



Kartlegging av sykehjemstjenesten

SØNDRE LAND KOMMUNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRA GSGIVER: Søndre Land kommune

RAPPORTNUMMER: 1021575

RAPPORTENS TITTEL: Kartlegging av sykehjemstjenesten

ANSVARLIG KONSULENT: Astrid Nesland

MEDARBEIDERE: Marit Brochmann, Kjell Værnor, Martin Nome og Rune Holbæk
(kvalitetssikrer)

FOTOGRAFI I RAPPORT: [Kilde]

DATO: 01.06.2021

Forord

Denne rapporten omhandler kartlegging av sykehjemstjenesten i Søndre Land kommune. Rapporten er skrevet på oppdrag fra kommunedirektøren og har som formål å belyse nåsituasjonen for kommunens evne til å yte forsvarlige tjenester. Oppdraget er et ledd i kommunedirektørens arbeid med å lukke avvik avdekket gjennom tilsyn fra statsforvalteren. Det er et mål med oppdraget at kommunen skal få anbefalinger for å kunne utvikle kvaliteten i tjenesten.

Agenda Kaupang har gjennomført oppdraget i uke 14 til uke 22 i 2021. Alle møter med kommunen er gjennomført digitalt. Det gir en effektiv prosess, men også noen svakheter ettersom kommunikasjonen ikke skjer ansikt til ansikt. Likevel mener vi at datainnsamlingen har vært vellykket og tegner et godt bilde på nåsituasjonen i Søndre Land kommune.

Alle punkter som omtales og vurderes i rapporten skal ikke nødvendigvis tillegges like stor betydning og krever ikke like store handlinger, noe kan løses lett og andre punkter kan kreve større tiltak. Summen av det vi trekker fram i rapporten utgjør en samlet risiko for forsvarligheten i tjenestene som vi velger å omtale ettersom de utgjør læringspunkter for kommunen i kvalitetsutviklingen.

Vi takker nøkkelpersoner i kommunen for aktiv deltakelse i datainnsamlingen og for et godt samarbeid. Alle vurderinger står for Agenda Kaupangs regning.

Skøyen 01.06.2021

Innhold

1	Sammendrag og anbefalinger	4
2	Mandat og metode	8
2.1	Metode	9
3	Organisering og drift	12
3.1	Overordnet om organisering og drift av sykehjemmet	15
3.2	Roller og ansvar	15
4	Samhandling	19
4.1	Ved sykehjemmet.....	19
4.2	I kommunen	20
4.3	Eksternt	21
4.4	Samarbeid med pårørende	21
5	Ledelse.....	22
5.1	Den formelle lederstrukturen.....	22
5.2	Utøvelse av ledelse.....	23
5.3	Myndiggjøring og delegering.....	24
6	Systemer og rutiner	25
6.1	Riktig legemiddelbruk. Samstemming.....	25
6.2	Forebygging av underernæring.....	26
6.3	Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand – tidlige oppdagelse av sepsis – forebygging av urinveisinfeksjon	26
6.4	Forebygging av trykksår.....	27
6.5	Ledelse av pasientsikkerhet.....	27
6.6	Forebygging av fall i helseinstitusjoner	28
6.7	Dokumentasjon og journalføring	28
6.8	Samhandling internt og eksternt	29
6.9	Kontakt med pårørende. Medvirkning	30
6.10	Rutiner for rehabiliteringsplaner.....	30
6.11	Avvik og avvikshåndtering.....	31
7	Kompetanse og opplæring	32
7.1	Opplæring og kompetanseutvikling av medarbeiderne	32
7.2	Tilstrekkelig kompetanse på vakt.....	33
7.3	Viktige forutsetninger for å lykkes med heltidskultur, kompetanseutvikling og rekruttering av sykepleiere	35
8	Vedlegg 1.....	36
9	Vedlegg 2.....	38

1 Sammendrag og anbefalinger

Agenda Kaupang har kartlagt Søndre Land kommunes sykehjemstjeneste med hensyn til evnen til å yte forsvarlige og helhetlige tjenester. Oppdraget har foregått i perioden april–juni 2021 og har involvert nøkkelpersoner, tillitsvalgte og ansatte på alle nivåer i kommunens organisasjon. Kartleggingen har hatt et organisasjonsrammeverk med vurdering av kommunens systemer for å lykkes med elementer innen pasientsikkerhet, samhandling og ledelse. Oppdraget er avgrenset til dagens situasjon. Kommunen skal samlokalisere tjenester i nye lokaler med sykehjem og omsorgsboliger og ny organisasjonsstruktur vil være på plass i juni 2021. Kartleggingens funn og anbefalinger må ses i lys av dette.

Metoden for oppdraget har vært dokumentanalyse, intervjuer og gruppeintervjuer med ansatte i sykehjemstjenesten og samhandlende tjenester.

Agenda Kaupang har observert en rekke forhold som bidrar til å sikre forsvarlige tjenester. Samtidig ser vi elementer av utfordringer med organisering og praksis som utgjør en risiko for tjenestene og risiko for nye uønskede hendelser eller lavere kvalitet enn ønsket. Trolig vil risiko for uønskede hendelser reduseres og kvaliteten økes dersom dette tas tak i. Kommunen har en mulighet for å se på tjenestesammensetning, organisering og kvalitetsutvikling utover den kontinuerlige forbedringen, nå som tjenestene flytter og samlokaliseres i nye lokaler.

Lederspennet i kommunalområdet Mestring og velferd er for stort. Til sammen 18 personer med stor variasjon i fagoppgaver rapporterer til kommunalsjefen. Agenda Kaupang vurderer at en så stor ledergruppe er vanskelig å få til å fungere som et koordinert lederteam med god gruppedynamikk. Det er også utfordrende å jobbe med strategisk utvikling i en så stor forsamling. At kommunalsjef ikke aktivt koordinerer avdelingslederne og sørger for nødvendige avklaringer, er uheldig. Samtidig er det klart at i dagens organisering kan ikke kommunalsjefen selv koordinere så mange ledere uten å bli «slukt av driften».

Beskrivelsene av lederverdiene i Søndre Land kommune er generelle og arbeidsgiverstrategien beskriver ikke hvordan utøvelse av lederatferder skal måles opp mot medarbeiderskap, kompetente medarbeidere og arbeidsmiljø.

Kartleggingen viser at dagens organisering av sykehjemmet i all hovedsak fremstår som tydelig og med overordnet avklart ansvarsfordeling. I hovedsak er det et velfungerende samarbeid internt på sykehjemmet. Utfordringene knytter seg spesielt til forhold som omhandler helhetlig utvikling av sykehjemstjenesten, ettersom tjenesten er separert i to avdelinger hvor ledelsen måles på ulike lederavtaler og hvor samhandling ikke er en del av målsettingene som vurderes. Dagens ordning med at avdelingsledere selv har ansvar for koordinering seg imellom vurderes av Agenda Kaupang som krevende.

Stillingsbeskrivelser er ikke entydige for begge avdelinger ved sykehjemmet, noe som kan gi utydelighet med hensyn til arbeidsoppgaver og ansvar. Legene er svakt tilknyttet organisasjonen, har ingen opplevelse av å ha en ledelse, være med på faglig utvikling og være del av et kollegium med andre faggrupper.

Rutiner og prosedyrer som er skriftliggjort i kommunens kvalitetssystem synes å være tilstrekkelige og hensiktsmessige for temaene fra pasientsikkerhetsprogrammet og ytterligere kvalitetstemaer vi har undersøkt. Det er god tilgang for ansatte å lese rutiner og prosedyrer og leverandørene av prosedyrer har også filmet flere prosedyrer. Agenda Kaupang vil imidlertid bemerke at forsvarlig og

sikker praksis forutsetter at rutiner og prosedyrer etterleves blant annet ved hjelp av oppfølgings- og internkontrollaktiviteter fra ledelsens side. Vi vil peke på betydningen av at ledelsen har kjennskap til kvaliteten på sykehjemmets arbeid, kunnskap om eventuelle konkrete utfordringer, hvilke spesifikke fagressurser som sykehjemmet vil ha nytte av og at disse brukes i kompetanseutvikling og oppfølgingen av arbeidet.

Det er en forutsetning for god avvikshåndtering at det ikke er tvil om hvilke konkrete steg som skal tas for å lukke avvikene. Det er noen svakheter i rutinene for lukking av avvik. Framgangsmåten beskrives med et passivt språk, ansvarsforhold er ikke tydelig beskrevet og tidsfrister er ikke spesifisert. Vi ser allikevel at avvikssystemet kompenserer for dette, ved at avvik som ligger til behandling hos avdelingsleder, sendes videre oppover i linjen hvis det ikke behandles innen en innebygget frist. Det er viktig at ledelsen har kjennskap til i hvilken grad det er en felles forståelse blant personalet for hva som skal meldes av avvik. For at feilene ikke skal gjentas er det viktig at organisasjonen tar lærdom og dette skjer gjennom oppfølging av avvikene. Organisasjonslæring er en ledelsesoppgave.

Pårørendesamarbeidet er både skriftliggjort i rutiner og beskrives som godt i intervjuer. Personalet og ledelsen på sykehjemmet beskrives som omsorgsfullt, hyggelig og tillitsvekkende. Tjenestetilbudet beskrives som verdig av pårørende. Rutinene for pårørendesamarbeid er skriftliggjort, men med noen forbedringsområder.

Stikkprøvekontrollen av dokumentasjon viser at det fortsatt er noen svakheter i dokumentasjonen. Hvorvidt det er generelle svakheter i dokumentasjonen for sykehjemstjenesten, kan vi ikke si på bakgrunn av den begrensede stikkprøvekontrollen.

For å sikre helhetlige pasientforløp og en riktig ressursinnsats for kommunens tjenester, er det vesentlig med samarbeid og koordinering mellom tjenestene. Dagens organisering legger ikke godt til rette for helhetlig pasientforløp. Samarbeidende tjenester beskriver at de i det aller vesentligste klarer å sikre helhetlige pasientforløp og en riktig ressursinnsats for pasientene. Det beskrives gode forløp for de som har rulleringsopphold. En utfordring for kommunen er at tjenestene ikke har samme etablerte kultur og tankegang for å bygge opp under pasientenes hverdagsmestring. Rutinene for rehabmøter beskriver møteforberedelser og møtestruktur som synes hensiktsmessig. Det er imidlertid forskjellige syn på hvor godt møtearenaen fungerer, og hvilke resultater rehabiliteringsarbeidet gir.

Samarbeid med sykehuset er skriftliggjort i rutiner og kommunikasjonen beskrives som god. Det er likevel overføringer mellom sykehus og sykehjem som medfører reinnleggelser, noe som kan tyde på at det er behov for ytterligere avklaringer. I tillegg opplever kommunen at sykehuset gir lovnader og nærmest tildeler tjenester til pasient og pårørende på vegne av kommunen. God informasjon til pasientenes beste krever mer enn at informasjon utveksles i henhold til rutinene.

Kompetanse på vakt er en vesentlig del av å sikre faglig forsvarlige tjenester og er særskilt nevnt i paragrafen om forsvarlighet i Helse- og omsorgstjenesteloven. Forsvarlighet omhandler også at systemet gjør personellet som utfører tjenesten i stand til å overholde sine plikter. Det største risikomomentet i tjenestene ser ut til å være tilstrekkelig fagkompetanse på vakt. Det er mindre faktisk sykepleierdekning både i ukedager og i helg enn det er planlagt for i bemanningsplanene. Det synes som om dekningen av sykepleier på vakt er på et kritisk nivå i helger og enkelte ukedager. Agenda Kaupang kan ikke konkludere med at tjenestene er forsvarlige ut fra fagkompetansen på vakt de to kartlagte ukene.

Opplæring og kompetanseutvikling er planlagt i kommunens skriftlige planer. Det gjenstår fortsatt konkretisering for at kommunen skal kunne sikre seg den ønskede kompetansen de neste fem årene.

Agenda Kaupangs anbefalinger

- ▶ Agenda Kaupang anbefaler at koordineringen av avdelinger på sykehjemmet, samarbeidende tjenester som tildelingskontor, hjemmetjeneste og fysio- og ergoterapitjeneste styrkes og i mindre grad overlates til avdelingsledere.
- ▶ Agenda Kaupang anbefaler at kommunalområde Mestring og velferd omorganiseres på en av følgende tre måter:
 1. Å innføre ett ledernivå under kommunalsjef som gjør at man kan samle de 11 avdelingene i 3–4 enheter hvor sykehjemmet er en enhet
 2. Etablere en funksjon som assisterende kommunalsjef som kan ivareta koordineringen
 3. Etablere en koordinerende funksjon i staben som på kommunalsjefens vegne utøver koordinering innen gitte områder
- ▶ Beskrivelse av lederverdier bør operasjonaliseres i konkrete lederatferder slik at disse blir målbare. Forventningene til lederne bør tydeliggjøres og det klargjøres hvordan lederne kan dyktiggjøres i både de strukturerende og relasjonelle atferdene som kan bidra til å ansvarliggjøre medarbeiderne.
- ▶ Ettersom sykehjemmet er organisert i avdelinger og samhandlingen på tvers nødvendigvis gjør felles møtepunkter, mener vi det bør legges til rette for flere fellesarenaer hvor de ansatte kan møtes til både faglige og mer praktisk rettede drøftinger. Vi mener det også ville være hensiktsmessig om det lyktes å gjennomføre fellesmøter også på tvers av dagens avdelinger.
- ▶ Vi anbefaler at det utarbeides tydelige stillingsbeskrivelser for å bidra til en mer avklart og omforent rolle- og ansvarsfordeling ved sykehjemmet. Stillingsbeskrivelsene bør harmonere med samarbeidende tjenesters beskrivelse slik at ansvar og roller er tydelige.
- ▶ Sykehjemslegene bør tilknyttes organisasjonen på en tydeligere måte, følges opp som medarbeider og inkluderes i faglig utvikling av sykehjemstjenesten.
- ▶ Agenda Kaupang anbefaler at arbeidet med å oppdatere skriftlige rutiner og prosedyrer fortsetter og at både rutine og praksis knyttet til avvik forbedres.
- ▶ Det anbefales at pårørendesamarbeidet fortsatt prioriteres etter flytting til nye lokaler og at det tas hensyn til at situasjonen de siste 1,5 årene har vært spesielt krevende, også for pårørende. Skriftliggjorte rutiner er noe stikkordspreget og kan forbedres med tydeliggjøring av ansvar. Forventningsavklaringer bør skje tidlig i pasientforløpet og både pårørende og pasienten selv bør involveres. Rutinen for oppfølging av pårørende ved uønskede hendelser bør forbedres med tydeliggjøring om informasjon skal skje skriftlig eller muntlig og om det skal være en fast kontaktperson.
- ▶ Svakheter i dokumentasjonen bør undersøkes nærmere av sykehjemmets ledelse og ytterligere fokus bør rettes på riktig og tilstrekkelig dokumentasjon.
- ▶ Samhandling på tvers vil trolig kunne bedres ved bedre koordinering innen kommunalområdet Mestring og velferd. Forventningen om samhandling på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tverrfaglighet bør operasjonaliseres i form av konkrete mål. Møtearenaer som for eksempel rehabmøter er viktige og det er også viktig at disse fungerer tilfredsstillende for både sykehjemmet og samarbeidende tjenester. Agenda Kaupang anbefaler at forventningsavklaringer gjøres og hvorvidt disse møtene fungerer etter hensikten diskuteres.

