

# RAPPORT

Undersøkelse etter varsel på Nygård

22.06.2023



Sammendrag .....	5
1. Bekymringsmelding.....	5
1.1 Arbeidsbelastning og bemanning.....	5
1.2 Pasientsikkerhet og forsvarlige tjenester.....	6
2. Metode.....	7
3. Bemanningsnorm .....	8
3.1 Pleiefaktor og bemanningsplan for nattevakter på Nygård bbs .....	8
3.2 Pleiefaktor og bemanningsplan for lignende tjenester i kommunen.....	9
3.3 Pleiefaktor og bemanningsplan for lignende tjenester utenfor kommunen .....	10
4. Samtale med medarbeidere .....	11
4.1 Sykepleiere.....	11
4.1.1 Ivaretagelse av beboerne .....	12
4.1.2. Ansvar og trygghet .....	12
4.1.3 Avvik og avvikshåndtering .....	12
4.1.4 Dokumentasjon .....	12
4.1.5 Samarbeid.....	12
4.2 Helsefagarbeidere .....	13
4.2.1 Ivaretagelse av beboerne .....	13
4.2.2. Ansvar og trygghet .....	13
4.2.3 Avvik og avvikshåndtering .....	13
4.2.4 Dokumentasjon .....	14
4.2.5 Samarbeid.....	14
4.2.6 Tilgjengelig kompetanse.....	14
4.3 Sykehjemslege .....	15
5. Avvik .....	16
5.1 Omfang og alvorlighetsgrad.....	16
5.2 innhold i avvikene .....	18
5.2.1 Avvik som omhandler arbeidsmiljø (HMS-avvik).....	18
5.2.2 Avvik som omhandler tjenesten.....	19
6. Bemanning og vaktbelastning .....	21
6.1 Antall sykepleiere på vakt per natt .....	21

6.2 Antall ansatte på vakt .....	22
6.3 Sykefravær i perioden.....	23
6.4 Ekstravakter og overtid .....	24
7. Dokumentasjon .....	26
7.1 Registreringer i pasientjournal .....	26
7.2 Legemiddeladministrasjon - utdeling av BEHOVSmedisiner .....	26
7.3 Registrering av fall .....	30
7.4 Motsetter seg helsehjelp .....	30
7.5. Utagering mot personal .....	30
7.6 Livets siste dager .....	31
7.7. Antall dødsfall og utskrivninger .....	31
7.8 Ingen dokumentasjon .....	32
7.9. Arbeidsplan .....	32
8. Alarmer .....	34
8.1 Ulike alarmtyper og antall alarmer i perioden .....	34
8.2 Responstid .....	36
8.2.1 Avdeling G .....	36
8.2.2 Avdeling H.....	37
8.2.3 Avdeling I .....	37
8.3 Variasjoner i løpet av natten .....	38
9. Medarbeiderundersøkelse.....	40
9.1 Resultat .....	40
9.2 Mål og Handlingsplan .....	41
Rolleklarhet.....	41
Relevant kompetanseutvikling.....	41
Handlingsplan .....	41
10. Bruker- og pårørendeundersøkelsen.....	42
11. Forsvarlighet .....	44
12. Arbeidsgivers VURDERINGER .....	44
12.1 Arbeidsmiljø.....	48
13. Tiltak og videre oppfølging .....	48
13.1 Roller og forventningsavklaring.....	48
13.2 Kompetanseutvikling.....	49

13.3 Struktur på arbeidsoppgaver – oppgaveglidning .....	50
13.3.1. Tjenestereise.....	51
13.4 Dokumentasjon.....	51
13.5 Teknologi.....	51
13.6 Samarbeid og organisering.....	51
13.6.1 Pauser.....	51
13.6.2 Vaktskiftene .....	52
13.6.3 Samarbeid og ulike organiseringsformer .....	52
13.7 Bemanning .....	54
13.8 Videre utredning .....	54
Vedlegg.....	55
Vedlegg 1: varsel om kritikkverdige forhold.....	55
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	59
Samtaleguide helsefagarbeidere natt.....	59
Vedlegg 3: De 10 faktorene .....	59

## SAMMENDRAG

Med bakgrunn i mottatt varsel om kritikkverdige forhold, er det gjort brede undersøkelser. Det er gjort ulike funn i kartleggingen og flere områder for forbedring vil vi jobbe videre med. Arbeidsgiver har til enhver tid vurdert tjenestene til å være forsvarlig og det er heller ikke avdekket noe lovbrudd for denne perioden.

