggere*
  - *ansatte*
  - *miljø, bygg og materiell*
- *Truende/farlige situasjoner og ulykke*

- *Brudd på*
  - *prosedyrer*
  - *lovverk og forskrifter*
  - *HMS-regler*
- *Uønskede hendelser som kan gi negativt omdømme ("tåler det forsiden av avisene?")*
- *Manglende tilgang på nødvendig informasjon*
- *Manglende prosedyre*
- *Nesten hendelse som kunne gitt avvik i forhold til punkt ovenfor*

Avvikskategorien «Interne forhold» er ikke med i prosedyren, men en kategori i Compilo. Eksempler på avvikskategorier under «interne forhold» er avvik knyttet til administrasjon, brudd på lover og forskrifter, bygg og anlegg, kompetanse, lønn og fravær, materiell/ utstyr, pensjon, prosedyrer og tilsyn.

Prosedyren er sist revidert 16. oktober 2023, og neste revisjon er satt til 15. oktober 2024.

Avviksbehandling
Prosedyren for avviksbehandling skal sikre at alle uønskede hendelser og nestenhendelser blir registrert som avvik i kvalitetssystemet Compilo. Videre skal den sikre at avvik blir analysert for rotårsak, og fulgt opp med korrigerende tiltak. Prosedyren skal også sikre at kommunen skal arbeide systematisk for å hindre gjentakelse, lære av uønskede hendelser og nestenhendelser, og forbedre arbeidsmåter og tjenester.

Det henvises til et flytkart for avviksprosessen. Flytkartet viser fire nivå som alle involveres i prosessen. Det er melder, melders nærmeste leder, leders kvalitetsutvalg og kommunedirektørens kvalitetsutvalg. Prosessen skal benyttes av alle ledere. Verneombudet har lese-tilgang til alle HMS-avvik på sitt verneområde. Prosedyren gir en detaljert beskrivelse av leders ansvar og 18 trinn for framgangsmåten i Compilo. Leder skal starte behandling av alle alvorlige avvik umiddelbart, og av alle andre avvik innen 3 virkedager.

Prosedyren er sist revidert 5. januar 2023, og neste revisjon er satt til 5. januar 2024.

Maribu sykehjem

Maribu sykehjem bruker EK web[21] til melding og oppfølging av avvik. Ansatte på Maribu sykehjem kan melde avvik ved å logge seg på EK web, og registrere avvik der.

Lovisenberg omsorg, som drifter Maribu sykehjem, har prosedyrer for henholdsvis Avvikshåndtering og Kvalitetsråd.

[21] Elektronisk kvalitetssystem web

Avvikshåndtering
Formålet med denne prosedyren er å sikre registrering og oppfølging av alle avvik for å forebygge gjentagelse, begrense skadeomfanget av allerede oppståtte avvik, samt sikre overholdelse av varslingsplikt til Statens helsetilsyn.

Prosedyren omfatter all behandling av avvik fra et avvik er konstatert, rapportert og dokumentert, til avviket er vurdert og korrigert i virksomheter underlagt Lovisenberg Omsorg.

Prosedyren inneholder definisjoner på avvik, gradering i alvorlighetsgrad, samt arbeidsfordeling og fremgangsmåte for melding og oppfølging av avvik. Daglig leder ved den enkelte virksomhet er ansvarlig for at rutinen gjøres kjent og etterleves.

Kvalitetsrådets rolle i avvikshåndteringen er beskrevet:

- *Gjennomgå avvikslogg på alle faste møter*
- *Vurdere og følge opp tiltak som er iverksatt*
- *Hvis Kvalitetsrådet ikke er fornøyd med det som fremkommer i avviksloggen kan de be ansvarlig leder legge frem skriftlig utredning/delta selv i rådets møte*

Kvalitetsrådet
Formålet med prosedyren om Kvalitetsrådet er å bidra til å sikre systematisk og tverrfaglig samarbeid om forbedringspotensialet i tjenesteytingen. Prosedyren gjelder for alle sykehjem som er driftet av Lovisenberg Omsorg.

Daglig leder ved virksomheten er ansvarlig for at det finnes et operativt kvalitetsråd og at mandatet er kjent. Kvalitetsrådet skal være tverrfaglig sammensatt og bestå av personer med ulikt ansvar og myndighet. Kvalitetssjef i Lovisenberg Omsorg og daglig leder ved sykehjemmet er obligatoriske medlemmer av rådet. Kvalitetsrådet har følgende mandat:

- *Kvalitetsrådet skal være en pådriver for forbedringspotensialet i kvaliteten på våre tjenester*
- *Resultatet av internkontroller, tilsyn, revisjoner og kvalitetsmålinger gjennomgås*
- *Avvikslogg og eventuelle klager gjennomgås på hvert møte*
    - *Evt. innkalle avdelingssykepleier for redegjørelse av tiltak for å redusere gjentatte avvik samt gjennomgang av aktuelle klage*
- *Kvalitetsrådet kan gi innspill til utvikling og evaluering av rutiner og prosedyrer*
- *Kvalitetsrådet kan gi innspill til opplæringsplanen*
- *Utarbeide en årlig rapport med forslag til forbedringstiltak*

4.1.1. Revisors vurdering - System og rutiner for avvikshåndtering

Tønsberg kommune har etablert et system for avvikshåndtering (Compilo). Kommunen har også prosedyrer for avviksmelding og avvikshåndtering, inkludert leders ansvar og kvalitetsutvalg. Alle ansatte i sykehjem i Tønsberg kommune kan melde avvik ved å logge seg på kommunens kvalitetssystem, Compilo, og registrere avvik der.

Maribu sykehjem bruker EK web (Elektronisk kvalitetssystem web) til melding og oppfølging av avvik. Lovisenberg omsorg, som drifter Maribu sykehjem, har prosedyrer for henholdsvis Avvikshåndtering og Kvalitetsråd. Ansatte på Maribu sykehjem kan melde avvik ved å logge seg på EK web, og registrere avvik der.

4.1.2. Meldte avvik i sykehjem Sykehjem/ helsehus Tønsberg kommune

Vi har mottatt statistikk som viser alle meldte avvik i kommunale sykehjem/ helsehus i 2022 og 2023. Statistikken er hentet fra Compilo. Tabellen nedenfor viser avviksstatistikk for 2022[22] og 2023.

	Eik sykehjem		Nes sykehjem		Re helsehus		Hogsnes helsehus	Totalt	Totalt
Katergorier avvik	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2023	2022
HMS (helse, miljø og sikkerhet)	123	156	75	119	217	135	41	456	410
Interne forhold	51	43	95	48	102	103	91	339	194
Tjenestemottaker	442	474	569	519	573	541	498	2082	1534
Brudd -GDPR	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Sum	617	673	739	686	892	779	630	2878	2138
Lav	344	297	379	265	802	532	509	2034	1094
Middels	200	266	240	300	39	118	101	580	684
Høy	42	87	67	81	0	34	5	114	202
Sum	586	650	686	646	841	684	615	2728	1980
Lukket	585	650	685	607	839	688	607	2716	1945
Åpent	1	0	0	8	2	0	8	11	8

Tabell 18 - Avviksstatistikk - 2022 og 2023 - sykehjem Tønsberg kommune

Tabellen viser at det var meldt totalt 2.138 avvik i sykehjem/ helsehus i 2022 (tidligere Træleborg sykehjem er ikke med i tallene) og totalt 2.878 meldte avvik i 2023. Hovedandelen meldte avvik begge årene har lav alvorlighetsgrad. Høy alvorlighetsgrad har lavest andel for begge årene (10 % i 2022, 4,2 % i 2023. Det er variasjon i omfang av meldte avvik i sykehjemmene/ helsehusene, men det var meldt flest avvik på Re helsehus begge årene. Graden av alvorlighet i avvikene varierer også mellom sykehjemmene, og mellom årene for hvert sykehjem.[23]

[22] Hogsnes helsehus ble formelt åpnet i januar 2023
[23] Det er et mindre avvik mellom sum avvik etter kategori (begge år (en forskjell på 150 i 2023 og 158 i 2022) og sum avvik lav, middels og høy. Kommunen kan ikke forklare hvorfor det er forskjell på disse summene.

For begge årene var hovedandelen meldte avvik knyttet til tjenestemottaker. Avvik mot tjenestemottaker kan meldes på flere underkategorier, som Behandling og pleie, Brukeradferd, Dokumentasjon helse- og omsorgstjenester, Samhandling helse og omsorg og Velferdsteknologi. Det er meldt flest avvik i 2023 på Behandling og pleie og Brukeradferd.

