



## Forvaltningsrevisjon | Bergen kommune Kvalitet i tjenesteytingen ved to sykehjem

September 2023

«Forvaltningsrevisjon av kvalitet i  
tjenesteytingen ved to sykehjem»

September 2023

Rapporten er utarbeidet for Bergen  
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS  
Postboks 6013 Postterminalen, 5892  
Bergen  
tlf: 55 21 81 00  
[www.deloitte.no](http://www.deloitte.no)  
[forvaltningsrevisjon@deloitte.no](mailto:forvaltningsrevisjon@deloitte.no)

# Sammendrag

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av kvalitet i tjenesteytingen ved to kommunale sykehjem i Bergen kommune, herunder en avdeling ved hvert av sykehjemmene. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune 2018, men ble satt på vent som følge av covid-19. Etter vedtak i kontrollutvalget i møte 07.12.2022, sak 105/22, ble revisjonen gjenopptatt våren 2023.

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om det er god kvalitet i tjenestene ved sykehjemmene. Vi har undersøkt to hovedproblemstillinger; hovedproblemstilling 1 er knyttet til å undersøke hvilken internkontroll sykehjemmene har for å sikre god styring og kontroll med tjenesteytingen, mens hovedproblemstilling 2 er knyttet til å undersøke den faktiske kvaliteten i tjenestene på utvalgte områder.

I undersøkelsen er det gjennomført dokumentanalyse av rutiner og prosedyrer, intervju med ledere og ansatte ved sykehjemmene, intervju med pårørende og brukerrepresentanter, stikkprøvekontroller av journaler samt observasjon ved de to sykehjemmene, av og med veiledning fra sykepleier.

I rapporten omtaler vi de undersøkte sykehjemsavdelingene som sykehjem 1 og sykehjem 2. Deloitte har på bakgrunn av en vurdering av funnene som har kommet frem i revisjonen, valgt å anonymisere sykehjemmene, primært av hensyn til beboere og pårørende ved de aktuelle sykehjemmene. Formålet med en slik revisjon er også at svakheter som blir avdekket kan brukes til å vurdere behov for forbedringer ved alle sykehjem, og ikke kun ved de enkeltstående sykehjemmene som har blitt undersøkt.

Under oppsummerer vi Deloitte's funn og vurderinger fra forvaltningsrevisjonen. I denne forvaltningsrevisjonen gjør vi våre vurderinger basert på følgende skala:

- I hovedsak tilfredsstillende (grønn)
- Akseptabel, men med noen svakheter (gul)
- Mindre tilfredsstillende (oransje)
- Ikke tilfredsstillende (rød)

I rapportens vurderingskapitler, herunder kapittel 3.4 og kapittel 4.4, er våre vurderinger oppsummert med fargekode. I sammendraget skriver vi imidlertid vurderingen i tekst.

## Internkontrollen ved sykehjemmene

Internkontroll skal kort fortalt understøtte god styring og kontroll med virksomheten og tjenestene som ytes, og være et verktøy for at ledelsen skal kunne ha oversikt og betryggende kontroll uten å måtte være involvert i alle oppgaver som gjennomføres. På helse- og omsorgsfeltet, er internkontrollen regulert gjennom lov- og regelverk. I denne undersøkelsen legger vi derfor primært lov- og regelverk, men også Bergen kommunes visjon for de kommunale sykehjemmene, til grunn som revisjonskriterier for å vurdere internkontrollen ved de to sykehjemmene.

## Rutiner for sentrale arbeidsoppgaver er i hovedsak tilfredsstillende

Det er et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer og rutiner for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen og har rutiner som bidrar til å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillt sine grunnleggende behov. Etat for sykehjem har utviklet felles rutiner/prosedyrer for alle kommunale sykehjem, som er tilgjengelig i Bergen kommunes kvalitetssystem BkKvalitet. Det foreligger felles prosedyrer for en lang rekke områder, blant annet legemiddelhåndtering, ernæring og fallforebygging. Etter Deloitte's vurdering foreligger det i **hovedsak tilfredsstillende rutiner** for oppgaver og områder som er sentrale for tjenesteytingen i sykehjem.

## Tilgjengelighet og opplæring i rutiner er akseptabel, men med noen svakheter

Regelverket stiller forventninger om at øverste leder sørger for at medarbeidere i helse- og omsorgsvirksomheter har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, inkludert relevant regelverk og retningslinjer jf. forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 b

Det er etablert sjekklister/opplæringsplaner ved begge sykehjem, og opplæringen inkluderer både praktisk opplæring og opplæring i system og rutiner. Når det gjelder tilgjengeligheten og opplæringen i rutiner og prosedyrer oppleves dette

ikke alltid tilfredsstillende av de ansatte, men flere har vist til at det finnes ressurspersoner å kontakte ved behov for veiledning og hjelp. Samtidig innebærer mangelfull opplæring en risiko for at prosedyrer ikke etterleves. Basert på det som fremkommer av undersøkelsen er vår samlede vurdering at **tilgjengeligheten og opplæring i rutiner er akseptabel, men med noen svakheter.**

### Kontroller for å sikre etterlevelse av rutiner og prosedyrer ved sykehjemmene er mindre tilfredsstillende

Sentralt i ethvert godt internkontrollsystem er å gjennomføre egne kontroller av om virksomhetens rutiner etterleves i praksis og om de fungerer som de skal, jf. COSO-rammeverket. I Bergen kommunes visjon for kommunale sykehjem er det nedfelt at kommunen skal ha kontrolltiltak og rutiner som sikrer god kvalitet på tjenesten og god ressursstyring av sykehjemmene.

Det er ved begge sykehjem innført kontrolltiltak for å sikre etterlevelse av rutiner og lovverk. Flere av disse tiltakene er tilrettelagt fra etaten, som f.eks. legger til rette for styringsinformasjon gjennom kvalitetsindikatorrapporter og styringssystemet BkStyring. I tillegg følger etaten opp sykehjemmene gjennom årlige driftsoppfølgingsmøter og andre former for interne kontroller.

Kontrolltiltakene fremstår gode og hensiktsmessige når det gjelder å bidra til at en rekke sentrale oppgaver og prosedyrer etterleves. Vår vurdering er imidlertid at det er svakheter i sykehjemmenes kontroller av journalføring og mer dyptgående kontroller av etterlevelse av spesifikke rutiner, jf. at det ikke ta systematiske stikkprøver av dette ved de to sykehjemmene. Det er også avdekket i denne forvaltningsrevisjonen at flere prosedyrer ikke etterleves ved de to sykehjemmene (se nærmere omtale under). Vår samlede vurdering er derfor at **kontrolltiltakene** ved det enkelte sykehjem for å sikre etterlevelse av rutiner og prosedyrer er **mindre tilfredsstillende.**

### Risikovurderinger og avvikssystem ved sykehjemmene er mindre tilfredsstillende

Det er et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten/pasientsikkerheten, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d. Sykehjemmene skal jevnlig og systematisk risikovurdere tjenesteytingen, og følge opp identifiserte risikoer med risikoreducerende tiltak, jf. veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Begge sykehjem opplyser at det gjennomføres **risikovurderinger**, men Deloitte har kun fått tilsendt risikovurdering fra ett av sykehjemmene, selv om det er etterspurt hos begge. Risikovurderingen som vi har sett dokumentert, beskriver ikke i tilfredsstillende grad risikoer og tiltak, og det er også utydelig plassering av ansvar for tiltakene. Samlet sett, basert på svakheter i risikovurderingen ved det ene sykehjemmet og manglende dokumentasjon på risikovurderinger ved det andre sykehjemmet, er vår vurdering at **praksisen når det gjelder risikovurderinger er mindre tilfredsstillende.**

Risikovurderinger er imidlertid ikke eneste kilde til å identifisere risikoområder. Innspill fra ansatte er også viktig for å kartlegge og følge opp risiko. Ansatte ved begge sykehjem viser til at de **ikke melder så mange avvik som de burde**, noe som blir opplyst å være knyttet til mangel på tid og tidvis også at det er vanskelig å vurdere hvilke avvik som skal meldes hvor, herunder i BkKvalitet eller i journalsystemet. Begge sykehjemsavdelinger som har vært gjenstand for revisjon, jobber likevel på flere måter godt med avvik og tar også opp forbedringsområder med ansattgruppen. Det at ansatte melder avvik, er en forutsetning for at lederne skal kunne bruke avvik i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Det er derfor viktig å jobbe med å sikre at det er tydelig for de ansatte hvilke avvik som skal meldes, samt legge til rette for at ansatte får nok tid til å melde avvik, noe begge avdelinger bør ha oppmerksomhet på.

### Bemanningsplanlegging er i hovedsak tilfredsstillende

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. For å etterleve kravet, bør sykehjemmene jevnlig vurdere og planlegge bemanningen og kompetansen opp mot beboernes behov og hvilke oppgaver som må/skal utføres.

Utfordringer med rekruttering av helsefagarbeidere og sykepleiere er til stede ved begge sykehjem som ellers i landet, noe som innebærer både vakanser og at det ikke alltid er mulig å erstatte fagpersonell ved fravær. De to sykehjemmene har iverksatt eller vurderer tiltak for å **bruke tilgjengelig kompetanse** på tvers av sykehjemmet.

Begge sykehjem har videre etablert en fast praksis med å **ukentlig vurdere bemanningen** på jobb påfølgende helg og uke, der det gjøres en samlet vurdering av kompetansen på hele sykehjemmet. Dette fremstår spesielt viktig i lys av at sykehjemmene har utfordringer med vakanser og sykefravær. Det er også positivt at avdelingsledere tilstreber å bruke kjente/langvarige **vikarer** når behov for vikar oppstår, noe vi vurderer som positivt for å sikre at de som yter tjenestene har kjennskap til både beboere og rutiner ved sykehjemmet.

Basert på det som kommer frem av undersøkelsen, er vår vurdering at sykehjemmene i **hovedsak har en tilfredsstillende bemanningsplanlegging**, uten at dette betyr at bemanningen alltid er tilstrekkelig.

### Involvering av ansatte i utviklingen av tjenestene er i hovedsak tilfredsstillende ved sykehjem 2, men mindre tilfredsstillende ved sykehjem 1

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 d skal helse- og omsorgsvirksomheter sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Jamfør tilhørende veileder<sup>1</sup> til forskriften, er det viktig at sykehjemmene legger til rette for og oppmuntrer til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder, da det er de ansatte som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften.

Begge sykehjem gjennomfører medarbeiderundersøkelser, medarbeidersamtaler og faste møter mellom avdelingsleder og ansatte i samsvar med krav og forventninger om dette i veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Dette er viktige arenaer for å legge til rette for involvering fra ansatte i utvikling av tjenestene. I tillegg gjennomfører sykehjemmene pasientsikkerhetsvisitter og tavlemøter der personalgruppen involveres i å vurdere pasientsikkerheten på sin avdeling.

Vår vurdering er derfor i utgangspunktet at avdelingene ved begge sykehjem har iverksatt **gode tiltak for å involvere ansatte i utvikling av tjenestene**, selv om vi merker oss at noen ansatte mener at det gjerne kunne vært gjort enda mer for å oppmuntre ansatte til å melde fra om forbedringsområder og risiko i tjenestene. Det er også identifisert utfordringer i dialogen og samarbeidet mellom ledelsen og deler av personalgruppen ved sykehjem 1.

### Brukermedvirkningen er akseptabel, men med noen svakheter

Det er regulert gjennom flere regelverk at brukere, i dette tilfellet beboere og deres pårørende, skal få medvirke i tjenestene. Dette gjelder både på systemnivå og på individnivå. Kravet til kommunen er blant annet at det skal arbeides systematisk med å innhente og gjøre bruk av tilbakemeldinger og forbedringsideer fra brukere og pårørende (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6g). Videre skal kommunen sikre medvirkning og informasjon på individnivå, der brukeren selv eller nærmeste pårørende får informasjon om brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (pasient- og brukerrettighetsloven §3-2).

Det er Deloitte's vurdering at sykehjemmene på flere områder legger vekt på og tilrettelegger for at **beboere får medvirke** i utføring av tjenester og får ta aktive valg i hverdagen, jf. beboers rett til å gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (forskrift om verdig eldreomsorg §3). Både gjennom intervju og observasjoner fremkommer det at beboere får spørsmål om hva de ønsker og får ta aktive valg.

Det er også positivt at det er etablert **brukerråd** og at det gjennomføres **pårørendeundersøkelser**. Dette vurderer vi som gode tiltak som skal legge til rette for at brukerens stemme blir hørt, og at tjenestene får tilbakemeldinger som de kan bruke til å forbedre tjenestene.

På tross av dette, er det gjennom våre intervjuer avdekket at det er pårørende som opplever at det ikke blir gitt informasjon om beboeres helsetilstand, legemiddelbruk og andre viktige endringer. Selv om pårørendeundersøkelser viser at mange er fornøyd med tjenestetilbudet, er det altså funn som avdekker noen svakheter i hvordan sykehjemmene ivaretar pårørende sin rett til informasjon om beboers helsetilstand og den helsehjelp som ytes (jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-2). Vår samlede vurdering er derfor at tilrettelegging for brukermedvirkning er akseptabel, men at det er noen svakheter som bør følges opp.

## Kvalitet i tjenestene

Kvalitet kan defineres som *i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk*.<sup>2</sup> I denne undersøkelsen er det en slik kvalitetsdefinisjon som legges til grunn, og vi vurderer kvaliteten ved å svare på om tjenestetilbudet ved de to sykehjemmene oppfyller forventninger slik de er definert i lov- og regelverk og andre styrende dokumenter. Vi ser særlig på områdene personlig hygiene og sårstell, aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå, måltider og ernæringsoppfølging, legemiddelhåndtering og renhold.

<sup>1</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore#paragraf-7d-medvirkning-fra-medarbeidere>

<sup>2</sup> <https://snl.no/kvalitet>

### Ivaretagelse av personlig hygiene er akseptabel, men med noen svakheter. Sårstell vurderes som i hovedsak tilfredsstillende.

Kommunen skal ha et tjenestetilbud som blant annet legger til rette for at beboere får hjelp til personlig hygiene (jf. verdighetsgarantiforskriften § 3). Kommunen skal også ha skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov som personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett), mulighet til selv å ivareta egenomsorg, nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene og tilpasset hjelp ved av- og påkledning.

Begge sykehjem har etablert stellebeskrivelser for beboerne, og beboere får bistand til stell, toalett, dusjing, tannhygiene m.m. Det er viktig å presisere at det er ulikt om og i hvilken grad beboere ønsker eller må ha bistand til å ivareta sin personlige hygiene. Ved Deloitte's observasjoner på sykehjemmene fremstår beboerne i hovedsak stelte og rene i tøyet, og vi observerer også at beboere får tilbud om og bistand til å gå på toalettet og annen hjelp. Samtidig merker vi oss at pårørende kommer med eksempler som kan innebære at bistanden til personlig hygiene ikke alltid er tilfredsstillende.

Det var ingen beboere med sår på revisjonstidspunktet, men vi har sett dokumentasjon i journaler på tidligere sårprosedyrer. Basert på dette, samt intervjuer med ansatte, er det vår vurdering at sykehjemmene sikrer at beboerne får nødvendig behandling av sår.

### Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå er mindre tilfredsstillende

Kommunen skal ha et tjenestetilbud som blant annet legger til rette for at tjenestemottakerne får mulighet til å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen, jf. verdighetsgarantiforskriften § 3. Kommunen skal videre etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3 også utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Deloitte's vurdering er at sykehjemmene har etablert flere hensiktsmessige tiltak som skal bidra til å sikre at beboerne får dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, jf. krav og forventninger i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3. Deloitte finner det positivt at begge sykehjem har aktivitører som jobber med å tilrettelegge og gjennomføre både individrettede og fellesaktiviteter for beboerne ved sykehjemmene. Det gjennomføres en rekke fellesaktiviteter på begge sykehjem, som gudstjenester, dame- og herreklubb, turgåing, konserter og musikk m.m.

Når det gjelder den individrettede aktiviteten, er dette et begrenset tilbud fra aktivitørene på grunn av kapasitet, og hovedvekten av individrettet aktivitet må derfor ivaretas av den enkelte avdeling. Undersøkelsen viser at **aktivitet inne på avdelingene ofte må nedprioriteres** ved mangel på personell, noe vi vurderer som uheldig. Vi merker oss også at flere pårørende opplever at det ikke er tilstrekkelig aktivisering av deres nærstående, og at enkelte trekker frem at funksjonsnivået er redusert etter innflytting. Etter verdighetsgarantien skal tjenestene bidra til at eldre kan bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Dette kan ivaretas gjennom deltakelse i daglige gjøremål og gjennom tilrettelagte aktiviteter. At aktivitet da utgår, samtidig som **at beboerne det er aktuelt for i begrenset grad deltar i daglige gjøremål** (slik som for eksempel å smøre på egen mat, forsyne seg selv) er slik vi ser det uheldig ikke bare for aktivitetens del, men også for å bevare funksjonsnivået.

Deloitte ønsker å presisere at vårt inntrykk, basert på det vi har observert, er at ansatte gjør så godt de kan innenfor de rammene de har. At det ikke er mulig å gjennomføre all planlagt aktivitet er slik vi ser det en konsekvens av tiden ikke strekker til, fordi ansatte må ivareta mer presserende oppgaver og behov.

Etter Deloitte's vurdering er det videre grunn til å stille spørsmål ved om det gjøres nok for å sikre tilrettelagte aktiviteter for alle beboere, ettersom det fremkommer at det ofte er de samme beboerne som deltar på ulike aktiviteter, og at noen i liten grad eller aldri deltar på felles aktiviteter. Det er imidlertid viktig å presisere at det også er beboere som ikke ønsker å delta i felles aktivitet, og at dette er ønsket som skal og blir hensyntatt.

Deloitte's vurdering er også at dokumentasjonen på aktivisering kan forbedres.

Når det gjelder **fall**, er det Deloitte's vurdering at sykehjemmene ikke i tilfredsstillende grad benytter de utarbeidede rutineene for fall, som å utarbeide tiltaksplaner når det er beboere med høy score på fallrisiko.

### Måltider og ernæringsoppfølging er ikke tilfredsstillende

Kommunen skal ha et tjenestetilbud som blant annet legger til rette for et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider, jf. verdighetsgarantiforskriften § 3. Kommunen skal videre etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat og tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. Etat for sykehjem har også utarbeidet felles retningslinjer for

forebygging og behandling av underernæring ved aldersinstitusjoner i Bergen kommune, som er lagt til grunn for å vurdere praksisen ved sykehjemmene.

Deloitte vurderer at sykehjemmene i hovedsak klarer å gi beboerne **tilpasset hjelp under måltidene og nok ro og tid** til å spise jf. § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, selv om vi også har observert enkeltvis unntak som skyldes at personell må trå til på andre oppgaver. Ved begge sykehjem finner vi bord som er pent dekket og trivelige omgivelser, og det er i hovedsak **god atmosfære** rundt måltidsituasjonene.

Det er imidlertid Deloitte vurdering at **sykehjemmene ikke har en måltidshyppighet som er i samsvar med etatens rutiner** for å sikre at det ikke er mer enn 11 timer mellom siste måltid og første måltid neste dag. For **Sykehjem 1** er det 14,5 timer mellom kveldsmaten og frokosten påfølgende dag, og for **Sykehjem 2** er det 14,5 timer i ukedagene og 15 timer i helgene. Det fremkommer også at det er beboere som ikke etterspør mat når de er sultne, noe som etter vår vurdering **understreker viktigheten av å unngå lange intervaller mellom faste måltider**.

Vår vurdering er også at det **i for liten grad er valgfrihet knyttet til mat**, spesielt gjelder dette middagsmåltidene. For begge sykehjem leveres det middager, og det er en fast middag per dag. I tilfeller der beboer ikke ønsker den aktuelle middagen, tilberedes det enklere middager som karbonader med potetmos. Sykehjem 2 har hengt opp informasjon om ukens middagsmeny godt synlig for beboere, slik at de er informert, og kan gi uttrykk for ønske endringer i forkant. Ved Sykehjem 1 er dette ikke tilfellet, og Deloitte mener derfor at sykehjemmet ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for at beboerne kjenner ukens middagsmeny og dermed får muligheten til å melde fra om andre ønsker. Dette er viktig fordi det kan bidra til at måltidene kan tilpasses i større grad, når ønskene er kjent på forhånd.

Deloitte vurderer videre at sykehjemmene **varierende grad har tilfredsstillende ernæringsplaner for alle beboere**. Enkelte beboere har dokumentert hvilken mat de liker, hvor mye de spiser osv., men basert på dokumentasjonen som fremgår av journaler er ikke informasjonen alltid oppdatert i henhold til rutine. Videre er det ikke tilfredsstillende at vi finner tilfeller hvor beboere har gått ned i vekt, **uten at det følges opp videre i ernæringsplanen hvilke tiltak** som bør iverksettes og følges opp.

Deloitte finner i journaler enkelte beboere som er undervektige, med BMI under 16 (som av NHI kategoriseres som undervekt grad 3). Selv for disse beboerne finner vi **ikke at det utføres ukentlig vekt**, i henhold til Bergens kommunes retningslinje for forebygging og behandling av underernæring ved aldersinstitusjoner. Deloitte finner at alle beboere veies en gang per måned uavhengig av vektstatus. Dette gjelder for **begge sykehjem**. Dette betyr at ved risiko for undervekt, eller en allerede oppstått undervekt, er det **fare for at vektnedgangen fortsetter**. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer imidlertid sykehjemsledelsen ved sykehjem 1 at beboere med undervekt veies hyppigere. Dette er imidlertid ikke dokumentert i journaler, og ansatte gir annen informasjon.

Alle mennesker har behov for tilstrekkelig **væskeinntak**. Veiledende verdi for å estimere væskebehov er ifølge etatens rutiner 30 ml per kilo kroppsvekt. Altså, hvis en beboer veier 50 kg er beboers væskebehov 1500 ml eller 1,5 liter per dag. Deloitte har ikke utført væskeberegning, eller observert hvor mye en beboer drikker/får tilbud om i løpet av et døgn, men av den observasjonen vi har gjort, og innspill fra de ansatte mener vi det kan være **risiko for at ikke alle beboerne får i seg** tilstrekkelig væske.

Samlet sett er vår vurdering av **måltider og ernæringsoppfølgingen ved de to sykehjemmene ikke tilfredsstillende**.

### Legemiddelhåndtering er ikke tilfredsstillende på alle områder

Det er en rekke krav knyttet til internkontroll og håndtering av legemidler, jf. forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp. Blant annet skal virksomheten sørge for opplæringen og kompetanse i legemiddelhåndtering, ha et system for håndtering av narkotiske stoffer og vanedannende medisin, sikre at legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende, og helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.

Deloitte vurderer at **begge sykehjem** i hovedsak har en tilfredsstillende praksis når det gjelder å etterleve kravet om at det kun er **godkjent personell og helsepersonell som kan dele ut medisin**, jf. krav i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §4.

Deloitte finner videre at legemidler ikke alltid blir gitt til **riktig tid**, i henhold til §7 i samme forskrift, ved **begge sykehjem**. Det blir både fortalt om, og observert, at medisinutdeling starter for sent slik at medisinen ikke blir gitt når den skal.

Videre finner Deloitte at **begge sykehjem** har et **system for håndtering av A- og B-preparater** (narkotiske stoffer og vanedannende medisin) i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering (del 1), og disse legemidlene er oppbevart i låsbart skap i medisinrom med elektronisk lås med logging. Begge sykehjem fører også narkotikaregnskap.



Det vurderes imidlertid som **ikke tilfredsstillende** med et «**tillitsbasert**» system som innebærer at det ligger narkotikapreparater til kassering på benken på medisinnrommet, ved **Sykehjem 2**. Dette innebærer etter Deloitte vurdering **risiko for at narkotikapreparater kan forsvinne**, uten at noen ville merket det. Etter vår vurdering må det enten være to sykepleiere til stede ved kassering, alternativt må det dokumenteres hvilke narkotikapreparater som er lagt på benken til kassering i påvente av at to sykepleiere kan dobbeltsignere.

Når det gjelder **legemiddellagrene (medisinnrommene)** i seg selv, er det Deloitte vurdering at disse er **låst, rene og ryddige** i henhold til prosedyre, ved **begge sykehjem**.

Deloitte har observert at et par beboere på avdelingen ved **Sykehjem 2** har hatt **oksygenbehandling** under revisjonen. Deloitte har da sett at **oksygenapparatet har vært plassert på gangen utenfor beboerrømmet**. Dette er ikke i henhold til forskrift om legemiddel håndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §6 som sier at legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Det er heller ikke i henhold til etatens prosedyre for legemiddel håndtering der det står at oksygenapparat må plasseres slik at dosering ikke kan endres av uvedkommende, og praksisen vurderes som **ikke tilfredsstillende**. Konsekvensen av **endringer i doseringen** for oksygen **kan være svært alvorlig**, og i verste fall føre til respirasjonsstans. Det er heller ikke tilfredsstillende at **medisintralle blir forlatt ulåst** ved utdeling av medisin ved **sykehjem 2**, ettersom dette i praksis kan innebære at uvedkommende har tilgang til medisin.

Videre er det Deloitte vurdering at sykehjemmene ikke etterlever §3-6 i lov om pasient- og brukerrettigheter, som skal sikre beboer vern mot spredning av legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger. Deloitte finner ved samtlige observasjoner at **medisincardex med personopplysninger og legemiddelopplysninger ligger åpen for innsyn** for uvedkommende. Vi merker oss at etaten skal innføre digitale legemiddellister og signeringslister.

Ved **Sykehjem 2** er **ikke insulinpenn** merket med «**dato for åpning**» i henhold til etatens prosedyre for legemiddel håndtering, noe som **kan føre til at beboer får insulindoser fra en penn som har vært åpnet for lenge**. Videre står det i samme prosedyre at dosen for legemiddel som doseres i Internasjonale Enheter bør på legemiddeloversikter konsekvent angis som E og ikke IE. Dette for å unngå forveksling av for eksempel 2 IE som 21 E. Deloitte finner her at det dokumenteres både med IE og med E om hverandre (også for samme beboer) ved **Sykehjem 2**.

Ved **Sykehjem 1** ligger det enkelte **behovsmedisiner** (A-preparater) som for eksempel Oxynorm i en skuff i medisintrallen på avdelingen. Det foreligger **egget regnskap** for disse medisinene, og medisinene er i originalpakning (brett), men ikke i originalemballasje. Dette er ikke i samsvar med etatens prosedyre for legemiddel håndtering der det står at gruppe A og B medisiner som oppbevares i medisintralle **skal oppbevares i originalemballasje**.

### Renholdet ved sykehjemmene fremstår i hovedsak tilfredsstillende

I denne undersøkelsen har vi lagt til grunn at arealer og inventar ved de to sykehjemmene skal være rene og ryddige, og at det ikke er flekker, skitt og rot som kan besiktiges visuelt, og at rutiner for dokumentasjon av renhold og temperaturmålinger etterleves.

Ved våre besøk på sykehjemmene fremstår **renholdet** i all hovedsak å være tilfredsstillende, i form av at arealene er rene og ryddige. Det fremstår også å være gode renholdsrutiner, herunder at det foreligger skriftlige planer som beskriver renhold for ulike arealer og kvitteringslister for flere renholdsoppgaver.

Vi merker oss imidlertid at ansatte ved begge sykehjem mener at renholdet ikke alltid er godt nok, og enkelte pårørende også trekker frem mangler. Både ledere og ansatte viser til at renholdsoppgaver kan bli nedprioritert dersom det er hektisk på jobb.

I lys av bemanningssituasjonen ved sykehjemmene og helsepersonellmangel finner vi også grunn til å påpeke at det per i dag er slik at pleie- og helsepersonell bruker tid på renholdsoppgaver, som i utgangspunktet kunne vært ivaretatt av annet personell. Vi merker oss at sykehjemmene ønsker seg at renholdsoppgavene i større grad blir utført av renholdspersonell, men at dette også er et spørsmål om økonomi for sykehjemmene.

### Bemanning

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at tjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Undersøkelsen viser at bemanningssituasjonen på de to avdelingene vi har undersøkt oppleves som krevende som følge av sykefravær og til dels for lav grunnbemanning, og Deloitte vurdering er at **mangel på personell og fagkompetanse har konsekvenser for beboerne**.

Dette er basert både på Deloitte egne observasjoner, men også informasjon som har fremkommet i intervju med de ansatte og pårørende. Konsekvensen av for lav bemanning er at grunnleggende behov som mat og drikke, stell og medisin



prioriteres, mens aktivitet og stimulering ofte er det som blir nedprioritert når det er travle vakter. Deloitte har også observert beboere som har hatt behov for bistand som ikke har fått det, da ansatte har vært opptatt med andre beboere og vil understreke at dette ikke er tilfredsstillende.

Vi merker oss at det fra både ledelse og ansatte blir vist til at **servicemedarbeidere** – som noen sykehjem fikk midler til under pandemien – kunne avlastet og frigitt tid for helse- og pleiepersonell ved å bistå ved måltider, aktiviteter m.m.

Basert på det som fremkommer av undersøkelsen, kommer vi med noen **anbefalinger** til kommunen. Disse går frem av kapittel 5, **Konklusjon og anbefalinger**.

# Innhold

1	Innledning	11
2	Om sykehjemmene	13
3	Internkontroll	15
4	Kvalitet i tjenesteytingen	32
5	Konklusjon og anbefalinger	59
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	63
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	66
	Vedlegg 3 : Tabeller pleiefaktor	69
	Vedlegg 4 : Sentrale dokumenter og litteratur	70

# Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn	11
1.2	Formål og problemstillinger	11
1.3	Metode	11
1.3.1	Dokumentanalyse	12
1.3.2	Intervju, samtaler og møter	12
1.3.3	Observasjon	12
1.3.4	Stikkprøvegjenomgang	12
1.3.5	Verifiseringsprosesser	12
1.4	Revisjonskriterier	12
2	Om sykehjemmene	13
2.1	Etat for sykehjem	13
2.2	Om sykehjemsavdelingene som er undersøkt	13
3	Internkontroll	15
3.1	Problemstilling	15
3.2	Revisjonskriterier	15
3.3	Datagrunnlag	17
3.3.1	Rutiner og prosedyrer for tjenesteutøvelsen ved sykehjemmene	17
3.3.2	System og rutiner for journalføring og dokumentasjon	18
3.3.3	Tilgang til rutiner og prosedyrer	18
3.3.4	Opplæring	19
3.3.5	Kontroller for å sikre etterlevelse av rutiner og prosedyrer	19
3.3.6	Risikovurderinger og avvikssystem	22
3.3.7	Bemanningsplanlegging	25
3.3.8	Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene	26
3.3.9	Brukermedvirkning	27
3.4	Vurdering av internkontrollen ved de to sykehjemmene	28
4	Kvalitet i tjenesteytingen	32
4.1	Problemstilling	32
4.2	Revisjonskriterier	32
4.3	Datagrunnlag	35
4.3.1	Bemanning ved avdelingene	35
4.3.2	Personlig hygiene og sårstell	38
4.3.3	Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå	40
4.3.4	Måltider og ernæring	43
4.3.5	Legemiddelhåndtering	47
4.3.6	Renhold	52
4.4	Vurdering av kvaliteten i tjenesteytingen	54
5	Konklusjon og anbefalinger	59
	Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	63
	Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	66
	Vedlegg 3 : Tabeller pleiefaktor	69

Vedlegg 4 : Sentrale dokumenter og litteratur	70
<b>Figurer</b>	
Figur 1: Organisasjonskart	13
Figur 2: Risikovurdering - sykehjem 1	23
<b>Tabeller</b>	
Tabell 1: Oversikt over et utvalg felles prosedyrer i BkKvalitet	17
Tabell 2: Oversikt over kontrolltiltak iverksatt ved de to sykehjemmene	20
Tabell 3: Oversikt over meldte avvik	24
Tabell 4: Bemanningsoversikt og pleiefaktor ved sykehjem 1	35
Tabell 5: Bemanningsoversikt og pleiefaktor ved gruppe A og B, Sykehjem 2	35
Tabell 6: Tidspunkt for måltider ved Sykehjem 1 og Sykehjem 2	43

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av kvalitet i tjenesteytingen ved to kommunale sykehjem i Bergen kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune den 28. november 2018, i sak 79/18.

Prosjektet ble startet opp etter bestilling, og det ble gjort en del arbeid i 2019 og 2020. Som følge av utbruddet av Covid-19 i mars 2020, ble det besluttet å sette videre arbeid i prosjektet på vent. Etter vedtak i kontrollutvalget i møte 07.12.2022, sak 105/22, ble revisjonen gjenopptatt våren 2023.

I denne undersøkelsen er det to kommunale sykehjem som er gjenstand for revisjon, mer presist én avdeling ved hvert sykehjem. Utvalget av sykehjem er gjort i samarbeid med etat for sykehjem. I drøftelsene av hvilke sykehjem som skulle velges ut for denne undersøkelsen, ble utvalget innsnevret til langtidssykehjem som har somatiske avdelinger. I tillegg ble sykehjem som nylig har hatt eller der det pågår tilsyn, unngått. Utover disse kriteriene er utvalget tilfeldig, og det er ikke spesielle forhold eller hendelser som har vært bakgrunn for utvelgelsen.