Undersøkelsen er gjennomført av rådgivere og ledere i seksjonen, rådgivere fra Økonomi og HSO og HR, totalt 8 personer. Det er totalt brukt ca 700 timer på undersøkelsen.

### 1. BEKYMNINGSMELDING

Det er mottatt varsel fra [REDAKERT] på Nygård bo- og behandlingssenter. Varslet ble først presentert i møte med avdelingsleder og enhetsleder, før det etter oppfordring ble levert skriftlig den 2. februar 2023. [REDAKERT], vedlegg 1

Etter habilitetsvurdering og i samråd med HR og Varslingssekretariatet, er varslet behandlet av enhetsleder og seksjonsleder. HR-rådgiver og rådgivere i stab hos seksjonsleder og enhetsleder har bidratt i kartlegging og vurderinger.

Det varsles i hovedsak på to områder, arbeidsmiljø og forsvarlighet på tjenesten:

*[REDAKERT] ved Nygård Bo- og behandlingssenter opplever hyppig en for høy grad av arbeidsbelastning på arbeidsstedet som følge av det vi mener er uforsvarlig lav bemanning, og en arbeidssituasjon hvor både pasientsikkerhet og personalets sikkerhet er truet som følge av dette. (Fra varslingsbrevet)*

Begge områdene knyttes mot bemanning, og i brevet beskrives eksempler på uheldige hendelser som følge av det varslerne mener er uforsvarlig lav bemanning.

#### 1.1 ARBEIDSBELASTNING OG BEMANNING

[REDAKERT] sier i brevet at de hyppig opplever for høy grad av arbeidsbelastning og at personalets sikkerhet er truet. Det beskrives også at samtlige arbeidstakere opplever større problemer med å snu døgnrytmen og at de er uopplagt på jobb. Ansatte opplever i ulik grad fysiske plager som søvnforstyrrelser, smerter i kroppen, vedvarende hodepine og svimmelhet, og at de fysiske plagene påvirker privatlivet og den mentale helsen. De kritikkverdige forholdene beskrives med flere eksempler:

- Sykepleierne er ofte i kontinuerlig bevegelse mellom avdelingene for å avlaste med arbeidsmengde. Det beskrives for stor arbeidsmengde for helsefagarbeider, blant annet med bakgrunn i store avstander.

- Det er mange faste oppdrag i tillegg til pasientalarmer og telefonhenvendelser fra kolleger
- Pasientene er spredt over et stort og uoversiktlig areal
- Det tar tid å sette seg inn i rulleringspasientenes sykdomsbilde og pleiebehov
- Ansatte opplever vold og trusler fra pasienter der sykdomsbildet preges av uro og aggressiv adferd.
- Sykepleier opplever å ha manglende oversikt over pasientene
- Bogrupper kan i perioder være uten tilstedeværende personal fordi disse dekker behov i andre bogrupper i avdelingen eller hjelper til i spesielle situasjoner i andre avdelinger
- Samarbeidet mellom sykepleierne vanskeliggjøres, og helsefagarbeiderne må vente lenge på hjelp
- Det oppleves utrygt at dørene til rommen ikke kan låses og at pasientene har mulig tilgang til avdelingskjøkkenet
- Telefoner og alarmsystemet virker ikke alltid slik det skal
- Enkelte netter er det ikke rom for å ta pause og mat, drikke og toalettbesøk må nedprioriteres
- ██████████ gruer seg til å gå på jobb som følge av stor arbeidsbelastning, utilstrekkelig bemanning og sannsynligheten for å møte vold og trusler