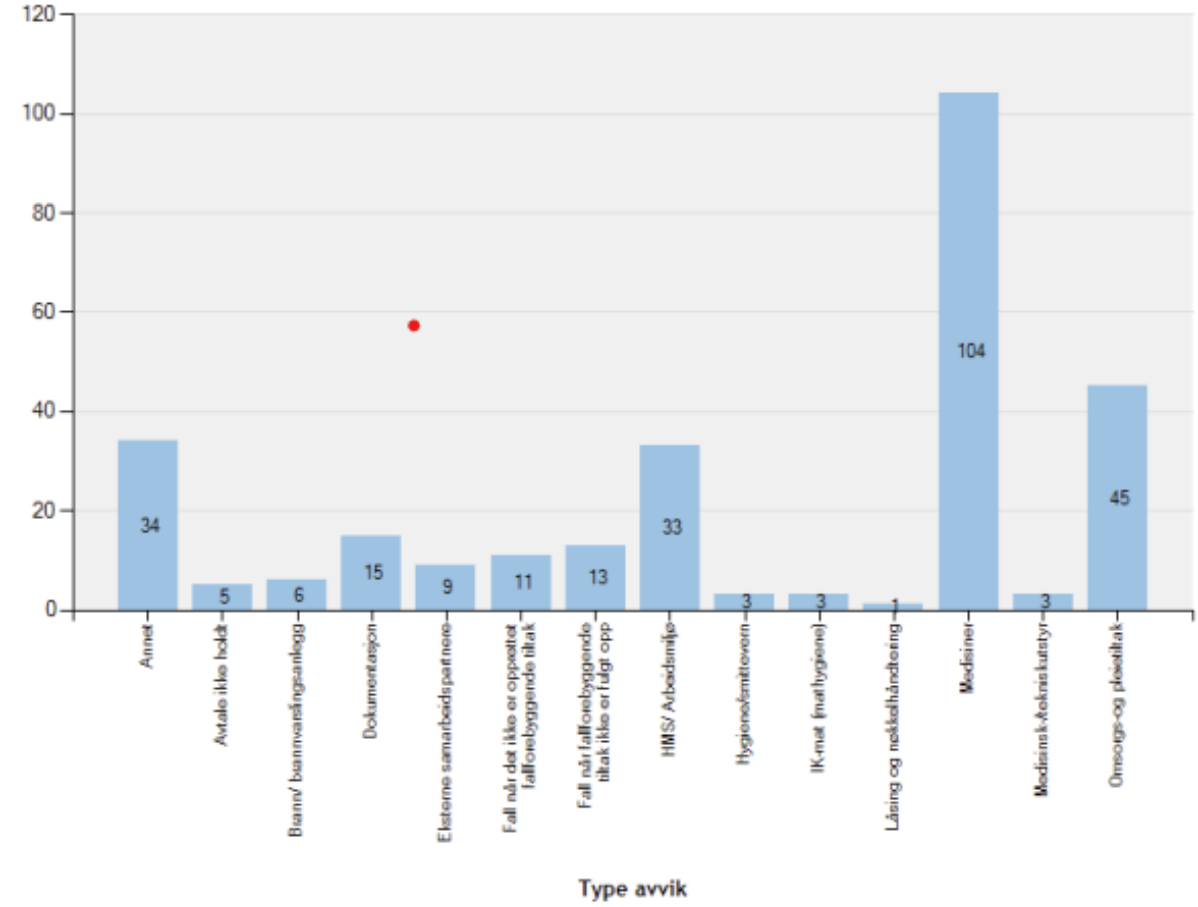
Det er meldt flest avvik knyttet til fall på Eik sykehjem, Nes sykehjem og Hogsnes helsehus, mens det på Re helsehus er meldt flest avvik knyttet til legemidler. Avvik på legemidler har også en betydelig andel på de andre sykehjemmene/ helsehuset. Avvikssystemet har også flere underkategorier. På f.eks. fall er det underkategori for fall med skade og fall uten skade. Det er høyest andel meldt fall uten skade. På legemidler er det underkategorier for legemiddel ikke gitt, legemidler ikke tatt, legemidler gitt til fei tid, feil administrasjonsmåte, feil dose/ styrke, legemiddel gitt til feil pasient, feil i dosett eller multidose og legemiddelmangel. Det er flest avvik på legemidler ikke gitt, som inkluderer at pasienten ikke ønsker å ta legemidler av ulike årsaker.

Maribu sykehjem

I Kvalitetsrådet årsrapport for 2023 står følgende om avvik:

> *Totalt er det meldt 285 hendelser i 2023. 102 er kategorisert som alvorlige hendelser, 144 som moderat alvorlig, 39 som lite alvorlig. 232 av disse er lukket, 6 er ikke ferdig saksbehandlet, fremdeles i arbeid 47 står som nye, alle hendelsene er fra januar-mars 2023.*

Uønskede hendelser for Maribu 2023 fremstilt i søylediagram:



Det framgår av årsrapporten at det er meldt om flest hendelser i kategoriene Annet, HMS/arbeidsmiljø, medisiner og omsorg og pleietiltak.

Om avvik innen legemiddelhåndtering står det at avvikene primært gjelder oppfølging av sykehjemmets rutiner for oppbevaring, kontroll og utlevering av legemidler samt opplæring av ansatte. Det står videre at det var en økning av avvik rundt ferieavviklingen, og at det var avvik knyttet til overgang til legemiddellister i CosDoc.

Årsrapporten beskriver tiltak som er gjort, blant annet at legemiddellistene i CosDoc er tatt inn i opplæringen og at opplæring er gitt ved flere av sykepleiermøtene gjennom året, og det har vært helsefagarbeidermøter og sykepleiermøter hvor legemiddelhåndtering er fast punkt. Det er også iverksatt tiltak som grunnkurs for alle sykepleiere og individuell opplæring/veiledning til den som har forårsaket avviket. Det er tatt jevnlige stikkprøver av medisintraller og signeringer. Det framgår av årsrapporten at det i økende grad meldes avvik, og at dette anses som en positiv utvikling med tanke på meldekultur.

4.1.3. Oppfølging av meldte avvik – data

Kommunens prosedyre for avviksbehandling, nevnt under pkt. 3.18.2, sier det er leders ansvar at behandling av alvorlige avvik starter umiddelbart. Behandlingen av alle avvik skal startes innen tre virkedager. Videre står det i prosedyren at ledere fortløpende skal:

- *Analysere hendelsen og sikre at rotårsak[24] er kartlagt.*
- *Iverksette forbedringsarbeid for å hindre at hendelsen skjer flere ganger.*
- *I både analysefasen og i forbedringsarbeidet skal leder legge til rette for medvirkning fra ansatte.*
- *Vurdere om avviket er gjentagende (i denne sammenheng når årsak og konsekvens er lik en annen hendelse siste 12 måneder).*
- *Det skal forebygges og sikres at uheldige hendelser ikke skjer igjen.*
- *Det skal sikres læring på tvers av organisasjonen.*
- *Oversikt over avvik, konkrete hendelser og forbedringsarbeid skal være faste agendapunkt på leders kvalitetsutvalg eller driftsmøte. Avvik skal lukkes når forbedringstiltaket er iverksatt eller det er laget en skriftlig plan for forbedringsarbeidet. Planen skal følges opp i kvalitetsutvalget/ på driftsmøter.*

Ledere skal også sørge for at avvik lukkes, og fylles ut med rotårsaksanalyse, tiltak og kommentarer. Når leder lukker avvik, går det automatisk tilbakemelding til melder, jf prosedyren.

Kommunen har fortalt at hvert kommunalområde har egne kvalitetsutvalg med respektive kommunalsjefer og virksomhetsledere. Kommunalsjefsområdene har en egen kvalitetskoordinator. På helse og mestring er det to kvalitetskoordinatorer. Det ble fortalt at det blant annet jobbes med avvik i kvalitetsutvalgene, og at det skrives referater fra møtene i kvalitetsutvalgene. Referatet fra siste møte i kvalitetsutvalget for helse og mestring (overordnet kvalitetsutvalg - 5.2.24), hvor kommunalsjef og virksomhetsledere sykehjem/ helsehus med flere var til stede, viser at avvik var tema. Vi har også registrert at status meldte avvik har vært oppe som tema på sykehjemmenes kvalitetsutvalgsmøter.

Praksis beskrevet i intervju

Ledelsen ved Hogsnes og Nes

Ledelsen ved både Hogsnes og Nes, fortalte at det oppfordres til å melde avvik, og at avvik er fast tema på hvert personalmøte, som er hver 6. uke. Tema kan være hva er et avvik, formulering av avvik, avvikstrender og gjentakende avvik. Det er flest avvik knyttet til medisiner og fall på langtidsavdelingene. Det skrives referat fra møtene. Referatet deles med alle ansatte. Avvik på systemnivå, er tema på egne sykepleiermøter, medbestemmelsesmøter og kvalitetsutvalgsmøter. Ved felles læringsproblematikk, blir tiltak satt inn på tvers, målet er læring og forbedring. En

[24] Rotårsak – den grunnleggende årsaken til hendelsen

utfordring kan være å beskrive rotårsaken til et avvik. Manglende kopling mellom fagsystemene CosDoc (pasientjournal) og Compilo (avvikssystemet), ble nevnt som en utfordring av ledelsen ved Hogsnes, da det er dobbeltarbeid for personalet å benytte to systemer. Ledelsen mener at noen er flinkere til å melde avvik enn andre. Kulturen for å tørre å melde avvik kan derfor bli bedre, mente ledelsen ved Nes sykehjem.