I rapporten omtaler vi de undersøkte sykehjemsavdelingene som sykehjem 1 og sykehjem 2. Deloitte har på bakgrunn av en vurdering av funnene som har kommet frem i revisjonen, valgt å anonymisere sykehjemmene, primært av hensyn til beboere og pårørende ved de aktuelle sykehjemmene. Formålet med en slik revisjon er også at svakheter som blir avdekket kan brukes til å vurdere behov for forbedringer ved alle sykehjem, og ikke kun ved de enkeltstående sykehjemmene som har blitt undersøkt.

## 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om tjenestene ved to sykehjem i Bergen kommune holder god kvalitet.

Med bakgrunn i formålet har følgende problemstillinger<sup>3</sup> blitt undersøkt:

- 1) I hvilken grad har sykehjemmene internkontroll for å sikre god styring og kontroll med tjenesteytingen? Under dette:
  - a) Rutiner for sentrale arbeidsoppgaver
  - b) Tilgjengelighet og opplæring i rutiner
  - c) Kontroller for å sikre etterlevelse av rutinene
  - d) Risikovurderinger og avvikssystem
  - e) Bemanningsplanlegging
  - f) Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene
  - g) Brukermedvirkning
- 2) I hvilken grad har sykehjemmene kvalitet i tjenesteytingen<sup>4</sup> til sine beboere når det gjelder
  - a) Personlig hygiene og sårstell
  - b) Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå<sup>5</sup>
  - c) Måltider og ernæring
  - d) Legemiddelhåndtering
  - e) Renhold

## 1.3 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet februar 2023 til september 2023.

<sup>3</sup> Rekkefølgen på problemstillingene er noe justert ift. prosjektplan.

<sup>4</sup> Under denne hovedproblemstillingen har vi også undersøkt bemanning og kompetanse.

<sup>5</sup> Oppfølging av fysisk funksjonsnivå var i prosjektplanen plassert under en annen problemstilling, men er flyttet da det henger nært sammen med aktivisering.

### 1.3.1 Dokumentanalyse

Informasjon om og dokumentasjon på etterlevelse av interne rutiner, regelverk m.m. har blitt samlet inn og analysert. Deloitte har også gått igjennom lokale planer, rutinebeskrivelser og prosedyrer ved de to sykehjemmene. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteriene.

### 1.3.2 Intervju, samtaler og møter

For å få supplerende informasjon til de skriftlige kildene, har Deloitte intervjuet enhetsledere, avdelingsledere og ansatte ved hvert av sykehjemmene. Utvalget av ansatte har inkludert ulike yrkesgrupper som arbeider på sykehjemmene. Vi har intervjuet assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere tilknyttet de to avdelingene som er undersøkt, samt aktivitører/musikkkterapeuter som har en rolle overfor alle avdelingene.

Det er hengt opp oppslag om revisjonen på de aktuelle sykehjemmene, og avdelingene har hjulpet oss med å formidle informasjon til pårørende. Det er totalt fire pårørende som har kontaktet oss og som har stilt til intervju. Totalt har vi gjennomført 18 intervju i revisjonen. Når det gjelder beboere, er det gjennomført en rekke kortere samtaler med ulike beboere de gangene vi har vært på observasjon (se under). Vi har valgt å omtale dette som samtaler heller enn intervjuer, da disse ikke er verifisert slik intervjuene er. I tillegg har vi deltatt i møte med brukerrådet ved et av sykehjemmene (i rapporten omtalt som sykehjem 2), samt gjennomført møte med representanter fra Eldrerådet (inkludert en representant som deltar i brukerrådet ved det andre sykehjemmet, i rapporten omtalt som sykehjem 1).

I tillegg til intervjuene, har vi avholdt avsluttende møter med ledelsen ved hvert av de to sykehjemmene (enhetsleder og avdelingsleder ved undersøkt avdeling) for å gjøre nødvendige avklaringer og be om utdypende informasjon rundt enkelte opplysninger som er kommet til i revisjonsperioden.

### 1.3.3 Observasjon

Deloitte har gjennomført observasjoner ved to sykehjemsavdelinger, en avdeling ved hver av de to sykehjemmene i undersøkelsen, omtalt som sykehjem 1 og sykehjem 2. Vi har primært gjennomført observasjonene i fellesområder for beboere slik som kjøkken og dagligstue, samt rom knyttet til driften ved avdelingen slik som vaktrom, skyllerom, lager og medisinrom. Vi har også observert enkelte beboerrom, etter invitasjon. Under besøkene ved sykehjemmene har vi blant annet observert måltidsituasjoner, medisinbehandling, stimulering/aktivisering og renhold. Observasjonene har blitt gjennomført både på dag-, kveldsvakter og helg. Noen observasjoner har vært planlagte, i betydning at sykehjemmene har fått informasjon om at vi kommer, og noen har vært uanmeldte. Totalt har vi vært på fem besøk ved hvert av sykehjemmene. Observasjonene er gjennomført av og med veiledning fra sykepleier.

### 1.3.4 Stikkprøvegjennomgang

Deloitte har undersøkt syv journaler ved hver av avdelingene for å undersøke om sykehjemmene kan dokumentere oppfølging av beboerne på områdene medisiner, oppfølging av ernæring, aktivitet, fallforebygging og stell/hygiene.

### 1.3.5 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten. Informasjon innhentet i samtaler gjennomført i forbindelse med observasjonene, er ikke verifisert.

Datadelen av rapporten er sendt til kommunen for verifisering, og det er gjort noen justeringer i rapporten basert på tilbakemelding i forbindelse med verifiseringen. Rapporten er deretter sendt til byråden for uttalelse. Byrådens høringsuttalelse følger som vedlegg til rapporten (vedlegg 1).

## 1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, samt flere forskrifter som regulerer kommunale helse- og omsorgstjenester. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i vedlegg 2.

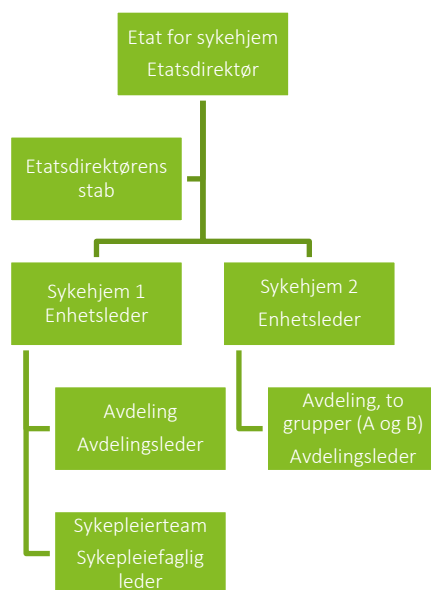
## 2 Om sykehjemmene

### 2.1 Etat for sykehjem

Etat for sykehjem i byrådsavdeling for helse og omsorg har ansvar for 21 kommunale sykehjem og oppfølgingsansvar for 13 privat-ideelle institusjoner.<sup>6</sup> I denne revisjonen ser vi på internkontrollen ved to ulike sykehjemsavdelinger ved kommunale sykehjem.

Hvert sykehjem ledes av en enhetsleder, som rapporterer til etatsdirektøren. Hvert sykehjem har ulike avdelinger. Hvor mange avdelinger, og hvilke typer avdelinger, varierer noe mellom sykehjemmene. Hver avdeling ledes av en avdelingsleder. I organisasjonskartet under har vi kun inkludert sykehjemmene/avdelingene som er omfattet av revisjonen

Figur 1: Organisasjonskart



### 2.2 Om sykehjemsavdelingene som er undersøkt

Avdelingene vi har undersøkt er somatiske langtidsavdelinger. Det er likevel viktig å legge til at mange beboere ved de somatiske avdelingene også har kognitiv svikt, i tillegg til et somatisk hjelpebehov.

Sykehjemsavdelingene vi har undersøkt er ulike når det gjelder **størrelse**. Ved sykehjem 1 er det 10 beboere på avdelingen. Ved sykehjem 2 er det 17 beboere, og disse er delt inn i hhv. gruppe A (10 beboere) og gruppe B (7 beboere).

Avdelingene har også **ulik fysisk utforming**. Avdelingen på sykehjem 1 er mindre i størrelse, og har for eksempel felles stue og felles kjøkken for alle sine beboere. Ved sykehjem 2, er arealene større, og det er to sett av kjøkken og stue (en for gruppe A og en for gruppe B). Vanligvis deles også bemanningen på sykehjem 2 opp slik at noen ansatte har ansvar for A-siden og noen har ansvar for B-siden.

Også når det gjelder **organisering** er sykehjemmene ulike. Den største forskjellen i organisering er at sykehjem 1 har sykepleiere organisert i eget team, i tillegg til fast bemanning ved avdelingene. Sykepleierne har sin primær- og sekundæravdeling de har ekstra oppfølging ved. Ved sykehjem 2 er sykepleiere en del av den ordinære staben og inngår dermed i grunnbemanningen i avdelingen.

Ved sykehjem 1, er avdelingsleder helsefagarbeider, og har personalansvar for ansatte på sin avdeling som er helsefagarbeidere og assistenter. Avdelingsleder har ikke personalansvar for sykepleierne, som er organisert i eget team. Sykepleierne er i utgangspunktet ledet av en sykepleiefagligleder, men som følge av at stillingen har vært

<sup>6</sup> Bergen kommune opplyser at to av institusjonene ikke er sykehjem, men et omsorgssenter og et omsorg pluss anlegg.



ubesatt en periode mens revisjonen har pågått, var det enhetsleder ved sykehjemmet som har hatt personalansvaret. Ny sykepleiefaglig leder var på plass i slutten av mai 2023.

Avdelingslederen ved sykehjem 1 har fast kontordag en gang per uke, mens resten av uken benyttes tiden som en del av bemanningen på avdelingen, inkludert deltagelse i stell, medisinhandling m.m.

Ved sykehjem 2 er avdelingsleder sykepleier, og har lederansvar for både sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Avdelingssykepleier har ikke fast kontordag slik som på sykehjem 1, men inngår i bemanningen i tillegg til andre ansatte på dagtid i hverdager, og jobber ikke turnus.

Begge sykehjem rapporterer om at **botiden** for beboere har gått ned de siste årene, og på revisjonstidspunktet er gjennomsnittlig botid ca. 2 år ved Sykehjem 1 og ca. 1,5 år ved Sykehjem 2. Begge sykehjemmene rapporterer også om et høyere antall dødsfall i 2022 sammenlignet med tidligere år, trolig som følge av at beboerne har vært sykere ved innkomst og har oftest kommet direkte fra sykehus og ikke fra hjemmet. Bergen kommune opplyser at botidene ved sykehjemmene i Bergen i snitt er rundt 1,5 år.

**Flere av beboerne** ved avdelingene vi har undersøkt **står markert med HLR-** (Hjerte- Lungeredning Minus), grunnet deres sykdomstilstand og høye alder. Dette innebærer at man skal unnlate å iverksette hjerte-lungeredning ved akutt hjerte- eller respirasjonsstans. Enkelte av beboerne har også en notis i journalen der det står at innleggelse i sykehus kun skal skje ved mistanke om brudd eller behov for akutt kirurgisk inngrep.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, legger etat for sykehjem til at beslutninger vedrørende HLR-status og terskel for innleggelse i sykehus er en del av den faste rutinen til sykehjemslegene og oppdateres minimum hver sjettede måned.

## 3 Internkontroll

### 3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

*I hvilken grad har sykehjemmene internkontroll for å sikre god styring og kontroll med tjenesteytingen?*

Under dette:

- Rutiner for sentrale arbeidsoppgaver
- Tilgjengelighet og opplæring i rutiner
- Kontroller for å sikre etterlevelse av rutinene
- Risikovurderinger og avvikssystem
- Bemanningsplanlegging
- Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene
- Brukermedvirkning

### 3.2 Revisjonskriterier

Internkontroll skal kort fortalt understøtte god styring og kontroll med virksomheten og tjenestene som ytes, og være et verktøy for at ledelsen skal kunne ha oversikt og betryggende kontroll uten å måtte være involvert i alle oppgaver som gjennomføres. På helse- og omsorgsfeltet, er internkontrollen regulert gjennom lov- og regelverk. I denne undersøkelsen legger vi derfor primært lov- og regelverk, men også Bergen kommunes visjon for de kommunale sykehjemmene, til grunn som revisjonskriterier for å vurdere internkontrollen ved de to sykehjemmene.

Merk at en god internkontroll forutsetter at sykehjemmene oppfyller krav og forventninger som er stilt til de ulike elementene av internkontrollen. Det er ikke nødvendigvis nok å oppfylle deler av kravene eller forventningene, da elementene henger sammen med hverandre. Det vil for eksempel ikke være godt nok å ha gode rutiner, dersom rutinene ikke er kjent eller benyttes i det daglige. Det vil heller ikke være godt nok å gjennomføre risikovurderinger eller å ha oversikt over avvik, dersom det ikke gjøres noe for å redusere eller lukke avvikene og risikoene. Samtidig er det viktig å presisere at det ikke er et 1:1 forhold mellom internkontroll og kvalitet i tjenestene. Det kan være god kvalitet i tjenestene, selv om internkontrollen er svak. Det å ha en svak internkontroll innebærer imidlertid risiko, ettersom kvaliteten i tjenestene da i mange tilfeller vil være personavhengig. På den andre siden kan det i utgangspunktet være etablert et godt internkontrollsystem, men kvaliteten i tjenestene er likevel ikke god nok. I slike tilfeller kan man si at internkontrollen ikke «virker», og at mangler og svakheter som er avdekket gjennom internkontrollsystemet ikke følges opp av ledelsen.

I tabellen under oppsummerer vi sentrale krav og forventninger til internkontroll, som vi legger til grunn for å vurdere internkontrollen ved de to sykehjemmene vi har undersøkt. Kravene og forventningene er basert på helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring med veileder, kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og COSO-rammeverket for internkontroll.

I hvilken grad har sykehjemmene internkontroll som sikrer god styring og kontroll med tjenesteytingen, under dette:	Krav/forventning
Rutiner for sentrale arbeidsoppgaver	Det er et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester <b>utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer og rutiner</b> for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7c), og <b>har rutiner som bidrar til å sikre at brukere av pleie- og</b>

	<p><b>omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov</b> (jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3).</p> <p>For å etterleve disse pliktene må Bergen kommune/sykehjemmene derfor ha rutiner på sentrale områder i beboeroppfølgingen, under dette blant annet for legemiddelhåndtering, ernæringsoppfølging, aktivisering/stimulering, medbestemmelse/medvirkning, personlig hygiene, journalføring m.m.</p> <p>Rutiner skal være «levende» dokumenter. Dette innebærer at de skal <b>oppdateres og forbedres når det er behov for dette</b>, f.eks. ved endringer i regelverk eller dersom det avdekkes at rutinene ikke fungerer etter intensjonen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9 c.</p>
<p>Tilgjengelighet og opplæring i rutiner</p>	<p>Regelverket stiller forventninger om at øverste leder sørger for at medarbeidere i helse- og omsorgsvirksomheter har <b>nødvendig kunnskap om og kompetanse</b> i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, jf. forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 b. Det er altså ikke nok å ha skriftlige rutiner, øverste leder må også legge til rette for at rutinene er tilgjengelige, og at medarbeidere har nødvendig kunnskap om rutinene. For å etterleve disse pliktene må Bergen kommune/sykehjemmene derfor sørge for at medarbeidere får tilbud om og gjennomgår opplæring i system og rutiner for tjenesteutøvelsen ved sykehjem.</p>
<p>Kontroller for å sikre etterlevelse av rutinene</p>	<p>Sentralt i ethvert godt internkontrollsystem er å <b>gjennomføre kontroller av om virksomhetens rutiner etterleves i praksis og om de fungerer som de skal</b>, jf. COSO rammeverket. I Bergen kommunes visjon for kommunale sykehjem er det nedfelt at kommunen skal ha kontrolltiltak og rutiner som sikrer god kvalitet på tjenesten og god ressursstyring av sykehjemmene. For å kunne etterleve dette, bør både overordnet ledelse (på etatsnivå) og ledelsen ved det enkelte sykehjem utføre kontroller av kvaliteten i tjenestene med jevne mellomrom. Kontroller kan være ulike i sin form (for eksempel stikkprøver/testing, rapportering, møter og internrevisjoner). Dersom kontrollene avdekker svakheter, bør det iverksettes tiltak. Dette kan for eksempel handle om å gjennomføre opplæring eller forbedre prosedyrer.</p>
<p>Risikovurderinger og avvikssystem</p>	<p>Det er et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har <b>oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel</b> på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten/pasientsikkerheten, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d.</p> <p>Videre sier regelverket at virksomheten skal ha <b>oversikt over avvik/uønskede hendelser</b>, og gjennomgå disse slik at lignende forhold kan forebygges (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6g og 8e).</p> <p>For å kunne etterleve disse pliktene skal sykehjemmene <b>jevnlig og systematisk risikovurdere tjenesteytingen</b>, og følge opp identifiserte risikoer med risikoreduserende tiltak, jf. veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.</p> <p>Sykehjemmene må også <b>legge til rette for at ansatte er kjent med hva som er et avvik og hvordan de skal melde avvik</b>. For å sikre en god avviksmeldekultur bør det jevnlig også oppfordres til å melde avvik. Innmeldte avvik skal følges opp med tiltak for å lukke dem. Ledelsen må i tillegg jevnlig se på trender i avvik for å vurdere behov for tiltak på systemnivå (eksempelvis dersom det samme avviket gjentar seg flere ganger, eller i ulike deler av virksomheten).</p>
<p>Bemanningsplanlegging og bemanning/fagkompetanse</p>	<p><b>Tjenester</b> som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven, i dette tilfellet institusjonstjenester, <b>skal være forsvarlige</b>, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 4. Forsvarlighetsbegrepet er ikke tallfestet i form av at det er definert hvor mange ansatte eller hvilken kompetanse som må være til stede for at</p>

	<p>tjenestene skal være forsvarlige, da dette må sees opp en rekke faktorer slik som belegg/størrelse, brukerbehov, sammensetning og antall personell på jobb, m.m. Tjenestene trenger heller ikke være uforsvarlige selv om det er færre ansatte på jobb enn planlagt én dag, men for lite bemanning over tid kan gjøre tjenestene uforsvarlige. Sentralt i loven er at kommunen <b>skal tilrettelegge tjenestene slik at tjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene</b>, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. For å etterleve kravet, bør sykehjemmene jevnlig vurdere og planlegge bemanningen og kompetansen opp mot beboernes behov og hvilke oppgaver som må/skal utføres.</p> <p>Deloitte presiserer at vi ikke gjør en vurdering av forsvarligheten i tjenestene, men vi vurderer om sykehjemmene har system og rutiner for å selv vurdere om bemanningen og fagkompetansen er forsvarlig.</p>
Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene	<p>Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 d skal helse- og omsorgsvirksomheter <b>sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes</b>. Jmfør tilhørende veileder<sup>8</sup> til forskriften, er det viktig at sykehjemmene legger til rette for og oppmuntrer til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder, da det er de ansatte som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften. Medvirkning kan for eksempel tilrettelegges ved etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom melde- og avviksbehandling og forbedringsarbeid.</p>
Brukermedvirkning	<p>Det er regulert gjennom flere regelverk at brukere, i dette tilfellet beboere og deres pårørende, skal få medvirke i tjenestene. Dette gjelder både på systemnivå og på individnivå. Kravet til kommunen er blant annet at det skal arbeides systematisk med å <b>innhente og gjøre bruk av tilbakemeldinger og forbedringsideer fra brukere og pårørende</b> (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6g).</p> <p>Videre skal kommunen <b>sikre medvirkning og informasjon på individnivå</b>, der brukeren selv eller nærmeste pårørende får informasjon om brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (pasient- og brukerrettighetsloven §3-2).</p> <p>Kommunen skal også sikre at bruker av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved <b>utforming eller endring av tjenestetilbudet</b>. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (forskrift om verdig eldreomsorg §3).</p>

### 3.3 Datagrunnlag

#### 3.3.1 Rutiner og prosedyrer for tjenesteutøvelsen ved sykehjemmene

Etat for sykehjem har felles rutiner/prosedyrer for alle kommunale sykehjem, og disse er tilgjengelig i BkKvalitet. Deloitte har hentet ut og gjennomgått en rekke sentrale rutiner for sykehjemmene, som gjengitt i tabellen under.

Tabell 1: Oversikt over et utvalg felles prosedyrer i BkKvalitet

Navn på rutine
Legemiddelgjennomgang i sykehjem
Prosedyre for legemiddelhåndtering, Del 1

<sup>8</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore#paragraf-7d-medvirkning-fra-medarbeidere>

Prosedyre legemiddelhåndtering Del 2 - Multidose
Prosedyre legemiddelhåndtering Del 3 - Opplæring og fullmakter
Bruksanvisning istandgjøring av dosett
Inngang legemiddelhåndtering
Ernæring - retningslinje for forebygging og behandling av underernæring ved aldersinstitusjoner i Bergen kommune
Fall - risikofaktorer
Fall - vurderingsskjema
Fall - tiltaksplan
Sårbehandling i sykehjem med vedlegg
Arbeidsantrekk i sykehjem
Sykehjemslegens oppgaver i pasientbehandling
Infeksjonskontrollprogram
Samtykke til helsehjelp, pasientrettigheter og tvang, etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3,4 og 4a
Bk-stikkskade rutine
Oversikt akuttprosedyrer og prosedyrer for ordinering av sykepleier

Som det går frem av tabellen over foreligger det felles prosedyrer for blant annet legemiddelhåndtering, ernæring, fallforebygging, og akuttprosedyrer. De fleste rutinene og prosedyrene fremstår som tydelige, ved at de er enkle å lese og at ansvar og myndighet er tydelig plassert. I enkelte rutiner er det imidlertid ikke tydelig hvordan ansvar er fordelt, dette gjelder blant annet rutinen for ernæring. Kommunen opplyser at denne rutinen er under revisjon, og planlagt ferdigstilt om kort tid.

I tillegg til etatens felles prosedyrer, har sykehjemmene noen egne rutiner som er tilgjengelig lokalt på sykehjemmene, delvis i papirbaserte mapper som foreligger på vaktrommet ved avdelingene. Eksempler på lokale rutiner som foreligger ved sykehjemmene er brannrutiner, akuttprosedyrer, rutiner dersom beboer forsvinner mv.

### 3.3.2 System og rutiner for journalføring og dokumentasjon

Sykehjemmene i Bergen kommune benytter journalsystemet GBD (Geriatrisk Basis Datasett), og oppfølging av den enkelte beboer skal journalføres i dette systemet. Etaten har utarbeidet rutiner som omtaler hvilken informasjon som skal journalføres. Eksempelvis skal det ifølge etatens overordnede rutiner journalføres opplysninger om ev. fall, oppfølging av ernæring, legemiddelhåndtering, bruk av ev. tvang mv.

I tillegg til det som dokumenteres i den enkeltes journal, er det en rekke andre forhold som blir dokumentert på signaturlister. Ved begge sykehjem skal det signeres for renhold, temperaturkontroller, utdeling av medisiner m.m.

### 3.3.3 Tilgang til rutiner og prosedyrer

I intervju ved begge sykehjem blir det opplyst at det stort sett er de sentrale rutinene fra etaten som blir benyttet, og det er gjennomgående gitt uttrykk for at ansatte kjenner til at rutiner finnes i BkKvalitet. Det er også gjennomgående gitt uttrykk for at det er etablert tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer, og det kommer ikke frem at det er mangler.

Det er ulike oppfatninger blant de vi har intervjuet om hvorvidt det er enkelt å finne frem til rutiner og prosedyrer i BkKvalitet. Noen mener det er greit å finne frem til prosedyrene, mens andre viser til at det er krevende å finne frem og at flere ansatte ikke har kjennskap til BkKvalitet. Flere presiserer at det er tilgjengelig personell å spørre om hjelp, slik som sykepleier, avdelingsleder, fagleder og øvrig ledelse. Når det gjelder de lokale prosedyrene, viser ansatte ved et av sykehjemmene (sykehjem 1) til at de papirbaserte lokale rutinene blant annet er beholdt for å sikre at prosedyrene er lett tilgjengelig. Dette gjelder for eksempel akuttrutiner og beredskapsrutiner. Det opplyses imidlertid at de lokale rutinene ikke har vært oppdatert på en stund som følge av fravær i stillingen som har ansvar

for oppdateringsarbeidet. Det pekes på at manglende oppdatering likevel ikke er kritisk, ettersom innholdet i prosedyrene ikke blir endret mye fra gang til gang.

### 3.3.4 Opplæring

Det er ved begge de undersøkte avdelingene etablert planer/sjekklister for opplæring av nyansatte. Begge avdelingene benytter også kompetanseportalen som er felles i etat for sykehjem i sin opplæring av nyansatte. Her ligger kompetanseplaner for ulike stillingsgrupper som ledere og sykepleiere, og ganske nylig ble det også laget kompetanseplaner for helsefagarbeidere. Etter det vi får opplyst arbeides det med å lage kompetanseplaner for assistenter/ufaglærte. På sikt skal dermed lokalt opplæringsopplegg fases ut, med unntak av det som går på praktisk opplæring knyttet til det enkelte sykehjem. Også andre enn nyansatte kan bruke kompetanseportalen dersom det er behov for eller ønske om kompetanseheving, og det gjennomføres også en del fagdager og gruppeundervisning for personalet. Begge sykehjem har sykepleiefaglig leder som er ansvarlig for en del opplæring og undervisning.

Det er avdelingsleder som har ansvar for at det blir gjennomført opplæring av nyansatte. Ved begge sykehjem er det imidlertid vanlig at en annen fra personalet følger den nyansatte de første vaktene, og at den nyansatte går «på topp», i tillegg til grunnbemanningen. Når det gjelder opplæring i Bkkvalitet konkret, vises det til at dette også blir gjennomført, gjerne i form av at en ansatt eller leder viser og forklarer systemene til nyansatte.

Et av sykehjemmene (sykehjem 1) har også etablert en fadderordning der hver nyansatt får en fadder som følger den nyansatte i et halvt år. Som del av dette gjennomføres det møte tre måneder etter oppstart for å avklare hva som er status og om det er noe den nyansatte trenger mer opplæring i.

Etat for sykehjem gjennomfører felles opplæring for sommervikarer for alle sykehjemmene i kommunen.

Ledelsen ved begge sykehjem opplever at de i hovedsak har god oversikt over opplæringen og kompetansebehovet blant ansatte, og viser også til at sjekklistene og kompetanseportalen som gode verktøy for å sikre at opplæring blir gjennomført. Samtidig pekes det på at det å sørge for god nok opplæring generelt er et risikoområde i sykehjem, og det blir blant annet vist til at det kan ta noe tid å få gjennomført opplæring til ansatte i små stillinger ettersom de har mindre tid på jobb til å gjennomføre opplæringen.

Ved særlig et av sykehjemmene (Sykehjem 1) er det fra ansatte uttrykt behov for mer opplæring og undervisning, og det vises til at det er krevende å få til opplæring i en presset arbeidshverdag. En ansatt oppgir i intervju at hen ikke har fått opplæring i sentrale rutiner, men presiserer at det er enkelt å spørre en kollega eller leder om hjelp. Sykepleierne opplyser i intervju at det er utfordrende å gi tilstrekkelig medisinopplæring til øvrige ansatte da det ikke er tilstrekkelig kapasitet eller tid til å gi grundig opplæring i løpet av arbeidsdagen. Det å gi opplæring går utover andre viktige arbeidsoppgaver, som for eksempel oppfølging av beboere, legevisitter og utdeling av medisin. Samtidig pekes det på at sykepleierne forsøker å gi sporadisk opplæring til enkelte ansatte på avdelingen, men at det ikke er tilstrekkelig tid til å gjennomføre grundige gruppeundervisningsøkter. Videre blir det av flere vist til at det mangler sårkompetanse på huset, og kompetanseheving på sårbehandling er etterlyst.

I forbindelse med verifisering av rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at det ikke er riktig at det mangler sårkompetanse på huset, og at det er flere ansatte (både helsefagarbeidere og sykepleiere) som har sårkompetanse. Det kommenteres også at det ikke har vært aktuelle sårkurs våren 2023, men at dette vil tilbys når et relevant tilbud kommer. Deloitte merker seg at det er ulike oppfatninger om sårkompetansen blant ledelsen og de ansatte.

### 3.3.5 Kontroller for å sikre etterlevelse av rutiner og prosedyrer

Det er ved begge sykehjem innført kontrolltiltak for å sikre etterlevelse av rutiner og lovverk. Flere av disse tiltakene er tilrettelagt fra etaten, som f.eks. legger til rette for styringsinformasjon gjennom kvalitetsindikatorrapporter og BkStyring. I tillegg følger etaten opp sykehjemmene gjennom årlige driftsoppfølgingsmøter. I tabellen under oppsummerer vi kontrolltiltak som skal bidra til å sikre etterlevelse av rutiner og prosedyrer. Tiltakene som omtales i tabellen er iverksatt ved begge sykehjem, og tiltakene er på mange måter like/baserer seg på samme informasjon på begge sykehjemmene.

Tabell 2: Oversikt over kontrolltiltak iverksatt ved de to sykehjemmene

Tiltak/aktivitet	Beskrivelse
<b>Driftsoppfølging og annen oppfølging fra etaten</b>	<p>Etat for sykehjem har årlig driftsoppfølging med sykehjemmene, der en rekke indikatorer og viktige forhold gjennomgås, eksempelvis sykefravær, økonomi, avvik og bruk av tvang. Det ble gjennomført driftsoppfølgingsmøter med begge sykehjem høsten 2022, og referat fra møtene foreligger og er oversendt Deloitte.</p> <p>I 2022 begynte etat for sykehjem også å praktisere oppfølgingsmøte et halvt års tid etter driftsoppfølging, som en del av arbeidet med ledelse og kvalitetsforbedring. Oppfølgingsmøte er gjennomført ved et av de aktuelle sykehjemmene som er undersøkt. På det andre er oppfølgingsmøte planlagt høsten 2023.</p> <p>Etaten gjennomfører også egne internkontroller/revisjoner på spesifikke tema. Det er gjennomført farmasøytisk revisjon ved et av de undersøkte sykehjemmene siste år.</p> <p>Etat for sykehjem opplyser i forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten at undervisning og internkontroll på IK-mat og ernæring gjennomføres årlig på alle enheter i Etat for sykehjem. Kontrollen utføres av Matkoordinator, som er kokk og fagleder ved kjøkkenet på et av behandlingssentrene</p>
<b>Pasientsikkerhetsvisitt</b>	<p>Ved begge sykehjem gjennomføres det pasientsikkerhetsvisitter etter et relativt fast intervall (årlig ved hver avdeling for sykehjem 1 og noe oftere for sykehjem 2). Pasientsikkerhetsvisitten gjennomføres av ledelse eller stabsressurs, og med involvering av ansatte på den aktuelle avdelingen.</p> <p>Under visittene blir blant annet pasientrisikoområdene ved avdelingen gjennomgått, og personalet blir enige om tiltak som det skal arbeides videre med. Pasientsikkerhetsvisittene oppleves som nyttige, men det fremkommer at sykehjemmene kan jobbe enda bedre med å følge opp avtalte tiltak.</p> <p>Ved begge avdelinger ble det gjennomført pasientsikkerhetsvisitt våren 2023. Ved sykehjem 2 er det planlagt ny pasientsikkerhetsvisitt i september 2023.</p>
<b>Bkstyring</b>	<p>Gjennom BkStyring har enhetsleder og avdelingsleder oversikt over flere styringsindikatorer som avvik/uønskede hendelser, økonomi og sykefravær som kan brukes i oppfølgingen av den enkelte avdeling.</p> <p>Det arbeides med å utvikle bruken av BkStyring i etat for sykehjem. Etaten har planer om å få inn en del kvalitetsindikatorer knyttet til beboere, f.eks. knyttet til gjennomføring av inntakssamtaler, målinger av vekt etc. Informasjon om disse indikatorene sendes per i dag ut manuelt i egne rapporter (se under). Lederne ved sykehjemmene trekker frem at det blir svært nyttig når all informasjon er samlet i BkStyring, og at systemet da også vil oppleves mer relevante for avdelingslederne å benytte. Det kommenteres at BkStyring per i dag er mest nyttig for enhetsleder, og i noen grad nyttig for avdelingslederne.</p>
<b>Kvalitetsindikatorrapporter</b>	<p>Etat for sykehjem sender ut kvalitetsrapporter til sykehjemmene hvert kvartal, der data og indikatorer knyttet til oppfølging av beboere er hentet ut direkte fra journalsystemet. Sykehjemmene får da blant annet oversikt over hvor stor andel av beboere som har hatt legemiddelgjennomgang, målt funksjoner/vitale parameter (NEWS2<sup>9</sup>) utført veiing av beboere mv. Tallene gjør det mulig for sykehjemmet å sammenlikne seg selv med andre.</p>

<sup>9</sup> NEWS er en metode for å måle sykdomstilstand/livsviktige funksjoner. Sykehjemmene skal gjøre dette jevnlig. Ved å gjennomføre NEWS både ved inntakst og løpende kan man holde oversikt over om beboer er stabil eller om det er endringer i livsviktige funksjoner.