## 1.2 PASIENTSIKKERHET OG FORSVARLIGE TJENESTER

I brevet fremsettes påstand om at uforsvarlig lav bemanning truer pasientsikkerheten og at det er utfordrende å bidra til en verdig eldreomsorg. Utfordringene i tjenesteleveransen beskrives med eksempler som:

- Pasienter som roper, blir ikke alltid hørt
- Pasienter med fallfare kan vandre uten oppsyn fordi ansatte er opptatt andre steder
- Pasienter kan opptre truende eller voldelig overfor medpasienter
- Utdeling av behovsmedisin foregår etter vurdering av helsefagarbeider, sykepleier låser ut etter telefonkontakt
- Dobbeltkontroll av A-preparater blir ikke gjort
- Alarmer blir ikke alltid fanget opp – det har vært feil ved systemene

Vi har undersøkt de parameter vi mener er relevante for å belyse påstandene, og vil videre gjøre rede for hva som har framkommet i undersøkelsene.

## 2. METODE

Det er gjort både kvantitative og kvalitative undersøkelser.

I strukturerte samtaler med både sykepleiere og helsefagarbeidere på natt har vi søkt å komme nærmere hva som ligger i den enkeltes opplevelse av arbeidsmiljøet, samarbeidet, forventinger til arbeidet/stillingen og tjenesteleveransen, samt forbedringsforslag som hvilke faktorer det kan gjøres noe med ved for eksempel omstrukturering av arbeidet eller kompetanseheving.

Sykepleierne ble tilbudt individuelle samtaler, men ønsket å møte i små grupper. Blant helsefagarbeiderne har det vært både individuelle samtaler og gruppesamtaler. Alle har fått informasjon om muligheten til å ha med seg tillitsvalgt eller tillitsperson og noen har valgt å ta med seg tillitsvalgt eller verneombud til samtalen. Det ble utarbeidet intervjuguide til samtalene, jf. vedlegg 2. Samtalene med sykepleierne ble gjennomført av seksjonsleder og HR-rådgiver. Samtalene med helsefagarbeiderne ble gjennomført av rådgivere i staben til seksjonsleder og enhetsleder.

Sykehjemslege og leder har kommet med innspill i fri samtale ut fra hovedtemaene i varslet.

Det er gjort omfattende kartlegging av dokumentasjon og alarmhistorikk, og det er hentet ut data fra ressursstyring (turnus). Vi har gjennomgått avvik og sett på resultatene etter brukerundersøkelsen våren 2023. Alle data i kartleggingene er hentet fra perioden 1. september til 31. januar, det vil si de fem siste månedene før varslet ble levert.



### 3. BEMANNINGSNORM

#### 3.1 PLEIEFAKTOR OG BEMANNINGSPLAN FOR NATTEVAKTER PÅ NYGÅRD BBS

Budsjettrammen for medarbeider i turnus på natt på Nygård bo- og behandlingssenter er 19,72 årsverk for 126 pasienter. Da er noe økning av sykepleierressurs tatt med, en økning som er tiltenkt når antall plasser utvides, men som er effektivert tidligere på grunn av drift i to bygninger i ombygningsperioden. Perioden forut for varslet, og som er kartlagt, gjelder denne tiden. Avdeling G, H og I med 72 pasienter har disponert 11,8 årsverk. Gjennomsnittlig pleiefaktor for disse avdelingene på natt er da 0,16 årsverk per pasient. Det må bemerkes at avdeling G disponerer en større andel av bemanningen, så gjennomsnitt kan være noe misvisende. I tillegg har det ofte vært leid inn ekstra bemanning. Tall fra 1. tertial viser at det er leid inn ressurser tilsvarende 3,59 årsverk i tillegg til en ekstra som er brukt gjennomgående på avdeling G i hele perioden.