Ledelsen ved Maribu

Ledelsen ved Maribu fortalte at det oppfordres til å melde avvik, og at kulturen for å melde avvik har blitt bedre. Det kan de se av statistikken. Fagutviklingssykepleier tar avvik med i kvalitetsrådet, som møtes månedlig, og det mener de gir en god oversikt over status. Alle ansatte har tilgang til referater fra disse møtene. Kvalitetssjefen i Lovisenberg får kopi av alle avvik. For å forebygge gjentagende avvik, er avvik tema på sykepleiermøter med sykepleiere i kommunen. Medisinavvik er ofte gjentagende, og er jevnlig tema. Avvik er også tema på personalmøter, og undervisning legges opp basert på hva som går igjen av avvik.

Hva mener tillitsvalgte og verneombud om melding og oppfølging av meldte avvik?

Tillitsvalgte og verneombud ved de tre sykehjemmene/ helsehuset, mener alle at avvikssystemet er kjent og tilgjengelig for ansatte og at ledelsen ved sykehjemmene oppfordrer til å melde avvik. Avvik tas opp på personalmøter ved sykehjemmene, og de har hatt noe opplæring knyttet til avvik på personalmøter. Likevel er deres inntrykk at interessen for å melde avvik er varierende, av ulike grunner. Manglende kompetanse/ usikkerhet knyttet til hva et avvik er, manglende interesse for PC-arbeid og at enkelte ikke tør å melde avvik, ble nevnt som faktorer for at noen ikke melder avvik.

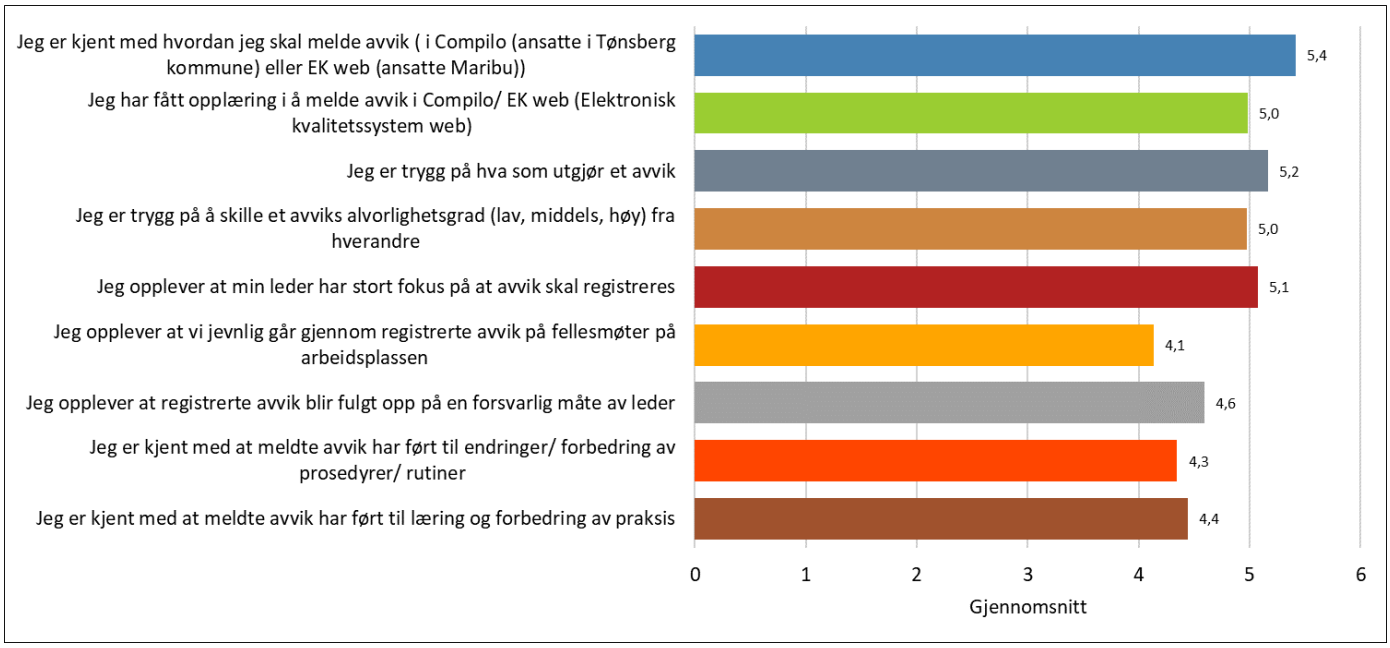
Tillitsvalgte ved Nes mener at oppfølging av gjentagende avvik kunne vært bedre fulgt opp, og de savner å bli mer involvert i avviksoppfølgingen. Videre opplever de tillitsvalgte ved Nes at det mange ganger ikke blir gjort noe med avvik som meldes. Som følge av dette, slutter noen å skrive avvik. Det ble uttrykt at ledelsen kunne vært flinkere til å gi tilbakemelding om konkrete tiltak, samt bistå med å gjennomføre endring i praksis.

Tillitsvalgt og verneombud ved Hogsnes helsehus ga uttrykk for at det tar lang tid å få svar på avvik.

Tillitsvalgt og verneombud fra Maribu opplever at avviksbehandlingen i stor grad stopper i kvalitetsrådet, og at det er lite videre arbeid for å sikre læring og forbedring.

4.1.4. Hva mener ansatte om å melde avvik / avvikshåndtering – data

Vi har spurt ansatte (utenom virksomhetsledere) ved utvalgte sykehjem/ helsehus, om å svare på ulike påstander om avvikshåndtering. Figur 11 viser gjennomsnittscore for de ansatte, hvor 1 er svært liten grad og 6 er svært stor grad:

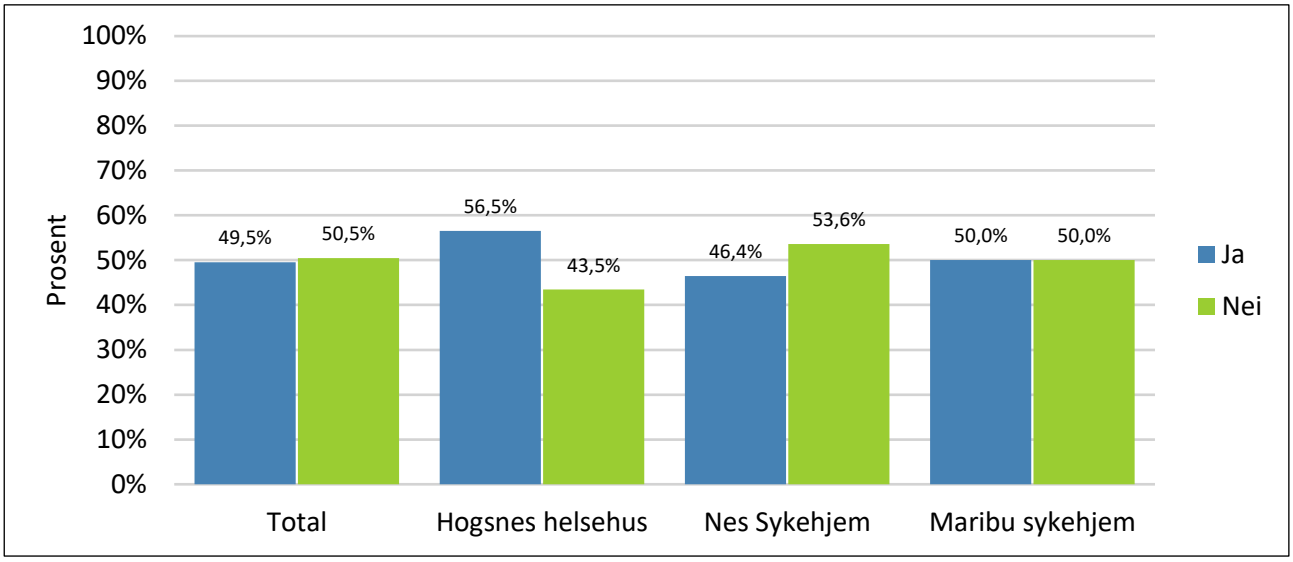


Figur 11 - Gjennomsnitt score fra ansatte på påstander om avvikshåndtering. Svarskala: 1-6, hvor 1 er Svært liten grad og 6 er Svært stor grad - N= 108

Figuren viser at det er høy gjennomsnittscore (rundt fem eller høyere) på fem av ni påstander om avvikshåndtering. Vi registrerer at gjennomsnittscoren er noe lavere på de fire siste påstandene, som omhandler oppfølging av meldte avvik. Vi har sett nærmere på svarfordelingen på de ulike sykehjemmene, på de fire siste påstandene, hvor gjennomsnittscoren er under 5. Denne analysen viser:

- Ansatte på Nes og Maribu svarer noe mer negativt enn ansatte på Hogsnes, på påstanden om at de opplever at de jevnlig går gjennom registrerte avvik på fellesmøter på arbeidsplassen (total gjennomsnittscore 4,1).
- På de øvrige påstandene i figuren, hvor gjennomsnittscoren er under 5, er det liten variasjon i gjennomsnittscoren for de ulike sykehjemmene/ helsehuset som deltok i undersøkelsen.