	<p>Det pekes på at dette er et nyttig verktøy for å holde oversikt over hvordan sykehjemmet ligger an på oppfølging av beboerne sine.</p> <p>Etat for sykehjem opplyser at de jobber for å utarbeide et "dashboard" i journalsystemet GBD, slik at oversikt på kvalitetsindikatorer og statistikk er tilgjengelig for ledere og andre nøkkelpersoner til enhver tid.</p>
<b>Kvalitetsutvalg</b>	Begge sykehjem har et kvalitetsutvalg som også gjennomgår avvik, og gjør vurderinger knyttet til å sikre god kvalitet i tjenesteytingen, slik som eksempelvis behov for nye prosedyrer, fagdekningen på sykehjemmet mv.
<b>Pasientrisikotavler/oppgavetavler</b>	<p>Det er hengt opp pasientrisikotavler/oppgavetavle på avdelingene ved begge sykehjem, hvor oversikt over alle beboere (romnummer), og viktige påminnelser og oppgaver fremgår av tavlen. Dette inkluderer blant annet aktivitet for beboere og tidspunkt for NEWS2 og neste legemiddelgjennomgang. Tavlene skal bidra til å sikre at sentrale oppfølgingspunkter blir gjort innenfor godkjent tidsintervall.</p> <p>Tavlene kan også brukes for å eks. markere at det er gjort endringer i medisineringen til en beboer, som en påminnelse til at ansatte må logge seg inn i journal og lese seg opp på endringene.</p> <p>Begge avdelinger viser at tavlene er svært nyttige og ofte brukes i forbindelse med rapportmøter mellom vakter. Begge gjennomfører også tavlemøter (ofte etter legevisitt som er 1 gang pr. uke) der tavlen blir mer systematisk gjennomgått, men begge avdelingsledere gir uttrykk for at de skulle ønske at de fikk gjennomført strukturerte tavlemøter oftere.</p>
<b>Gjennomgang av avvik</b>	<p>Avdelingsleder er ansvarlig for å lukke innmeldte avvik. Avvik som skyldes brudd på rutiner skal meldes i BkKvalitet, og avdelingsleder får epostvarslinger når det er meldt avvik i systemet. Begge avdelingsledere viser til at de raskt går inn i systemet når det er meldt et avvik, og vurderer tiltak for å lukke det.</p> <p>Både avdelingsleder og enhetsleder følger også med på trender i avvik gjennom BkKvalitet.</p>
<b>Risikovurderinger</b>	Det gjennomføres risikovurderinger ved begge sykehjem, i tillegg til vurderingene som gjøres i tavlemøter. Risikovurderinger på systemnivå omtales nærmere i neste kapittel.

### Nærmere om oppfølging av etterlevelse av rutiner

Ingen av sykehjemmene tar systematiske stikkprøvekontroller av journalføringen eller etterlevelse av rutiner mer i detalj. Sykehjem 2 opplyser imidlertid at kvalitet på dokumentasjon og journalføring var tema på en fagdag på sykehjemmet i februar, og at sykepleiefaglig leder i den sammenheng også gjennomgikk noen journaler. På fagdagen var det blant annet rettet oppmerksomhet på å skrive konsist, eksempelvis skrive konkret hva beboer har spist heller enn å skrive «beboer har spist godt i dag».

Ved begge sykehjem leser avdelingsleder rapporten fra det siste døgnet når de kommer på jobb, og ser på den måten hva de ansatte har skrevet fra sin vakt. Begge avdelingsledere viser til at de tar opp med enkeltansatte dersom det avdekkes svakheter i f.eks. journalføring, og at dersom det er ting som går igjen/gjelder flere, kan det bli tema på for eksempel personalmøter.

På sykehjem 1 blir det opplyst at avdelingen har snakket om at dokumentasjonen på oppfølging av den enkelte beboer kan bli for tynn totalt sett, og at dette er noe som er tatt opp på personalmøter.

Ellers når det gjelder rutiner, blir det både fra ledelsen og ansatte vist til at de etterstreber å følge etablerte rutiner og prosedyrer i størst mulig grad, men det kommenteres også at det i en hektisk hverdag, og på travle vakter, ikke er mulig å følge alle rutiner 100 %. Blant annet blir det vist til at ikke alltid blir dokumentert og signert for gjennomførte oppgaver (eksempelvis vask av seng), noe som kan skyldes at det har vært en travel vakt og/eller forglemmelser.

Samtidig pekes det på at ikke nødvendigvis alltid er mangel på tid som er årsak til mangelfull dokumentering, men at det også kan handle om at ansatte ikke har tilstrekkelig kunnskap om hva de skal dokumentere og hvordan det skal dokumenteres i journalsystemet. Ved en av avdelingene (sykehjem 1) blir det blant annet gitt eksempler på at det kan være svakheter i journalføring av utagering blant beboere, fordi ansatte ikke forstår viktigheten av dette på det aktuelle tidspunktet. Dette kan gjøre det utfordrende for lege å vurdere beboerens utvikling over tid og iverksette korrekte tiltak.

Ved det andre sykehjemmet (sykehjem 2) trekkes det også frem at det har vært utfordringer med at enkelte ansatte ikke har nødvendig teknisk kompetanse for å bruke PC ved dokumentering, og at de derfor ikke er komfortable med å dokumentere i journalsystemet. Et annet eksempel, fra dette sykehjemmet, er at sykepleier eller helsefagarbeider dokumenter for en assistent eller ufaglært som ikke ønsker å dokumentere selv. Det blir fra enhetsleders side trukket frem at dette er problematisk og at journalføringen bør gjøres av førstehåndskilden. Innføringen av GBD som journalsystem blir imidlertid opplyst å ha lettet litt på disse utfordringene, da det nå er lagt opp til mye avkryssing fremfor å skrive fritekst, noe som gjør dokumentasjonsarbeidet enklere.

I Deloittes gjennomgang av journaler ser vi at oppfølgingen av den enkelte beboer i varierende grad er dokumentert. I noen journaler er det mye tekst som er lik fra dag til dag/uke til uke, og det fremstår å være kopiering av tekst. Samtidig observerer vi at viktige punkter som har skjedd i løpet av en dag stort sett er notert i notat i journalen, og disse hendelsene gjennomgås også muntlig i rapport mellom avtroppende og påtroppende personell i rapportmøte mellom vaktene. Vi vil omtale journalføring og dokumentasjon på etterlevelse av spesifikke prosedyrer for aktivisering, legemiddelhåndtering, ernæring m.m. nærmere i kapittel 4.

### 3.3.6 Risikovurderinger og avvikssystem

#### Risikovurderinger

Som nevnt i forrige kapittel benyttes pasienttavler og tavlemøter for å holde oversikt over oppgaver og forebygge risikoområder overfor den enkelte beboer. Dette er et løpende arbeid og tavlen oppdateres underveis.

Når det gjelder mer overordnede risikovurderinger, blir det opplyst at dette gjennomføres i BkStyring årlig, og det lages også handlingsplaner for å håndtere risikoene. Det opplyses at risikovurderinger omfatter de risikoene som avdekkes, og at det kan være ulike forhold fra gang til gang. I intervju blir det vist til at informasjon fra avvikssystemet også benyttes ved gjennomføring av risikovurderinger, for å vurdere om det er områder det er behov for tiltak rundt.

Figuren under viser et skjermbilde av risikovurdering gjennomført ved sykehjem 1. Avdelingsleder viser til at risikoene har vært drøftet i personalgruppen, og risikoene som er identifisert samsvarer også med det ansatte har vist til som risikoområder (f.eks. knyttet til medisiner og kompetanse på jobb).

Det er imidlertid uklart om det er gjort konkrete endringer i praksis etter at risikovurderingene ble gjennomført, ettersom status for de fleste tiltak er «kontinuerlig». Tiltakene fremstår også som lite konkrete. For eksempel er et tiltak for å sikre økt medisinkompetanse at flere må få opplæring. Det er imidlertid ikke konkretisert hvor mange som bør få opplæring eller når opplæringen skal gjennomføres.

Figur 2: Risikovurdering - sykehjem 1

Prioritet	Forhold som kan medføre risiko	Konsekvens	Tiltak	Ansvarlig for gjennomføring	Status
1	Lampe på skyllerom	Brann	Reparasjon	Vedlikeholdstekniker	
	Fall av beboer	Død	Fallrisikovurdering	Primærkontakt	Kontinuerlig
	Terskel ut på altan	Fall – brudd – død	Hjelp beboer ut	Avd. personal	Kontinuerlig
	Kjøkkenvifte – dårlig effekt	Brannalarm går- urolige beboere – fall	Ny vifte	Byggherre	
	Beboer vandrer ut av avd.	Fall i trapp – brudd – død	Bytte avd. – 1 etg	Tverrfaglig samarbeid	Kontinuerlig
	Feil gitt legemidler	Sykdom – død	Ro ved deling	Personal med delig	Kontinuerlig
	Infeksjon	Sykdom – død	Observasjon/news	Alt personal	Kontinuerlig
	Dokumentasjon	Feil/for lite informasjon – sykdom- død	Sett av tid	Avd. personal	Dalig
2	Lade mobil på natt	Brann	Ikke lade på natt	Avd. personal	Kontinuerlig
	For mye vannbruk ved gulvvask	Glatte gulv– fall – brudd - død	Mindre vannbruk	Ansvarlig for gulvvask	
	Medisinkompetanse	Feil - sykdom – død	Flere få opplæring	Avd.l./fagl/enhetsleder	Kontinuerlig
	Kompetanse på helg	Feil/stress - sykdom	Ansette flere helgevikarer	Avd.leder	Kontinuerlig
3	Maur	Sykdom	Maurfeller	Vedlikeholdstekniker	

For sykehjem 2 har vi etterspurt, men ikke fått tilsendt siste gjennomførte risikovurdering. I intervju med avdelingsledelsen og ansatte blir det, som omtalt innledningsvis, opplyst at det gjennomføres risikovurderinger. Når det gjelder risikoområdene i avdelingen, blir det vist til at den største risikoen oppleves å være lav bemanning på helg og fravær av fagpersonell på helg. Dette omtales nærmere i kapittel 4.

## Avvik

### Omfang av avvik

Ansatte i Bergen kommune, inkludert ansatte ved sykehjem, skal melde avvik i BkKvalitet. Dette gjelder avvik som skyldes brudd på prosedyrer og rutiner. I tillegg skal ansatte ved sykehjemmene dokumentere pasientrelaterte hendelser, for eksempel fall, i journalsystemet.

Deloitte har fått tilsendt oversikt over meldte avvik i BkKvalitet, ved de to avdelingene for utvalgte måneder.<sup>10</sup> For sykehjem 1 inkluderer ikke den avdelingsvise oversikten avvik meldt av sykepleierne ved sykehjemmet, da de ikke er direkte knyttet til avdelingen. Vi har derfor fått tilsendt registrerte avvik innmeldt av sykepleierne ved hele huset i tillegg til avdelingens avviksoversikt. Tabellen under viser meldte avvik ved de to avdelingene, i tillegg til avvik meldt av sykepleiere ved Sykehjem 1.

Vi har i tillegg beregnet gjennomsnittlig antall avvik per beboer per år ved de to avdelingene, ved å dele antall avvik (totalt antall avvik i en 12 måneders periode) på antall beboere.<sup>11</sup> Høyt tall her innebærer at det meldes et høyere antall avvik i snitt per beboer per år. Deloitte ønsker å presisere at tallet i seg selv ikke sier noe om alvorligheten i de innmeldte avvikene, og at et lavt tall kan indikere manglende avviksmeldeskultur (se «Erfaringer med avviksregistrering» under for ytterligere beskrivelse).

<sup>10</sup> Perioden er noe ulik for de to avdelingene, men lengden er lik (12 måneder).

<sup>11</sup>Ettersom sykepleierne er organisert i eget team og avvik fra dem ikke «telles» med i den undersøkte avdelingens avviksstatistikk. For avvik registrert av sykepleiere har vi derfor ikke beregnet gjennomsnittlig antall avvik per beboer per år, da avvikene som er meldt av sykepleiere kan være knyttet til beboere ved flere ulike avdelinger, og ikke nødvendigvis til den avdelingen vi har undersøkt.

Tabell 3: Oversikt over meldte avvik

Enhet	Periode	Antall avvik	Antall beboere pr avdeling	Gjennomsnittlig antall avvik per beboer per år
<b>Avdeling ved sykehjem 1</b>	Juli 2022-juni 2023	47	10	4,7
<i>Sykepleiere ved sykehjem 1</i>	Januar-juli 2023	52	-	-
<b>Avdeling ved sykehjem 2</b>	Mai 2022-april 2023	46	17	2,7

Deloitte har fått tilgang til mer detaljert informasjon om avvikene som er registrert:

- Avvikene ved avdelingen ved sykehjem 1 omhandler i hovedsak fall (19 av 47 avvik), men det er også noen avvik på legemiddelhåndtering (7 av 47 avvik) og underbemanning/arbeidsbelastning/manglende kompetanse/stress (4 av 47 avvik).
- Avvikene fra sykepleierne ved sykehjem 1 omhandler blant annet legemiddelhåndtering (tillaging, utdeling, dokumentasjon og annet) (19 av 52 avvik), fysisk arbeidsmiljø/bygg og psykososiale, organisatoriske og ledelsesforhold (11 av 52 avvik) og ellers noen fall (3 av 52 avvik).
- Avvikene fra avdelingen ved sykehjem 2 omhandler i hovedsak legemiddelhåndtering (15 av 46 avvik), fall (12 av 46 avvik), og slag fra beboer (12 av 46 avvik).

Ved sykehjem 1 får vi opplyst at det også har vært et avvik knyttet til medisinkurs og godkjenning av testing i forbindelse med dette. Det blir opplyst at ansatte som hadde gjennomført medisinkurs og ikke bestod test i legemiddelkort, fikk feilaktig informasjon om at de hadde bestått testen. Det var annet personell enn den sykepleieren som var ansvarlig for opplæringen, som hadde vært til stede da de ansatte tok testen. Etter det Deloitte får opplyst etterspurte ansvarlig sykepleier resultatene, og oppdaget da at flere ansatte ikke hadde bestått. Hendelsen ble meldt som et avvik til etat for sykehjem, og det ble gitt kontramelding til de ansatte som hadde fått feilaktig informasjon om at de hadde bestått. Etat for sykehjem opplyser at det er iverksatt tiltak for å forhindre at tilsvarende kan skje igjen. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at de aktuelle ansatte som ikke bestod testing, ikke fikk stedsopplæring som gjennomføres påfølgende uke etter testing, og at de ikke får dele ut medisin uten denne opplæringen.

#### *Erfaringer med avviksregistrering*

Ved begge sykehjem er det gjennomgående gitt uttrykk for at avvikssystemet BkKvalitet fungerer godt, og lederne opplever at det er enkelt å holde oversikt over meldte avvik (både enkeltavvik og oversikt over totalomfanget).

Lederne viser til at de opplever at avviksmeldekulturen i hovedsak er god og at ansatte oppfordres til å melde avvik, men presiserer at avviskultur er et kontinuerlig arbeid. Ansattes synspunkt på meldekulturen er mer varierende, og der flere er tydelige på at det ikke meldes så mange avvik som det burde. Ifølge de ansatte handler ikke dette om avvikssystemet, men om andre forhold.

Det er blant annet flere ansatte ved begge sykehjem som viser til at det kan være uklart hvilke avvik som skal meldes hvor, og trekker frem at det nylig har skjedd endringer når det gjelder å registrere fall som avvik. Tidligere var rutinen at alle fall skulle registreres i BkKvalitet, uavhengig av årsak. Dette er nå endret, til at fall skal registreres i journalsystemet, mens kun fall som skyldes avvik fra prosedyre skal meldes i BkKvalitet i tillegg. Det pekes på at det kan være krevende å vurdere om fallet er et «avvik» eller ikke, og om det da skal meldes i BkKvalitet eller kun i journalsystemet.

Ansatte viser også til at mangel på tid og kapasitet gjør at de ikke melder alle avvik. Det presiseres av flere at det prioriteres å melde avvik dersom en beboer ikke har fått viktig medisin som kan gi alvorlige konsekvenser, mens avvik av «mindre viktig» medisin typisk ikke blir prioritert i en hektisk hverdag. Det kan også skje avvik relatert til f.eks. manglende kvittering på utdeling av medisin, eller at det er kvittert for utdeling av medisin, men at legemiddelet fremdeles ligger i dosetten. Noen av disse avvikene blir meldt, men trolig ikke så mange som det burde, er det flere som kommenterer.

### Oppfølging av meldte avvik

Avdelingsledere er ansvarlig for å lukke avvikene meldt ved sin avdeling, og det sendes e-postvarsling til lederne når avvik er blitt meldt i BkKvalitet.

Ved sykehjem 1, opplyser avdelingsleder at avvikene blir gjennomgått, og eventuelt diskutert med andre avdelingsledere. Det vises også til at en del avvik tas opp til refleksjon på avdelingsmøter med de ansatte i avdelingen. Ved sykehjem 2, opplyses det også om at avvik har vært tema på personalmøter.

Det kommer frem av intervju med ansatte at de ikke opplever å få direkte tilbakemelding når de melder avvik de selv har meldt, men det presiseres at enkelte avvik tas opp felles og brukes til læring og forbedring i avdelingen. Dersom det meldes inn avvik innenfor et område hyppig blir det satt inn tiltak. Sykehjemsledelsen ved sykehjem 2 kommenterer i forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten at ansatte som har meldt avvik får tilbakemelding via systemet per e-post når avviket er behandlet og lukket, og at det også er gjennomført tester som viser at funksjonen fungerer. Etat for sykehjem kommenterer at ansatte må logge seg inn for å se hvilke tiltak som er gjort knyttet til avvik de selv har meldt inn.

Når det gjelder oppfølging av avvik, har begge sykehjem for eksempel gjort endringer i rutiner for å få ned antallet medisnavvik. På sykehjem 1 er praksisen endret slik at den som har ansvar for medisinutdeling, ikke samtidig får ansvar for stell som er krevende. Dette handler om å skjerme den som er medisinansvarlig for å redusere risiko for feil. På sykehjem 2 er det gjort endringer i tidspunkt for utlevering av medisin på morgenen, slik at medisin nå utdeles på beboerrom før frokost, heller enn ved bordet under frokosten. Også dette av hensyn til å skjerme og skape mer ro rundt medisinutdelingen.

Ved begge sykehjem blir avvik også behandlet i sykehjemmenes kvalitetsutvalg, som tidligere omtalt i rapporten.

### 3.3.7 Bemanningsplanlegging

Hvordan bemannings situasjonen oppleves av de ansatte i tjeneste vil omtales nærmere i kapittel 4. Vi vil likevel her kort trekke frem at det gjennomgående pekes på at det er behov for mer personell, samtidig som at det er rekrutteringsutfordringer og at sykehjemmene har begrensede økonomiske rammer. Bemanningsplanlegging og det å vurdere organisatoriske tiltak er derfor en sentral oppgave for lederne ved sykehjemmene.

Begge sykehjem trekker frem at det er **utfordringer med å rekruttere** både helsefagarbeidere og sykepleiere, noe som både medfører at stillinger står vakante, og at fagpersonell i større grad enn ønsket blir erstattet med ufaglært personell. Begge sykehjem har også et relativt høyt **sykefravær**, men med noe variasjon (fra 10 % og oppover). Det trekkes frem at det særlig ved kortere sykefravær/akutt sykdom, er krevende å få erstattet fagkompetansen.

Det er **avdelingsleder som er ansvarlig for å planlegge bemanningen** ved sin avdeling, det vil si både utarbeide turnus og bemanne vakter. Dette ansvaret innebærer også at dersom det blir endringer i bemanningsplan som følge av permisjoner, sykefravær og vakanser, er det avdelingsleders ansvar å finne vikar/vurdere andre tiltak som bruk av overtid. Dette gjelder imidlertid ikke sykepleiere ved sykehjem 1, da avdelingsleder ikke har personalansvar for disse ettersom de er organisert i egen stab.

Det blir fra begge sykehjem opplyst at det skjer en del endringer i bemanningen som følge av sykefravær og vakanser. Avdelingsleder ved sykehjem 2 opplyser at det er en jevn og fin fordeling av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter ved utarbeiding av årsturnus, men at det kan skje store endringer mellom planlagt og faktisk bemanning som følge av fravær og sykemeldinger. Det pekes på at det for eksempel kan skje at to ansatte er syke samme helg, og at det i slike situasjoner kan være utfordrende å finne gode løsninger. Ved enkelte tilfeller må avdelingsleder selv steppe inn på vakt, som følge av at det kan være vanskelig å finne egnet vikar.

Også avdelingsleder ved sykehjem 1 opplyser at det ved fravær ikke nødvendigvis er mulig å erstatte fagkompetanse med samme fagkompetanse, noe som gjør at den faktiske bemanningen avviker fra det som er planlagt. Dersom det ikke er mulig å skaffe vikar, blir det i noen tilfeller nødvendig å benytte personell på tvers av avdelinger.

Begge sykehjem fremhever at man så langt som mulig **forsøker å bruke kjente vikarer**, samt også langtidsvikarer ved lengre fravær, for å sikre at de som skal yte tjenestene har tilstrekkelig innsikt i både beboernes behov og rutine på sykehjemmet. Det å ha stabile vikarer trekkes også frem som viktig for arbeidsmiljøet.

Bemanningsplanleggingen gjøres imidlertid ikke isolert på den enkelte avdeling. Ved begge sykehjem gjennomfører **lederguppen faste bemanningsmøter** en gang per uke for å **vurdere om kompetansen på sykehjemmet er god nok totalt sett**. Det gjøres her konkrete vurderinger av bemanningen uke for uke, og det

settes inn tiltak dersom det eksempelvis er for lite sykepleierdekning eller medisinkompetanse som følge av vakanser eller sykefravær. Det opplyses at det særlig er påfølgende helg som vurderes i møtene, men at det også blir gjort vurderinger lenger frem i tid ved behov for det.

Enhetsleder ved sykehjem 2, opplyser videre at det varierer mellom avdelingene hvor mange sykepleiere de har. Dette er på bakgrunn av at sykehjemmet ikke har klart å rekruttere nye sykepleiere i stillinger som blir ledige. Derfor er det enkelte avdelinger som har mange sykepleiere i sin stab, mens andre avdelinger har få. På bakgrunn av dette skal sykehjemmet nå forsøke å legge alle sykepleiere til en felles org.enhet, slik at en har en bedre oversikt og en mer riktig fordeling av sykepleiekompetansen ved sykehjemmet. Dette er et tiltak for å prøve å fordele sykepleierne bedre mellom avdelingene, og unngå at noen avdelinger har mange sykepleiere tilgjengelig, og noen ikke har sykepleiere ved for eksempel sykdom. På natt er det allerede innført at én sykepleier går på tvers mellom avdelinger.

Ved sykehjem 1, er sykepleierne allerede organisert i egen stab, og går på tvers av avdelinger.

### 3.3.8 Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene

#### Medarbeiderundersøkelse og medarbeidersamtaler

Det gjennomføres faste medarbeiderundersøkelser ved sykehjemmene. Enhetsledere ved begge sykehjem opplyser at resultater gjennomgås av både ledergruppen og på den enkelte avdeling. I tillegg viser en av enhetslederne (sykehjem 1) til at resultatene også følges opp i arbeidsmiljøutvalg, kvalitetsutvalg og brukerråd.

Begge sykehjem opplyser at det i etterkant av gjennomført medarbeiderundersøkelse utarbeides avdelingsvise handlingsplaner.

#### Møtestrukturer

Ved begge avdelinger er det etablert en fast møtestruktur med personalmøter, der en forsøker å samle alle ansatte på avdelingen. I tillegg gjennomføres det også ukentlige tavlemøter der risikoer og oppfølging knyttet til beboere drøftes i fellesskap med personalet på jobb den aktuelle dagen.

Ved begge sykehjem er det noe varierende opplevelser blant de ansatte når det gjelder hvorvidt ledelsen er flinke til å involvere ansatte i utvikling av tjenestene. Selv om flere peker på at viktige forhold drøftes både i avdelingsmøter og tavlemøter og at det oppleves å være åpen dør til avdelingsleder, er det også pekt på at ledelsen gjerne kunne gjort mer for å motivere til at ansatte skal gi innspill til forbedringsområder. Det pekes også på at det gjerne kunne vært flere strukturerte arenaer for å drøfte utfordringer ved avdelingen.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen ved sykehjem 2 at det gjennomføres medarbeiderundersøkelse annethvert år, som anses som en viktig undersøkelse hvor ansatte kan gi tilbakemeldinger. I tillegg har sykehjemmet en representant for personalet i kvalitetsutvalg. Ansatte har også representant i brukerråd. I tillegg har tillitsvalgte og verneombud en viktig rolle til forbedringsområder på drift, beboertiltak og HMS gjennom deltagelse på utvalgte ledermøter og i arbeidsmiljøutvalg. Det blir vist til at sykehjemmet også har en etikkgruppe, hvor dilemmaer ved utfordringer i avdelingene kan tas opp gjennom etisk refleksjon.

Ved sykehjem 1 er det vist til at sykepleierne ikke opplever å bli tilstrekkelig involvert eller blir sent informert om viktige forhold ved driften, og viser til eksempler der avdelingene har fått informasjon, mens de som sykepleierteam har fått sentral informasjon etter «alle andre». Noen av sykepleierne mener også at de burde vært involvert i de ukentlige møtene der bemanningen på huset kommende helg blir vurdert. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at sykepleiefaglig leder (som tiltrådte i mai 2023) holder disse møtene for avdelingslederne.

#### Samarbeid med tillitsvalgte

Det er på revisjonstidspunktet ikke etablert faste møter mellom enhetsleder og tillitsvalgte ved de to sykehjemmene.

Sykehjem 1 opplyser at det fra høsten 2023 blir laget en plan for fast møtestruktur i fellesskap med de tillitsvalgte. I forbindelse med verifiseringen, blir det understreket at det er faste samarbeidsmøter med tillitsvalgt og verneombud i arbeidsmiljøgruppen som er minimum 4 møter i året, eller oftere ved behov. Det blir videre opplyst at tillitsvalgt også deltar i kvalitetsutvalgsmøter hver sjette uke, og at verneombud deltar lokalt på avdelinger og i årlige vernerunder.

Sykehjem 2 opplyser at det tidligere ble gjennomført faste treparts møter mellom enhetsleder, verneombud og tillitsvalgte, men at det viste seg utfordrende å samle de ulike samtidig. Det opplyses at tillitsvalgte nå heller deltar i aktuelle ledermøter der det blir tatt opp saker som det er naturlig at tillitsvalgte bør delta på, samt i arbeidsmiljøgrupper og på den måten blir involvert og informert.

I intervjuer med kommer det frem at det er **manglende tillit og krevende dialog** mellom flere i sykepleiergruppen og ledelsen ved sykehjem 1, og at flere opplever manglende forståelse fra ledelsen om at det er travelt på jobb, og heller blir møtt med at man «jobber feil» og må prioritere annerledes. Det blir fra noen kommentert at ledelsen har uttalt at det ikke skal brukes overtidsarbeid, og at dersom det er behov for å bruke tid utover ordinær arbeidstid så er dette å regne som frivillig arbeid. I denne sammenheng blir det kommentert at det ofte er oppgaver som gjenstår på slutten av arbeidsdagen, slik som journalføring, og at dette da ikke blir gjort i tilstrekkelig grad som følge av at de ansatte ikke får betalt for arbeidet.

Etat for sykehjem opplyser at det aktuelle sykehjemmet ligger på median når det gjelder overtidsarbeid. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at ingen i ledelsen kjenner seg igjen i påstanden om at arbeidstid utover ordinær arbeidstid er å regne som frivillig arbeidstid. Det legges også til at sykehjemmet tilstreber å ha en forutsigbarhet i bemanningen for å minske belastningen på ansatte og unngå overtid i den grad det lar seg gjøre.

### 3.3.9 Brukermedvirkning

Brukermedvirkningen ved de to sykehjemmene ivaretas både på systemnivå og på individnivå.

#### *Brukermedvirkning på systemnivå*

Ved både Sykehjem 1 og Sykehjem 2 er det etablert **brukerråd** som har faste møter gjennom året. Det er oppslag om brukerrådene synlig ved begge sykehjem, inkludert informasjon om hvilke typer saker brukerrådet behandler. Brukerådene består av både ledere ved sykehjemmene, beboere/pårørende, frivillige og representant fra Eldrerådet. Deloitte har vært til stede i et møte i brukerrådet ved sykehjem 2 og observerer at både økonomi, bemanning, kompetanse og aktiviteter er forhold som blir diskutert. Representant fra Eldrerådet som deltar i brukerrådet ved sykehjem 1, fremhever at det alltid er deltakelse fra pårørende, og at inntrykket er at sykehjemmet er godt drevet.

Bergen kommune gjennomfører også faste **pårørendeundersøkelser**, som sendes ut til pårørende som har nærstående som bor på de ulike sykehjemmene. Pårørende får spørsmål om flere ulike områder som samarbeid med primærkontakt, tilbud av aktiviteter og kulturelle tilbud, om de opplever at det er hjemlig og hyggelig stemning på avdelingen, samt om pårørende har tillit til at personalet har tilstrekkelig kompetanse til å gi beboer nødvendig pleie.

Resultatene fra pårørendeundersøkelsen viser at det ganske stor forskjell i svarprosenten på pårørendeundersøkelsen mellom sykehjem 1, som har en svarprosent på 82 %, og sykehjem 2, som har en svarprosent på 33 %. Resultatene varierer også noe mellom sykehjemmene. Hvert sykehjem får en samlet score, i tillegg til resultater på ulike områder. Sykehjem 1 har samlet en høyere score på undersøkelsen (score på 4,35 av 5) sammenlignet med sykehjem 2 (score på 4,05 av 5). Gjennomsnittsscoren for alle sykehjemmene er på 4,03, så begge de undersøkte sykehjemmene scorer bedre enn snittet i kommunen.

Resultatene fra pårørendeundersøkelsene blir informert om på den enkelte avdeling, og følges opp lokalt av hvert sykehjem. Det kommer imidlertid frem at det i liten grad er iverksatt tiltak etter siste pårørendeundersøkelse, ettersom sykehjemmene opplever at det i hovedsak var gode resultater.

I forbindelse med verifisering av rapporten opplyser ledelsen ved sykehjem 1 at resultatene også er sendt ut til alle pårørende, og at oppfølging av undersøkelsen er planlagt høsten 2023.

#### *Brukermedvirkning på individnivå*

Ved begge sykehjem blir det gjennomført en **innkomstsamtale** når beboer flytter inn, og det tildeles **primærkontakt** som har et ekstra oppfølgingsansvar overfor den enkelte beboer og dens pårørende. I innkomstsamtalen kartlegges det blant annet hva som er viktig for den enkelte, både når det gjelder mat, aktiviteter, og andre forhold. Pårørende får også tilbud om årlige møter. Avdelingene opplyser at pårørende blir kontaktet dersom det skjer endringer i helsetilstanden til beboer, eksempelvis dersom det vurderes sykehusinnleggelse. Ellers viser avdelingene til at pårørende også kan få informasjon av de ansatte som er på jobb når de besøker sin nærstående.



I intervju med ansatte og ledere ved begge sykehjem gis det generelt uttrykk for at pårørende virker fornøyde med tjenestetilbudet, og at det i hovedsak er god dialog med de fleste. Det pekes også på at sykehjemmene mottar få klager fra pårørende.

I intervju med pårørende, gis det imidlertid uttrykk for ulike og varierende opplevelser når det gjelder hvor mye informasjon de får, og om de opplever den som god nok.

Ved *Sykehjem 1* er det pårørende som gir uttrykk for at det er god dialog mellom pårørende og ansatte, at innspill følges opp og at det gis god informasjon om deres nærstående. Samtidig er det også pårørende som gir uttrykk for at de opplever mangel på dialog med de ansatte ved sykehjemmet, og generell mangel på informasjon. Det kan omhandle informasjon om alt fra legemidler, ernæring, trivsel og generelle aktiviteter. I forbindelse med verifiseringen av rapporten opplyser ledelsen ved sykehjem 1 at det skilles mellom primær- og sekundær pårørende og at det hovedsakelig er de primære pårørende som blir gitt informasjon.

Det blir også stilt spørsmål fra pårørende ved om det er økonomien som setter begrensninger på antall ansatte ved avdelingen, da det oppleves som mangel på ansatte.

Ved *Sykehjem 2* er det også ulike opplevelser. Det er pårørende som viser til at det oppleves som at avdelingen er preget av et system der tid, regler, møter osv. styrer dagene, og at det er mangelfull informasjon om forhold som trivsel, legemidler, endringer/tilstand og andre forhold ved avdelingen/sykehjemmet. Det beskrives en opplevelse av å selv måtte oppsøke informasjon ved fysisk besøk i avdelingen. Pårørende beskriver også at det ikke blir informert om planer, og at deres nærstående har fått ny primærkontakt uten at dette var informert om. Det blir også gitt konkrete eksempler på at avdelingen ikke har hensyntatt forhold som er viktige for enkeltbeboere i ulike situasjoner. En annen pårørende har ikke tilsvarende kommentarer, og opplever at det i hovedsak fungerer greit.

