



---

*Forvaltningsrevisjon*

***Kvalitet i***

***Pleie og omsorg***

*Fauske kommune*

---

## FORORD

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i henhold til kommunelovens § 77 nr 4. Formålet med forvaltningsrevisjon er å utføre systematiske undersøkelser av den kommunale tjenesteproduksjon, myndighetsutøvelse og økonomiske forvaltning, herunder se etter muligheter til forbedringer, eventuelt påpeke svakheter og mangler.

Prosjektet "Kvalitet i pleie og omsorg" ble bestilt av kontrollutvalget i Fauske kommune 04.04.2014 (sak 13/14). Det er ikke med i plan for forvaltningsrevisjon. I sitt vedtak ba kontrollutvalget om at revisors undersøkelser skulle omfatte både hjemmetjeneste og institusjon, samt avlastning, og at tillitsvalgte, brukere evt. pårørendeforening skulle intervjues, i tillegg til ledere.

Undersøkelsen er gjennomført i perioden august-september 2014 og feb-april 2015. Denne rapporten oppsummerer resultatene fra undersøkelsen. Ansvarlig for gjennomføring av prosjektet har vært forvaltningsrevisor Unni Edvardsen.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon!

Bodø, 29.05.2015



Svein Erik Moholt  
ansvarlig forvaltningsrevisor



Unni Edvardsen  
forvaltningsrevisor

**Innhold:**

FORKORTELSER OG DEFINISJONER .....	6
1. INNLEDNING.....	7
2.1 FORMÅL.....	8
2.2 PROBLEMSTILLING .....	8
2.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSBRUK.....	8
3. METODE OG GJENNOMFØRING .....	8
4. REVISJONSKRITERIER.....	9
5. FAKTA OG VURDERINGER .....	10
<b>5.1 Hvordan sikrer kommunen at kvalitetsforskriftens krav oppfylles? .....</b>	<b>10</b>
5.1.1 REVISJONSKRITERIER .....	10
5.1.2 FAKTA OG VURDERINGER .....	13
Kvalitetssystemet.....	13
Prosedyrer og praksis.....	19
<b>5.2 Hvordan er organiseringen, bemanningen og kompetansen?.....</b>	<b>56</b>
5.2.1 REVISJONSKRITERIER .....	56
5.2.2 FAKTA .....	56
Organiseringen av pleie og omsorg .....	56
Grunnbemanning .....	59
Kompetanse .....	61
Sykefravær .....	65
5.2.3 VURDERINGER.....	66
<b>5.3 Framstår kommunens tilbud om avlastning som tilfredsstillende? .....</b>	<b>67</b>
5.3.1 REVISJONSKRITERIER .....	67
5.3.2 FAKTA .....	67
5.3.3 VURDERINGER.....	68
7. ANBEFALINGER .....	73
8. REFERANSER.....	74
9. RÅDMANNENS KOMMENTAR.....	75
Vedlegg 1 – Rådmannens kommentar.....	76
Vedlegg 2 – Demografi - Befolkningsframskrivning.....	77
Vedlegg 3 – Ressursbruk.....	78
Vedlegg 4 – Sykefravær .....	79
Vedlegg 5 – Kvalitetsindikatorer i KOSTRA .....	80
Vedlegg 6 – Åpningsbilde i Risk Manager .....	83

## 0. SAMMENDRAG

Formålet med denne undersøkelsen har vært å kartlegge hvordan Fauske kommune legger til rette for å oppfylle kravene som følger av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, herunder også avledede myndighetskrav med bakgrunn i kvalitetsforskriften.

Følgende problemstillinger har vært undersøkt:

1. Hvordan sikrer Fauske kommune at kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten etterleves? Her ser vi nærmere på system og prosedyrer, samt praksis slik denne framgår av intervju.
2. Hvordan er organisering, bemanning og kompetanse? Vi ser også kort på sykefraværsutviklingen.
3. Framstår kommunens tilbud om avlastning som tilfredsstillende?

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon RSK 001. Den bygger på data innhentet gjennom dokumentstudier og 20 intervjuer. Det er gjennomført intervju med enhetsledere og avdelingsledere i institusjon og hjemmetjeneste, representanter for pasienter/pårørende, to tillitsvalgte, leder for brukerkontoret, samt ansatt i demensteamet, ergoterapeut og fysioterapeut. Revisor har i prosjektperioden hatt tilgang til det elektroniske kvalitets- og styringssystemet Risk Manager.

På bakgrunn av undersøkelsen som presentert i denne rapporten, oppsummerer kommunerevisjonen funnene som følger:

Vedr. problemstilling 1: Pleie og omsorgstjenesten i kommunen har fått på plass et helhetlig elektronisk kvalitets- og styringssystem (Risk Manager), som de ansatte har fått opplæring i, og som det foreligger en egen prosedyre for.

Det foreligger en rekke prosedyrer, hovedsakelig for institusjon, men det er ikke utarbeidet noe samlende dokument som viser til hvilke(n) prosedyre som skal ivareta det enkelte grunnleggende behov. Det er heller ikke utarbeidet prosedyrer på alle behovsområdene i forskriften. Noen av prosedyrene som faktisk finnes i Risk Manager, er ikke ferdigstilt, og prosedyrene synes i varierende/for liten grad implementert. Arbeidsgiver pålegger ansatte å kjenne prosedyrene, men tilrettelegger etter revisjonens mening ikke godt nok for dette.

Revisjonens inntrykk når det gjelder når det gjelder tjenestenes praksis, er at grunnleggende behov for pleie og omsorg, personlig stell og mat blir ivaretatt. Vi påpekte svakheter knyttet til legedekningen i sykehjem; manglende koordinerende enhet for rehabilitering; manglende forpliktende rutiner for aktivisering og stimulering og for å ta pasientene med ut; kapasitetsproblemer relatert til langtidsplasser i sykehjem og tilrettelagte botilbud for demente personer, noe som for de det gjelder, medfører et tilbud som ikke er i tråd med kvalitetsforskriftens formål. De som må dele rom, har ingen mulighet for ro og skjermet privatliv.

Vedr. problemstilling 2: Revisjonens hovedinntrykk er at fagkompetansen er bra. Tjenesten har pleiere med ulike former for spesialkompetanse. Tatt i betraktning den store andelen demente pasienter/brukere, synes revisjonen at det er få pleiere som hadde videreutdanning i demens.

Selv om kompetansen generelt sett er bra, er det utfordringer knyttet til helgevakter. Det er vanskelig å skaffe faglærte vikarer til helgevakter. For mange ufaglærte kan gå ut over kvaliteten på tjenestene, og medfører ekstra ansvar og belastning på den/de få faglærte som er på vakt. Mangelfull opplæring av ufaglærte vikarer bidrar ikke til å bedre situasjonen.

Vedr. problemstilling 3: Kommunen har en ordning med vedtak hvert halvår om rullerende perioder med avlastning for et halvt år om gangen. Dette er med på å lage forutsigbare rammer for pårørende. Samtidig binder slike vedtak opp plassene som er avsatt til avlastning, slik at mulighetene for å dekke evt. ad hoc behov for avlastning blir mindre.

Vi registrerer at det var ulikt syn mellom lederne for hjemmetjenesten og brukerkontoret vedr. om tilbudet om avlastning er godt nok eller ikke. Tatt i betraktning antallet kartlagte hjemmeboende demente (55), og den generelle økningen i behovet for hjemmetjenester, synes ikke antallet som får tilbud om avlastning å være spesielt stort.

### **Anbefalinger:**

1. Ferdigstille de uferdige prosedyrene, herunder bl.a. infeksjonskontrollprogrammet.
2. Utarbeide prosedyrer på de behovsområdene tjenesten mangler prosedyrer, og lage et samlende dokument som viser hvilke prosedyrer som ivaretar ulike grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskriften.
3. Vurdere å ta i bruk kvalitetsindikatorer i tilknytning til prosedyrene.
4. Sette i verk tiltak for å implementere prosedyrene i organisasjonen. Vurdere felles gjennomgang av enkeltprosedyrer.
5. Innføre rutiner for årlig intern (egen) revisjon av kvalitetsystemet og prosedyrene, og for at ansatte informeres når nye prosedyrer legges i Risk Manager.
6. Legge ut informasjon på kommunens hjemmeside om pleie og omsorgstjenestene, søknadsskjema, etc. Innføre prosedyrer for å sikre at informasjonen til en hver tid er oppdatert/korrekt.
7. Satse videre på å utvikle fagkompetanse og kvalitetssikre opplæring av vikarer og ufaglærte.
8. Foreta en lokal bemannings-vurdering og fastsatte en lokal norm for legedekning i sykehjem.
9. Innføre prosedyre for at pasientene regelmessig skal få komme ut.

## **FORKORTELSER OG DEFINISJONER**

Beboer/pasient: Beboere på sykehjem ble av informantene hovedsakelig referert til som pasient. I rapporten vises det hovedsakelig til dem som pasient.

Hol.: Helse- og omsorgstjenesteloven

KAD-plasser: Kommunale Akutte Døgnplasser (KAD-senger). I følge Samhandlingsreformen skal alle kommuner ha kommunale øyeblikkelig hjelp plasser fra 1. januar 2016. I Samhandlingsreformen omtales kommunenes nye ansvar som tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling.

Kostragruppe (KG): Fauske kommune er plassert i kostragruppe 12 hos SSB/KOSTRA. KG12 omfatter 12 mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter. De andre kommunene i KG12 er Tinn, Kvinesdal, Tysvær, Odda, Årdal, Sunndal, Meløy, Lenvik, Vadsø, Alta og Sør-Varanger.

KOSTRA: KOMmuneSTatRApportering er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommuner og fylkeskommuner. Det omfatter regnskapstall, informasjon om tjenesteyting og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder samt egenskaper ved befolkningen sammenstilt for å gi relevant informasjon. Kommunene rapporterer inn data om statistikkåret i løpet av de to første månedene etter årets utgang. SSB legger ut ureviderte tall om kommunene 15. mars. Kommunene har så mulighet til å rette opp evt. feil og mangler innen 15. april. Så gjennomfører SSB kvalitetskontroller før publisering 15. juni. I rapporten har vi brukt tallene for 2010 som ble publisert i juni 2011.

PLO: Pleie og omsorg

RM: Risk Manager, et elektronisk kvalitets- og styringssystem som Fauske kommune har tatt i bruk.

TV: Tillitsvalgt (for eksempel for Fagforbundet)

## 1. INNLEDNING

Kommunene har en plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3, men de kan selv bestemme hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. *Hvilke tjenester* kommunen plikter å gjøre tilgjengelig for befolkningen følger av en tolkning av begrepet "nødvendige helse- og omsorgstjenester" og opplistingen av tjenester i hol. § 3-2 første ledd. Tjenester som kommunene etter loven er pålagt å ha et tilbud om er bl.a. helsetjenester i hjemmet (eks. hjemmesykepleie), personlig assistanse (hjemmehjelp/praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon (herunder sykehjem), avlastning og rehabiliteringstiltak.

Pleie og omsorg (PLO) berører mange, involverer mange og koster mye. PLO utgjorde 30,6 prosent av de totale netto driftsutgiftene i Fauske i 2013.<sup>1</sup> Andelen eldre er høyere, og vokser fortere i Fauske enn i landet som helhet.<sup>2</sup> I tillegg står kommunene overfor krevende utfordringer relatert til samhandlingsreformen, en økende andel yngre brukere og flere demente personer i befolkningen. Behovet for helse og omsorgstjenester er derfor ventet å vokse i årene framover.

Mediaoppslag hvor det avdekkes alvorlige tilfeller av omsorgssvikt er en gjenganger i media, særlig før kommunevalg kommer debatten om pleietrengende eldre får den hjelpen de trenger. Spørsmålene som reises dreier seg dels om kriterier for tildeling og omfanget av tjenester, dels om kvaliteten på tjenestene som ytes. Det er det siste som er tema for denne rapporten, og da kvalitet vurdert ut fra i hvilken grad kommunen legger til rette for å gi forsvarlige tjenester som ivaretar brukeres/pasienters grunnleggende behov.

Helsetilsynet gjennomførte en systemrevisjon ved PLO i Fauske kommune i perioden april 03-feb. 04. Her ble det gitt 3 avvik og 6 merknader. Det ene avviket var at *"Fauske kommune mangler skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt grunnleggende behov."* Det var også kommet fram i intervju at innholdet i kvalitetsforskriften var lite kjent. Dette var kort tid etter at kvalitetsforskriften ble innført. Nærværende undersøkelse vil vise om situasjonen er en annen i dag, vel ti år senere.

Strukturen i rapporten er som følger. Etter innledende presentasjon av formål, problemstillinger og revisjonskriterier, ser vi først (del 5.1) på hvilke systemer og prosedyrer kommunen har etablert for å sikre at myndighetskrav til kvalitet etterleves, samt litt på kommunens praksis på disse områdene, slik den framstilles i intervjuene. Dernest (del 5.2) ser vi nærmere på organisering/bemanning og kompetanse. Til sist (del 5.3) belyses kort mulighetene og status for avlastning.

---

<sup>1</sup> Tall for Fauske for 2014 manglet i KOSTRA. Enhetsleder institusjon bekrefter imidlertid at de har sendt inn skjemaer med de tallene som de pålagt å rapportere. Ifm. faktaveriseringen sier han at de venter på avklaring.

<sup>2</sup> Andel av befolkningen i Fauske som er 67 år og over var pr. 01.01.2014: 17,1 prosent (3,4 prosent høyere enn landsgjennomsnittet), fordelt på 12 prosent i aldersgruppen 67-79 år og 5,1 prosent på 80 år og over. (Kilde: SSB). I 2020 er det forventet å være ca. 500 personer på 80 år og eldre og vel 1000 personer på 70 år og over i Fauske. Se vedlegg 2 for nærmere detaljer og framskrivninger.

## 2. FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNINGER

### 2.1 FORMÅL

Formålet med prosjektet er å kartlegge hvordan Fauske kommune legger til rette for å oppfylle kravene som følger av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.

### 2.2 PROBLEMSTILLING

Rapporten har følgende hovedproblemstillinger:

1. Hvordan sikrer Fauske kommune at kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten etterlevs? Her ser vi nærmere på system og prosedyrer, samt praksis slik denne framgår av intervju.
2. Hvordan er organisering, bemanning og kompetanse? Vi ser også kort på sykefraværsutviklingen.
3. Framstår kommunens tilbud om avlastning som tilfredsstillende?

### 2.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSBRUK

Det er ikke foretatt direkte observasjoner for å vurdere tjenestekvalitet.

I prosjektet fokuserer vi på tjenester rettet mot eldre innbyggere i Fauske kommune. Vi har således ikke innhentet data fra Miljø- og habiliteringsavdelingen som gir tjenester til psykisk utviklingshemmede.

I rapporten er det noe mer fokus på institusjon enn på hjemmetjeneste. Dette skyldes dels at noen av revisjonskriteriene kun er aktuell for sykehjem, dels at det er utarbeidet mange prosedyrer for sykehjem og få for hjemmetjenesten.

Vi bruker benevnelsene pasient og beboer om hverandre for eldre som bor på sykehjem. De fleste ledere/ansatte som vi snakket med, brukte ordet pasient.

## 3. METODE OG GJENNOMFØRING

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til Norges kommunerevisorforbunds Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001.

Metode er en samlebetegnelse på de fremgangsmåter som benyttes for å samle inn data som vil gi svar på problemstillingene i en undersøkelse. Undersøkelsen vår bygger på dokumentstudier og intervjuer. I tillegg fikk revisor tilgang til det elektroniske kvalitetssystemet Risk Manager. Sykefraværstall er innhentet fra kommunens personalkontor.

Dokumentene omfatter prosedyrer, planer, rapporter mm. Det er gjennomført 20 intervjuer, med ledere, fysioterapeut, ergoterapeut, demensteam og representanter for brukere/pårørende og tillitsvalgte. Intervjuene er verifisert av informantene, og faktabeskrivelsen i rapporten er gjennomgått og verifisert av kommunens kontaktperson for



prosjektet (enhetsleder sykehjem) og kommunalsjef helse og omsorg. Dette for å sikre påliteligheten (reliabilitet).

Her en nærmere oversikt over dem som er blitt intervjuet ifm. prosjektet:

Institusjon (sykehjem og Mov)	Hjemmetjenesten	Brukere/Pårørende	Andre
- Enhetsleder  - 4 avd.ledere: o A-C/D o G2/G3 o E, F, G1 o Moveien/Pav. 9	- Enhetsleder  - 4 avd.ledere: o Nord-Vest o Sentrum-Øst o Miljø- og aktivitet o Korttids-/rehabavd.	- Pårørende til 3 beboere, sykehjem  - En pasient, sykehjem	- 2 tillitsvalgte - Leder for brukerkontoret - Demensteam - Ergoterapeut - Fysioterapeut

#### 4. REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet vurderes i forhold til. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. De kan hentes fra lovverk, politiske vedtak og føringer, administrative retningslinjer, og anerkjent teori på området. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas og de konklusjoner som trekkes.

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

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften)
- Forskrift om legemiddelhåndtering
- Rundskriv: Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
- Veileder: Legetjenester i sykehjem

Revisjonskriteriene vil bli konkretisert for det enkelte fokusområde i de senere delene av rapporten.

## 5. FAKTA OG VURDERINGER

### Nærmere om kvalitetsbegrepet

En generell definisjon av kvalitet er "helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dens evne til å tilfredsstille krav eller (uttalte eller underforståtte) behov."<sup>3</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven har ingen definisjon av kvalitet, og andre HO-dokumenter har ingen enhetlig definisjon av begrepet.

I følge den generelle definisjonen handler kvalitet om å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme i form av lover og forskrifter, i planer og prosedyrer utarbeidet av kommunene selv eller fra brukere og pårørende (jf. veilederen til kvalitetsforskriften).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav om at tjenestene skal være forsvarlige, herunder skal kommunene tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient/bruker gis et verdig tjenestetilbud. Videre skal virksomheten arbeide systematisk for kvalitetsforbedring, jf. § 4-2.

Kvalitetsforskriften stiller krav om at kommunene skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker/pasient får ivaretatt sine grunnleggende behov. Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring vil inngå som en del av virksomhetens internkontrollsystem. Men mens fokus i internkontrollforskriften er de minimumskrav som stilles til innhold i et styringssystem, retter kvalitetsforskriften søkelyset mot brukerne.

### 5.1 Hvordan sikrer kommunen at kvalitetsforskriftens krav oppfylles?

#### 5.1.1 REVISJONSKRITERIER

Formålet med kvalitetsforskriften er at den skal bidra til å sikre at mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunene, får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Revisjonskriteriene er knyttet til om kommunen har etablert prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Kvalitetsforskriftens liste over 16 grunnleggende behov er ikke uttømmende, men gir eksempler på viktige grunnleggende behov som kommunene må søke å sikre blir tilfredsstilt hos brukerne. Det framgår av veileder til kvalitetsforskriften at det ikke er noe krav om at det skal være én prosedyre for hvert av de 16 punktene. Én prosedyre kan dekke flere punkter, men til sammen skal prosedyrene ivareta alle punktene.

For å klargjøre hva som forventes eller kreves av kommunene når det gjelder grunnleggende behov, har vi tatt med noen mer spesifikke myndighetskrav på de ulike områdene. Disse er samlet i tabellen på neste side, fordelt på ni behovskategorier.

<sup>3</sup> ISO 8402. En annen, enda enklere, definisjon fra Norsk Standard definerer kvalitet slik: "Kvalitet er i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav" (NS-EN ISO 9000:2000).

Kvalitetsforskriften	Nærmere krav til tjenesten
I. Informasjon og brukermedvirkning	<p>Brukermedvirkning forutsetter at bruker og pårørende blir informert. Bestemmelser bl.a. i <u>øbrl. kap. 3, bl.a. § 3-2 7.ledd</u>: Brukere skal ha den info som er nødv. for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.</p> <p><u>Kvalitetsforskriften</u>: Brukere/pårørende medvirker ved utforming/endring av tjenestetilbudet</p> <p><u>Sykehjemsforskriften § 4-10</u>: I de tilfelle hvor det ikke er opprettet styre for boformen, må en talsrepresentant for beboerne på annen måte sikres mulighet for innflytelse på driften.</p> <p><u>Hol. § 3-10 2. ledd</u>: Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.</p>
II. Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling  Legedekning  Medisinutdeling	<p><u>Sykehjemsforskriften §2-1</u>: Boformen skal ha tilknyttet en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling</p> <p><u>Verdighetsforskriften</u>: Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen</p> <p><u>Rundskriv nr. 1-4/2007</u>: Krav til kommunene om å foreta en lokal bemanningsvurdering og fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem, jf. veilederen "Legetjenester i sykehjem," Sosial- og helsedir., 02/2007.</p> <p><u>Forskrift om legemiddelhåndtering</u>: Virksomhetsleder skal sørge for internkontroll, bl.a.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Disse skal gjøres kjent i virksomheten.</li> <li>Gi skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.</li> <li>Sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering.</li> </ol> <p><u>Rapport Helsedirektoratet (IS-1887): Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien. Tiltak</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legemiddelgjennomgang utføres senest to uker etter innkomst til sykehjem</li> <li>- Gjennomføre regelmessige observasjoner og vurdering av legemiddelbeh</li> <li>- Gjennomføre årlige legemiddelgj.ganger for alle pasienter i sykehjem</li> </ul>
III. Rehabilitering <sup>4</sup>	<p><u>Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd pkt. 5</u>: Kommunen skal tilby medisinsk habilitering og rehabilitering.</p> <p><u>Verdighetsforskriften</u>: Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering. Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen.</p> <p><u>Sykehjemsforskriften</u>: I tilknytning til oppholdet skal det være organisert fysioterapitjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste.</p> <p><u>Forskrift om habilitering og rehabilitering</u>: § 5: Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. § 6: Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.</p>

<sup>4</sup> Habilitering og rehabilitering er definert i forskrift om habilitering og rehabilitering § 3: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

<p>IV. Ernæring</p>	<p><u>Kvalitetsforskriften:</u> Tilstrekkelig næring; Variert og helsefremmende kosthold; Rimelig valgfrihet ift mat Hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise <u>Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring:</u> (Inneholder 12 anbefalinger, derav flere «skal»-anbefalinger) Dokumentere ernæringsstatus og vurdere ernæringsmessig risiko</p>
<p>V. Personlig stell og egenomsorg</p>	<p><u>Kvalitetsforskriften:</u> - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) - Få ivaretatt munnhygiene og nødvendig tannbehandling - Følge en normal døgnrytme - Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning - Få mulighet til selv å ivareta egenomsorg</p>
<p>VI. Aktivering og stimulering</p>	<p><u>Kvalitetsforskriften:</u> - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter - Sosiale behov (mulighet for samvær, fellesskap, aktivitet) <u>Verdighetsforskriften:</u> Et mest mulig normalt liv, ... med adgang til å komme ut <u>Rundskriv I-5/2007:</u> Kommunens plikt omfatter også tjenester som skal dekke den enkeltes behov for aktivitet; bidra til at bruker får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.</p>
<p>VII. En verdig livsavslutning</p>	<p><u>Kvalitetsforskriften:</u> En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser <u>Verdighetsforskriften:</u> Lindrende behandling og en verdig død</p>
<p>VIII. Tilbud tilrettelagt for demente</p>	<p><u>Sykehjemsforskriften § 4-7:</u> Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått. <u>St. meld nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen (s. 27):</u> Det anbefales at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for aldersdemente. <u>Demensplan 2015:</u> Dagtilbud til mennesker med demens er et satsningsområde i regjeringens omsorgsplan 2015. Dagtilbud er pr. dd ikke en lovpålagt tjeneste, men kommunen plikter å opprette et faglig forsvarlig tjenestetilbud tilpasset den enkelte. Da regj. Stoltenberg bevilget penger til dette i 2011, var det tale om en lovfesting av dagaktivitetstilbud etter hvert som tilbudet blir bygget ut.</p>
<p>IX. Tilbud om eget rom ved langtidsopphold  Mulighet for ro og skjermet privatliv</p>	<p><u>Verdighetsforskriften:</u> Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom <u>Sykehjemsforskriften:</u> Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Rommene bør ha uttak for telefon. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom.  Grupper av sengerom bør ha egne spise- og oppholdsarealer samt kokemuligheter som kan benyttes av beboerne.</p>

### 5.1.2 FAKTA OG VURDERINGER

Det er utarbeidet en rekke dokumenter som hver på sin måte er ment å bidra til gode pleie og omsorgstjenester i Fauske kommune. Bortsett fra Helse- og omsorgsplanen (og budsjett) som er politisk vedtatt, dreier det seg om administrative planer, retningslinjer og prosedyrer. Det foreligger ingen *egen* prosedyre(r) relatert til kvalitetsforskriften, men i følge enhetsleder institusjon har man en rekke prosedyrer som hver på sin måte bidrar til at kvalitetsforskriften ivaretas.<sup>5</sup>

#### Kvalitetssystemet

I følge enhetsleder institusjon har de jobbet målrettet de siste to årene med å få på plass et elektronisk kvalitets- og styringssystem. Høsten 2013 begynte kommunen arbeidet med å revitalisere Risk Manager (RM), dermed kunne prosedyrer og planer legges inn der. Følgende finnes i RM:

- Prosedyrer
- Lenker til lover, forskrifter, etc.
- Oversikt over avd.ledere, tillitsvalgte og verneombud etter avd.
- Avvikssystem
- Lenke til PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten), et sentralt utviklet program over gjeldende prosedyrer i helse og omsorg
- Lenke til Veilederen.no, et elektronisk oppslagsverk med både en personaldel og en tjenestedel. Det er lenket opp til lover. I Veilederen finnes det små opplæringsnutter (videoopplæring) med ulike tema. Ifm. opplæringen ble de ansatte i PLO pålagt å ta minst tre slike e-læringskurs.

De fleste prosedyrene som revisjonen har fått fra enhetsleder institusjon, har med formålet med prosedyren, hvem den omfatter, henvisning til aktuelle lover samt at prosedyren gir en kort beskrivelse av hva som skal gjøres. Enhetsleder institusjon forteller at når prosedyrer legges inn i RM, så registrerer man hvem som er ansvarlig for oppdatering av prosedyren samt dato for revisjon. Så får man automatisk melding når det er tid for å sjekke om den skal endres. Imidlertid så revisor flere prosedyrer hvor dato for revisjon (til dels for lengst) var passert.

Pr. 13.03.2015 var status for antall registrerte dokumenter i RM som følger:

- Sykehjem: 66
- Hjemmetjenesten: 10 (hvorav 4 samme som under sykehjem)
- Felles: Mange om samhandling og samhandlingsreformen

Det presiseres at dette er antall *dokumenter*. Ikke alle er prosedyrer. For eksempel blant dokumentene under sykehjem, ligger det også ulike skjema (derav 9 fra "DigiPro"), stillingsbeskrivelser og 4 nyhetsbrev.

---

<sup>5</sup> I forbindelse med faktaverifiseringen, gis det uttrykk for at prosedyren "Kvalitetspolitikk," "langt på vei beskriver at institusjon skal sikre kvaliteten iht. lover." Dette dokumentet framstår imidlertid som et uferdig.

Det er utarbeidet en egen prosedyre for Risk Manager (under sykehjem) hvor formålet er å skriftliggjøre og samle alle styrende dokumenter som gjelder for Fauske sykehjem. Det heter at "RM beskriver hvordan Fauske sykehjem sikrer kvalitetsarbeidet på alle nivå." Videre framgår det at det er tjenestens totale prosedyrer som til sammen ivaretar de grunnleggende behovene nevnt i kvalitetsforskriften.

Det er klart fra det ovenstående, at sykehjemmet har jobbet betydelig mer med RM og har mange flere prosedyrer der enn hjemmetjenesten. Ledere i hj.tjenesten gir uttrykk for at de ser litt på hva sykehjemmet har fått til. Mulighetene for samarbeid om kvalitetssystemet er styrket etter at avd.lederne i institusjon og hj.tjenestene har møttes regelmessig en gang pr. måned siden høsten 2014, i flg. avd.leder i hjemmetjenesten.

Noen prosedyrer er felles for både sykehjem og hj.tjeneste, for eksempel står prosedyrene for legemiddelhåndtering, infeksjonskontrollprogram og journalansvarlig oppført under begge. En nærmere titt på innholdet, gjør det imidlertid klart at noen av de felles prosedyrene trenger en nærmere utfylling/tilpasning av den enkelte enhet på enkelte punkter.