- ▶ I den grad reinnleggelser på sykehus periodevis er et problem anbefaler vi at det tas opp med sykehuset på direktørnivå. I samhandlingen med sykehuset anbefaler vi at kommunen gjør det tydelig hvilke roller sykehuset og kommunen har i tildeling av tjenester. Kommunen bør informere sykehuset om nivået og grad av spesialisering av tjenestetilbudet i hjemmet og på sykehjemmet slik at situasjoner hvor sykehuset lover pasient og pårørende tjenester unngås.
- ▶ Vi anbefaler at kommunen gjør en egen vurdering av om sykepleiedekningen er god nok for å sikre forsvarlige tjenester både i ukedag og i helg. Som minstekrav bør kommunen gjøre umiddelbare tiltak for å sikre at det er sykepleier til stede på sykehjemmet alle vakter i løpet av ukedagene og helgene.

2 Mandat og metode

Søndre Land kommune har gitt Agenda Kaupang i oppdrag å kartlegge kommunens helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i Hovli sykehjem. Undersøkelsen skal rette oppmerksomheten mot dagens status og vurdere kommunens evne til å yte forsvarlige tjenester. Formålet med prosjektet er å bidra til å lukke avvikene som Statsforvalteren i Innlandet avdekket ved tilsyn 07.01.2021, og samtidig legge til rette for videre kvalitetsutvikling av tjenestene. Statsforvalterens tilsyn var utløst av bestemte hendelser. Kommunen ønsker forslag til tiltak som kan forebygge liknende hendelser. Kartleggingen ses i lys av et helhetlig pasientforløp.

Et helhetlig pasientforløp er en strukturert pasientflyt som beskriver hva som skjer i løpet av brukerens kontakt med ulike deler av kommunens helse- og omsorgstjenester. Helhetlige pasientforløp kan gå på tvers av nivåer og virksomheter i kommunen, og utenfor kommunen slik som i sykehus. Det som kjennetegner et helhetlige pasientforløp er:¹

- ▶ Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen / er koordinerte.
- ▶ Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- ▶ Sømløshet – informasjon og oppgaver overføres smidig og til rett tid.
- ▶ Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- ▶ Informasjonsdrevet – fremdriften i forløpet er hele tiden basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Det innebærer at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå mht helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste tilbud, verdig tjenestetilbud. Kravet til forsvarlighet omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personellet som utfører tjenestene, settes i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det kreves at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Man kan si at det er to faktorer som skal bidra til forsvarlige tjenester. For det første, må systemet i virksomheten legge til rette for at tjenestene er forsvarlige. For det andre, må den enkelte helsepersonell yte forsvarlige tjenester ut fra sin kompetanse, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Temaene helhetlig pasientforløp og forsvarlige tjenester utgjør en overbygning for undersøkelsen. Mer spesifikt, belyser vi vurderingsemnene i statsforvalterens tilsyn, i tillegg til at vi omtaler utvalgte andre emner. Samlet sett, omfatter undersøkelsen emner som vi mener er vesentlige for å danne et helhetlig inntrykk av dagens drift, og for å gi grunnlag for det videre arbeidet med forebygging og kvalitetsutvikling. Vi har undersøkt:

- ▶ Elementer i pasientsikkerhetsprogrammet
 - Riktig legemiddelbruk i sykehjem
 - Forebygging av underernæring
 - Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand
 - Tidlig oppdagelse av sepsis
 - Forebygging av urinveisinfeksjoner
 - Samstemming av legemiddellister

¹ Anders Grimsø m.fl. Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten, Universitetsforlaget, Tidsskrift om omsorgsforskning (2016, Årg.2, Nr.2)

- Forebygging av trykksår
- Ledelse av pasientsikkerhet
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- ▶ Komplementære elementer til pasientsikkerhet
 - Dokumentasjon og journalføring
 - Samhandling internt/eksternt
 - Kontakt med pårørende
 - Rutiner for rehabiliteringsplaner
 - Avvik og avvikshåndtering
 - Bemanning og kompetanse
 - Utøvelse av ledelse i daglig drift

2.1 Metode

Overordnet sett, har vår tilnærming vært å kartlegge dagens situasjon med tanke på å identifisere eventuelle forbedringspunkter. Undersøkelsen er ikke et tilsyn eller en revisjon der oppmerksomheten rettes mot avvik, men vi omtaler mulige svakheter og mangler når vi måtte finne det. Hensikten er i alle tilfeller å danne grunnlag for innspill til arbeidet med å sikre forsvarlige tjenester og den videre kvalitetsutviklingen.

Vi har utført kartleggingen ved å gå gjennom en rekke relevante dokumenter, ved å gjennomføre intervjuer, stikkprøvekontroll av journalnotater, kartlegging av planlagt og faktisk bemanning i to tilfeldige uker og ved å ha gruppeintervjuer med ansatte ved sykehjemmet.

Ved å sammenstille opplysningene fra de ulike kildene – dokumenter, intervjuer og gruppeintervjuer – har vi dannet et grunnlag for denne rapporten. De ulike kildene gir litt ulik inngang til temaene i rapporten. På enkelte områder utfyller og bekrefter de hverandre; på andre områder gir de informasjon som ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbar. Dette har vi tatt hensyn til når vi har drøftet materialet og utarbeidet våre konklusjoner og anbefalinger.

2.1.1 Dokumentgjennomgang

Vi har gjennomgått en rekke dokumenter som reflekterer ulike sider av sykehjemmets drift. Det inkluderer:

- rutine- og prosedyrebeskrivelser
- sjekklister og kartleggingsskjemaer
- mal for lederavtaler
- opplæringsmateriell
- kompetanseplan

Når vi har gjennomgått det enkelte dokument, har spørsmålet hele tiden vært: Hva forteller dokumentet om sykehjemmets drift? Peker det mot mulige forbedringspotensial eller områder som forutsetter spesiell oppmerksomhet og oppfølging? Svarene på disse spørsmålene påvirkes til dels av at dokumentgjennomgangen ikke er altomfattende. For eksempel inkluderer den ikke eventuelle dokumenterte, gjennomførte internkontrollaktiviteter fra avdelingsledernes side. Resultatet av deler av dokumentgjennomgangen er derfor at vi peker generelt på at en del av virksomheten som dokumentene beskriver, forutsetter tilstrekkelig internkontroll og oppfølging fra ledernes side. Vi har ikke grunnlag for å si at internkontrollen ikke er tilstrekkelig, men velger å peke på betydningen av ledernes oppfølging, i fall kommunen vurderer at det er relevant å se nærmere på dette i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet.

2.1.2 Intervjuer

I tillegg til dokumentgjennomgangen, har vi gjennomført intervjuer, enkeltvis eller i grupper, med en rekke nøkkelpersonell. Det inkluderer:

- ▶ Kommunalsjef for Mestring og velferd
- ▶ Fag- og kvalitetsutvikler, Mestring og velferd
- ▶ Avdelingsleder, sykehjemmets rehabiliterings- og behandlingsavdeling
- ▶ Avdelingsleder, sykehjemmets demens og somatisk avdeling 2. etasje
- ▶ Tillitsvalgt, Norsk sykepleierforbund
- ▶ Tillitsvalgt, Delta
- ▶ Fysioterapeut / avdelingsleder Ergo, Fysio, Friskliv
- ▶ Ergoterapeut
- ▶ Tildelingskontoret
- ▶ Leder for hjemmebaserte tjenester
- ▶ Beboertillitsvalgt for 2. etasje

I alle intervjuene har vi tatt utgangspunkt i en semi-strukturert intervjuguide. Det innebærer at vi på forhånd har lagt opp til temaer vi ville ta opp, men at vi i tillegg har fulgt opp temaer som informantene har kommet inn på i løpet av intervjuene. I intervjuene har vi tatt opp spørsmål om systemene er gode nok og hvordan opplæring, etterlevelse, læring og ledelse oppleves av informantene. I forkant av intervjuene har vi sendt intervjuguiden til informantene slik at de fikk forberedt seg til intervjuet.

2.1.3 Stikkprøvekontroll av journalnotater

Vi har utarbeidet et kontrollskjema til vurdering av journalføringen. Avdelingslederne ved sykehjemmet har brukt skjemaet til gjennomgang av et utvalg journalnotater. Det er valgt ut to pasienter i hver avdeling og kontrollen legger opp til at innkomstjournal samt journalnotater for to spesifikke datoer skal kontrolleres. Kontrollskjema ligger ved i vedlegg 1.

2.1.4 Kartlegging av planlagt og faktisk bemanning

Vaktplaner er kontrollert mot faktisk kompetansesammensetning på vakt for 2 uker hhv. uke 10 og 11 i 2021. Vaktplanene og faktisk kompetanse på vakt er fylt inn i et skjema Agenda Kaupang har oversendt kommunen. Se vedlegg 2 for dette skjemaet. Vi er opptatt av å se om antall planlagte personer på vakt og planlagt kompetanse på vakt samsvarer med faktisk situasjon. Det er viktig å presisere at pasientantallet det planlegges for i en vaktplan ikke alltid samsvarer med det faktiske belegget. Det betyr at ledelsen kan velge å gå med mindre bemanning ved sykdom hvis det er færre pasienter eller leie inn mer bemanning dersom antallet pasienter overstiger planlagt nivå.

2.1.5 Gruppeintervjuer

Vi har også gjennomført gruppeintervjuer med ulike ansattgrupper ved sykehjemmet, henholdsvis

- Sykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Assistenter
- Tilsynsleger og kommuneoverlege

Gruppeintervjuer gjør det mulig å møte flere ansatte samtidig og dele erfaringer og meninger. I forkant av møtene fikk deltakerne tilsendt en spørsmålsguide fra oss, slik at de var forberedt på hvilke temaer vi ville ta opp. Fordelen med gruppeintervjuer er en samtidig uttalelse fra flere innen samme faggruppe, men med ulik organisatorisk tilknytning. Ved å samle faggruppene fikk vi belyst forskjeller og likheter ved systemer og praksis i sykehjemmets ulike avdelinger. Det er en fordel at

den tematikken som skaper mest diskusjon blant deltakerne automatisk krever mest tid. Ulemper med gruppeintervjuer er at de sterkeste meningene oftest kommer til syne og det kan være utfordrende å få fram divergerende synspunkter.

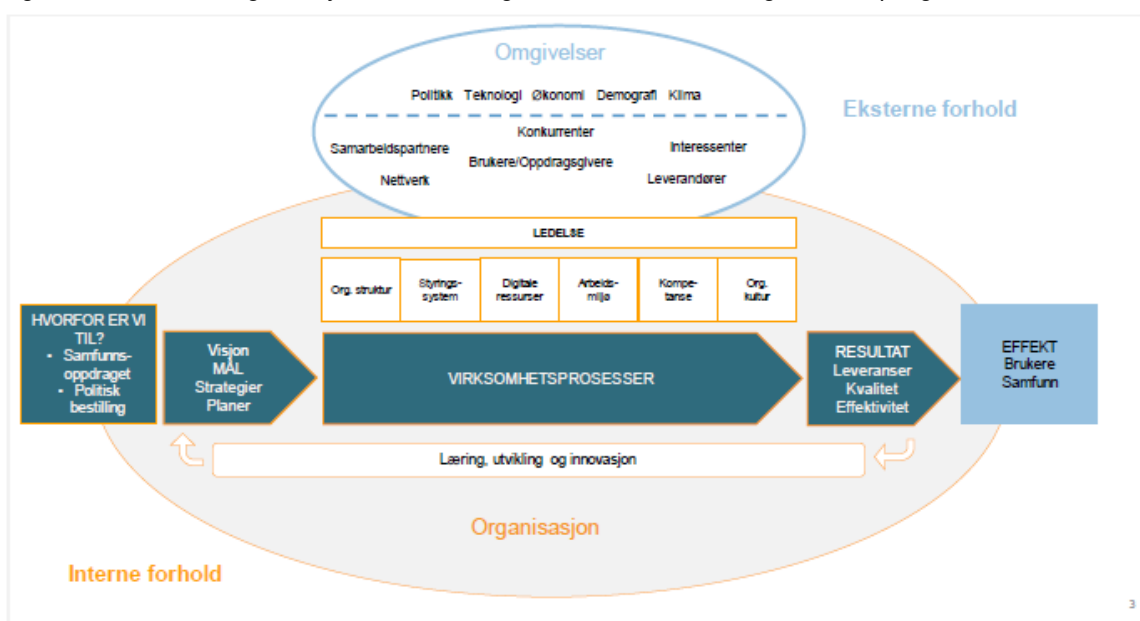
3 Organisering og drift

Vårt faglige utgangspunkt for kartleggingen er en helhetlig modell for en organisasjon. Modellen viser hvordan alle virksomheter står i et komplekst samspill mellom interne og eksterne faktorer og prosesser som totalt sett påvirker leveranser, læring og utvikling av virksomheten.

Søndre Land kommune, og sykehjemstjenestene spesielt, kan beskrives gjennom en slik modell. Og vi vil i gjennomgangen under utdype hvilke elementer i modellen som vektlegges gjennom dette prosjektet slik at de overordnede temaene nevnt i avsnittet over kan belyses på en god og helhetlig måte.

Vår organisasjonsfaglige tilnærming legger til grunn en helhetlig vurdering av hvordan en virksomhet som for eksempel et sykehjem fungerer opp mot samfunnsoppdraget. Den organisasjonsfaglige tilnærmingen kan illustreres ved hjelp av følgende modell:

Figur 1 Modell av en organisasjon – eksterne og interne forhold Kilde: Agenda Kaupang



Overordnet illustrerer modellen at sykehjemmets resultater og effekter på samfunnet påvirkes av både eksterne forhold og interne forhold i organisasjonen. Offentlige virksomheters samfunnsoppdrag og rammevilkår er politisk styrt, og således som regel med et mer eller mindre tydelig avgrenset mandat mot andre aktører og virksomheter. Når det gjelder kommunale sykehjem generelt og sykehjemstjenestene i Søndre Land spesielt, er samfunnsoppdraget og formålet med tjenestene å sørge for forsvarlige tjenester til målgruppen, og etterleve både lovkrav og lokale retningslinjer, forventninger og rutiner. Nivået på bevilgningene som sykehjemstjenesten mottar er også en viktig økonomisk rammebetingelse for virksomheten.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er hjemlet i en rekke lover og forskrifter, og det finnes veiledere som skal sikre god praksis. De mest relevante av disse er:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om legemidler
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om pasientjournal
- Lov om helsepersonell
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Diverse veiledere som Pårørendeveileder, veileder til kvalitetsforskriften

Modellen over viser videre at offentlige virksomheter som eksempelvis et sykehjem opererer i et komplekst samspill med andre aktører. Både krav om og behov for samspill med eksterne aktører har utviklet seg gjennom de siste tiårene. Mens en virksomhet tidligere kunne definere seg som en avgrenset enhet med et klart skille mellom egen virksomhet og eksterne aktører, kan skillet i dag mellom egen virksomhet, brukere, samarbeidspartnere og andre interessenter være mer flytende. For sykehjemstjenestene er samspillet med en rekke aktører, både internt i kommunen og eksternt, sentralt for at de skal kunne levere på samfunnsoppdraget. Sentrale «eksterne» aktører for et sykehjem er blant annet sykehus, hjemmetjeneste, fastleger, tildelingsenhet og pårørende. Denne kartleggingen berører på overordnet nivå hvordan samarbeidet med utvalgte sentrale aktører fungerer.