Ved begge sykehjem er det oppmerksomhet på beboernes **medbestemmelsesrett** og hva som er viktig for den enkelte. Livshistorie og hva som er viktig for den enkelte beboer, kartlegges ved innkommst, og det legges til rette for at det blir tatt hensyn til beboernes ønsker. Eksempelvis gjelder dette retten til ro og privatliv når man ønsker det, og vi observerer blant annet på Sykehjem 2 at beboere som ikke ønsker tilsyn i løpet av natten har fått lapp på døren der dette er informert om. Andre forhold kan være å få høre på radio om morgenen, delta i stell og påkledning, samt valg om ting underveis i hverdagen. Deloitte observerer at det ved begge avdelinger for eksempel gis spørsmål til beboere, som «*Vil du ha ost eller leverpostei på brødskiven*» eller «*Vil du være med å gå en tur/gå på trimsykkelen for å trene?*».

I flere intervjuer med ulike ansatte er det også tydelig gitt uttrykk for at den enkelte beboers ønsker blir respektert, og at det er høy bevissthet på å ikke benytte tvang uten vedtak, eksempelvis i forbindelse med stell, medisiner eller andre forhold. Noen peker på at det å respektere beboers ønsker, samtidig kan bli møtt av kritiske bemerkninger fra pårørende som ser annerledes på det.

### 3.4 Vurdering av internkontrollen ved de to sykehjemmene

Basert på det som kommer frem av undersøkelsen, er det etter Deloitte's vurdering etablert flere hensiktsmessige internkontrolltiltak som bidrar til å sikre god styring og kontroll med tjenesteytingen ved de to sykehjemmene i samsvar med krav og forventninger i helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring med veileder og COSO-rammeverket for internkontroll. Samtidig er vår vurdering at internkontrollen også har svakheter, og at det på noen områder er behov for å iverksette tiltak for å sikre enda bedre styring og kontroll med tjenesteytelsen. Vi gjengir noen sentrale observasjoner i tabellen under, og gjør en vurdering for hvert element av internkontrollen basert på følgende skala:


- Grønn: I hovedsak tilfredsstillende
- Gul: Akseptabel, men med noen svakheter
- Oransje: Mindre tilfredsstillende
- Rød: Ikke tilfredsstillende

Vi gjør oppmerksom på at det i de fleste tilfeller gjøres en felles vurdering for begge sykehjem basert på skalaen over. Kun i tilfeller der sykehjemmene skiller seg fra hverandre gjøres det separate vurderinger.

I hvilken grad har sykehjemmene en tilfredsstillende internkontroll som sikrer god styring og kontroll med tjenesteytingen?

Element	Vurdering av observasjon	Konklusjon
---------	--------------------------	------------

Rutiner for sentrale arbeidsoppgaver	<p>Det er et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer og rutiner for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen og har rutiner som bidrar til å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende sine grunnleggende behov. <b>Det foreligger etter Deloittes vurdering i stor grad felles prosedyrer for sentrale arbeidsoppgaver og prosesser i sykehjem.</b> Det er likevel <b>identifisert svakheter</b> i enkelte rutiner. Vi vil spesielt nevne <b>ernæringsrutinen</b>, som etter vår vurdering er uklar og vanskelig å forstå. Dette er imidlertid fulgt opp av etaten som har jobbet med å forbedre prosedyren, og ny versjon vil tilgjengeliggjøres innen kort tid.</p>	
Tilgjengelighet og opplæring i rutiner	<p>Regelverket stiller krav til at øverste leder sørger for at medarbeidere i helse- og omsorgsvirksomheter har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk og retningslinjer for arbeidet. Undersøkelsen viser at <b>tilgjengeligheten og opplæring i rutiner og prosedyrer ikke alltid oppleves tilfredsstillende av de ansatte</b>, men flere viste til at de hadde <b>ressurspersoner</b> de kunne kontakte ved behov for veiledning og hjelp.</p> <p>Samtidig vil vi understreke at risikoen ved å <b>ikke</b> prioritere eller sikre tilstrekkelig opplæring i sentrale prosedyrer kan være betydelig for kvaliteten i helsehjelpen til beboerne ved sykehjemmene.</p>	
Kontroller for å sikre etterlevelse av rutinene	<p><b>Det er etter Deloittes vurdering positivt at det er iverksatt flere kontrolltiltak fra etaten som skal bidra til at rutiner og prosedyrer etterleveres i praksis</b>, jf. anbefalinger i COSO rammeverket.</p> <p>Vår vurdering er imidlertid at det er <b>svakheter i sykehjemmenes egne kontroller av journalføring og mer dyptgående kontroller av etterlevelse av prosedyrer</b>, jf. at det ikke tas systematiske stikkprøver av dette. Denne undersøkelsen viser også at det er flere prosedyrer som ikke etterleveres (se nærmere omtale i neste kapittel).</p>	
Risikovurderinger og avvikssystem	<p>Sykehjemmene skal <b>jevnlig og systematisk risikovurdere tjenesteytingen</b>, og følge opp identifiserte risikoer med risikoreducerende tiltak, jf. veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.</p> <p>Begge sykehjem opplyser at det gjennomføres <b>risikovurderinger</b>, men Deloitte har kun fått tilsendt risikovurdering fra ett av sykehjemmene, selv om det er etterspurt hos begge. Risikovurderingen som vi har sett dokumentert, beskriver ikke i tilfredsstillende grad risikoer og tiltak, og det er også utydelig plassering av ansvar for tiltakene. Eksempelvis at et tiltak for risikoen «medisinkompetanse» er at flere må få opplæring, uten at det er konkretisert hvor mange det er mål om at skal ha denne opplæringen, når opplæringen skal gjennomføres m.m. Samlet sett, basert på svakheter i risikovurderingen ved det ene sykehjemmet og manglende dokumentasjon på risikovurderinger ved det andre sykehjemmet, er vår vurdering at <b>praksisen når det gjelder risikovurderinger er mindre tilfredsstillende.</b></p> <p>Risikovurderinger er imidlertid ikke eneste kilde til risikoområder. Innspill fra ansatte i form av avviksmeldinger er også viktig for å kartlegge og følge opp risiko. <b>Ansatte ved begge sykehjem viser til at de ikke melder så mange avvik som de burde</b>, noe som blir opplyst å være knyttet til mangel på tid og tidvis også at det er vanskelig å vurdere hva som skal meldes som et avvik i BkKvalitet, og hva som skal meldes i journalsystemet. Begge sykehjemsavdelinger som har vært</p>	

	<p>gjenstand for revisjon, jobber likevel på flere måter godt med avvik og tar også opp forbedringsområder med ansattgruppen. Samlet sett er likevel vår vurdering at det ved begge sykehjem er viktig å jobbe med å sikre at det er tydelig for de ansatte hvilke avvik som skal meldes, samt legge til rette for at ansatte får nok tid til å melde avvik, ettersom dette er en forutsetning for at ledelsen skal kunne bruke avvik i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.</p> <p>Ved <b>sykehjem 1</b> har det vært en hendelse der ansatte som ikke bestod nødvendig opplæring i medisinopplæring (testing i legemiddelkortet), fikk feilaktig informasjon om at de hadde bestått. På den positive siden er det tilfredsstillende at internkontrollsystemet virker når situasjoner som dette som oppstår, herunder at hendelsen ble oppdaget og meldt som et avvik, og at det er iverksatt tiltak. Vi finner likevel grunn til å påpeke den betydelige risikoen en slik hendelse kan utgjøre for pasientsikkerheten, og vi stiller spørsmål ved om sykehjemmet hadde sikret riktig kompetanse til å vurdere testing i forbindelse med medisinopplæring.</p>	
<p>Bemanningsplanlegging</p>	<p><b>Utfordringer med rekruttering</b> av helsefagarbeidere og sykepleiere er til stede ved begge sykehjem som ellers i landet, noe som innebærer både vakanser og at det ikke alltid er mulig å erstatte fagpersonell ved fravær. Etter vår vurdering er det positivt at sykehjem 2, som har sykepleiere i den ordinære grunnbemanningen på hver avdeling, nå <b>vurderer tiltak for å utnytte kompetansen</b> bedre på tvers av huset. Sykehjem 1 har allerede sykepleiere organisert i egen stab som går på tvers mellom avdelinger.</p> <p><b>Det fremstår videre hensiktsmessig at sykehjemmene har etablert en fast praksis med å ukentlig vurdere bemanningen</b> på jobb påfølgende helg og uke, der det gjøres en samlet vurdering av kompetansen på hele huset. Dette fremstår spesielt viktig i lys av at sykehjemmene har utfordringer med vakanser og sykefravær.</p> <p><b>Det er også positivt at avdelingsledere tilstreber å bruke kjente/langvarige vikarer når behov for vikar oppstår</b>, noe vi vurderer som positivt for å sikre at de som yter tjenestene har kjennskap til både beboere og rutiner ved sykehjemmet.</p> <p>Basert på det som kommer frem av undersøkelsen, er vår vurdering at sykehjemmene i hovedsak har en tilfredsstillende <b>bemanningsplanlegging</b>, innenfor de rammebetingelsene sykehjemmene har med økonomi og helsepersonellmangel. Samtidig er det tydelig at bemanningssituasjonen i seg selv til tider oppleves som krevende (se nærmere omtale av dette i neste kapittel).</p>	
<p>Involvering av ansatte i utvikling av tjenestene</p>	<p>Begge sykehjem <b>gjennomfører medarbeiderundersøkelser</b>, medarbeidersamtaler og faste møter mellom avdelingsleder og ansatte i samsvar med krav og forventinger om dette i veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Dette er viktige arenaer for å legge til rette for involvering fra ansatte i utvikling av tjenestene. I tillegg vil vi trekke frem <b>pasientsikkerhetsvisittene og tavlemøtene</b> som gode arenaer for å involvere personalgruppen i å vurdere pasientsikkerheten på sin avdeling.</p> <p>Vår vurdering er derfor i utgangspunktet at avdelingene ved begge sykehjem har iverksatt <b>gode tiltak for å involvere ansatte i utvikling av tjenestene</b>, selv om vi merker oss at noen ansatte mener at det gjerne kunne vært gjort enda mer for å oppmuntre ansatte til å melde fra om</p>	<p>Sykehjem 1</p>  <p>Sykehjem 2</p> 

forbedringsområder og risiko i tjenestene. I denne sammenheng vil vi vise tilbake til vår vurdering som gjelder arbeidet med risikovurderinger og avviksmeldinger.

Det er også etablert møtepunkt mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud ved sykehjemmene. Vi merker oss at **sykehjem 2** har sluttet med treparts møter, men heller involverer tillitsvalgte og verneombud i andre møter. Vi har ikke undersøkt samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud noe nærmere, men vil trekke frem at møter mellom ledelsen, verneombud og tillitsvalgte er viktige arenaer for å sikre god dialog, forståelse og samarbeid mellom partene i arbeidslivet.

Videre merker vi oss at det er meldt om krevende samarbeid og dialog mellom sykepleierne og ledelsen ved **sykehjem 1**. Deloitte's vurdering er at det er risiko for at disse utfordringene kan påvirke arbeidsmiljø og hvordan ansatte opplever muligheten til å medvirke i utviklingen av tjenestene, samt risiko for at forholdene går ut over kvaliteten i tjenestene ved sykehjemmet.

#### Brukermedvirkning

Det er Deloitte's vurdering at sykehjemmene på flere områder legger vekt på og tilrettelegger for at **beboere får medvirke** i utføring av tjenester og får ta aktive valg i hverdagen, jf. beboers rett til å gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (forskrift om verdig eldreomsorg §3). Både gjennom intervju og observasjoner fremkommer det at beboere får spørsmål om hva de ønsker og får ta aktive valg.

Det er også positivt at det er etablert **brukerråd** og at det gjennomføres **pårørendeundersøkelser**. Dette vurderer vi som gode tiltak som skal legge til rette for at «brukerens stemme» blir hørt, og at tjenestene får tilbakemeldinger som de kan bruke til å forbedre tjenestene. Vi merker oss imidlertid at det i liten grad er iverksatt tiltak etter siste pårørendeundersøkelse. Selv om begge sykehjem får gode resultater, er det også forbedringsområder som sykehjemmene bør følge opp. I forbindelse med verifiseringen opplyser imidlertid sykehjem 1 at det er planlagt oppfølging av resultatene fra undersøkelsen høsten 2023.

På tross av disse positive trekkene ved sykehjemmenes praksis, er det gjennom våre intervjuer avdekket at det er pårørende som opplever at det ikke blir gitt informasjon om beboeres helsetilstand, legemiddelbruk og andre viktige endringer. Vår vurdering er derfor at det er noen svakheter i hvordan sykehjemmene **ivaretar pårørende sin rett til informasjon om** beboers helsetilstand og den helsehjelp som ytes (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2).



## 4 Kvalitet i tjenesteytingen

### 4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

I hvilken grad har sykehjemmene kvalitet i tjenesteytingen til sine beboere når det gjelder:

- Personlig hygiene og sårstell
- Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå
- Måltider og ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Renhold

Som en del av denne problemstillingen, vil vi også omtale bemanningen ved avdelingene. Revisjonskriterier knyttet til bemanning, er tidligere omtalt i kapittel 3.2

### 4.2 Revisjonskriterier

Kvalitet kan defineres som *i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk*.<sup>12</sup> I denne undersøkelsen er det en slik kvalitetsdefinisjon som legges til grunn, og vi vurderer kvaliteten ved å svare på om tjenestetilbudet ved de to sykehjemmene oppfyller forventninger slik de er definert i lov- og regelverk og andre styrende dokumenter.

Særlig to forskrifter er sentrale som revisjonskriterier for å vurdere kvaliteten i tjenesteytingen; forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om en verdig eldreomsorg. Disse forskriftene inneholder en rekke bestemmelser som skal sikre at personer som mottar pleie og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, samt sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Samtidig er det flere andre forskrifter som er sentrale for å vurdere kvaliteten i tjenestene, blant annet relatert til legemiddelhåndtering og renhold.

I tabellen under oppsummerer vi sentrale krav og forventninger til tjenestene, som vi legger til grunn for å vurdere kvaliteten i tjenestene ved de to sykehjemmene vi har undersøkt. Kravene og forventningene er basert på kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, samt felles prosedyrer for sykehjem i Bergen kommune.

Problemstilling:	Krav/forventning
I hvilken grad har sykehjemmene kvalitet i tjenesteytingen til sine beboere når det gjelder:	
Personlig hygiene og sårstell	<p>Verdighetsgarantiforskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom, jf. forskriftens § 1.</p> <p>Dette innebærer blant annet at kommunen skal ha et tjenestetilbud som blant annet legger til rette for at følgende hensyn ivaretas for de eldre (jf. Verdighetsgarantiforskriften § 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>nødvendig hjelp til personlig hygiene</b></li> <li>• <b>faglig forsvarlig oppfølging</b> av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen</li> </ul>

<sup>12</sup> <https://snl.no/kvalitet>

	<p>Kommunen skal videre utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov. Etter kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene §3 innebærer dette blant annet at brukere skal få:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ivaretatt <b>personlig hygiene</b> og naturlige funksjoner (toalett)</li> <li>• mulighet til selv å ivareta <b>egenomsorg</b></li> <li>• nødvendig <b>tannbehandling</b> og ivaretatt munnhygiene</li> <li>• tilpasset <b>hjelp ved av- og påkledning</b></li> </ul>
<p>Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå</p>	<p>Kommunen skal ha et tjenestetilbud som blant annet legger til rette for at tjenestemottakerne får mulighet til å <b>bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen</b>, jf. Verdighetsgarantiforskriften § 3.</p> <p>Kommunen skal etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3 også utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dekket <b>sosiale behov</b> som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet</li> <li>• tilbud om <b>varierte og tilpassede aktiviteter</b></li> <li>• Mulighet for <b>ro og skjermet privatliv</b></li> </ul>
<p>Måltider og ernæring</p>	<p>Kommunen skal ha et tjenestetilbud som blant annet legger til rette for <b>et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider</b>, jf. Verdighetsgarantiforskriften § 3.</p> <p>Kommunen skal videre etter kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3 utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• får dekket <b>fysiologiske behov</b> som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og <b>rimelig valgfrihet</b> i forhold til mat.</li> <li>• <b>Tilpasset hjelp ved måltider</b> og nok tid og ro til å spise</li> </ul> <p>Etat for sykehjem har utarbeidet felles retningslinjer for <b>forebygging og behandling av underernæring</b> ved aldersinstitusjoner i Bergen kommune. For å kunne vurdere ernæringsoppfølgingen, er også etatens egne rutiner lagt til grunn som revisjonskriterier. Basert på etatens felles rutiner, skal sykehjemmene sikre at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beboere i institusjon <b>veies en gang per måned</b> ved normal ernæringsstatus, og <b>en gang per uke ved risiko for undervekt</b>.</li> <li>• at det skal tilstrebes at det <b>ikke er mer enn 11 timer</b> mellom siste måltid og første måltid neste dag.</li> <li>• Videre skal ulike tiltak vurderes ved oppfølging av ernæring. Dette gjelder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Underliggende faktorer</li> <li>○ Måltidsmiljø</li> <li>○ Mattilbud</li> <li>○ Mellommåltid og beriking</li> <li>○ Næringsdrikker</li> </ul> </li> </ul> <p>I tillegg legges nasjonale råd og veiledning til grunn. Helsedirektoratets anbefalinger om fem om dagen gjelder også de eldre.<sup>13</sup> I Helsedirektoratets kosthåndbok for helse- og omsorgstjenesten trekkes det også frem at det ved kort forventet levetid bør legges vekt på de sanselige opplevelsene av maten og ikke bare den ernæringsmessige kvaliteten.</p>

<sup>13</sup> Helsedirektoratet: [Kosthåndboken](#).

<p>Legemiddelhåndtering</p>	<p>Etter forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp er det <b>virksomhetsleder som skal sørge for at legemiddelhåndtering utføres forsvarlig</b> og i henhold til gjeldende lover og forskrifter, jf. § 4.</p> <p>Internkontrollen etter § 4 innebærer at virksomhetsleder skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer blant annet <b>prosedyrer</b> for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.</li> <li>• Gi skriftlige bestemmelser om hvilken <b>kompetanse</b> ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.</li> <li>• Sørge for at helsepersonell får nødvendig <b>opplæring og kompetanseutvikling</b> i legemiddelhåndtering.</li> <li>• Sørge for at virksomheten har et <b>system for håndtering</b> av legemidler i reseptgruppene A og B (<b>narkotiske stoffer og vanedannende medisin</b>)</li> </ul> <p>Videre er det en rekke krav til legemiddelhåndteringen, blant annet skal virksomheten sikre at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemidler <b>oppbevares forsvarlig</b> og utilgjengelig for uvedkommende § 6</li> <li>• Helsepersonell skal sørge for at <b>riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte</b> §7</li> </ul>
<p>Renhold</p>	<p>Etter forskrift om smittevern i helsetjenester skal sykehjem ha et infeksjonskontrollprogram som blant annet inneholder <b>skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak</b>. Dette omfatter blant annet skriftlige retningslinjer for <b>bruk av arbeidstøy, alminnelig renhold, samt håndtering, rengjøring og desinfeksjon av tekstiler og utstyr</b>, jf. forskriftens § 2-2. Forskriften inneholder også en rekke andre bestemmelser knyttet til smittevernhåndtering som ikke er omfattet av denne undersøkelsen. Det er også viktig å presisere at vi ikke har gjennomført målinger av renholdet ved bruk av apparater/utstyr i denne undersøkelsen, men at vi har vurdert renholdet ut ifra det som er mulig å observere, samt basert på det som fremkommer av intervjuer med ansatte og pårørende.</p> <p>I denne undersøkelsen har vi lagt til grunn at arealer og inventar ved de to sykehjemmene skal være rene og ryddige, og at det ikke er flekker, skitt og rot som kan besiktiges visuelt, og at rutiner for dokumentasjon av renhold og temperaturmålinger etterleves. Konkret legger vi til grunn at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehjemmene bør ha en <b>renholdsplan</b> som omtaler hvor ofte og hvordan oppholdsrom/fellesarealer, beboernes private rom samt øvrige rom som låste rom (medisinrom, skyllerom o.l.) og administrative rom (vaktrom/kontor) skal rengjøres</li> <li>• Oppholdsrommene skal være <b>ryddige og rene uten synlig skitt, flekker og støv</b>. Dette gjelder både gulv, andre overflater og inventar slik som bord, kjøkkenbenker mv.</li> <li>• Tilsvarende ryddig og rent skal det være på lukkede rom som medisinrom og skyllerom</li> <li>• Det skal det være <b>signert</b> for gjennomført renhold og temperaturkontroll</li> <li>• Ansatte skal bære <b>uniform</b> i henhold til etatens prosedyre</li> </ul>



## 4.3 Datagrunnlag

### 4.3.1 Bemanning ved avdelingene

Bemanningen ved de to avdelingene vi har undersøkt er ulik, i form av at det er flere ansatte på avdelingen på sykehjem 2, sammenlignet med sykehjem 1, noe som skyldes at avdelingen på sykehjem 2 har flere beboere (17 beboere) enn avdelingen på sykehjem 1 (10 beboere).

For å se om det er store forskjeller i antall personer på jobb sett opp mot antallet beboere, har Deloitte derfor beregnet pleiefaktoren<sup>14</sup> ved de to avdelingene vi har undersøkt, på ulike tidspunkt av dagen både hverdager og helg. Beregningene våre viser at **pleiefaktoren er relativt lik mellom avdelingene ved sykehjem 1 og sykehjem 2**, men pleiefaktoren varierer innad på avdelingene på ulike tidspunkter av døgnet. Dette er fordi det er høyere bemanning på dagtid enn på kveld og natt.

Når det gjelder hvor mange beboere en ansatt i snitt har ansvar for, varierer dette en del mellom ulike vakter, ved begge sykehjem (fra 2,8 beboere per ansatt på det laveste til 20 beboere per ansatt på det høyeste).

Tabellene under gir nærmere informasjon om pleiefaktor og antall beboere per ansatt ved de to sykehjemsavdelingene. Momenter som må hensyntas i sammenligningen av tabellene:

- Sykehjem 1: I tillegg til *antall på jobb* som fremkommer av tabell 4 kommer sykepleiere som deles mellom flere avdelinger. Pleiefaktoren kan derfor anses som noe høyere siden de ansatte kan be om støtte fra sykepleier ved behov. Dette gjelder både dag, kveld og natt.
- For sykehjem 2 er avdelingssykepleier lagt til i bemanningen på dagvakter på ukedagene. Dette har vi gjort fordi avdelingssykepleier kan være delaktig i morgenstell/utlevering av medisiner osv. Dette gir en høyere pleiefaktor på dagtid ved dette sykehjemmet. Det er også tilgjengelig sykepleier på ansvarsvakt på kveld som kan tilkalles, som er organisert utenom bemanningen i avdelingene. På natt er det også tilgjengelig assistent på sykehjemmet som går på tvers av alle avdelinger.<sup>15</sup>

Tabell 4: Bemanningsoversikt og pleiefaktor ved sykehjem 1

Ukedager	Antall på jobb	Antall beboere	Antall beboere per ansatt	Pleiefaktor (%)
Dagvakt	3	10	3,33	0,3 (30 %)
Kveldsvakt	2	10	5	0,2 (20 %)
Nattevakt	0,5 <sup>16</sup>	10	10	0,05 (5 %)
Helger	Antall på jobb	Antall beboere	Antall beboere per ansatt	Pleiefaktor
Dagvakt	2,5	10	4	0,25 (25 %)
Kveldsvakt	2	10	5	0,2 (20 %)
Nattevakt	0,5	10	10	0,05 (5%)

Tabell 5: Bemanningsoversikt og pleiefaktor ved gruppe A og B, Sykehjem 2

Ukedager	Antall på jobb gruppe A+B	Antall beboere	Antall beboere per ansatt gruppe A+B	Pleiefaktor gruppe A+B (%)
Dagvakt	6	17	2,8	0,35 (35 %)

<sup>14</sup> Pleiefaktor er beregnet ved å ta antall ansatte på jobb den aktuelle vekten og dividere på antall beboere (dag, kveld og natt). Vi skiller i utregningen mellom ukedager og helger, da bemanningen er noe ulik for dagvaktene. Videre har vi beregnet hvor mange beboere én ansatt i snitt har ansvar for per vakt. Vi gjør oppmerksom på at det ikke er mulig å sammenligne pleiefaktoren mellom de to avdelingene på hvert sykehjem 1:1, ettersom det er ulik organisering og at pleietyngden til beboerne også kan variere.

<sup>15</sup> I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, utdyper sykehjemsledelsen følgende: På kveldsvakt har sykehjemmet en sykepleier som er ansvarsvakt og er tilgjengelig for alle avdelingene ved sykehjemmet. Denne er organisert utenom bemanningen i avdelingene. På natt har sykehjemmet en assistent som går på tvers av alle avdelinger og kan bistå nattpersonalet med f.eks. fastvakt, stell, dempe evt uro i en avdeling osv. I tillegg har sykehjemmet også en sykepleier på nattevakt som utfører sykepleieoppgaver der det er nødvendig

<sup>16</sup> Det er en ansatt som går på to avdelinger



<b>Kveldsvakt</b>	3	17	5,7	0,18 (18 %)
<b>Nattevakt</b>	1	17	17	0,06 (6 %)
<b>Helger</b>	<b>Antall på jobb gruppe A+B</b>	<b>Antall beboere</b>	<b>Antall beboere per ansatt gruppe A+B</b>	<b>Pleiefaktor gruppe A+B (%)</b>
<b>Dagvakt</b>	4	17	4,3	0,24 (24 %)
<b>Kveldsvakt</b>	3	17	5,7	0,18 (18 %)
<b>Nattevakt</b>	1	17	17	0,06 (6 %)

Ved nærmere beregninger av pleiefaktoren på sykehjem 2, som har delt beboerne i to grupper, ser vi at det er **forskjeller i pleiefaktoren på kveld mellom A-siden og B-siden**. Ansatte på B-siden har ansvar for et høyere antall beboere på kveldsvaktene (7 beboere per ansatt) sammenlignet med A-siden (5 beboere per ansatt). Se nærmere informasjon om dette i vedlegg.

### Kompetanse inne på avdeling

Begge sykehjemsavdelinger har en blanding av faglært og ikke-faglært personell.

Avdelingen ved *sykehjem 1* har flere **helsefagarbeidere** (inkl. avdelingsleder), og i tillegg assistenter som er **ufaglærte**. Det trekkes frem at flere ufaglærte har stått lenge i jobben og derfor nærmest kan regnes som faglærte. **Sykepleiere** er organisert i et eget team i tillegg til fast bemanning ved avdelingen, de utfører sine faste oppgaver og kan tilkalles til avdelingen **ved behov**.

Avdelingen ved *sykehjem 2* har flere **sykepleiere** (inkl. avdelingspsykepleier) og **helsefagarbeidere**, i tillegg til **ufaglærte** assistenter. Enkelte av assistentene er imidlertid i et løp for å bli helsefagarbeider.

Begge sykehjem viser til at de har flinke og kompetente medarbeidere, men fremhever at bemanningssituasjonen tidvis oppleves som utfordrende. Dette handler dels om at det ikke er tilstrekkelig grunnbemanning til å ivareta alle oppgaver og behov, og dels om utfordringer relatert til fravær og vakanser, som innebærer at oppgaver må skyves på og nedprioriteres. Vi vil omtale nærmere hvordan bemanningen oppleves av de ansatte i delkapittelet under.

### Kapasitet og kompetanse slik den oppleves av de ansatte

#### *Sykehjem 1*

Ved sykehjem 1, inngår ikke sykepleierne i den faste bemanningen på avdelingene, men har sin egen turnus og kommer i tillegg til fast bemanning ved den enkelte avdeling. Sykepleierne har fordelt ansvar som primærsykepleier og sekundærsykepleier på faste avdelinger, men de «betjener» altså flere avdelinger. Både sykepleiere og ansatte ved avdelingen vi har undersøkt fremhever dette som en god ordning. Avdelingsleder viser blant annet til at det føles trygt med dagens organisering, og at sykepleiere kommer raskt dersom det er behov, for eksempel ved akutte hendelser.

Samtidig fremkommer det at det er utfordringer relatert til bemanningssituasjonen både inne på avdeling, og i sykepleierteamet.

Når det gjelder **sykepleierdeknningen**, er det ulike oppfatninger mellom ledelsen og sykepleiergruppen på om bemanningen har vært god nok.

Sykepleierne opplyser at det ofte bare har vært to sykepleiere på jobb på dagtid (som skal betjene hele sykehjemmet) som følge av sykefravær, og ikke tre til fire som det skal være. Det blir vist til at det ved sykefravær er vanskelig å finne vikarer eller erstattere, samt at de opplever at ledelsen ikke vil bruke overtid/inleie. Det blir opplyst at det har vært noen «nesten hendelser» som følge av personalmangel, som kunne blitt alvorlige. Hendelsene ble meldt som avvik, men sykepleierne opplyser at de fra ledelsens side ble møtt med at dette kun var engangstilfeller. Sykepleierne viser derimot til at det ikke er et engangstilfelle at det kun er to sykepleiere på jobb. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, viser sykehjemsledelsen til at det i løpet av mars til og med juni 2023, har vært totalt ni dagvakter med to sykepleiere på jobb. Dette grunnet akutt sykdom som er meldt inn samme dag. Sykehjemsledelsen viser til at det har vært full bemanning resterende vakter, og at det på flere vakter har vært fem til seks sykepleiere på jobb. Sykehjemsledelsen opplyser også at det er brukt nærmere 700.000 kroner på inleie av vikarer fra vikarbyrå til sykepleiergruppen, i tillegg til bruk av egne vikarer.

Det kommenteres også fra sykepleierne at **fagkompetansen inne på hver enkelt avdeling har blitt redusert over tid, noe som gjør at sykepleiere blir tilkalt i større grad**. Som omtalt i kapittel 2, opplever også sykehjemmene at botiden har gått ned over tid, og at beboeren generelt er dårligere enn før. Det kommenteres videre at dokumentasjonskravene har økt, og at det er flere tavlemøter og legevisitter enn før som sykepleierne skal delta på. Dermed oppleves hverdagen mye travlere sammenliknet med tidligere. Enkelte viser til at det kunne hjulpet om det ble utarbeidet prioriteringslister for sykepleiere, slik at det er mer tydelig for sykepleierne hvordan de skal prioritere i de tilfellene det er behov for dette.

I et oppfølgingsmøte med ledelsen ved sykehjemmet i august 2023, får vi opplyst at det **nylig er gjort tiltak i form av å styrke sykepleierteamet** med 80 % stilling, samt at det fra slutten av mai 2023 er ansatt ny sykepleiefaglig leder.

Når det gjelder den **faste bemanningen inne på avdelingen**, er det flere som gir uttrykk for at det burde vært mer personell på jobb. Noen opplever at det særlig er på kveldsvakt bemanningen er mest sårbar. Det blir gitt uttrykk for at bemanningen oppleves å være bedre på dagvakt og i helger, men at det kan utfordres i enkelte situasjoner.

#### *Konsekvenser av utfordringer knyttet til bemanning ved sykehjem 1*

Flere ansatte **forteller om oppgaver det ikke er tilstrekkelig tid til å gjennomføre**. Dette gjelder både **dokumentasjonsoppgaver** som det å melde avvik og dokumentere beboeroppfølging, men også å **gjennomføre aktiviteter** med beboere som typisk er det som blir nedprioritert ved lav bemanning. En av de intervjuede omtaler det som at det er vanskelig å sikre at alle beboerne får sine ønsker oppfylt hver dag, da dette krever mer personell, men at de prøver å følge opp beboerne på deres ønsker. I tilfeller ved for lav bemanning, er det ifølge ansatte medisiner og måltider som blir prioritert, og andre oppgaver som aktivisering utgår. Det kommenteres også av enkelte at det ikke er nok personell **til at de klarer å dele ut medisiner til riktig tid**.

I intervju med **pårørende er det gitt litt ulike synspunkt på bemanningssituasjonen på avdelingen**. Enkelte viser til en opplevelse av at det ikke er tilstrekkelig bemanning ved avdelingen, og **stiller spørsmål ved om det brukes beroligende medisin som kompensasjon for mangel på ansatte** (se nærmere omtale om bruk av beroligende i kapittel 4.3.5). Det fremheves at ansatte som er på jobb gjør sitt ytterste for beboerne, men at de er for få. En annen pårørende beskriver en opplevelse av stabil bemanning, men at det av og til er bruk av vikarer.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at det ikke brukes beroligende medisin som kompensasjon for mangel på personell. Det blir opplyst at grunnbemanning har vært på plass, og at det ved behov leies inn fastvakt.

#### *Sykehjem 2*

Ved sykehjem 2 pekes det også på utfordringer med bemanningssituasjonen. Både ansatte og ledere viser til at det er risiko ved fravær i fagkompetansen ved helg. Det gis konkrete eksempler på at bemanningen noen helger ikke oppleves god nok som følge av sykefravær, der det for eksempel bare da er én ansatt som kan dele ut medisin til alle 17 beboere (og ikke to, som det skal).

Det pekes på at årsaken til at avdelingen er særlig **sårbar i helgene**, er fordi at det da er en del vikarer uten tilstrekkelig kjennskap til avdelingene, i tillegg til at det er færre ansatte på jobb i helgene. I ukedagene blir det vist til at man kan utsette noen oppgaver til dagen etter, men at dette er ikke mulig på helg. Hvis det da i tillegg er beboere som faller eller trenger ekstra tilsyn pga. noe akutt/sykdom er det **svært sårbart**. Avdelingsleder opplever at en kombinasjon av fagkompetanse og flere ansatte på jobb ville vært en god løsning, og har gitt uttrykk for ønske om økt **grunnbemanning** i lang tid, men opplever ikke å bli hørt i tilstrekkelig grad av ledelsen på dette.