#### Lenker til lover og forskrifter mv.

Pr. 16.03.2015 lå det lenker til 9 lover og 10 forskrifter. Oversikten over lenkene var ikke helt oppdatert, bl.a. var det lenke til kommunehelsetjenesteloven som er opphevet mens forskrift om habilitering og rehabilitering manglet. Kvalitetsforskriften var med, men lenke til veilederen manglet.

#### Brukerkontoret - egne prosedyrer og maler

Brukerkontoret har egne prosedyrer som benyttes i saksbehandlingen av søknader. Disse ligger i Profil. I tillegg ligger diverse vedtaksmaler i RM. Brukerkontoret har fått utarbeidet både vedtaksmaler for ulike typer vedtak og prosedyrer som beskriver de ulike steg i saksbehandlingen. Dette arbeidet har de hatt jurist til å bistå seg med. Ennå er man ikke helt i mål med alle malene, men forbedringsarbeidet fortsetter. I følge leder for kontoret, har de i tilknytning til dette arbeidet, det siste halvannet året, også brukt mye tid på intern opplæring ved kommuneadvokaten.

#### Kvalitetsteam

Det framgår av virksomhetsplan for sykehjem at det ble opprettet et Kvalitetsteam ved sykehjemmet i mai 2014. Teamet har som hensikt å se til at systemer for kvalitetsarbeidet er tilfredsstillende samt vurdere behov for kvalitetsutvikling. Det består av enhetsleder institusjon, avdelingslederne og verneombud. Teamet hadde sitt første møte før sommeren 2014 og så da litt på avvikene. I følge enhetsleder skal de møtes regelmessig og bl.a. se på avviksutvikling, trender og ting som særlig peker seg ut, og som kanskje er felles for flere avd. For eksempel har det vært flere meldinger på avvik når det gjelder medikament-håndtering, og teamet ser i følge enhetsleder at tiltak kan være nødvendig her.

De ansatte er ikke involvert i kvalitetsarbeidet i form av arbeidsgrupper eller lignende, men TV ved skjermaenhetene gir likevel uttrykk for at de ansatte er med på kvalitetsarbeidet med

tanke på at hjelpemetoden også er et kvalitetssikringsverktøy. *"Den skal sikre at hver enkelt får den pleien de skal ha."*

Når det gjelder hjemmetjenestene, gir enhetsleder uttrykk for at avd.leder-gruppen utgjør et slags kvalitetsteam. Hun understreker at avd.lederne har et "veldig fokus på kvalitet". *"De driver holdningsarbeid. Når du jobber i private hjem, så stilles det ganske store krav til deg. ...Respekt skal være der."*

#### Ansattes kjennskap til kvalitetssystemet generelt og til kvalitetsforskriften spesielt

Våren 2014 ble det kjørt opplæring for alle ansatte med puljevis presentasjon/kort opplæring i kvalitetssystemet. Til sammen deltok 200-300 ansatte. Ansvarlige for opplæringen var enhetsleder institusjon, i samarbeid med hovedvernombudet og IT-kontakten for PLO. Enhetslederen presiserer at "det ble tydelig orientert om at dette var gjeldende systemer og at ansatte var pliktig til å holde seg orientert." Etter introduksjonen av RM, ble denne samt veileder for bruk av RM, lagt ut på alle vaktrom. I og med at avvikssystemet er i RM, blir det til at de logger seg inn i systemet, sier enhetslederen, og dermed har de tilgang til de andre tjenestene der. Vedlegg 6 viser et oversiktsbilde fra RM.

Når det gjelder kunnskap om innholdet i kvalitetsforskriften, fikk revisor ulike svar. Mens noen gir uttrykk for at de ikke kjenner til forskriften (i det hele tatt), sier de fleste at de kjenner til den, men at de ikke har god nok kunnskap om innholdet.

I følge enhetsleder har de ikke hatt noen felles gjennomgang av kvalitetsforskriften for de ansatte på sykehjemmet. Mens en avd.leder på en somatisk avdeling gir uttrykk for at kvalitetsforskriften har vært tema på personalmøte på avdelingen, gir den tillitsvalgte på samme avd. uttrykk for at hun ikke kjenner til kvalitetsforskriften. Hun sier likevel at kvalitet var tema på personalmøte medio 2014 og at de ansatte da ble informert om at alle relevante forskrifter ligger i Risk Manager, *"og at alle er forpliktet til å gå inn og lese dem."* Heller ikke TV ved skjermaenhetene kjenner til kvalitetsforskriften. Hun kan heller ikke huske at den har vært tema på personalmøte, men sier at de er blitt informert om at alt av prosedyrer og rutiner ligger i Risk Manager. Dette er noe som ble påpekt av stort sett alle avd.lederne, men at utfordringen er å få alle til å gå inn og bruke systemet.

Kvalitetssystemet foreligger kun elektronisk, slik at de ansatte må logge seg på i Risk Manager for å få tilgang. De ansatte har ikke tilgang til systemet hjemmefra. Avd.ledere gir uttrykk for at til tross for at de har minnet de ansatte om systemet, så er det en utfordring å få alle til å gå inn og bruke det. De TV gir uttrykk for at utfordringen for at ansatte skal bruke systemet er knyttet til tid og tilgang til pc i arbeidstiden. I følge en av de TV synes de ansatte det er frustrerende at de ikke har tilgang til systemet hjemmefra. Hun tror at mange føler på at det er en ekstra belastning i hverdagen å skulle finne tid til å sette seg ned ved pcen, og oppholde den når de kun har én på avd., og hun tror at flere ville tatt kurs og satt seg ned for å sjekke prosedyrer etc dersom de hadde hatt tilgang hjemmefra. I følge enhetsleder varierer antall PCer på avdelingene fra 1-3. På avd. CD er tilgangen på pc særlig knapp: avdelingen omfatter 15 rom (hvorav flere er i bruk som db.rom), men det er kun én pc tilgjengelig for personalet.

HJEMMETJENESTEN: Avd.leder uttalte at de har tenkt å se på kvalitetsforskriften på personalmøte. De har også snakket om å utarbeide en egen prosedyre for kvalitetsforskriften. Hun forteller at det har vært slik at det har vært ulike prosedyrer rundt omkring, og prosedyrer har kanskje blitt borte ifm. utskiftninger av ledere og ansatte. Når de nå har fått RM, så vil de gjerne ta den i bruk til å ha prosedyrene der.

I hj.tjenesten sone sentrum-øst er det fire pcer på sonekontoret. I følge avd.leder er dette ikke tilstrekkelig til både rapportskrivning og til "surfing" i RM. Det er tidvis kø, og i den grad de bruker RM, så er det til avviksrapportering. De andre delene som veileder og rutinebeskrivelser er ikke tatt i bruk, noe hun mener har å gjøre med manglende pcer og rom å sitte i.

### Avvikssystemet

Det dokumenteres generelt ikke at prosedyrer følges, det forutsettes at de følges, men avvik skal registreres. Det framgår av prosedyren Risk Manager at avvik på rutiner skal meldes i avvikssystemet. Avvikssystemet inngår i RM og er tatt i bruk i PLO. Risikovurderingssystemet, derimot, har de i følge enhetsleder ennå ikke tatt i bruk. I avvikssystemet velger du avvikskategori og sender meldingen. Meldingen går til nærmeste leder og melder får selv en kopi. De kan også velge om VO skal få kopi.

Avviksmeldinger kan i følge enhetsleder ikke sendes anonymt, men av pkt. 3.3 i RM framgår at anonym varsling er mulig, men da mister melder muligheten til å følge den videre saksbehandlingen. Det er opp til hver enkelt virksomhet å bestemme hvilke avviksområder de vil tillate anonym varsling for. For øvrig skal pasient og ansatte ikke identifiseres i avviksmeldinger, i følge enhetsleder. Avd.lederne har tilgang til avviksmeldinger på sine avdelinger, og enhetsleder har tilgang til alle meldingene meldt av ansatte på institusjon. Leder må håndtere meldingen innen to uker, ellers kommer purringer.

Avvikssystemet er kjent og i bruk blant de ansatte, men enhetsleder gir uttrykk for at man mangler litt kompetanse når det gjelder hva som meldes som avvik. Av og til meldes ting som avvik som ikke burde vært meldt. Også TV ga uttrykk for at det er uklart hva som er et avvik og hva som ikke er det.

På spørsmål om avviksmeldinger brukes i læringssammenheng, svarte enhetsleder institusjon at noen avd.ledere kanskje gjør det. Kvalitetsteamet jobber imidlertid aktivt med å utvikle prosedyrer/rutiner og å sette inn tiltak på bakgrunn av trender som de ser i avvikene.

Avviksstatistikk for Fauske sykehjem (inkl. Movn/Pav. 9) for en 5 md periode fram til 30.03.2015 viser at det totalt var meldt 144 avvik, med informasjon om dato for registrering, overskrift, område, konsekvens, ansvarlig og status. Det var stor variasjon i bruk av overskrifter og område-kategorisering. F.eks var fall kategorisert på ulike områder, de fleste under HMS, men også noen under intern varsling og tjenestekvalitet. For å få en klarere forståelse av hva avvikene faktisk omhandlet, har vi foretatt en kategorisering på bakgrunn av overskriftene, jf. fig. 1.

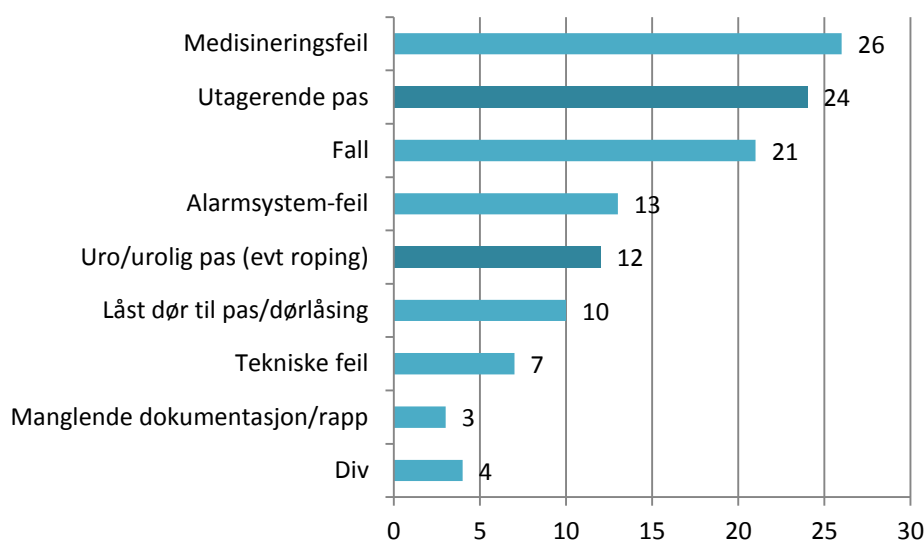


Fire områder skiller seg ut: urolige/utagerende demente pasienter (36), medisineringsfeil (26), fall (21), og tekniske feil/alarmsystemfeil (20). Det framgår av referat fra møte i kvalitetsteamet (28.10.14) at man er oppmerksom på problemene, jf. flg. relevante tiltak:

- At retningslinjer for legemiddelhåndtering skal gjennomgås på personalmøter
- Det er planlagt innkjøp av nytt pasientvarslingsanlegg/telefoner. Anslått klart 01.03.15
- Retningslinjer for vurdering av fallrisiko skal gjennomgås på personalmøter. Pasienter vurderes ved innkost og årskontroll.
- Prosedyren Vold og trusler gjøres kjent blant personalet

For øvrig framgår det av årsplan for farmasøytisk rådgivning i 2015, at det vil bli avholdt 3 t kurs for sykepleiere/ vernepleiere hvor tema er fall og legemidler som kan føre til fall.

**Figur 1: Avvik registrert i RM (01.11.2014-30.03.2015). Sykehjem (inkl. Movn./Pav. 9)**



*Merknad 1: Det var meldt totalt 144 avvik i perioden, men kun 119 er med i figuren, fordi revisor fant det svært vanskelig å kategorisere disse (derav de fleste relatert til skjema avd). Kilde: Risk Manager v/enhetsleder.*

*Merknad 2: I følge enhetsleder, er det ikke hentet ut tilsvarende rapport for hjemmetjenesten.*

Når det gjelder melderens vurdering av konsekvens, ble 9 prosent vurdert som alvorlig og 55 prosent vurdert som mindre alvorlig (36 prosent var ikke vurdert).

### Standarder for kvalitet

Det er i følge enhetsleder institusjon ikke innført politisk vedtatte kommunale standarder for kvalitet, men det er utarbeidet en egen tjenestebeskrivelse for institusjon, som i høst var "så godt som ferdig." I hjemmetjenesten har man en serviceerklæring. Denne skal i følge enhetsleder oppdateres. Ingen av disse dokumentene forelå i RM den 13.03.2015, men i følge enhetsleder skal tjenestebeskrivelsen for institusjon nå være tilgjengelig i RM.

Både på institusjon og i hjemmetjenesten finnes det standarder som gjelder for enkelttjenester, for eksempel at hjelp til dusjing normalt er en gang pr. uke, og at renhold i huset er hver 3. uke. Slike detaljer framgår imidlertid ikke av tjenestebeskrivelsen/ serviceerklæringen, eller av noe annet dokument, etter det revisor kunne se/fikk opplyst.

## Planer

For Fauske sykehjem er det utarbeidet en virksomhetsplan 2014-2015. Visjonen er "et sykehjem i utvikling der vi skaper trygghet og livskvalitet for pasienter og ansatte gjennom kompetanse og omsorg." Planen har fire hovedmålsettinger:

- Aktivitet og mestring
- Helsefremmende arbeidsmiljø
- Kompetanse og rekruttering
- Kvalitetssikring

Under hver av målsettingene er det oppført tiltak eller delmål. Under aktivitet er det bl.a. oppført at enheten skal ha overordnet aktivitetsplan og legge til rette for fysisk aktivitet og at avdelingene skal ha aktivitets-årshjul. Under kvalitetssikring er det oppført åtte punkter, herunder bl.a. å bygge opp et kvalitetssystem, etablering av kvalitetsteam, bruker- og medarbeiderundersøkelse hvert 2. år.

## **VURDERINGER** (kvalitetssystemet generelt)

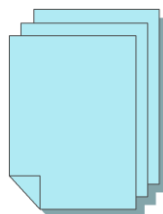
Revisjonen vurderer det som svært positivt at kommunen innen pleie og omsorg, har tatt i bruk det elektroniske kvalitetssystemet. Det er på det rene at ledelsen, særlig enhetsleder institusjon, har gjort et betydelig arbeid med å få på plass en rekke prosedyrer og andre kvalitetsrelevante dokumenter. Det har også vært avholdt opplæring og budskapet om hvor de ansatte finner prosedyrer, melder avvik, etc, synes å være mottatt hos de ansatte. Revisjonen oppfatter at det er en åpen kultur for tilbakemeldinger, slik at avvik meldes, man søker å lære av feil og setter i verk tiltak (i hvert fall på sykehjemmet).

Imidlertid ser vi også noen mangler og svakheter ved kvalitetssystemet/implementeringen:

- Enhetsleder institusjon uttalte at prosedyrene deres til sammen skal ivareta forskriftens krav. Men vi fant at det ikke var etablert prosedyrer for flere av punktene i forskriften. Hjemmetjenesten har i liten grad etablert prosedyrer i hht. kvalitetsforskriften.
- Hvis man ikke ønsker å lage egne prosedyrer ift. kvalitetsforskriften, så bør man i det minste lage et samlende dokument hvor man viser til hvilke prosedyrer som skal ivareta de enkelte grunnleggende behov.
- Avd.ledere og andre syntes ikke å kjenne innholdet i kvalitetsforskriften i særlig grad.
- Noen av prosedyrene var ikke ferdigstilt. Vi vurderer det som alvorlig at infeksjonskontrollprogrammet ikke var ferdigstilt, særlig tatt i betraktning at det her dreier seg om syke og svake eldre med nedsatt immunforsvar.
- Etter revisjonens vurdering framstår prosedyrene ikke tilstrekkelig implementert. Den enkelte medarbeider er pålagt å sette seg inn i og følge gjeldende prosedyrer (jf. prosedyren RM). Men når arbeidsgiver i svært liten grad legger opp til felles gjennomgang av prosedyrer, og det i liten grad er tid/muligheter for de ansatte til å sette seg inn i prosedyrer i arbeidstiden, kan man ikke uten videre legge til grunn at praksis er i samsvar med prosedyrene. Et viktig formål med prosedyrer er at krav i lov og forskrift og faglige retningslinjer skal nedfelles i virksomhetens praksis, og slik sikre forsvarlige tjenester. Men dersom de ansatte som utfører tjenestene ikke kjenner til innholdet i prosedyrene, er hensikten ikke oppnådd.

## Prosedyrer og praksis

### I. Brukermedvirkning



Flg. prosedyrer finnes i RM:

- **Bruker- og pårørendeundersøkelse (i sykehjem)**
- **Primærkontakt (i sykehjem)**
- **Innskriving og utskriving av pasient fra sykehjem**

Andre relevante dokumenter:

- **Info-skriv avd. G**

Flg. er under utarbeidelse (ligger ikke i Risk Manager):

- **Opprettelse av brukerutvalg ved Fauske sykehjem**

#### Resultatmål i helse- og omsorgsplanen:

- **Økt fokus på brukermedvirkning og brukers ressurser (nr. 7)**
- **Opprette brukerråd (nr. 32)**

#### Bruker- og pårørendeundersøkelse<sup>6</sup>

Det er utarbeidet en egen prosedyre for "Bruker- og pårørendeundersøkelse" i sykehjem. Formålet er å ha gode kvalitetsindikatorer, og gjennom disse å få frem pasientenes meninger og opplevde kvalitet som deretter kan bidra til forbedringer. Brukerundersøkelsen skal gjennomføres på høsten hvert 2. år, og omfatter pasienter med langtidsopphold ved Fauske sykehjem samt pårørende til beboere ved sykehjemmet.

Prosedyren har et eget avsnitt om analyse og bruk av resultatene. Enhetslederen understreker at det er veldig viktig å jobbe med funnene i etterkant, og forteller at de etter brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2014, jobbet avdelingsvis med funnene og hvilke tiltak de skulle sette i verk for å bedre situasjonen.

En av de pårørende ga uttrykk for at de fikk tilbakemelding fra enhetsleder etter brukerundersøkelsen der det stod hvilke tiltak som skulle settes i verk, men at hun nå er usikker på om det har skjedd noe. Hun kan ikke huske hvilke tiltak det var snakk om, men sier «Kan vel ikke si at jeg har lagt merke til noe.»

#### Primærkontakt

Prosedyren Primærkontakt (sykehjem) har som formål å sikre kontinuerlig oppfølging og helsehjelp av god kvalitet. Videre skal den bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og personale, samt respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

<sup>6</sup> I Risk Manager er prosedyren registrert kun med tittelen "Bruker."

Det framgår av prosedyren at hver pasient skal ha sin primærkontakt, som har et særskilt ansvar for kontakten mellom sykehjem, pasient og dennes pårørende. Primærkontakten skal ha samtale med pasienten minimum en gang pr. uke, og er spesielt ansvarlig for å gi informasjon og avtale praktiske ting.

Det framgår av prosedyre-filen at den ble godkjent 22.05.2014. Imidlertid tyder intervjuene på forskjeller mellom avdelingene når det gjelder i hvilken grad ordningen med primærkontakt er innført eller ikke. Mens en avdeling har en ordning med både primær- og sekundær kontakt, gir andre uttrykk for at de er i gang med å opprette det eller at de ikke har fått det til å fungere i praksis. En annen uttaler at det er vanskelig å få til med få ansatte i turnus. Det blir presisert at ordningen innebærer at den og den er primærkontakt for visse rom (uavhengig av hvem som bor der), men at ordningen uansett ikke fungerer optimalt, fordi primærkontakter som ikke går i full stilling, ofte ikke er der når det er noe, så da må den som har det rommet da, ta seg av det, uansett om vedkommende er primærkontakt for det eller ikke.

Av tre pårørende med pasienter på ulike avd, svarte kun én at hun/de hadde en primærkontakt på avdelingen. En annen svarte at hun snakker med den som er ansvarlig der og da hvis det er noe. Den pårørende som opplyste at de hadde en primærkontakt, fortalte om et tilfelle hvor pårørendes ønske om at primærkontakten skulle være til stede på et møte, ikke var blitt imøtekommet.

#### Innskriving og utskriving av pasient (sykehjem)

Proseduren Innskriving og utskriving av pasient har som formål å sikre trygghet og respekt for ny pasient samt sikre at de ansatte har nødvendig kunnskap og følger gjeldende rutiner. Vedlagt prosedyren er sjekklister for innkomst og utreise samt informasjon til pårørende med slipp for registrering av nærmeste pårørende. Enhetsleder gir uttrykk for at det innhentes opplysninger fra bruker/pårørende vedr. hva de liker/ikke liker, hobbyer og generelt om deres historie.

Relatert til innskriving av ny pasient, er oppføring av navn på beboer på info-tavle i inngangspartiet. Det foreligger et skjema hvor pasient skal skrive under på om vedkommende samtykker til slik oppføring.

#### Info-skriv avd. G ("Velkommen til avd. G. Informasjonsbrosjyre")

Dokumentet, som er på 4 sider, er et info-skriv til pasienter og pårørende. Det omfatter informasjon om døgnrytme og ulike ordninger og aktiviteter på avdelingen, rutine for lege/tannlege, samt praktisk nyttig informasjon som tlf.nr., hvordan mat hjemmefra skal merkes og lagres, etc. Info-skrivet har også med et punkt om primær- og sekundærkontakt, og at man ønsker å ha en fast årlig samtale med pårørende. I underteksten på dokumentet er sykehjemmets visjon, mål og verdier tatt med.

#### Brukerutvalg (under utarbeidelse)

Sykehjemmet har ikke noe eget styre, og det finnes ikke noe eget brukerråd/-utvalg ved sykehjemmet, men i følge enhetsleder vil dette bli etablert. Det foreligger et utkast til en

prosedyre for brukerutvalg, som det har vært informert om i driftsutvalget. Revisor har fått tilsendt utkastet, som foreløpig ikke foreligger ikke i RM, annet enn at det er nevnt i et nyhetsbrev fra sykehjemmet i nov. 2013, noe som tyder på at det har vært jobbet med dette en stund. I forbindelse med faktaverifiseringen, opplyser enhetsleder, etter dialog med kommunalsjefen, at det er besluttet at etableringen av brukerutvalg skal kjøres som politisk sak.

#### Diverse vedr. brukermedvirkning (institusjon)

Ingen av avdelingene har ordning med faste møter med pårørende. Det er etter behov.

Avd.leder på korttidsavd. forteller at de har rutine for å «kvalitetssikre» beslutninger tatt av pasient som begynner å bli dement og som de er usikker på vurderingsevnen til, men som har samtykkekompetanse. Denne går ut på at ulike pleiere tar opp temaet med vedkommende på tre forskjellige dager. Hvis pasienten svarer likt alle gangene, har de tillit til at det virkelig er dette vedkommende ønsker.

En pårørende til bruker på somatisk avd. uttaler at hun tror at dette med brukermedvirkning blir ivaretatt. «Jeg tror ikke de blir umyndiggjort. De får for eksempel velge pålegg selv.» Videre gir hun uttrykk for at hun synes at de som pårørende har god kommunikasjon med de ansatte.

En annen pårørende gir uttrykk for at "hennes pasient" ikke er flink til å si fra hvordan hun vil ha det. «Så det er jeg som må varsku hvis det er noe.» Også en pasient gir selv uttrykk for at ja visst, får hun si sin mening og kan ta opp problemer hvis det er noe, men at hun gjør ikke det – «*jeg synes de har nok å styre med*».

Når det gjelder å bli informert om endringer i tjenesten, er en aktuell (og komplisert) sak, den om stenging/endring av driften ved Sagatun og spørsmålet om og når pasienter skulle flytte tilbake. En av pasientene som ble flyttet fra Sagatun til en somatisk avd ved sykehjemmet gir uttrykk for at de i utgangspunktet fikk beskjed om at arbeidet ville ta omlag en måned. I oktober 2014 var det gått to år. Hun mener at de er «*blitt holdt for narr*», og gir uttrykk for at verken betjeningen eller de som pasienter er blitt informert, «*Det er null orientering. Vi leser i avisen.*»<sup>7</sup>

#### HJEMMETJENESTEN

Hjemmetjenesten samarbeider med pårørende ved behov i enkelte saker. Hos noen, mest hos demente brukere, har de en bok hvor man noterer ned beskjeder til pårørende, og vice versa. Det understrekes at dette er en kommunikasjonsbok og ikke journal, og at det er begrenset hva de kan skrive i en bok som ligger åpent hjemme hos bruker. På spørsmål om brukere/pårørende har tlf.nr til hj.tjenesten, slik at de kan ta kontakt ved behov, svarer avd.leder at de har mobilnr til hjemmesykepleieren, og at de på natt automatisk vil bli viderekoblet til natttjenesten.

<sup>7</sup> Hun understreker at pleien på sykehjemmet er bra, men at hun ikke har trivdes, og at det er plassen det står i: «*Hvis du ser ut av vinduet, så ser du bare noen tak. Det er ikke særlig oppbyggende. Fra Sagatun hadde vi utsyn mot fjellan og skogen og vannet. Det var en himmelvid forskjell. Jeg savner det voldsomt.*»

Hj.tjenesten har som mål å få innført en elektronisk tiltaksplan for alle brukerne i løpet av året (2015), når Mobil Omsorg kommer på plass.<sup>8</sup> Slik det har vært hittil, er det kun noen få brukere som har hatt tiltaks- (pleie-)plan. Den elektroniske tiltaksplanen vil skrives ut på bakgrunn av tjenestetildelingen, og vil være den som de ansatte skal rapportere i forhold til.

Med Mobil omsorg vil de kunne skrive rapport hjemme hos bruker, de har med seg medisinsliste, alt av opplysninger ligger der. De kan få tak i pårørende etc, og slipper å ringe leder på kontoret eller å dra innom for å få informasjon. Målet er, i følge avd.lederen som er med på innføringen, at det skal bli bedre og sikrere:

*"It-konsulenten kan styre tilgangene, slik at ikke alle ansatte i PLO har tilgang til alle brukerne.... Jeg tenker også at vi kan gi en bedre tjeneste hjemme hos brukerne ved at vi har opplysninger med oss, og kanskje kan bruke mer tid ute hos bruker i stedet for å sitte her på kontoret og rapportere."*

Brukerne i hj.tjenesten har ikke primærkontakt. De plasseres på ulike arbeidslister over oppdrag som settes opp slik at det skal være gjennomførbart ift. antall mottak og besøk før og etter lunsj. Så prøver leder å plassere besøkene hensiktsmessig geografisk, men det varierer hvem som blir satt opp på de ulike listene. Når "Mobil omsorg" blir innført, vil de innføre primærgrupper, slik at de ansatte fordeler ansvaret for pasientene. En slik endring i organiseringen (at det opprettes arbeidslag eller team rundt den enkelte bruker), tror avd.leder, vil bidra til større grad av kontinuitet, og til bedre ajourføring av og kvalitet på pasientjournalene.

I hjemmetjenesten har man verken prosedyre eller praksis for gjennomføring av brukerundersøkelser.

#### BRUKERKONTORET – om brukermedvirkning ved tildeling av tjenester

På spørsmål til leder for brukerkontoret hvordan kravet til brukermedvirkning ivaretas ifm. behandling av søknader om tjenester og utforming av tjenestetilbudet, gis det uttrykk for at dette blir ivaretatt gjennom saksbehandlingsprosessen – "fra vi er på hjemmebesøk, hvor brukers syn kommer fram. Vi beskriver hjemmebesøket i saksutredningen og sender det ut sammen med vedtaket." I saker der søknad ikke blir innvilget, så sender de ut forhåndsvarsel slik at bruker (innen to uker) har mulighet til å komme med evt. innsigelser/nye opplysninger. Denne praksisen er noe kontoret har innført i løpet av det siste halve året.

Ved senere endring av tjenestebehov, er praksis i følge leder for brukerkontoret, at de som utfører tjenesten (for eksempel hjemmetjenesten) sender elektronisk endringsmelding til brukerkontoret, som så treffer nytt vedtak. Denne ordningen fungerer bra, i følge lederen, som gir uttrykk for at de samarbeider godt med både med hjemmetjenestene og korttids-/rehabavd.