De ansatte ble også spurt om de har observert avvik på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik i Compilo/ EK web (2022-2023). Svarfordelingen er vist i figuren nedenfor:



Figur 12 - Svarfordeling på spørsmålet: Har du observert avvik på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik i Compilo/ EK web (2022-2023)? N= 107

Figuren viser at rundt 50% har observert avvik på arbeidsplassen, men latt være å registrere det som avvik.

De som svart ja på spørsmålet over, ble bedt om å ta stilling til noen påstander om hvorfor de har latt være å registrere avvik. Svarfordelingen, samlet for alle sykehjemmene/ helsehusene, er tatt inn i tabellen nedenfor:

	Prosent				N
	Har skjedd mange ganger	**Har skjedd en del ganger**	**Har skjedd noen ganger**	**Har aldri skjedd**	
Jeg rakk ikke registre avviket og glemte det etterpå	5,8%	15,4%	55,8%	23,1%	52
Jeg håndterte avviket med en gang og så ikke behov for å melde det	6,0%	14,0%	42,0%	38,0%	50
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen	2,0%	4,0%	36,0%	58,0%	50
Jeg lot være å registrere avviket fordi det kunne blitt ubehagelig for meg	4,0%	6,0%	22,0%	68,0%	50
Avviket var lite og jeg så det som unødvendig å registrere det	4,0%	8,0%	62,0%	26,0%	50
Den type avvik er meldt mange ganger før, så jeg lot det være	12,0%	12,0%	36,0%	40,0%	50
Jeg hadde ikke tro på at å registrere avviket ville ført til varige	8,0%	14,0%	32,0%	46,0%	50

tiltak, som gjør at det ikke hadde skjedd igjen					

Tabell 19 - Svarfordeling på påstander om hvorfor ansatte har latt være å registrere avvik - N= 50

Vi ser at 36 % av de ansatte, som har svart på dette spørsmålet, noen ganger har latt være å melde avvik, fordi det kunne blitt ubehagelig for den som er skyld i hendelsen, og 22 % har noen ganger latt være å registrere avviket, fordi det kunne blitt ubehagelig for dem selv. Vi ser også at en andel lar være å melde avvik fordi de ikke har tro på at det ville ført til varige endringer, eller at samme avvik er meldt mange ganger før.

Nær 80 % mener at det er god kultur for å registrere avvik på sykehjemmet/ helsehuset (fra litt stor grad til svært stor grad).

4.2. Revisors vurdering – oppfølging av meldte avvik

Vi vurderer at kommunen har tiltak og praksis som sikrer at meldte avvik i hovedsak blir fulgt opp for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring.

Statistikk over meldte avvik i 2022 og 2023 viser at alle sykehjemmene/ helsehusene i kommunen har tatt i bruk avvikssystemet i Compilo. Statistikken viser også at meldte avvik følges opp og lukkes. For begge årene var hovedandelen meldte avvik knyttet til tjenestemottaker, og det er flest avvik knyttet til fall og legemidler.

Alle tre sykehjemmene har prosedyrer som plasserer ansvar for å behandle og følge opp avvik hos leder. I tillegg har både kommunen og Maribu sykehjem kvalitetsutvalg/ kvalitetsråd, som skal følge med på avviksloggen og tiltak som er iverksatt/ ev. be om skriftlig utredning av tiltaket.

Spørreundersøkelse til ansatte ved de tre sykehjemmene/ helsehus, viser høy gjennomsnittscore når det gjelder opplæring, kunnskap og kultur for å melde avvik. Vi ser at 50 % av de ansatte, som har svar på spørreundersøkelsen, likevel av ulike årsaker har latt være å registrere observerte avvik.

Gjennomsnittscoren fra ansatte er noe lavere når det gjelder oppfølging av meldte avvik. Basert på spørreundersøkelsen og tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og verneombud gitt i intervju, vurderer vi at oppfølging av meldte avvik, for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring, kunne vært enda bedre.

5. Kontraktsoppfølging av private sykehjem

Delproblemstilling 3: I hvilken grad sikrer kommunen at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov?

5.1.1. Revisjonskriterier

- **Kommunen skal ha tiltak for å sikre at de private sykehjemmene ivaretar beboernes grunnleggende behov**
  - Kontrakten mellom kommunen og Lovisenberg omsorg bør stille krav som er egnet til å sikre kvalitet i tilbudet.
  - Kommunen skal følge opp at kontrakten blir oppfylt.

5.1.2. Data - krav om kvalitet i kontrakten

Avtaler om drift av private sykehjem i Tønsberg kommune

Det foreligger følgende avtaler om drift av private sykehjem i Tønsberg kommune:

- Avtale om drift av Maribu sykehjem og Marie Treschow sykehjem mellom Tønsberg kommune og Attendo Maribu AS, signert av rådmann og daglig leder Attendo Maribu AS

Avtalen gjelder fra 1. juli 2018 og opphører uten varsel om oppsigelse 30. juni 2023. Denne avtalen avløser avtale av 21.08.2007 mellom Maribu AS og Tønsberg kommune som ble overdratt til Attendo Care AS (nå Attendo Maribu AS) i 2010.

Avtalen kan sies opp fra begge parter med 24 måneders skriftlig varsel. Avtalen kan endres etter enighet mellom partene. Endringsavtaler inngår som bilag til hovedavtalen.

- Endringsavtale til 2018 Avtale med Lovisenberg (Attendo) Maribu AS, signert av rådmann og administrerende direktør Lovisenberg omsorg AS, signert 2.2.2021

Endringsavtalen viser fire endringer:

1. ***Lovisenberg og endringer i eierforhold*** *- Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg*[25] *overtok alle aksjer i alle norske sykehjemsselskaper i Attendo våren 2020.*

[25] *Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg er en ideell diakonal stiftelse. Eventuelt driftsoverskudd skal benyttes til tiltak innenfor selskapets eget formål og har ikke som formål å skape økonomisk utbytte for eier.*

2. ***Tønsberg kommune*** *– avtalepart er nye Tønsberg kommune etter sammenslåing mellom Re kommune og Tønsberg kommune*
3. ***Endringer i 2018 avtale*** *– Tønsberg kommune samtykker i at kontrakt inngått med Lovisenberg (Attendo) Maribu AS gjeldende fra 1.7.2018, overdras til Lovisenberg omsorg AS.*
4. ***Avtaleforpliktelser og underleverandør***
   Lovisenberg Omsorg AS kan ikke overdra sine forpliktelser etter avtalen om sykehjemsdrift ved Maribu Sykehjem og Marie Treschow Sykehjem uten forhåndssamtykke fra Tønsberg kommune. Krav til samtykke gjelder også ved overdragelse av aksjeposter i eget selskap til andre eiere enn nåværende eier Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg.
   Bruk av underleverandør kan bare nektes dersom det foreligger saklig grunn.

- Endringsavtale til 2018 Avtale med Lovisenberg Omsorg AS (tidligere avtalepart Lovisenberg (Attendo) Maribu), signert av kommunalsjef Mestring og helse 21.3.2022 og administrerende direktør Lovisenberg Omsorg AS 24.3.2022

Avtalen viser følgende endringer:

Med fullmakt fra kommunestyret i Tønsberg i KST-069/ 21 vedtatt 19.5.2021 gjøres følgende endringer i 2018-Avtalen om sykehjemsdrift ved Maribu sykehjem og Marie Treschow sykehjem:

1. Bestemmelsen i punkt 3 om avtalens lengde og opphør av avtalen den 30. juni 2023, endres til: ***Avtalen opphører uten varsel om oppsigelse 30. juni 2028.***

2. Lovisenberg Omsorg AS skal i kontraktsperioden fremme heltidskultur i tjenesten.

3. Lovisenberg Omsorg AS skal benytte kommunens elektroniske pasientjournalsystem CosDoc og avtalens punkt 17 vil bli endret i egen avtale.