#### *Konsekvenser av utfordringer knyttet til bemanning ved sykehjem 2*

Ansatte beskriver at utilstrekkelig bemanning og kompetanse har negative konsekvenser for **kvaliteten** i tjenestene. Blant annet er det ikke kapasitet til å gjennomføre aktiviteter med beboerne dersom det ikke er tilstrekkelig bemanning på avdelingen. Det legges til at flere av de ansatte har tatt opp saken med leder, og at situasjonen er anerkjent, men at det er utfordrende å få dekket inn nok kompetanse til tross. En av de intervjuede presiserer at det er **kommunen som bør iverksette tiltak**.

Lavere pleiefaktor på B-siden på kveld (sammenliknet med A-siden) gjenspeiles også i samtaler med ansatte, som forteller at det oppleves som svært **tungt å være alene på kveldsvakt** på gruppe B. For eksempel beskrives beboerne som tunge, enkelte har behov for bistand til mating ved måltider, mye hjelp i forbindelse med toalettbesøk, kveldsstell og legging. Siden det kun er en ansatt på kveld, er det ingen ansatt tilgjengelig på fellesområde, dersom den ene ansatte blir værende inne på et beboerrom over lengre tid. De ansatte forteller

også at de må starte tidligere med måltider og legging på kveldsvaktene sammenliknet med A-siden, nettopp for å **rekke over alt** når man er alene.

Flere av våre observasjoner ved B-siden bekrefter det de ansatte forteller om. Ved en anledning ble det observert under kaffeservering at ansatt som var på vakt ble oppringt på jobbtelefonen flere ganger, samtidig som vedkommende skulle servere kake og kaffe til flere beboere. Den ansatte måtte forlate kaffeserveringen to ganger for å bistå med utdeling av medisiner og andre oppgaver et annet sted, til tross for at beboerne hadde tydelig behov for bistand under måltidet. Vi fikk også opplyst at det var en beboer inne på et beboerrom som hadde behov for bistand. Vi har også vært tilstede ved andre tilfeller der beboere sitter mye for seg selv, og har også opplevd tilfeller der beboere har spurt om hjelp fra oss fra Deloitte, fordi det ikke har vært ansatte i nærheten som kunne bistå beboere.

Videre forteller ansatte at dersom de blir satt mange dager på B siden, har de behov for å komme litt på A siden for en «lettere» dag. Sykemeldinger som konsekvens av tungt arbeid man er alene om, blir også trukket frem.

I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at arkitekturen av etasjen er slik at det er en korridor merket A og en korridor merket med B. Personalet jobber på A+B, dvs. i samme avdeling. Ledelsen viser til at det er tydelig merket i vaktboken hvor den enkelte skal være på sin vakt, men at en av personalet på jobb skal gå imellom korridorene og bistå med utdeling av medisiner, stell osv. Sykehjemsledelsen kommenterer at de ser at det pga. arkitekturen av avdelingen kan medføre at ansatte opplever at de er alene på enten A eller B korridoren.

#### Tilgang på annen kompetanse ved sykehjemmene

Begge sykehjem har flere andre yrkesgrupper som yter bistand og oppfølging til beboere. Ved begge sykehjem er det lege ved begge sykehjem som er til stede flere ganger i uken og som har fast visittid på hver avdeling. Sykehjemmene har også aktivitør/musikterapeut som er ansvarlig for å organisere fellesaktiviteter. I tillegg har begge sykehjem fotpleier og frisør. Det at sykehjemmene har en **bredde i kompetanse og yrkesgrupper, trekkes frem som positivt** av flere. Ved sykehjem 1 pekes det på at avdelingen av og til også har læringer, noe som oppleves som stor nytte. Det opplyses om at det gir bedre tid for de ansatte, og større fleksibilitet til å være mer med beboerne i fellesområdene.

Samtidig kommer det frem at sykehjemmene også gjerne skulle **ønske seg enda større bredde i kompetansen på huset**. Flere viser til at det ikke er ergo/fysioterapikompetanse på sykehjemmene, noe som innebærer at oppfølgingen av det fysiske funksjonsnivået til beboerne må følges opp av personalet på avdelingene. Se nærmere omtale av dette i kapittel 4.3.3. Enkelte trekker også frem at det gjerne skulle vært tilgang på farmasøyt. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, blir det opplyst fra etat for sykehjem at farmasøyten i etaten har sagt opp, og at stillingen lyses ut høsten 2023. Videre er det opplyst at etaten kjøper tjenester, som farmasøytisk revisjon, av farmasøytisk firma kommunen har avtale med.

Ved begge sykehjem trekkes det også frem at det ville vært hensiktsmessig å ansette **servicemedarbeidere**, men at det ikke er økonomiske rammer til dette per i dag. Sykehjemmene fikk ansatt servicemedarbeidere som et tiltak under koronapandemien, og flere trekker frem gode erfaringer. Ved å ha servicemedarbeidere ved sykehjemmene, kan disse ivareta en del oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, slik at ordinær bemanning får frigjort mer tid til helsefaglige oppgaver og oppfølging av beboere.

#### 4.3.2 Personlig hygiene og sårstell

##### Personlig hygiene

Det er ved begge sykehjemmene etablert stellebeskrivelser for samtlige beboere i avdelingen. Beskrivelsene foreligger i journalsystemet. Alle beboere skal ifølge de ansatte få tilbud om dusj en gang per uke. Dusjingen er på faste dager, men det blir vist til at det noen ganger kan skyves på dersom det er en travel vakt/mangel på personell eller helligdag.

Det er ulikt om og i hvilken grad beboere ønsker eller må ha bistand til å ivareta personlig hygiene og i hvilken grad de selv er delaktig i stell. Dette gjelder også om beboere selv kan gå på toalettet eller må ha bistand. Vi observerer flere ganger at beboere får tilbud om og får bistand til toalettbesøk.

Begge sykehjem virker bevisste på at munnhygiene og tannstell også tilhører personlig hygiene, og bistår de beboerne som har behov. Det er ulikt hvordan oppfølgingen av dette skal dokumenteres. Der noen viser til at det skal dokumenteres i journal (sykehjem 1), viser andre til at det skal kvitteres for utført tannstell på kvitteringsliste på beboers bad (sykehjem 2) og andre igjen viser til at dette i liten grad blir dokumentert. I journalene vi har gjennomgått har det i liten grad vært spor av dokumentasjon på munnhygiene og tannstell. Siden Deloitte ikke har

gjennomført observasjoner inne på beboernes rom, er det ikke gjennomført observasjoner eller nærmere kontroller av eventuelle kvitteringslister som foreligger på beboerrom.

Personlig hygiene handler også om å ha rene klær. Ved begge sykehjemsavdelingene blir beboernes private tøy vasket og tørket på egne rom med vaskemaskiner og tørketrommel. Klær blir også hengt opp til tørking når det ikke kan tørkes i trommel. Deloitte observerer at beboerne er rene i tøyet de gangene vi er på besøk ved avdelingene, med unntak av enkeltvise flekker som for eksempel kan ha kommet etter et måltid.

Begge sykehjem har også fotpleier og frisør, som beboere kan benytte på faste dager. Dette fremheves som viktige tilbud for beboerne.

#### *Pårørendes opplevelser*

De pårørende vi har snakket med ved sykehjem 1, gir uttrykk for at sine nærstående er tilstrekkelig stelte, og at de er rene i tøyet. Ved sykehjem 2, er det imidlertid enkelte pårørende som viser til andre opplevelser, og gir uttrykk for at sin nærstående kan ha flekkete tøy, og matrester i ansikt/på hender og under negler. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget kommenterer sykehjemsledelsen at sykehjemmet tilstreber at beboerne skal være rene i tøyet og på hender, men at det dessverre for noen beboere kan være krevende å sikre til enhver tid. Enkelte pårørende viser også til hendelser som har funnet sted knyttet til stell/dusjing, og som beboer har opplevd som vanskelig og ikke har turt å gi beskjed om.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, viser sykehjemsledelsen til at de gjerne ønsker seg denne typen tilbakemeldinger direkte, og at de ikke har fått informasjon om slike hendelser. Etaten kommenterer at det er lagt til rette for flere arenaer der det skal være mulig å bringe opp slike forhold; i oppfølgingsamtale, med avdelingsleder, enhetsleder, lege, etc. Det er også arenaer som f.eks. brukerråd, hvis beboer eller pårørende ikke ønsker å ta det opp direkte.

#### **Sårstell**

Som tidligere omtalt, har etat for sykehjem utarbeidet felles prosedyrer for en rekke ulike områder, inkludert sårstell.

Ved begge sykehjemmene er det opplyst i intervju at det er sykepleiere som lager sårprosedyre for de beboere som har sår. Det opplyses ved begge sykehjem at andre yrkesgrupper (enn sykepleiere) kan utføre sårstell dersom de har fått opplæring i den aktuelle prosedyren og føler seg trygge på å utføre sårstellet.

Det var ingen beboere i de undersøkte avdelingene som hadde sår med behov for sårprosedyre på revisjonstidspunktet. Deloitte finner gjennom tilfeldig gjennomgang i journaler tidligere sårprosedyrer for beboere ved begge sykehjem, med dokumentasjon og dato for avslutning.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

En av sykepleierne på huset er kontaktsykepleier for sår. Flere ansatte opplever at det mangler tilstrekkelig sårkompetanse, og det trekkes frem at kontaktsykepleieren for sår enda ikke har gjennomført kompetanseheving i sårbehandling. Sykehjemsledelsen viser at det vil bli gjennomført kompetanseheving så snart relevante kurs kommer. Sykepleierne opplever at de må behandle sår med utgangspunkt i sin grunnleggende kompetanse, en kompetanse som blir beskrevet som «ikke tilstrekkelig god», og at det er behov for å styrke kompetansen. Videre gis det også uttrykk for at legene ikke i særlig grad involveres i utarbeidelse av sårprosedyrer. Sykehjemsledelsen kommenterer i forbindelse med verifiseringen at flere av sykepleierne har lang erfaring og meget god kompetanse innen sårbehandling.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Det opplyses om at det er to sårsykepleiere ved sykehjemmet. Det blir også vist til at legen er tilgjengelig for spørsmål om sår, og kan bistå i utarbeidelse av sårprosedyre ved behov. I forbindelse med verifisering av rapporten, viser sykehjemsledelsen ved sykehjem 2 at det er lege som oppretter sårprosedyren.

Det kommenteres også at dersom ansatte har behov for mer informasjon, eller har spørsmål som ingen på huset kan besvare når det gjelder sår, har sykepleierne god nytte av å ta en telefon til hudpoliklinikken ved Haukeland sykehus. Det oppleves ingen mangler relatert til rutiner eller prosedyrer om sårstell.

Det beskrives i intervju at avdelingen har oppmerksomhet på forebygging av sår, for eksempel trykksår. Aktuelle tiltak er trykkavlastende madrass. Det presiseres at alle beboere blir vurdert for trykksår når de kommer til avdelingen, og at det dokumenteres i journalen.

### 4.3.3 Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå

Ved begge sykehjem er det lagt opp til en rekke felles aktiviteter på huset gjennom året, slik som for eksempel gudstjenester, turgruppe, dameklubb og herreklubb, salg av tøy, konserter og andre kulturarrangementer. Ved begge sykehjem henger det godt synlige oppslag om fellesaktiviteter inneværende uke/måned.

Avdelingene oppgir at de gjennomfører individuelle aktiviteter og gruppeaktiviteter for beboerne på sin avdeling, i tillegg til de aktivitetene som gjennomføres av aktivitør samt aktiviteter som er felles på huset.

På begge avdelinger er det rutiner som skal sikre at beboers interesser relatert til aktivitet dokumenteres ved innflytning (hva som er viktig for den enkelte), og det skal planlegges for at aktiviteter utføres (dette inngår som punkt på pasienttavlene inne på vaktrommene, og det markeres ved utført aktivitet). Gjennomført aktivitet skal også dokumenteres i journalen til den enkelte beboer.

#### Felles aktiviteter på sykehjemmene som ikke er knyttet til enkeltavdelinger

##### *Tilbudet ved sykehjem 1*

Det er to ansatte som jobber med aktiviteter ved sykehjemmet (musikkterapeut og aktivitet- og frivillighetskoordinator). Den ene av de to ansatte ble intervjuet og opplever at beboerne ved sykehjemmet får et godt aktivitetstilbud, samtidig som det pekes på et ønske om hyppigere tilbud av individuelle- og gruppeaktiviteter til beboerne. Det beskrives også en ulikhet i tilbudet som gjennomføres inne på de ulike avdelingene, der noen er flinkere til å ta initiativ til aktivitet enn andre.

Alle avdelingene ved sykehjemmet får likt tilbud om musikkterapi, samtidig som tilbudet er behovsbasert og at det dermed i perioder kan være ønskelig med litt mer musikkterapi til en spesifikk avdeling. Det samme gjelder ved individuell musikkterapi, hvor noen beboere har større behov og utbytte. Det er ikke kapasitet til å tilby alle individuell musikkterapi, og beboere som ikke har tilgang til, eller utbytte av, andre tilbud blir prioritert. Andre grunner til prioritering kan være utfordrende og/eller urolig adferd, angst og nedstemthet/depresjon. Timene er tilpasset musikksmaken og stimuleringsnivået til beboerne som er til stede.

I tillegg til musikkterapi gjennomføres det andre aktiviteter ved sykehjemmet. Eksempler kan være dameklubb og herreklubb, treningsgrupper som også er tilrettelagt for de beboerne som sitter i rullestol, og det gjennomføres tur for en fast turgruppe en gang per uke.

En utfordring som trekkes frem fra aktivitør er at ansatte i avdelingene ikke alltid er oppdatert på tidspunkt for ulike aktiviteter/arrangementer/musikkterapi, og at beboerne i enkelte tilfeller da ikke er klare på tidspunktet hvor aktivitetene begynner. Ansatte i avdelingen opplever på sin side at det er utfordrende at det forekommer at kun en beboer fra hver avdeling får bli med på fellesaktiviteter i fellesområdet på grunn av plassbegrensning. Det beskrives som svært tungt å måtte si nei til flere som har lyst til å bli med.

##### *Tilbudet ved sykehjem 2*

Det er to ansatte som jobber med aktiviteter ved sykehjemmet, i til sammen 1,5 stilling. Det blir ukentlig arrangert turgruppe, der frivillige bistår de ansatte. Det arrangeres også «fredagstrimmen» – en felles trening hver fredag. Selv om ikke alle nødvendigvis er fysisk aktive under trimmen, er det et sosialt møtepunkt for beboerne utenfor avdelingen. Gudstjenester, hyggekveld, dameklubb og herreklubb blir arrangert en gang per måned, og Frelsesarmeen kommer også på besøk en gang i måneden, hvor de opptrer med både sang og musikk. Det gjennomføres også sesongbaserte aktiviteter, blant annet blir høytider markert og det legges for eksempel til rette for baking ved avdelingene.

Aktivitørene gjennomfører også avdelingsvise aktiviteter. Aktivitetene gjennomføres mellom frokost og middag, hvor aktivitetstiden på den enkelte avdeling varer ca. en times tid. I tillegg gjennomføres det av og til 1:1-aktiviteter med beboere etter fellesaktiviteten i avdelingen. Det opplyses om at musikk er et verktøy som benyttes i stor grad i aktivitetene, både i gruppe- og individuelle aktiviteter. Noen ganger kommer også eksterne musikere som opptrer på avdelingene.

Gjennom intervju med aktivitør pekes det på at aktiviteter er en prioritering ved sykehjemmet. Det beskrives et systematisk arbeid med «Hver dag hele livet» - et prosjekt som setter søkelys på livsglede for eldre i Bergen kommune. Sykehjemmet har også gjennomført en kartlegging av hvordan sykehjemmet ivaretar aktivisering, gjennom tiltaket «i pasientens fotspor». I denne sammenheng ble et utvalg av beboernes aktivitetskalendere og livshistorier ble gjennomgått, og dersom det ble avdekket forbedringspunkter i gjennomgangen, ble det gitt tilbakemelding til avdelingene.

Det fremkommer av intervju med aktivitør at en stor del av den individuelle aktiviseringen må skje på avdelingene, da det kun er 1,5 aktivitetsstilling tilknyttet hele sykehjemmet. Ansatte har et ansvar for å følge opp at individuell aktivisering skjer, og å dokumentere dette.

### Aktiviteter inne på avdelingen

Ved begge sykehjem er det tildelt et ansvar til en ansatt i avdelingen for utførelsen av aktiviteter den enkelte dagen, for eksempel den som har ansvaret for kjøkkenet. Eksempler på aktiviteter i avdelingen kan være sang, trille ball, gangtrening/trimsykkel osv. Det beskrives fra begge sykehjem at det er ønskelig å få til aktiviteter, men at det oppleves som utfordrende å sikre beboernes aktivitet når bemanningssituasjonen er krevende. Både ansatte og pårørende gir uttrykk for at beboerne ikke får tilstrekkelig med aktivitet og stimulering. Det kommenteres også at det kan være krevende å sikre tilstrekkelig aktivisering og stimulering for beboere som ikke ønsker å delta på aktiviteter, da dette krever mer en-til-en aktivisering. Enkelte beboere ønsker heller ikke dette.

Deloitte har i liten grad observert aktiviteter i avdelingene mens vi har vært til stede. Ved flere av våre observasjonsbesøk på begge sykehjem observerer vi at beboere sitter i dagligstuen foran tv-en i flere timer (både før og etter måltid). Deloitte observerer imidlertid at ansatte setter seg ned og prater med beboere når det er tid til det, og vi observerer at flere ansatte ved begge sykehjem har en «leken og lett» tone med beboerne, som bidrar til at flere trekker på smilebåndene.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Det fremkommer av intervju med ansatte at flere beboere ofte sitter og sover i fellesstuen, og at flere av dem har gitt uttrykk for at de heller ønsker å sove der, enn å komme inn på rommet sitt. Ansatte beskriver i intervju at det er vanskelig å sikre at alle beboere får oppfylt sine ønsker hver eneste dag, da de er avhengig av å være flere personell på jobb. Videre beskrives det at ansatte etterstreber å sikre at beboere får stunder av lykke gjennom dagen, men at det ikke er mulig å oppfylle alle ønsker til enhver tid. Det opplyses om at det ikke er alternative aktiviteter for dem som ikke ønsker å være med i fellesarealer for aktiviteter der.

Gjennom intervju med pårørende er det varierende opplevelse av om deres nærstående får tilstrekkelig aktivitet. Enkelte opplever at deres nærstående får tilstrekkelig med aktivitet og at det er et godt tilbud, mens andre mener at det ikke er tilstrekkelig. Det opplyses om nærstående som var svært aktive før, men som nå sitter mye i stolen og sover gjennom dagen. Etat for sykehjem kommenterer i forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten at beboere på somatiske langtidsavdelinger i hovedsak er svært marginale med lavt funksjonsnivå, og at de har stort behov for hvilke og at de fleste har lite overskudd til aktivitet.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Det beskrives av ansatte at det kan være vanskelig å få med enkelte beboere på ulike aktiviteter, og at det da ofte blir mer en-til-en dialog. En ansatt trekker frem at det ikke nødvendigvis er et mål at beboer må inn i stuen for å være med på fellesaktivitet, men at de blir møtt der de selv er. Det beskrives som enklere å få med beboere ut på sommeren når det er sol og fint vær, sammenliknet med vinteren, og det beskrives at aktivitetene som gjennomføres kan variere med årstidene, og om de utføres inne eller ute.

Gjennom intervju kommer det frem at det er mer utfordrende å legge til rette for aktivitet på gruppe B, sammenliknet med gruppe A. Dette handler ifølge de intervjuede om at det litt to ulike pasientgrupper. Likevel presiseres det at beboere på avdeling B får tilbud om å delta i aktivitet som foregår på avdeling A.

Det fremkommer av intervju med pårørende en opplevelse av et begrenset og lite tilbud knyttet til aktiviteter, og det beskrives som «ikke tilstrekkelig». Det kommenteres at dette kan henge sammen med beboere i redusert form, men at redusert fysisk aktivitet ikke burde stå i veien for tilbud om for eksempel hjernestimuli. Det pekes på at det for en tid tilbake var aktiviteter knyttet til lek med ballong, allsang osv., der også de med fysisk begrensning kunne være med.

Pårørende viser videre til en opplevelse av at det tilbys svært lite og skjer svært lite, spesielt i helgene. Det opplyses om en oppfatning av at mangel på tid og økt press for personale, er årsak til at det ikke er mer sosialisering/aktivisering på avdelingen. Pårørende forteller også om en oppfatning av at deres nærstående og andre beboere sitter mye foran tv-en, og at de observerer at flere sitter i stolene og sover foran tv-en. Pårørende peker også på at avdelingen har som mål at alle beboere både skal ha en individuell aktivitet, en gruppeaktivitet og få komme ut i frisk luft minst en gang per uke, men at dette ikke oppleves som et reelt tilbud.

Deloitte observerer at personalet ved gruppe A er mer synlige enn ved gruppe B, da de er færre ansatte på B og har beboere som ikke kommer ut av rommene. Deloitte observerer også at beboere sitter en del alene på B-siden.

Ved enkelte tilfeller har også beboere på B-siden tatt tak i oss fra Deloitte for bistand, da det ikke har vært tilgjengelig ansatte i nærheten.

Deloitte får opplyst at flere beboere abonnerer på aviser og at avislesing for disse beboerne er en viktig aktivitet. Vi observerer også beboere som leser aviser. Imidlertid fremkommer det at det kan være noe utfordrende for administrasjonen å vite hvor avisene skal fordeles, da det er pårørende som bestiller/avbestiller avisene, i tillegg til at de ikke nødvendigvis er merket med navn. De beskriver videre at konsekvensen kan bli at beboere som har avisabonnement ikke får avisen, og at beboere som ikke har avisabonnement får den. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, blir det opplyst fra etat for sykehjem at etaten har tatt opp med avisselskapene at det er ønskelig at avisene skal merkes med navn igjen. Inntil videre har etaten bedt avisselskapene levere lister til sykehjemmene over abonnentene for å sikre at de som abonnerer får sine aviser.

### Dokumentasjon på aktivisering

Alle beboere skal ha en aktivitetsplan og en aktivitetskalender i sin journal. Aktivitetsplanen skal inkludere hva beboere liker å gjøre, og ulike interesser beboer finner interessant. Denne blir, ifølge personalet, ofte utarbeidet i samarbeid med beboer og pårørende. Under utarbeidelsen er det sentralt å finne realistiske aktiviteter for beboer, som samsvarer med beboers funksjonsnivå og interesser. Aktivitetskalenderen skal dokumentere hvilke(n) aktivitet(er) beboer har utført den aktuelle uken.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, opplyser etat for sykehjem at aktivitetsplan og aktivitetskalender i journalsystemet har vært under oppdatering, og at ny og forbedret versjon ble tilgjengelig i uke 36. Etaten opplyser videre at det også jobbes for at aktivitetsplan og aktivitetskalender blir lagt inn som kvalitetsindikatorer i journalsystemet, og kommer med på oversikten i nytt dashboard.

#### *Dokumentasjon av praksis ved sykehjem 1*

Musikkterapeut dokumenterer gjennomført gruppebasert musikkterapi og individuell musikkterapi i journal. Musikkterapeut påpeker at formålet med dokumentasjon blant annet er at de ansatte skal kunne bruke musikk i andre aktiviteter og stellesituasjoner med de beboerne som responderer positivt på terapien.

Også de ansatte i avdelingen skal dokumentere i aktivitetskalenderen. Deloitte har gjort et tilfeldig utvalg i journaler og finner at alle beboere har en aktivitetsplan som er oppdatert innen de siste 6 månedene. For enkelte beboere er det utfylt med fritekst hva beboer liker å gjøre, mens for andre er det krysset av for interessene. Når det gjelder aktivitetskalenderen, har de færreste beboere en aktivitetskalender med dokumenterte aktiviteter for den aktuelle uken, og for 80% av journalene vi kontrollerte var aktivitetskalenderen sist oppdatert for rundt 6 måneder siden. Derimot finner vi at dokumentert aktivitet er lagret i «notat pleie» i journalen, sammen med annen dokumentasjon fra den aktuelle vakten. Eksempler på dokumentasjon er «*Vært på trim til musikk*», «*Gått en runde i avdelingen med pleier*» og «*Satt ute på verandaen, hadde besøk*».

#### *Dokumentasjon av praksis ved sykehjem 2*

Aktivitør ved sykehjemmet forteller i intervju at aktivitørene aktivt leser journalen og aktivitetsplanen for beboerne ved sykehjemmet, og at dette står sentralt i prosjektet «Hver dag hele livet». Det fremkommer av intervju at aktivitetsplanene til beboerne ikke alltid er tilstrekkelig oppdaterte.

Ansatte i avdelingen skal dokumentere gjennomført aktivitet i beboers journal (aktivitetskalender). Deloitte har gjort et tilfeldig utvalg i journaler og finner at alle beboere har en aktivitetsplan som er oppdatert innen de siste 12 månedene. For enkelte beboere er det utfylt med fritekst hva beboer liker å gjøre, mens for andre er det krysset av for interessene. Når det gjelder aktivitetskalenderen har de fleste beboere en aktivitetskalender med dokumenterte aktiviteter for den aktuelle uken, men det er svært varierende grad av innhold i dokumentasjonen. Eksempler er «*Fargelegging spill på ipad*» hver formiddag og hver ettermiddag, og «*Abonnerer på BA*» daglig hver uke. Andre eksempler er «*Besøk av pårørende*», «*Leser kryssord*», «*Vært med på aktivitet i stua*», «*Deltatt på sangstund*» de enkelte dagene aktiviteten har foregått.

### Besøktider

Begge avdelingene opplyser om at det ikke er besøktider, og at pårørende kan besøke beboerne når de selv ønsker. Avdelingen ved sykehjem 2, opplyser samtidig at pårørende oppfordres til å legge besøkene i tidsrommet 11.00-13.00 eller 16.00-18.00. Dette henger det også oppslag om inne på avdelingen. Årsaken oppgis å være at besøk under måltider kan være forstyrrende for beboerne. Det blir lagt til at pårørende kan besøke sine nærstående inne på den aktuelle beboerens rom, men at det er ønskelig at besøk i fellesområdene gjøres innenfor de aktuelle tidsrommene.

### Oppfølging av fysisk funksjonsnivå

Det er ikke tilgang på fysioterapeut eller ergoterapeut ved sykehjemmene. Fysio/ergoterapeut blir opplyst å i hovedsak benyttes ved behov for endringer eller tilpasninger av rullestol/rullator, og det sendes henvisninger ved behov for denne typen bistand. Det opplyses at det ikke benyttes ergo/fysioterapeut til opptrening/rehabilitering av beboere.

Begge sykehjem har tilgjengelige trimsykkel for deres beboere. I tillegg er det laget «trimløyper» på avdelingene, med plakater der det oppfordres til å gå en runde eller gjøre ulike aktiviteter på de ulike «stoppene» på løypen. Det kommenteres at det kan kreve en del motiveringsarbeid for å få med beboere «på tur», og det opplyses at det gjerne er de samme som blir med på aktivitet eller bruker trimrommet. Flere ansatte gir uttrykk for at de ikke opplever at det fysiske funksjonsnivået til beboerne blir tilstrekkelig ivarettatt, og viser til at dette også handler om tid til å aktivisere og trene.

Ved begge sykehjem kommenteres det at det fysiske funksjonsnivået til beboerne er svært varierende. Noen er helt funksjonsfriske, noen trenger hjelpemidler som rullestol/rullator og noen er helt sengeliggende. De ulike funksjonsnivåene krever ulik form for oppfølging. Mens det for eksempel for en sengeliggende eller rullestolbruker er viktig å forhindre trykksår, er det for personer som ikke har hjelpemidler eller er sengeliggende er viktig å få brukt kroppen daglig i form av en liten gåtur eller annen aktivitet.

På Deloitte's observasjonsbesøk ser vi at beboere ikke er delaktige i å smøre på skiver til frokost eller forsyne seg selv til middag, og på den måten er aktivisert eller vedlikeholder sine funksjoner. Det blir fra begge sykehjem vist til flere årsaker til dette, som hygieniske årsaker, matsvinn/økonomi, og at det i tillegg kan være krevende for beboere å servere seg selv. I denne sammenheng kommenteres det at mange har hatt bistand over lang tid i hjemmet før de fikk institusjonsplass, og er vant til å få hjelp til å tilberede mat. Noen viser til erfaringer der beboere ble slitne av å smøre på maten selv, og dermed ikke orket å spise så mye.

Som beskrevet i kapittel 3.3.6 er det en del avvik relatert til fall. Deloitte finner i et tilfeldig utvalg i journaler at det er dokumentert fallrisiko for flere av beboerne, men det er varierende grad av oppdatering på dokumentene. For enkelte av beboere finner vi en vurdering som gir høy score for fall, uten at vi videre finner spesifiserte tiltak til forebygging av fall for den enkelte beboer. Ved sykehjem 1 ser vi at det i enkelte tilfeller er opprettet fallrisiko i journalen i etterkant av selve fallet. Vi ser også at det er gitt beroligende medisin for «å unngå at beboer vandrer og dermed risikerer å falle».

#### *Pårørendes opplevelser*

Gjennom intervju med pårørende ved *sykehjem 1* er det varierende formening om deres nærstående sitt fysiske funksjonsnivå, der enkelte opplever at det har skjedd en positiv endring i deres nærstående sitt fysiske funksjonsnivå, mens andre mener at funksjonsnivået har falt etter innkomst på sykehjemmet.

Ved *sykehjem 2*, beskriver pårørende en nedgang i deres nærstående sitt fysiske funksjonsnivå, og enkelte opplever at funksjonsnivået har blitt betydelig svekket etter innflytting på sykehjemmet. Det pekes på at noe av nedgangen naturlig nok kan beskrives med økt alder og forverring av den generelle helsetilstanden, men at det generelt er lite «vedlikehold» av det fysiske funksjonsnivået. Det kommenteres i den sammenheng at det er forståelig at det er utfordrende for de ansatte å ha fokus på aktivisering når det er lav bemanning.

#### 4.3.4 Måltider og ernæring

Det er ikke ansatt ernæringsfysiolog ved noen av sykehjemmene. Det er primærkontaktene som er ansvarlig for å utføre ernæringskartlegging og dokumentere det i journal. Ernæringsstatus skal oppdateres hver 6. mnd.

#### Måltider og måltidsituasjonen

Det er noe ulik praksis for måltider ved de to sykehjemmene. Dette gjelder både tidspunkter for ulike måltider (i hovedsak tidspunkt for middag), og hvem som leverer middag til sykehjemmene. I tabell 6 er tidspunktene for måltidene beskrevet for Sykehjem 1 og Sykehjem 2. Utover måltidstidene som fremkommer av tabellen serveres det mellommåltid og kaffe.

Ved begge sykehjem oppfordres beboerne til å spise samtlige måltider i fellesområdet ved kjøkkenet, men beboere som ikke ønsker dette, får ved begge sykehjem måltider servert på rommet.

Tabell 6: Tidspunkt for måltider ved Sykehjem 1 og Sykehjem 2

Måltid	Sykehjem 1	Sykehjem 2
Frokost	Kl. 09.00	Kl. 09.00 / Kl. 9.30



<b>Lunsj</b>	Kl. 12.30	Kl. 11.15
<b>Middag</b>	Kl. 15.30	Kl. 13.30
<b>Kveldsmat</b>	Kl. 18.30	Kl. 18.30

Som det fremkommer av tabellen er det for sykehjem 1 rundt 3-3,5 timer mellom de faste måltidene og 14,5 timer mellom kveldsmaten og frokosten påfølgende dag. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, får vi opplyst av sykehjemsledelsen at beboere i kategorien underernært, får tilbud om ekstra måltid, for eksempel ekstra måltid sent på kvelden, eller tidlig morgen – før frokost.

For sykehjem 2 er det 2-5 timer mellom de faste måltidene og 14,5 timer mellom kveldsmaten og frokosten påfølgende dag i ukedagene og 15 timer i helgene. Begge sykehjem presiserer at dersom beboere ønsker mat til andre tider legger de ansatte til rette for dette, og at beboere også kan få mat utenom måltidstidene dersom de gir uttrykk for at de er sultne. Enkelte pårørende trekker frem at deres nærstående gir uttrykk for å være sulten mellom måltider, men at de ikke tør å gi beskjed fordi de ikke vil forstyrre de ansatte.

Ved begge sykehjem kommer matvarer som bestilles fra Matvareekspressen. Sykehjem 1 får middagen levert fra Helse Bergen, mens sykehjem 2 får middagen levert fra Matvarehuset. Ved begge sykehjem er det de ansatte i avdelingen som er ansvarlig for tilberedningen av maten.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Ledelsen trekker frem at beboere gir uttrykk for å like maten ved sykehjemmet, og at flere har lagt på seg etter at de flyttet inn på sykehjemmet. Avdelingsleder opplyser om at de, så langt det lar seg gjøre, forsøker å unngå mange tunge måltider, for å sikre at beboere spiser til alle måltider. Det blir opplyst at en typisk lunsj kan være speilegg og karbonader, grove vafler, pannekaker, lapper eller pizza. Det trekkes frem at de ansatte da har et fokus på at beboerne ikke spiser for mye og dermed ikke får i seg middag. Den samme utfordringen beskrives hvis det er for tung middag. I de tilfellene kan det være at flere beboere ikke orker kveldsmat, og dermed våkner på natten fordi de er sultne. Deloitte finner eksempler på dette i gjennomgang av journaler, der det fremkommer eksempler på «Beboer ikke har spist middag, grunnet mett etter lunsj».