Basert på samfunnsoppdraget, resultater, effekter og egen læring¹ og utvikling, utarbeider mange offentlige virksomheter egne mål, strategier og planer for å konkretisere hva dette betyr for videreutvikling av virksomheten. Når det gjelder helse- og omsorgstjenestene kan vi lese i kommunens handlingsprogram at det skal være nødvendig bredde i tjenestetilbudet. Det skal være et robust fagmiljø med vekt på tverrfaglighet og samarbeid – både internt og eksternt. Tjenesten har som mål å til enhver tid ha optimal organisering og kunne tilpasse seg framtidige endringer.

Virksomhetsprosesser dreier seg om kjerneprosessene knyttet til primærvirksomheten og støtteprosessene som handler om interne støtte- og servicefunksjoner. For sykehjemmene og denne gjennomgangen er det særlig tildeling av tjenester, intern fagrådgivning og ressurser til internkontroll som regnes som de viktige støtte- og servicefunksjonene.

Modellen viser videre at ledelse, både ledere i tjenesten og kommuneledelsen, er et svært viktig element da ledelse påvirker både direkte og indirekte forhold som organisasjonsstruktur, styringssystem, digitale ressurser, arbeidsmiljø, kompetansesammensetting og organisasjonskultur, og gjennom dette også virksomhetsprosessene. Ledelse handler om å oppnå resultater gjennom påvirkning av andre og andres arbeid og dette sikrer ledere gjennom utøvelse av spesifikke, målrettede atferder knyttet til det å skape gode strukturer i virksomheten, det å utvikle og opprettholde gode relasjoner til og mellom medarbeiderne og ved å ta initiativ til og å motivere for, utvikling av virksomheten.

► **Organisasjonsstruktur**

Med organisasjonsstruktur mener vi ikke kun et kart med linjer og bokser som illustrerer avdelinger og ledere. Med organisasjonsstruktur mener vi alle elementer som er med på å definere og avgrense formelle strukturer i en organisasjon. Dette inkluderer fordeling av ansvar, roller og fullmakter. I like stor grad gjelder det regler, rutiner og prosedyrer, rutiner knyttet til utøvelse av arbeidsoppgavene, opplæring og kompetanseheving, vedtak og beslutningstaking, involvering og informasjonsflyt, utveksling

av erfaring, hvordan beslutninger skal fattes, hvem som skal involveres og informeres i hvilke saker osv. På denne måten blir organisasjonsstrukturen å forstå som et bilde på hva som er ønsket atferd i virksomheten.

► **Styringssystem**

Styringssystem er system knyttet til oppfølging og rapportering av status på mål, økonomi, resultater knyttet til tjenesteleveranser, kvalitet og effektivitet samt grad av etterlevelse av ruiner og prosedyrer. For et sykehjem er internkontroll en spesielt viktig del av virksomhetens styringssystem. Internkontroll reguleres gjennom flere ulike forskrifter og i tillegg er det et forskriftsfestet lederansvar for kvalitet i helse og omsorgstjenester (Forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenester hvor det i § 3 fremkommer: Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.)

► **Digitale ressurser**

Digitale ressurser omfatter det å ta i bruk ny teknologi for å legge til rette for effektive prosesser og god kvalitet i leveranser. Eksempler på dette er fagsystem, avvikssystem og e-læringsplattform i tillegg til ulike velferdsteknologiske hjelpemidler.

► **De menneskelige ressursene – som omfatter kompetanse, arbeidsmiljø og organisasjonskultur**

Ifølge oppdragsbeskrivelsen skal vi vurdere kompetansesammensetningen. Erfaringen fra andre kommuner er at det ofte ikke er samsvar mellom planlagt kompetansesammensetning på en vakt og faktisk kompetanse. Søndre Land har i utgangspunktet ikke en særlig sterk fagrepresentasjon i brukerrettet virksomhet. KOSTRA viser at 72,9 prosent av brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten har en helseutdanning. Dette er langt mindre enn landsgjennomsnittet uten Oslo som er på 78 prosent og KOSTRA-gruppe 4 som har 77,6 prosent andel med helseutdanning. Det vil derfor være relevant å se hvilken faktisk kompetanse som utøver tjenesten og om dette har en betydning for kvaliteten og forsvarligheten i tjenesten.

Modellen skiller mellom resultater (leveranser, kvalitet og effektivitet) som virksomheten har kontroll over, og effekter på samfunn og brukere som virksomheten ofte kun i begrenset grad har kontroll over. I denne kartleggingen ligger vekten på forhold virksomheten i utgangspunktet kan gjøre noe med gjennom gode systemer, styring og god praksis.

Til slutt viser modellen virksomhetens lærings-, utviklings- og innovasjonssløyfe. En organisasjons evne til å lære og å utvikle seg påvirker både interne og eksterne resultater. Med hensyn til læringsevne er det som er viktigst i denne gjennomgangen, hvordan virksomheten legger til rette for utvikling og læring basert på hendelser og erfaringer. Sentrale forhold er hvilke arenaer virksomheten har for erfaringslæring og refleksjon og hvordan disse arenaene brukes, hvilken kultur det er i virksomheten for refleksjon og hvor åpne man er i forhold til tilbakemeldinger, hvordan hendelser følges opp og hvordan det kommuniseres i slike prosesser og i hvilken grad virksomheten har en evidensbasert praksis. Disse forholdene er med på å avgjøre om en organisasjon er preget av en kultur som er åpen eller lukket for læring.

Oppsummert vil vi altså gjennom vår kartlegging ha et helhetlig perspektiv på sykehjemmet som virksomhet. Interne forhold og faktorer i virksomheten er viktig i gjennomgangen, men også perspektiver på sykehjemmet som en virksomhet i en større kommuneorganisasjon, og som en av flere aktører i arbeidet med sikring av helhetlige pasientforløp. Gjennom å kombinere fokuset på sentrale tema og forhold som må ivaretas for å sikre forsvarlige tjenester med et organisasjonsperspektiv som ser hvordan prosesser for å sikre nettopp dette må sees i også med utgangspunkt i virksomhetens ledelse, strukturer og kontekst, vil vi gi Søndre Land kommune et

helhetlig bilde av nåsituasjonen ved sykehjemstjenesten, og med dette som grunnlag vil vi kunne gi kommunen anbefalinger om tiltak i forbedrings- og kvalitetsutviklingsarbeidet videre fremover.

3.1 Overordnet om organisering og drift av sykehjemmet

Sykehjemmet i Søndre Land ligger under kommunalsjef for Mestring og velferd sitt ansvarsområde. Det er ikke en virksomhetsleder for sykehjemmet, men to avdelingsledere som leder hver sin avdeling (etasje). I første etasje ligger avdeling Rehabilitering og behandling og i andre etasje avdeling for Demensomsorg.

Våre undersøkelser viser at dagens organisering av sykehjemmet i all hovedsak fremstår som tydelig og med overordnet avklart ansvarsfordeling mellom avdelingene. Det blir beskrevet at det fremstår som avklart i hovedsak hvilken avdeling som har ansvar for hvilke pasienter, og budsjettering og drift er i hovedsak også tydelig fordelt og avklart mellom de to avdelingene. Innenfor hver av de to avdelingene blir det også vektlagt at organiseringen i hovedsak oppleves som klar. I den daglige driften har også sykehjemmet en rekke rutiner og prosedyrer (se mer om systemer og rutiner i kapittel 6) som har til hensikt å legge til rette for at sykehjemmet driftes forsvarlig og med høy kvalitet. Samtidig blir det fremhevet at måten sykehjemmet er organisert og driftet på, gir noen utfordringer.

Utfordringene knytter seg spesielt til forhold som handler om helhetlig utvikling av sykehjemstjenesten, gjennom muligheten til å utøve helhetlig og samlet ledelse, og samhandling og samarbeid mellom de to avdelingene ved sykehjemmet. Oppfølging av etterlevelse av rutiner og prosedyrer og opplæring av nyansatte fremheves også som områder der det er forbedringspotensiale ved dagens drift.

De to avdelingene ved sykehjemmet oppleves som nokså adskilte, til tross for enkelte møter på tvers av avdelingene, knyttet til enkeltpasienter, og noe koordinering på ledernivå. Mangelen på godt strukturert samarbeid mellom avdelingene fremheves som en risikofaktor for eksempel ved overføring av pasienter mellom avdelingene.

I de følgende kapitlene i denne delen av rapporten utdyper vi situasjonen ved sykehjemmet knyttet til disse forholdene.

3.2 Roller og ansvar

3.2.1 Ved sykehjemmet

Vi har tatt opp spørsmålet om roller og ansvar i samtlige intervjuer som har blitt gjennomført som en del av kartleggingen. Det inkluderer gruppeintervjumøter med assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere, og enkeltstående intervjuer med sentrale ledere og andre nøkkelpersoner. Er roller og ansvar internt på sykehjemmet tydelig avklart?

Intervjuene tyder på at de fleste ansatte ved sykehjemmet opplever det som rimelig tydelig hvilke oppgaver de selv har ansvar for og skal gjennomføre i sin arbeidshverdag. Vi fikk beskrevet en hverdag der de ansatte hjelper hverandre og jobber godt sammen for å ivareta oppgavene som skal løses ved hver avdeling. Det etterlyses at den enkelte medarbeider tar mer ansvar for eget arbeid og tar mer initiativ. Egenskaper ved kulturen på sykehjemmet beskrives som at det vegres for å ta ansvar utover det medarbeideren er sikker på at hun skal gjøre.

Kommunen har imidlertid ikke utarbeidet tydelige stillingsbeskrivelser som beskriver ansvar og forventninger til de ulike ansattgruppene ved sykehjemmet. Dette medfører at det er en risiko for at

det kan gjenstå noe uklarhet rundt de ansattes roller, ikke minst i fordelingen mellom ulike ansattgrupper. Ifølge intervjuutsagn, er det uklarhet i rollefordelingen mellom fagarbeidere og sykepleiere. Selv om den enkelte mener det er tydelig hvilke oppgaver de selv skal gjennomføre i løpet av en vakt, er det ikke nødvendigvis fullt samsvar mellom hva den enkelte mener og det andre forventer. Ifølge intervjuutsagn kan dette i noen grad være personavhengig og spores tilbake til en noe ustrukturert opplæring.

Legene ved sykehjemmet kommuniserer at de i liten grad er innlemmet i organisasjonen ved sykehjemmet. De forholder seg i liten grad til avdelingsledere og i større grad til ansvarlig sykepleier på vakt. De er i liten grad med på faglig utvikling og kjenner i liten grad til ansvarsområdene og rollene til de andre faggruppene. De har ikke fått opplæring i avvikshåndtering og kjenner i liten grad til hvordan den kontinuerlige forbedringen i sykehjemmet foregår.

- ▶ Agenda Kaupang mener at en prosess med å utarbeide tydelige stillingsbeskrivelser, med medvirkning fra alle ansattgrupper, vil kunne bidra til en mer avklart og omforent rolle- og ansvarsfordeling ved sykehjemmet.
- ▶ Sykehjemslegene bør inkluderes bedre som medarbeidere i organisasjonen. De bør være del av den faglige utviklingen av sykehjemmet.

Vår gjennomgang av de skriftlige rutinene for ulike sider av sykehjemmets drift, viser at roller og ansvar ikke alltid var tydelig beskrevet. Det gjelder spesielt rutinene for avvikshåndtering, som vi omtaler i delkapittel 6.11.

Faglederrollen

Ved hver avdeling på sykehjemmet er det en funksjon som fagleder. I første etasje deler to sykepleiere på rollen som fagleder, mens det i andre etasje er én sykepleier som har rollen. Intervjuene viser at det ikke er fullt ut tydelig for ansattgruppen hva som ligger i faglederrollen. Det synes heller ikke avklart hvor stor andel av stillingen fagleder skal bruke på å utøve denne funksjonen. Faglederne kan måtte stå i motstridende hensyn: behovet for å delta i det daglige pleie- og omsorgsarbeidet satt opp mot ansvaret for kompetanseutvikling. Opplevelsen er at tiden ikke strekker til og at det ikke er avklart hvor mye av stillingen som skal brukes til utøvelse av denne funksjonen.

De to avdelingene er ulike når det gjelder tilrettelegging for faglederfunksjonen. I 1. etasje er fagleder ikke frikjøpt fra de daglige oppgavene i ordinær drift, mens i 2. etasje er faglederfunksjonen frikjøpt.

Utsagn fra intervjuene kan tyde på at de ansatte som helhet kunne tatt større ansvar for tjenestekvalitet med andre forventninger til seg selv og til fagleder. Vi fikk beskrevet en mentalitet i avdelingene som innebærer at man ikke strekker seg så langt man kan fordi man regner med at fagansvarlig tar seg av det. Samtidig som det kommer frem at en i praksis får gjennomført forventede arbeidsoppgaver, er det ikke utarbeidet tydelige stillingsbeskrivelser som avklarer hvilke forventninger det er til ulike ansattgrupper ved sykehjemmet, altså hvilket ansvar og forventninger som ligger til assistentene, fagarbeiderne og sykepleierne

- ▶ Agenda Kaupang mener at en tydeliggjøring av hvilket ansvar og hvilke oppgaver som skal ligge til faglederrollen vil være hensiktsmessig.

3.2.2 Andre tjenester

Vi har også stilt spørsmål om roller og ansvar i samhandlingen med andre tjenester.

Rehabilitering

Kommunen har en skriftlig rutine for såkalte rehabmøter. Ifølge rutinen er målet med møtet å sikre god koordinering og samarbeid på tvers av enheter. Rutinen beskriver hvilke deltakere møtet skal ha, i tillegg til møteforberedelser og møtestruktur. I intervjuer har vi fått ulike synspunkter på rehabmøtene. Hovedformålet for møtene er å sikre gode overganger. Rehabmøtene beskrives av flere som å fungere godt.

Ifølge flere informanter er det imidlertid enkelte utfordringer ved rehabmøtene. Møtet beskrives som et utskrivingsmøte, der oppmerksomhet vies til tidsplan for utskriving av pasientene og hvor det i mindre grad er oppmerksomhet på resultatene av rehabiliteringen. Deltakerne i møtet blir enige om tiltak som deretter ikke følges tilstrekkelig opp i avdelingene. Inntrykket som blir formidlet, er at arbeidet med rehabilitering i for stor grad er avhengig av at fysioterapeut er til stede. Informanter i intervjuer forteller at den skriftlige rutinen for rehabmøter ikke brukes. Dette resulterer i usikkerhet rundt roller og forventede framgangsmetoder og resultater, noe som igjen kan skape utrygghet hos enkelte på møtearenaen.

- Agenda Kaupangs vurdering: Den skriftlige rutinen for rehabmøter beskriver møteforberedelser og en møtestruktur som synes hensiktsmessige for å bidra til et godt rehabiliteringsarbeid. De noe ulike synspunktene på hvordan rehabmøtene fungerer, tyder imidlertid på at roller og forventninger rundt hva rehabmøtet skal være og hvordan det skal følges opp i sykehjemmet, ikke er tilstrekkelig avklart.