4. Øvrige bestemmelser i 2018-Avtalen og endringsavtale av 3.2.2021 gjelder for den nye kontraktsperioden.

- Standard databehandleravtale for helse- og omsorgssektoren mellom Tønsberg kommune (dataansvarlig) og Lovisenberg Omsorg AS (databehandler) - 2022

Avtalen omhandler Lovisenberg omsorgs tilgang til kommunens pasientjournalsystem CosDoc, og regulerer rettigheter og plikter mellom Dataansvarlig og Databehandler.

Krav til kvalitet i kontrakten/ avtalen

Krav til kvalitet i tjenesten på ulike områder fremgår av 2018-Avtalen, og gjelder for kontraktsperioden frem til 30.6.2028:

- *Sikre nødvendige og forsvarlige tjenester til pasienter og brukere som får opphold ved sykehjemmene i Attendo Maribu AS, Maribu sykehjem og Marie Treschow sykehjem*
- *Krav til bygninger og lokaler*
- *Tjenestens målgruppe, type plasser:*
  a) *Attendo Maribu AS skal tilby*
    - *korttidsopphold som avlastning og/eller rullering*
    - *langtidsopphold i sykehjem, jf. forskrift om langtidsopphold i sykehjem i Tønsberg § 2.*

  b) *Avtalen inkluderer ikke behov og formål med sykehjemsoppholdet som - vurdering - rehabilitering - lindrende behandling – skjerming.*
- *Antall plasser: Maribu 46 sykehjemsplasser, Marie Treschow 38 sykehjemsplasser*
- *Beboerrom: AIle beboere skal ha enerom med eget bad av alminnelig god standard*
- *Pasient- og brukernes omsorgsbehov;*
  Sykehjemmene skal kunne ta imot alle de kategorier av pasienter og brukere som til enhver tid har krav på langtidsopphold i sykehjem i Tønsberg kommune med unntak av opphold nevnt i punkt b) over.
- *Innhold i tjenesten;*
    - *Generelle krav til tjenesten;*
        - *Tilbudet i sykehjemmene skal tilfredsstille de til enhver tid gjeldede kravene etter helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter som påligger kommunen i forhold til drift av sykehjem.*
        - *Attende Maribu AS skal utføre oppdraget i samsvar med de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter, offentlige vedtak, herunder enkeltvedtak, samt kommunens krav til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.*
        - *Tilbudet skal sørge for å ivareta pasient og brukernes behov for nødvendig helsehjelp og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. andre ledd.*
        - *Dette innebærer at pasienter og brukere ved sykehjemmene skal få dekket alle sine grunnleggende behov.*
- *Bemanning og kompetanse:*
    - *Sykehjemmene skal ha tilstrekkelig bemanning med tilfredsstillende kompetanse til å ivareta kravet om forsvarlige og verdige helse- og omsorgstjenester til samtlige pasienter og brukere.*
    - *Sykehjemmene skal i tråd med forskrift for sykehjem mv. minimum ha*
        a) Administrativ leder
        b) Lege med ansvar for den medisinske behandling
        c) Offentlig godkjent sykepleier med ansvar for sykepleien
        d) Tilstrekkelig antall helsefaglig og annet personell som er nødvendig for å sikre nødvendig omsorg og bistand
- *Sykepleiedekning:*

  - *Hvert av sykehjemmene skal ha tilstrekkelig antall sykepleiere til å ivareta kravet til forsvarlighet i tjenesten.*
  - *Hvert av sykehjemmene skal minimum ha en sykepleier til stede hele døgnet.*
  - *Hvert av sykehjemmene skal ha følgende minimumsdekning for sykepleiere til stede*
    - *2 dag*
    - *2 kveld hverdager og helligdag som faller på hverdager*
    - *1 kveld helg (fredag/lørdag/søndag)*
    - *1 natt*
- *Legedekning:*
  - *Sykehjemmene må ha et forsvarlig nivå på antall legetimer i begge sykehjemmene i tråd med sykehjemsforskrift, kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
  - *Attendo Maribu AS skal sikre at legene oppfyller kompetansekravene i forskrift om kompetansekrav for leger.*
- *Kompetanseheving og opplæring:*
  - *Sykehjemmene må ha et system for å ivareta undervisning og praktisk opplæring av egne ansatte helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning*
- *Forsvarlighet, kvalitet og verdighet:*
  - *Sykehjemmene skal levere tjenester og tilrettelegge tilbudet til pasienter og brukere slik at kravet til et forsvarlig og verdig tilbud ivaretas, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4- 1 og helsepersonelloven § 4.*
  - *Sykehjemmene skal drives i tråd med særlige bestemmelser ved opphold i institusjon, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4, kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften.*
- *Pasientsikkerhetsprogrammet:*
  - *Attende Maribu AS forplikter seg til å følge det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24- 7, www.pasientsikkerhetsprogrammet.no.*
- *Kvalitetsledelse og internkontroll:*
  - *Kvalitetssystem:*
    Attendo Maribu AS skal sørge for å ha et internkontrollsystem som sikrer at sykehjemmene har forsvarlig drift og et systematisk arbeid for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og avviksbehandling i tråd med krav i lov, forskrift og annet regelverk. Attendo Maribu AS skal på forespørsel fra kommunen gi innsyn i kvalitets- og internkontrollsystemet og de opplysninger som er dokumentert.
  - *Melding om avvik mm.:*
    Attendo Maribu AS skal sørge for å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser. Hendelser i sykehjemmene som fører til eller kunne ha ført til betydelig personskade på pasient eller bruker skal straks meldes skriftlig til kommunen.
- *Pasient- og brukeres klage over tjenesten:*
  - *Pasient- og bruker har rett til å klage over utført tjeneste av Attendo Maribu AS. Attendo Maribu AS plikter straks å informere kommunen over mottatte klager.*

Mottar kommunen klager på sykehjemmene, skal Attendo Maribu AS varsles så snart som mulig.

- *Attendo Maribu AS plikter å rette eventuelle mangler så raskt som mulig. Attendo Maribu AS skal ha et system for å håndtere klager.*

Krav om rapportering til kommunen

2018-Avtalen inneholder også krav til rapportering til kommunen:

- *Årsrapportering;*
  Attendo Maribu AS skal innen 1. mai hvert år levere årsrapport over tjenestene etter avtalen. Årsrapporten skal redegjøre i forhold til de enkelte punkter i avtalen. Kommunen kan be om særlig rapportering dersom lov, forskrift eller tilsynsmyndighetene krever det.
- *Avviksrapportering;*
  Attendo skal kvartalsvis innen 30.1, 30.4, 30.7, 30.10. hvert år oversende kommunen en rapport med oversikter og statistikker som er nødvendig for kommunens oppfølging av tjenestene etter avtalen, herunder:
  - *Oversikt over pasientskader, uhell, fall, feilmedisinering mm.*
  - *Oversikt over sykefravær ansatte*
  - *Innleie fra bemanningsbyrå, antall og lengde på oppdrag*
  - *Rapport om forhold i beboere-, pårørende- og medarbeiderundersøkelser*

  Oversikten er ikke uttømmende.

2018-avtalen inneholder også krav til

- *Lønns- og arbeidsvilkår*
- *Bruk av lærlinger*
- *Taushetsplikt*
- *Samhandling med ulike parter (kommunen, spesialisthelsetjenesten, private og offentlige instanser, brukermedvirkning og individuell plan, pasient og bruker og pårørende mv., evaluering av tjenestenivå for pasient og bruker)*
- *Dokumentasjon og journalføring*
- *Statistikkregistre*
- *Forsikring*
- *Beredskap*
- *Vederlag mm.*
- *Regnskaps- og revisjonsplikt*
- *Tilsyn og kontroll*
- *Mislighold*
- *Sanksjoner ved mislighold*
- *Tvist*

5.1.3. Revisors vurdering - krav om kvalitet i kontrakten

Gjeldende avtaler (2018-Avtalen med endringer) mellom kommunen og Lovisenberg omsorg, stiller krav som er egnet til å sikre kvalitet i tilbudet ved kommunens private sykehjem/ Maribu sykehjem. 2018-avtalen stiller også krav om at Maribu sykehjem skal rapportere til kommunen, både gjennom årsrapportering og kvartalsvis avviksrapportering - med nødvendige oversikter og statistikker, for å sikre at kommunen kan følge opp kvaliteten i tjenestetilbudet ved Maribu sykehjem.

5.1.4. Kontraktsoppfølging med private sykehjem – data

Rapportering fra Maribu sykehjem til kommunen

Vi har undersøkt om Maribu sykehjem har levert kvartalsvise avviksrapporter og årsrapport til kommunen i 2022 og 2023, i tråd med 2018-avtalen.