Bemanningsplan for natt er tre sykepleiere og syv helsefagarbeidere per natt. Av disse er to sykepleiere og fire helsefagarbeidere fordelt på avdeling G, H og I, men med en minstebemanning på en sykepleier. Det betyr at det kan være en sykepleier og fem helsefagarbeidere på vakt i grunnbemanning. Ekstra personell leies inn når det er pasientsituasjoner som krever særlig oppfølging. Medarbeider på opplæring inngår ikke i grunnbemanning de første nettene.

Avdeling	Antall helsefag	Antall sykepleier	Disponible årsverk	Pleiefaktor
G	2	1	5,91	0,24
H	1	0,5	2,96	0,12
I	1	0,5	2,96	0,12

Tabell 1. Oversikt grunnbemanning per avdeling. Sykepleierressursen sees samlet for alle avdelingene og fordeles ut fra oppgaver og pasientbehov. I tabellen er ressursene fordelt på avdelingene slik det oftest er, for bedre oversikt.

### 3.2 PLEIEFAKTOR OG BEMANNINGSPLAN FOR LIGNENDE TJENESTER I KOMMUNEN

Det er innhentet data fra de andre institusjonene i seksjonen. Den viser ressursfordeling på natt for de tre bofellesskapene for personer med demenssykdom, Soletunet BBS, Andebu BBS, Kamfjordhjemmet BBS og Nygård BBS. Her har vi valgt antall pasienter pr. pleier som måltall.

Vi har også tatt med Mosserød der kommunen kjøper 53 av de 56 plassene de har.

Tabellen viser at Kamfjordhjemmet har høyeste bemanning på natt, og at Nygård har høyeste sykepleierdekning. Kamfjord er den institusjonen i kommunen med høyest omsorgsnivå og er planlagt med en høyere bemanning enn de andre institusjonene. Avdeling G på Nygård har samme pasientgruppe som Kamfjord og var planlagt med 3 ansatte, men har siste 1,5 år hatt 4 ansatte på natt. Det vil si at de har hatt 6 pasienter pr ansatt. Bofellesskapene har ikke sykepleier på natt, men har avtale om å ringe til natt-tjenesten i hjemmesykepleien ved akutte behov. De kan også avtale om faste oppdrag på natt når det gjelder medisinerings til alvorlig syke og døende.

Institusjon	Antall pasienter	Antall ansatte pr natt	Antall pasienter pr ansatt på natt	Antall sykepleiere på natt	Antall pasienter pr sykepleiere
Ranvikskogen	16	1	16	0	0
Nygårdsvollen	16	1	16	0	0
Bokeveien	16	1	16	0	0
Soletunet	72	5	14,4	1	72
Andebu	39	3	13	1	39
Nygård	126	10	12,6	3	42
Kamfjord	64	8	8	1	64
Mosserød	56	3	18,7	1	56

Tabell 2. Oversikt ansatte på natt per institusjon. Tabellen viser pasienter pr ansatt totalt og pasienter pr sykepleier.

### 3.3 PLEIEFAKTOR OG BEMANNINGSPLAN FOR LIGNENDE TJENESTER UTENFOR KOMMUNEN

Det er innhentet data fra andre institusjoner i Vestfold. Her er det brukt samme måltall som for institusjonene i Sandefjord. Det er hentet inn fra 4 kommuner. I denne tabellen er også Nygård med nederst, og her er det tatt med den faktiske bemanningen som de har hatt siste 1,5 år.

Institusjon	Antall pasienter	Antall ansatte pr natt	Antall pasienter pr ansatt på natt	Antall sykepleiere på natt	Antall pasienter pr sykepleiere
Færder 1	83	6	13,83	1,5	55,33
Færder 2	112	7	16	1	112
Tønsberg 1	101	8	12,63	1	101
Tønsberg 2	91	7	13	3	30,33
Tønsberg 3	117	8	14,63	1,5	78
Holmestrand 1	53	3	17,67	1	53
Holmestrand 2	64	7	9,14	1	64
Holmestrand 3	28	2	14	1	28
Horten 1	48	3	16	1	48
Nygård	126	11	11,5	3	42

Tabell 3. Oversikt ansatte på natt per institusjon. Tabellen viser pasienter pr ansatt totalt og pasienter pr sykepleier.