---

<sup>8</sup> Mobil Omsorg: Hjemmetjenesten skal få innført "Mobil omsorg" i løpet av 2015. Mobil omsorg er navnet på fag-/pasientjournalssystemet Profil når det legges på mobile enheter type nettbrett og IPAD.

Så kan det være tilfeller der en bruker søker om langtidsopphold i sykehjem, men det ikke er noen ledig plass. Leder for brukerkontoret gir uttrykk for at i tilfeller der kontoret vurderer at behovet for plass er til stede, men det ikke er noen ledig plass, blir det gitt heldøgns omsorg i hjemmet, i påvente av plass.<sup>9</sup> Hun understreker at de er veldig opptatt av forsvarlighet. Samtidig gir hun uttrykk for at også politiske føringer og hensynet til en effektiv bruk av kommunens ressurser er hensyn som virker inn på de vurderinger som kontoret gjør, herunder signalene om en dreining fra institusjon til mer hjemmebasert omsorg. Hun gir også uttrykk for at samhandlingsreformen har ført til at pleie og omsorg er blitt mer uforutsigbar og utfordrende. "Det skjer ting fra time til time. Plutselig på en visitt på sykehuset, bestemmer legen at pasienten er utskrivningsklar." Noen timer senere skal kommunen være klar til å ta imot pasienten.

Dersom en bruker får avslag på søknad om en gitt tjeneste, har vedkommende mulighet til å gi uttrykk for sitt syn ved å klage. Det informeres om denne muligheten fra brukerkontoret sin side, men de har ikke hatt noen klagesaker.

#### ANDRE

Revisjonen har fått kopi av brev som pensjonistforeningene i Fauske har sendt til ordføreren vedr. manglende sykehjemskapasitet. Eldrerådet har kommet med innspill når det gjelder den politiske prosessen vedr. Sagatun.

#### HJEMMESIDEN

En forutsetning for brukermedvirkning er at brukere og andre som trenger tjenester får informasjon, om tjenestene og hvor man henvender seg, etc. Hjemmesiden til Fauske kommune inneholder svært lite informasjon om pleie- og omsorgstjenestene, og det lille som er der, er foreldet og til dels misvisende. Det eneste som synes å være oppdatert og som har med PLO å gjøre, er betalingsattsene.

I "tjenestemenyen" er det to oppføringer som framstår som relevante: Demensteam og Eldre. Den nyeste informasjonen som er lagt ut under "Eldre" er fra august 2011. Verken søknadsskjema eller informasjon om tjenestene ligger på hjemmesiden. Leder for brukerkontoret ga først uttrykk for at søknadsskjema er tilgjengelig på hjemmesiden, men det er de ikke. De viste til at det er Servicetorget som har ansvaret for at dette blir gjort. Søknadsskjema er tilgjengelig i papirform på Servicetorget eller kan rekvireres derfra.

I "administrasjonsmenyen" er både hjemmetjeneste, herunder soner, og institusjon ført opp, men også her er det bare utdatert informasjon av liten verdi for den som trenger PLO-tjenester i dag. Informasjon vedr. resultater fra fylkesmesterskap for helsefagarbeidere fra mars 2010, ligger under alle menyvalgene her.

---

<sup>9</sup> I 2014 var det flere som hadde heldøgns omsorg i hjemmet, opptil en periode på om lag 3 md. Pr. ultimo februar 2015 var det ingen, i følge leder for brukerkontoret.

## VURDERINGER (brukermedvirkning)

Retten til brukermedvirkning bygger på prinsippet om selvbestemmelse. Bestemmelser om brukermedvirkning finnes i bl.a. i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3. I teorien skilles det gjerne mellom ulike nivåer eller grader av innflytelse brukerne gis, fra informasjon på den ene siden der bruker overhodet ikke har noen innflytelse, til brukerstyring på den annen. Samtidig er korrekt informasjon gitt på en forståelig måte, i seg selv en forutsetning for at bruker skal kunne ivareta sine rettigheter og medvirke. Informasjon er også med på å forme brukernes forventninger.

### Informasjon

Når det gjelder informasjon om tjenestetilbudet generelt, så finner revisjonen at det er en svakhet at kommunen har en så mangelfull hjemmeside, som, når det gjelder plo-tjenestene, mangler alt fra den mest grunnleggende informasjon om tjenestene, søknadsprosessen og søknadsskjema. Positive unntak var informasjon om demensteamet og brukerkontoret. Det er kritikkverdige at ledelsen i plo, og i siste instans rådmannen, ikke sørger for at det til en hver tid er oppdatert informasjon om de tjenestene som kommunen er lovpålagt å tilby og om evt. tjenester som kommunen måtte ha ut over de lovpålagte. Pårørende og i økende grad også eldre, er vant til å innhente informasjon på nettet. Manglende informasjon på hjemmesiden svekker brukeres mulighet til å orientere seg om rettigheter og de muligheter som finnes, og kan indirekte svekke deres tilgjengelighet til tjenester og mulighet for medvirkning. På den annen side, kan kommunen påføres ekstra arbeid fordi ansatte må bruke tid på å gi informasjon av generell karakter.

Et positivt innslag når det gjelder informasjonstiltak, er etter revisjonens mening, *info-skrivet til avd. G*, som gir mye nyttig informasjon av verdi for nye pasienter og pårørende. Vi stiller oss undrende til at ikke alle avdelingene har utarbeidet tilsvarende.

### Individuell brukermedvirkning

Revisjonen finner det svært positivt at man ved sykehjemmet har utarbeidet prosedyre for *primærkontakt*. Forutsatt iverksatt, vil prosedyren kunne bidra til større grad av kommunikasjon og forståelse mellom pleier og pasient og pårørende. Revisjonen registrer imidlertid at ordningen ikke er innført på alle avd. Etter revisjonens syn bør man ta prosedyren opp til evaluering og vurdere hvordan man kan sikre at den fungerer tilfredsstillende.

*Proseduren for inn- og utskrivning av pasient* ved sykehjemmet vil, forutsatt brukt, bidra til gjensidig informasjonsutveksling og kan danne grunnlag for god kommunikasjon og brukermedvirkning.

Hjemmetjenesten er i ferd med å innføre Mobil omsorg. Denne vil gjøre det mulig å bruke elektroniske tiltaksplaner, og slik sikre større grad av individuell tilpasning av omsorgen. Den vil også kunne føre til at hjemmetjenestepersonalet bruker mer tid hos bruker bl.a. siden hun kan føre journal på stedet. En omorganisering av tjenesten i primær-arbeidslag, vil kunne bidra til å sikre større grad av kontinuitet.



### Brukermedvirkning på systemnivå

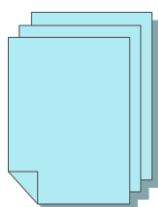
Sykehjemsforskriftens bestemmelse om at en talsrepresentant for beboerne må sikres mulighet for innflytelse på driften, synes pr. dd. ikke å være oppfylt. Men forberedelser er gjort, og revisjonen oppfattet at ledelsen har en intensjon om å få dette på plass.

Revisjonen vurderer det som svært positivt at sykehjemmet har innført prosedyre for gjennomføring av brukerundersøkelse blant pasienter og pårørende, og ikke minst, at resultatene blir gjenstand for analyse, og at forbedringstiltak blir satt i verk. Kommentaren fra en pårørende om at hun ikke hadde lagt merke til noen endringer som følge av "tiltaksplanen" som ble bebudet etter den forrige undersøkelsen, betyr kanskje at sykehjemmet burde hatt en evaluering av gjennomføringen av tiltaksplanen.

At det ikke er innført tilsvarende ordning i hjemmetjenesten, utgjør et avvik ift. lovens krav om innhenting av brukeres synspunkter.

Brukermedvirkning på systemnivå omfatter også innspill fra pensjonistforeningene, elderrådet, etc. Slike instanser målbærer brukergruppens interesser og revisjonen vurderer det som viktig at også disse får komme til orde og blir lyttet til.<sup>10</sup> Om det til slutt blir slik de tok til orde for, er en annen sak og kan sikkert variere.

## **II. Medisinsk undersøkelse og behandling – Legedekning i sykehjem og legemiddelhåndtering**



Flg. prosedyrer finnes i RM:

- **Prosedyrer for legemiddelhåndtering**
- **Infeksjonskontrollprogram (ikke helt ferdig)**
- **Prosedyrer for multidose (hjemmetjenesten)**

Andre relevante dokumenter:

- **Årsplan for farmasøytisk rådgivning for Fauske kommune i 2015**

### **Satsningsområde i helse- og omsorgsplanen:**

- **Sykehjem med fokus på behandling**

Det foreligger tre prosedyrer i RM som er relatert til punktet i kvalitetsforskriften vedr. medisinske tjenester: Infeksjonskontrollprogrammet, prosedyrer for legemiddelhåndtering og prosedyrer for multidose.

<sup>10</sup> Enkelte grupper står i en særstilling, for eksempel elderrådet, som er regulert i egen lov. Vi går her ikke inn på den rett de har etter denne loven.

Prosedyrer for legemiddelhåndtering er utarbeidet av prosedyregruppen ved farmasøyt, og er egentlig en samling med 15 ulike prosedyrer relatert til medikamenthåndtering samt noen skjemaer for utfylling. Den er datert 26.06.13 og dato for revisjon er satt to år fram i tid. I samlingen er det for eksempel med prosedyre for opplæring av personell som skal håndtere legemidler, og prosedyre for istandgjøring, utdeling og oppbevaring av legemidler.

Det framkom i intervju at de fleste fast ansatte helsefagarbeiderne og hjelpepleiere har dispensasjon til å dele ut medisiner. For å få dette, kreves for det første at man minimum er helsefagarbeider. Dernest kreves det medisinkurs og bestått prøve, og at de har fått opplæring vedr. praksis i avd. Ufaglærte får ikke dele ut medisin på sykehjemmet.

Når det gjelder legemiddelgjennomganger for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, så er dette satt i system gjennom den farmasøytiske rådgivningen som kommunen kjøper eksternt. I årsplan for farmasøytisk rådgivning for 2015, er legemiddelgjennomgang sykehjem oppført som en av hovedaktivitetene som skal gjennomføres. Legemiddelgjennomgangen gjennomføres i team med lege, sykepleier og farmasøyt. Det framgår av planen at prosedyrer for kommunens sykehjemsleger er under utvikling, og at det der skal tas med årlig legemiddelgjennomgang i samarbeid med farmasøyt. Under prosedyrearbeid, er det i årsplanen oppført at prosedyrer for legemiddelhåndtering skal revideres i mai. I den forbindelse skal det avholdes samarbeidsmøte med enhetsledere, avd.ledere og farmasøyt, hvor meldte avvik gjennomgås og det skal ses på sammenheng mellom avvik og prosedyrer.

Prosedyrer for multidose ligger på hjemmetjenestens område i RM. I systemet er den registrert inn/endret i mai 2014, men det framgår av selve dokumentet at prosedyrene var revidert nov. 2009.

Hjemmetjenestene administrerer medisinene til et betydelig antall brukere, men det har i følge avd.sykepleierne vært en dreining fra at de leverer ut multidoser til brukere som kan ta medisinene sine selv, til at hjemmetjenesten både oppbevarer og doserer medisinene til brukere. Dette har sammenheng med to faktorer. For det første tilbyr apotekene nå en tjeneste med multidoser som brukere selv kan hente der, for det andre, har det vært en økning i antall brukere som ikke kan ha medisinene sine hjemme hos seg selv fordi det er en risiko for at de roter det til med inntaket, for eksempel hvis bruker er dement.

Infeksjonskontrollprogram for sykehjem er hjemlet i forskrift om smittevern i helsetjenesten. Programmet har som formål å sikre at arbeidet ved institusjonen organiseres og tilrettelegges på en slik måte at pasienter og helsepersonell ikke utsettes for unødig risiko for infeksjonssykdom. Det er ment å være et viktig hjelpemiddel til å arbeide systematisk med smittevern og til å etablere et system for overvåking av infeksjoner. Generelt skal det bidra til å sikre kvaliteten av behandling og pleie ved institusjonen.

Dokumentet omfatter prosedyrer for alt fra grunnleggende smittevernrutiner som håndhygiene og avfallshåndtering til yrkesbetinget smitte hos helsepersonell, forebygging av

spesifikke infeksjoner, forsterkede smitteverntiltak og infeksjonsovervåking. Men dokumentet er ikke ferdigstilt, og flere av prosedyrene som er oppført i innholdsfortegnelsen mangler.

Infeksjonskontrollprogrammet er utarbeidet av en prosjektgruppe i Helse Nord (nedsatt i 2009), som en hjelp til sykehjem og kommunale heldøgns helseinstitusjoner i arbeidet med å utarbeide et infeksjonskontrollprogram. I forordet heter det at *"Det er ment som et forslag... Mye arbeid gjenstår. Det mangler en del elementære retningslinjer, men tanken videre er at sykehjemmene selv kan stå for utarbeidelsen av en del prosedyrer, mens de manglende retningslinjene vil bli ettersendt etter hvert som de blir ferdig."* Dokumentet som ligger i RM og som revisor også fikk tilsendt fra enhetsleder, synes altså ikke å ha blitt ferdigstilt.

En avd.leder i hjemmetjenesten fortalte om en hendelse som de nylig hadde hatt som et eksempel på hvor nyttig det kan være å ha smittevern-prosedyrer tilgjengelig. Det ble oppdaget MRSA-smitte (antibiotikaresistente bakterier) hos en bruker. *"Da begynte vi å lete for å se om vi ikke hadde en felles prosedyre ift. forholdsregler, hva slags tester som skulle tas av personale, etc. Jeg satt på mitt kontor og lette på nettet, tok kontakt med kommunelege1, Folkehelseinstituttet etc. Da så vi i praksis behovet for en felles prosedyre."*

I kommunens plan for kriseledelse vises det i punkt 3.1 til kommunale "fagplaner" for beredskap, bl.a. til Beredskapsplan for smittevern, som sist var revidert i 2009. På plandokumentets forside står det at den skal "holdes ajourført minst en gang hvert år." Som ansvarlig for smittevernplanen er det oppgitt en enhetsleder, som har sluttet i Fauske kommune for flere år siden.

#### Legedekning i sykehjem og boform med heldøgns omsorg

Det er ikke nedfelt noen skriftlig prosedyre relatert til legedekning i sykehjem/ medisinsk undersøkelse og behandling. I følge enhetsleder er det heller ikke fastsatt noen egen lokal norm for legetjeneste i sykehjem eller utført noen risiko-/behovsvurdering av legetjenester i sykehjem. Men enhetsleder sykehjem understreker at alle avdelingene har tilsyn av lege hver uke. I den forbindelse har legen møte med sykepleier og vurderer da de spørsmålene som kommer opp. Enhetsleder opplever at dette fungerer bra, og at det er få tilbakemeldinger om mangler på dette området. Ved behov, kontaktes lege utenom de rutinemessige visittene. I følge enhetsleder viste ikke brukerundersøkelsen noen stor misnøye med legetjenesten.

Samtidig påpeker enhetslederen at legedekningen på sykehjemmet er lav, og de gjerne ville hatt den høyere. *"Det som begrenser mest er nok kapasiteten til legene,"* sier han. *"Vi skulle gjerne hatt en sykehjemslege som hadde hatt et overordnet blick. Nå er det ulike leger på ulike avdelinger, og en del vikarer. Det er også krevende for oss å forholde oss til en rekke ulike leger."*

En av kvalitetsindikatorene i KOSTRA er *"Legetimer per uke per beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg.* Vedlegg 5 (fig. 6) viser at legedekningen er noe lavere i Fauske kommune enn gj.snittet i KG12 og landet (uten Oslo). I 2013 var den på 0,3 i Fauske, mot hhv.

0,46 og 0,47 i KG12 og landet. Enhetslederen ga høsten 2014 uttrykk for at han tror at tallet vil bli høyere for 2014, men tall for 2014 har hittil ikke tilgjengelig i KOSTRA.<sup>11</sup>

Kort om legedekningen ved den enkelte avd.

Alle sykehjemsavdelingene inkl. Moveien har besøk av tilsynslege fast en gang pr. uke. Her en gjennomgang av legedekningsforholdene ved den enkelte avd.:

- To av skjermaenhetene har stabile fastleger som tilsynsleger, noe TV gir uttrykk for at de er veldig godt fornøyd med.
- Avdelingene A og CD (somatiske avd. med samme avd.leder) har hver sin tilsynslege. Det er fast en gang pr. uke (men på ulike dager for A og CD). På avd. CD er det turnuslege (fra et legesenter). På avd. A er det en fastlege fra samme legesenter. (Avd. A har felles tilsynslege med avd. F.) Avd.leder gir uttrykk for at det hadde vært greiere med en fast lege som er der over tid – «Han ville kjent pasientene bedre.»
- Moveien har turnuslege. Avd.leder mener det er ugunstig at det er utskifting av lege hvert halvår. Paviljong 9 (som i følge avd.lederen har pasienter med pleietyngde som på sykehjem, men som formelt ikke er det) har ikke tilsynslege, så der forholder de seg til den enkelte pasients fastlege. Avd.leder gir uttrykk for at det hadde vært ønskelig at også pav. dekkes av sykehjemslege, men det er det ikke kapasitet til.
- Avd. G2 og G3 er tilknyttet et annet legekontor og har turnuslegen der som tilsynslege. Avd.leder gir uttrykk for at det er veldig ugunstig med turnuslege som skifter hvert halvår.

*”Når de begynner å bli kjent med pasientene og systemet her, så får vi en ny en. Det er de sykeste av de syke som får de nyeste, mest uerfarne legene. De er nyutdannet med de siste oppdaterte kunnskapene, men mangler e rfaringskunnskap.”*

I følge avd.lederen er legen der fast en gang pr. uke (ca. 08.30-12.30). Da skal han/hun innom 14 pasienter på G2/G3 pluss 7 pasienter på skjermet enhet i 2. etg. ”Det kan enkelte ganger bli knapt med tid,” sier hun. De kan ringe til legekantoret fram til kl. 14 hvis det er noe, for eksempel ift prøveresultat og påfølgende endring i medisiner. Ellers må de ha legevakt hvis det er noe. Avd.lederen gir uttrykk for at hun skulle ønske at det var en kommunelege som hadde ansvaret for sykehjemmet.

- Korttids-/rehab-avdelingen har i følge avd.lederen tre ulike legeinstanser å forholde seg til:
  - o Tilsynslege til rehab-pasienter hver onsdag (dette gjelder ikke de som kommer inn for kartlegging). Dette er en fast lege, og avd.leder er godt fornøyd med det.
  - o For resten av pasientene må de forholde seg til de respektive fastlegene
  - o I tillegg er det en egen KAD-lege i 30 prosent stilling som går av avdelingens budsjett. Men i enkelte tilfeller må de også forholde seg til pasientens fastlege i tillegg.

<sup>11</sup> Revisjonen trodde først at manglende tall i KOSTRA på enkelte variabler for Fauske, skyldtes manglende rapportering fra kommunens side, men enhetsleder understreker at kommunen *har* rapportert inn tallene.

### Andre forhold av relevans for medisinsk behandling i sykehjem

Fauske sykehjem er i følge enhetsleder med i NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus). Videre har sykehjemmet et visst samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem i Nordland.

#### HJEMMETJENESTEN – SAMARBEID MED FASTLEGER

Hjemmetjenesten må forholde seg til den enkelte brukers fastlege. Avd.lederne gir uttrykk for at tilgjengeligheten til fastlegene i noen (mange?) tilfeller oppleves som vanskelig, for eksempel: "Når du trenger å få avklart noe, og da må vente noen dager, så er det tidkrevende og du får stillstand i din jobb." Det ble også uttrykt ønske om at de gjerne skulle fått tilbakemelding fra lege når bruker har vært på sykehus for undersøkelse, slik at de slapp å bruke tid på å etterspørre svar.

Det ble innført elektronisk meldingsutveksling med sykehuset før jul i 2014, som begge avd.lederne gir uttrykk for fungerer bra, og som de er godt fornøyd med. Meldingene sendes i et lukket system, og ligger i den enkelte pasientjournal. For eksempel går epikriser via dette systemet, og sykehuset sender e-meldinger om inneliggende pasient. Slik e-meldingsutveksling kan de også ha med fastlegekontorene, "så snart de er klar for det," sier den ene avd.lederen. Hun tror det vil kunne bedre samarbeidet betraktelig. Avd.sykepleierne kan da sende melding i stedet for å vente/prøve igjen på telefon, og legen på sin side, kan undersøke saken før de sender svar.

I følge avd.leder i hjemmetjenesten, prøver de i størst mulig grad å få brukerne til selv å kontakte fastlegen sin, men etter innføringen av samhandlingsreformen, har det vært en økning i antall brukere som de må bistå, fordi de selv ikke er i stand til å gjøre det.

Relatert til dette er også spørsmålet om personalet skal ledsage pasient til lege ved behov. Til dette ble det uttrykt at man savnet en prosedyre eller retningslinjer for hvordan tjenesten skal forholde seg ved behov for å ledesage bruker til lege/ tannlege, siden man var usikker på om dette er en lovpålagt tjeneste.

### **VURDERINGER (legedekning, legemiddelhåndtering og legemiddelgjennomgang)**

Kvalitetsforskriften stiller krav om nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, og tilpasset pleie og omsorg. Vi så nærmere på legedekning i sykehjem og prosedyrer for legemiddelhåndtering og legemiddelgjennomgang.

#### Legedekning

Legedekning sier noe om hvilken kapasitet sykehjemmet har til å følge opp pasientenes medisinske problemstillinger. Revisjonskriteriene omfatter bl.a. bestemmelser om faglig forsvarlig oppfølging av lege, som sikrer kontinuitet i behandlingen. Hva som er faglig forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil variere bl.a. etter pasientenes behov, og etter hvilke oppgaver sykehjemmet skal dekke. Med bakgrunn i kvalitets- og internkontrollforskriften,

stilles det krav om at kommunene skal foreta en bemanningsvurdering og at det fastsettes en lokal norm for legedekning i sykehjem.

Fauske kommune har ikke foretatt slik bemanningsvurdering og heller ikke fastsatt noen lokal norm for legedekningen på sykehjemmet. Revisjonen finner dette kritikkverdige, både tatt i betraktning at det er gått lang tid (8 år) siden rundskrivet kom (og at kommunen sånn sett har hatt tid på seg til å innfri kravene), og at sykehjemmene som en konsekvens av samhandlingsreformen, har overtatt en del av pasientbehandlingen som tidligere skjedde på sykehus. Spennvidden i problemstillingene er dermed større, pasientene dårligere, og det er større turnover.

Større faglige utfordringer medfører behov for styrket kompetanse generelt og økt legedekning spesielt. Men Fauske kommune har lav legedekning i sykehjem. Den gikk ned fra 0,4 legetimer pr. uke pr. beboer i 2012, til 0,3 i 2013 (manglende tall i KOSTRA for 2014), som er langt under landsgjennomsnittet. Også enhetsleder sykehjem beklaget den lave legedekningen.

I tillegg til den lave dekningen i rene timetall, så vi på noen andre forhold, som, slik revisjonen ser det, kan bidra til å svekke kvaliteten på den medisinske behandlingen og oppfølgingen av pasientene. Det faktum at stillingsinstruks/prosedyre for sykehjemslegens oppgaver har manglet, og at det ikke er en overordnet sykehjemslege som er faglig ansvarlig, svekker mulighetene for tilstedeværelse, og for at det blir utført institusjonsrettede oppgaver (eks. intern undervisning og fagutvikling). Det er positivt at prosedyre for sykehjemslegens oppgaver nå er under utarbeidelse. Videre så vi at det er ansatt turnuskandidater på flere avdelinger (til og med på avd. CD som har flere rom i bruk som db.rom). Turnuskandidatene skiftes ut hvert halvår, dermed har kandidaten knapt rukket å bli kjent med pasientene, før vedkommende slutter og det kommer en ny. Som påpekt av avd.lederne, så er dette svært negativt ift. manglende kontinuitet i oppfølgingen, og fordi det er slitsomt for personalet å stadig vekk skulle måtte forklare og forholde seg til nye leger. For øvrig er det en kjensgjerning at turnuskandidater mangler erfaring. I møte med fysisk og mentalt svekkede pasienter som ofte har flere kroniske sykdommer og bruker mange legemidler, kan den medisinske oppfølgingen dermed bli utfordrende.

Bildet totalt sett, gjør at revisjonen mener at kommunen bør foreta en bemanningsvurdering, fastsette en lokal norm for sykehjemslegedekningen, og få på plass prosedyren for sykehjemslegens oppgaver.<sup>12</sup> Dertil kommer at man også bør vurdere om pav. 9 skal gis institusjonsstatus (og dermed dekkes av sykehjemslege).

For øvrig forutsetter en trygg legemiddelbehandling, at også pleiepersonalet har nok tid og faglig kompetanse til å følge opp behandlingen og rapportere om virkninger/bivirkninger.

<sup>12</sup> Kommunene kan sikre legeressurser til allmenntilleggs arbeid enten gjennom den individuelle fastlegeavtalen eller ved avtale med/ansettelse av andre leger. I rundskrivet understrekes det at kommunen, innenfor rammene i avtalen mellom KS og Den norske legeförening, kan pålegge legene inntil 7,5 timer offentlig legearbeid ved fulltids stilling.

Når det gjelder HJEMMETJENESTEN, så så vi at avd.lederne ikke alltid er like fornøyd med samarbeidet med fastlegene. For å sikre brukerne en så god medisinsk oppfølging som mulig, og lette arbeidet til hjemmetjenesten, framstår det som viktig at man får på plass det elektroniske meldingssystemet mellom kommunen og fastlegene. For øvrig har fastlegeforskriften forpliktende bestemmelser om samarbeid mellom kommunen og fastlegene.<sup>13</sup>

#### Legemiddelhåndtering

Revisjonen er tilfreds med å kunne konstatere at det foreligger prosedyrer for legemiddelhåndtering. Vi har ikke sjekket hvor godt kjent disse er i virksomheten, men blant prosedyrene er også en for opplæring av personell som skal håndtere legemidler. Årsplanen hvor det legges opp til prosedyrerevisjon, tverrfaglig legemiddelgjennomgang, faglig utvikling av pleiepersonalet, etc. framstår som meget bra ift å sikre oppdaterte prosedyrer, faglig utvikling og tverrfaglig samarbeid. Alt i alt, synes kommunens samarbeid med ekstern farmasøyt å sikre forsvarlige rutiner på dette området.

#### Legemiddelgjennomgang

Som nevnt, foreligger det pr. dd ingen stillingsinstruks eller prosedyre for lege hvorav bestemmelsene om legemiddelgjennomgang kunne vært med. Imidlertid framgår det av årsplan for farmasøytisk rådgivning at prosedyrer for kommunens sykehusleger er under utarbeidelse, og at kravet om årlig legemiddelgjennomgang vil være med der.

---

<sup>13</sup> Kommunen har en plikt til å legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene (fastlegeforskriften § 8), og fastlegen har på sin side, ansvar for å koordinere de medisinskfaglige tjenestene og skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere (§ 19).

### III. Rehabilitering



Det foreligger ingen skriftlige prosedyrer når det gjelder kvalitetsforskriftens krav til rehabilitering

#### Satsningsområde i helse- og omsorgsplanen: Gode rehabiliterings- og habiliteringstilbud

Ønskesituasjonen er beskrevet slik: *”Et verdig liv på egne premisser. Rehabilitering er det førende prinsipp i all tjenesteyting.”*

Det er knyttet tre resultatmål til satsningsområdet:

- Etablere tverrfaglige rehab-team som yter tjenester til brukere som får rehab-opphold
- Etablere rehab-avd. (gjern interkommunal)
- Styrke ergo-/fysioterapitjenesten og hjelpemiddelformidling

På spørsmål om det finnes en koordinerende enhet for rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, har revisor fått ulike svar fra lederne. Noen sier at det ikke finnes noe slikt i kommunen, andre sier at det er brukerkontoret. Leder for brukerkontoret uttaler på sin side at ”det har vært snakk om at brukerkontoret skulle ha denne rollen, men til nå har det ikke vært lagt inn i vår oppbygging.” Men hun sier så at de ”vel har forsøkt å ivareta deler av de funksjoner som ligger i lovverket, men vi kan ikke si at vi har en egen koordinator.” Det foreligger imidlertid ikke noen plan for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, og det er heller ikke utarbeidet noen generell oversikt over behov for rehabilitering i kommunen.