2022 - Avviksrapportering

Det foreligger fire kvartalsrapporter for 2022. Rapportene inneholder oversikter og statistikker i tråd i avtalen, bortsett fra antall og lengde på oppdrag fra bemanningsbyrå.

2022 - Årsrapportering

Kommunen opplyser at det har vært dialog med Lovisenberg angående årsrapport 2022. Kommunen har godkjent at det er tilstrekkelig med kvartalsrapportene, da arbeidet med rapporten var forsinket og kvartalsrapportene ble fulgt opp.

2023 - Avviksrapportering

Det foreligger rapporter for 1., 2. og 3. kvartal 2023. Rapportene inneholder oversikter og statistikker i tråd med avtalen, bortsett fra antall og lengde på oppdrag fra bemanningsbyrå i rapportene for 1. og 2. kvartal. Rapporten for 4. kvartal 2023 ble ifølge kommunen inkludert i årsrapporten 2023, etter godkjenning av stab 14.12.23.

2023 - Årsrapportering

Det foreligger årsrapport over tjenestene for 2023, datert 27.1.2024. Årsrapporten viser redegjørelser om de enkelte punktene i avtalen. Under rapporteringen på *Forsvarlighet, kvalitet og verdighet*, er Pasientsikkerhetsprogrammet, Pasientsikkerhetstavler og Lovisenberg omsorgs forbedringsarbeid omtalt;

- Pasientsikkerhetsprogrammet

Det er rapportert på at Lovisenberg Omsorg følger mange av innsatsområdene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet som for eksempel forebygging og behandling av underernæring, forebygging av trykksår, forebygging av fall og riktig bruk av legemidler.

- Pasientsikkerhetstavler

Det rapporteres at Maribu og Marie Treschow benytter pasientsikkerhetstavler. Pasientsikkerhetstavlene synliggjør risikofaktorer for den enkelte beboere.

- Forbedringsarbeid

Det rapporteres på at Lovisenberg omsorg har et prosjekt på forbedringskompetanse og forbedringsarbeid som pågår også i 2023. Maribu har valgt kommunikasjon som sitt forbedringsfokus i 2023. Det gjennomføres daglige refleksjonsmøter med fokus på å ta lærdom av hva som har gått bra i dagens arbeid, hvorfor det gikk bra og trekket ut læringspunkter.

Kommunens oppfølging av kontrakten mellom Tønsberg kommune og Maribu sykehjem

Fylkesmannen hadde i 2017 opprettet tilsynssak på kommunens oppfølging av leverandøren, etter flere klage- og tilsynssaker mot sykehjemmene. Tilsynssaken ble lukket ved at kommunen iverksatte systematisk oppfølging av kontrakten og tjenestetilbudet på sykehjemmene. Oppfølgingen var tett og inneholdt både varslete og uvarslete tilsyn, flere samarbeidsmøter med lokal ledelse på Maribu og Marie Treschow, samt kontraktsoppfølging med sentral ledelse hos leverandøren.

Virksomhetsleder Re helsehus[26] (tidligere seniorrådgiver i stab, Helse og Mestring) har hatt ansvaret for kontraktsoppfølgingen/ vært kommunens kontaktperson mot de private sykehjemmene fra 2017 og ut 2023. Virksomhetsleder Re helsehus fortalte at oppfølging av kontrakten i utgangspunktet ligger til stabsfunksjoner, men at hun har hatt denne oppgaven også etter stillingsendring i 2020. Ansvaret er nå tilbakeført til stab mestring og helse fra 8.12.23. Kommunens advokat (stab) har i hele perioden vært involvert i kontraktsoppfølging og direkte oppfølging av sykehjemmene.

Lovisenberg omsorg tok over i 2021, og innførte sine kvalitetssystemer, kvalitetsindikatorer og oppfølging av innsatsområder i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet. Det ble ansatt flere ledere på flere nivåer på begge sykehjemmene og det ble rekruttert mer fagkompetanse. Legedekningen ble også økt. Kommunen vurderer at alle endringer medførte positive resultater og et enda tettere samarbeid med kommunen.

For hvert år lages et årshjul for oppfølgingen av de private sykehjemmene. Vi har sett årshjulene for oppfølging i 2022 og 2023. Disse viser en plan for samarbeid, hvilke aktiviteter som skal gjennomføres hvert kvartal og hvilke fokusområder som skal tas opp hvert kvartal. Årshjulene viser

[26] Fra 1.1.2024 er hun også virksomhetsleder for Hogsnes helsehus

at det skal gjennomføres samarbeidsmøter hvert kvartal, og i tillegg et planlagt tilsyn 3. kvartal. Det foreligger referat fra tilsynene i 2022 og 2023. Referatene omtaler tema som er tatt opp og status, og viser ingen avvik knyttet til oppfyllelse av kontrakt mellom kommunen og Lovisenberg omsorg.

Virksomhetsleder Re Helsehus opplyser at journalsystemet i CosDoc har vært agenda på hvert samarbeidsmøte i 2023. Maribu begynte med Cosdoc i kommunens base høsten 2022. Maribu hadde Cosdoc tidligere, men i egen base. I samarbeid med ledere og fagsykepleiere har de jobbet med hvordan Maribu skal dokumentere på lik linje med Tønsberg. Det har vært mye oppfølging knyttet til dette. Maribu skal også etter hvert rapportere på kvalitetsindikatorer, på lik linje med Tønsberg kommune.

Virksomhetsleder Re helsehus har vært journalansvarlig for Maribu og fulgt med på om Lovisenberg følger kommunens prosedyrer for dokumentasjon av helsehjelpen. Lovisenberg har opprettet samme struktur som kommunen for opplæring av nyansatte og oppdateringer gjennom CosDoc-superbrukere. Kommunen arrangerer flere ganger per år samlinger for superbrukere, hvor Lovisenberg deltar. Her deles nye eller endrede prosedyrer for dokumentasjon og implementering av eventuelle krav i lov og forskrift. Hun forteller at kommunen har tett kontakt med de private sykehjemmene, og mener sykehjemmene ivaretar beboernes grunnleggende behov. Ledere og fagutviklingssykepleiere fra både kommunale og private sykehjem, møtes i fagforum en gang i måneden. Fokus er prosedyrer og forbedringsarbeid. Lovisenberg har egne kvalitetsprosedyrer, men tilpasser disse til Tønsbergs for å sikre samme kvalitet uavhengig av hvilket sykehjem tjenesten ytes på. Virksomhetsleder Re helsehus mener at det er en gjensidig gevinst av samarbeidet, og samarbeidet vurderes å være nært og godt. Sykehjemslegen deltar i fagmøter sammen med kommunens sykehjemsleger og kommunalt ansatte leger. De private sykehjemmene inviteres også inn i kommunens nettverk, og får blant annet delta på opplæringer i regi av kommunen. Videre følger de opp hverandres avvik, og samhandler om avvik i tjenesten.

Virksomhetsleder Re helsehus mener hun har god kontroll på Maribu, da de har jobbet så tett sammen i mange år. Målet er at de private sykehjemmene skal føle seg inkludert i kommunen.

5.1.5. Revisors vurdering - kontraktsoppfølging med private sykehjem

Kommunen har systematiske tiltak for å følge opp kontrakten med private sykehjem, og tiltakene er gjennomført i praksis.

Maribu sykehjem har i hovedsak rapportert i tråd med kontrakten. Årsrapporten for 2023 inneholder informasjon, som gjør at kommunen kan følge opp at punktene i kontrakten/ avtalen blir fulgt opp. Innføring av felles pasientjournalsystem (CosDoc), faste samarbeidsmøter, årlig tilsyn,

og hyppig uformell kontakt bidrar også til å følge opp og sikre at de private sykehjemmene ivaretar beboernes grunnleggende behov.

Dokumentasjon og informasjon gitt i intervju, viser at kommunen har hatt tett og god kontakt med Maribu sykehjem/ de private sykehjemmene, og at kommunen mener de har god kontroll på Maribu, og tjenestene som blir gitt på sykehjemmet. Denne praksisen bør videreføres.

6. Konklusjoner og anbefalinger

6.1. Konklusjoner

Hovedproblemstilling:

- **Har Tønsberg kommune rutiner, tiltak og praksis for å sikre kvalitet i sykehjem?**

Vår overordnede konklusjon er at Tønsberg kommune i stor grad har rutiner, tiltak og praksis for å sikre kvalitet i sykehjem.

Delproblemstilling 1:

- **I hvilken grad sikrer kommunen at beboernes grunnleggende behov blir ivaretatt ved sykehjem i kommunen?**

Vi mener Tønsberg kommune i stor grad har rutiner, tiltak og praksis som er egnet til å sikre ivaretakelse av grunnleggende behov/ kvalitet i sykehjemmene.