Det fremkommer av intervju at avdelingen opplever noen vanskelige dilemmaer relatert til spisesituasjonen. Det handler blant annet om at beboere har ulike behov, der noen spiser på egenhånd, mens andre har behov for assistanse. Noen ønsker å konversere, mens andre ønsker å være stille. Dette gjør det krevende for de ansatte med tanke på bordplassering, for eksempel knyttet til om man skal plassere alle som kan spise selv ved et bord, og alle som trenger assistanse ved et annen bord. Det kommer frem at det oppleves som krevende å sikre at alle får en fin og hyggelig måltidsituasjon, men at det hele tiden jobbes mot å sikre en så god løsning for alle som mulig.

I intervju med pårørende kommer det frem at deres nærstående stort sett er fornøyd med maten og måltidene. Det presiseres likevel at det ofte blir brukt billige produkter med mye sukker, og det er et savn etter mer proteinrik mat.

Deloitte finner i gjennomgang av journaler at det i svært varierende grad foreligger ernæringsplan for beboerne. For enkelte beboere er det registrert kostsamtale for flere år siden, hvor det for eksempel står «Beboer har gått ned 2 kg», mens påfølgende kostplan er identisk som forrige (altså ingen endring i kost/tiltak til tross for vektnedgang). For en annen beboer står det «Pass på så beboer ikke spiser så mye», uten videre presisering/tiltak av hva det innebærer.

Deloitte har observert flere måltidsituasjoner ved avdelingen, både frokost, mellommåltid, lunsj og middag. Til frokosten blir det servert brødsriver med et utvalg av pålegg, der beboerne kan peke på hvilket pålegg de ønsker. Observerte mellommåltider er for eksempel yoghurt i en skål. Lunsjmåltidene kan variere til alt fra brødmat, vafler eller lett varmmat. Vi har observert at lunsjen for eksempel har vært pølser med potetmos og karbonade med speilegg. Vi har også observert at lunsjen har vært bløtkake, da en beboer hadde bursdag. Det var da ingen alternativer med brødmat, eller spørsmål om noen av beboerne ønsket brødmat først, og deretter kake. Av middagene vi har observert har blant annet Bali kyllinggryte og fiskeboller stått på menyen. Det serveres også dessert etter middag. Deloitte har ved enkelte tilfeller smakt på maten, og vil karakterisere den som helt grei/som et alminnelig middagsmåltid. Deloitte observerer at det er svært lite friske grønnsaker til måltidene. Eksempelvis var det ikke grønnsaker ved siden av kyllinggryten som ble servert, kun ris (det var imidlertid noen mindre gulrotbiter i selve gryten). Vi har heller ikke observert at det blir servert friske grønnsaker eller frukt/bær som

snacks.<sup>17</sup> Den dagen det var kyllinggryte var det flere av beboerne som ikke ville ha dette, da de ikke likte kylling. Personalet virket kjent med dette, og hadde derfor begynt å tilberede karbonade og potetmos som alternativ middagsmat, som var det samme som ble servert til lunsj den dagen. Den alternative middagen hadde ingen grønnsaker. Deloitte presiserer at vi kun har sett to middager og ikke kan uttale oss om det fulle bildet rundt måltidssammensetningen.

Videre observerte vi at de som hadde behov for hjelp stort sett fikk hjelp i måltidsituasjoner. Når det gjelder atmosfæren rundt spisesituasjonene, var bordene pent dekket på, og det var ro rundt måltidene.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Som det fremkommer av tabell 6 serverer Sykehjem 2 middagen kl. 13.30, mens dagvaktene fremdeles er på jobb. Avdelingsleder trekker frem at det er hensiktsmessig å servere middagen på dagvakten da det er flere ansatte på dagvakt, sammenliknet med kveldsvakt, i tillegg til at flere av de eldre er vant til å spise middag tidlig. Det presiseres at beboere som ønsker middag senere får tilbud om porsjonsmiddager kl. 16. Ledelsen ved sykehjemmet uttrykker at de er kjent med at politikerne ønsker middagsservering på ettermiddagen, men påpeker at det så langt ikke har latt seg gjøre på grunn av for lav bemanning på ettermiddagen. Det opplyses imidlertid at avdelingen vil gjøre forsøk med noe senere middag høsten 2023. Gjennom intervju kommer det frem at ansatte opplever at det er lang nattfaste for beboerne. Samtidig pekes det på at de som etterspør ekstra mat får det. Ansatte viser også til at de som spiser lite ikke ønsker så mye mat, heller enn at de ikke får tilbud. Enkelte pårørende presiserer i intervju at deres nærstående har gitt uttrykk for at de går sultne på sykehjemmet, grunnet for mange timer mellom kveldsmaten og frokosten neste dag.

Deloitte finner i gjennomgang av journaler at det i svært varierende grad foreligger ernæringsplan for beboerne. For enkelte beboere er det registrert kostsamtale for flere år siden, hvor det for eksempel står dokumentert hva beboer liker av pålegg osv.

Deloitte har observert flere måltidsituasjoner ved avdelingen, både frokost, lunsj og middag. Til frokosten er det lagt opp halve brødskeer med smør på et fat, og pålegg er lagt opp på egne fat. Beboerne får spørsmål om hvilket pålegg de vil ha på, og de ansatte bistår med påsmøringen. Lunsjmåltidene kan variere til alt fra brødmate, vafler eller lett varmmate. Av middagene vi har observert har svinesnitzel med krydderpotet, gulrot og remulade, samt sommerskinke med potet, saus, rosenkål og tyttebær stått på menyen. Det serveres også dessert etter middag. Deloitte har enkelte ganger smakt på maten, og vil karakterisere smaken som helt grei/som et alminnelig middagsmåltid.

Deloitte observerer at det er lite grønnsaker til måltidene, og vi har ikke sett at det blir servert noe frisk frukt/grønnsaker som snacks eller bær de gangene vi har vært på besøk<sup>18</sup>. I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten, blir det opplyst fra Sykehjem 2 at de har fersk frukt som beboere kan få. Disse oppbevares i kjøleskap pga. holdbarhet og kvalitet. Beboere skal bli forespurt om de ønsker dette servert.

Videre har Deloitte observert at de som har behov for hjelp stort sett får hjelp i måltidsituasjoner. Deloitte har imidlertid sett at når bemanningen er lav og en ansatt er opptatt for eksempel på et beboerrom, får ikke alle beboere nødvendigvis den bistanden de er av behov for ved måltidet. Det ble ellers observert at spisebordene var fint dekket på, og med unntak av at ansatte noen ganger måtte forlate beboerne for å hjelpe til andre steder, var det god atmosfære rundt måltidene.

#### **Valgfrihet relatert til mat**

Ingen av beboerne ved sykehjemmet forsyner seg med mat selv, men ved enkelte måltider får beboerne spørsmål om de ønsker det ene eller andre alternativet (for eksempel pålegg). Begge sykehjem trekker frem at det er lite valgfrihet relatert til mat, spesielt middagsmat. Gjennom intervju kommer det frem fra ansatte ved begge sykehjem mener at middagene som blir servert ikke nødvendigvis er godt nok tilpasset målgruppen, for eksempel thai curry eller vegetarmåltider som de eldre ikke er vant med og som de ikke liker.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Flere ansatte, inkludert avdelingsleder, beskriver det som lite valgfrihet knyttet til mat og måltider. Beboere kan for eksempel velge pålegg til frokost og lunsj og de ansatte spør etter innspill på hva beboerne ønsker. Derimot kommer frem at det for eksempel ikke er mulig å velge annen middag enn den som kommer fra Helse Bergen. Det

<sup>17</sup> Vi har ikke vært til stede hele dager, men har vært på flere besøk på sykehjemmene på ulike tidspunkter av døgnet (morgen, midt på dagen og kveld)

<sup>18</sup> Vi har ikke vært til stede hele dager, men har vært på flere besøk på sykehjemmene på ulike tidspunkter av døgnet (morgen, midt på dagen og kveld).

er også svært begrenset det som kommer fra Matvareekspressen, inklusive middagsmåltider som kan tilberedes raskt på avdelingen (for eksempel karbonader, potetmos fra pose, pølser osv.). Her kommer det også frem i intervju med enkelte ansatte at det på grunn av bemanning er utfordrende å sikre valgfrihet, fordi de ansatte ikke har tid til å tilberede alternativer under vekten. Det trekkes også frem at maten ikke alltid er tilpasset beboeres ønsker, vaner eller alder. For eksempel trekkes det frem som negativt at raspeballer er blitt tatt ut av menyen, en rett som beboere kjenner igjen, både når det gjelder lukt og smak.

I intervju kommer det frem at beboere tidligere smurte på frokosten selv, men at de da observerte at beboerne spiste mindre og satt kortere tid ved bordet. Det beskrives som at det ble en konkurranse, der det var om å gjøre å sitte kortest mulig ved bordet, og om å spise minst mulig. Derfor har de gått tilbake til at de ansatte smører på brødsnivene og serverer beboerne.

Deloitte observerer at de ansatte stiller spørsmål til beboerne om hva de ønsker å ha på brødsnivene, men utover det har beboerne få valgmuligheter i måltidet. Ansatte forteller at beboerne ikke får utdelt middagsmenyen på forhånd, men at informasjon om hva det er til middag, henger på et ark på kjøleskapet på kjøkkenet. Informasjonen er ikke lett tilgjengelig for beboerne, da arket har liten skrift. Ansatte opplyser om at de muntlig informerer beboerne samme dag om hva som er til middag.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Ansatte ved dette sykehjemmet opplever at beboerne har tilstrekkelig valgfrihet når det gjelder måltider. For eksempel får beboere som ikke liker fisk, tilbud om kjøtt. I tillegg får beboere som ikke liker middagen den aktuelle dagen tilbud om karbonader eller pølser eller andre middager som avdelingen har tilgjengelig. Beboere kan også komme med ønsker om en tilpasset meny.

Oppslag med informasjon om middagsmenyen inneværende uke henger godt synlig i avdelingen, slik at beboere kan se hva det er til middag. Deloitte observerer også at menyen er skrevet ut til enkelte beboere, slik at de skal kunne stryke over ting de ikke liker, og skrive på hva de heller ønsker. Den justerte menyen henges på kjøkkenet slik at den som tilbereder maten lager en tilpasset versjon. Dette kan eksempelvis handle om at beboer ønsker smeltet smør heller enn saus. Ansatte viser til at beboere i tillegg kan få «ønskekost», som må spesialbestilles i tillegg til de ordinære middagene.

Vi observerer også at de ansatte spør beboerne om hvilket pålegg de ønsker å ha på brødsnivene.

Enkelte pårørende opplyser at deres nærstående har beskrevet maten ved sykehjemmet som ikke god, og at de savner enkelte påleggstyper og flere alternativer/valgmuligheter til middag. Deres oppfatning er at det ikke er noen erstatning dersom beboer ikke liker maten. Det kommer også frem fra pårørende at deres nærstående savner frukt, bær og annen frisk mat, fremfor kaker og andre søtsaker.

Ledelsen ved sykehjemmet opplyser i intervju at det ikke er noen beboere som forsyner seg selv med mat, men at de som er funksjonsfriske kan bistå med på- og avdekking. Det pekes på at dette trolig skyldes både ubetenksomhet knyttet til hvilke beboere som er i stand til å forsyne seg selv, men også hygieniske årsaker/smittevern og økonomi. Det blir vist til at all mat som har stått på bordet må kastes i etterkant, noe som gjør at det å legge til rette for at beboere kan forsyne seg selv både blir dyrere og mindre miljøvennlig.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, presiserer sykehjemsledelsen at mat som har stått lenge i romtemperatur bør kastes, da det kan oppstå bakterieoppvekst (jf. IK-mat-retningslinje som gjelder sykehjemmene). Etat for sykehjem presiserer også følgende om rutiner for dette:

I IK-mat retningslinjen står det at koldanretninger skal holdes kjølig til servering, og skal pakkes godt inn slik at det er tett, og settes i kjøleskap så snart som mulig etter servering.

Matkoordinator (kokk og fagleder) underviser og har tilsyn med IK-mat og ernæring årlig ved alle enheter. Det blir da gittføring om hvordan en skal håndtere rester. Middag fra Helse Bergen og Matvarehuset som er varmet opp på sykehjemmene skal ikke varmes opp flere ganger, men må kastes. Rester fra koldanretninger skal pakkes godt inn slik at det er tett og settes i kjøleskap så snart som mulig. Kjøttpålegg som har stått på bordet skal kastes, da dette lett bederves.

#### **Ernæringsstatus for beboerne**

Begge sykehjemmene utfører veiing av beboere én gang per måned. Vekten dokumenteres i den enkeltes journal. På den måten kan sykepleier og lege følge med på utvikling av vekten, og sette i verk tiltak ved for eksempel vektnedgang. Deloitte får opplyst av ansatte, og finner ved gjennomgang i journaler at enkelte beboere er undervektige, med BMI under 16 (som av NHI kategoriseres som undervekt grad 3). Også for disse beboerne finner vi dokumentert vekt en gang per måned, og ikke ukentlig, som prosedyrene tilsier.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen ved sykehjem 1 at beboere veies en gang per uke ved vektnedgang. Dette samsvarer ikke med informasjon gitt fra de ansatte ved dette sykehjemmet, eller ved stikkprøver gjort i journal. Sykehjemsledelsen presiserer imidlertid også at det i noen tilfeller ikke er ukentlig veiing etter eget ønske fra beboer, og at det gjøres individuelle vurderinger i samråd med legen, selv om beboer er undervektig.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Ansatte opplyser at eksempler på tiltak ved vektnedgang er solskinnsdrikk som er et fettriakt tilskudd og næringsdrikke som inneholder karbohydrater, fett og proteiner i tillegg til vitaminer og mineraler. Sykepleiere opplever at det er kommunisert fra ledelsen at det ikke skal brukes næringsdrikke, men at maten heller skal berikes, selv om det kan være gitt anbefalinger om bruk av næringsdrikke fra lege på sykehus.

Sykehjemsledelsen oppgir i forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten at:

Bruk av næringsdrikk er en tverrfaglig vurdering hvor også sykehjemslegen er involvert. Ledelsen er opptatt av at man tar i bruk ernæringstrappen og dens trinn. Trappen skal veilede til å velge det minst ressurskrevende og beste tiltaket for å bedre ernæringstilstand. I noen tilfeller er det riktig å starte på et høyere trinn i trappen, eller hoppe over trinn. Eller bruke flere trinn samtidig. Ledelsen har observert at det ved flere tilfeller har manglet tverrfaglig vurdering, og at man da har gått rett på å gi næringsdrikke.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Det fremkommer av intervju med pårørende at de opplever mangelfull informasjon om deres nærstående sin matsituasjon og vekt. De oppgir å heller måtte få informasjonen fra deres nærstående fremfor de ansatte om hva beboer spiser, om beboer får i seg nok mat og hvordan appetitten er.

For en beboer er det dokumentert undervekt i journal, og det er videre presisert at beboer skal ha beriket kost, i form av sukker og fløte. Vi observerer at det er god dokumentasjon på hva beboer har spist i journalen. For en beboer er det ved innkost vurdert en ernæringsstatus på mindre enn 11 (MNA-score (Mini Nutritional Assessment) på <11), og det står som standardtekst at det ved score under 12 skal ernæringen tas opp med lege. Deloitte finner ikke dokumentasjon på at lege er blitt kontaktet i journalen.

### **Væskebalanse**

Begge sykehjem tilbyr drikke til alle måltider. På begge sykehjem er det ulike oppfatninger av om beboerne får tilstrekkelig væske i løpet av en dag.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Det er ulike oppfatninger blant de ansatte om beboerne får tilstrekkelig væske eller ikke. Enkelte ansatte trekker frem at beboere får tilstrekkelig tilbud om væske, og at de får tilbud om flere glass med væske til hvert måltid. Andre trekker frem at beboerne drikker lite væske, og som regel kun får tilbud om drikke til måltidene. En ansatt oppgir at enkelte ansatte kan vegre seg for å gi beboere mye drikke på grunn av frykt for økt fare for fall (både fordi beboer må strekke seg etter vannglasset, og må hyppigere på toalettet).

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer sykehjemsledelsen at det tilbys drikke jevnlig gjennom dagen også utenom måltidene, og viser til at det som regel også alltid tilgjengelig drikke / mugger med saft.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Også på dette sykehjemmet har de ansatte ulike oppfatninger av om beboere får i seg nok væske i løpet av et døgn. Enkelte mener beboerne får i seg tilstrekkelig med væske i løpet av en dag og det vises til at beboerne får tilbud om to glass til frokost og et glass til hvert måltid etter det, i tillegg til tilbud om væske mellom måltidene. Andre trekker frem at de ansatte kan sette inn mugger og minne beboere på at de skal drikke, men at enkelte likevel drikker minimalt. Det beskrives som en balansegang, hvor de ansatte må respektere beboers ønske, samtidig som de skal motivere og tilrettelegge for at beboere drikker rikelig. Det er uansett enighet blant de ansatte om at de skal legge til rette og gjøre det de kan for å tilby beboerne væske.

### **4.3.5 Legemiddelhåndtering**

Etat for sykehjem har utarbeidet felles rutiner for legemiddelhåndtering ved kommunens sykehjem. Rutinene består blant annet av følgende prosedyrer

- «Prosedyre for legemiddelhåndtering (Del 1)
- «Prosedyre legemiddelhåndtering Del 2 – Multidose»
- «Prosedyre legemiddelhåndtering Del 3 – Opplæring og fullmakter».

## Medisindelegering og utdeling av medisin

I «Prosedyre legemiddelhåndtering Del 3 – Opplæring og fullmakter» står det at det kan gis delegert fullmakt for legemiddelhåndtering til andre ansatte enn sykepleier og vernepleier etter gjennomført opplæringsplan. Delegert fullmakt gjelder utdeling av ferdig doserte legemidler fra dosett, multidoser og andre faste legemidler.

Ved begge sykehjem gjennomføres egen opplæring i medisinutdeling, som består av kurs og tester.

I intervjuer kommer det frem at alle sykepleiere har medisinkurs, i tillegg til stort sett alle helsefagarbeidere og en god del assistenter. Det foreligger oversikt over hvem som har fullmakt til å dele ut legemidler på avdelingene på begge sykehjem.

I medisincardex, en perm med informasjon om beboer, beboers legemidler og tidspunkt for når de ulike legemidlene skal tas oppbevares i tilknytning til medisintrallen i avdelingen. Her signerer de ansatte hver gang de deler ut medisiner. Her registreres om de A: har sett beboer ta medisin, B: har utlevert medisin, C: ikke gitt medisin eller D: annet – se journal. Ved et av sykehjemmene (sykehjem 2) blir det vist til at det kan skje avvik knyttet til denne registreringen, for eksempel at ansatte har glemt å signere for at medisinen er gitt, eller at det er markert «D: annet – se journal» i cardex, uten at journalen inneholder nærmere informasjon.

Begge sykehjem har en medisintralle på hjul, der hver beboer har sin egen skuff med sine medisiner. Skuffene på medisintrallen er låst med en fysisk nøkkel, som den ansatte som har medisinansvar den aktuelle vekten har ansvar for.

### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

For at en ansatt skal få delegert medisinansvar vurderes den ansatte først som klar av avdelingsleder, deretter av fagleder og enhetsleder. Den ansatte gjennomfører opplæring når de opplever å være klare for dette, og får deretter ansvar for medisinutdeling ved bestått passeringstest, bestått test i legemiddelkort og gjennomført stedsopplæring.

Enkelte helsefagarbeidere har fullmakt til å utføre noen spesialprosedyrer, som for eksempel administrere insulin, depotplaster og sonde. Dette inkluderer særskilt opplæring knyttet til den eller de beboerne, samt i selve prosedyren. Opplæringen gis av sykepleier.

Det er ulike oppfatninger blant de ansatte når det gjelder om avdelingen klarer å utlevere medisiner til riktig tid. Enkelte ansatte mener at de gir beboere medisiner til rett tid, mens andre oppgir at det på grunn av få ansatte på jobb er utfordrende å få delt ut medisin til riktig tid. Videre beskrives det som at det på kveld og helg kan være travelt og at flere beboere ønsker medisiner til samme tid, noe det ikke alltid er mulig å imøtekomme.

I følge medisincardexen skal for eksempel enkelte beboere ha medisin kl. 13, men i noen tilfeller har Deloitte observert at medisinutdeling for disse beboerne har startet tidligere.

Det blir opplyst at dersom en beboer ikke ønsker å ta medisiner, kan det i enkelte tilfeller fungere med motivering fra ansatte. Det blir ifølge de ansatte aldri benyttet tvang, så fremt det ikke foreligger tvangsvedtak for den aktuelle beboer. Sykepleier kontaktes/informeres dersom beboer ikke vil ta medisiner. De(n) aktuelle tablett(e) blir puttet i egen beholder på medisinrommet (som det ikke er mulig å få tablettene ut igjen av). Disse sendes i retur til apoteket.

I intervju med ansatte opplyses det om at medisincardex, med oversikt over hver enkelt beboers personopplysninger og medisinopplysninger, skal være innlåst i skuffen på medisintrallen, men at den ofte blir liggende oppå trallen. Dette observerer også Deloitte. Medisincardexen har ved samtlige besøk ligget oppå medisintrallen. Medisintrallen står imidlertid inne på vaktrommet, så cardexen ligger noe skjernet fra for eksempel besøkende/uvettkommende.

Deloitte har fått innsyn i innmeldte avvik de siste 12 måneder, og som tidligere omtalt i kapittel 3.3.6 er det 7 av 47 avvik i en 12 måneders periode som er relatert til legemidler. Det er blant annet meldt et avvik på at ansatte ved avdelingen har måttet dele ut medisiner også på andre avdelinger. I beskrivelsen av avviket står det at en ansatt på en allerede hektisk og stressende vakt, måtte forlate avdelingen for å dele ut medisiner på en annen avdeling. Hendelsen blir beskrevet som vanskelig, og et ytterligere stresseselement som kan føre til (alvorlige) uønskede hendelser. Eksempler på andre legemiddelrelaterte avvik som er meldt av sykepleiere på huset er «Beboer fikk en annen beboers morgenmedisin», «Beboer har fått dobbel dose morgenmedisin», «Fentanyl ikke skiftet», «Gitt legemiddel to ganger» og «Glucose gitt i stedet for Ringer». Se også nærmere omtale av avvik i kapittel 3.3.6.

Deloitte observerer også selv enkelte avvik relatert til legemiddelhåndtering. Ved sykehjem 1 har vi sett flere tilfeller av at det er gitt for høye doser av medisiner. Et eksempel er at det er ordinert 0,5 tablett, med dokumentert for gitt 1 tablett (dobbel dose). Et annet eksempel omhandler en beboer som står på 0,5-1 tablett ved behov, hvor vi så langt cardexen går tilbake i tid (siste seks måneder) finner at det er dokumentert gitt 1 tablett, uten at det først forsøkt å gi 0,5 tablett.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

I intervju kommer det frem at det i mars i år ble gjort endringer relatert til medisinutdeling på morgenen. Tidligere ble morgenmedisiner utlevert til beboere ved frokosten, mens nå gis det fra kl. 08 på den enkelte beboers rom før frokost. Det oppgis at det sjelden er beboere som har medisiner som må tas til mat, og at det derfor oppleves som mer ro relatert til utdelingen på denne måten, og mer ro også ved frokostbordet. Dette skal også bidra til å redusere omfanget av legemiddelrelaterte avvik. Som tidligere omtalt i kapittel 3.3.6 omhandler 15 av 46 avvik over en 12 måneders periode legemiddelhåndtering.

Ansatte opplever at det ikke alltid er tilstrekkelig personell på jobb som kan dele ut medisiner, særlig i helger der det er sykefravær/vakanser. Ved for eksempel sykefravær kan det være mange assistenter på jobb som ikke kan dele ut medisin. I disse tilfeller må ansvarsvakt (sykepleier) på huset dele ut medisiner på andre avdelinger. Dette beskrives som mer sårbart, siden ansvarssykepleier ikke nødvendigvis kjenner beboerne og deres legemidler på den aktuelle avdelingen. Det hender også at det kun er en person som kan dele ut medisiner på vakt i avdelingen, og som dermed må dele ut medisin til beboere både på A og B-siden. Det pekes på at når en ansatt er alene med medisinansvaret, kan risikoen for feil i utdeling oppleves høyere fordi det er flere beboere å dele ut medisin for sammenliknet med når det er en medisinansvarlig på hver side. Det blir også kommentert at det er usikkert om det alltid blir meldt avvik relatert til legemiddelutdeling. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, påpeker sykehjemsledelsen at den ansatte som deler ut medisin skal være delegert denne myndigheten ut ifra gjennomført opplæring i legemiddelhåndtering, og at denne personen ikke er avhengig av andre for å sikre forsvarlighet.

Dersom en beboer ikke ønsker å ta medisiner kan det i enkelte tilfeller fungere med motivering fra pleiere. Det opplyses om at dersom det ikke fungerer blir det respektert, så lenge det ikke foreligger tvangsvedtak for den aktuelle beboer. Sykepleier kontaktes/informerer dersom beboer ikke vil ta medisiner, og det dokumenteres. Også ved dette sykehjemmet blir det opplyst at praksis er at de(n) aktuelle tablett(e) blir puttet i egen beholder på medisinrommet (som det ikke er mulig å få tablettene ut igjen av), som så sendes i retur til apoteket i henhold til prosedyre.

Deloitte observerer ved hvert besøk at medisincardex, med oversikt over beboers personopplysninger og medisiner ligger oppå medisintrallen. Disse trallene står henholdsvis ganske åpent på både A-siden og B-siden. Vi observerte også at medisintrallen ikke låses ved hver utlevering av medisin til beboer, og at skuffene med medisiner dermed står åpne i gangen på avdelingen uten tilsyn.

I Prosedyre for legemiddelhåndtering (Del 1) står det at Insulinpennner skal merkes med dato når en tar pennen i bruk. Deloitte observerer at det på insulinpennner i medisintrallen, ikke er merket «dato for åpning». De uåpnede insulinpennene ligger oppbevart i kjøleskap på medisinrommet i henhold til prosedyre.

Deloitte observerer at det i flere tilfeller blir signert for gitt medisin, før den ansatte går til beboer for å gi legemidlene. Det betyr at dersom beboer ikke ønsker å ta alle/enkelte medisiner må signeringen som allerede er gjort strykes.

Videre observerer vi at det er noe ulik bruk av «enheter» ved dokumentering. I Prosedyre for legemiddelhåndtering (Del 1) står det i kapittel 7 at legemiddel som doseres i Internasjonale Enheter konsekvent bør dokumenteres som E og ikke IE på legemiddeloversikter. Dette for å unngå forveksling av for eksempel 2 IE som 21 E. Deloitte finner her at det dokumenteres både med IE og med E om hverandre (også for samme beboer).

Et par beboere på avdelingen har hatt oksygenbehandling mens Deloitte har gjennomført revisjonen. I de tilfellene Deloitte har observert dette har oksygenapparatet vært plassert på gangen utenfor beboerrommet, slik at det har vært mulig for besøkende og andre å komme borti oksygenapparatet. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, blir det opplyst fra sykehjem 2 at det er mye støy fra konsentratorene, og at dette forstyrrer beboerne. Sykehjemsledelsen viser til at det ville vært mest hensiktsmessig å ha den inne på rommet, men at valget står mellom at en beboer ikke vil ha den på, som også har konsekvens for helsen. Det blir fra ledelsen også vist til at personalet opplever at de har større kontroll når oksygenapparatet står på gangen.

## Multidose

Beboere på sykehjemmet har fast medisin i multidose. Multidose er maskinpakket legemidler i forseglede poser, som kommer ferdig pakket fra apotek hver 14. dag. Multidosene inneholder navn på beboer, innhold i posen og tidspunkt for når legemidlene skal tas. De ansatte oppgir at det fungerer bra med multidoser. Ved begge sykehjem er det sykepleiere som kontrollerer multidosene i henhold til medisincardex, og hvis alt stemmer legges posene i skuffene på medisintrallen inne på avdelingen. Dermed kan den som deler ut medisinen være trygg på at dobbeltkontrollen er utført.

### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Det opplyses at sykepleierne har én uke på å kontrollere multidose fra de kommer til sykehjemmet, til de skal være klare på avdeling. Det fremkommer av intervju at dette stort sett fungerer greit. Det blir opplyst at det har vært noen avvik knyttet til multidose, men at dette hovedsakelig handler om medisinendringer som er gjort etter at multidosene er sjekket, for eksempel endringer gjort av lege før helgen. Det beskrives at dette ikke alltid har blitt fanget opp, noe som igjen kan resultere i at beboer får utlevert feil legemiddel/feil dose avhengig av endringen.

### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Det blir opplyst at lege, så langt som mulig, forsøker å utføre medisinendringer som ikke haster til neste oppstartsdato av ny multidose. Dermed kan medisinendringer komme med i ny multidose, noe som reduserer risiko for manuelle feil. Dersom endringene skal skje umiddelbart, må legemidlene flyttes over fra multidose til dosett for den aktuelle perioden, noe ansatte opplyser om at de gjør. Deloitte har også observert at en multidose har blitt lagt i dosett, grunnet medisinendringer som trer i kraft umiddelbart.

## Morfin, anti-psykotiske legemidler og behovsmedisin

De ansatte ved sykehjemmene opplever at det er lavt/lite bruk av beroligende, sterke smertestillende og anti-psykotiske medikamenter. Enkelte opplever bruken som minimal, med unntak av tilfeller hvor beboer får smertelindring i livets siste fase. Det trekkes frem at det benyttes andre tillitsskapende tiltak før beroligende blir gitt, men at enkelte beboere likevel har behov for noe. Deloitte observerer også at enkelte beboere ikke har fått behovsmedisin (legemidler som brukes når det ikke er nødvendig med regelmessig behandling) på flere måneder. Deloitte observerer at bruken av behovsmedisin er høyere ved sykehjem 1 enn sykehjem 2, men vi har ikke gjort en vurdering av legemiddelbruken totalt sett, for eksempel om det er et lavere bruk av behovsmedisin fordi det er høyere forbruk av fast medisin.

Det kommer frem av intervju, og Deloitte observerer, at sykepleier kontaktes ved utdeling av behovsmedisin. Ansatte opplyser at effekten av behovsmedisin blir dokumentert. Deloitte finner imidlertid ved begge sykehjem at det ikke alltid er dokumentert effekt av behovsmedisin i medisincardex og i den enkeltes journal. Videre finner Deloitte at begge sykehjem ikke alltid dokumenterer at legemidler er gitt. Dette gjelder for eksempel legemidler i kremform. Videre ser vi at dateringen for utdeling av behovsmedisin i medisincardexen kun inneholder dato/måned, og ikke årstall.

### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Ansatte ved sykehjem 1 opplever at det blir benyttet en forsvarlig mengde behovsmedisin, og at behovet begrunnes godt, altså at ingen av beboerne står oppført med behovsmedisin, uten et reelt behov. I intervju blir det gitt uttrykk for at ansatte på avdelingen er flinke til å prøve ut miljøtiltak før de gir medisiner for å dempe for eksempel urolighet. Dersom en beboer ikke står på behovsmedisin som kan hjelpe, finnes det en felles prosedyre for behandling av angst/uro og søvnvansker.

Enkelte pårørende opplever imidlertid at det blir gitt for mye medisiner for å dempe urolighet. Selv om det fremheves at det er naturlig å bli mer urolig når man blir eldre, og ikke lenger bor hjemme, er det likevel enkelte pårørende som opplever at det benyttes medisiner fremfor andre tiltak.

### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Også ved sykehjem 2 er det pårørende som oppgir at de har hatt opplevelser av at deres nærstående blir sløv av for mye medisiner, og ord som «forvirret» og «borte» brukes i beskrivelsen av hvordan deres nærstående ble oppfattet. I tillegg gis det beskrivelser av at beboer opplever å ha blitt smertelindret i for høy grad, hvor de sterke smertelindrende tablettene også har en sløvende effekt.

## Legemiddelgjennomgang

Prosedyre for legemiddelhåndtering (Del 1) presiserer at legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk vurdering av alle beboeres legemidler for å sikre best mulig effekt og redusere risiko for bivirkninger og skader. Begge sykehjem gjennomfører legemiddelgjennomgang hver 6. måned i henhold til prosedyren. Tidspunkt

(måned) for neste legemiddelgjennomgang henger på pasienttavlene på vaktrommet på begge avdelinger. I tillegg ligger det inne påminnelser om legemiddelgjennomgang i journalsystemet.

Det fremkommer av intervju at flere pårørende er usikre på om sykehjemmet gjør vurderinger av medisineringen til sine nærstående, enten jevnlig eller ved behov.