Overgangen fra rehabiliteringsplass til hjemmet

På spørsmål om roller og ansvar når pasienter skal overføres fra en rehabiliteringsplass til sitt eget hjem, har vi fått beskrevet enkelte utfordringer. Ifølge enkelte intervjuutsagn er utskrivelsesrapporten vanligvis lite utfyllende, mens andre informanter kjenner seg lite igjen i denne påstanden. Utskrivelsesrapporten sier ifølge enkelte informanter lite om hva pasienten skal fremover og hva man har blitt enig om og ligner for mye på sykehusets rapport ved overføringen til rehabiliteringsplassen. De ulike faggruppene på sykehjemmet bruker tiltaksplanen i større og mindre grad. Dokumentasjon av rehabiliteringsaktivitetene i tiltaksplanen er et forbedringspunkt. Konsekvensen er at pasienten på ny må kartlegges etter at de har kommet hjem. Det kan synes som om ulike faggrupper har ulike forventninger til resultatene av korttids- og rehabiliteringsopphold.

- Agenda Kaupangs vurdering: De ulike synspunktene på hvorvidt utskrivningsrapport og tiltaksplaner for rehabilitering bør undersøkes nærmere. Er det ulike forventninger og målsetninger i de ulike faggruppene, bør det gjøres en forventningsavstemming mellom det som kan forventes ut fra den ressursinnsatsen som legges i tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten

Roller og ansvar i kontakt med andre tjenester går også frem av en skriftlig rutine for håndtering av elektroniske meldinger og i en skriftlig rutine for samhandling om saksbehandling i sykehjemstjenester. I begge disse rutinene rettes oppmerksomheten mot informasjonsflyt. De beskriver hvordan, når og hvilken informasjon som skal utveksles mellom fastlege, tildelingskontor, spesialisthelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester og sykehjemmet.

Ifølge informanter i intervjuene har omstendighetene rundt koronapandemien ført til bedre samhandling med andre tjenester og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten beskrives å fungere godt. Det vises imidlertid til utfordringer som oppstår når pasienter skrives ut av sykehuset fredag ettermiddag, når det er få eller ingen sykepleiere på jobb. Det kan få store konsekvenser for den medisinske oppfølgingen, ble det fortalt.

Vi ble også fortalt at det er mange pasienter som blir sendt tilbake til sykehuset igjen fordi de ikke er friske nok. Mange reinnleggelser kunne vært unngått hvis sykehuset hadde ventet litt med utskriving.

Til tross for disse utfordringene rundt overføringen av pasienter fra sykehus til sykehjemmet, beskrives kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten som god. Sykehuset beskrives som flinke til å gi beskjed hvis det er spesielle hensyn sykehjemmet må ta, eller at det er utstyr eller kompetanse som må være på plass.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: De skriftlige rutinene om informasjonsflyt synes hensiktsmessige. At kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten beskrives som god, tyder på at roller på dette området overordnet sett er rimelig avklart. I den grad overføringer fra sykehus til sykehjemmet fører til reinnleggelser som burde vært unngått, kan det tyde på at det er behov for ytterligere arbeid med oppgavefordelingen mellom sykehuset og sykehjemmet. God samhandling til beboernes beste krever mer enn at informasjon utveksles i henhold til rutinene.

4 Samhandling

Sykehjemmet har behov for å sikre godt samarbeid og god samhandling på flere områder, både internt i avdelingene, på tvers av avdelingene, internt i kommunen og med andre eksterne aktører. Et godt samarbeid på alle disse nivåene er avgjørende for at sykehjemmet skal fungere fullt ut som forutsatt og kunne tilby forsvarlige tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet.

I intervjuene kartla vi samarbeid og samhandling med spørsmål om hvordan samarbeidet på disse ulike nivåene oppleves å fungere, og hvilke strukturer og arenaer som er etablert for å legge til rette for og stimulere til samarbeid, både internt og eksternt.

4.1 Ved sykehjemmet

I intervjuene vi har gjennomført formidles det et inntrykk av at samarbeidet internt i de respektive avdelinger er godt. De fleste fremhever at de har velvillige, imøtekommende og samarbeidsorienterte kollegaer, og at de har en opplevelse av at det er sentralt å hjelpe hverandre og samarbeide for å få alle arbeidsoppgaver gjort.

Samarbeidet i det daglige er i hovedsak knyttet til drift og løsning av konkrete arbeidsoppgaver. Det beskrives at det er mindre vekt på å legge til rette for mer omfattende samhandling, for eksempel om faglig utvikling og forbedringsarbeid ved enhetene. Det blir fremmet et ønske om flere fellesarenaer og -møter på avdelingene. Det formidles en opplevelse av at det er behov for flere treffpunkter, både for faglig utvikling og for å bygge fellesskapsfølelse og bygge kultur.

Det blir beskrevet som at det er lite systematisk samarbeid på tvers av avdelingene ved sykehjemmet.

På ledernivå beskrives imidlertid samarbeidet som i hovedsak velfungerende, med ukentlige møtepunkt, god dialog underveis og ved spesielle hendelser. Lederne understreker at de samarbeider om driften og om forhold knyttet til for eksempel overføring av pasienter mv. Siden sykehjemmet ikke har en felles leder, er det de to avdelingslederne som sammen har det overordnede ansvaret for sykehjemmet, inkludert ansvar for strategisk og helhetlig utvikling av tjenesten. Det blir påpekt at det er et forbedringspotensial når det gjelder samarbeidet om strategisk og helhetlig utvikling; denne delen av samarbeidet har ikke vært prioritert i like stor grad som samarbeidet om drift.

Intervjuene tyder på at det er lite samarbeid blant ansatte på tvers av avdelingene. De ansatte jobber i hovedsak kun på én avdeling og har lite samarbeid på tvers i det daglige.

- Agenda Kaupangs vurdering: Vi mener det fremstår som det i utgangspunktet er et velfungerende samarbeid internt i avdelingene ved sykehjemmet. Samarbeidet og samhandlingen er i første rekke knyttet til å løse konkrete driftsoppgaver i hverdagen. Vi mener avdelingene med fordel kunne prioritert å legge til rette for flere fellesarenaer hvor de ansatte kan møtes til både faglige og mer praktisk rettede drøftinger. Dette vil kunne bidra til å styrke samarbeidet ytterligere, og også bidra til å styrke fellesskapsfølelsen og kulturen i avdelingene. Vi mener det også ville være hensiktsmessig om en lykkes i å gjennomføre fellesmøter også på tvers av dagens avdelinger. Vår kartlegging viser at avdelingene jobber adskilt fra hverandre, og det vil være naturlig å anta at et mer systematisk og omfattende samarbeid på tvers av avdelingene ville være en fordel for den helhetlige driften og utviklingen av sykehjemmet. I dag kjenner de ansatte ikke godt til hverandre på tvers av avdelingene. Bedre kjennskap og samarbeid vil kunne legge til rette

for kunnskapsoverføring og -utvikling, og kanskje bedre utnyttelse av ressurser på tvers til gode for beboere.

4.2 I kommunen

Samarbeidet mellom de to avdelingene på sykehjemmet og andre tjenester beskrives av enkelte som lite systematisk og formalisert.

I et av gruppeintervjuene ble det sagt at arbeidsformen er mer «flerfaglig» og segmentert enn reelt tverrfaglig. Med «flerfaglig» menes at flere faggrupper samarbeider om oppgavene på hver sin tue fremfor på tvers av organisatoriske skillelinjer. Det ble sagt at tverrfaglighet har et stort forbedringspotensial. Spesielt i avdelingen for rehabilitering, ble det uttrykt behov for et større og mer integrert innslag av fysio- og ergoterapi. Legedekningen ble beskrevet som god og samarbeidet med demenskoordinator som bra.

Sykehjemmet, hjemmetjenesten og ergo-/fysioterapitjenesten møtes hver tirsdag for å koordinere sin ressursinnsats, men både ansatte og ledere peker på at det finnes noen strukturelle barrierer som begrenser samhandlingen og evnen til å koordinere driften avdelingene imellom. Dette handler blant annet om fullmaktsforhold og ansvar for koordinering, som vi også omtaler i kapittel 5 om ledelse.

Ved tildeling av tjenester vurderes brukerens behov og dette er utgangspunktet for vedtaket. Det følger ikke penger med vedtaket. Den enkelte avdeling må prioritere egne ressurser for å dekke behovene. I lederavtalene følges lederne opp på økonomi og budsjettkontroll, noe som ifølge informanter fører til at det snakkes om mine penger og dine penger og at en avdeling kan ha økonomiske incentiver knyttet til at en annen avdeling overtar ansvaret for brukeren. De samme forholdene preger også diskusjoner på tvers knyttet til deling av personale. Disse mekanismene følger av strukturelle barrierer som begrenser samhandling.

En konsekvens av at koordinering er overlatt til avdelingsledere innen Mestring og velferd synes å være en tendens til at den enkelte avdeling gjør sine egne prioriteringer og primært er opptatt av sine egne rammer og budsjetter. Informanter i intervju har inntrykk av at det blir vanskelig å gjøre felles prioriteringer og at det er til hinder for en fleksibel bruk av ressurser som følger brukeren ved overganger fra en avdeling til en annen innen kommunalområdet Mestring og velferd.

Den manglende formelle samordningen synes også å ha konsekvenser for felles faglig utvikling. Gjennom intervjuene kommer det fram ulike faglige syn mellom avdelinger. Mest tydelig er dette mellom Sykehjemmet (både Rehabilitering og behandling og Demensomsorg) og Ergo-/fysioterapitjenesten og Friskliv med hensyn til satsning på rehabilitering og ikke minst hverdagsmestring. Det pekes på at ulike faglige vurderinger, manglende felles faglig plattform, ulik kompetanse og uklare forventninger til hverandre og fraværet av noen som skjærer igjennom, preger samhandlingen. Flere informanter hevder at mottakere av rehabiliteringstjenester ikke får det beste tilbudet og at praksisen ikke i tilstrekkelig grad følger moderne faglige standarder.

Samarbeidet med tildelingskontoret bærer preg av at tjenestene er organisert som ulike avdelinger med eget budsjettansvar. Ved overganger fra sykehus til sykehjem, og fra sykehjem til hjemmet er det ofte kort tid til å utrede. At pasientforløpet oppleves som helhetlig, og at pasientsikkerheten ivaretas, avhenger av godt samarbeid og villighet til å bistå hverandre. Kamp om ressursene virker kontraproduktivt i så tilfelle. Tilgjengeligheten til tildelingskontoret er begrenset av at dette er en dagåpen virksomhet og ikke døgnåpen slik som sykehjemstjenesten. Samhandling må derfor skje i tildelingskontorets åpningstid.

- Agenda Kaupangs vurdering: Det synes å være et behov for å gjøre noe med den formelle samordningen mellom avdelingene innen Mestring og velferd. Dette kommer vi også tilbake til i neste kapittel.

I lederavtalene står det i kapittel 5 om rammevilkår for ledere i Søndre Land kommune:

Søndre Land kommunes administrative organisering legger vekt på samhandling over organisatoriske skillelinjer og på tverrfaglighet. Det forventes at ledere støtter opp under denne vektleggingen. I den sammenheng skal det blant annet legges til rette for at ansatte gis tilstrekkelig rom for deltakelse i, og oppfølging av, arbeidet i de tverrfaglige nettverkene.

Det ser ikke ut til at denne forventningen er operasjonalisert i form av konkrete mål knyttet til samarbeid på tvers.

- Agenda Kaupangs anbefaling: Forventningen om samhandling på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tverrfaglighet bør operasjonaliseres i form av konkrete mål for samhandling på tvers.

4.3 Eksternt

Vi har ikke intervjuet sykehuset for å vurdere samarbeidet eksternt. Fra intervjuene vi har gjennomført kan vi imidlertid støtte oss til utsagn om at samarbeidet er regulert i avtale og fungerer fint i de fleste tilfeller. Kommunikasjonen med sykehuset skjer via e-link og dette fungerer godt. I kompliserte tilfeller og ved utskrivninger i slutten av uken oppstår det imidlertid mer krevende situasjoner. Likevel beskrives samarbeidet med sykehuset som godt. En utfordring er imidlertid at det oppleves at sykehuset lover innbyggere hvilke kommunale tjenester de kan få ved utskrivning. Da får kommunen en vanskelig kommunikasjonsjobb når tjenestebehovet til innbyggeren vurderes annerledes enn det sykehuset har gitt lovnader om. Vi har ikke undersøkt utstrekningen av reinnleggelser etter utskrivning fra sykehus, men har fått inntrykk av at dette skjer fra tid til annen. Utskrivninger skjer ofte mot slutten av uken når sykehjemmet har minst fagkompetanse på vakt. Det er derfor viktig at kommunikasjonen rundt disse utskrivningene er særdeles god.

Samarbeidet med fastlegene beskrives som tilfredsstillende. Det er i tilfeller hvor pasienter har korttidsopphold samarbeid med fastleger er nødvendig. Ved langtidsopphold tar tilsynslegen over pasienten. Kommunikasjon med fastlegene skjer per e-link.

4.4 Samarbeid med pårørende

Samarbeidet med pårørende omtales som godt både fra pårørenderepresentants side og fra ledelsen i avdelingene. Det er et godt tillitsforhold og pårørende opplever vennlig bemanning og en god og verdig pleie. Det er lav terskel for å kunne ta opp problemstillinger dersom det skulle skje noe. Pårørende opplever at det er annerledes i koronatiden og det er et savn å ikke ha den løpende dialogen med personalet ved besøk. Alle ser fram til tiden hvor all kontakt kan gjenopptas både mellom pårørende seg imellom og mellom pårørende og personalet.

Sykehjemmets ansatte er enige i at samarbeidet med pårørende fungerer godt. Det har vært mye telefonsamtaler dette koronaåret, men samtaler med pårørende fysisk på huset har nå startet opp igjen og det er de veldig fornøyd med. Det gode samarbeidet er reetablert etter korona og slik de mener det skal være. Det kalles inn til pårørendesamtaler så fort som mulig etter innleggelse på korttids og før overflytting skal det være samtaler med alle pårørende.

5 Ledelse

5.1 Den formelle lederstrukturen

Sykehjemmet hører inn under kommunalområdet for Mestring og velferd. Kommunalområdet er frem til innflytting i nytt sykehjem, delt inn i følgende avdelinger:

- ▶ Rehabilitering og behandling
- ▶ Demensomsorg
- ▶ Kjøkken
- ▶ Tilrettelagte tjenester
- ▶ Hjemmebaserte tjenester
- ▶ Fysio, ergo og friskliv
- ▶ Legetjeneste
- ▶ NAV
- ▶ Psykisk helse og rus

Sykehjemmet består av de to avdelingene Rehabilitering og behandling (i dagens bygg i 1. etasje) og Demensomsorg (i dagens bygg i 2. etasje).

Avdelingslederne rapporterer til kommunalsjef og det avvikles ledermøter med kommunalsjef og de 9 avdelingslederne hver 3. uke. Det blir beskrevet at kommunalsjefområdet er så vidt at bilaterale utfordringer ikke finner sin løsning i ledermøtet, derfor gjennomføres det månedlige avdelingsmøter med den enkelte avdelingsleder. Det gjennomføres felles avdelingsmøte for de to avdelingene på sykehjemmet.

Arbeidsdelingen mellom kommunalsjef og avdelingslederne beskrives som at kommunalsjef skal ivareta de strategiske lederoppgavene mens avdelingslederne har ansvar for driften av sykehjemmet, og har et helhetlig lederansvar for sin avdeling.