#### Korttids-/rehab-avd.

Fram til 2011 lå korttids-/rehab-avd. under institusjon/sykehjem. Selv om avd. fortsatt holder til i de samme lokalene på sykehjemmet, er avd. nå organisert under hjemmetjenesten, en ordning som lederne på korttidsavd, i hjemmetjenesten og ved brukerkontoret er godt fornøyd med.

Det er stort sett alltid fullt belegg på korttidsavd: I 2013 hadde de 4000 av 4015 mulige liggedøgn. Av totalt 4 dobbeltrom og 2 enerom pluss KAD, er 2 db.rom (dvs. fire plasser) i utgangspunktet avsatt til rehabilitering, men i følge avd.leder endrer dette seg stadig. En uke kan det være 8 på rehab, men bare 2 den neste. Noen kommer inn på kartlegging, slik at de skal finne ut av hva de trenger hjelp til, andre kan komme dit for opptrening, det kan også være dårlig stilt med ernæring, væske, etc. «Vi får de litt på fotan igjen,» sier avd.lederen.

I følge leder for brukerkontoret, blir det ikke lenger fattet vedtak om rehabilitering, men om korttidsopphold siden «de går over i hverandre.» Når en person har fått vedtak om korttids plass, gjøres det en individuell vurdering på korttidsavd. om vedkommende trenger



opptrening ved hjelp av fysioterapeut. Vedkommende får da fysio-rekvisisjon. I følge avd.leder hender det ofte at det kommer pasient fra sykehuset uten rekvisisjon som burde hatt det. Da skriver de avvik, og dette er blitt bedre.

Det er tre fysioterapeuter som er tilknyttet korttidsavd. i form av oppdrag på timesbasis. Fysioterapeutene holder til i etasjen under korttidsavd. På spørsmål om korttidsavd er fornøyd når det gjelder fysio-tjenester, sier avd.leder at det av og til kan gå for lang tid fra en pasient kommer til avd, før fysioterapeut starter behandlingen. I håp om at dette skal bli bedre, er de nå begynt å gi beskjed til fysioterapeutene straks de vet om en pasient som er inne på sykehuset for brudd el.l. slik at en fysioterapeut kan holde av timer.

En gang i uken har brukerkontoret møte med korttidsavd. Her deltar hjemmesykepleierne fra begge sonene samt fysioterapeut. Før var ergoterapeut med på disse møtene, men ikke nå lenger. Da går de gjennom de pasientene som fysioterapeutene har, for å se hvor langt de er kommet i treningen.

I den grad korttidsavd. har behov for ergotjenester, omfatter dette mest bestilling og tilpasning av hjelpemidler. Det kan også være at de ønsker at ergoterapeuten skal dra hjem til bruker og vurdere behovet for tilpasninger og hjelpemidler. Men hun gir uttrykk for at det ikke er alltid de har kapasitet til det med en gang. Det kan også bli ventetid for å få hjelpemidlene på plass og at det ofte er i siste liten at det kommer på plass.

Også en av de pårørende gir uttrykk for at det kan gå lang tid fra et hjelpemiddel blir bestilt, til noe ble gjort. En gang hadde hun selv kjørt til Bodø for å hente noe på hjelpemiddelsentralen.

#### Fysioterapi-tjenester (fysio)

En av kvalitetsindikatorerne i KOSTRA er fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg. Vedlegg 5 (fig. 7) viser at Fauske med 0,29 timer ligger noe lavere enn KG12 (0,38) og landet (u/Oslo; 0,37).

Når det gjelder fysioterapitjenester på sykehjemmet utenom det som rekvireres til pasienter på korttidsavd, så framgår det av virksomhetsplan at disse organisatorisk hører inn under enhet Helse. Det dreier seg om 40 prosent av en fysioterapeutstilling som har ansvaret for å betjene alle sykehjemmets avdelinger (ikke korttids-/rehabavd.), Moveien og pav. 9. Han som har denne stillingen nå, ble ansatt i juni 2014, men har flere års erfaring fra gruppetrening på Valnesfjord helsesportsenter.

I følge fysioterapeuten har alle avdelingene fått tilbud om en ukentlig avdelingsvis felles-trening, og han har siden sommeren/høsten 2014 hatt ukentlige gruppetreninger på 30-45 min. på avd. A og CD, G2, Mov og Pav. 9. Når det gjelder skjermaavdelingene er han inne og har trening på den letteste, men på den tyngste blir det mer et uromoment, så der har han ikke fellestrening, men tar enkeltbrukere ved behov. Både TV og de avd.lederne som hadde fått med seg at fysio er innom, ga uttrykk for at de var meget godt fornøyd med opplegget. Imidlertid var det flere avd.ledere som tilsynelatende ikke kjente til dette tilbudet.

Fysioterapeuten gir uttrykk for at gruppetreningene egentlig er en forsøksordning, og at han er åpen for innspill. Tilbakemeldingene fra brukere og personale har vært bra, men problemet er at tidsrommet for når det er mulig å trene er veldig begrenset – «enten spiser de eller sover. De færreste er klar før 10, og så er det middag kl. 13.»

Han forteller at han prøver å tenke forebygging, aktivisering og livskvalitet, at den sosiale biten også er viktig, at de skal ha det artig på treningen. Det er også et mål å få de mer ut av stuene. Fram til oktober, var gruppetreningene ute, men da ble det for kaldt. Nå har de laget et nytt treningsrom (i det gamle kafekjøkkenet) hvor han kan ha gruppetrening, men det krever litt mer av personalet fordi de må trille pas. dit. Siden det er stor spredning i fysisk og mentalt nivå hos beboerne, har han litt forskjellig opplegg. «Målet er samtidig å inspirere de ansatte, slik at de også får inn noe aktivitet utenom de dagene jeg er på avd.»

I følge fysio, er det mange som har behov for en eller annen form for fysioterapitjeneste: «Jeg ser at det er et større behov for trening enn det jeg får henvisning om. Det er pasienter med mange diagnoser, mye stillstand, mange med ødem i ankler, falltendens, etc. Da hjelper funksjonell trening. Det er forebyggende, men også behandlende ift. hovne føtter og balansen trening.» Han er åpen for å svare på spørsmål fra ansatte og pasienter, det kan være alt fra forflytning, sittestilling, etc.

Fysioterapeuten mener for øvrig at det også er mye å hente på forebyggende trening før folk kommer på institusjon: «Det største potensialet for forebygging ligger hos hjemmeboende. ...Det kan lønne seg økonomisk og fysiofaglig å være tidligere ute, før de blir så dårlig at de faller og får brudd.» Han legger til at å få inn litt trening på allerede eksisterende arenaer som for eksempel Solstua, er en mulighet som bør nyttes i større grad. «Det er behov for generell aktivisering, både blant hjemmeboende og på Helsetunet – det er mange som bare sitter der, så det er et stort potensial.» Han mener derfor at det er viktig at kommunen får fortgang i prosjekt "hverdagsrehabilitering." Også ergoterapeuten nevner dette, men understreker at det vil kreve flere ansatte, både i hjemmetjenesten og når det gjelder ergo- og fysioressurser.

Avd.spl. i hj.tjenesten (sone sentrum-øst) ga uttrykk for at det er et ønske at Hverdagsrehabilitering skal innføres, men at det ennå ikke er bestemt hvordan dette skal organiseres, hvem som skal ha ansvaret for å utarbeide virksomhetsplan, prosedyrer etc., og at man uansett er avhengig av et nært samarbeid med fysio/ergo i helseavd.

HJEMMETJENESTEN: I følge avd.leder har de ingen brukere som de driver trening med tilrettelagt av fysioterapeut.

#### Ergoterapeut (ergo)

Det er to hele stillinger som ergoterapeut i kommunen. De har hver sine ansvarsområder. (I den andre stillingen har det vært vikar i en periode.) Revisjonen snakket med han som primært har ansvar for hjelpemidler til brukere på sykehjem, paviljonger og omsorgsboliger og ellers andre hjemmeboende voksne. Han presiserer at ergo ikke jobber med aktivisering som sådan, men med tilrettelegging for å kunne være i aktivitet. I tillegg til

hjelpemiddelformidling, er det også en del tilrettelegging i brukers hjem, og han har vært på kurs vedr. hjelpemidler for demente (eks elektroniske kalendere).

I følge ergo fungerer samarbeidet med Hjelpemiddelsentralen veldig bra: «Vi ringer og får opplysninger, og vi er der ifm. utprøving av hjelpemidler og på kurs.» Når det gjelder saksgangen ifm. tildeling av hjelpemidler, så beskriver ergo og leder for brukerkontoret ulike måter dette skal skje på. I følge leder for brukerkontoret, «går søknader om hjelpemidler direkte til ergoterapeutene, vi bare henviser.» Hun legger til at det aldri har vært meningen at brukerkontoret skulle være involvert i søknadsprosessen ift. tekniske hjelpemidler. Ergo uttaler på sin side, at det skal søkes via brukerkontoret, men at brukerkontoret sender henvendelsen videre til ergo, som så skriver søknaden om hjelpemidler til NAV. Ergo bruker et annet saksbehandlingssystem enn PLO, og brukerkontoret har ikke tilgang til søknaden.

Brukerkontoret har ikke egen ergoterapeut, og de ber i følge ergo, ofte ergo om å gjennomføre et hjemmebesøk etter at de selv har vært der. Ergo mener dette blir dobbeltarbeid, han hadde heller sett at ergo var med på det første hjemmebesøket, slik at de straks kunne vurdert hva som trengs av hjelpemidler.

Ergo har innført en ordning med åpningstider, som også gjelder overfor avd.ledere. Han legger til at de har informert enhetene om dette, men at han er usikker på hva som ligger på hjemmesiden ift. publikum generelt. Han sier at de ble nødt til å innføre en ordning med åpningstider etter at de mistet en hel stilling på det kommunale hjelpemiddellageret. «Vi ble nødt til å sette opp når tid vi er inne ift. utlevering av hjelpemidler, etc.»

Det er fortsatt en egen ansatt i full stilling på hjelpemiddellageret (tidligere var det to), men når ei hel stilling forsvinner på en så liten enhet, med så mange oppgaver, så betyr det veldig mye, sier ergo. Hjelpemiddellageret skal ta i mot, distribuere og hente inn hjelpemidler fra brukere/dødsbo etc. Videre skal de vedlikeholde og reparere hjelpemidler; de har ansvaret for installasjon, vedlikehold og oppfølging av trygghetsalarmene rundt om i kommunen og de har ansvaret for korttidsutlån av hjelpemidler. I tillegg skal de gjøre det papirmessige ift. disse tingene.

At ergo må inn og hjelpe til på hjelpemiddellageret, gjør at han ikke får gjennomført hjemmebesøkene og tilretteleggingen så fort som de gjerne skulle ønske. Han gir uttrykk for at de selv synes at de har hatt en bra tjeneste, men at det er vanskeligere å drive den godt etter at den ene stillingen på lageret forsvant.

Det varierer hvor lang ventetid det er på hjelpemidler. I følge ergo kommer noe fort mens det på andre ting kan være opp til 6 md. ventetid.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Eks på ting som tar tid er trappeheis, spesialløsninger med «skall-problematikk» (avstøpninger), og så er det enkelte ting som det er sånt press på at det tar lenger tid.

**VURDERINGER** (rehabilitering)

Det er ikke utarbeidet en egen prosedyre for rehabilitering i PLO, og vi kan ikke se at dette er ivaretatt av andre prosedyrer, noe som da utgjør et avvik ift. kvalitetsforskriften. Det er ikke opprettet en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og kommunen har ingen generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen. Dette utgjør et avvik ift.forskrift om habilitering og rehabilitering.

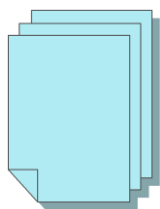
Kommunale rehabiliteringstjenester skal i hovedsak tilbys på, eller i tilknytning til, de arenaer der den enkelte lever livet sitt. For eldre vil det si i eget hjem og i kommunale institusjoner. Ved korttids-/rehab-avd på Fauske sykehjem er det muligheter for å få tverrfaglig hjelp til opptrening, herunder også fysioterapi dersom fysio-rekvisisjon foreligger. Imidlertid kom det fram at brukerkontoret har sluttet å fatte vedtak om rehabilitering. I stedet fattes det nå vedtak om korttidsopphold, og så er det opp til pleiepersonalet å vurdere hva det er mest behov for.

Revisjonen vurderer det som gunstig at fysioterapitjenesten er lokalisert i samme bygg, og at det da blir et fagmiljø. Til dette miljøet hører også en fysioterapeut som er tilknyttet sykehjemmet i 40% stilling. Fysioterapeutens tilbud om gruppetrening/aktiviteter utenfor avd, og da helst ute i sommerhalvåret, framstår som svært bra. Vi er imidlertid litt forundret over at ikke alle avd.lederne kjente til dette. Her synes det å være rom for bedre kommunikasjon og samarbeid. Dersom avd.leder og ansatte i større grad informeres og involveres, kan det føre til at enda flere blir oppmuntret til å delta, og til at personale (og pårørende) i større grad følger pasienter til treningsstedet og selv blir inspirert til å sette i gang med aktiviseringstiltak.

For øvrig framstod ledere og tillitsvalgte som vi snakket med, både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten, som veldig bevisst på at de skulle la pasient fortsette å gjøre ting selv så lenge de klarer, for derved å opprettholde funksjonen.

Når det gjelder rehabilitering til hjemmeboende brukere, så kom det fram at hjemmetjenestene ikke er involvert i dette. "Alle" ivrer etter å komme i gang med prosjektet "hverdagsrehabilitering," men ingen ser ut til å ha fått ansvaret for prosessen framover. Mange kommuner er kommet i gang med dette, men med noe ulik organisering/profil. Revisjonen mener at kommunens politiske og administrative ledelse bør involveres siden dette krever ressurser og beslutning om organisasjonsmodell.

## IV. Ernæring



Flg. prosedyrer finnes i RM:

- **Ernæring**

(Den manglet innhold under noen av punktene, men de fleste punktene så likevel ut til å være fullstendig.)

Relevante skjema i RM:

- Drikke og diureseliste (skjema fra Digipro)
- Ernæringsregistreringsskjema (Digipro)
- Ernæringsjournal (skjema Sosial- og helsedirektoratet)

Formålet med prosedyren er at Fauske sykehjem skal ta i bruk nye faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Prosedyren lister opp en rekke resultatmål, blant annet

- at beboere i sykehjem skal ha egen ernæringsplan
- bedre ernæringstilstand til beboere og økt trivsel rundt måltidene
- at sykehjemmet har tilstrekkelig kompetanse på ernæring til å gi faglig veiledning
- at sykehjemmet har prosedyrer for å ivareta faglige anbefalinger

Om konkrete oppgaver og ansvarsforhold har prosedyren med flg. bestemmelser:

- Primærkontakt har ansvar for å kartlegge opplysninger om ønsker ift. mat.
- "Matinnkjøp til avdelingen skal baseres på beboers ønsker og helsefremmende kosthold."
- Primærkontakt og avd.sykepleier har ansvar for å følge opp ernæringstilstand til beboer ved jevnlig kontroll av høyde og vekt, minimum hver 6. md.
- Ved innkomst foretar pleieren som tar imot beboeren en kartlegging av hva beboeren liker, ikke liker, ikke tåler, om beboeren kan spise selv, etc. Opplysninger blir skrevet på et matkort.

I følge enhetsleder har det ikke vært kjørt kurs med fokus på ernæring, sykehjemmet samarbeider ikke med ernæringsfysiolog, men de planlegger nå å søke om prosjektmidler til et ernæringsprosjekt.

Når det gjelder ernæringsprosedyren, så er denne bare delvis iverksatt. På spørsmål om ernæringsstatus kartlegges ved innkomst ny beboer, svarer enhetsleder at dette varierer fra avdeling til avdeling, men at det kartlegges om noen er underernært eller står i fare for å bli det. Nye beboere veies ved innkomst. Dersom noen er underernært eller står i fare for å bli det, blir det tatt sykepleierfaglig ernæringsstatus og laget en plan for hva man skal gjøre. Ved innkomst blir det også kartlagt hva beboer liker/ikke liker evt. ikke tåler, etc.

Avd.leder somatisk avd gir uttrykk for at de veier pasientene en gang pr. år. Noen pasienter veier de hver dag, men det er pga. ting som hjerte og nyrer. I følge TV skjermaenhetene gjennomføres det veiing årlig, og ved mistanke om at noen har gått mye ned eller opp.

På spørsmål om noen av beboerne er underernært, svarer TV (somatisk avd) at det nesten ikke skjer, fordi de har dyktige sykepleiere. I andre enden av skalaen, har de noen som begynner å bli litt for kraftig, men ikke i den grad at dette er noe problem. *”Da forsøker vi å begrense matinntaket,”* sier hun. I følge TV skjermaenhetene kan det være to som er underernært på de to avd hun kjenner best. *«Men det er ikke pga mangel på tilbud om mat. Det er det at de ikke vil spise.»* Overfor disse er regimet at alle skal tilby forskjellige ting. Drikkelister har de på folk rett som det er ved mistanke om at de ikke får i seg nok væske.

Maten - Middagsmat bringes til avdelingene fra storkjøkkenet to ganger i uken, og varmes i stekeovn. I følge enhetsleder er det avd.vise kjøkken for tørrmat og oppvarming av middagsmat, hvor de også kan bake. Både tørrmat og middag kjøpes hos Fauske storkjøkken. Avdelingene må da velge blant et utvalg matvarer.

Når det gjelder kostholdet, gir avd.leder somatisk avd., uttrykk for at det er bra og at de i tillegg bruker næringsdrikk. Når det gjelder middag, får pasientnoe annet hvis vedkommende ikke spiser kjøtt/fisk.

Når det gjelder spørsmålet om *variasjon*, gir en pårørende uttrykk for at det stort sett er det samme som går igjen. *«De vet jo hva de får - man, tirs, etc – uke etter uke. Lørdag er det som regel grøt.»* Beboer og en av de pårørende, gir uttrykk for at frokost og kvelds er greit, og at beboerne stort sett får det de ber om, men at middagen ikke er noe å rope hurra for. Her noen utsagn fra pårørende:

- *«Middagen er et mareritt. Beboer liker den ikke. Den er smakløs og elendig.»*
- *«Potetene er dårlige. De er seig på skallet og fisken er smakløs. Fiskepuddingen er kokt i stedet for stekt.»*
- *«Mange gamle mennesker har dårlig matlyst, det de trenger er å kjenne matlukta sånn at appetitten skjerpes, altså burde middagen vært laget der.»*

På spørsmål om det er god og variert mat, svarer TV på skjermaenhetene at *«det er jo sånn at gamle folk ...ikke har så god matlyst.»* To ganger i uka lager de varm kveldsmat, men sier hun, *«vi har jo begrenset med tid til å lage mat, og begrenset med ressurser. Det er ikke alt mulig vi får kjøpt inn. Storkjøkkenet har ei liste med matvarer som vi kan bestille. Det blir jo ganske ensformig. Det er en 2-3 ting vi varierer på.»* Men hun legger til at de jo ikke er kokker, og at ikke alle som kommer på, ser det likt å lage mat. Hvis pasientene får velge selv, så tar de jordbærsyltetøy når det gjelder pålegg.

På korttidsavd. flyttet de tidspunktet for middag til kl 16 fordi pasientene ikke var sulten når middagen var kl. 13. Da var det, i følge avd.leder, store mengder mat igjen. Så var det kake og kveldsmat. Nå har de en lettere lunsj ca. kl 12-13. Kakene er erstattet med frukt, nøtter og slike ting, og de er blitt flinkere til å tilsette olje, bruke næringsdrikk og fetende mat til de som trenger det. Så de som kommer inn for vektøkning, legger på seg.

### Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

Enhetsleder gir uttrykk for at han opplever at måltidene rundt omkring på avdelingene er rolige, og at de legger så godt til rette som mulig. Men noen må mates og hvis det er mange som skal mates samtidig, eller det er andre behov, kan det være en utfordring at ansatte sitter sammen rundt matbordet.

TV gir uttrykk for at hun synes det er nok og god/varierte mat og drikke. Utfordringen er når noen har problemer med å spise, enten pga. demens eller annen sykdom, og folk som ikke skjønner at de må drikke. *”Man har ikke alltid mulighet til å sette av tid til å hjelpe og passe på, særlig at de får nok drikke. Det er ofte ikke tid nok til å følge opp. Da må man bruke drikkeliste.”*

I følge TV skjermaenhetene er det noen pasienter som ikke kan sitte sammen med de andre å spise. *«Da bruker vi et lite bord og sitter på stua, og fordeler oss sånn at en kan være til stede der, mens den andre er på kjøkkenet. Det kan også være at noen serveres før de andre, sånn at de er ferdig til fellesmåltidet.»*

På de fleste avdelingene inntas måltidene på avdelingskjøkkenet. Beboer som revisor snakket med, sier at det er koselig å spise på kjøkkenet. På én avd. har de imidlertid måttet ta i bruk kjøkkenet som vakt- og rapportrom, og beboerne må i stedet delvis sitte i et slags utvidet gangareal, delvis på stua, og det er derfor trangt på fellesarealene.

### HJEMMETJENESTEN

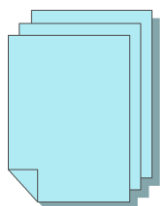
Hjemmetjenesten har ingen egen prosedyre for kartlegging av risiko for underernæring, men en avd.leder uttaler at: *”Vi kunne gjerne hatt på plass en type kartlegging.”* Imidlertid prøver de å sette i verk tiltak dersom de ser at det skorter på inntak av mat og drikke. Den største utfordringen, i følge avd.leder, er demente personer, som sier at de har spist og som nekter å motta hjelp. Men hun legger til at også eldre generelt, som sliter med ensomhet og nedsatt matlyst, kan være i risikozonen for underernæring. Hjemmetjenesten er ofte innom og tilrettelegger, men må forlate før bruker begynner å spise.

### **VURDERINGER (ernæring)**

Ved sykehjemmet foreligger det en ernæringsprosedyre (ikke helt ferdigstilt), som ivaretar kravet i de nasjonale faglige retningslinjene vedr. å dokumentere ernæringsstatus og å vurdere ernæringsmessig risiko. Dette er positivt, men prosedyren bør ferdigstilles. Videre er det en stor svakhet at informantene i liten grad syntes å kjenne til prosedyren, og den er bare delvis iverksatt. Men inntrykket er at man er på vei, og at det er en økende bevissthet med påfølgende iverksettelse av nødvendige tiltak, når det gjelder ernæring generelt og risikoen for underernæring spesielt.

HJEMMETJENESTEN mangler prosedyre for å ivareta brukerne på ernæringsområdet. Det er et avvik ift. kvalitetsforskriften. Hjemmeboende eldre brukere som bor alene, er enda mer overlatt til seg selv enn det sykehjemspasienter er. Det påpekes at hjemmetjenesten søker å sette inn tiltak dersom de ser at det skorter på med mat og drikke, men som det antydes, er risikoen stor for at enslige/demente brukere lar være å spise eller spiser/drikker for lite.

## V. Personlig stell og egenomsorg



Det foreligger ingen skriftlig prosedyre når det gjelder kvalitetsforskriftens krav om personlig stell, egenomsorg og det å følge en normal døgnrytme.

### Følge en normal døgnrytme og unngå unødig sengeopphold

Enhetsleder gir uttrykk for at det i utgangspunktet er det den enkelte selv som bestemmer når tid de skal stå opp/legge seg, men sier han: «vi er også nødt til få ting gjort.» Noen ønsker at de kunne ha stått opp enda tidligere, men må vente på hjelp.

TV på en somatisk avd. gir uttrykk for at hun tror at det kan være en utfordring å følge en normal døgnrytme og unngå unødig sengeopphold, nå som flere demente bor på dobbeltrom på somatisk avd. *"Noen av de demente pasientene vil ligge, og i en travel hverdag, er det lett å si at ho bare ligger, så kan vi gjøre det og det i stedet."* Hun forteller at de har pratet en del om hva som er riktig og galt ift. dette.

Avd.leder gir imidlertid uttrykk for at de greier å ivareta dette med en normal døgnrytme selv med flere som bor på dobbeltrom. En pårørende til pasient på somatisk avd gir uttrykk for at hun tror at det går bra, dette med å følge en normal døgnrytme. Hvis hun kommer på besøk kl. 16, så er hennes nære oppe mens andre fortsatt ligger middagshvil.

TV på skjermaenhetene gir uttrykk for at pasientene følger en normal døgnrytme. De prøver å få alle opp innen rimelig tid på formiddagen. *«Noen er så kjempesulten med det samme de står opp, at de må få frokost. Da drar stellet gjerne litt ekstra ut i tid. Når man da er opptatt i stell, så sovner de som først stod opp.»*

Pårørende til pasient på en skjerma enhet sier at pasient ikke lenger har ønsker selv når det gjelder tidspunkt for å legge seg og stå opp. *«Av og til sover han litt for lenge. I dag stod han ikke opp før 10.30. Det er for lenge. ...Han bør vekkes gradvis. Det har med både medisiner og måltider å gjøre.»*

### HJEMMETJENESTEN

I følge enhetsleder gjør de en prioritering om morgenen og tar de mest hjelpetrengende først, de som ikke uten hjelp kommer seg ut av senga. *"Ingen skal måtte vente lenger enn til kl. 10."*  
Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)

På spørsmål om hvordan bemanningen er ift. kapasitet til å kunne hjelpe beboere på toalettet, svarer enhetsleder at den ligger innenfor det normerte. *"Vi er verken de verste eller de beste ift pleietetthet."* På avdelinger med 7-8 pasienter, er det to ansatte på dagtid." Så det sier seg selv at hvis flere vil på toalettet samtidig, så må noen vente."



En av de tillitsvalgte gir uttrykk for at grunnleggende stell og pleie, det utsettes ikke. Men, sier hun: *"Av og til blir det for lang ventetid når pasient vil på do. Det er klart at har du en pasient som det må være to personer for å stelle, så betyr det at noen andre kanskje må vente."*

Pårørende gir uttrykk for at pasient får dusje en gang i uka og at pasient blir stelt på en tilfredsstillende måte. Beboer på sykehjem uttalte at etter dusj ruller de opp håret, noe hun var godt fornøyd med.

HJEMMETJENESTEN: En avd.leder viser til at de har en generell prosedyre, noe å la hva et morgenstell er, mest ment for ufaglærte (prosedyren lå ikke i RM). Den er ikke individuelt tilpasset, noe en tiltaksplan vil være når det kommer på plass med Mobil Omsorg.

Hj.tjenesten har noen få brukere som ringer til hj.tjenesten for å få bistand til toalettbesøk (for eksempel bistand til forflytning mellom rullestol og toalett), mens andre er inkontinent og trenger bistand av den grunn.

På spørsmål om de greier å bli ferdig med mornrastellet før kl. 10, svarer avd.leder at på ukedagene så greier de stort sett det, for i uken kan de fordele arbeidsoppgavene på flere ansatte. I helgene er bemanningen lavere, men de skal likevel gjøre akkurat det samme.

#### Munnhygiene og tannbehandling

Det framgår av virksomhetsplanen for sykehjem at "Tannlegebehandling gis etter behov og er gratis for pasientene. Pasienter tilsees av tannpleier."

I følge enhetsleder institusjon har alle beboere tannkort.<sup>15</sup> Det er hengt opp på den enkeltes skap hvordan man skal forholde seg. Nye beboere blir meldt inn til tannhelsetjenesten, slik at de kommer inn i systemet med en gang. Tannpleier kommer fast en gang pr år for å sjekke tennene til beboerne, og ved behov kommer også tannlege til sykehjemmet.