### Medisinrom og narkotikaregnskap

Begge sykehjem benytter elektronisk nøkkelbrikke for å komme inn på medisinrommet, og begge sykehjem har en manuell reservenøkkel i tilfelle strømstans.

Videre har begge sykehjemmene narkotiske stoffer og vanedannede medisin (A- og B-preparater) oppbevart i låsbart skap inne på medisinrommet. Det føres narkotikaregnskap på begge sykehjem, i henhold til prosedyre. Under observasjon på medisinrom var det ingen av narkotikaregnskapene som var rettet i form av blanko og overskriving eller retting av andre sin informasjon. Deloitte har kun undersøkt medisinregnskapet som var i den aktuelle permen, ikke historikk tilbake i tid. Det er derfor varierende hvilken tidsperiode regnskapene som ble kontrollert hadde, i tillegg til at de legemidlene det gis mest av hadde et større regnskap enn de legemidlene det gis lite av.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Sykehjem 1 har et medisinrom for hele sykehjemmet, altså for flere avdelinger og totalt 90 beboere. Vi observerte at permer for narkotikapreparater og preparater som venter på kontroll ligger fremme på benken på medisinrommet. Avhengig av bemanning kan preparatene derfor ligge fremme i alt fra noen minutter til en hel vakt (dersom det kun er en sykepleier på vakt). Dette fører igjen til at legemidler under istandgjøring (gjerne flytende legemiddel) kan havne innenfor flere enn én persons håndtering. Deloitte observerte at sykepleierne merket legemiddelet med legemiddelnavn og/eller virkestoff, styrke, dose og mengde, dato og klokkeslett for tilberedning i henhold til prosedyre.

Det fremkommer av intervju at det gjennomføres kontroll av temperatur i kjøleskapet og romtemperatur en gang per uke. Det er en sykepleier på dagvaktvakt som har ansvaret for å måle av og kvittere på listen på medisinrommet. Deloitte har ikke observert dette kvitteringsskjemaet. Det kommer frem av intervju at det har vært noe varierende grad av dokumentasjon på temperaturmålinger tidligere, men at det nå dokumenteres i større grad og kvitteres i en perm. Det er også en sykepleier som har ansvar for å bestille medisiner som tar på seg å kontrollere vask av medisinrom, dato for medisiner, samt narkotikaregnskap.

Avdelingen har enkelte behovsmedisiner (A-preparater) som for eksempel Oxynorm i en skuff på medisintrallen på avdelingen. Disse tablettene er merket med navn og styrke, og har egne tilhørende «miniregnskap». Tablettene oppbevares i originalpakning (medisinbrettet) i pose, men ikke i originalemballasje.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Det gjennomføres kontroll av temperatur i kjøleskapet en gang per uke, hvor det dokumenteres og signeres på et skjema inne på medisinrommet, og Deloitte har observert både gradestokk i kjøleskap, samt signeringslisten for dette.

Deloitte observerer at det ligger narkotikapreparater som er seponert (fjernet) fra beboers medisinliste på benken på medisinrommet. Ansatte forteller at disse preparatene må registreres før kassering, med dobbeltsignatur. I påvente av at to sykepleiere kan signere og kassere disse, ligger de på benken på medisinrommet. Leder beskriver at det er «tillitsbasert» at de kan ligge der.

### Samarbeid og informasjon relatert til medisinerings

Begge sykehjem har institusjonslege som gjennomfører faste legevisitter ved avdelingene. Ved begge avdelingene vi har undersøkt, utføres det legevisitt en gang per uke. Det fremkommer av intervju at det er ulike opplevelser knyttet til samarbeidet mellom avdelingspersonalet og sykehjemslege ved de to avdelingene vi har undersøkt.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget får vi opplyst fra etaten at det nylig er innført en ny rutine for dokumentasjon av samhandling mellom lege og annet helsepersonell, hvor eget skjema i journalsystemet skal brukes. Skjemaet heter «til legевurdering», og fast sykehjemslege/legevikar skal rutinemessig sjekke oversikten over alle disse skjemaene. Legen skal notere og signere i samme skjema når henvendelsen er vurdert. Dette for å sikre god informasjonsflyt, kvalitet og dokumentasjon.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Ved sykehjem 1 er det ganske gjennomgående vist til at samarbeidet med legene har vært utfordrende den siste tiden når den faste institusjonslegen har vært fraværende og andre har fungert i rollen.



Ansatte peker på viktigheten av god rapportering fra dem for å sikre at legene kan ta informerte valg. Det kommer frem at det er varierende grad av kvalitet knyttet til dokumenteringen/rapportering til lege, og at lege ikke alltid er fornøyd med medisinerapporten som blir presentert. Det presiseres at det er noe personavhengig hvor god dokumentasjonen er. Det kommer frem at svak rapportering har hatt uheldige konsekvenser, for eksempel der beboere med behov for smertelindring ikke har fått dette raskt nok. Det tok ifølge de ansatte fire uker fra meldt behov til beboer ble satt på smertestillende. Det stilles likevel spørsmål om det kun handler om mangelfull dokumentering, eller andre utfordringer når en beboer må vente så lenge for å bli tilstrekkelig smertelindret.

Det kommer også frem at det har skjedd at lege ikke har gitt muntlig beskjed til sykepleierne ved medisinendring som ble gjort en fredag ettermiddag (rett før helgevaktene kommer på vakt). Det blir vist til et tilfelle der det ble skrevet ut et nytt medisinkort og lagt på benken på medisinerommet. Dette ble ikke oppdaget av sykepleierne før ved en tilfeldighet noen dager senere. Det blir opplyst at slike hendelser har skjedd flere ganger.

Det er også en pårørende ved dette sykehjemmet som beskriver en hendelse relatert til legemiddelhåndtering, der lege ikke formidlet viktig informasjon om endringer i legemiddelbruk til sykepleier på vakt. Dette medførte at beboer ikke fikk utdelt aktuell medisin.

I august 2023 blir det opplyst at den faste institusjonslegen er tilbake på jobb.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Ved sykehjem 2 pekes det gjennomgående på å være et godt samarbeid mellom personallet på avdelingen og sykehjemslegen. Dette gjelder både på visitt og dersom det er behov for ytterligere tilsyn etc. Det beskrives at de ansatte sine observasjoner og vurderinger blir tatt hensyn til i vurderinger.

#### *Pårørendes opplevelser*

Som nevnt tidligere fremkommer det av intervju at flere pårørende er usikre på om sykehjemmene gjør vurderinger av medisineringen til sine nærstående, enten jevnlig eller ved behov. Videre beskrives det en manglende oversikt over deres nærstående sin bruk av medisiner. Dette kan igjen handle om mangel på informasjon. Ved begge sykehjem har pårørende ulike oppfatninger av om de opplever å få tilstrekkelig informasjon. Noen pårørende oppgir at de er svært fornøyd med informasjonen de får om legemidler, og opplever å få svar på spørsmålene de eventuelt måtte ha knyttet til dette. Andre opplever imidlertid at de har forsøkt å komme i kontakt med lege for å diskutere medisinbruk for deres nærstående, men har sittet igjen med en opplevelse av å ikke bli hørt. Pårørende har også tatt kontakt med sykepleier, som igjen henviser til å kontakte lege. Flere oppgir at det er utfordrende å komme inn på temaet som omhandler legemidler, og noen oppgir at de har etterspurt informasjon om legemidler, men likevel ikke fått informasjon.

#### **Hjertestarter**

I intervju med enkelte ansatte ved sykehjem 1 blir det pekt på at det er etterlyst hjertestarter, men at ledelsen ikke har prioritert innkjøp av dette. Etat for sykehjem opplyser at dette ikke bare er knyttet til den aktuelle institusjonen, men at behovet for hjertestarter har blitt vurdert ved alle kommunens sykehjem. Forhold som botid, type sykehjem og avstand til sykehus er tatt med i vurderingene av om hjertestarter skal kjøpes inn, og per i dag er det behandlingssentrene som har blitt prioritert.

#### **4.3.6 Renhold**

Renholdet utføres både av ansatte på sykehjemmene selv og av eget renholdspersonell som er ansatt i etat for bygg og eiendom.

Begge sykehjem har renholdsplan som beskriver de ulike arealene slik som fellesarealer, beboerrom, vaktrom, lager, lintøyrom, hvor ofte arealene skal renholdes og hvordan (eksempelvis hvilket renhold/oppgaver som skal gjennomføres daglig, og hvilke oppgaver som skal gjennomføres mer periodisk). Renholdsplanen inneholder også en ansvarsfordeling mellom renholdspersonell og personell på sykehjemmet når det gjelder ulike renholdsoppgaver slik som påfylling av spritdispensere, stell og vanning av blomster, rydde og holde orden, rengjøring av hjelpemidler (rullestol mv).

Ansatte bruker uniform på jobb, og uniformleverandør har ansvar for vask av uniformer. Det er i tillegg egen leverandør som er ansvarlig for leveranse og vask av sengetøy og håndklær.

#### **Renholdet i fellesarealer**

##### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Ved våre observasjonsbesøk på sykehjemmet var fellesarealene (stue, kjøkken, korridorer) i all hovedsak rene og ryddige. Vi observerte ikke synlig skitt/flekker på gulv eller fellestoletter, eller i øvrig inventar som på bord. Ved

et av våre besøk ved sykehjemmet observerte vi imidlertid insekt (antatt sølvkre) på toalett i administrasjonen (ikke inne på undersøkt avdeling). I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget opplyser sykehjemsledelsen at tiltak er iverksatt. Kjøkkenet på avdelingen fremstod rent og ryddig, både utvendig og inni skuffer og skap.

I intervju er det imidlertid ansatte som peker på at det ikke alltid oppleves å være rent nok på avdelingen, og det gis uttrykk for at det hadde vært ønskelig med hyppigere renhold. Fellesområdene blir rengjort av renholdspersonell to til tre ganger per uke og beboerrommene en gang per uke. Ansatte på avdelingen må selv gjennomføre den daglige vasken i fellesområdene utenom de faste vaskedagene og det som utføres av renholdspersonell, og for eksempel vaske kaffeflekker på gulv og støvsuge sofa. Det pekes på at det ikke alltid er tid til å utføre godt nok renhold mellom de faste vaskedagene, men at det er oppmerksomhet på at fellesområdene skal holdes rene og ryddige. Enkelte uttaler at renhold har fått ekstra oppmerksomhet i form av rydding, renhold og støvsuging i fellesarealer når det har vært planlagt besøk fra Deloitte. Deloitte har også vært på uanmeldte besøk ved sykehjemmet, men har ikke observert dårligere renhold på våre uanmeldte besøk.

Det har vært tilgjengelige spritdispensere ulike steder på avdelingen, som for eksempel ved inngangsdøren. De gangene vi har sjekket har dispenserne hatt innhold.

På vaktrommet på avdelingen foreligger en signeringsbok der det skal signeres for utførte oppgaver som for eksempel vask av beboerrom, vask av skyllerom, vask av medisintralle med mer. For noen av renholdsoppgavene mangler det en del signaturer. Dette gjelder blant annet vask av medisintralle, som ifølge skjemaet skal vaskes en gang per uke. Da vi var på observasjonsbesøk i april 2023 fant vi at det så langt det året var signert for gjennomført vask av medisintralle fire ganger, og ikke ukentlig slik prosedyren legger opp til. Signaturliste for rengjøring av beboerrom fremstod også mangelfull. For noen rom kunne det se ut som at det ikke var tørket støv eller skiftet sengetøy på fem uker. Da vi spurte om dette i etterkant, fikk vi opplyst at ansatte ikke nødvendigvis var så konsekvente på å benytte samme skjema, men brukte flere ulike, og at det derfor kunne se ut som det var et lenger tidsintervall mellom renholdet enn det som er realiteten. Det ble også påpekt at ansatte noen ganger bare glemte å signere.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 2*

Ved våre observasjonsbesøk på sykehjemmet var fellesarealene i all hovedsak rene og ryddige. Vi observerte ikke synlig skitt/flekker på gulv eller fellestoalletter, eller i øvrig inventar som på bord m.m. Kjøkkenet fremstod også rent og ryddig, både utvendig og inni skuffer og skap. Vi merket oss imidlertid at glassvinduene på balkongen på B-siden var skitne, og at det lå en del sigarettneiper på balkongen. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, opplyser sykehjemsledelsen at glassvinduene skal rengjøres til våren. Det kommenteres også at til tross for at askebeger er tilgjengelig, må personalet likevel rydde/koste området flere ganger per uke.

Det fremkommer fra ledelsen at renholdet stort sett oppleves som tilfredsstillende. Det påpekes imidlertid at det har vært et fokus på bruk av engangshansker under pandemien, men at erfaringen er at bruk av engangshansker ikke nødvendigvis bidrar til bedre hygiene ettersom det ikke alltid skiftes hansker mellom ulike oppgaver, og at håndvask ville vært bedre i flere tilfeller. Det blir vist til at dette vil tas opp med etat for bygg og eiendom.

Også ved dette sykehjemmet opplever ansatte at det ikke alltid er tilstrekkelig rent på avdelingen. Unntaket er kjøkkenet som oppleves å stort sett være godt nok renholdt. Ansatte peker på at også flere pårørende har klaget på renholdet, for eksempel på at gulv på beboerrom ikke har vært tilstrekkelig rene.

Per dags dato er det renholdspersonell som vasker beboeres rom, men det fremkommer av intervju at ansatte etter hvert skal overta denne oppgaven. Dette beskrives som lite hensiktsmessig med tanke på at det allerede i dag er for lite tid til å gjennomføre alle oppgaver, men at det av hensyn til økonomi er vanskelig å bruke midler på renholdspersonell.

#### **Renhold i låste/lukkede rom**

Sykehjemmene har flere låste/lukkede rom utenfor fellesarealene som er for beboere. Dette inkluderer blant annet medisinnrom, skyllerom, tøylager og lager for annet materiell.

#### *Nærmere om praksis ved sykehjem 1*

Ved våre observasjonsbesøk var disse rommene i all hovedsak rene og ryddige. På skyllerom henger det liste for kvittering av utført renhold, og Deloitte observerte at enkelte dager manglet det signatur. Ansatte fortalte i intervju at de til enhver tid forsøker å holde det rent på benker på medisinnrom og vaktrom. Men det ble også kommentert at rydding og renhold har fått ekstra oppmerksomhet i forbindelse med Deloitte's planlagte besøk. Det blir blant annet opplyst at det ble ryddet bort sjekkliste og permer på vaktrom/medisinnrom, som har pleid å

ligge fremme. Det trekkes også frem at det på travle dager med legevisitt, mindre bemanning, levering av multidose, og eventuelle beboere i livets siste dager, ikke er like enkelt å prioritere å holde det ryddig, og at det dermed kan bli fulle benker med medisinkort, medisiner, permer osv. på vaktrommet. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, opplyser sykehjemsledelsen at sykehjemmet fikk avvik ved farmasøytisk tilsyn i januar på at det var for mye papirer og permer som lå på benkene, og at ledelsen har rettet oppmerksomhet på at det skal være «glatte» flater etter dette. Det er imidlertid flere av de ansatte som har kommentert at det ble ryddet ekstra også ved Deloittes besøk våren 2023.

#### Nærmere om praksis ved sykehjem 2

Det fremkommer av intervju med sykepleiere at benkene på medisinrommet stort sett er ryddige. Deloitte observerte at det stort sett var rent og ryddig, også i låste/lukkede rom. På samme måte som ved sykehjem 1, observerte vi noen mangler i kvitteringslister for utfylt renhold. Dette gjaldt for eksempel renhold på skyllerommet, som skal utføres daglig. Kvitteringslisten viste at det ikke alltid ble gjort hver dag. Her ble det også pekt på at noe mangler kunne skyldes at ansatte hadde glemt å signere, men at det også var tilfeller av at renholdsoppgaver måtte utsettes til neste dag som følge av for lite personell på jobb.

#### Renhold på beboerrom

Deloitte har ikke gjennomført observasjoner inne på beboerrom, med enkeltstående unntak der vi har blitt invitert inn. De beboerrommene vi har vært inne på har fremstått ryddige og rene. Rommene var også hyggelig innredet med personlige eiendeler slik som småmøbler og bilder.

#### Uniformer

Ved Deloittes besøk på sykehjemmene har ansatte hatt uniformer, og uniformene har vært rene etter det vi har kunne observere. Deloitte observerer også at de ansatte bruker forklær i forbindelse med mattilberedning og servering.

Etter etatens rutiner er det ikke tillatt å gå med smykker, ringer, mv. Deloitte observerer at det ved særlig et av sykehjemmene (sykehjem 2) er enkelte i personalet som går med smykker, ringer og nøkkelbånd rundt halsen.


## 4.4 Vurdering av kvaliteten i tjenesteytingen



Basert på det som kommer frem av undersøkelsen, er det etter Deloittes vurdering flere deler av tjenesteytingen ved de to sykehjemsavdelingene som holder god kvalitet. Samtidig er vår vurdering at kvaliteten på noen områder ikke er god nok, i form av at sykehjemmene ikke etterlever regelverk eller etat for sykehjem sine prosedyrer. Vi gir en vurdering for hvert område vi har undersøkt basert på følgende skala:

- Grønn: I hovedsak tilfredsstillende
- Gul: Akseptabel, men med noen svakheter
- Oransje: Mindre tilfredsstillende
- Rød: Ikke tilfredsstillende

Vi gjør oppmerksom på at det i de fleste tilfeller gjøres en felles vurdering for begge sykehjem basert på skalaen over. Kun i tilfeller der sykehjemmene skiller seg fra hverandre gjøres det separate vurderinger.

### I hvilken grad har sykehjemmene kvalitet i tjenesteytingen?

Element	Vurdering av observasjon	Konklusjon
Personlig hygiene og sårstell	Deloittes vurdering er at sykehjemmene har en akseptabel praksis for å sikre at beboere får ivaretatt sin personlige hygiene, i tråd med krav og forventninger i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene §3 og verdighetsgarantiforskriften § 3. Vi merker oss at pårørende kommer med eksempler som kan innebære at bistanden til personlig hygiene ikke alltid er tilfredsstillende.	

	<p>Det var ingen beboere med sår på revisjonstidspunktet, men vi har sett dokumentasjon i journaler på tidligere sårprosedyrer. Basert på dette, samt intervjuer med ansatte, er det vår vurdering at sykehjemmene sikrer at <b>beboerne får nødvendig behandling av sår</b>, jf. krav og forventninger i kvalitetsforskriften om at beboerne sikres nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling.</p>	
<p>Aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå</p>	<p>Deloitte vurderer at sykehjemmene har etablert <b>flere hensiktsmessige tiltak som skal bidra til å sikre at beboerne får dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet</b> og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, jf. krav og forventninger i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3.</p> <p>Deloitte finner det positivt at <b>begge sykehjem har aktivitører</b> som jobber med å tilrettelegge og gjennomføre både individrettede og fellesaktiviteter for beboerne ved sykehjemmene. Det <b>gjennomføres en rekke fellesaktiviteter</b> på begge sykehjem, som gudstjenester, dame- og herreklubb, turgåing, konserter og musikk m.m. Dette er slik vi ser det viktige bidrag for at beboerne ved sykehjemmene får dekket sine sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet i henhold til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene §3. Det er imidlertid negativt at det for enkelte aktiviteter er <b>plassbegrensninger</b>, og at beboere som gjerne ønsker å delta i aktiviteter, ikke får bli med.</p> <p>Når det gjelder den <b>individrettede</b> aktiviteten, er dette et <b>begrenset tilbud</b> fra aktivitørene på grunn av kapasitet, og hovedvekten av individrettet aktivitet må derfor ivaretas av den enkelte avdeling. Det er heller ikke alle beboere som kan, eller ønsker, å delta på fellesaktiviteter.</p> <p>Det er derfor Deloitte vurdering <b>uheldig at aktivitet inne på avdelingene ofte må nedprioriteres</b> ved mangel på personell. Vi merker oss også at flere pårørende opplever at det ikke er tilstrekkelig aktivisering av deres nærstående, og at noen trekker frem at <b>funksjonsnivået er redusert</b> etter innflytting. Etter verdighetsgarantien skal tjenestene også bidra til at eldre kan bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Dette kan ivaretas gjennom deltakelse i daglige gjøremål og gjennom tilrettelagte aktiviteter. At aktivitet da utgår, samtidig som at beboerne det er aktuelt for i begrenset grad deltar i daglige gjøremål (slik som for eksempel å smøre på egen mat, forsyne seg selv) er slik vi ser det uheldig ikke bare for aktivitetens del, men også for å bevare funksjonsnivået.</p> <p>Deloitte ønsker å presisere at vårt inntrykk er at <b>ansatte gjør så godt de kan innenfor de rammene de har</b>. At det ikke er mulig å gjennomføre all planlagt aktivitet er slik vi ser det en konsekvens av mangel på tid og kapasitet, fordi ansatte må ivareta mer presserende oppgaver og behov.</p> <p>Etter Deloitte vurdering er det videre grunn til å stille <b>spørsmål ved om det gjøres nok for å sikre tilrettelagte aktiviteter for alle beboere</b>, ettersom det fremkommer at det ofte er de samme beboerne som deltar på ulike aktiviteter, og at noen i liten grad eller aldri deltar på felles aktiviteter. Det er imidlertid viktig å presisere at det også er beboere som ikke ønsker å delta i felles aktivitet, og at dette er ønsket som skal og blir hensyntatt.</p> <p>Deloitte vurdering er også at <b>dokumentasjonen på aktivisering kan forbedres</b>.</p> <p>Når det gjelder fall, er det Deloitte vurdering at sykehjemmene <b>ikke i tilfredsstillende grad benytter de utarbeidede rutine for fall</b>, som å utarbeide tiltaksplaner når det er beboere med høy score på fallrisiko.</p>	
<p>Måltider og ernæring</p>	<p>Deloitte vurdering er at sykehjemmene i hovedsak klarer å gi beboerne <b>tilpasset hjelp under måltidene og nok ro og tid</b> til å spise jf. § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, selv om vi også har observert enkeltvis unntak som skyldes at personell må trå til på andre oppgaver. Ved begge sykehjem finner vi</p>	

bord som er pent dekket og trivelige omgivelser, og det er i hovedsak **god atmosfære** rundt måltidsituasjonene.

Det er imidlertid Deloitte's vurdering at **sykehjemmene ikke har en måltidshyppighet som er i samsvar med etatens rutiner** for å sikre at det ikke er mer enn 11 timer mellom siste måltid og første måltid neste dag. For **Sykehjem 1** er det 14,5 timer mellom kveldsmaten og frokosten påfølgende dag, og for **Sykehjem 2** er det 14,5 timer i ukedagene og 15 timer i helgene. Det fremkommer også at det er beboere som ikke etterspør mat når de er sultne, noe som etter vår vurdering **understreker viktigheten av å unngå lange intervaller mellom faste måltider.**

Basert på våre observasjoner er Deloitte's vurdering at de eldre på de undersøkte sykehjemmene ikke i tilstrekkelig grad har tilbud om fersk frukt og grønnsaker, men vi merker oss at sykehjemsledelsen ved sykehjem 2 opplyser at frukt er tilgjengelig i kjøleskapet og at beboere skal blir forespurt om de ønsker frukt. Deloitte mener at selv om innholdet i maten kan være tilfredsstillende sammensatt ernæringsmessig, mener vi at **friske grønnsaker og frukt bør etterstrebes i måltidene for beboerne som ønsker dette.** Helsedirektoratets anbefalinger om fem om dagen gjelder også de eldre.<sup>19</sup> I Helsedirektoratets kosthåndbok for helse- og omsorgstjenesten trekkes det også frem at det ved kort forventet levetid bør legges vekt på de sanselige opplevelsene av maten og ikke bare den ernæringsmessige kvaliteten. Frisk og fargerik mat som frukt og grønnsaker kan bidra til dette.

Vår vurdering er også at det **er for liten grad av valgfrihet knyttet til mat**, spesielt gjelder dette middagsmåltidene. Ved **Sykehjem 1** er ikke middagsmenyen tilgjengelig/synlig for beboerne, og Deloitte mener sykehjemmet ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for at beboerne kjenner ukens middagsmeny og dermed får muligheten til å melde fra om andre ønsker. Dette er viktig fordi det kan bidra til at måltidene kan tilpasses i større grad, når ønskene er kjent på forhånd.

Deloitte's vurdering er videre at sykehjemmene i **varierende grad har tilfredsstillende ernæringsplaner for alle beboere.** For enkelte beboere er det dokumentert hvilken mat de liker, hvor mye de spiser osv., men basert på dokumentasjonen som fremgår av journaler er ikke informasjonen alltid oppdatert i henhold til rutine. Videre er det ikke tilfredsstillende at vi finner tilfeller hvor beboere har gått ned i vekt, **uten at det følges opp videre i ernæringsplanen hvilke tiltak** som bør iverksettes og følges opp.

Deloitte finner i journaler enkelte beboere som er undervektige, med BMI under 16 (som av NHI kategoriseres som undervekt grad 3). Selv for disse beboerne finner vi **ikke at det utføres ukentlig vekt**, i henhold til Bergen kommunes retningslinje for forebygging og behandling av underernæring ved aldersinstitusjoner. Deloitte finner at alle beboere veies en gang per måned uavhengig av vektstatus. Dette gjelder for **begge sykehjem.** Dette betyr at ved risiko for undervekt, eller en allerede oppstått undervekt, er det **fare for at vektnedgangen fortsetter.**

Alle mennesker har behov for tilstrekkelig **væskeinntak.** Veiledende verdi for å estimere væskebehov er ifølge etatens rutiner 30 ml per kilo kroppsvikt. Altså, hvis en beboer veier 50 kg er beboers væskebehov 1500 ml eller 1,5 liter per dag. Deloitte har ikke utført væskeberegning, eller observert hvor mye en beboer drikker/får tilbud om i løpet av et døgn, men av den observasjonen vi har gjort, og innspill fra de ansatte mener vi det kan være **risiko for at ikke alle beboerne får i seg tilstrekkelig væske.**

<sup>19</sup> Helsedirektoratet: [Kosthåndboken.](#)

Lege-  
middel-  
håndtering

Deloitte vurderer at **begge sykehjem** i hovedsak har en tilfredsstillende praksis når det gjelder å etterleve kravet om at det kun er **godkjent personell og helsepersonell som kan dele ut medisin**, jf. krav i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §4. Vi stiller likevel spørsmål ved om **sykehjem 1** hadde sikret **god nok kompetanse for vurdering av testing i forbindelse med medisinopplæring**. Det er imidlertid iverksatt tiltak for å unngå at tilsvarende skal skje igjen.

Deloitte finner videre at legemidler ikke alltid blir gitt til **riktig tid**, i henhold til §7 i samme forskrift, ved **begge sykehjem**. Det blir både fortalt om, og observert, at medisindeling starter for sent slik at medisinen ikke blir gitt når den skal.

Videre finner Deloitte at **begge sykehjem** har et **system for håndtering av A- og B-preparater** (narkotiske stoffer og vanedannende medisin) i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering (del 1), og disse legemidlene er oppbevart i låsbart skap i medisinrom med elektronisk lås med logging. Begge sykehjem fører også narkotikaregnskap.

Det vurderes imidlertid som **ikke tilfredsstillende** med et «tillitsbasert» system som innebærer at det ligger narkotikapreparater til kassering på benken på medisinrommet, ved **Sykehjem 2**. Dette innebærer etter Deloitte vurdering **risiko for at narkotikapreparater kan forsvinne**, uten at noen ville merket det. Deloitte vurderer at det enten må være to sykepleiere til stede ved kassering, alternativt må det dokumenteres hvilke narkotikapreparater som er lagt på benken til kassering i påvente av at to sykepleiere kan dobbeltsignere.

Når det gjelder **legemiddellagrene (medisinrommene)** i seg selv, er det Deloitte vurdering at disse er **låst, rene og ryddige** i henhold til prosedyre, ved **begge sykehjem**.

Deloitte har observert at et par beboere på avdelingen ved **Sykehjem 2** har hatt **oksygenbehandling** under revisjonen. Deloitte har da sett at **oksygenapparatet har vært plassert på gangen utenfor beboerrommet**. Dette er ikke i henhold til forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §6 som sier at legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Det er heller ikke i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering der det står at oksygenapparat må plasseres slik at dosering ikke kan endres av uvedkommende, og praksisen vurderes som **ikke tilfredsstillende**. Konsekvensen av **endringer i doseringen** for oksygen **kan være svært alvorlig**, og i verste fall føre til respirasjonsstans. Det er heller ikke tilfredsstillende at **medisintralle blir forlatt ulåst** ved utdeling av medisin ved **sykehjem 2**, ettersom dette i praksis kan innebære at uvedkommende har tilgang til medisin.

Videre er det Deloitte vurdering at sykehjemmene ikke etterlever §3-6 i lov om pasient- og brukerrettigheter, som skal sikre beboere vern mot spredning av legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger. Deloitte finner ved samtlige observasjoner at **medisincardex med personopplysninger og legemiddelopplysninger ligger åpen for innsyn** for uvedkommende. Vi merker oss imidlertid at etat for sykehjem opplyser i verifiseringer at det skal innføres digitale legemiddellister og signeringslister.



Ved **Sykehjem 2** er **ikke insulinpenn** merket med «dato for åpning» i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering, noe som **kan føre til at beboere får insulindoser fra en penn som har vært åpnet for lenge**. Videre står det i samme prosedyre at dosen for legemiddel som doseres i Internasjonale Enheter bør på legemiddeloversikter konsekvent angis som E og ikke IE. Dette for å unngå forveksling av for eksempel 2 IE som 21 E. Deloitte finner her at det dokumenteres både med IE og med E om hverandre (også for samme beboere) ved **Sykehjem 2**.

Sykehjem 1



Sykehjem 2



	<p>Ved <b>Sykehjem 1</b> ligger det enkelte <b>behovsmedisiner</b> (A-preparater) som for eksempel Oxynorm i en skuff i medisintrallen på avdelingen. Det foreligger <b>egget regnskap</b> for disse medisinene, og medisinene er i originalpakning, men det er ikke i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering der det står at gruppe A og B medisiner som oppbevares i medisintralle <b>skal oppbevares i originalemballasje</b>.</p>	
Renhold	<p>Ved våre besøk på sykehjemmene fremstår <b>renholdet</b> i all hovedsak å være tilfredsstillende, i form av at <b>arealene er rene og ryddige uten synlige flekker og skitt</b>. Det fremstår også å være gode renholdsrutiner, herunder at det foreligger skriftlige planer som beskriver renhold for ulike arealer og kvitteringslister for flere renholdsoppgaver.</p> <p>Vi merker oss imidlertid at <b>ansatte ved begge sykehjem mener at renholdet ikke alltid er godt nok</b>, og enkelte pårørende også trekker frem mangler. Både ledere og ansatte viser til at renholdsoppgaver kan bli nedprioritert dersom det er hektisk på jobb.</p> <p>I lys av bemanningssituasjonen ved sykehjemmene og helsepersonellmangel finner vi også grunn til å påpeke at det per i dag er slik at <b>pleie- og helsepersonell bruker tid på renholdsoppgaver</b>, som i utgangspunktet kunne vært ivaretatt av annet personell. Vi merker oss at sykehjemmene ønsker seg at renholdsoppgavene i større grad blir utført av renholdspersonell, men at dette også er et spørsmål om økonomi for sykehjemmene.</p>	
Bemanning	<p>Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal kommunen <b>tilrettelegge tjenestene slik at tjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene</b>.</p> <p>Undersøkelsen viser at bemanningssituasjonen på de to avdelingene vi har undersøkt tidvis oppleves som krevende både som følge av sykefravær og at grunnbemanningen ikke oppleves tilstrekkelig. Deloitte vurdering er at ressursituasjonen har <b>konsekvenser for beboerne</b>. Undersøkelsen viser også manglende etterlevelse av sentrale prosedyrer ved begge sykehjem, noe vi til dels mener er knyttet til at ansatte ikke rekker over alle oppgaver.</p> <p>Dette er basert både på Deloitte egne observasjoner, men også informasjon som har fremkommet i intervju med de ansatte og pårørende. Konsekvensen av for lav bemanning er at grunnleggende behov som mat og drikke, stell og medisin prioriteres, mens aktivitet og stimulering ofte er det som blir nedprioritert når det er travle vakter. Deloitte har også observert beboere som har hatt behov for bistand som ikke har fått det, da ansatte har vært opptatt med andre beboere og vil understreke at dette ikke er tilfredsstillende. Vi merker oss at det fra både ledelse og ansatte blir vist til at <b>servicemedarbeidere</b> – som noen sykehjem fikk midler til under pandemien – kunne avlastet og frigitt tid for helse- og pleiepersonell ved å bistå ved måltider, aktiviteter m.m.</p> <p><b>Ved sykehjem 2</b>, fremstår bemanningssituasjonen på B-siden etter vår vurdering ikke god nok til å sikre adekvat oppfølging av beboere. Her har vi ved flere tilfeller observert at beboere som har behov for bistand har vært alene i lengre perioder, og ansatte forteller om at det er krevende å være på jobb på B-siden.</p> <p>Når det gjelder <b>sykehjem 1</b>, er det flere som opplever at sykepleierdekningen ikke har vært god nok, men vi merker oss at teamet nå er styrket med en 80 % stilling, og at det er på plass ny leder for sykepleierne (som startet opp mai 2023). Som påpekt i vår vurdering i kapittel 3 er det imidlertid ikke bare meldt om at sykepleiere har høy belastning, men at det er krevende samarbeid og dialog mellom sykepleierne og ledelsen ved sykehjemmet, noe som etter vår vurdering kan innebære risiko for kvaliteten i tjenestene.</p>	



## 5 Konklusjon og anbefalinger

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om tjenestene ved to sykehjem i Bergen kommune holder god kvalitet.