Det er, slik vi har fått det beskrevet, ikke kommunalsjefen som koordinerer samhandlingen mellom de ulike avdelingene. Ansvar for å koordinere samhandlingen mellom de ulike avdelingene er lagt til avdelingslederne. Hensikten er at avdelingslederne selv skal finne omforente løsninger og at de skal jobbe etter konsensusprinsippet. Gjennom intervjuene erfarer vi at denne samordningen ikke er alltid like lett å få til i praksis. Kommunalsjefen erkjenner også at dette kan være utfordrende og synes å gripe inn når viktige forhold ikke finner sin løsning.

Det er flere informanter som mener kommunalsjefen burde hatt en mer aktiv rolle og at ledermøtene i større grad burde ha vært brukt til samordning, koordinering og felles faglig utvikling.

Organiseringen vil bli endret pr 01.06.21 ved innflytting i det nye sykehjemmet. Da vil antall avdelinger økes til 11. Syv av disse avdelingene vil bli lokalisert på det nye sykehjemmet, det er Rehabilitering og behandling, Bjørkelunden, Rognlia, Furubakken, Hjemmebaserte tjenester, Kjøkken og Fysio, Ergo og Friskliv. I tillegg vil ansatte i støtte og fellesfunksjoner også ha sine kontorer på Hovlitunet.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Lederspennet i kommunalområde Mestring og velferd er stort. Det er 11 avdelingsledere samt 7 personer i støtte- og fellesfunksjonene. Til sammen rapporterer 18 personer til kommunalsjefen. Det er erfaringsmessig utfordrende å håndtere et lederspenn på denne størrelsen, spesielt når variasjonen i fagoppgaver er som stor som den er innen kommunalsjefområdet. I tillegg består ledergruppen av 12 medlemmer. Det er vår vurdering at det å få en så stor ledergruppe til å fungere som et koordinert lederteam

med god gruppedynamikk som oppnår konsensus i beslutningene, er nesten umulig. Det er også utfordrende å jobbe med strategisk utvikling i en så stor forsamling. Det er vanlig å anta at de mest effektive ledergruppene består av 4 til 7 medlemmer.

Når ledermøtet ikke kan brukes til å koordinere og samordne ulike avdelinger må det etableres kompenserende strukturer. Dagens ordning med at avdelingslederne selv har ansvar for koordinering seg imellom, vurderes som krevende da det erfaringsmessig er det vanskelig for ledere på samme nivå å selv koordinere seg selv når de har ulike eller motstridende interesser. Mange vil hevde at det er en viktig oppgave for en overordnet ledes å samkjøre nivået under seg. At kommunalsjef ikke selv aktivt koordinerer avdelingslederne og sørger for at alle nødvendige avklaringer blir gjort, er uheldig, og det gir avdelingslederne en utydelig og utfordrende rolle. Samtidig er det helt klart at i dagens organisering kan ikke kommunalsjefen selv koordinere så mange ledere uten å bli «slukt av driften».

Etter vår vurdering kan dette dilemmaet håndteres på tre måter:

1. Å innføre et ledernivå under kommunalsjef som gjør at man kan samle de 11 avdelingene i 3 – 4 enheter, hvorav sykehjemmet er en enhet.
2. Etablere en funksjon som assisterende kommunalsjef som kan ivareta koordineringen
3. Etablere en koordinerende funksjon i staben som på kommunalsjefens vegne utøver koordinering innen gitte områder.

5.2 Utøvelse av ledelse

Gjennom intervjuene kommer det fram det ulike syn knyttet til hvordan nærmeste leder utøver lederrollen sin. Det er flere som er tilfreds med egen leder, og som opplever at leder er tilgjengelig, engasjert og opptatt både av rutiner, avvikshåndtering og faglig utvikling.

På den annen side er det også flere som tegner et annet bilde av sine nærmeste ledere. Det fortelles at avdelingslederne bruker mye av tiden sin på å delta i eksterne møter og dermed er fraværende fra avdelingen. De opplever at lederne ikke i tilstrekkelig grad prioriterer å være synlig til stede i avdelingen. Det hevdes at mye av ansvaret for den daglige driften ivaretas av faglederne.

At ledelse utøves ulikt på de to avdelingene på sykehjemmet fremkommer også av dokumentet «Ledelse i daglig drift» kommunen oversendte til Agenda Kaupang. Forskjellene som beskrives handler blant annet om tilstedeværelse på rapportmøter, tilstedeværelse ved vaktskifte, deltagelser i tverrfaglige møter, oppfølgingssamtaler, Det er heller ikke felles praksis med hensyn til informasjonsspredning.

Når det gjelder klima for læring, og i hvilken grad lederne er aktive når det gjelder å følge opp avviksmeldinger og lære av feil som blir begått synes også praksisen å variere. I første etasje gjennomføres det ukentlige refleksjonsmøter, i andre etasje har man ikke en tilsvarende praksis. Tidligere var det ukentlige fagmøter i de forskjellige gruppene i andre etasje, men dette er kun delvis videreført.

I lederavtalen henvises det til kommunens verdigrunnlag og ledelsesprinsipper som kommer frem i arbeidsgiverstrategien hvor det pekes på at kommunen anerkjenner og vektlegger betydningen av godt lederskap i hele organisasjonen. Det legges til rette for utvikling av engasjerte ledere som tar ansvar for både egen virksomhet og helheten gjennom utforming av attraktive lederstillinger med stort handlingsrom og helhetlig lederansvar. Verdien respekt, tillit og mot gir føringer for utøvelse av lederskap og lederne skal involvere, utfordre støtte og stille krav til sine medarbeidere.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Beskrivelsen av lederverdiene er generelle og burde vært operasjonalisert i konkrete atferder slik at det er mulig å følge opp lederne på de ønskede atferdene. Vi ser også at det i arbeidsgiverstrategien ikke er beskrevet hvordan utøvelse av disse lederatferdene skal måles i motsetning til avsnittene om medarbeiderskap, kompetente medarbeidere og arbeidsmiljø hvor målemetoden er oppgitt og består av medarbeiderundersøkelsen

5.3 Myndiggjøring og delegering

I intervjuene har flere av respondentene vektlagt å snakke om tema knyttet til delegering og myndiggjøring. Vi hører medarbeidere som ønsker mer og tydeligere ansvar, vi hører ledere som etterlyser at medarbeiderne tar mer ansvar, vi har hørt sykepleiere som ønsker at fagarbeiderne tar mer ansvar og vi har hørt fagarbeidere som etterspør mer ansvar. Det fremstår som om forhold knyttet til myndiggjøring og delegering ikke er helt avklart og at forventningene og oppfatningene om hvordan situasjonen egentlig er varierer.

I arbeidsgiverstrategien defineres myndiggjøring slik: *Med myndiggjøring av medarbeidere menes ansvarlige og selvstendige medarbeidere som har fått og grepet retten til å beslutte innenfor sitt ansvarsområde*

Denne dualismen som ligger i *fått* og *grepet* kan være noe av kjernen i situasjonen, medarbeidere tenderer og si at de ikke har *fått* og ledere tenderer å si at medarbeiderne ikke har *grepet*. Lederne har et ansvar for å bidra til medarbeiderutvikling og utvikling av medarbeiderskap, dette ansvaret understrekes også i arbeidsgiverstrategien som legger opp til at måling av utvikling av medarbeiderskap skal gjøres gjennom lederindeksen i medarbeiderundersøkelsen.

For å få til myndiggjøring og delegering, må lederne legge til rette for at medarbeiderne både *får* og *tar*. Dette er imidlertid to ulike atferder og lederstiler. Å sørge for at medarbeiderne har **fått** handler om å strukturere og klargjøre rammene for medarbeidernes myndighet. Å sørge for at medarbeiderne *tar og bruker handlingsrommet* krever relasjonelle ferdigheter og evne til å motivere.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Forventningene til lederne må tydeliggjøres og det klargjøres hvordan lederne kan dyktiggjøres i både de strukturerende og relasjonelle atferdene som kan bidra til at medarbeiderne får og ser handlingsrommet sitt og at de tar og bruker det.

6 Systemer og rutiner

Vi har rettet oppmerksomheten mot kommunens systemer og rutiner innen temaer fra pasientsikkerhetsprogrammet, i tillegg til ytterligere temaer som er viktige for å sikre et helhetlig pasientforløp og forsvarlige tjenester.

Vi har vurdert om kommunen har skriftlige rutiner innen hvert tema, og om det på noen områder er tydelige forbedringspotensial.

Intervjuene har avdekket at kommunen har rutiner og de ansatte i alle faggrupper kjenner til at rutiner foreligger. Når det gjelder kjennskap til innholdet i rutinene og praktisk oppfølging og bruk av disse viser de fleste intervjuene at det er svakheter i dette. Det er i liten grad en opplevelse av at rutiner og etterlevelse av disse er temaer for fagsamlinger, opplæring og avdelingenes ledelse. Det er imidlertid en klar opplevelse av at dette er jobbet med det siste året og at det har skjedd en forbedring. Fagsykepleiere samles ukentlig for å jobbe med prosedyreskriving og har allerede revidert og endret mange rutiner.

6.1 Riktig legemiddelbruk. Samstemming

Kommunen har skriftlige rutiner som dekker flere ledd i arbeidet med å sikre riktig legemiddelbruk. Det inkluderer rutiner ved innkommst, sjekklister for kompetansevurdering av helsepersonell, sjekklister for opplæring av nyansatte, prosedyrer for medisinerom, rutiner for utlevering av medisiner og rutiner for samstemming av medisinlister.

Sjekklister som skal brukes når nye beboere kommer til sykehjemmet inneholder punkter om oppdatering og samstemming av medisinlister.

Sjekklisten som skal brukes ved individuell vurdering av helsepersonells kompetanse om legemiddelhåndtering, dekker en rekke forhold rundt legemidler. For hvert forhold skal det vurderes om kompetansen er tilfredsstillende eller om vedkommende har behov for opplæring fordi kompetansen mangler. Ifølge sjekklisten gjelder fullmakten til å håndtere legemidler i ett år fra signering.

Sjekklisten for opplæring av nyansatte ved sykehjemmet har egne punkter om at sykepleiere skal gis opplæring i ulike deler av legemiddelhåndteringen, inkludert prosedyrer for medisinerom og kontroll av A- og B-preparater rutinemessig minst to ganger per år. Opplæringspakken for sommervikarer 2020 inneholdt grunnkurs i legemiddelhåndtering og passeringstest.

Prosedylene for medisinerommet plasserer hovedansvaret hos assisterende avdelingsleder og fagutvikler, og beskriver relevante formål og aktiviteter.

Rutinen for utlevering av medisiner omtaler relevante forhold ved utlevering av faste medisiner, men nevner ikke eksplisitt at riktig dose skal sjekkes.

Rutinen for samstemming av medisinlister plasserer ansvaret tydelig. Formålet med rutinen er å ivareta kritiske hensyn – at beboer eller pasient får nødvendig og riktig legemiddelbehandling, og at beboer eller pasient får rett medisin til rett tid i riktig dose. Rutinen foreskriver legemiddelgjennomgang ved innleggelse, ved vedtak om helsehjelp og årlig. Den foreskriver samstemming av medisinlister ved innkommst, ved eventuell tilbakeflytting fra sykehus og ved flytting til annen institusjon/sykehjem. Rutinen nevner ikke flytting til annen avdeling.

- Agenda Kaupangs vurdering: Kommunens skriftlige rutiner synes dekkende for vesentlige elementer av forsvarlig legemiddelhåndtering. Vi vil imidlertid bemerke at forsvarlig og

sikker praksis rundt legemiddelhåndtering forutsetter at rutinene etterleves, blant annet ved hjelp av oppfølgings- og internkontrollaktiviteter fra ledelsens side. For eksempel krever sjekklisten for kompetansevurdering av helsepersonell at den brukes, at eventuelle behov for opplæring dekkes og at fullmakten følges opp årlig. Nyansatte må gis tilfredsstillende opplæring og prosedyren for medisinrom må følges. Internkontrollaktiviteter innebærer for eksempel at avdelingsleder blitt informert om avvik i beholdningen av A- og B-preparater, og at det kontrolleres om avvik er meldt. Når det gjelder det konkrete innholdet i de skriftlige rutinene, stiller vi spørsmål om det i rutinen for utlevering av faste medisiner burde stått eksplisitt at riktig dose skal sjekkes. Til rutinen for samstemming av medisinlister, stiller vi spørsmål om det burde stått at medisinlister skal samstemmes, også ved flytting til annen avdeling ved sykehjemmet.

6.2 Forebygging av underernæring

Kommunen har skriftlige rutiner som dekker behovet for overvåking av beboernes ernæringsstatus. Det inkluderer rutinen ved innkost og en egen rutine for ernæringscreening. Opplæringspakken for sommervikarene i 2020 omfattet også mat og ernæring.

I henhold til rutinen ved innkost, skal vitale parametere, inkludert høyde og vekt registreres.

Rutinen for ernæringscreening beskriver hvordan ernæringsstatusen skal overvåkes. Den beskriver blant annet hvor hyppig beboerne skal veies, avhengig av om de har normal ernæringsstatus, har risiko for underernæring eller er konstatert underernærte. Rutinen beskriver også hvor hyppig beboerne skal vurderes for ernæringsmessig risiko.

- Agenda Kaupangs vurdering: De skriftlige rutinene synes dekkende for behovet for å avklare og overvåke ernæringsstatusen til beboerne. For at overvåkingen i praksis skal være tilfredsstillende, krever det etterlevelse, blant annet ved hjelp av oppfølgings- og internkontrollaktiviteter fra ledelsens side. Det vil i den sammenheng være viktig at ledelsen har kjennskap til om screening gjennomføres for alle beboere og innen frist. Det vil også være viktig å følge med på om beboerne veies og vurderes for ernæringsmessig risiko med foreskrevet hyppighet.

6.3 Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand – tidlige oppdagelse av sepsis – forebygging av urinveisinfeksjon

Kommunen har skriftlige rutiner og tilgang på fagressurser som er relevante for overvåking av beboernes somatiske tilstand og forebygging og oppdagelse av ulike former for infeksjon.

Kommunen har en egen skriftlige rutine for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. I henhold til rutinen skal et observasjonsskjema fylles ut ved endring i pasientens tilstand. Ved å følge skjemaet, tildeles pasienten en «early warning score» (EWS). Skjemaet gir grunnlag for å fange opp forverret somatisk tilstand, sepsis og ulike infeksjoner, og foreskriver ulike tiltak med utgangspunkt i terskelverdier.

Opplæringspakken for sommervikarer i 2020 omfattet klinisk observasjonskompetanse.

Kommunen deltar i infeksjonskontrollprogrammet fra Helse Sør-Øst. Programmet innebærer blant annet tilgang på rådgivning og bistand for å oppfylle krav til smittevern. I tillegg gir programmet tilgang til en lang rekke prosedyrer og veiledning om ulike spesifikke problemstillinger knyttet til smittevern.

Kommunen deltar også i RASK, Riktigere Antibiotika i Sykehjem i Kommuner³. Ifølge Antibiotikasenteret for primærmedisin – ASP, innebærer opplegget følgende:

I RASK inviteres leger og annet helsepersonell fra alle sykehjem og helsehus i hvert fylke til oppstartskonferanse med faglige innlegg om antibiotikaresistens og forebygging, diagnostikk og behandling av infeksjoner i sykehjem. I forkant får de tilsendt en rapport med egen antibiotikaforbruksstatistikk. Denne danner utgangspunkt for refleksjon og gruppediskusjon på konferansen. Etter konferansen presenterer representantene fagstoffet for kolleger på eget sykehjem, og setter egne mål for intervensjonsperioden. Etter seks måneder samles alle igjen for å oppsummere og stake ut veien videre. For å måle fremgangen gjennomføres punktprevalensundersøkelsen (NOIS-PIAH) fem ganger årlig i intervensjonsåret, og etter både seks og 12 måneder får sykehjemmene tilsendt statistikk over eget antibiotikaforbruk.