Enhetsleder gir uttrykk for at det er en utfordring at flere og flere har egne tenner, og at noen av disse ikke liker at andre skal pusse tennene deres. For det er mange som trenger hjelp, spesielt de demente. «*Mange vet ikke hva det er de holder i hånden (om tannbørsten). Så alvorlig syk er de.*» TV på skjerma avd. forteller at *"hvis de er blitt så syk at de ikke forstår å pusse tennene sine, så kan det være en utfordring for oss å få lov til å hjelpe dem. Da forstår de heller ikke å skylle munnen, for da svelger de bare det de får i munnen. Så det er vanskelig. Vi har også hatt pasienter med proteser som de ikke vil ta ut, men da utvikler man seg gjerne en teknikk for å få det til."*

En avd.leder sier at de av og til ser behov for tannlegebehandling, og da prøver de å bestille time. Når det gjelder tannpuss, så søker de å motivere dem til å pusse tennene selv, evt. at de hjelper dem, da mest på kveldstid. Avd.leder i Moveien gir uttrykk for at hun er nøye med

---

<sup>15</sup> De ble invitert av tannhelsetjenesten til å være med på et prosjekt der de har kartlagt alles tannhelse, hvem som har proteser, hva som må passes på, etc.

munnhygienen hos pasientene. I tillegg har de hatt tannhelsetjenesten. ”Det er kvalitet over den pleien de får. Jeg har aldri opplevd at noen har hatt sår siden jeg begynte her.”

En av de TV gir uttrykk for at vikarer av og til svikter når det gjelder tannpuss: ”for har du en pasient som er vanskelig/som ikke vil, er det lett for vikaren å si at jeg er bare her i dag, så det er ikke så farlig.” Men de faste, de gjør det, sier hun.

HJEMMETJENESTEN: I hjemmetjenesten inngår munnhygienen i tjenesten personlig stell. Avd.leder i hjemmetjenesten gir uttrykk for at de får en årlig oversikt over eksisterende brukere av tannhelsetjenesten, så går de gjennom den for å se om noen burde vært innmeldt eller utmeldt.

#### Tilpasset hjelp ved av- og påkledning

Flere avd.lederne gir uttrykk for at utgangspunktet er at pasientene skal være så selvhjulpen som mulig: «Vi skal jo jobbe med hendene på ryggen – vi skal legge til rette slik at hver og en skal få gjort mest mulig selv.... Alt som de greier å gjøre, er med på å opprettholde funksjonen.» Men de er samtidig klar over at for enkelte kan det være vanskelig å se trening i de små gjøremålene.

I følge en av de pårørende til pasient på somatisk avd, får pasient den hjelpa ho trenger/vi ber om. Hun skryter av betjeninga – «Det er aldri nei.»

I følge TV ved skjermet enhet, kan både på- og avkledning være et problem på avdelingen med de sykeste pasientene, og de er ikke i stand til å velge hva de vil ha på seg, så det må pleierne velge for dem.

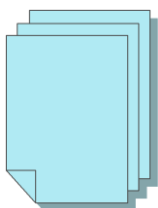
#### **VURDERINGER** (personlig stell, egenomsorg og følge en normal døgnrytme)

Det foreligger ikke prosedyrer vedr. personlig stell, egenomsorg og det å følge en normal døgnrytme, verken for sykehjem eller hjemmetjenesten, noe som utgjør avvik fra kvalitetsforskriftens bestemmelser.

Revisjonens inntrykk fra intervjuene er at grunnleggende personlig stell og pleie hører med blant det som anses som ”kjerneoppgaver”, og derfor generelt blir ivaretatt på en god måte. Imidlertid framstår tjenestene som mer sårbar i helgene når bemanningen er lavere og til dels ufaglært, men det fortsatt er de samme oppgavene som skal ivaretas.

Når det gjelder egenomsorg, er inntrykket at de ansatte søker å gi tid til pasient slik at vedkommende selv i størst mulig grad skal greie å ivareta egenomsorg.

## VI. Aktivisering og stimulering



Det foreligger ingen skriftlige prosedyrer når det gjelder kvalitetsforskriftens krav om aktivisering og stimulering.

Andre relevante dokumenter: [Årshjul aktiviteter Fauske sykehjem](#)

Enhetsleder institusjon gir uttrykk for at de satte dette med aktiviteter og sosiale behov på agendaen etter svake resultater i brukerundersøkelsen. Alle avdelingene har dette som tema, men det varierer, i følge enhetsleder, hvor godt man følger opp. De fant ut at det også har med at de er for dårlig til å informere om hva som faktisk skjer. Samtidig sier han at det er vanskelig å tilrettelegge slik at alle får dekket behovene, man er avhengig av at ting skjer gruppevis, for eksempel høytlesning.

Revisor fikk kopi av årshjul med aktiviteter for sykehjemmet. Tiltak som går igjen i alle månedene bortsett fra juni og juli var: andakt, aktivitetsvenner, onsdags- og lørdagskafé. Den kulturelle spaserstokken var oppført tre ganger i løpet av 2015. Livsgledefestivalen er kommet med for juni måned (omfatter også hjemmetjenestene).<sup>16</sup> For juli måned står det FERIE. I forbindelse med faktaverifiseringen, gjør enhetsleder oppmerksom på at årshjulet "er en overordnet plan", og at den "ikke er ferdig og gjort kjent for ansatte". Han nevner så en rekke andre tiltak: "musikk, fysioterapeut, spaserturer i nærområdet, høytlesning, vaffelsteking, filmkveld, fint dekket bord i helger, elever fra musikkskole, dansere fra "Dans Fauske", brettspill, osv."

Flere avd.ledere gir uttrykk for at de forsøker å bli flinkere til dette med aktivitet. Her er avd.lederes kommentarer til spørsmål om aktiviteter og stimulans:

- «Før vi går ut av vaktrommet om morgenen, skal det stå hva slags aktiviteter vi skal gjøre med pasientene, og vi har veldig mye!» Om hva dette innebærer: «Mest av alt at pasient får hjelp til egenomsorg/å bruke de ressursene de ennå har. Det kan ellers være lesing, gåtrenting, andakt, baking, kafé, fysisk aktivitet, sang og musikk, etc.»
- De pleier å ha pasientene på onsdagskaféen på Helsetunet og kanskje har de ball/ballong-kasting. Ellers henger de opp oppslag om aktivitetene, bla. om lørdagskaféen.
- De prøver å sette av tid til aktiviteter/stimulans hver dag. «Det kan være alt fra avislesing og litt prating, til noe fysisk.»
- En leder beklager at pasientene på sykehjemmet ikke lenger har tilbud om å komme på arbeidsstua (Solstua): «Jeg tror mange satte pris på å komme seg ut av avd. og treffe andre.»

Enkeltpasienter som ikke er dement har ofte udekkede sosiale behov. Både en pasient og pårørende til annen pasient ga uttrykk for dette:

<sup>16</sup> Denne ble betydelig omtalt i Saltenposten 14.04.2015.

Pasient: *«Det er tungt psykisk å ikke ha noen å prate med. Det er ei, men ellers så hører de ikke, eller så får de ikke til å prate, eller så er de begynt å bli tøvete.»*

Pårørende: *«Ho ønsker seg noen å prate med. De fleste som er der, er senil, de kan ikke prate. Så ho føler seg ensom. Jeg har et brennende ønske om at det skal komme noen der som er på hennes nivå mentalt, men hver gang de har et ledig rom, så kommer det noen som er mentalt svekket. ... Min (pas) trekker seg mer og mer inn på rommet sitt, for ho blir deprimert av å sitte blant andre som bare sitter der og sover.»*

Andre uttalelser fra pårørende med pasient på somatisk avd:

- At det ikke finnes tilbud om sosiale aktiviteter eller trim på den aktuelle avd.
- *«De har en tv som står og surrer hele dagen. De har sikkert en cd med noe fin musikk, men det tror jeg bare jeg har hørt en gang i løpet av disse årene.»*
- Det har vært noen få ganger i løpet av en årrekke, at de har sittet og kastet ballong. *«Men det er så sjelden at jeg regner det ikke!»*
- *«TVn står som oftest på, men pasient har ikke lyst til å se på TV.»*
- *«De sitter og sover foran TVn mens den surrer og går.»*
- *«Jeg tenker at det skal så lite til - De kan bare stryke dem over kinnene og si "hei, sitter du her og sover?" Da kvikner de til. Så jeg synes det er for lite aktivitet!»*
- *«Jeg kan ikke si at jeg får særlig mye informasjon om aktiviteter.»*
- *"De følger pasient når vedkommende trimmer med rullatoren på avd." En annen sier det motsatte, at pasient får lite trening med prekestolen.*
- De pårørende er opptatt av at pasientene skal få mulighet til å komme seg ut, men sier at det skjer ikke med mindre pårørende kommer og henter pasient med seg ut.
- *«Enten sitter de og sover, eller så ligger de. Den flotte sommeren vi har hatt – der satt de, på en liten balkong.»*
- De syntes det var vondt å se, at de andre beboerne ikke kom seg ut (når de hentet sin pas) i fjor sommer.
- I følge de pårørende var det ikke blitt arrangert noen utflukt med aktivitetsbussen eller på annen måte med pasienter fra avdelingene der deres pasient bor.

En TV (på en somatisk avd med innslag av demente pasienter) ga uttrykk for at:

*"det er ikke det at vi ikke ønsker det (å ha aktiviteter med pas), men det er ikke tid til det." Hvis de har tid, så prater de litt med pasient, "går kanskje inn på rommet til pasient og ser på bilder og prater litt med dem. Men det er ytterst sjelden vi har tid til det."*

Det er når de har elever og lærlinger at dette kanskje blir gjort. Også enhetsleder gir uttrykk for at sykehjemmet har lærlinger og elever, studenter, og personer i ulike tiltak gjennom NAV-systemet, og at disse ofte har en mer romslig arbeidshverdag enn fast ansatte, og er en viktig ressurs og miljøfaktor.

Beboer på sykehjem som revisjonen snakket med, ga uttrykk for at frisk luft er det hun savner mest. Der hun bodde før, kunne hun selv kjøre ut med rullestolen, for det var steinsatt rundt huset, og hun kunne sitte ute i solen i en lun krok og lese. På sykehjemmet får hun i liten grad komme ut, det er *"helst når ungene er her at de tar meg med ut."* De ansatte har ikke tid til å

følge henne ned med heisen og ut. Ellers ga beboer uttrykk for at hun liker det godt at noen som er god til å lese, leser høyt. Lydbøker kunne vært et alternativ, mente hun.

Beboer ga også uttrykk for at hun gjerne ville hatt trening med fysioterapeut. På flere avdelinger har fysioterapeut tilbud om gruppetrim en gang pr. uke (beskrevet ovenfor under rehabilitering). Vi har ikke gått inn i saken for å undersøke hvorfor hun verken har fått fysio-rekvisjonen eller fått tilbud om å være med på gruppetreningen.

#### Utflukter

På spørsmål om beboerne er fysisk i stand til å dra på utflukt, svarer enhetsleder at de fleste er det. «Vi hadde 1-2 somatiske avd hvor flesteparten dro på tur til Sulis. Mange satt i rullestol,» forteller han.

#### Samarbeid med frivillige

I følge enhetsleder samarbeider sykehjemmet med frivillige. De har lesevenner. Høsten 2014 ble det startet opp et samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen om besøksvenner. Dette er først og fremst rettet mot demente beboere, men er ikke begrenset til avdelinger for demente.

#### HJEMMETJENESTEN

Avd.spl. uttaler at de prøver å få brukeren til å gjøre ting selv, men at det ikke alltid er lett å få forståelse hos bruker og pårørende "når vi står med hendene på ryggen og mener at de skal gjøre det selv fordi det vil gjøre dem selvhjulpen." Det er uttrykk for en faglig vurdering: "Vi skal ikke lage oss pasienter, men gi veiledning."

Avd.spl. i hj.tjenesten skryter veldig av dagtilbudet til brukerne på Solstua, og gir uttrykk for at flere kunne hatt behov for et dagtilbud: "Vi ser at det er ofte ensomhet, folk som sitter dag ut og dag inn, og har veldig lite å ta seg til i hverdagen."

På korttidsavd. har de ansatte felles trim/aktivitet hver dag, i følge avd.leder. Den dagen revisor var inne, hadde to assistenter ballongkasting med noen av pas. De går også med de som har ekstra behov for gåtrenoing. Det er kjøpt inn en del spill som de har tilgjengelig, for eksempel «dart» med baller med borrelås og bowling. Når det er onsdagskafé, så henter de pasient på avddelingen.

#### **VURDERINGER** (aktivisering og stimulering)

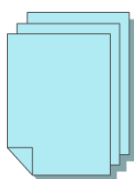
Det foreligger ikke prosedyrer for aktivisering og stimulering verken i sykehjem eller i hjemmetjenesten, noe som utgjør avvik fra kvalitetsforskriftens krav.

Revisjonens inntrykk er at "alle" er bevisst på at aktivisering er viktig. Faktabeskrivelsen viste til flere konkrete tiltak. Det er positivt. Problemet er imidlertid, slik det ble påpekt av ulike aktører, at hverdagens travelhet med andre oppgaver kommer først og at aktiviteter blir nedprioritert. Pasienter får delta på aktiviteter i den grad det er mulig ut fra bemanningen, og ikke ut fra en vurdering av pasientenes behov. Dette er etter revisjonens oppfatning ikke godt nok til å oppfylle kvalitetsforskriftens bestemmelse. Adgangen til å komme ut synes særlig

begrenset. Å ikke ha rutine for at pasienter skal ha mulighet til å komme ut midt på sommeren, framstår som uheldig selv om det er ferietid for de fast ansatte.

For at flest mulig skal få delta på aktiviteter (for eksempel fysioterapi-treningen), kreves helhetlig planlegging ift. de daglige rutiner, som tidspunkt for middag, etc. En fundamental bedring av situasjonen vil kreve god planlegging, gode rutiner som følges opp, godt samarbeid med frivillige organisasjoner, samt muligens noe fysisk tilrettelegging utenfor.

## VII. En verdig livsavslutning



Flg. prosedyrer finnes i RM:

- **Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt**

PLO har nettopp fått ferdig en prosedyre i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Den er et resultat av et samarbeidsprosjekt, under ledelse av en avd.sykepleier, der også kommunelegen har vært involvert. Prosedyren omhandler både den medisinske, sykepleierfaglige behandlingen og omsorg. Enhetsleder institusjon opplyser at prosedyren er gjort kjent ved institusjon. I tillegg har det vært gjennomført kurs i palliasjon, for alle sykepleiere og for ca. 70 hjelpepleiere i kommunen. Enhetsleder beskriver dette som "et stort faglig løft innenfor en viktig tematikk."

I følge enhetsleder får sykehjemmet gode tilbakemeldinger fra pårørende på sin palliative behandling og måten de ivaretar de pårørende i slike situasjoner. De har noen ansatte som har tatt videreutdanning i palliasjon. Korttidsavd. jobber mye med palliasjon.

For de som bor på dobbeltrom, må sykehjemmet finne andre løsninger. Da må den andre personen ut, sier enhetslederen: "Det kan være en utfordring."

På spørsmål om det er tilrettelagt på en av de somatiske avd for en verdig avslutning, svarer TV, at de forsøker så godt de kan. "Den som er terminal har krav på å få være alene og ha pårørende hos seg. Eller at vi sitter fastvakt der."

Også leder for korttidsavd. gir uttrykk for at dersom noen er preterminal, så rydder de plass og gir beskjed til brukerkontoret om at de trenger et enerom. «Så er det å ta vare på pasient og pårørende, og få på plass en plan for smertelindring, for et palliativt løp.»

Avd.leder somatisk avd. G2/G3 gir uttrykk for at de har rutine for at de varsler ved endring av helsestatus.

De pårørende ga uttrykk for at det hadde vært snakket med pleier om avslutningen, både ift. varslings og ift. om pasient ønsket HLR (hjerne-lunge-redning)/å bli koblet til maskin dersom noe skulle svikte.

HJEMMETJENESTEN: I følge avd.leder er de åpen for å bistå dersom noen ønsker å være hjemme når de sovner inn. Dette er mest aktuelt ifm. kreftpasienter og da er kreftsykepleier sentral i dialogen med pasient/pårørende. Avd.leder gir uttrykk for at de strekker seg langt, da i et samarbeid med pårørende. De kan gi råd og veiledning, og bistå ifm. stilling og slike ting, og de kan stille opp med fastvakt på enkeltvakter, slik at pårørende får hvile.

#### **VURDERINGER** (en verdig livsavslutning)

Kommunen har nettopp fått på plass en prosedyre i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, og oppfylder dermed kvalitetsforskriftens krav på dette punktet. At den er et resultat av et samarbeidsprosjekt som også kommunelegen var involvert i, og at det har vært avholdt kurs i palliasjon for et stort antall pleiere, vurderer revisjonen som svært positivt. Tjenesten framstår dermed som faglig styrket på dette området.

### **VIII. Tilbud tilrettelagt for demente**



Flg. prosedyre foreligger:

- **Demensteamet - funksjon**

Hensikten med prosedyren "Demensteamet –funksjon" er å ha gode rutiner for demensteamets arbeid. Se nærmere om demensteamet under.

#### **God demensomsorg - Satsningsområde i helse- og omsorgsplanen**

Ønskesituasjonen er beskrevet slik: "*Mennesker med demenssykdom skal ha tilrettelagte bo- og aktivitetstilbud.*" Det er knyttet fire resultatmål til satsningsområdet:

- Bygge opp tilrettelagte boliger med døgnkontinuerlig bemanning for demente
- Etablere dagtilbud og avlastningsplasser for hjemmeboende personer med demens
- Styrke tilbudet vedr. utredning og veiledning. Stilling som demenskontakt utvides og gjøres fast.
- Øke kompetansen om demens for ansatte og pårørende

### Botilbud tilpasset personer med demens

I følge enhetsleder institusjon har om lag 80 prosent av alle sykehjemsbeboere en demensdiagnose. Sykehjemmet har tre skjermede avdelinger tilrettelagt for demente med til sammen 27 plasser, fordelt på tre avdelinger (11 på E5/E6, 8 på F og 8 på G1). I tillegg kommer paviljong 9 med 9 plasser for demente, men i følge enhetsleder institusjon telles den ikke med i KOSTRA som plass i skjerma enhet for personer med demens. På den annen side er det klart at pav. 9 organisatorisk ligger under institusjon. I følge avd.lederen der, driftes den som institusjon (den er døgnbemannet og de som jobber der er ansatt i Moveien/Pav. 9), men pasientene er formelt hjemmeboende.<sup>17</sup>

Skjermaenhetene skiller seg, i følge avd.leder for enhetene, fra somatiske avdelinger ved at det er mindre enheter (5, 6 og 8 på hver avd.), som er stengt, med stabil bemanning, og en del tilrettelagte aktiviteter mens andre kan ha behov for ro og lite stimuli.

I følge enhetsleder er det demente med særskilt behov for skjerming som får plass på skjerma-avdelingene, for eksempel urolige demente, og de med ukontrollerbar/sjenerende adferd eller tendens til å forlate sykehjemmet. De pasientene som i dag er på skjerma avd er i store trekk fysisk oppegående pasienter, mens pasienter på somatiske avd. krever mer hjelp rent fysisk.

På spørsmål om det er noen på somatisk avd. som avd.leder mener burde vært på skjerma avd, svarer leder for to avd. at det er noen få som er fysisk oppegående og kunne hatt nytte av å bo på skjerma enhet i stedet. En TV uttaler at demente pasienter trenger oppmerksomhet, men at det har de ingen mulighet til å gi: *"På en travel somatisk avdeling, er vi ofte opptatt på rommene. Pasientene blir veldig ofte overlatt til seg selv i hverdagen."* Men begge avd.lederne legger til at det er mangel på plasser på skjermaenhetene.

Enhetsleder gir uttrykk for at demente er en krevende pasientgruppe, og at kommunen trenger større kapasitet fort. Derfor har de jobbet aktivt for å få til institusjoner for demente i Eiaveien. I tre år var ledere og ansatte sterkt involvert i planleggingen, alt fra plassering på tomta til detaljert romplanlegging og tjenestekvalitet. Han er skuffet over at planen nå er lagt på is og uttaler at *"det er beklagelig hvis dette grundige arbeidet har vært forgjeves."* Han er klar på at dagens lokaliteter ikke er hensiktsmessig for denne pasientgruppen. Etter hans mening, bør kommunen opprette flere plasser, da i en institusjon som bygningsmessig er tilrettelagt for at det skal kunne gis god omsorg til demente.

Fra demensteamets side blir det gitt uttrykk for at dagens skjermaenheter driftes i et sykehjem som er 35 år gammelt, med korridorer, uoversiktlig, og med dårlige muligheter for å komme ut, og at de hadde sett fram til at det endelig skulle bygges noe tidsriktig for denne gruppen.

---

<sup>17</sup> Enhetsleder for hjemmetjenestene ga uttrykk for at pav. 9 er under endring til institusjon. Demensteamkoordinatoren var usikker vedr. status: *"pav. 9 er vel blitt omgjort til bofellesskap for demente, men om det går under institusjon er jeg usikker på. For det har vært litt fram og tilbake ift. det."*



TV for skjermaenhetene gir også uttrykk for at lokalene ikke er særlig godt egnet. Den minste gruppa på avd. E har uoversiktlig lokale, det er trekkfullt og dårlig plass i stua, og det er ikke mulighet til å gå ut. Hun mener at også avd. F er uoversiktlig, mens avd. G1 er best rent utformingsmessig. Videre forklarer hun at demente må ha få ting å forholde seg til. De plukker på og drar i det meste, så på soverommet er det nå nærmest bare ei seng, noe som kan være problematisk når de får besøk. Da har de ingen plass å kunne trekke seg tilbake til. Man har stua, men der sitter de andre pasientene og de kan lett bli urolig når det kommer besøk. Så hun mener at ideelt sett burde det vært et annet rom hvor de kunne trukket seg tilbake når det kom besøk. Det er heller ingen lagringsplass på skjermaenhetene (for eksempel for tekniske hjelpemidler).

Demenskoordinatoren gir uttrykk for at selv om hun tenker at demente har det bra på dagens skjerma enheter, så blir det likevel for passivt, og at det trengs flere plasser som er tilrettelagt, med personale til stede hele døgnet, men på et lavere sikkerhetsnivå.

#### Aktivitetstilbud til demente beboere på sykehjem

I følge enhetsleder har det vært arrangert "kinokvelder" og lesestund for demente. Musikk er veldig aktuelt, selv om det ikke dreier seg om musikkterapi som sådan. TV for skjermaavd. forteller at de pleier å synge og nynne litt under stell "for å nå fram."

I følge TV på skjermet enhet, kan personalet ikke bare sette på TV (slik som ofte skjer på somatiske avdelinger), men velger ut filmer/TV-programmer de tror kan passe. Siden ting ikke kan stå framme til en hver tid, og de har liten lagringsplass, begrenser utvalget av spill etc seg til ball, kortspill og dvd-filmer.

Demensforeningen driver kafé hver lørdag, men om pasientene kommer seg dit avhenger av pårørende og personalet. Onsdager har Røde Kors kafé på sykehjemmet. I blant kommer det folk som underholder på sykehjemmets kafé. TV forteller at "*selv de du ikke tror er sosial, livner til da,*" og legger til at det kan bli litt kaos når de skal tilbake til avd, "*for da skal de jo hjem.*"

Det finnes en sansehage utenfor sykehjemmet, men for å komme dit må de ut av avd, ned med heisen og gjennom et par ganger. Det er en utfordring å få pasientene med seg ut, i følge TV på skjerma avd. – det blir lett mye styr. Det kan i det hele tatt være vanskelig å skulle forlate når det bare blir én ansatt igjen på avdelingen. Det er også sånn at de hjelper hverandre på tvers av avd, så det er mange hensyn å ta før de kan gå ut.

Demensforeningen har (i samarbeid med Folkehelseinst?) startet opp med Aktivitetsvenn-prosjektet. Der har de skolert 15 personer, hvorav 13 er aktive som besøksvenn 1-1,5 t pr. uke hos en pasient. Ordningen omfatter primært demente pasienter, men er ikke begrenset til skjerma avd.

Tilrettelagt dagtilbud til hjemmeboende demente/Avlastning på dagtid (Solstua)  
Miljø og aktivitetsavd. (Solstua) gir et dagtilbud to ganger i uka (etter vedtak fra

Brukerkontoret) til hjemmeboende personer som enten er under utredning for demens eller er blitt diagnostisert med demens. Tilbudet gis i utgangspunktet ikke til beboere på sykehjemmet eller paviljongene (noen få unntak).<sup>18</sup> Det er for inntil 8 personer hver gang, men da pågangen har vært stor, har de utvidet gruppene litt. Flesteparten har tilbudet to ganger pr. uke, slik at det totalt er om lag 10-15 som har dette tilbudet.

Demensteamet gir uttrykk for at de er veldig godt fornøyd med dagtilbudet for de som har dette, men at ikke alle som trenger det, får plass der. Avd.leder gir uttrykk for at flere ville hatt godt av et slikt tilbud, både av hensyn til den demente selv og de pårørende, men at det fortsatt er en del skam forbundet med demens og at man vil holde det for seg selv. I tillegg til at flere demente burde fått et slikt dagtilbud, mener hun at "det ideelle ville vært om alle hadde fått tilbud om *mer enn* to dager pr. uke."

Solstua har en egen minibuss som de bruker til å hente/bringe brukere og til å dra på tur med. Brukerne blir hentet hjemme litt før 9 og de siste kjøres hjem ca. kl. 14/14.15, slik at dagtilbudet varer ca. 5 timer.

I følge avd.lederen er de bevisst på å ha et variert tilbud tilpasset hver og en. Når de legger opp til turer og annen aktivitet, spør de hva brukerne ønsker, og hvis det er ting som de er misfornøyd med, så tar de det opp og gjør noe med det. En vanlig dag starter med at de spiser frokost sammen, så har de gjerne en lesestund, før andre aktiviteter som ulike former for forming, quiz, lagning av mat/dekorasjoner etter årstiden. Hun legger til at de gjerne skulle hatt et kjøkken som var bedre egnet til å ha en hel gruppe til stede for felles aktivitet. Trim er fast med i opplegget. Når været er bra, er de ute og går. To ganger i året arrangerer de fest, da inviterer de også andre med. Brukerne har også mulighet til å spise middag mens de er på Solstua. Denne får de enten fra storkjøkkenet eller de lager den i fellesskap.

Avd.lederen vurderer tilbudet som de gir på Solstua som "en kjempeviktig tjeneste for å utsette innleggelse på sykehjem/paviljong," og at det er en viktig avlastning for pårørende.

### Demensteam

Siden 2009 har det vært en demenskontakt i kommunen, til å begynne var det en 20 prosent stilling, som i 2013 ble doblet til 40 prosent stillingsressurs, fordelt på to sykepleiere med spesialisering innen demens slik at de nå utgjør et demensteam. Organisatorisk er demensteamet plassert under enhetsleder institusjon, selv om de i all hovedsak jobber med utredning og oppfølging av hjemmeboende demente.

Prosedyren om demensteamet (nevnt innledningsvis), har med punkter om organisering, rolle, mål, drift og utredning. Målene for demensteamet er bl.a. å kartlegge og utrede ved mistanke om kognitiv svikt, å sikre riktig tjenestenivå til brukere og å være en instans hvor brukere og pårørende kan henvende seg og få veiledning.

---

<sup>18</sup> Satsningen på hjemmeboende demente har, i følge avd.lederen, med nasjonale føringer å gjøre (det gis tilskudd for oppretting av slike tilbud). Miljø- og aktivitetsavdelingen (Solstua) har dagsentertilbud til andre hjemmeboende grupper andre ukedager.

Demensteamet har kontordag hver onsdag. I følge demenskoordinator har de god kontakt med brukerkontoret som de får mange av henvendelsene gjennom. Disse kan være fra pårørende, lege og rehab-/korttidsavd.

I 2014 foretok demensteamet 35 nye utredninger av personer ved mistanke om demens. Dette er 8 flere enn i 2013. De benytter prosedyre og utredningsverktøy som er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Som oftest drar de på hjemmebesøk, noen ganger gjør de utredningen på rehab-/korttidsavd. Da intervjuer de den som er syk og deres pårørende. Utredningen blir lagt inn i saksbehandlingssystemet Profil og fastlegen får en kopi. Ifm. hjemmebesøket ser de også på hva som kan gjøres hjemme, hvilke tiltak som evt. kan settes i gang fra hjemmetjenestens side, slik at de får et tilrettelagt tilbud og kan klare seg hjemme.