Vi har sett at det er svakheter knyttet til tilgang på frisk luft og oppfølging av fysisk funksjonsnivå/ fysioterapi. Vi ser også at Tønsbergs prosedyrer ved livets slutt verken utdyper ivaretakelse av pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov, eller at det skal legges til rette for at pasienten ikke skal være alene, på samme måte som hos Maribu sykehjem.

Høyt sykefravær (sykefraværet var 11 % eller mer på de kommunale sykehjemmene i 2023), påvirker også den daglige bemanningssituasjonen og er en belastning på de ansatte.

Vi vurderer at strammere økonomiske rammer og mangel på kvalifisert personell fremover, kan bli en utfordring, som også kan påvirke kvaliteten på tjenestene.

Delproblemstilling 2:

- **I hvilken grad har kommunen system og praksis for avvikshåndtering ved sykehjem?**

Både Tønsberg kommune og Maribu sykehjem har system for avvikshåndtering, hvor alle ansatte i sykehjem/ helsehus kan melde avvik.

Spørreundersøkelse til ansatte ved de tre sykehjemmene/ helsehus, viser høy gjennomsnittscore når det gjelder opplæring, kunnskap og kultur for å melde avvik. Vi ser imidlertid at 50 % av de ansatte, som har svart på spørreundersøkelsen, likevel av ulike årsaker har latt være å registrere observerte avvik.

Vi mener også at sykehjemmene/ helsehusene i hovedsak jobber systematisk med å følge opp avvik for å forebygge gjentagende avvik, og for å sikre læring og forbedring. Basert på spørreundersøkelsen til ansatte og tilbakemeldinger fra tillitsvalgte og verneombud gitt i intervju ved de tre sykehjemmene, vurderer vi imidlertid at oppfølging av meldte avvik for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring, kunne vært enda bedre.

Delproblemstilling 3:

- **I hvilken grad sikrer kommunen at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov?**

Tønsberg kommune har tiltak som sikrer at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov. Kommunen har en avtale med Lovisenberg omsorg, som stiller krav om ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov. Kommunen har systematiske tiltak for å følge opp kontrakten med private sykehjem, og tiltakene er gjennomført i praksis.

6.2. Anbefalinger

Kommunen bør

- vurdere om det er behov for å treffe tiltak som kan bidra til en mer enhetlig forståelse av hva verdighet innebærer
- sikre at det foreligger rutiner for ivaretakelse av beboers grunnleggende behov på alle områder i verdighetsgarantien
- sikre enhetlig praksis for å dokumentere hvordan beboers grunnleggende behov blir ivaretatt
- vurdere om det er behov for å styrke egen praksis og avvikskultur for å sikre at avvik meldes og følges opp, for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring
- sikre at god praksis for kontraktsoppfølging videreføres

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 02.07.1999 nr.63 om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

- Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift 27.06.2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift 12.11.2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon

Veiledere

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet*, sist endret 29.10.2018
- Veileder – Internkontroll i kommunesektoren, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, publisert 13.10.21.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunens uttalelse

TØNSBERG KOMMUNE
– der barn ler

Stab mestring og helse
Saksbehandler: Martine Gran
Direkte telefon: 971 67 238
Vår ref.: 24/55724
Deres ref.:
Dato: 08.05.2024

Vestfold Og Telemark Revisjon Iks
Postboks 311
3701 Skien

Kommunalsjefens uttalelse

Kommunalsjef for Mestring og helse takker for samarbeidet, og anbefalingene fra revisjon. Det har kommet frem viktige innspill og anbefalinger, som vi vil ta med videre i det systematisk forbedringsarbeid, og kommunalsjefens kvalitetsutvalg.

Tønsberg, 08.05.2024:

Frode Hestnes
kommunalsjef

Martine Gran
virksomhetsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Tønsberg kommune
Postboks 2410
3104 Tønsberg

Tønsberg rådhus
Henvendelse Servicesenteret
Halfdanrode Wilhelmsens alle 1C
3110 Tønsberg

Telefon(sentralbord): 33 40 60 00
E-post: postmottak@tonsberg.kommune.no
Organisasjonsnummer: 921 383 681

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Har Tønsberg kommune rutiner, tiltak og praksis for å sikre kvalitet i sykehjem?

Vi har undersøkt dette ved hjelp av tre delproblemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer kommunen at beboernes grunnleggende behov blir ivaretatt ved sykehjem i kommunen?
    - Vi undersøker rutiner, tiltak og praksis for å ivareta verdighetsgarantien ved enkelte sykehjem i kommunen.
2. I hvilken grad har kommunen system og praksis for avvikshåndtering ved sykehjem?
3. I hvilken grad sikrer kommunen at private sykehjem ivaretar beboernes grunnleggende behov?

Med grunnleggende behov mener vi

- Opplevelse av trygghet og respektfull behandling
- Enerom og mulighet til å bo med ektefelle/ samboer
- Personlig behov – personlig hygiene, følge en normal livs- og døgnrytme, adgang til å komme ut, oppfølging av fysisk funksjonsnivå
- oppfølging av fysisk funksjonsnivå
- Sosiale behov - aktiviteter og stimulering
- Fysiologiske behov - måltider og ernæring
- Oppfølging av lege og annet relevant personell
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Kvalitetskrav til tjenestene - verdighetsgaranti

Helse- og omsorgstjenesteloven

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at omfanget av og innholdet i tjenestene er i tråd med lov- og forskriftskrav.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a at kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette, etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering, er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige tjenester.

Helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, jf. loven § 4-1. Dette innebærer bl.a. at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte mottar et verdig tjenestetilbud, jf. § 4-1, b). Det heter i lovforarbeidene at et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende

verdighetskrav, heller ikke kan oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud. Med andre ord må verdighetskravet forstås som en del av forsvarlighetskravet.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. har pasient og bruker rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften - 27.6.2003)[27]

Kvalitetsforskriften fra 2003 skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. § 1. Kvalitetsforskriften § 3 viser oppgaver og innhold i tjenestene.

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*
- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*
- *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.*

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

- *oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *selvstendighet og styring av eget liv*
- *fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
- *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*

[27] Kvalitetsforskriften er fastsatt med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982 og og sosialtjenesteloven fra 1991. Forskrifter fastsatt etter lov som ble opphevet ved helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011 gjelder fortsatt, så lenge de ikke er opphevet eller strider mot helse- og omsorgstjenesteloven eller forskrift fastsatt i medhold av loven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2

- *følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
- *mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
- *tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.*

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantiforskriften)

Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Verdighetsgarantiforskriften gjelder for den eldreomsorg som ytes i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven.

Verdighetsgarantiforskriften § 3 viser tjenestens innhold.

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.

b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.

c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.

d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.

e) Lindrende behandling og en verdig død.

f) Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.

g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.

h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

Internkontroll – rutiner, prosedyrer og avvikssystem

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene[28]

Formålet med forskriften, av 28.10.2016, er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres et styringssystem (internkontrollsystem) for helse og omsorgstjenesten, jf. forskriften § 3.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Virksomheten skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, jf. forskriften § 6 bokstav g.

Krav til avvikssystem er en del av styringssystemet. Den enkelte virksomhet skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser. Avvikene skal gjennomgås, og nødvendige tiltak skal iverksettes, for å forebygge at lignende forhold skjer igjen, jf. forskriften § 8 bokstav e.

Veileder – Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet har laget en veileder til ledelses- og kvalitetsforskriften. Her framgår det at plikten til å ha styringssystem er sammenfallende med internkontroll. Internkontrollen skal inngå som et element i den daglige driften av virksomheten, og sikre etterlevelse av kravene i helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter. Styringssystemet skal være et effektivt verktøy som skal passe best mulig til den enkelte virksomhet.

Oppgaver i virksomheten som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner enn andre mindre risikofylte oppgaver. Legemiddelhåndtering er nevnt som ett eksempel på et område der svikt kan resultere i alvorlige hendelser. Skriftlige prosedyrer må være i aktiv bruk og følges opp, og være lett tilgjengelig for de ansatte. I veilederen nevnes eksempler på relevante dokumenter, blant annet faglige prosedyrer og rutiner, oversikt over ansattes

[28] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjelder ved siden av kommunelovens internkontrollbestemmelser, jf. Innst. 369 L (2017–2018) punkt 2.21 og Prop. 46 L (2017– 2018) kapittel 23.4.3. Kravet om internkontroll med aktørpliktene etter helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter, følger av ledelsesforskriften.

kompetanse og behov for opplæring, samt resultater fra behandling av avvik og uønskede hendelser.

Det framgår av veilederen at øverste leder skal ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser med mer. Oversikten skal si noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om:

- tjenestene er faglig forsvarlige
- virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Videre står det at en godt innarbeidet kultur og et system for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge avvik. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Som eksempler på relevante dokumenter nevnes blant annet avvik meldt i det interne avvikssystemet og kvalitetsindikatorer.