Kommunen har også en skriftlig rutine for oppfølging og observasjon ved inneliggende arteriekateter tilkoblet trykkmålingssett. Den beskriver en rekke relevante handlinger, blant annet knyttet til å overvåke eventuell utvikling av infeksjon.

- Agenda Kaupangs vurdering: De skriftlige rutinene og fagressursene synes å dekke vesentlige elementer av arbeidet med å overvåke beboernes somatiske tilstand, og å forebygge og oppdage ulike former for infeksjon. Forsvarligheten og kvaliteten til sykehjemmets arbeid på disse områdene, avhenger til dels av i hvilken grad rutinene etterleves og fagressursene brukes. Vi vil peke på betydningen av at ledelsen har kjennskap til kvaliteten på sykehjemmets arbeid på feltet, kunnskap om eventuelle konkrete utfordringer, hvilke spesifikke fagressurser som sykehjemmet vil ha nytte av, og at disse brukes i kompetanseutvikling og oppfølgingen av arbeidet.

6.4 Forebygging av trykksår

Kommunen har en rekke skriftlige rutiner knyttet til forebygging av trykksår, kartlegging av risiko for trykksår og stell av trykksår.

Opplæringspakken for sommervikarer i 2020 omfattet blant annet klinisk observasjonskompetanse som er relevant for forebygging av trykksår.

I tillegg til de skriftlige rutinene, hadde kommunen veiledningsmateriellet *Forebygging og behandling av trykksår: kortutgave av retningslinje*.

- Agenda Kaupangs vurdering: Kommunen har tilgang til relevante og dekkende skriftlige rutiner og veiledningsmateriell. Betydningen av materialet er avhengig av hvordan det jobbes med kompetanse på trykksår, og det praktiske arbeidet med forebygging ved sykehjemmet. Et viktig element for å sikre tilfredsstillende forebygging av trykksår, er at ledelsen kjenner til hva som er statusen for kompetanse på og forebygging av trykksår, og at det gjennomføres aktiviteter for å vedlikeholde og styrke arbeidet.

6.5 Ledelse av pasientsikkerhet

Lederavtalen mellom kommunen og avdelingslederne nevner uttrykkelig at de plikter å etablere rutiner som sikrer at relevante krav blir overholdt og som raskt avdekker eventuelle avvik.

Ledergruppen i Mestring og velferd har brukt verktøyet *Snakk om forbedring!* og har tatt verktøyet i bruk i flere avdelinger. *Snakk om forbedring!* er et verktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Det inneholder ti områder som er viktige for

³ <https://www.antibiotika.no/rask/>

pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring⁴. Gjennom dialog og en systematisk tilnærming skal kommunen skåre seg selv på de ti områdene. Vi kjenner ikke til resultatet av denne skåringen.

Avdelingslederne ved sykehjemmet har gitt oss en skriftlig oppsummering av sine ulike aktiviteter i den daglige driften. Avdelingsleder for 1. etasje omtaler flere arenaer der han kan drive faglig ledelse, med vekt på ulike møter og samtaler. Avdelingsleder for 2. etasje beskriver også en del aktiviteter, men som tilsier noe mindre direkte kontakt med personalet. Ingen av avdelingslederne omtaler spesifikke internkontrollaktiviteter.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Gjennom lederavtalen med avdelingslederne har kommunen et formelt rammeverk for å sikre tilfredsstillende ledelse av pasientsikkerhet. Tilfredsstillende ledelse i praksis stiller imidlertid krav til at kravet i lederavtalen oversettes til konkrete rutiner og internkontrollaktiviteter. Vi vil understreke betydningen av at avdelingslederne har et bevisst forhold til dette.

6.6 Forebygging av fall i helseinstitusjoner

Kommunen har en rekke rutiner som skal sikre forebygging av fall, ved innkomst og underveis. Med helseinstitusjon menes her sykehjemmet.

I henhold til rutinen ved innkomst, skal risikoen for fall kartlegges for hver enkelt beboer. En annen rutine – *kartlegging av fallrisiko i institusjon* – understreker at prosedyren skal utføres snarest mulig etter innkomst og gjentas ved behov. Rutinen foreskriver blant annet bruk av screeningverktøy.

Kommunen har et screeningsverktøy – *Downton Fall Risk Index* – til individuell vurdering av risikoen for fall. Verktøyet inneholder konkret veiledning til utfyllingen og angir en grenseverdi for høy fallrisiko. Verktøyet inneholder også forslag til ulike forebyggende tiltak.

Kommunen har i tillegg rutiner for generelle og spesielle fallforebyggende tiltak i sykehjemmet. Rutinene inneholder en rekke konkrete tiltak, inkludert omtale av hvordan ulik kompetanse bør involveres i ulike situasjoner.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Kommunens skriftlige rutiner for kartlegging av fallrisiko og for forebyggende tiltak, synes dekkende for vesentlige elementer av fallforebygging. Et forsvarlig og kvalitativt godt arbeid med fallforebygging forutsetter at rutinene etterleves. Dette er først og fremst et lederansvar.

6.7 Dokumentasjon og journalføring

Kommunen har skriftlige rutiner, både for å sikre tilfredsstillende journalføring og mer spesifikt for internkontrollaktiviteter rundt journalføring.

I henhold til sjekklisten for opplæring av nyansatte, skal det gis opplæring i dokumentasjon, inkludert å skrive journal, tiltaksplan og innkomstnotat.

Sjekklisten for individuell vurdering av kompetanse hos helsepersonell om legemiddelhåndtering, inkluderer egne punkter om dokumentasjon ved utdeling av faste medisiner og ved vurdering av generiske bytter av medisiner.

I henhold til rutinen *Legemiddel – utlevering av medisiner*, skal det dokumenteres i fagsystemet hvis faste medisiner ikke blir tatt, i tillegg til opplysninger om eventuelle behovsmedisiner som gis, virkninger og eventuelle bivirkninger.

⁴ https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/ledelse/snakk-om-forbedring/snakk-om-forbedring_2

Opplæringspakken for sommervikarer i 2020 omfattet dokumentasjon.

I tillegg til ovennevnte rutiner, har kommunen en egen skriftlig rutine for oppfølging av journalføring i Mestring og velferd, det vil si en egen rutine for internkontroll. I rutinen plasseres ansvaret for journalen hos avdelingsleder, som skal «påse at dokumentasjon/journalføring er i henhold til lover og forskrifter». Rutinen foreskriver blant annet halvårlige gjennomganger av pasientjournalene, med tanke på å undersøke om journalføringen er tilfredsstillende. Rutinen foreskriver også samtaler med ansatte som ikke journalfører tilfredsstillende.

- Agenda Kaupangs vurdering: Kommunen har skriftlige rutiner om dokumentasjon og journalføring som skal sikre tilfredsstillende praksis. At kommunen har en egen beskrivelse av internkontrollaktiviteter rundt dokumentasjon, tyder på at oppfølgingen av journalføringen er konkretisert. Man kan spørre om en halvårlig gjennomgang er tilstrekkelig til å påse etterlevelse, og om det i tillegg er noen løpende opplærings-, oppmuntrings- og oppfølgingsaktiviteter fra ledelsens side.

Stikkprøvekontrollen av dokumentasjon for 4 pasienter ble gjennomført av sykehjemmets avdelingsledere etter et fastlagt skjema fra Agenda Kaupang (se vedlegg 1). For hver pasient ble inkomstnotat, journalnotater for to påfølgende dager i uke 10 og dato for legemiddelgjennomgang kontrollert. Til sammen var det 15 kontrollpunkter per pasient om medisiner, trykksår, tiltaksplan og vurdering av funksjonsevne ved hygieneaktivitet. Tiltaksplaner i journalsystemet har vært tatt i bruk framfor tavler på pasientens rom i etterkant av tilsynet fra Statsforvalteren og er således et gjennomført tiltak for kvalitetsforbedring av dokumentasjon.

En stikkprøve vil ikke kunne gi et endelig svar på om dokumentasjonen totalt sett for sykehjemmet er med eller uten svakheter, men gir et bilde av akkurat den dokumentasjonen som er til stede for disse 4 pasientene. Når disse vurderes etter en fastlagt metode kan vi si om det er sannsynlighet for at øvrig dokumentasjon er feilfri eller inneholder svakheter.

Alle de fire stikkprøvekontrollene vurderes som tilstrekkelig, men med noen svakheter. Det trekkes fram at det savnes tidvis noe utfyllende journalføring og dokumentasjon. To av stikkprøvene viser noen svakheter ved medisinbehandling og en av stikkprøvene viser at trykksår ikke er vurdert disse to dagene.

- Agenda Kaupangs vurdering: Stikkprøvekontrollen viser at dokumentasjonen for gjeldende pasienter kan forbedres. Hvorvidt det er generelle svakheter for hele sykehjemmets dokumentasjon kan vi ikke si. Vi mener det på bakgrunn av disse observasjonene bør rettes ytterligere søkelys på riktig og tilstrekkelig dokumentasjon.

6.8 Samhandling internt og eksternt

Lederavtalen mellom kommunen og avdelingslederne stiller krav til samhandling på tvers innad i kommunen.

I tillegg er samhandling omtalt i en skriftlig rutine for håndtering av elektroniske meldinger og i en skriftlig rutine for samhandling om saksbehandling om sykehjemstjenester. I begge disse rutinene rettes oppmerksomheten mot informasjonsflyt. De beskriver hvordan, når og hvilken informasjon som skal utveksles mellom fastlege, tildelingskontor, spesialisthelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester og sykehjemmet.

- Agenda Kaupangs vurdering: De skriftlige rutinene om informasjonsflyt synes hensiktsmessige. Vi vil samtidig understreke behovet for etterlevelse av rutinene og at god samhandling til beboernes beste krever mer enn at informasjon utveksles i henhold til rutinene. Det kreves for eksempel gode samarbeidsarenaer og forpliktelse til å følge opp tiltak fra alle tjenesteutøvende parter.

6.9 Kontakt med pårørende. Medvirkning

I henhold til virksomhetsplanen for Mestring og velferd for 2021, skulle kommunen satse på brukerinvolvering. Det er henvisninger til brukermedvirkning og kontakt med pårørende i de skriftlige rutinene for flere faser og situasjoner.

Beboernes inntak er en av disse fasene. Både i henhold til *Rutine ved inntak* og sjekklisten ved inntak til 2. etasje, skal det gjennomføres samtale med pårørende. Det skal også avklares om beboeren kunne administrere dosett selv. I henhold til inntaksskjemaet for 1. etasje, er det lagt opp til at man skulle spørre beboeren: hva er viktig for deg? Hva greier du selv når det gjelder [hygiene, påklædning, spising og tannhelse? Hvordan ser en vanlig dag ut for deg når du er hjemme? Noen gjøremål du ikke mestrer selv? I henhold til rutinen for ernæringscreening står det at kostholdsvanene bør gjennomgås sammen med beboeren, eventuelt også pårørende.

Brukermedvirkning trer også frem i enkelte skriftlige rutiner for faser underveis. Avdelingen i 2. etasje har en egen rutine for oppfølgingssamtale med pårørende. Rutinen inneholder blant annet en rekke mulige informasjons- og samtalepunkter. Den sier imidlertid ikke noe om hyppighet eller hvordan samtalene bør komme i stand. I henhold til en annen rutine – *Spesielle fallforebyggende tiltak i institusjon* – skal pasient og pårørende tas med på råd i utarbeidelsen av forebyggende tiltak og videre oppfølging. Det bør også nevnes at 2. etasje har en egen skriftlig rutine for pårørendearbeid, der det framgår at beboerne i avdelingen skal ha en talsrepresentant (beboertillitsvalgt) som ivaretar pasientenes og pårørendes synspunkter.

Også i skriftlige rutiner for spesielle situasjoner, omtales pårørende og brukermedvirkning. I skjemaet for «early warning score» (EWS), er kontakt med pårørende egne sjekkpunkter. I henhold til den skriftlige rutinen for utlevering av medisiner, skal beboer og pårørende, eventuelt verge, informeres om feil kan gi alvorlige følger. Kommunen har også en egen skriftlig rutine for oppfølging av pårørende ved uønskede hendelser. Den skal legge til rette for en forutsigbar dialog. Den beskriver konkret hva helsepersonell bør gjøre, blant annet å gi informasjon om skade eller alvorlig komplikasjon, og om hvilke tiltak som er iverksatt.

- Agenda Kaupangs vurdering: Virksomhetsplanen og de skriftlige rutinene etterlater liten tvil om at kommunen ønsker å sikre god medvirkning og kontakt med pårørende. Begge deler kan bidra til at kommunen yter forsvarlige og kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester i sykehjemmet. Vi har kun mindre bemerkninger til enkeltrutiner. Rutinen for oppfølgingssamtale med pårørende i 2. etasje omtaler ikke ønsket hyppighet eller hvordan samtalene bør komme i stand. Rutinen for pårørendearbeid i 2. etasje er så vidt stikkordsmessig at det er vanskelig å forstå hvem som skal gjøre hva. Den skriftlige rutinen for oppfølging av pårørende ved uønskede hendelser omtaler ikke spesifikt vurderingen av om informasjon skal gis skriftlig, eller prinsippet om en fast kontaktperson.

6.10 Rutiner for rehabiliteringsplaner

Kommunen er bedt i tilsyn fra Statsforvalteren om å utarbeide rutiner for rehabiliteringsplaner som viser kartlegging mål, tiltak, og evaluering. Spesielt viktig er at planene er et tverrfaglig samarbeid og utvikles i samarbeid med pasient og/eller pårørende. Etter hva vi kan se i Compilo har kommunen ikke utarbeidet en egen skriftlig rutine for rehabiliteringsplaner. Kommunen har imidlertid en rutine for såkalte rehabmøter. Ifølge rutinen er målet med møtet å sikre god koordinering og samarbeid på tvers av enheter. Rutinen beskriver hvilke deltakere møtet skal ha, i tillegg til møteforberedelser og møtestruktur.

- Agenda Kaupangs vurdering: Møteforberedelsene og møtestrukturen som rutinen beskriver, synes hensiktsmessige for å bidra til et godt rehabiliteringsarbeid.

6.11 Avvik og avvikshåndtering

Både i sjekklisten for opplæring av nyansatte og i sjekklisten til individuell vurdering av kompetanse hos helsepersonell om legemiddelhåndtering, er avvikshåndtering omtalt. De to rutinene kan bidra til at det rettes oppmerksomhet mot avvik og avvikshåndtering når det tilsettes nytt personale ved sykehjemmet.

Personalhåndboka har et eget kapittel om avviksforståelse. Kapittelet beskriver flere eksempler på forhold som skal meldes som avvik, og et eksempel på hvordan det skal gjøres. Det står i tillegg: «Et levende avvikssystem er en del av internkontrollen. For at systemet skal fungere, må arbeidsgiveren legge til rette for en HMS-kultur der det ikke bare er godtatt, men forventet, at ansatte på alle nivåer melder fra om avvik.»