Demensteamet peker på to utfordringer som påvirker virksomheten deres på en negativ måte:

1. Samarbeidet med fastlegene oppleves som vanskelig. Det er mange å forholde seg til (mange fastleger og utskiftninger). I følge demensteamet er det ingen av fastlegene som har spesialisering i geriatri. To av legene på Fauske legesenter har vært på demenskurs for leger, men de private legene har ikke det, i følge demensteamet. De synes at de har et bedre samarbeid med de som har vært på kurs, bl.a. får de i større grad tilbakemeldinger fra disse etter å ha oversendt kartleggingsmateriale. De har tatt opp saken med den nye kommunelegen, som i fjor lovet å ta saken opp med legene, men de har ikke hørt noe.
2. Kapasitetsproblemer. Demensteamet har en ordning med re-testing en gang i året, men den klarer de ikke å gjennomføre med dagens ressurser. Bare noen få re-tester har de kapasitet til. Demenskoordinatoren gir uttrykk for at de gjerne skulle fått økt stillingsressusen noe, for eksempel med 20 prosent fordelt på 10 på hver av dem. *'Da ville vi greid å gjøre en enda bedre jobb, og også fått kapasitet til å gjennomføre oppfølgingsbesøk og re-testing en gang i året.'*

#### **VURDERINGER (tilbud tilrettelagt for demente)**

Kommunen har utarbeidet en prosedyre for demensteamets funksjon, som først og fremst tar for seg demensteamets oppgaver, men som indirekte kan bidra til å sikre riktig tjenestenivå til demente brukere. For øvrig foreligger det ingen prosedyre for å ivareta dette punktet i kvalitetsforskriften.

I faktabeskrivelsen så vi nærmere på botilbudet til demente, aktivitetstilbudet i institusjon, dagtilbud for hjemmeboende og på demensteamets virksomhet.

#### **Botilbud tilrettelagt for personer med demens:**

Det framgår av informantenes beskrivelse at de tre skjerma- avdelingene, bygningsmessig ikke er godt tilrettelagt for demente. At pav. 9 brukes som institusjon i enkelte

sammenhenger, men ikke i andre, og sånn sett driftes i en "gråsone," er problematisk bl.a. ift. bruk av tvang (for eksempel låste dører som pasientene ikke får til å åpne).

Revisjonens inntrykk er at det er for få tilrettelagte plasser i heldøgns boform. Det er svært uheldig at enkelte demente nå må bo på dobbeltrom, og det er uheldig med flytting mellom avdelinger, noe som lett skjer når en person som har behov for tilrettelagt plass, midlertidig må bo på somatisk avdeling. Det er også uheldig av hensyn til andre pasienter og pårørende.

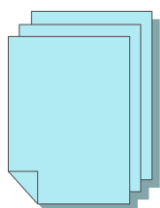
#### Aktivitetstilbud for pasienter på sykehjem (ikke bare for avdelinger for demente):

Det er noen faste tiltak som lørdags- og onsdagskafé. Revisjonen vurderer det som svært positivt at disse er blitt etablert som faste, forutsigbare tiltak, slik at både pasienter og pårørende kan ha noe å se fram til. For øvrig synes aktivitetstilbudet noe begrenset og ad hoc. Revisjonen vurderer det som en svakhet at man ikke har faste rutiner for dette, for eksempel for tur ut.

#### Dagtilbud til hjemmeboende:

Dagtilbudet til demente på Solstua framstår som veldig bra. Som påpekt av informanter, vil slike tilbud bidra til at brukere kan bo hjemme lenger både ved at det holder brukeren i bedre form, og gir avlastning til pårørende. Problemet er at kapasiteten ikke er stor nok til at alle med behov for det, får plass.

Demensteamet: Dette ser ut til å fungere bra. De gjør et viktig arbeid ift. kartlegging og kan bidra til at hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørende får hjelp på et tidligere stadium enn de kanskje ellers ville fått. Det framstår som et lederansvar (hvor også helse involveres), at det etableres samarbeidsrutiner med fastleger.

**IX. Tilbud om enerom til langtidsopphold – og mulighet for ro og skjermet privatliv**

Det foreligger ingen skriftlige prosedyrer når det gjelder kvalitetsforskriftens krav om tilbud om enerom ved langtidsopphold og mulighet for ro og skjermet privatliv.

Andel plasser i enerom er en av kvalitetsindikatorerne i KOSTRA. I følge definisjonen i KOSTRA er formålet med indikatoren å måle oppfyllelsen av bestemmelsen om at de som selv ønsker det gis mulighet til å bo i enerom ved langtidsopphold, jfr. forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene §3, annet ledd. Vedlegg 5 (fig. 8) viser at Fauske kommune ligger på 100 prosent, dvs. alle rommene på sykehjemmet er dimensjonert for én person.

Dersom flere personer deler enerom vil dette komme til uttrykk gjennom overbelegg, vist i eget nøkkeltall i KOSTRA. Belegget i institusjon er for 2014 oppgitt til 110,7 prosent (dvs. andel beboere i institusjon av antall plasser).

Enhetsleder gir uttrykk for at alle beboere som har langtidsopphold i utgangspunktet skal ha enerom med mindre man selv ønsker det eller det er ektepar/samboere. Stengingen av Sagatun i 2012 medførte imidlertid at kapasiteten på sykehjemmet ble sprengt og man måtte ta i bruk db-rom under «frivillig tvang». Db-rommene er på somatiske avd, men i intervju er det framkommet at også personer som er blitt diagnostisert med demens/er under utredning for dette, bor på db.rom (på somatisk avd). En av de som ble flyttet fra Sagatun, forteller at hun har delt rom med seks forskjellige fremmede mennesker etter tur. Nå har hun enerom, og gir uttrykk for at «*Det er herlig! Nå kan jeg gå inn der og sitte å furte, eller lese, eller hva det skulle være.*»

I september 2014 fortalte enhetsleder at 14 pasienter (7 rom) bodde på dobbeltrom. I tillegg hadde de da planer om enda et par rom til. Status pr. primo mai 2015 er at 8 enerom på sykehjemmet er i bruk som dobbeltrom. Enhetsleder er klar på at kapasiteten nå er en utfordring for kvaliteten: «*Helt åpenbart. Kvaliteten på tjenestene blir spesielt dårlig for de som bor på db.rom. De får ikke den samme muligheten til privatliv som de andre har. I tillegg er felles-rommene ikke tilpasset så mange pasienter.*»

Han beskriver situasjonen med at de må bruke db.rom på følgende måte:

*”Det at vi har dobbeltrom er faglig og moralsk sett ikke heldig for organisasjonen, verken for de ansatte, oss ledere, eller de det gjelder og deres pårørende. Det går ut over verdigheten å bo på et dobbeltrom. Men alternativet er antakeligvis verre – å skulle være hjemme i den tilstanden de er i. Men å være to på rommet innebærer jo at det er vanskelig å få være for seg selv. Det blir med skjerm Brett og gardiner.”*

Enhetsleder fortalte om at de har to demente pasienter på et rom som de har måttet skjerme ytterligere fra hverandre. ”Det er en utfordring for kvaliteten,” sier enhetsleder. ”Det tar mye energi fra andre ting.” For øvrig gir enhetsleder uttrykk for at pasientrommene på sykehjemmet er forholdsvis store slik at de ansatte kommer til rundt seng og på bad ifm. stell.

Rommene på G2/G3 er mindre enn på A og CD, derfor ble rommene på G2/G3 utfaset som dobbeltrom i fjor høst, etter at flere hadde vært i bruk som dobbeltrom siden 2012. I stedet er flere av rommene på avd. A og CD, nå i bruk som dobbeltrom. Avd.leder her gir imidlertid uttrykk for at rommene ikke er laget for å være db.rom, slik at det blir det trangt når to skal bo på samme rom. I tillegg blir det trangt på fellesrommene. TV her gir uttrykk for at på avd D, så har de ikke noe vaktrom. I stedet har de tatt kjøkkenet i bruk som personal-/vaktrom. Pasientene er flyttet ut i gangen, i en slags utvidet stuegang.

En av de pårørende forteller at det ble spurt om pasient kunne tenke seg å bo på dobbeltrom. Først sa de «må ho så må ho», men så skrev de brev til kommunen og spurte hvor lenge de regnet med at det ville vare mv., men de fikk ikke noe svar. Derfor, sier hun, er de veldig skeptisk til alt som heter tilbakemelding. Det endte med at de ikke godtok dobbeltrom. Hun gir uttrykk for at hun synes synd på betjeningen: *«De er tre stk på 12 pasienter. Det er for få! Til tider er det under enhver kritikk, men de gjør så godt de kan.»* Videre er fellesarealene overfylte: *«Omtrent alle har rullestol eller rullator. Da kan du tenke deg ved middagen, det er ikke plass ved bordet!»*

En av de tillitsvalgte på en somatisk avd fortalte i oktober 2014 at de hadde fått en del særlige utfordringer med db-rommene fordi det var blitt plassert oppegående demente der, personer som hun mente i utgangspunktet hørte hjemme på skjerma-avd, og at de som pleiere på ei somatisk avd følte at de manglet kompetanse. Slik situasjonen var på dette tidspunktet, bodde det oppegående demente på alle de tre rommene på avd. som var i bruk som dobbeltrom.

Hun ga uttrykk for at dette skapte utfordringer både for de ansatte, for andre beboere og for pårørende: Demente pasienter som verken skjønner hvem de er eller hva de gjør der, de vandrer og de går på andre rom." På spørsmål om de hadde fått inn ansatte på avd med spesialkompetanse i demens, svarte den TV: *"Nei, vi har bare fylt opp med vikarer."*

I følge TV går dette også ut over brukeren: *"Demente pasienter trenger oppmerksomhet. Det har vi ingen mulighet til. På en travel somatisk avd, så er vi ofte opptatt på rommene. Pasientene blir veldig ofte overlatt til seg selv i hverdagen. Det er noe vi går og føler på."*

Alle rommene (både på sykehjemmet, i Moveien og på paviljongene) har eget bad og wc. Når folk bor på tomannsrom, blir det en utfordring ift. bruk av toalett, for dette ligger jo direkte ved rommet, bare med en skyvedør i mellom.

På paviljongene er badene i følge avd.leder, ekstremt små. Det er bare så vidt de kommer seg inn med hjelpemidler. I Movn er det tilrettelagt, men det er for smalt mellom dørene til å få sengene gjennom, så ved behov må de demonteres.

På korttidsavd. bor stort sett alle på db.rom, «så det blir ikke så mye privatliv», i følge avd.leder. I tillegg er det nå noen demente pasienter på avd. som ikke burde vært på db.rom, men som likevel må være der i påvente av ledig rom for langtidsopphold. I følge leder for brukerkontoret, er det til en hver tid mellom 1 og 5 personer som venter på langtidsopphold på sykehjem, derav noen hjemmeboende og noen på korttidsavd. Når det gjelder paviljongene, har man gått bort fra ordningen med venteliste. Paviljongene er i følge leder for brukerkontoret, et botilbud som kommunen ikke er pålagt å ha gjennom lovverket. Ny

ordning er at hjemmetjenesten vurderer hvem som trenger et forsterket tilbud ift. deres mulighet til å gi et godt tjenestetilbud der de er, selve vedtaket om tildelingen treffes av brukerkontoret. Omsorgsboliger lyses ut av boligbyggelaget ved ledighet, og tildeles av brukerkontoret. Paviljongene anses som brukernes eget hjem, slik at beboerne der betaler husleie og har vedtak om enkelttjenester. I følge leder for brukerkontoret er behovet for tjenester så høyt på paviljongene at disse er bemannet med fast personell på dag og kveldstid. Det ligger imidlertid i systemet der at middag er inkludert.

#### **VURDERINGER** (tilbud om enerom og mulighet for ro og skjermet privatliv)

Det er ikke utarbeidet prosedyrer som ivaretar kvalitetsforskriftens krav om prosedyrer for å ivareta tilbud om enerom til pasienter med behov for langtidsplass eller for å sikre pasienters mulighet for ro og skjemet privatliv.

Så lenge pasientene har eget rom, har de mulighet for ro og skjermet privatliv. Problemet oppstår når pasienter som har fått innvilget langtidsopphold må bo på dobbeltrom, eller rettere to personer må bo på et enkeltrom.

Beboerne har en rekke rettigheter etter sykehjemsforskriften, bl.a. at beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold, at de fritt skal kunne ta imot besøk, og at de skal kunne ha et privatliv. Alle disse grunnleggende rettighetene blir det vanskelig å innfri når beboere må bo to på ett rom. Situasjonen er selvfølgelig enda vanskeligere når en eller begge pasientene er dement. Revisjonen mener at det i slike tilfeller kan stilles spørsmål ved om kommunen i disse tilfellene gir et verdig tjenestetilbud, jf. hol. § 4-1. Videre synes det klart at de pasientene som har fått innvilget langtidsopphold, men som over tid må bo to på rommet, ikke kan sies å få ivaretatt sine grunnleggende behov "med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel," jf. formålet med kvalitetsforskriften.

I tillegg er fellesarealene ikke dimensjonert for så mange pasienter, noe som går ut over trivselen til både pasienter og ansatte.

Revisjonen vurderer det derfor som svært kritikkverdig at 7-8 rom over lang tid, har vært i bruk som dobbeltrom. At kommunen ikke synes å ha planer for tiltak som vil bedre denne situasjonen, men i stedet har planer om å redusere antall institusjonsplasser, er vanskelig å forstå. Det presiseres at revisjonen her ikke tar stilling til hva slags boform man skal satse på.

## 5.2 Hvordan er organiseringen, bemanningen og kompetansen?

I denne delen av rapporten ser vi nærmere på organisering, grunnbemanning, kompetanse og sykefravær. Dette er grunnleggende elementer som har stor innvirkning på i hvilken grad kommunen greier å oppfylle kravene til kvalitet i pleie og omsorg.

### 5.2.1 REVISJONSKRITERIER

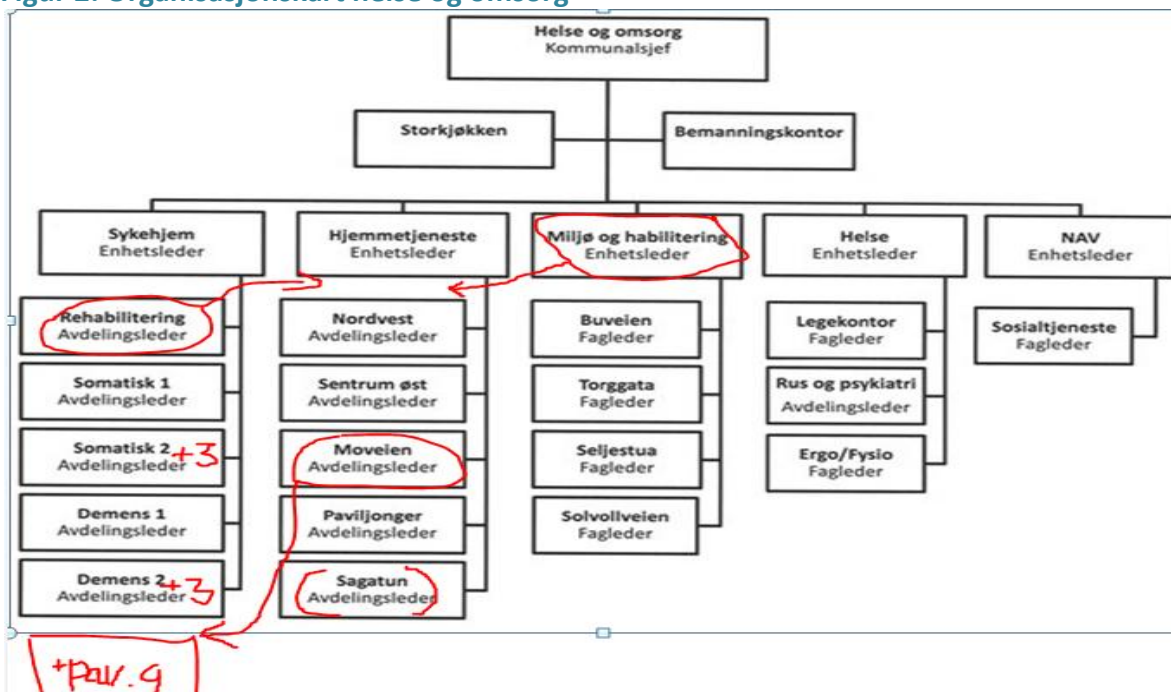
Det er opp til kommunene selv å bestemme hvordan de vil organisere tjenestetilbudet, forutsetningen er at det er forsvarlig, jf. hol. § 4-1. Loven stiller krav om at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Videre stilles det krav om tilstrekkelig fagkompetanse. Det finnes ingen konkrete krav til minimums-bemanning, kravet er at den skal være forsvarlig.

### 5.2.2 FAKTA

#### Organiseringen av pleie og omsorg

Helse og omsorg i Fauske omfatter 5 enheter (sykehjem, hjemmetjeneste, miljø og habilitering, helse og NAV) og 2 støtteenheter (storkjøkken og bemanningskontor), jf. fig. 1. Dagens organisering avviker noe fra organisasjonskartet slik det ligger på kommunens hjemmeside, jf. merknader i rødt i fig. 2. Bl.a. hører Moveien og pav. 9 organisatorisk under enhet for sykehjem mens rehab-/korttidsavd. er organisert under hjemmetjenesten. Hver enhet ledes av en enhetsleder som har avdelings- eller fagledere under seg.

Figur 2: Organisasjonskart helse og omsorg



Merknad: Kilde: <http://www.fauske.kommune.no/helse-og-omsorg.283393.no.html>  
(kommunens hjemmeside 16.03.2015)



**Tabell 1: Oversikt over hjemmetjenesten**

Sentrum-øst (hjemmetjeneste)		18,4 årsverk Omfatter også omsorgsboligene som ligger i tilknytning til sykehjemmet når det gjelder hjemmehjelp, men disse har egen hjemmesykepleier pga. stort behov
Nord-vest (hjemmetjeneste)		28,75 årsverk (36 ansatte) inkl. nattpersonalet og noen vakante stillinger
Paviljongene 3-5-7		Se info under.
Miljø og aktivitet		Dette er dagsenteret «Solstua».
Miljø og habilitering		Avdeling for psykisk utviklingshemmede. 31,5 årsverk.
Rehabiliterings- /korttidsavd.	11 plasser  (4 pl. til rehab/utred)	- Er lokalisert på sykehjemmet, men drives av hj.tjenesten - Fire av plassene er i bruk til langtidsopphold pga. mangel på plasser - Omfatter 2 KAD-senger (Kommunal Akutt Døgnplass), men foreløpig er bare én KAD-plass tatt i bruk. Det er knyttet en 30 prosent legestilling til denne. Dette var nytt i 2014. - Ett av rommene er enerom med tanke på at det skal kunne være terminalrom.

Hjemmetjenesten omfatter seks enheter. Det er en avdelingsleder for hver avdeling. De har fag- og personalansvar, samt økonomiansvar ift. budsjettoppfølging, mens økonomirapportering er enhetsleders ansvar.

De to hjemmetjeneste-sonene ledes av avd.sykepleiere. Hjemmetjenestene er inndelt i to soner eller distrikter – nord/vest og sentrum/øst. Inndelingen er historisk betinget og er i følge avd.lederne noe ulogisk for enkelte områder. For eksempel har sone sentrum/øst opp til Sjønstå mens Sulitjelma tilhører nord-vest, og Valnesfjord tilhører sentrum-øst.

De tre paviljongene 3-5-7 hører inn under hjemmetjenesten, men avd.leder der er den samme som for Movn./Pav. 9. Bemanningen jobber fast på paviljongene, men er formelt ansatt i hjemmetjenesten. I følge enhetsleder for hjemmetjenestene er pleiebehovet på pav. svært høyt. Av totalt 24 pasienter, hadde 11 et bistanivå på 4,5 i IPLOS. "Det er status for sykehjemspasienter." Derfor har de prøvd å samle de som er dårligst på én paviljong som er bemannet hele døgnet. Avd.leder kaller denne pav. sitt nye sykehjem pga. pasientsituasjonen som har oppstått. Men fasilitetene er ikke som på sykehjem. I følge enhetsleder, ble paviljongene bygget på 70-tallet, for oppegående personer, med kjøkkenkrok og bad. I følge avd.leder, er kokeplatene blitt fjernet ifm. renovering pga. at mange av beboerne der har demens. Så beboerne på alle paviljongene får nå matserving. Enhetsleder understreker at

paviljongene *ikke* er bygget for pleiepasienter – dørene er ikke beregnet på sykehussenger og det er ikke tilrettelagt for å gi hjelp på bad og ved seng.

Rehabilitering er lagt til en korttids-/rehab-avd. som er lokalisert til sykehjemmet, men som er organisert under hjemmetjenesten. Denne har øyeblikkelig hjelp tilbud (såkalte KAD-plasser).

Enhetsleder for hjemmetjenestene gir uttrykk for at det demografiske bildet ikke er slik det var planlagt for. "Det står i helse- og omsorgsplanen at hj.tjenestene skal styrkes, men veksten i brukere og tjenestebehov, er veldig mye større enn hva man har forutsatt." Hun mener at toppen med antall demente personer allerede er her nå (og ikke slik den var forutsatt i planene ca 2016-2020, og viser konkret til at det var registrert 55 hjemmeboende personer med demens, hvorav 10 var helt på grensen til å kunne fortsette å bo hjemme. Hun viser også til at antall tildelte tjenestetimer pr. måned i 2014 steg med mellom 15 og 40 prosent sammenliknet med året i forveien.

**Tabell 2: Oversikt over institusjon (Fauske sykehjem)**

3 somatiske avdelinger (37+8 plasser dvs. 8 rom benyttes som db.rom)	A (8+4) / CD (15+4) G2 og G3 (14)	2 avd.ledere (A/CD; G2/G3)
3 demensavdelinger (27 plasser + 1 avlastning)	E (11, fordelt på 5+6) F (8+1 avlast) G1 (8)	1 avd.leder
Moveien og pav. 9	Moveien (somatisk) (10+1+1 avlastn) Pav. 9 (demente i omsorgsbolig)	1 avd.leder

Fauske sykehjem har 5 ansvarsområder, 8 avdelinger (unntatt Sagatun) og 4 avd.ledere. Moveien er beskrevet som et aldershjem, men i følge avd.leder fungerer det som et sykehjem. Pasientene er på samme pleienivå som de som er på sykehjemmet, de fleste er krevende pleiepasienter, derav mange sengeliggene. Om bemanningen uttaler avd.leder flg: «Det er marginalt, men ikke uforsvarlig.» Hun sier videre at hun merker slitasje på personalet. Pav. 9 er skjermet enhet og døgnbemannet. I følge avd.leder er det aldri færre enn to personer på vakt på dag og kveld, pluss ei nattevakt.

Avd.leder for Movn./Pav. 9 er også avd.leder for paviljongene 3-5-7. Avd.leder gir uttrykk for at det er presset i avdelingene, og at hun presser seg selv enkelte ganger. Innimellom må hun selv trå inn som sykepleier, særlig på pav. 3-5-7. (Mer info om pav. på foregående side.)

Sagatun er fortsatt stengt, men er nå vedtatt ombygget til omsorgsboliger. Begge enhetslederne gir uttrykk for at de tror det ville blitt vanskelig å få nok kvalifisert personell dit dersom det skulle drives som institusjon.

## Grunnbemannning

Grunnbemanningen sier noe om hvor mange personer som er på vakt i enhetene til en hver tid. Vi spurte avd.lederne om hvor mange som er på vakt formiddag/dag og ettermiddag/kveld, på hverdagene og i helgene. (Det viste seg at flere avd. har helg tre dager i uka dvs. fre-søn.) På bakgrunn av svarene, har vi beregnet antall pasienter/beboere pr. ansatt på vakt. Tallene sier kun noe om antall personal, ikke noe om utdanningsbakgrunn/ kompetanse.

**Tabell 3: Grunnbemanning: antall pasienter pr. ansatt på vakt**

		Antall pasienter pr. ansatt			
		Dag hverdag	Dag helg (fr-sø)	Kveld hverdg	Kveld helg
A	Somatisk	4	4	4	4
CD	Somatisk	3,8	3,8	3,8	3,8
G2/G3	Somatisk	3,5			
E5 og E6	Skjermet	3 og 2,5			
F	Skjermet	4	4	4	4
G1	Skjermet	4	4	4	4
Mov.	Somatisk	4	4	4	4
Pav. 9	Demente i omsorgsbolig	3	4,5	4,5	4,5

*Merknad: To pasienter på skjerma har 1-1 bemanning. Disse er ikke med i tabellen.*

Til sammenlikning viste en analyse av datamateriale fra 970 skjermede enheter i 2004-2005, at det gjennomsnittlig var tre og fire beboere pr. ansatt på vakt på hhv. formiddag hverdager og kvelder og helg (Eek 2006).

Alle avd.lederne er utdannet sykepleiere og de fleste har i tillegg videreutdanning innen ledelse og/eller geriatri (el. noe annet).

På skjermaenhetene er det samme bemanning i helgene som i uka (gjelder ikke for pav. 9). I følge avd.leder for skjermaenhetene, står det i turnusen at det skal være én sykepleier på hver vakt, men på G1 er det pt bare én sykepleier totalt, så der er det en del vakter uten sykepleier. Ved sykdom, kurs, etc så samarbeider avdelingene, slik at sykepleieren på den ene avd. dekker begge avdelingene.

Når det gjelder samarbeid mellom avdelingene, gir avd.leder for skjermaenhetene uttrykk for at personalet bør kunne brukes fleksibelt på ulike avdelinger avhengig av behov: «*Demensomsorgen er noe alle skal kunne. Så jeg tror nok vi kan utnytte ressursene enda bedre. Samtidig skal stabiliteten og kontinuiteten bevares.*»

Korttids-/rehab.avd. som hører inn under hjemmetjenesten er ikke med i tabell 3. Her er det behov for enda tettere sykepleierfaglig oppfølging. Grunnbemanningen hverdag dagtid omfatter 2 sykepleiere og 2 helsefagarbeidere (man-ons er det 3 spl). Det er samme bemanning på ettermiddag/kveld i uka, men kun én sykepleier på ettermid i helgene.

Om størrelsen på bemanningen, uttaler en av avd.lederne på somatisk avd at: «Vi har den bemanningen vi har, og må prioritere grunnleggende pasientrelaterte behov.» Videre sier hun: «*Vi har veldig syke pasienter her, og de er like syk i helgene som ellers. Det er tøffe vakter, men vi har ikke flere timer å ta av pr. uke.*»

Flere avd.ledere gir uttrykk for at det er en annen kategori pasienter nå enn for ti eller fem år siden. Folk er mye sykere ved innkomst enn tidligere. Det ser man også på antall dødsfall. Før bodde folk her over tid, det gjør de ikke lenger. På spørsmål om de trenger hjelp til å komme seg opp og til personlige funksjoner, svarer en avd.leder: «*De trenger hjelp til alt. Noen må vi være to stk. for å snu i senga, noen må mates.*»

I følge pårørende til pasient på skjerma avd. varierer behovet for bemanning: «*Det kommer an på beboerne. Hvis de er i dårlig humør/har en dårlig dag, så kan én beboer utgjøre for tre. Da er det ganske heftig og det er mange utfordringer.*»

Arbeidstempoet vurderes av alle som generelt høyt på dagvakter, mens det på ettermiddag i perioder kan være roligere. TV forteller at arbeidsoppgaver som å vaske kjøleskap og fryserer og sånne ting, ofte må utsettes. Det er egne folk som har ansvaret for renholdet på rom og fellesarealer, men hun ga uttrykk for at det er blitt slik at "*alt skal være tilrettelagt for vaskeren. For eksempel hvis det står ting på vasken, så vasker ikke vaskeren der. Så vår oppgave blir å holde det helt blåst der. ..I en travel hverdag med stell av pas, så skal vi huske å rydde vasken først!*"

Kommentarer som ofte går igjen når man snakker med pasienter og pårørende, er at de ansatte har så mye å gjøre, at pasientene lar være å be om ting, de vil ikke være til bry. En pasient uttaler: «*De har ikke nok tid til noen av oss. Det er litt for lite bemanning. Det synes de sikkert selv også.*»

Flere avd.ledere ga uttrykk for at helger kan være vanskelige å dekke. TV på en avd. med flere db.rom, uttalte at det er et veldig press for å få folk til å ta helgevakter. De manglet i utgangspunktet flere helgestillinger (pga endringer som en følge av Pilotprosjektet), dernest fordrer db-rommene at de må ha ekstra folk både i uka og i helger. I tillegg var det flere som var langtidssykemeldt. "*Veldig mange av de som går ekstra og som vikar, er ufaglært. De faste prøver så godt de kan å dekke opp på det faglige (eks medisin), men dette går ut over mange andre ting, som stell*", sier TV. I helgene skjer det ofte at det bare er en fast faglært på vakt, med kanskje fire ufaglærte sammen med seg. Så lenge det ikke er nok folk i helgene, mener TV at grunnbemanninga er for dårlig.