Deloitte mener at sykehjemmene og etat for sykehjem har iverksatt en rekke hensiktsmessige internkontrolltiltak for å sikre god styring og kontroll med tjenesteytingen i samsvar med krav og forventninger i lov, forskrift og veiledere for internkontroll.

På tross av dette er det ikke god nok kvalitet i alle delene av tjenesteytingen ved de to sykehjemmene, noe som har negative konsekvenser for beboerne.

### Samlet vurdering av internkontrollen

Deloitte vurderer at det i hovedsak foreligger hensiktsmessige og oversiktlige **rutiner for sentrale arbeidsoppgaver** i sykehjemmene. Vi mener det er en klar styrke at etat for sykehjem har etablert felles rutiner og prosedyrer som skal bidra til at lik og god praksis på tvers av de ulike sykehjemmene. **Tilgjengeligheten og opplæring i rutiner fremstår akseptabel**, men med noen svakheter som at opplæringen ikke alltid oppleves å være god nok av de ansatte. Det å ikke gi god nok opplæring er en risiko ettersom det kan ha betydning for kvaliteten i tjenestene.

Deloitte mener at etat for sykehjem har iverksatt flere hensiktsmessige **kontrolltiltak** som skal bidra til at en rekke sentrale oppgaver og prosedyrer etterleves, og resultater følges opp. Det er blant annet etablert flere **verktøy/rapporter** som muliggjør at ledere på ulike nivå kan holde oversikt over forhold som avvik, sykefravær og indikatorer knyttet til både drift og beboeroppfølging, og **etaten følger opp sykehjemmene gjennom årlig driftsoppfølging** og andre internkontrolltiltak. Vår vurdering er imidlertid at det er svakheter i kontrollene ved det enkelte sykehjem, og det tas ikke systematiske stikkprøver eller mer dyptgående kontroller av etterlevelsen av etatens prosedyrer.

Vi mener videre at det i stor grad er tilrettelagt for **involvering av ansatte i utviklingen av tjenestene** i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, og vi trekker her spesielt frem tavlemøtene og pasientsikkerhetsvisitten som gode tiltak. Samtidig er det avdekket utfordringer i samarbeidet mellom ledelsen og deler av personalgruppen ved sykehjem 1, noe vi mener innebærer risiko for kvaliteten i tjenestene.

Vi mener også at sykehjemmene i utgangspunktet har en tilfredsstillende praksis for **bemanningsplanlegging**, innenfor rammebetingelsene til sykehjemmene med helsepersonellmangel og økonomiske rammebetingelser. Begge sykehjem har iverksatt eller vurderer tiltak for å benytte kompetanse godt på tvers, det gjennomføres ukentlige møter der bemanningen på huset vurderes, og det etterstrebtes å bruke kjente/langvarige vikariat ved vakanser og sykefravær.

Når det gjelder **risikovurderinger**, er det mangelfull dokumentasjon og mangelfull beskrivelse av risikoområder og tiltak. Videre er det gjennomgående vist til underrapportering av **avvik**, av ulike årsaker som mangel på tid og at det ikke er tydelig hvor avvikene skal meldes. Samlet sett mener vi derfor at sykehjemmene ikke har en tilfredsstillende praksis for å holde oversikt over og følge opp områder med risiko for svikt og mangler.

Videre mener Deloitte at sykehjemmene på flere områder legger vekt på og tilrettelegger for at **beboere får medvirke** i utføring av tjenester og får ta aktive valg i hverdagen, jf. beboers rett til å gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (forskrift om verdig eldreomsorg §3). Både gjennom intervju og observasjoner fremkommer det at beboere får spørsmål om hva de ønsker og får ta aktive valg. Det gjennomføres også pårørendeundersøkelser, og er etablert rutiner for involvering og informasjon til pårørende. Samtidig er det gjennom våre intervjuer avdekket at det er pårørende som opplever at det ikke blir gitt informasjon om beboeres helsetilstand, legemiddelbruk og andre viktige endringer. Vår vurdering er derfor at det er noen svakheter i hvordan sykehjemmene ivaretar pårørende sin rett til informasjon om beboers helsetilstand og den helsehjelp som ytes (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2).

### Samlet vurdering av kvaliteten i tjenesteytingen

Basert på det som kommer frem av undersøkelsen, mener Deloitte at sykehjemmene har en akseptabel praksis for å sikre at beboere får ivaretatt sin **personlige hygiene**, i tråd med krav og forventninger i kvalitetsforskriften



for pleie- og omsorgstjenestene §3 og verdighetsgarantiforskriften § 3. Samtidig merker vi oss at pårørende kommer med eksempler som kan innebære at bistanden til personlig hygiene ikke alltid er tilfredsstillende.

Når det gjelder **aktivisering, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå**, mener Deloitte at praksisen er mindre tilfredsstillende. Selv om det ved begge sykehjem er et variert tilbud om fellesaktiviteter, fremkommer det at ikke alle beboere kan, får mulighet til eller ønsker å delta på disse. Dette kombinert med at aktiviteter inne på avdeling (både fellesaktiviteter og individuell stimulering) ofte må nedprioriteres som følge av tidspress, fører derfor samlet sett til at tilbudet totalt sett ikke er godt nok til å sikre at alle beboerne får dekket sosiale behov, tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter og mulighet til å opprettholde funksjonsnivået sitt, jf. krav og forventninger i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3.

Basert på det som kommer frem av undersøkelsen, mener Deloitte videre at **ernæringsoppfølgingen er mangelfull og ikke blir gjort i henhold til etat for sykehjem sine prosedyrer. Måltidshyppigheten** ved sykehjemmene er ikke i samsvar etatens rutiner, og særlig gjelder dette intervallet mellom dagens siste måltid og første måltid neste dag. For begge sykehjem er dette intervallet 14,5-15 timer, mens etatens rutiner sier at det ikke bør være mer enn 11 timer disse måltidene. Videre finner vi også at det ikke utføres ukentlig vekt for beboere som er **underernærte**, noe som ikke er i samsvar med etatens rutiner. Dette betyr at ved risiko for undervekt, eller en allerede oppstått undervekt, er det fare for at vektnedgangen fortsetter. Basert på den observasjonen vi har gjort, og innspill fra de ansatte mener vi videre at det kan være risiko for at ikke alle beboerne får i seg tilstrekkelig **væske**.

Når det gjelder **valgfriheten i måltider**, fremstår heller ikke denne gjennomgående god nok, spesielt gjelder dette middagsmåltidet. Det tilbys som hovedregel kun et alternativ til middag, og det legges ikke gjennomgående til rette for valgfrihet i middagsmåltider, selv om det er viktig å påpeke at det blir tilbudt enklere middager som erstatning til de som ikke ønsker dagens middag. Det er også observert lite tilgang på fersk frukt og grønnsaker, noe også pårørende trekker frem.

Våre observasjoner viser samtidig at sykehjemmenes praksis på andre områder er tilfredsstillende. Vi mener at sykehjemmene klarer å ivareta kravet om å gi beboerne **tilpasset hjelp** under måltidene og **nok ro og tid til å spise** jf. § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, selv om vi også har observert enkeltvise unntak som skyldes at personell må trå til på andre oppgaver. Ved begge sykehjem finner vi også pen borddekking ved måltider, og det er en fin atmosfære rundt måltidsituasjonene, noe som etter vår vurdering er viktig for å bidra til gode opplevelser for beboerne.

Deloitte mener videre at **deler av praksisen rundt sykehjemmenes legemiddelhåndtering er tilfredsstillende, men at det er andre områder med klare mangler og brudd på prosedyrer. Det er viktig å presisere at det er noe variasjon mellom sykehjemmene i omfanget av brudd på prosedyrer.** Begge sykehjem har i hovedsak en tilfredsstillende praksis når det gjelder å etterleve kravet om at det kun er godkjent personell og helsepersonell som kan dele ut medisin, jf. krav i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §4. Videre finner Deloitte at begge sykehjem har et system for håndtering av A- og B-preparater (narkotiske stoffer og vanedannende medisin) i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering, og disse legemidlene er oppbevart i låsbart skap i medisinrom med elektronisk lås med logging. Begge sykehjem fører også narkotikaregnskap. Når det gjelder legemiddellagrene (medisinrommene) er også disse låst, rene og ryddige i henhold til prosedyre, ved begge sykehjem.

Deloitte finner imidlertid flere brudd på prosedyrer. Legemidler blir ikke alltid gitt til **riktig tid**, i henhold til §7 i samme forskrift, ved **begge sykehjem**. Det blir både fortalt om, og observert, at medisinutdeling starter for sent slik at medisinen ikke blir gitt når den skal. Det vurderes **ikke tilfredsstillende** med et **«tillitsbasert» system** som innebærer at det ligger narkotikapreparater til kassering på benken på medisinrommet, ved **Sykehjem 2**. Dette innebærer etter Deloittes vurdering **risiko for at narkotikapreparater kan forsvinne**, uten at noen ville merket det. Deloittes vurdering er at det enten må være to sykepleiere til stede ved kassering, alternativt må det dokumenteres hvilke narkotikapreparater som er lagt på benken til kassering i påvente av at to sykepleiere kan dobbeltsignere. Det er heller ikke en forsvarlig **plassering av oksygenapparat** som brukes i behandling for beboere ved sykehjem 2. Oksygenapparatet har vært plassert på gangen utenfor beboerrommet, noe som ikke er i henhold til forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp §6 som sier at legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende. Det er heller ikke i henhold til etatens prosedyre for legemiddelhåndtering. Konsekvensen av **endringer i doseringen** for oksygen **kan være svært alvorlig**, og i verste fall føre til respirasjonsstans. Videre er det ikke tilfredsstillende at **medisintralle blir forlatt ulåst** ved utdeling av medisin ved **sykehjem 2**, ettersom dette i praksis kan innebære at uvedkommende har tilgang til medisin. Det er også avdekket andre mangler ved begge sykehjem knyttet til dokumentasjon og oppbevaring av medisiner.

Deloitte mener videre at begge sykehjem ikke etterlever §3-6 i lov om pasient- og brukerrettigheter, som skal sikre beboer vern mot spredning av legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger. Deloitte finner ved samtlige observasjoner at **medisincardex med personopplysninger og legemiddelopplysninger ligger åpen for innsyn** for uvedkommende. Vi merker oss imidlertid at etat for sykehjem opplyser at det skal innføres digitale legemiddellister og signeringslister som vil legge til rette for bedre sikring av personopplysninger og legemiddelopplysninger.

Når det gjelder renholdet ved sykehjemmene, fremstår dette i all hovedsak tilfredsstillende ved Deloitte's besøk på sykehjemmene, i form av at **arealene er rene og ryddige uten synlige flekker og skitt**. Det fremstår også å være gode renholdsrutiner, herunder at det foreligger skriftlige planer som beskriver renhold for ulike arealer og kvitteringslister for flere renholdsoppgaver. Vi merker oss imidlertid at **ansatte ved begge sykehjem mener at renholdet ikke alltid er godt nok**, og enkelte pårørende også trekker frem mangler. Både ledere og ansatte viser til at renholdsoppgaver kan bli nedprioritert ved tidspress. I lys av bemanningssituasjonen ved sykehjemmene og helsepersonellmangel finner vi også grunn til å påpeke at det per i dag er slik at **pleie- og helsepersonell bruker tid på renholdsoppgaver**, som i utgangspunktet kunne vært ivaretatt av annet personell. Vi merker oss at sykehjemmene ønsker seg at renholdsoppgavene i større grad blir utført av renholdspersonell, men at dette også er et spørsmål om økonomi for sykehjemmene.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at tjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. I intervjuene gis det uttrykk for at **bemanningssituasjonen** på de to avdelingene vi har undersøkt ikke gjennomgående er god nok til å rekke over alle oppgaver, og beskrives tidvis krevende. Vi stiller derfor spørsmål ved om kommunen klarer å sikre at personell som utfører tjenester klarer å overholde sine lovpålagte plikter.

Kapasiteten på avdelingene har konsekvenser for beboerne, i form av at de ansatte må prioritere noen oppgaver til fordel for andre. Deloitte anerkjenner at det er tilfeller der det er behov for å prioritere mellom oppgaver og behov, men mener det er funnet svakheter som viser at etterlevelsen av flere prosedyrer ikke har vært god nok over tid. Mangelfull oppfølging over tid kan føre til at tjenestene som ytes ikke er forsvarlige. Vi vil spesielt trekke frem bemanningssituasjonen på B-siden på sykehjem 2, som ikke fremstår å være god nok for å sikre adekvat oppfølging av beboernes behov, samtidig vil vi fremheve at vi har funnet svakheter i etterlevelse av prosedyrene ved begge sykehjem.

En del avvik fra prosedyrer handler etter vår vurdering likevel ikke utelukkende om bemanningssituasjonen, men også om praktiske hensyn. For eksempel gjelder dette avvikene med håndtering av medisintraller og at medisincardexer ligger åpne for uvedkommende.

Vi merker oss også at begge sykehjem viser til gode erfaringer med servicemedarbeidere i pandemien som avlastet øvrig personell, og at det er et ønske om å få tilført ressurser til slike.

**Basert på det som kommer frem i undersøkelsen anbefaler Deloitte at Bergen kommune setter i verk følgende tiltak:**

1. Sikre tilfredsstillende bemanning og arbeidsforhold
  - a) Sykehjem 2 bør gjøre en vurdering av bemanningen på B-siden opp mot behovet til beboerne, og sikre at bemanningen er god nok til å gi beboerne nødvendig oppfølging
  - b) For sykehjem 1, bør etaten gjøre nærmere undersøkelser av arbeidsforhold og samarbeidet mellom sykepleierne og ledelsen ved sykehjemmet, og iverksette nødvendige tiltak
2. Sikre tilfredsstillende oppfølging av ernæring, under dette:
  - a) Sikre at beboere med risiko for underernæring eller ved underernæring blir veid en gang per uke i tråd med etatens rutiner
  - b) Sikre at det blir iverksatt tiltak for beboere med underernæring og risiko for underernæring, og at tiltakene blir dokumentert og evaluert over tid
  - c) Redusere antall timer nattfaste i tråd med etatens rutiner
  - d) Sykehjem 2 bør også vurdere intervallet mellom måltidene, og spesielt vurdere å forskyve tidspunktet for middag
  - e) Vurdere tiltak for å sikre mer valgfrihet i mat, under dette blant annet
    - i) Rutiner for å sikre informasjon til beboerne om ukens middagsmeny (sykehjem 1)
    - ii) Tilgang på frisk frukt/grønnsaker (sykehjem 1)

iii) Alternativer til den faste middagen (begge sykehjem)

3. Sikre god oppfølging av funksjonsnivå, aktivisering og stimulering, under dette:
  - a) Sikre at alle beboere gis et reelt og variert tilbud om daglig aktivitet, tilpasset deres ønsker og behov
  - b) Sikre at det blir dokumentert dersom beboer takker nei til aktiviteter, for å kunne vurdere om det er gitt et godt nok tilbud
4. Sikre tilstrekkelig kartlegging og forebygging av fall, inkludert dokumentasjon av tiltak
5. Sikre etterlevelse av rutiner for legemiddelhåndtering, under dette:
  - a) Sikre at opplysninger om legems- og sykdomsforhold, inkludert medisinopplysninger ikke ligger tilgjengelig for uvedkommende
  - b) Sykehjem 2 må sikre at legemidler av type A og B preparater ikke blir liggende udokumentert på benken på medisinerommet før kassering. Ved å for eksempel innføre at vedkommende som legger tablettene fra seg, også må skrive ned på skjema hva som blir lagt der, inkludert styrke og antall, ville eventuelle mangler lettere kunne bli oppdaget.
  - c) Sykehjem 2 må sikre at medisintrallen ikke forlates når den er åpen
  - d) Sykehjem 2 må sikre forsvarlig plassering av oksygentank, slik at uvedkommende ikke kan endre doseringen
  - e) Sikre at medisin utdeles til riktig tid
  - f) Sikre at det påføres årstall i skjema for utlevering av behovsmedisin, slik at det ikke kan misforstås når et legemiddel er gitt
  - g) Sikre at pårørende får tilstrekkelig informasjon om deres nærstående sine legemidler og eventuelle endringer

# Vedlegg 1: Høringsuttalelse



BERGEN  
KOMMUNE

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG  
BHO - Kommunaldirektørens stab

DELOITTE AS  
Postboks 221 Sentrum  
0103 OSLO

Vår referanse: 2023/02156-5  
Saksbehandler: Bente Wergeland  
Dato: 22. september 2023  
Deres ref.:

Unntatt offentlighet: Offl § 5

## Høringsuttalelse til rapportutkast til høring - kvalitet i sykehjem

Byråd for helse og sosial har mottatt utkast til rapport om forvaltningsrevisjon av kvalitet i tjenesteyting ved to kommunale sykehjem i Bergen kommune, henholdsvis en avdeling ved hvert av sykehjemmene. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune 2018, men ble satt på vent som følge av covid-19-pandemien. Etter vedtak i kontrollutvalget i møte 07.12.2022, sak 105/22, ble revisjonen gjenopptatt og oppdraget ble gjennomført i tidsrommet februar til september 2023. Utgangspunktet for kontrollutvalgets bestilling er vedtatt plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2021- 2024 og vedtak i Bergen bystyre i sak 350/20.

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om tjenestene ved to sykehjem i Bergen kommune holder god kvalitet. Det har også vært et formål at funn fra revisjonen kan ha en overføringsverdi til resten av tjenesten. Det er i undersøkelsen gjennomført intervju med enhetsledere, avdelingsledere og ansatte med ulik yrkesbakgrunn for å få supplerende informasjon til innsamlet dokumentasjon. Dokumentasjon på etterlevelse av rutiner, regelverk m.m. er analysert og vurdert opp mot revisjonskriteriene.

Deloitte konkluderer med i rapporten at sykehjemmene og Etat for sykehjem har iverksatt en rekke hensiktsmessige internkontrolltiltak for å sikre god styring og kontroll med tjenesteytingen i samsvar med krav og forventninger i lov, forskrift og veiledere for internkontroll.

Rapporten identifiserer i tillegg flere forbedringsområder med konkrete anbefalinger til tiltak. Dette gjelder å sikre;

- tilfredsstillende bemanning og arbeidsforhold
- tilfredsstillende oppfølging av ernæring
- god oppfølging av funksjonsnivå,
- aktivisering og stimulering
- tilstrekkelig kartlegging og forebygging av fall og
- etterlevelse av rutiner for legemiddelhåndtering

Rapporten viser til forbedringsområder og gir anbefalinger som bidrar til at kommunen kan gjøre tjenesten/tilbudet bedre for beboere på to avdelinger på to langtidssykehjem. Vi vurderer rapporten og anbefalingene som relevante og er enige i at det kan ha en overføringsverdi i forbedringsarbeidet på kommunens sykehjem.

Rapportens formål er begrenset til å se på to avdelinger på to kommunale sykehjem. Vi mener at det er en svakhet ved rapporten at private-ideelle sykehjem ikke er inkludert i revisjonen. Etat for sykehjem har ansvaret for drift av de kommunale institusjonene, samt gjennomføre årlig driftsoppfølging av de private-ideelle institusjonene.

Postadresse:  
Postboks 7700, 5020 BERGEN  
Kontoradresse:  
Rådhusgaten 10

Telefon: 55565556  
E-post:  
Internett: [www.bergen.kommune.no](http://www.bergen.kommune.no)

I tillegg stiller vi spørsmål til hvorfor utvalget er snevret inn til å gjelde somatiske sykehjemsavdelinger, når over 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem har demenssykdom<sup>1</sup>. Det skal nevnes at det i rapporten er tatt med at det også er forekomst av beboere med kognitiv svikt ved somatiske avdelinger.

Vi tar med oss betraktninger rundt mat og måltider i revisjonsrapporten, men er kritisk til uttalelsen «Deloitte har ved enkelte tilfeller smakt på maten, og vil karakterisere den som helt grei». Det leses som en negativ omtale av maten som er lite nyansert og som derfor bør enten utdypes eller utelates fra rapporten. Observasjon av to middager gir også et veldig ufullstendig inntrykk av en seksukers meny.

I rapportutkastet oppgis det at på revisjonstidspunktet er gjennomsnittlig botid ca. 2 år ved Sykehjem 1 og ca. 1,5 år ved Sykehjem 2. I verifisering fra Etat for sykehjem ble det oppgitt at gjennomsnittlig botid ved sykehjem i Bergen kommune er på 1,5 år. Det er ikke korrigert i dette høringsutkastet. Det er uheldig og kan forstås slik at Sykehjem 2 er bedre til å ivareta sine beboere.

Sentralt i arbeidet med å levere bedre tjenester på sykehjemmene i Bergen kommune er brukermedvirkning og pårørendesamarbeid. De to sykehjemsavdelingene som er undersøkt er ulike i størrelse. Ved sykehjem 1 er det 10 beboere på avdelingen og ved sykehjem 2 er det 17 beboere. Det er totalt fire pårørende som er intervjuet og som har fått uttale seg. Det må presiseres at dette ikke er et representativt utvalg og at deres opplevelser derfor ikke kan generaliseres til å gjelde hele pårørendegruppen ved de to sykehjemsavdelingene. Gjennomgående refereres det i rapporten til *enkelte* eller *flere* pårørende, noe som kan gi leseren et feilaktig inntrykk av antallet pårørende som uttaler seg. Enkeltstående uttalelser gir ikke et representativt uttrykk for kvaliteten ved en avdeling, og det er uheldig at disse uttalelsene vektlegges slik de gjør i revisjonsrapporten.

I rapporten står det: «Ved våre besøk på sykehjemmene fremstår renholdet i all hovedsak å være tilfredsstillende, i form av at arealene er rene og ryddige.». I teksten videre blir det tatt med en uttalelse at «enkelte pårørende også trekker frem mangler». Dette er upresist både når det gjelder hvilke mangler det her refereres til, og hvor mange pårørende som har kommet med en slik uttalelse.

På tre områder i rapporten konkluderer revisor med at det som ble observert i undersøkelsen ikke var tilfredsstillende, og markert med rødt nivå. Dette gjaldt tidsintervallet mellom kveldsmat og frokost, oppgaver og ansvarlig handling innen legemiddelhåndtering og bemanningsutfordringer. Forvaltningsrevisjonens konklusjoner og anbefalte tiltak samsvarer her med kommunens eget kvalitets- og utviklingsarbeid. Etat for sykehjem vil følge opp de konkrete forbedringspunktene som er foreslått ved både kommunale og private-ideelle sykehjemmene.

Til slutt en liten opplysning om at de som bor på langtidssykehjem omtales som beboere og ikke pasienter. Begge benevnelser brukes i rapporten. Benevnelsen pasienter bruker vi på dem som har et tilbud ved våre behandlingssentre.

Med hilsen  
BHO - Kommunaldirektørens stab

Ruth Grung – Byråd for helse og omsorg

*Dokumentet er godkjent elektronisk.*

---

<sup>1</sup> FHI -Folkehelse rapporten

Kopi til: Byrådsleder, Samuelsberg, Trine, Administrasjon - Etat for sykehjem - Cecilie Solvåg  
Madhun, Administrasjon - Etat for sykehjem - Anita Wøbbekind Johansen, DELOITTE AS  
AVD BERGEN - Birte Bjørkelo, BHO - Kommunaldirektørens stab (Arbeidssted) - Kjell  
Andreas Wolff

# Vedlegg 2: Revisjonskriterier

## Krav til forsvarlige tjenester

Tjenester som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven, i dette tilfellet institusjonstjenester, skal være forsvarlige, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 4.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

## Ansvar for styringssystem og internkontroll

Internkontroll i helse- og omsorgstjenestene er regulert i en egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Etter forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 skal den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeidere i virksomheten medvirker til dette.

Forskriften inneholder en rekke plikter knyttet til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, samt plikter knyttet til å dokumentere internkontrollen.

## Krav til kompetanse, kunnskap og prosedyrer

Regelverket stiller forventninger om at øverste leder sørger for at medarbeidere i helse- og omsorgsvirksomheter har nødvendig **kunnskap om og kompetanse** i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, jf. forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 b.

Videre er det et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester utvikler og iverksetter **nødvendige prosedyrer og rutiner** for å forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7c), og har rutiner som bidrar til å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende sine grunnleggende behov (jf. kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene § 3). COSO-rammeverket, et anerkjent rammeverk for internkontroll, anbefaler også at det gjennomføres kontroller av om rutiner etterleves i praksis og om de fungerer som de skal.

## Krav til å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt og mangler

Det er et krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har **oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel** på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten/pasientsikkerheten, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6d.

Videre sier regelverket at virksomheten skal ha **oversikt over avvik/uønskede hendelser**, og gjennomgå disse slik at lignende forhold kan forebygges (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6g og 8e).

## Krav til medvirkning i forbedringsarbeid

Etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 d skal helse- og omsorgsvirksomheter **sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes**. Jamfør tilhørende veileder<sup>20</sup> til forskriften, er det viktig at sykehjemmene legger til rette for og oppmuntrer til at medarbeidere skal gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder, da det er de ansatte som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften. Medvirkning kan for eksempel tilrettelegges ved etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom melde- og avviksbehandling og forbedringsarbeid.

## Krav til brukermedvirkning

Det er regulert gjennom flere regelverk at brukere, i dette tilfellet beboere og deres pårørende, skal få medvirke i tjenestene. Dette gjelder både på systemnivå og på individnivå. Kravet til kommunen er blant annet at det skal arbeides systematisk med å **innhente og gjøre bruk av tilbakemeldinger og forbedringsideer fra pasienter, brukere og pårørende** (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §6g).

<sup>20</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore#paragraf-7d-medvirkning-fra-medarbeidere>

Videre skal kommunen **sikre medvirkning og informasjon på individnivå**, der brukeren selv eller nærmeste pårørende får informasjon om brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (pasient- og brukerrettighetsloven §3-2).

Kommunen skal også sikre at bruker av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved **utforming eller endring av tjenestetilbudet**. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (forskrift om verdig eldreomsorg §3).

### Krav som gjelder innholdet i tjenestene

Verdighetsgarantiforskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en **verdig, trygg og meningsfull alderdom**, jf. forskriftens § 1.

Forskriftens § 3 omtaler krav til tjenestens innhold, og sier at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsetningene skal tjenestetilbudet blant annet legges til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven **får ivaretatt sine grunnleggende behov** med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, jf. forskriftens § 1.

Også denne forskriften angir **krav til innhold i tjenestene**, jf. forskriftens § 3. Blant annet skal kommunen etter § 3 etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten, og at brukere og eventuelt pårørende medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Videre skal den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.

Kommunen skal også etter § 3 «utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov», og forskriften gjengir flere områder som kommunen skal ha prosedyrer for. Relevant for denne forvaltningsrevisjonen er at kommunen blant annet skal ha prosedyrer på områder som sikrer ivaretagelse av:

- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Etat for sykehjem har utarbeidet felles retningslinjer for **forebygging og behandling av underernæring** ved aldersinstitusjoner i Bergen kommune. For å kunne vurdere ernæringsoppfølgingen ved sykehjemmene, er også etatens egne rutiner lagt til grunn som revisjonskriterier. Basert på etatens felles rutiner, skal sykehjemmene sikre at:

- beboere i institusjon **veies en gang per måned** ved normal ernæringsstatus, og **en gang per uke ved risiko for undervekt**.
- at det skal tilstrebnes at det **ikke er mer enn 11 timer** mellom siste måltid og første måltid neste dag.
- Videre skal ulike tiltak vurderes ved oppfølging av ernæring. Dette gjelder:
  - Underliggende faktorer



- Måltidsmiljø
- Mattilbud
- Mellommåltid og beriking
- Næringsdrikker

### Krav til legemiddelhåndtering

Etter forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp er det **virksomhetsleder som skal sørge for at legemiddelhåndtering utføres forsvarlig** og i henhold til gjeldende lover og forskrifter, jf. § 4.

Internkontrollen etter § 4 innebærer at virksomhetsleder skal:

- Etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer blant annet **prosedyrer** for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.
- Gi skriftlige bestemmelser om hvilken **kompetanse** ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering. Disse bestemmelsene skal gjøres kjent i virksomheten.
- Sørge for at helsepersonell får nødvendig **opplæring og kompetanseutvikling** i legemiddelhåndtering.
- Sørge for at virksomheten har et **system for håndtering** av legemidler i reseptgruppene A og B (**narkotiske stoffer og vanedannende medisin**)

Videre er det en rekke krav til legemiddelhåndteringen, blant annet skal virksomheten sikre at

- Legemidler **oppbevares forsvarlig** og utilgjengelig for uvedkommende § 6
- Helsepersonell skal sørge for at **riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte** jf. §7.

Også Bergen kommunes egne prosedyrer for legemiddelhåndtering er lagt til grunn for å vurdere praksisen ved de to undersøkte sykehjemmene.

### Krav til renhold

Etter forskrift om smittevern i helsetjenester skal sykehjem ha et infeksjonskontrollprogram som blant annet inneholder **skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak**. Dette omfatter blant annet skriftlige retningslinjer for **bruk av arbeidstøy, alminnelig renhold, samt håndtering, rengjøring og desinfeksjon av tekstiler og utstyr**, jf. forskriftens § 2-2. Forskriften inneholder også en rekke andre bestemmelser knyttet til smittevernhåndtering som ikke er omfattet av denne undersøkelsen.

## Vedlegg 3: Tabeller pleiefaktor

Bemanningsoversikt og pleiefaktor ved gruppe A, Sykehjem 2

Ukedager	Antall på jobb gruppe A	Antall beboere gruppe A	Antall beboere per ansatt gruppe A	Pleiefaktor gruppe A (%)
Dagvakt	3	10	3,33	0,3 (30%)
Kveldsvakt	2	10	5	0,2 (20%)
Nattevakt	0,5	10	20	0,05 (5%)
Helger	Antall på jobb gruppe A	Antall beboere gruppe A	Antall beboere per ansatt gruppe A	Pleiefaktor gruppe A (%)
Dagvakt	2	10	5	0,2 (20%)
Kveldsvakt	2	10	5	0,2 (20%)
Nattevakt	0,5	10	20	0,05 (5%)

Bemanningsoversikt og pleiefaktor ved gruppe B, Sykehjem 2

Ukedager	Antall på jobb gruppe B	Antall beboere	Antall beboere per ansatt gruppe B	Pleiefaktor gruppe B (%)
Dagvakt	2	7	3,5	0,29 (29%)
Kveldsvakt	1 <sup>21</sup>	7	7	0,14 (14%)
Nattevakt	0,5	7	14	0,07 (7%)
Helger	Antall på jobb gruppe B	Antall beboere	Antall beboere per ansatt gruppe B	Pleiefaktor gruppe B (%)
Dagvakt	2	7	3,5	0,29 (29%)
Kveldsvakt	1	7	7	0,14 (14%)
Nattevakt	0,5	7	14	0,07 (7%)

<sup>21</sup> Vi har lagt inn 2 ansatte på A-siden og 1 ansatt på B-siden for kveldsvaktene, da dette fremkommer av vaktbøker og fra de ansatte som gir uttrykk for at man er alene på vakt på B-siden på kvelden. Ledelsen oppgir imidlertid at det er 1,5 ansatt på hver side med en ansatt som er mellom begge avdelinger. De ansatte gir uttrykk for at dette ikke er realiteten.

# Vedlegg 4: Sentrale dokumenter og litteratur

## Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2005-06-17-610
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. FOR-2008-04-03-320
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). FOR-2010-11-12-1426
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792

## Veiledere/rammeverk

- Helsedirektoratet: *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift.* Publisert 17. februar 2019, sist faglig oppdatert 29. oktober 2018
- Helsedirektoratet: *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.* Utgitt juni 2012, sist endret september 2016
- COSO (2013): *Internal Control – Integrated Framework. Framework and appendices* (engelsk). Publisert mai 2013.
- COSO (2013): *Internkontroll – et integrert rammeverk.* Sammendrag (norsk). Publisert mai 2013.

## Sentrale dokumenter fra Bergen kommune

- Legemiddelgjennomgang i sykehjem
- Prosedyre for legemiddelhåndtering, Del 1
- Prosedyre legemiddelhåndtering Del 2 - Multidose
- Prosedyre legemiddelhåndtering Del 3 - Opplæring og fullmakter
- Bruksanvisning istandgjøring av dosett
- Inngang legemiddelhåndtering
- Ernæring - retningslinje for forebygging og behandling av underernæring ved aldersinstitusjoner i Bergen kommune
- Fall - risikofaktorer
- Fall - vurderingsskjema
- Fall - tiltaksplan
- Sårbehandling i sykehjem med vedlegg
- Arbeidsantrekk i sykehjem
- Sykehjemslegens oppgaver i pasientbehandling
- Infeksjonskontrollprogram
- Samtykke til helsehjelp, pasientrettigheter og tvang, etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3,4 og 4a

- Bk-stikkskade rutine
- Oversikt akuttprosedyrer og prosedyrer for ordinerer av sykepleier



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no).

© 2023 Deloitte AS