Vi har i tillegg gjennomgått en skriftlig rutine for behandling av meldte avvik ved sykehjemmet, og en skriftlig rutine for avvikshåndtering i 2. etasje. I den første rutinen står det blant annet: «Alle meldte avvik skal behandles umiddelbart og det skal iverksettes tiltak for å rette opp så snart som mulig.» I den andre rutinen står det blant annet: «Når avdelingsleder mottar en avviksmelding skal nødvendige undersøkelser/samtaler og tiltak iverksettes dersom det er hensiktsmessig. Noen avvik er av en slik karakter at det tas til etterretning og registrering. Det skal uansett påføres en kommentar av den som behandler avviket, for å vise at avviket er registrert.» Vi har fått opplyst at avvikssystemet har innebyggede frister og følger linjen i organisasjonen. Hvis avdelingsleder ikke håndterer et avvik innen frist, vil avviket sendes videre oppover i linjen, i siste instans til rådmannen.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Det er en forutsetning for god avvikshåndtering at det ikke er tvil om hvilke konkrete steg som skal tas for å lukke avvik. Med det i tankene, er det svakheter ved de skriftlige rutinene for behandling av avvik. Det brukes et passivt språk for å beskrive fremgangsmåten og beskrives ikke uttrykkelig hvem som skal utføre hva. Det defineres ikke tidsfrister. Resultatet er at prosessen helt frem til at avvik er lukket, ikke er beskrevet entydig med hvem som skal gjøre hva og når. Vi ser allikevel at avvikssystemet kompenserer for dette, ved at avvik som ligger til behandling hos avdelingsleder, sendes videre oppover i linjen hvis det ikke behandles innen en innebygget frist.
- ▶ Personalhåndboka har riktig og viktig innhold om hva som er ønsket avviksforståelse. Vi vil understreke at personalhåndbokas omtale av «et levende avvikssystem» viser til en kultur som krever aktivitet fra ledelsens side å oppnå og vedlikeholde. Det er viktig at ledelsen har kjennskap til i hvilken grad det er en felles forståelse blant personalet for hva som skal meldes som avvik. Ledelsen bør også ha en formening om avvik meldes når det skal, og hva som er statusen for behandling og lukking av avvik. Det understreker betydningen av tilstrekkelig oppfølging og internkontrollaktiviteter fra ledelsens side.

7 Kompetanse og opplæring

7.1 Opplæring og kompetanseutvikling av medarbeiderne

I tidligere kapitler har vi vist til at kommunen har ulike skriftlige rutiner og sjekklister som omfatter opplæring av medarbeiderne.

Kommunen har en sjekkliste for opplæring av nyansatte ved sykehjemmet. For hvert tematiske punkt i opplæringen, er det definert hvem som er ansvarlig for opplæringen, og det skal utkvitteres at opplæring er gitt og at den ansatte behersker oppgaven.

Sjekklisten for individuell vurdering av kompetanse hos helsepersonell om legemiddelhåndtering, legger opp til at de ulike punktene bør følges opp med opplæring hvis den det gjelder ikke har nødvendig kompetanse.

Til opplæring av vikarer sommeren 2020, hadde kommunen utarbeidet en digital opplæringspakke. Pakken omfattet flere temaer som var relevante for det vi undersøker. Tidsangivelsene i pakken tilsier at den ville vare minst åtte og en halv time.

Søndre Land kommune er med i regionalt kompetansesamarbeid, ReKs, med et kursprogram for ansatte i helse- og omsorgstjenestene⁵. Kommunen har også en avtale med Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus), som inkluderer tilgang til aktuelle e-læringskurs og laboratorieprosedyrer mm.

- ▶ Agenda Kaupangs vurdering: Sjekklister og de omtalte ressursene utgjør nyttige utgangspunkt for å ivareta opplæring av blant annet nyansatte. For å få fullt utbytte av dem, synes det å kreve at det settes av nok tid til å følge oppleggene og gi nødvendig oppfølging.

Vi har gjennomgått kommunens kompetanseplan for Mestring og velferd for 2021–2026. Planen peker mot flere relevante temaer for kompetanseutvikling. Det inkluderer velferdsteknologi, rehabilitering, palliasjon, demensomsorg, psykisk helse, rus, kreftomsorg, alderspsykiatri og ledelse. Kommunen vil også at egne ansatte videreutdanner seg til høyere formalkompetanse.

Planen er imidlertid lite konkret på spesifikt kompetansebehov og tiltak for å ivareta disse. I et dokument med innhold over åtte sider, er delen om kompetansebehov én og en halv side. Kommunen vil stimulere til at ufaglærte tar fagutdanning, og viser til at kommunen vil bruke de ulike alternativene for å tilegne seg fagutdanning. Hvilke virkemidler og hvordan kommunen vil bruke ulike alternativer, er ikke konkret omtalt. Kommunen vil stimulere motiverte ansatte til å ta høgskoleutdanning, og viser til at det må etableres ordninger som gir ansatte forutsigbar økonomi og ansettelsesforhold. I personalhåndboka ligger mal for utdanningskontrakt og rutine for utdanningspermisjon som støtteverktøy i de tilfellene der ansatte vil ta høyskoleutdanning. Kommunen betrakter faste ordninger som permisjon med lønn, stipender og store stillingsbrøker som gode virkemidler. Det går ikke frem av planen om det er konkrete planer for å iverksette slike tiltak, eventuelt om tiltakene er tatt inn i kommunens budsjettprosess. Kommunen vil støtte og tilrettelegge for ansatte som tar videreutdanning innen satsingsområdene, og vil gjøre aktiv bruk av ulike opplæringsressurser. Det krever at det settes av tid og ressurser, men planen omtaler ikke konkrete tiltak for å ivareta dette.

Ledelsen på sykehjemmet kan opplyse om at det er tilbud om kursing og at de ansatte jevnlig oppfordres til å melde seg på ulike kurs. Etterspørselen etter kurs er imidlertid lavere enn tilbudet

⁵ <https://www.gjovik.kommune.no/reks-regionalt-kompetansesamarbeid/>

og det stilles spørsmål om den enkelte ansattes motivasjon og ansvar for å holde seg faglig oppdatert burde vært høyere.

- Agenda Kaupangs vurdering: Kompetanseplanen peker mot flere relevante temaer for kompetanseheving og ulike relevante tilnærminger til å øke de ansattes kompetanse. Slik vi leser planen, gjenstår det fortsatt en del konkretisering for at kommunen skal kunne sikre seg den ønskede kompetansen de neste fem årene. Det gjelder spesielt tiltak for å frigjøre nødvendig tid og ressurser.

7.2 Tilstrekkelig kompetanse på vakt

Tilstrekkelig kompetanse på vakt har betydning for hvorvidt det kan antas at kommunen yter faglig forsvarlige tjenester. På sykehjem ytes pleie og medisinsk behandling til kognitivt svake og somatisk svake pasienter og fagkompetanse til stede på vakt er avgjørende for kvaliteten.

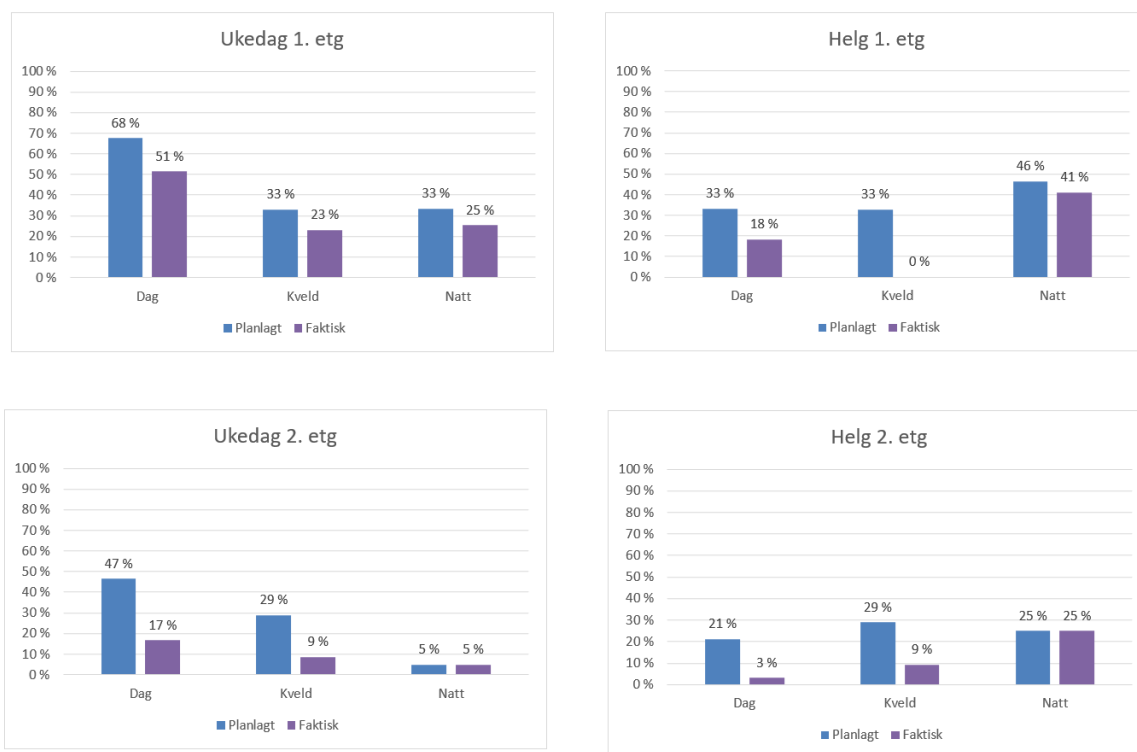
Avdelingslederne har fylt ut kartlegging av planlagt bemanning og faktisk bemanning på vakt i to uker i 2021, uke 10 og uke 11. Disse to ukene er valgt ut da de ikke har noen spesielle datoer for ferieavvikling, helligdager og liknende. Kartleggingskjemaet er fylt ut for faggruppene sykepleier, fagarbeider, assistent og lege for alle ukens dager. Skjemaet finnes i vedlegg 2 med verdier for begge avdelinger.

Kartleggingen viser at det er planlagt med en større fagandel sykepleiere enn det som faktisk er på vakt i begge avdelingene. Det er langt større andel assistenter på vakt enn planlagt og fagandelen er dårligst i helgene. I de to ukene vi har kartlagt er det vanskelig å kunne si at det er god nok sykepleiedekning til å sikre forsvarlige tjenester gjennom alle ukedager og helg.

Det er en reduksjon i antall vakter som skyldes nedtrekk i aktivitet før flyttingen til Hovlitunet. I disse ukene er kun 19 av 24 tilgjengelige plasser belagt i 1. etasje og bemanningen er tilpasset denne reduserte aktiviteten. Når vi regner ut prosentvis sykepleierdekning og resultater presenteres som andeler har bemanningstilpasningen lite å si. Beregningen er gjort slik at fagandelen for *planlagt* sykepleiedekning gjenspeiler andelen sykepleiervakter av totalt antall *planlagte* vakter, mens *faktisk* sykepleiedekning gjenspeiler andelen sykepleiervakter av totalt antall *faktiske* vakter. Vi har ikke sammenholdt antallet personer på jobb med antallet plasser og således regnet ut pleiefaktor.

Vi ser av kartleggingen at det er flere vakter hvor det kun er én sykepleier til stede på huset. Fire netter i uke 10 er det ingen sykepleier på vakt på de to avdelingene. Kartleggingen tyder på at de to avdelingene samarbeider om sykepleierressurser.

Figur 2 Diagrammer over planlagt og faktisk sykepleierdekning i uke 10 og 11



Figurene over viser ukedager og helger i 1. og 2. etasje i dagens sykehjem. Figurene viser at det hverken i ukedagene eller i helgene faktisk er så god sykepleierdekning som planlagt. Det planlegges med lav sykepleierdekning i helgene og den faktiske sykepleierdekningen blir enda lavere. Vi kjenner til at kommunen både har utfordringer i å rekruttere sykepleiere og at en stor andel av tilsatte sykepleiere er i permisjon eller langtidssfravær. Dette gjør det ekstra utfordrende å få helger til å gå opp. Flere diagrammer kan ses i vedlegg 2.

De manglende sykepleiervaktene erstattes med fagarbeidere og assistenter og det er spesielt i helgene det er stor andel assistenter. Dette innebærer at det faglig kan skje mindre i helgene av de oppgavene som er viktig for kvaliteten i pleien og at belastningen av faglige avgjørelser er større på de sykepleierne som har vakt i helgene.

Fredager er ofte dagen for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Når de utskrivningsklare kommer vil sykehjemmet ha et dårligere utgangspunkt for å ta dem imot ettersom fagandelen er svak i helg. Ledere er også i mindre grad til stede i helger. Uten ledelse til stede, med lavere fagdekning og høyere andel av ufaglærte med lav stillingsprosent samt nyutskrevne pasienter, vil det være rimelig å anta at risikoen for hendelser er økt i helger.

I sykehjem er det en iboende risiko i at tjenesten som ytes er kompleks og ytes til kognitivt svake pasienter gjennom hele døgnet og hele uken. Risiko for feil er dermed naturlig til stede. Det er rimelig å anta at risiko reduseres med økende fagkompetanse på vakt.

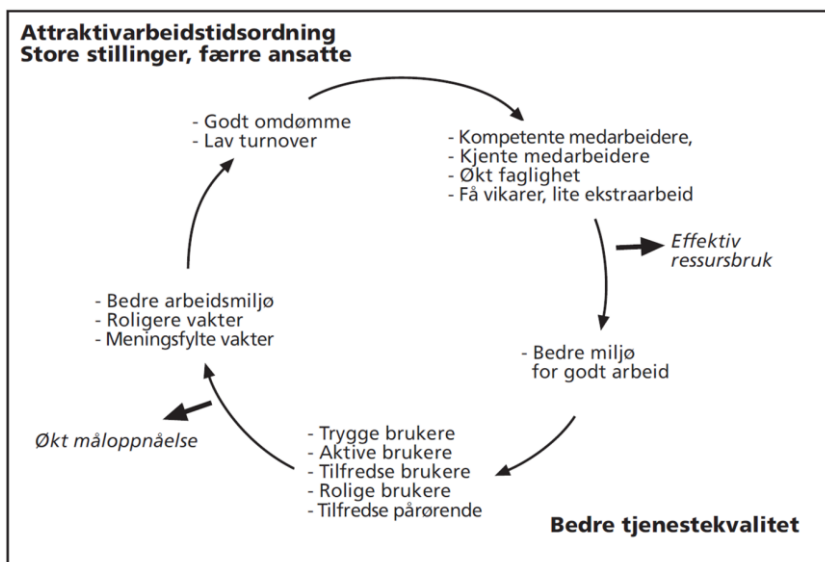
7.3 Viktige forutsetninger for å lykkes med heltidskultur, kompetanseutvikling og rekruttering av sykepleiere

Fafo skriver i en kartlegging av heltidskultur i Sørlands-kommuner

For kommunen som arbeidsgiver er en høy andel deltidsarbeid en stor utfordring som påvirker effektiviteten, kvaliteten i tjenesten, faglig utvikling og ikke minst arbeidsmiljøet. Kommunene trenger dyktige faglig engasjerte og utviklingsorienterte arbeidstakere i store stillinger for å levere tjenester av høy kvalitet.