Presset for å få nok helgevakter, har ført til mange små stillinger på under 50%. For eksempel: Moveien: 5 stillinger på ca. 20 prosent (helgestillinger)  
Pav. 9: 1 i 43 prosent og 3 stiller på ca. 20 prosent (helgestillinger).  
Pav. 3-5-7: 3 helgestillinger på ca. 20 prosent.

Ovenfor har vi sett på bemanningen i institusjon på dag- og ettermiddag. Når det gjelder hjemmeboende brukere, så betjenes disse på natt av nattjenesten. Leder for brukerkontoret

gir uttrykk for at nattjenesten er en svakhet i systemet. I følge henne har det økt med ressuser i hjemmetjenesten. Natttjenesten driftes av hjemmetjenesten, men bemanningen på natt har ikke økt. Det er to personer på på natt som drar hjem til brukere. Om behovet sier hun. «Det er ikke uvanlig at brukere har 6-9 tilsyn/besøk i løpet av døgnet, derav opptil 3 besøk på natt.» Det er de samme to personene som betjener trygghetsalarmen på natt, i et distrikt som strekker seg fra Sulitjelma til Valnesfjord (så lenge det ikke er drift på Sagatun).

Bemanningskontoret betjener både hjemmetjenestene og institusjon. Det skal være en sentral som har det totale bildet, fra langtidsplanlegging til daglig vikarformidling. Flere ledere ga uttrykk for at kontoret er blitt bedre, men at det ennå gjenstår litt før de fyller alle sine funksjoner godt. Revisor oppfattet det slik at vikarfomidlingen nærmest tar all tid og at kontoret hittil ikke har vært gode nok på langtidsplanlegging (eks. ferieplanlegging) og å bruke folk over avdelingene.

#### HJEMMETJENESTEN

I følge avd.leder kjørte de i hele 2014 med ekstra bemanning på dag og kveld, og rett før jul fikk de tilført ekstra midler for å øke bemanningen. Etter innføringen av samhandlingsreformen har de fått flere tyngre og kompliserte brukere. Det uttrykkes frustrasjon over at ekstra midler ikke kommer før i etterkant (etter at de har dokumentert behovet for ekstra bemanning), slik at *"når vi får tildelt (ekstra midler), så har vi allerede brukt opp midlene fordi vi har kjørt med ekstrainnleie over lang tid."*

På spørsmål fra revisor om hvordan hjemmetjenesten selv vurderer planen om nedfasing av institusjonsplasser og større satsning på hjemmebasert omsorg, uttrykkes det bekymring: *"Med tanken om nedfasing av institusjonsplasser, var planen å etablere Eiaveien, og når det strander, så er vi litt på stedet hvil."* Hun utdyper at pasientene kan være fysisk veldig hjelpetrequende og fortsatt ha hjemmebasert omsorg hvis bare hodet fungerer, *"men når demensen kommer, så kommer vi til kort."* Når de ikke lenger holder styr på døgnet og går ut lettkledd om natta, da er det ikke forsvarlig lenger.

## Kompetanse

Fauske har en felles kompetanseplan for alle virksomhetene i kommunen, hvor også plo har bidratt med innspill. I følge enhetsleder har de også vært involvert i å utarbeide en rekrutteringsplan.

En av kvalitetsindikatorerne i KOSTRA er andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning. Vedlegg 5 (fig. 9) viser at Fauske ligger godt an når det gjelder fagutdanning fra videregående skole, men har en noe lavere andel når det gjelder fagutdanning fra høyskole/universitet enn KG12 og landet (uten Oslo).

Enhetsleder institusjon er godt fornøyd med kompetansen ved sykehjemmet. De har ansatte med videreutdanning i diabetes, demens, kreft og lungelidelser. Og de har få ufaglærte. Men

det er ikke tilstrekkelig rom til å utnytte de med spesialkompetanse, for de går i vanlig tjeneste: *«Skulle kanskje ønske at de ulike fagområdene kunne jobbet mer spisset. ... Vi burde ha egen fagutviklingssykepleier som hadde fokus på fagutvikling i samhandling med de som har spisskompetanse.»*

Avd.leder for somatisk avd. G2/G3 gir uttrykk for at hun har videreutdanning i diabetes, og at hun pleier å avholde kurs internt i dette. I tillegg fungerer hun som kontaktperson når det gjelder kompetanse om diabetes. Enhetsleder gir uttrykk for at det i tillegg er kontaktperson på områdene kreftomsorg (kreftsykepleier), smittevern og palliasjon.

På korttidsavd. har to sykepleiere videreutdanning i palliasjon (1/2 års enhet), en har videreutdanning i kreftsykepleie, en i lungelidelser og en har helsesøsterutdanning. I tillegg har alle sykepleierne på avd. internt kurs i palliasjon, samt andre interne kurs. De har også hatt en del kurs i regi av sykehuset ifm. samhandlingsreformen, bl.a. om kols og stomi. Da har foreleser kommet til Fauske slik at flere har kunnet delta.

En TV på somatisk avd uttaler at de i utgangspunktet har bra kompetanse, men etter at flere av db-rommene ble belagt med oppegående demente pasienter, så savner hun kompetanse innen demens.

På pav. 9 er det, i følge avd.leder, ingen sykepleiere, og kompetansen er generelt litt lav der: *«Jeg sliter med at det i utgangspunktet er ufaglærte og faglærte med lav kompetanse.»* Forholdene har endret seg – beboerne er blitt pleietrengende med alvorlige diagnoser, og kravene til dokumentasjon og oppfølging er annerledes i dag. De har en hjelpepleier med spesialkompetane innen demens, men avd.lederen gir uttrykk for at hun gjerne skulle hatt flere på pav. 9 med videreutdanning i demens samt sykepleier(e). De av de ansatte som ikke har skolert seg for å henge med i pasientutviklingen, ble etter hver assistenter.

Når det gjelder annen form for kompetanse, så har 30 ansatte på sykehjemmet, i følge enhetsleder, nettopp deltatt på et kurs i etikk i regi av Utviklingssenter for sykehjem i Nordland.

HJEMMETJENESTEN – flg. opplysninger framkom i intervju med avd.lederne i hj.tjenesten: Én sone har ingen ansatte med spesialkompetanse, den andre sonen har en hjelpepleier med kompetanse i geriatri. Det er en kreftsykepleier i hele kommunen. De har hatt en del vakante fagarbeiderstillinger, men er i ferd med å ansette folk i disse.

Innføringen av samhandlingsreformen med den påfølgende utviklingen med flere hjemmeboende med store tjenestebehov, har gjort at det kreves mer kompetanse hos personalet. Mangel på faglærte vikarer er en utfordring. I tillegg til mange ufaglærte vikarer, har den ene sonen 7 ufaglærte som fast ansatt. Disse er hjemmehjelper, men må, i følge enhetsleder, utføre hjemmesykepleie-oppgaver i helgene, som for eksempel morgenstell og frokost.

De ansatte samles på de respektive sonekontorene om morgenen, og avd.leder fører opp folk på de ulike arbeidslistene. Den ene lederen gir uttrykk for at det ofte skjer om morgenen at de må bytte om på brukere fordi de ansatte ikke har den fagkompetansen som trengs. En annen utfordring med en så ekspansiv hjemmetjeneste, er at lokalene blir for små. Den ene avd.lederen har selv flyttet ut av kontoret sitt for å gi plass til medikamenthåndteringen.

Det er en plan om at Mobil Omsorg skal innføres i løpet av 2015. De ansatte vil da få nettbrett og blir ikke så avhengig av pc for å hente info og skrive rapport.

### Kompetanse innen demens

Vi har fått litt ulike svar på spørsmål om noen av de ansatte har særskilt kompetanse når det gjelder demens. Inntrykket er at "en her og en der" har gjennomgått Demensomsorgens ABC. Det er Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som leder arbeidet med gjennomføringen av ABC-opplæringen i kommunene i samarbeid med lokale aktører. Det er til sammen tre permer i serien Demensomsorgens ABC. Arbeidet med hver studieperm går over ett år, og det gis to fagseminarer. Deltakerne får studiebevis for hver perm som er gjennomført. Den tredje permen omhandler miljøbehandling, herunder tiltak som Marte Meo, fysiske aktiviteter, bruk av musikk og sansestimulering. I følge Kompetansetjenesten var det 14 deltakere fra Fauske som fullførte perm 1 i 2009, og 14 som fullførte perm 2 i 2010. Det er alt de har registrert vedr. ansatte i Fauske kommune. Ingen ansatte har tatt Perm 3.

På spørsmål om hva slags inntrykk demensteamet har av kompetansen i PLO når det gjelder demens, er svaret at det nok er variabelt, og at "det er klart at kompetansebygging burde vært et tema, det gjelder både institusjon og hjemmetjenesten". Demenskoordinatoren uttrykker likevel glede over å ha fått en "fantastisk" avd.leder på skjermaenhetene.

Avd.lederen gir uttrykk for at mange av de som jobber på skjermaavd. har lang erfaring, men hun vet ikke om noen har videreutdanning innen demens. TV på skjermaenhetene gir uttrykk for at det er mange ansatte med lang fartstid, og at de fungerer som læremestre for de andre. Hun understreker viktigheten av at det alltid er noen på jobb som "kan dette", og at det er kontinuitet i personalet. Høyt sykefravær og innimellom bruk av fremmede vikarer, kan skape uheldige situasjoner. De vanskeligste pasientene vil ikke la fremmede hjelpe seg: *"Vi er avhengig av tillit fra pasientene for at vi skal få lov til å hjelpe dem. Og tillit må opparbeides. Det får du kun ved at du er ofte der, at de føler seg trygg på deg."*

Den pårørende til pasient med demens gir uttrykk for at de som er pleiere hos hennes pasient ikke har spesialkompetanse når det gjelder demens, men at de likevel er «utrolig dyktige».

HJEMMETJENESTEN: Det er nettopp ansatt en sykepleier som har to år med Demensomsorgens ABC. I tillegg er det én fra før som tok tilsvarende kurs for noen år siden.

PÅRØRENDESKOLE: Fauske, Sørfold og Saltdal arrangerer i år interkommunal pårørendeskole som går over 5 kvelder med oppstart i april. På kurset får pårørende til personer med demens kunnskap om demens og treffer andre pårørende og fagpersoner med kompetanse på området. I følge demensteamet er det muligens siste året at de får tilskudd til dette tiltaket.

### Opplæring av nytilsatte

Vi har ikke kartlagt dette systematisk, men følgende framkom i intervju.

I følge TV, får vikarer/ufaglærte én dags opplæring. Da er de på ei vakt sammen med en som er på jobb. Tidligere var det 3 dagers opplæring før de fikk begynne å jobbe alene, men i følge TV, mener bemanningskontoret at 1 dag må være nok. TV synes det er for lite, for det er mange utfordringer, bl.a. er mange av de ufaglærte svært unge, og det er mange utlendinger som ikke forstår språket.

En TV nevnte at de tidligere hadde en slags brosjyre som viste rutinene på avdelingen, og som ble delt ut til nyansatte og vikarer. I tillegg ble det også brukt et ark for hver enkelt pasient, en slags pleieplan som ble hengt opp på innsiden av baderomsdøren, og at dette var meget praktisk når de hadde sommervikarer etc. Men, sier hun, så var det noen som mente at det ikke var lov å ha slike ting hengende oppe pga. besøkende.

Ny avd.leder har hatt en fadder (en annen avd.leder) som hun har hatt tett samarbeid med, i tillegg til faste møter med alle avd.lederne hver 14. dag. Hun uttaler at fadderordningen har vært «helt uunnværlig», men vet ikke om dette er en ordning som gjelder for alle nytilsatte.

HJEMMETJENESTEN: Fra en avd.leder fikk revisor tilsendt et dokument med "viktig informasjon til deg som ikke har erfaring fra arbeid i, eller fagutdanning innen plo". Det inneholdt grunnleggende lettfattelig kunnskap om en rekke fysiologiske funksjoner og hjelpemetoder. I tillegg var det med noen filosofiske betraktninger og dikt. Dokumentet forelå ikke i RM.

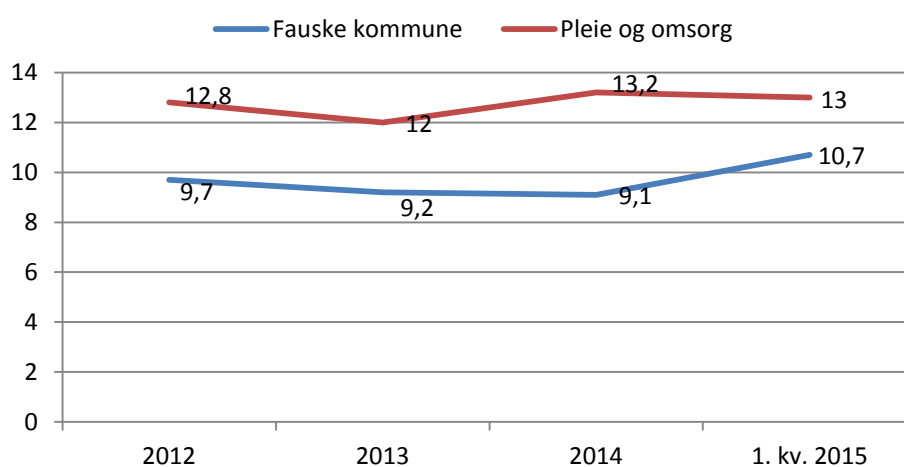


## Sykefravær

Sykefravær blir ansett for å være knyttet til kvaliteten på tjenestene, både direkte og indirekte. Dersom det ikke tilsettes vikar, medfører fravær at det blir mindre tid til hver enkelt tjenestemottaker. Ved vikarinnsats er det fare for at viktig erfaring går tapt eller må opparbeides på nytt over tid. Nye ansatte kan også skape usikkerhet i hverdagen for mange tjenestemottakere.

Gjennomsnittlig sykefravær i pleie og omsorg i perioden 2012-1.kvartal 2015 har vært 12,8 prosent. Dette er om lag 3 prosentpoeng høyere enn i Fauske kommune som helhet, jf. fig. 3.

**Figur 3: Sykefraværet i pleie og omsorg og Fauske kommune, 2012-1.kv. 2015**



*Merknad: Sykefraværet omfatter egenmeldt og legemeldt sykefravær. Statistikken omfatter faste stillinger, lærlinger og prosjekt, men ikke timelønnede og vikarer. Kilde:Fauske kommune ved personalkontoret.*

Det er store forskjeller i sykefravær mellom de enkelte enhetene i pleie og omsorg, fra 22,8 og 18,6 på to enheter, til 6,7 prosent på korttids-/rehabavd. (tall for 1. kv. 2015, jf. vedlegg 4).

På spørsmål om noe av sykefraværet er arbeidsrelatert, svarer enhetsleder for hjemmetjenestene at "enkelte sier at det er et stort arbeidspress, og det har det vært." Hun viser til at det har vært en enorm økning i antall tildelte tjenestetimer, noe hun tilskriver innføringen av samhandlingsreformen, og viser til at mange som bor hjemme har et svært høyt bistandsnivå. Imidlertid er det, i følge enhetsleder, ingen som har oppgitt arbeidsrelatert sykefravær.

Når det gjelder institusjon, gir enhetsleder uttrykk for at de ikke har noen holdepunkter som tilsier "jevnt" arbeidsrelatert sykefravær, men at det innimellom kan være slike enkeltsaker. Han legger til at flertallet i en medarbeiderundersøkelse ga uttrykk for at det er et godt arbeidsmiljø og tilstrekkelig med hjelpemidler.

### 5.2.3 VURDERINGER

Vi har sett på organiseringen av PLO-tjenestene, grunnbemanning, kompetanse og sykefravær.

Revisjonens hovedinntrykk er som følger:

- Fagkompetansen i tjenestene framstår som generelt bra. Når det gjelder fagkompetanse innen demens spesielt, kom det fram at mange har lang erfaring, men få har formell videreutdanning i demens. At det bare er noen få ansatte som har videreutdanning i demens framstår som svakt, tatt i betraktning at anslagsvis 80 prosent av pasientene i sykehjem er dement, og at det var registrert 55 hjemmeboende brukere med demens.

Etter revisjonens mening bør kommunen prioritere å kjøre kurs i videreutdanning i demens, herunder at man også motiverer noen til å ta del III av Demensomsorgens ABC.

- Det er mangel på faglærte vikarer og for mange ufaglærte på jobb i helgene, noe som medfører en risiko for uforsvarlige tjenester til brukerne og et stort press/slitasje på den ene/de få faglærte som er på vakt. Dette syntes å gjelde generelt, både sykehjem og hjemmetjeneste. Hvis opplæringen av nytilsatte i tillegg er mangelfull, noe kommentarer fra tillitsvalgte kan tyde på, blir tjenestene ekstra sårbar. Etter revisjonens oppfatning, bør kommunen sørge for at opplæringen av nytilsatte kvalitetssikres.
- Sykefraværet er bemerkelsesverdig høyt på enkelte avdelinger. En bedre grunnbemanning på de mest sårbare vaktene, ville sannsynligvis kunne bidratt til et lavere sykefravær (jf. erfaringer gjort ved Sentrum sykehjem i Bodø). Etter revisjonens syn, bør kommunen vurdere å kartlegge bakgrunnen for sykefraværet ved de avdelinger som over tid har over 15 prosent sykefravær.

## 5.3 Framstår kommunens tilbud om avlastning som tilfredsstillende?

### 5.3.1 REVISJONSKRITERIER

Kommunen har ansvar for helse- og omsorgstjenester, herunder avlastningstiltak, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d. Avlastningstiltak er tilbud til personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastning skal hindre overbelastning, og gi omsorgsyster nødvendig fritid og ferie, og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter.

### 5.3.2 FAKTA

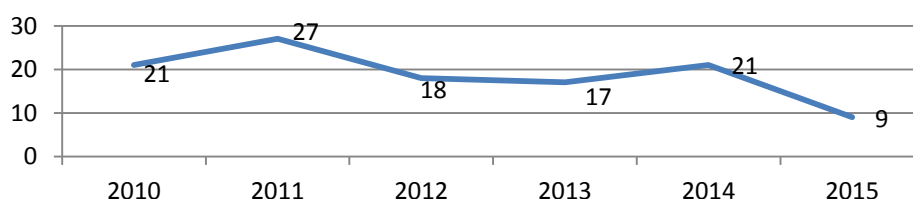
#### Plasser i institusjon som er forbeholdt avlastningsopphold:

Det er én avlastningsplass på skjerma avd. samt et dobbeltrom i Moveien for i utgangspunktet somatiske pasienter. Tidligere var det avlastningsplasser på korttidsavd, men det er det slutt på nå, i følge leder for korttids-/rehabavd.

I følge leder for brukerkontoret, er vedtakene om avlastning rullerende. Avlastning planlegges for ½ år av gangen, og innvilges pr. 1/1 og 1/7. Pr. februar 2015, var det totalt 7 som hadde innvilget avlastning. Hun gir uttrykk for at behovene for avlastning er forskjellige, og det varierer derfor hvor mye avlastning som gis, fra inntil ½ plass (dvs. vekselvis 3 uker på institusjon, 3 uker hjemme), ned til 4 dager pr. måned. På spørsmål om det nå er «fullbooket» for resten av halvåret, svarer leder for brukerkontoret, at de vurderer behov og hvor prekært det er.

Brukerkontoret kan ikke hente ut fra saksbehandlingssystemet (Profil) antall søknader om ulike tjenester, men de kan se antall vedtak. Men når det gjelder avlastning, skiller de ikke lenger mellom vedtak om korttidsplass og avlastning. Dermed er det ikke mulig å få tall, verken for antall søknader om avlastning eller for antall vedtak om dette. På særskilt forespørsel har leder for brukerkontoret likevel greid å finne svar på hvor mange eldre brukere som har hatt avlastning på institusjon de siste årene, jf. figur 4.

**Figur 4: Antall brukere som har hatt avlastning på institusjon**



*Merknad: Tallene for 2010-2012 er hentet fra sak til driftsutvalget (nr. 009/13).*

På spørsmål om antall plasser til avlastning i institusjon dekker behovet blant hjemmeboende brukere, svarer leder for brukerkontoret at dette i perioder dekker søknadene. "Det kan være at noen ønsker mer, for eksempel for å dekke avlastningsbehov på sommers tid." Hun gir uttrykk for at siden behovet svinger, "så bruker vi også korttidsavd. innimellom til å ta en topp, så jeg føler at innen avlastning så gir vi gode tilbud."

Enhetsleder for hjemmetjenestene gir derimot uttrykk for at tilbudet om avlastning i institusjon ikke er tilstrekkelig.

Når det gjelder avlastningsplassen på skjermet avd. (avd. F), gir demenskoordinatoren uttrykk for at de har fått mange signaler om at det ikke er heldig å ha denne i en etablert avdeling, da det skapes mye uro når en person kommer inn utenfra. Hun gir uttrykk for at det burde vært egne plasser som var ment for avlastning i slike tilfeller.

### Hjemmebasert avlastning

Det gis avlastningstiltak i hjemmet, spesielt ift. demensomsorg. I følge leder for brukerkontoret kan det være avlastning i form av at en person kommer hjem til søker noen timer i uka, og er til stede, slik at omsorgspersonen får fri. Dette er noe som blir stadig mer brukt. Både i 2013 og 2014 ble det gitt avlastning i hjemmet til 14 eldre brukere (deres pårørende). Enhetsleder for hjemmetjenestene nevner også samarbeid med frivillige og støttekontakter, som indirekte gir avlastning.

Videre kan avlastning være i form av at bruker får et dagtilbud på dagsenteret Solstua. I løpet av det siste halvannet året, har de igangsatt dagtilbud for hjemmeboende demente personer to ganger i uka, samt et tilbud til slagrammede to dager i uka. (Dagtilbudet til demente er nærmere beskrevet ovenfor, under tilrettelagte tilbud til demente.)

Leder for brukerkontoret forteller at de til enkelte brukere/pårørende, lager en pakke med både institusjonsavlastning, avlastning i hjemmet og tilbud på Solstua. Hun gir videre uttrykk for at behovene for avlastning stadig er i endring. Derfor kan det være bra et halvt år, men så kan det være noe som skjer som gjør at det blir vanskeligere det neste halve året.

### **5.3.3 VURDERINGER**

Mange hjemmeboende eldre mottar hjelp og omsorg fra pårørende som ektefelle eller barn. De utfører et omsorgsarbeid som er av stor verdi for den enkelte hjelpetrequende, men også for kommunen, som har ansvaret for å yte pleie og omsorgstjenester ved behov. Omsorgsarbeidet som pårørende yter over tid kan være omfattende og det er viktig at kommunen ivaretar disse personenes behov for avlastning. Det kan være som opphold i sykehjem eller som avlastning i hjemmet.

Revisjonen registrer at leder for brukerkontoret mener at kapasiteten i store trekk er god nok når det gjelder avlastning mens enhetsleder i hjemmetjenesten er av en annen oppfatning. Mens brukerkontoret får synliggjort behovene når folk søker om tjenester, ser hjemmetjenesten behovene til daglig.

Revisjonen mener det er uheldig at brukerkontoret ikke lenger skal skille mellom vedtak om avlastningsopphold og annet korttidsopphold (at også avlastning blir i form av vedtak om korttidsopphold). Noen vesentlige forskjeller er at for korttidsopphold er det anledning til å kreve vederlag/egenbetaling, men ikke ved avlastning. Videre skal saksutredningen for avlastningsopphold også omfatte en kartlegging av pårørendes/omsorgsyters situasjon og

behov for avlastning. Nå kan det hende at slike hensyn blir ivaretatt likevel. For øvrig er det beklagelig hvis man ved omleggingen, mister oversikt over antall søknader/vedtak og brukere/omsorgsytere som får avlastning. Dette er viktig styringsinformasjon i en tid når kommunen skal satse mer på hjemmebasert omsorg.

## 6. KONKLUSJON

### **Problemstilling 1: Hvordan sikrer Fauske kommune at kravene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten etterleves?**

Pleie og omsorgstjenesten i kommunen har fått på plass et helhetlig elektronisk kvalitets- og styringssystem, som de ansatte har fått opplæring i, og som det foreligger egen prosedyre for.

Imidlertid er det ikke utarbeidet noe system av prosedyrer i henhold til kvalitetsforskriften. Det foreligger en rekke prosedyrer, hovedsaklig for institusjon, men det er ikke utarbeidet noe samlende dokument som viser til hvilke(n) prosedyre som skal ivareta det enkelte grunnleggende behov. Det er heller ikke utarbeidet prosedyrer på alle behovsområdene. Videre er noen av prosedyrene som faktisk finnes i Risk Manager, ikke ferdigstilt, og prosedyrene synes generelt i varierende/for liten grad implementert. Arbeidsgiver pålegger ansatte å kjenne prosedyrene, men tilrettelegger etter revisjonens mening ikke godt nok for dette.

Informasjon/brukermedvirkning:

- Det foreligger ingen prosedyre for informasjon om pleie og omsorgstjenestene. Kommunens hjemmeside er i så måte svært mangelfull.
- På institusjon finnes det prosedyre for bruker- og pårørendeundersøkelse, men brukertvalg er ennå ikke kommet på plass. Prosedyre for primærkontakt skal bidra til brukermedvirkning, men ordningen er bare delvis implementert.
- I hjemmetjenesten kan individuelle tiltaksplaner brukes når Mobil omsorg blir innført i løpet av 2015. Hjemmetjenesten mangler prosedyre for brukerundersøkelse.

Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling: legedekning og legemiddelhåndtering:

- Det er etablert prosedyrer for legemiddelhåndtering. Infeksjonskontrollprogrammet er ikke ferdigstilt og har mangler. Farmasøytisk rådgiver har utarbeidet en årsplan for 2015 som inneholder tiltak av relevans for det grunnleggende behovet for medisinsk undersøkelse og behandling.
- Lekedekningen på sykehjemmet er lav, og ingen lege har overordnet faglig ansvar. Fauske kommune har ikke foretatt en lokal bemannings-vurdering og ikke fastsatt en lokal norm for legedekning i sykehjem, noe som representerer et avvik fra krav om dette i rundskriv fra 2007.

Rehabilitering:

- Kommunen har ikke etablert prosedyrer for å sikre at brukere med behov for rehabilitering får tilbud om det. Kommunen har ikke planlagt sin rehabiliteringsvirksomhet. Det er ikke etablert en koordinerende enhet for rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, slik kravet er i forskrift om rehabilitering.

### Ernæring:

- Ved sykehjemmet er det opprettet en prosedyre for ernæring. Den er imidlertid ikke ferdigstilt. Det er en svakhet at den bare delvis synes å være implementert, og at informantene i liten grad syntes å kjenne til prosedyren. Men revisjonens inntrykk fra samtaler er at det er en økende bevissthet rundt betydningen av ernæring og risikoen for underernæring.
- Hjemmetjenesten mangler prosedyre for å ivareta brukere på ernæringsområdet. Hjemmetjenesten tilrettelegger ofte måltider hjemme hos brukere, men følger ikke med på at de faktisk får i seg maten.

### Personlig stell og egenomsorg:

- Verken institusjon eller hjemmetjeneste har etablert prosedyrer for å ivareta det grunnleggende behovet for stell og egenomsorg. Når det gjelder tannbehandling, har man likevel rutiner for innmelding til tannhelsetjenesten, tannkort, etc.

### Aktivisering og stimulering:

- Det foreligger ingen skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere/pasienter regelmessig får aktivisering og stimulans. Ved sykehjemmet er det laget utkast til et aktivitetsårshjul. Bortsett fra onsdags- og lørdagskafe, og trening med fysioterapeut, er revisjonens inntrykk at aktivitetene i store trekk foregår på ad hoc basis, og bare sted finner i den grad andre, mer pleierettede oppgaver, tillater det.

### En verdig livsavslutning:

- PLO-tjenesten har fått på plass en prosedyre om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I tillegg har det vært avholdt kurs i palliasjon for et stort antall pleiere. Tjenesten framstår dermed som faglig godt styrket på dette området.

### Tilbud tilrettelagt for demente:

- Det foreligger en prosedyre vedr. demensteamets funksjon. Øvrige prosedyrer for at demente skal sikres tilrettelagte tilbud foreligger ikke.