I veilederen står det at øverste leder har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For å lykkes med dette må det være en kultur for åpenhet og læring av feil. Det er viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer.

Internkontroll – kommuneloven

Kommunedirektøren har det overordnede ansvaret for kommunens internkontroll, jf. kommuneloven § 25-1:

§ 25-1 Internkontroll i kommunen og fylkeskommunen

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering

b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer

c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik

d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig

e) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Bestemmelsen betyr i praksis at kommunedirektøren har ansvar for at kravene til internkontroll etterleves i alle ledd i kommunen. For utøvelsen av helse- og omsorgstjenestene er det forskrift om kvalitet- og ledelse som regulerer internkontrollkravene. Internkontrollreglene i kommuneloven gjelder ved siden av særlovsregler om internkontroll.

Veileder – Internkontroll i kommunesektoren (2021)

I forbindelse med ny kommunelov, utarbeidet kommunal- og moderniseringsdepartementet en veileder som omhandler de rettslige rammene for internkontroll med kommuneplikter.

I veilederen omtales internkontroll ved bruk av private aktører. Bestemmelsen gjelder ikke for private aktører, men på helse- og omsorgsområdet vil private aktører ha plikt til internkontroll etter helse- og omsorgstjenesteloven, se over.

Kommunens internkontrollkrav vil imidlertid gjelde for kommunens oppfølging av slike virksomheter. Kommunen vil alltid ha et ansvar for at lovpålagte oppgaver blir gjort slik loven krever, og at innbyggerne får det de har krav på, uansett om kommunen utfører oppgaven selv eller gjennom private. En kommune vil derfor alltid måtte følge opp virksomheter som utfører oppgaver på vegne av dem, og passe på at innbyggerne får det de har krav på selv om tjenesten utføres av noen andre på vegne av kommunen. Dette kan gjøres på ulike måter, for eksempel ved at kommunen har en avtale med den private aktøren om at de skal ha visse rutiner, eller følge visse forskrifter eller lover eller liknende.

Kontraktsoppfølging

Kvalitetsforskriften gjelder kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at kvalitetsforskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene, jf. § 2. Kommunen skal ha nødvendige ruiner og prosedyrer for å sikre at kontrakten blir oppfylt, jf. kommuneloven § 25-1.

På denne bakgrunn har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen/sykehjemmet skal ha skriftlige rutiner/ tiltak for å ivareta sykehjemsbeboernes grunnleggende behov.**

- **Kommunen/sykehjemmet skal sørge for at rutiner og prosedyrer blir fulgt.**
- **Kommunen skal ha et avvikssystem og rutinebeskrivelser for melding og håndtering av avvik.**
- **Avvikssystemet skal være tilgjengelig for alle ansatte.**
- **Kommunen skal følge opp meldte avvik for å forebygge gjentagende avvik og sikre læring og forbedring.**
- **Kommunen skal ha tiltak for å sikre at de private sykehjemmene ivaretar beboernes grunnleggende behov**
    - **Kontrakten mellom kommunen og Lovisenberg omsorg skal stille krav som er egnet til å sikre kvalitet i tilbudet.**
    - **Kommunen skal følge opp at kontrakten blir oppfylt.**

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartsbrev av 5.10.23. Oppstartsmøte ble holdt 26.10.23 med kommunedirektør, kommunalsjef mestring og helse, stabsleder mestring og helse, virksomhetsleder Hogsnes helsehus, virksomhetsleder Re helsehus, virksomhetsleder Nes sykehjem og virksomhetsleder Eik sykehjem til stede. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillinger, kilder for revisjonskriterier, metoder for datainnhenting, og tidsplan for gjennomføringen. Det ble skrevet et referat fra møtet, som ble bekreftet av dem som var til stede.

Vi har hatt oppsummeringsmøte den 22.04.24, med kommunedirektør, stabsleder mestring og helse, virksomhetsleder Re og Hogsnes helsehus, virksomhetsleder Nes og Eik sykehjem og daglig leder Maribu sykehjem til stede.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

Innsamling av data, relevans og pålitelighet

Datainnsamling og rapportskriving har foregått i perioden november 2023 – april 2024.

Dokumentgjennomgang

Vi har innhentet og gjennomgått dokumentasjon fra kommunens og Maribu sykehjems internkontrollsystem, herunder rutiner og prosedyrer for ivaretakelse av beboerens grunnleggende behov og prosedyrer og statistikk fra både kommunens og Maribu sykehjems avvikssystem. Vi har også sett på Maribu sykehjems rapportering knyttet til kontraktsoppfølging i 2022 og 2023.

Vi har innhentet informasjon om rammebetingelser fra kommunen, herunder om organisering, bemanning og kompetanse, sykefraværstatistikk, økonomi, kvalitetsindikatorer mm. Kommunens årsrapporter for 2022 og 2023 har også vært sentrale informasjonskilder.

Intervju

Vi har hatt intervju med virksomhetsleder, tjenesteleder og fagutviklingssykepleier ved Hogsnes helsehus, Nes sykehjem og Maribu sykehjem. Vi har også intervjuet tillitsvalgte og verneombud ved disse virksomhetene. Videre har vi intervjuet, og hatt tett kontakt på e-post og telefon, med vår kontaktperson i kommunen, som er virksomhetsleder ved Re og Hogsnes helsehus. Referat fra intervjuene er verifisert av kildene.

Compilo
Vi har hatt tilgang til kommunens kvalitetssystem Compilo, og foretatt stikkprøver i systemet i forbindelse med problemstilling 1 og 2.

Stikkprøver CosDoc
Vi har gjort noen få stikkprøver i pasientjournaler i fagsystemet CosDoc. Vi så på tre tilfeldige pasientjournaler ved hvert sykehjem, totalt ni. Med så lite utvalg er ikke resultatet representativt i seg selv, men må ses i sammenheng med informasjonen vi fikk i intervjuene.

Spørreundersøkelse til ansatte i sykehjem/ helsehus
Vi sendte en spørreundersøkelse til totalt 248 personer (Hogsnes – 64, Nes – 126 og Maribu – 58 personer). Vi sendte til alle faste ansatte og vikarer ved langtidsavdelingen ved de tre sykehjemmene/ helsehuset, og fikk 107 svar, noe som gir en svarprosent på 44. Dette gir en svarprosent vi mener er tilfredsstillende. Om de som har svart har vi sett følgende:

- Av de som har svart jobber 22 % på Hogsnes helsehus, 51 % på Nes sykehjem og 27 % på Maribu sykehjem
- 50 % av svargiverne er helsefagarbeidere, 31 % er sykepleiere og 19 % er assistenter.
- 63 % jobber i 75 % stilling eller større. 4 % hadde under 30 % stilling og 17 % hadde ingen fast stilling

Kommunen fikk anledning til å komme med innspill til utforming av spørreundersøkelsen.

Pårørendeundersøkelse
For å få svar på hva pårørende mener om sykehjemmets ivaretakelse av beboernes grunnleggende behov, har vi brukt resultater fra kommunens og Maribu sykehjems pårørendeundersøkelser i 2023.

Tønsberg kommune benytter Bedrekommune.no, utarbeidet av KS, når de gjennomfører pårørendeundersøkelser. I 2023 ble undersøkelsen sendt til totalt 233 pårørende til beboere i institusjon i Tønsberg kommune. 111 besvarte undersøkelsen, som gir en svarprosent på 48 %.

Maribu sykehjem bruker ikke den samme undersøkelsen som kommunen. Undersøkelsen i 2023 ble sendt til 43 personer, og 25 besvart undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 58.

Generelt om datainnsamlingen
Som beskrevet ovenfor bygger rapporten på data fra forskjellige kilder. Vi mener at metodene vi har brukt understøtter hverandre. Det at dataene vi har innhentet peker i samme retning støtter opp under dataenes relevans og pålitelighet. Dette støtter igjen opp om de vurderinger og konklusjoner vi gjør på grunnlag av dataene.

All informasjon som har blitt brukt fra intervjuene er verifisert av intervjuobjektene.

Vi mener at datainnsamlingen er tilstrekkelig for å gi svar på de ulike problemstillingene.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen (evt. foretaket). Vi har også behandlet personopplysninger om beboere ved sykehjemmene. Ingen sensitive/ taushetsbelagte personopplysninger blir oppbevart hos oss.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.[29]

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner. Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll.[30] Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

[29] God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

[30] ISQM 1 og 2 er internasjonale standarder for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenklet revisorkontroll av regnskaper, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tjenester.

På vakt for fellesskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?
Ta kontakt med oss:
Telefon: 33 07 13 00
E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no

24: 3803 407