Den gode sirkel vist i figuren under er målet ved en heltids- og kompetansekultur. Modellen er utviklet av Leif Moland i Fafo og kommuniserer at:

En attraktiv arbeidsplass med god tjenestekvalitet, effektiv ressursbruk og økt måloppnåelse henger sammen med ressursene som jobber der. Det hele starter med kompetente medarbeidere og kjente personer på vakt i store stillinger som gir økt faglighet og få vikarer. Dette bidrar både til arbeidsmiljøet, brukertilfredshet, pårørendetilfredshet, meningsfylte aktiviteter og ro på avdelingen. Ro på avdelingen gir roligere og meningsfylte vakter og bedre arbeidsmiljø som igjen gir godt omdømme og lavere turnover.



Figur 3 Den gode sirkel, modell utviklet av Leif Moland i Fafo

Det er kjent over hele landet at kommunene har behov for å rekruttere og beholde fagkompetanse. Agenda Kaupang mener å se en sammenheng med at kommuner med høy fagandel i brukerrettede tjenester i pleie og omsorg har lavere netto driftsutgifter enn kommuner med lav kompetanse. KS FoU Erfaringer med IA-ledelse 2.0 viser at andel høyere utdanning er signifikant forbundet med lavere sykefravær

Effekter av heltidskultur er en mer profesjonell organisasjon hvor det er attraktivt å jobbe og større stillinger gir trolig mer tilknytning til arbeidsplassen både når det gjelder tilhørighet og lojalitet og det å holde seg faglig oppdatert.

- Agenda Kaupangs vurdering: Vi mener at sykepleiedekningen og heltidskultur er blant de største risikoreduserende tiltakene for å sikre etterlevelse av rutiner og prosedyrer og en faglig forsvarlig tjeneste. Kravet til opplæring, løpende informasjon og kontrollaktiviteter blir tøffere når det er lavere kompetanse og ansatte med lave stillingsandeler på vakt. Kommunen bør eventuelt kartlegge fagandelen flere uker enn vi har gjort og gjøre egne vurderinger av om sykepleiedekningen er god nok for å sikre forsvarlige tjenester.

8 Vedlegg 1

Opplegg for stikkprøvekontroll av dokumentasjon

Vi ønsker totalt 12 stikkprøvekontroller av journalnotater; 3 journalnotater hver for 4 pasienter som for tiden oppholder seg på Hovli;

- Pasient 1, langtidsplass (2. etg)
- Pasient 2, langtidsplass, sengeliggende (2. etg)
- Pasient 3, korttidsplass (1. etg)
- Pasient 4, rehabiliteringsplass (1. etg)

Bruk eget skjønn. Med JA mener vi at journalnotatet vurderes som fullt ut tilfredsstillende. Med Nei mener vi at informasjon ikke er til stede.

Sjekkpunkter for hver av de 4 pasientene:

1. Er følgende beskrevet tilstrekkelig i innkostjournal (alternativt i årskontroll)

	Ja	Ja, men med noen svakheter	Ja, men med større svakheter	Nei
a) Tidligere sykdommer				
b) Klinisk status				
c) Medikamenter (legemiddel, dosering, intervaller)				
d) Punkter på sjekkliste om pårørendekontakt er gjennomført og dokumentert				
e) For korttids- og rehabpasienter, er det utarbeidet klare mål for oppholdet				

Samsvarer innkostjournal med eventuell epikrise fra sykehus

☐ Ja

☐ Nei

2. Er følgende beskrevet tilstrekkelig i journalnotater tirsdag i uke 10 (dersom det er flere journalnotater på samme dag skal alle tas med i vurderingen)

Tirsdag uke 10	Ja	Ja, men med noen svakheter	Ja, men med større svakheter	Nei	Ikke relevant
At medikamenter er kontrollert, administrert og effekt observert					
Observasjoner av hudstatus mht. trykksår					

Tiltaksplan foreligger i journalen med • Problembeskrivelse • Behovsbeskrivelse • Ressurser hos pasient • Målsetning for pleie • Tiltak for pleie					
Beskrivelse av egen funksjon ved hygieneaktiviteter					

3. Er følgende beskrevet tilstrekkelig i journalnotater onsdag i uke 10 (dersom det er flere journalnotater på samme dag skal alle tas med i vurderingen)

Onsdag uke 10	Ja	Ja, men med noen svakheter	Ja, men med større svakheter	Nei	Ikke relevant
At medikamenter er kontrollert, administrert og effekt observert					
Observasjoner av hudstatus mht. trykksår					
Tiltaksplan foreligger i journalen med • Problembeskrivelse • Behovsbeskrivelse • Ressurskartlegging • Målsetning for pleie • Tiltak for pleie					
Beskrivelse av egen funksjon ved hygieneaktiviteter					

Ved eventuelle svakheter beskriv hva svakhetene består i.

4. Når er siste legemiddelgjennomgang med lege gjennomført for denne pasienten?

Dato:

9 Vedlegg 2

Tabellen under fylles ut for planlagt bemanning og faktisk bemanning på vakter i uke 10 og 11.

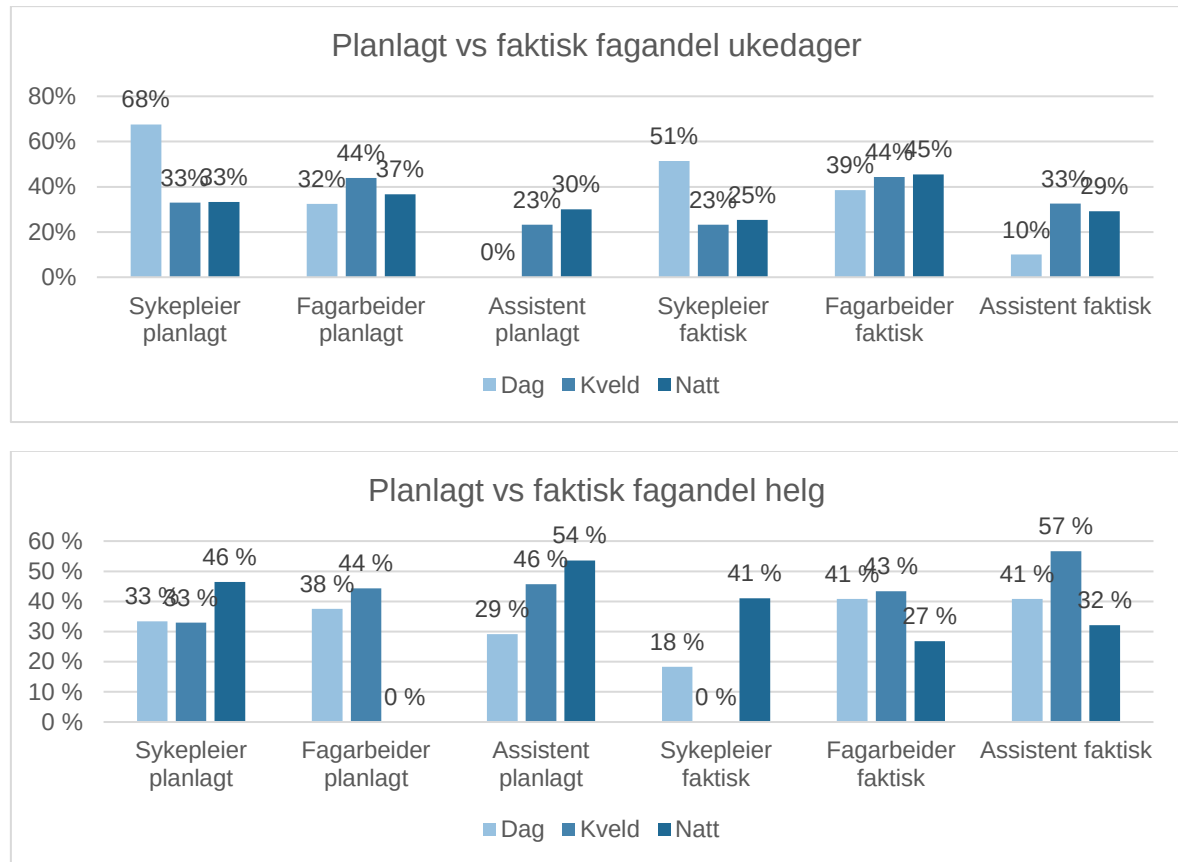
	A	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	U
1	Ansvar			pasienter/beboere/brukere (må fylles ut!!)										
20														
21	Yrkeskategori	Type vakt	Start-tidspunkt	Slutt-tidspunkt	M	T	O	T	F	L	S	SUM	Timer pr vakt	antall årsverk
25	Sykepleier	dag	07:30	15:15								0,00	7:45	-
26	Fagarbeider	dag	07:30	15:15								0,00	7:45	-
27	Assistent	dag	07:30	15:15								0,00	7:45	-
28	Lege	dag	08:00	16:00								0,00	8:00	-
29	Sykepleier	kveld	15:00	22:15								0,00	7:15	-
30	Fagarbeider	kveld	15:00	22:15								0,00	7:15	-
31	Assistent	kveld	16:00	23:00								0,00	7:00	-
32	Sykepleier	natt	22:00	07:45								0,00	9:45	-
33	Fagarbeider	natt	22:00	07:45								0,00	9:45	-
34	Assistent	natt	23:00	08:00								0,00	9:00	-
55														
56														
57	Oppsummering arbeidsplan		Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag						
58	dag		0	0	0	0	0	0						
59	mellom		0	0	0	0	0	0						
60	langvakt		0	0	0	0	0	0						
61	kveld		0	0	0	0	0	0						
62	natt		0	0	0	0	0	0						
63	sovende nattvakt		0	0	0	0	0	0						
64	Sum		0	0	0	0	0	0						
65														

Resultat for Avdeling 1. etasje		Uke 10		Uke 11		
		Ukedager	Helger	Ukedager	Helger	
Dagvakter	Planlagte sykepleiervakter	Antall	29	4	29	4
	Faktiske sykepleiervakter		20	2	16	2
	Planlagte fagarbeidervakter		12	4	16	5
	Faktiske fagarbeidervakter		12	4	15	5
	Planlagte assistentvakter		0	4	0	3
	Faktiske assistentvakter		3	4	4	5
Kveldsvakter	Planlagte sykepleiervakter		12	2	5	0
	Faktiske sykepleiervakter		7	0	4	0
	Planlagte fagarbeidervakter		13	6	10	2
	Faktiske fagarbeidervakter		13	7	8	1

	Planlagte assistentvakter	0	2	13	5
	Faktiske assistentvakter	3	3	13	5
Nattevakter	Planlagte sykepleiervakter	5	2	2	3
	Faktiske sykepleiervakter	2	1	4	4
	Planlagte fagarbeidervakter	4	0	4	0
	Faktiske fagarbeidervakter	6	1	4	2
	Planlagte assistentvakter	1	2	6	4
	Faktiske assistentvakter	2	2	5	1
Fagandel planlagt og faktisk	Andel sykepleiere dag planlagt Prosent	71 %	33 %	64 %	33 %
	Andel sykepleiere dag faktisk	57 %	20 %	46 %	17 %
	Andel sykepleiere kveld planlagt	48 %	20 %	18 %	0 %
	Andel sykepleiere kveld faktisk	30 %	0 %	16 %	0 %
	Andel sykepleiere natt planlagt	50 %	50 %	17 %	43 %
	Andel sykepleiere natt faktisk	20 %	25 %	31 %	57 %
Fagandel planlagt og faktisk	Andel fagarbeidere dag planlagt	29 %	33 %	36 %	42 %
	Andel fagarbeidere dag faktisk	34 %	40 %	43 %	42 %
	Andel fagarbeidere kveld planlagt	52 %	60 %	36 %	29 %
	Andel fagarbeidere kveld faktisk	57 %	70 %	32 %	17 %
	Andel fagarbeidere natt planlagt	40 %	0 %	33 %	0 %
	Andel fagarbeidere natt faktisk	60 %	25 %	31 %	29 %
Fagandel planlagt og faktisk	Andel assistenter dag planlagt	0 %	33 %	0 %	25 %
	Andel assistenter dag faktisk	9 %	40 %	11 %	42 %
	Andel assistenter kveld planlagt	0 %	20 %	46 %	71 %
	Andel assistenter kveld faktisk	13 %	30 %	52 %	83 %
	Andel assistenter natt planlagt	10 %	50 %	50 %	57 %
	Andel assistenter natt faktisk	20 %	50 %	38 %	14 %

Planlagt sammenliknet med faktisk fagandel 1. etasje i uke 10 og 11:

Figur 4 Diagrammer som sammenlikner planlagt og faktisk fagandel 1. etasje gjennomsnitt uke 10 og 11



Resultater for Avdeling 2. etasje		Uke 10		Uke 11	
		Ukedager	Helger	Ukedager	Helger
Dagvakter	Planlagte sykepleiervakter Antall	24	4	23	3
	Faktiske sykepleiervakter	9	0	6	1
	Planlagte fagarbeidervakter	26	4	24	9
	Faktiske fagarbeidervakter	19	2	20	9
	Planlagte assistentvakter	0	10	4	3
	Faktiske assistentvakter	16	14	20	6
Kveldsvakter	Planlagte sykepleiervakter	12	2	12	3
	Faktiske sykepleiervakter	3	2	4	1
	Planlagte fagarbeidervakter	23	7	25	9
	Faktiske fagarbeidervakter	21	4	21	8
	Planlagte assistentvakter	7	5	4	5
	Faktiske assistentvakter	17	10	15	7
Nattevakter	Planlagte sykepleiervakter	1	0	0	2
	Faktiske sykepleiervakter	0	0	1	2
	Planlagte fagarbeidervakter	9	3	10	2
	Faktiske fagarbeidervakter	9	4	9	2
	Planlagte assistentvakter	0	1	0	0
	Faktiske assistentvakter	1	0	0	0
Fagandel planlagt og faktisk	Andel sykepleiere dag planlagt Prosent	48 %	22 %	45 %	20 %
	Andel sykepleiere dag faktisk	20 %	0 %	13 %	6 %
	Andel sykepleiere kveld planlagt	29 %	14 %	29 %	18 %
	Andel sykepleiere kveld faktisk	7 %	13 %	10 %	6 %
	Andel sykepleiere natt planlagt	10 %	0 %	0 %	50 %
	Andel sykepleier natt faktisk	0 %	0 %	10 %	50 %
Fagandel planlagt og faktisk	Andel fagarbeidere dag planlagt	52 %	22 %	47 %	60 %
	Andel fagarbeidere dag faktisk	43 %	13 %	43 %	56 %
	Andel fagarbeidere kveld planlagt	55 %	50 %	61 %	53 %
	Andel fagarbeidere kveld faktisk	51 %	25 %	53 %	50 %

Fagandel planlagt og faktisk	Andel fagarbeidere natt planlagt	90 %	75 %	100 %	50 %
	Andel fagarbeidere natt faktisk	90 %	100 %	90 %	50 %
	Andel assistenter dag planlagt	0 %	56 %	8 %	20 %
	Andel assistenter dag faktisk	36 %	88 %	43 %	38 %
	Andel assistenter kveld planlagt	17 %	36 %	10 %	29 %
	Andel assistenter kveld faktisk	41 %	63 %	38 %	44 %
	Andel assistenter natt planlagt	0 %	25 %	0 %	0 %
	Andel assistenter natt faktisk	10 %	0 %	0 %	0 %

Planlagt sammenliknet med faktisk fagandel 2. etasje i uke 10 og 11:

Figur 5 Diagrammer som sammenlikner planlagt og faktisk fagandel gjennomsnitt uke 10 og 11