### Tilbud om enerom og mulighet for ro og skjermet privatliv:

- Det er ikke utarbeidet prosedyrer for å ivareta pasienters behov for enerom ved langtidsopphold eller deres mulighet for ro og skjermet privatliv.

I praksis innfris kravet om ro og skjermet privatliv så lenge pasienten har enerom. Problemet oppstår når to pasienter som har innvilget langtidsopphold over lenger tid må dele rom med en annen pasient. Da har de ingen mulighet for ro og skjermet privatliv. Revisjonen finner det svært kritikkverdig at 7-8 rom over lang tid har vært i bruk som dobbeltrom for pasienter som har innvilget langtidsopphold.

**Problemstilling 2: Hvordan er organisering, bemanning og kompetansen?**

Revisjonens hovedinntrykk er at fagkompetansen generelt er bra, og at tjenesten har pleiere med ulike former for spesialkompetanse. Dette er svært viktig tatt i betraktning at kommunene (etter innføringen av samhandlingsreformen) har fått ansvar for pasienter med behov for avansert medisinsk behandling og pleie.

Tatt i betraktning den store andelen demente pasienter/brukere, synes revisjonen at det var få pleiere som hadde videreutdanning i demens. Etter revisjonens syn burde det vært flere, også noen med nivå 3 i demensomsorgens ABC.

Selv om kompetansen generelt sett er bra, er det utfordringer knyttet til helgevakter, samt i følge informanter, til for liten kapasitet i natttjenesten. Det er vanskelig å skaffe faglærte vikarer til helgevakter. For mange ufaglærte kan gå ut over kvaliteten på tjenestene, og medfører ekstra ansvar og belastning på den/de få faglærte som er på vakt. Mangelfull opplæring av ufaglærte vikarer bidrar ikke til å bedre situasjonen.

**Problemstilling 3: Framstår kommunens tilbud om avlastning som tilfredsstillende?**

Kommunen har en ordning med vedtak hvert halvår om rullerende perioder med avlastning for et halvt år om gangen. Dette er med på å lage forutsigbare rammer for pårørende. Samtidig binder slike vedtak opp plassene som er avsatt til avlastning, slik at mulighetene for å dekke evt. ad hoc behov for avlastning blir mindre.

Vi registrerer at det var ulikt syn mellom lederne for hjemmetjenesten og brukerkontoret vedr. om tilbudet om avlastning er godt nok eller ikke. Tatt i betraktning antallet kartlagte hjemmeboende demente (55), og den generelle økningen i behovet for hjemmetjenester, synes ikke antallet som får tilbud om avlastning å være spesielt stort.



## 7. ANBEFALINGER

Basert på det som framkom i undersøkelsen, vil revisjonen anbefale at pleie og omsorgstjenesten setter i verk følgende tiltak.

1. Ferdigstille de uferdige prosedyrene, herunder bl.a. infeksjonskontrollprogrammet.
2. Utarbeide prosedyrer på de behovsområdene tjenesten mangler prosedyrer, og lage et samlende dokument som viser hvilke prosedyrer som ivaretar ulike grunnleggende behov, jf. kvalitetsforskriften.
3. Vurdere å ta i bruk kvalitetsindiaktorer i tilknytning til prosedyrene.
4. Sette i verk tiltak for å implementere prosedyrene i organisasjonen. Vurdere felles gjennomgang av enkeltprosedyrer.
5. Innføre rutiner for årlig intern (egen) revisjon av kvalitetsystemet og prosedyrene, og for at ansatte informeres når nye prosedyrer legges i Risk Manager.
6. Legge ut informasjon på kommunens hjemmeside om pleie og omsorgstjenestene, søknadsskjema, etc. Innføre prosedyrer for å sikre at informasjonen til en hver tid er oppdatert/korrekt.
7. Satse videre på å utvikle fagkompetanse og kvalitetssikre opplæring av vikarer og ufaglærte.
8. Foreta en lokal bemannings-vurdering og fastsatte en lokal norm for legedekning i sykehjem.
9. Innføre prosedyre for at pasientene regelmessig skal få komme ut.

## 8. REFERANSER

Referansene omfatter dokumenter som det er referert til i rapporten. De utgjør ikke en fullstendig liste over dokumentasjon og litteratur som er gjennomgått i forbindelse med prosjektet.

LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

FOR-2010-11-12 nr. 1426: Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

FOR 2008-04-08 nr. 320: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

FOR 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

### VEILEDERE

IS-1201: *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Sosial- og helsedirektoratet 11/2004.

IS-1436: *Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene*. Sosial- og helsedirektoratet 2/2007.

### Andre dokumenter:

Eek, Arnfinn (2006): «Fra handlingsplan til handling – fortsatt mye ugjort,» i Ragnhild Kruger (red.): *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Forlaget Aldring og helse.

Kopi av brev til ordføreren fra pensjonistforeningene i Valnesfjord, Fauske og Sulitjelma, datert 15.12.14 og 10.02.15

## **9. RÅDMANNENS KOMMENTAR**

Rådmannens kommentar til rapporten inngår som vedlegg 1.

Revisjonen er glad for rådmannens uttalelse om at tjenesteområdet vil bruke rapporten aktivt i det videre arbeidet med kvalitetsutvikling.

For øvrig tar vi rådmannens kommentar til orientering.

Slik vi ser det, har rådmannens kommentar ikke innvirkning på rapportens vurderinger og konklusjon.

## **Vedlegg 1 – Rådmannens kommentar**

### **RÅDMANNENS UTTAELSE TIL FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT –**

### **KVALITET I PLEIE OG OMSORG**

Først vil jeg takke for en grundig og god revisjon innen våre to viktigste områder innen Pleie & Omsorg. Slike revisjoner er med og skjerper organisasjonen. Samhandlingsområdet vil bruke funnene aktivt til å videreutvikle kvalitetsarbeidet, slik at man sikrer kvaliteten på tjenesten ved en helhetlig tilnærming til tjenestemottakerens behov.

Områder som det kommenteres på er fokus områder innen hele samhandlingsområde Helse & Omsorg. Med å få på plass skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre kvaliteten på tjenesten. At dette etableres på ledernivå er viktig, men skal dette fungere, så er forankring viktig. For å få dette til har det vært spesiell fokus på opplæring og bruk i Risk Manager innen Pleie & Omsorg. Dette arbeidet startet tilbake i 2013 med full fokus og implementering i 2014. Målet har vært å etablere ett system som sikre og dokumentere at tjenesten som gis er i samsvar med fastsatte krav, herunder prosedyrer, avvikssystem, linker til sykepleieprosedyrer, forskrifter, lover, veiledere og publikasjoner.

Tilgjengeligheten for Pleie & Omsorg på kommunens hjemmeside er et prioritert mål. Dette vil skje i forbindelse med etablering av ny hjemmeside hvor det skal bli lettere for våre innbyggere å finne fram til ønsket tjeneste.

Som ledd i samhandlingsreformen, er kompetanse og kompetanse overføring viktige områder. Dette arbeidet vil intensiveres i 2015 på alle avdelinger å være et åpent tilbud for alle ansatte i Pleie & Omsorgs organisasjon.

Legetilsyn ved institusjon har blitt økt de siste 2 årene, men det søkes å finne en løsning som er mer helhetlig og gjenkjennbar for våre brukere. Vi søkte for noen år tilbake etter institusjonslege i 50 % stilling uten å få noen søkere.

Ut fra dagens bruk av leger til institusjon, vurderer vi å se på ny mulighet for å søke etter fast institusjonslege i 100 % stilling. Dette vil bli vurdert ifm budsjettprosessen høsten 2015.

Pleie & Omsorg viser en positiv utvikling innen sykefraværet med fokus på nærværsledelse i alle avdelinger. Pr. april viser rullende år en reduksjon på tett under 3 %.

Samhandlingsreformen har vært utfordrende oss og da spesielt for Hjemmebaserte tjenester og rehabilitering/korttidsavdelingen. Pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten har større pleiebehov enn før reformen. Dette vises spesielt i 2014 hvor tildelte sykepleier timer har en økning på i overkant av 30 %. Ressurskrevende pasienter som skrives ut til eget hjem og som i perioder krever 1-1 bemanning.

Dette tilsynet som dere her gjør, er med på å sikre de oppgavene som skal løses og vi står sterkere rustet til å løse oppgavene når vi blir utfordret på alle områder.

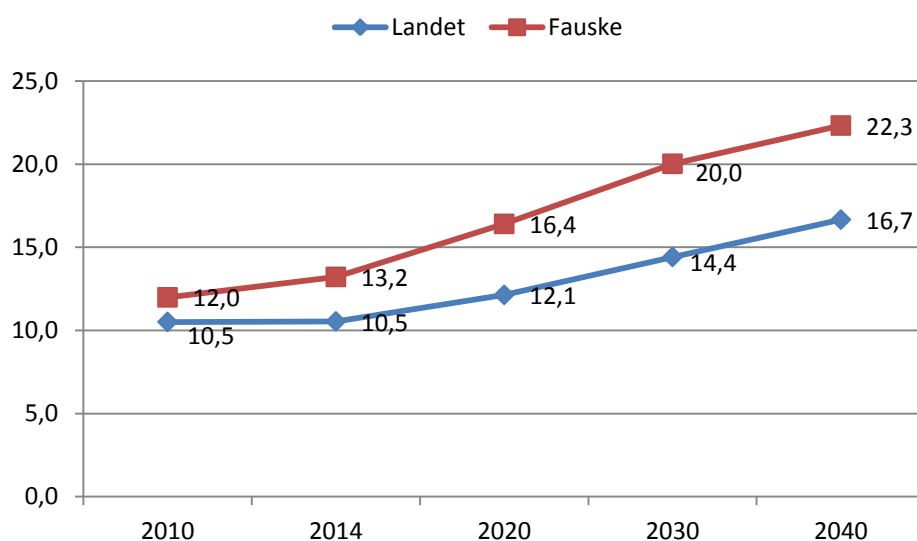
Fauske 29. Mai 2015  
Ole Reidar Sollund  
Kommunalssjef

## Vedlegg 2 – Demografi - Befolkningsframskrivning

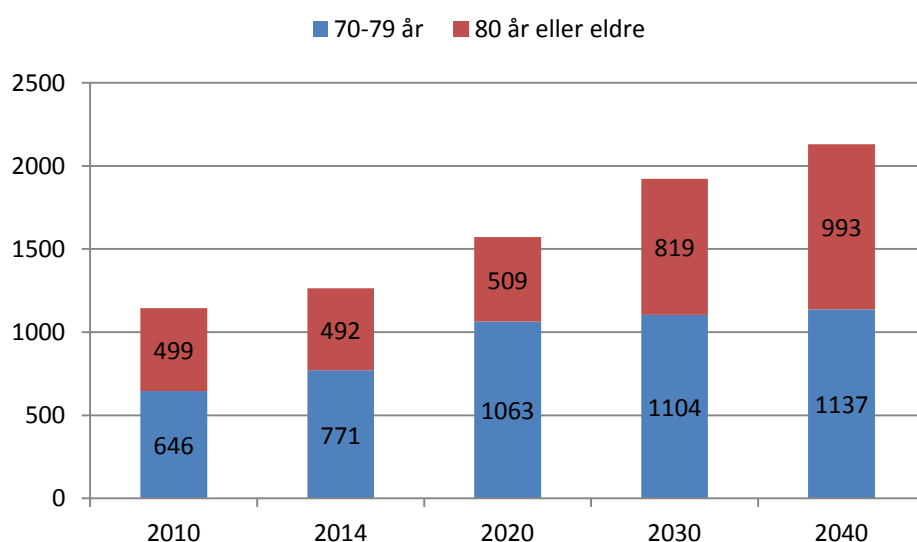
Kilde for figurene under er Statistisk sentralbyrå (ssb.no).

Befolkningsframskrivningen er basert på MMMM-alternativet, dvs. forventet middels nasjonal vekst. Man legger mao. til grunn forventet middels fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

Figur 1: Andel av befolkningen 70 år og over. Fauske og landet

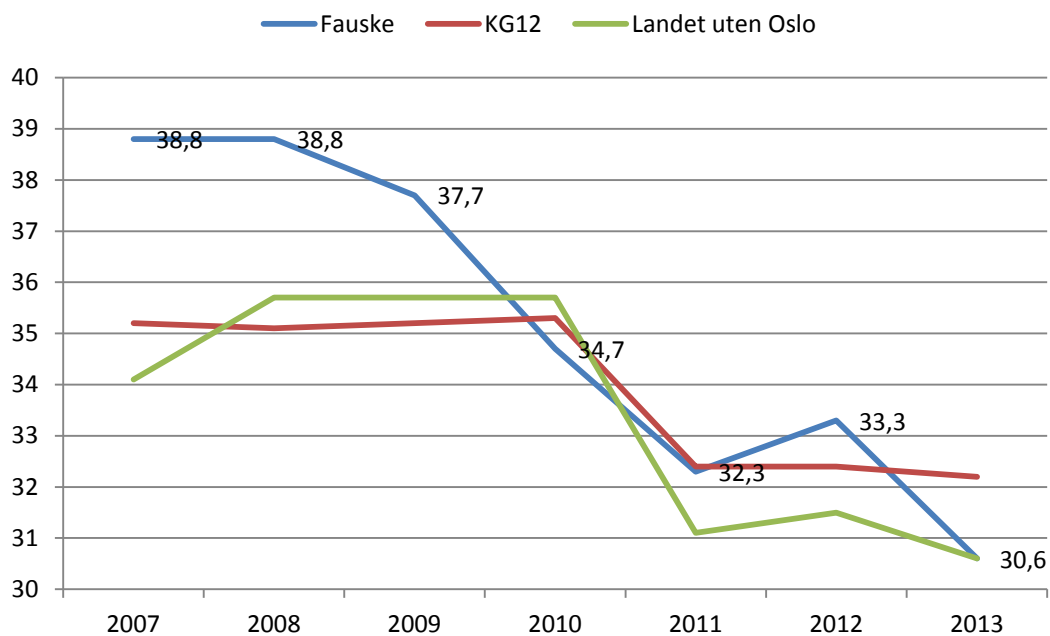


Figur 5: Antall eldre i Fauske etter aldersgruppe og år



### Vedlegg 3 – Ressursbruk

**Figur: Netto driftsutgifter til pleie og omsorg av kommunens totale netto driftsutgifter (2008-2013)**

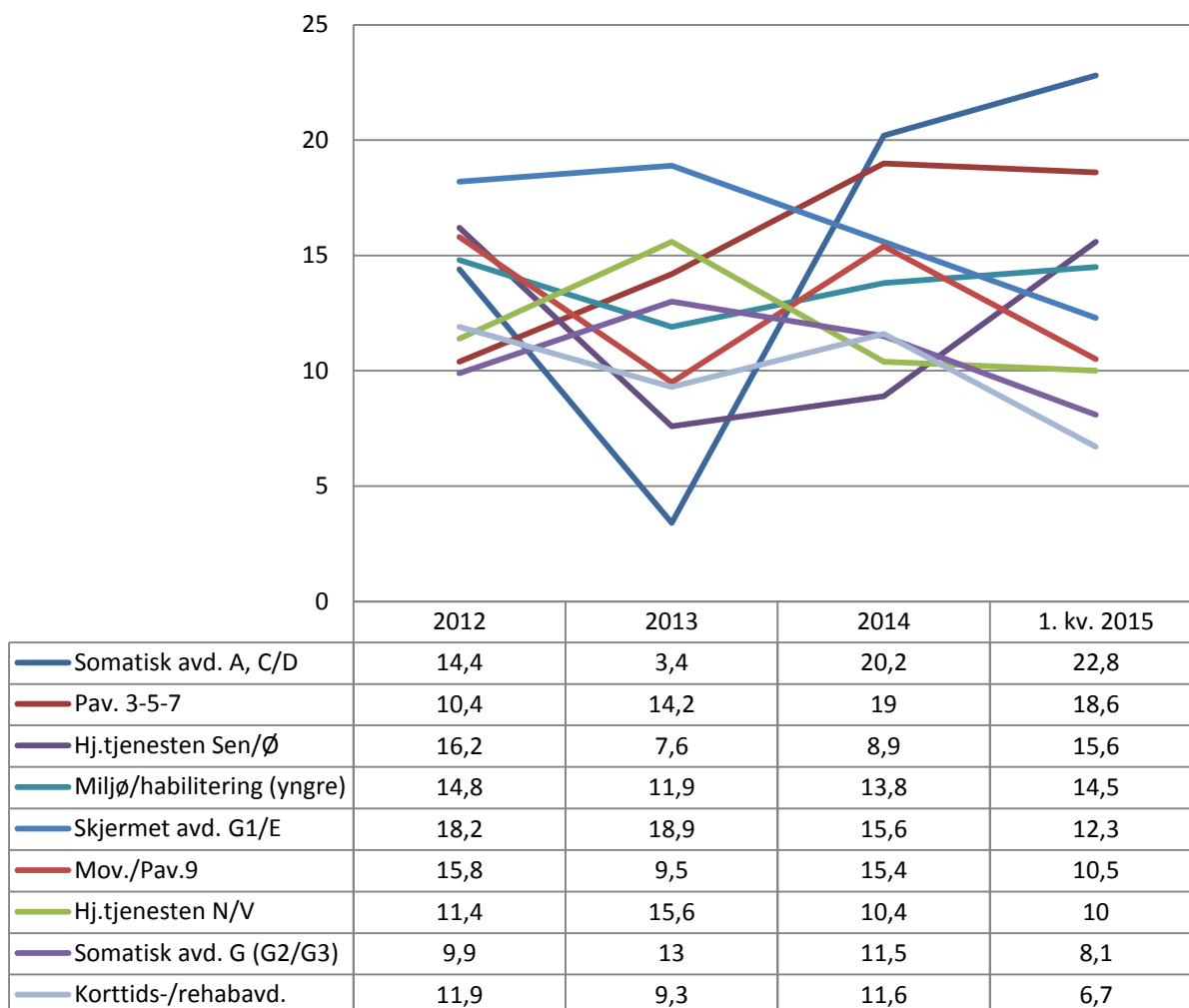


*Merknad: Tall for Fauske for 2014, var ikke tilgjengelig i KOSTRA. Merk startpunktet for y-aksen.*

	Endring i prosentpoeng 2008-2013
Fauske	-8,2
KG12	-3,0
Landet uten Oslo	-3,5

## Vedlegg 4 – Sykefravær

Figur 6: Sykefraværet i pleie og omsorg fordelt på enhet, 2012-1.kv. 2015



*Merknad 1: Tallene i tabellen er sortert i synkende rekkefølge under sykefravær 1. kvartal 2015.*

*Merknad 2: Sykefraværet omfatter egenmeldt og legemeldt sykefravær. Statistikken omfatter faste stillinger, lærlinger og prosjekt, men ikke timelønnede og vikarer.*

*Kilde:Fauske kommune ved personalkontoret.*

*Merknad 2: Vi har utelatt enheter med 10 eller færre ansatte (pr.1. kvartal 2015).*

## Vedlegg 5 – Kvalitetsindikatorer i KOSTRA

Kvalitetsmål vil aldri kunne favne alle sider ved kvalitet. Samtidig kan gode og relevante kvalitetsmål gi verdifull kunnskap om tjenestekvaliteten, og er en viktig forutsetning for forbedringstiltak.

Det er til sammen 9 kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg i KOSTRA. Disse er:

- Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
- Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem
- Andel plasser i enerom i plo-institusjoner
- Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc
- System for brukerundersøkelser i institusjon
- System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten
- Andel årsverk i brukerretnede tjenester med fagutdanning
  - med fagutdanning totalt
  - fra videregående skole
  - fra høyskole/universitet

Verdiene på noen av indikatorene var for 2014 ikke tilgjengelig for Fauske kommune. Vi har benyttet de nyeste dataene enten de er fra 2013 eller 2014.

### Lege- og fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem<sup>19</sup>

Indikatoren viser gjennomsnittlig antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.

Pleietyngden til beboere i sykehjem, men også i heldøgns omsorg og i de dag-bemannede omsorgsboligene, er i dag betydelig større enn for noen år siden, og deres behov for helsetjenester har økt. Det er antatt at det er en sammenheng mellom omfanget av lege- og fysioterapitjenester og kvaliteten på tjenestetilbudet samlet sett. En forsvarlig legedekning er avgjørende for tryggheten til beboerne på sykehjem, mens tilbud om fysioterapi er viktig både som forebyggende tiltak og ifm. opptrening etter skade.

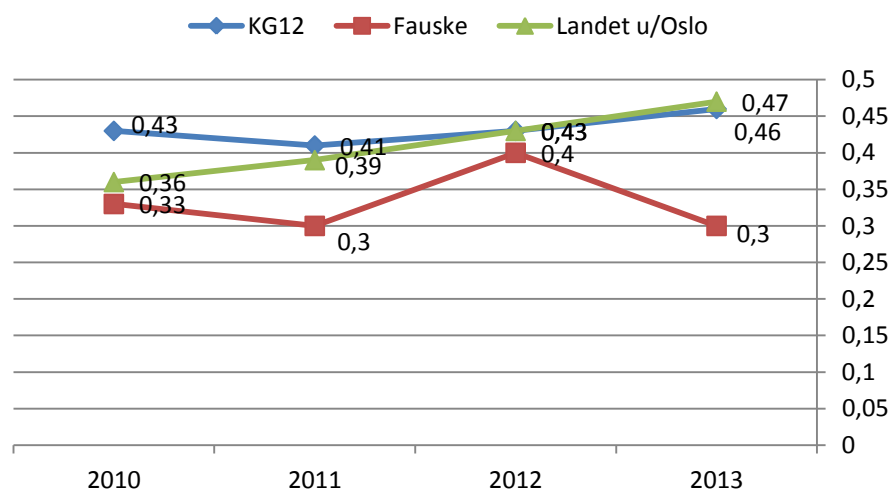
Det er ikke fastsatt noen nedre grense for antall legetimer pr. uke pr. beboer, men legedekningen skal være forsvarlig (jf. sykehjemsforskriften). I dette ligger at det finnes et minste nivå som tjenestene må overholde for å unngå reaksjoner ved tilsyn. Figuren under viser at legedekningen i sykehjem i Fauske er noe lavere enn i andre kommuner.

---

<sup>19</sup> Indikatoren gjelder sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie hjemlet etter kommunehelsetj. loven § 1-3 (annet ledd pkt. 3), og omfatter ikke aldershjem og andre inst. hjemlet etter sosialtjenesteloven § 4-2 pkt. d, jf. §7-12 med forskrift §7-2.



Figur 7: Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

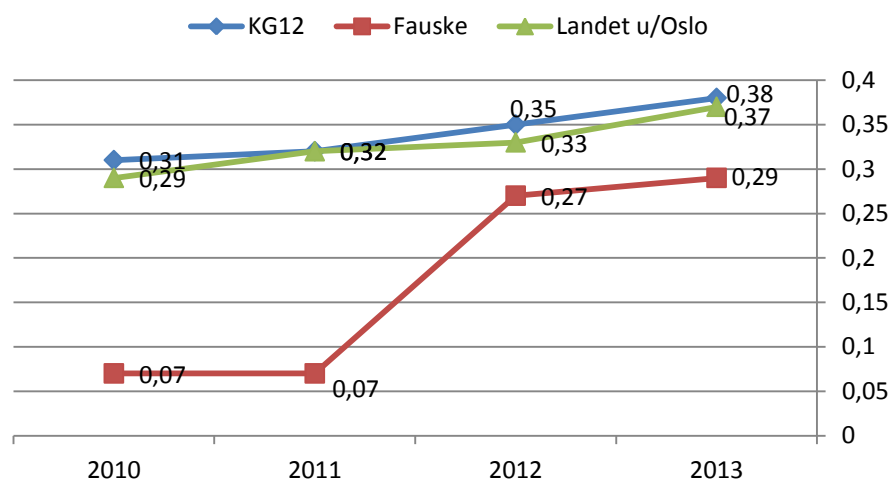


Merknad: Indikatoren oppgis i antall timer med 2 desimaler. Eks.: 0,25 timer tilsvarer 15 minutter. Legetimer innbefatter avtalte timer pr uke inkl. tid til journalføring, telefontid mm.

#### Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem

Heller ikke når det gjelder fysioterapi kommer Fauske særlig bra ut sammenliknet med KG12 og landet u/Oslo.

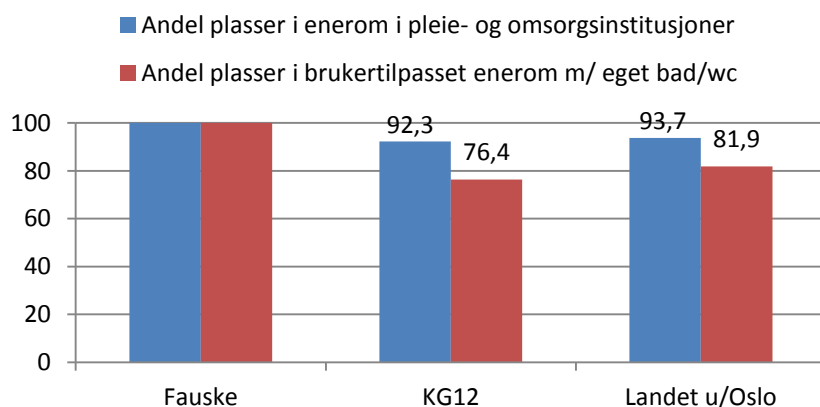
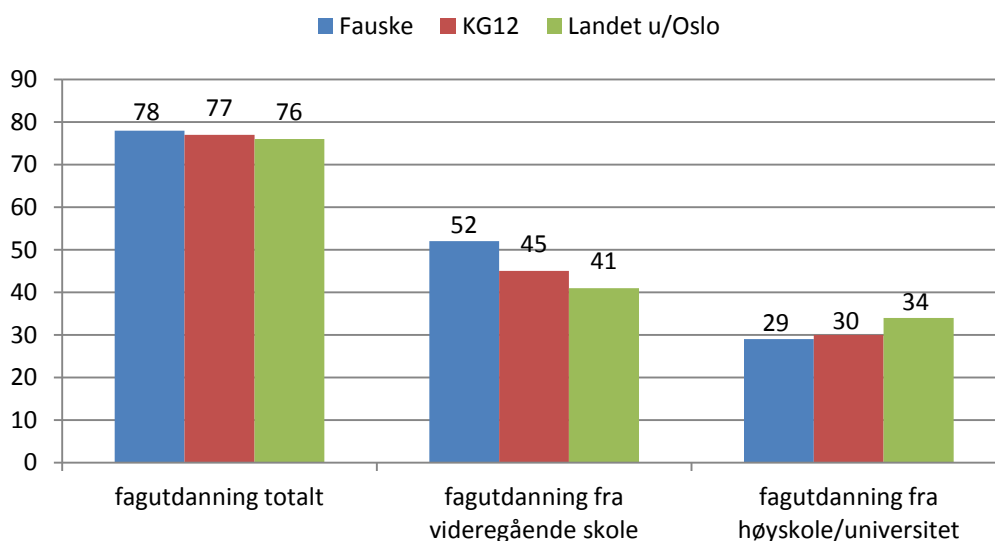
Figur 8: Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem



#### System for brukerundersøkelser

Brugerundersøkelser er ment å bidra til å involvere brukere og gi dem innflytelse. Dette avhenger av at kommunen analyserer resultatene fra undersøkelsen og setter i verk tiltak. Fauske kommune ved sykehjemmet har etablert prosedyrer for gjennomføring av brukerundersøkelser både ift. pasienter og pårørende, og for analyse av resultatene i etterkant.

HJEMMETJENESTEN mangler system for brukerundersøkelser.

Andel plasser i enerom i pleie-institusjoner**Figur 9: Andel plasser i enerom (2014)**Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning (totalt), og med fagutdanning fra hhv. videregående skole og høyskole/universitet**Figur 10: Fagutdanning 2013/2014 - Andel årsverk i brukerrettede tjenester med ....**

Merknad: Tallene for fagutdanning totalt er fra 2014, de øvrige fra 2013. Dette pga. manglende innrapportering fra Fauske kommune.

## Vedlegg 6 – Åpningsbilde i Risk Manager

Åpningsbilde i Risk Manager:



### Mine siste avvik til behandling

Ingen avvik til behandling

### Mine siste meldte avvik

Ingen meldte avvik

 Åpne i Visio

### Brukerdokumentasjon

<b>Alle medarbeidere</b> 	<b>Behandlere/Redaktører</b> 
<b>Administratorer</b> 	<b>Wiki</b> 