Tabellen viser at utenom en institusjon som har et høyere omsorgsnivå, har Nygård høyest bemanning på natt, de ligger også blant de høyeste når det gjelder sykepleiedekning.

Flere av institusjonene i Vestfold bruker digitalt tilsyn på natt, noe som kan forklare en lavere bemanning.

## 4. SAMTALE MED MEDARBEIDERE

### 4.1 SYKEPLEIERE

██████████ ble innkalt til individuelle samtaler. Invitasjonen ble sendt ut 2.3.23 med denne teksten:

*«Som et ledd i undersøkelsen etter mottatt bekymringsmelding fra deg som ██████████ på Nygård, ønsker vi en samtale med deg. Vi håper du har mulighet til å enten komme til oss på rådhuset eller delta via teams, det bestemmer du selv hva som er best for deg. Fra oss som arbeidsgiver deltar en fra HR og jeg fra BBS. Du kan velge å ta med deg en tillitsperson om du ønsker det.*

*Hvis du kommer til rådhuset må du ringe til meg når du er utenfor slik at jeg får låst opp for deg. Blir du med på teams bruker du bare lenken i denne innkallingen. Skriv gjerne i svaret om du kommer fysisk eller blir med på teams.»*

Alle takket nei til å møte individuelt med omtrent likelydende tekst. Etter samtale med Varslingssekretariatet ble bestemt at vi skulle kalle inn på nytt til individuelle samtaler og forklare tydeligere hvorfor arbeidsgiver ønsket det. Det ble sendt en mail med denne teksten:

*«Etter at dere alle har valgt å takke nei til individuelle møter som jeg har inviterte til sammen med HR, de fleste med samme begrunnelse, vil jeg forklare nærmere hvorfor arbeidsgiver trenger dette møtet.*

*Arbeidsgiver har et behov for å snakke med hver enkelt av dere for å undersøke varslet grundig og få frem alle sider før en kommer til en konklusjon. Vi har allerede snakket med dere som gruppe og vi har fått et skriftlig varsel fra dere som gruppe. Grunnen til at vi ønsker å snakke med hver enkelt av dere er å få belyst enkeltepisoder som kan være taushetsbelagt, og av den grunn ikke skal deles med hele gruppen. Dere kan ta med tillitsvalgt og verneombud til møtet om dere ønsker det.*

*På bakgrunn av dette vil jeg sende en ny innkalling til dere i løpet av denne uken, og håper dere velger å takke ja til denne invitasjonen. Det er viktig for oss for å komme videre i undersøkelsen. Dere vil få en ny innkalling til individuelle samtaler.»*

Etter denne mailen kom det svar fra sykepleierne om at de ikke hadde opplysninger som de ikke kunne dele med hverandre, og at de møtte til samtale kun samlet eller i grupper. Det ble da besluttet at de kunne få møte i grupper på ██████████

██████████ Fra arbeidsgiver møtte seksjonsleder og en fra HR på alle møter.

#### 4.1.1 Ivaretagelse av beboerne

Alle gruppene sa at beboerne stort sett ble godt ivaretatt, men at de ikke fikk oversikt på grunn av uoversiktlige korridorer. Og at de synes det var ubehagelig når boenheter blir stående tomme fordi de blir tilkalt andre steder. De synes også at pasientene ofte måtte vente på hjelp fordi sykepleieren var opptatt et annet sted. Flere pekte også på at det var dårlig samarbeid med dagpersonalet når de gjaldt legetilsyn, nattsykepleierne ble ikke hørt når de kom med forslag om medikamentell behandling blant annet. De ønsket at deres syn også skulle komme frem i legevisitten. På direkte spørsmål om de kunne beskrive uønsket hendelser så var det de samme som er beskrevet i varselet.

#### 4.1.2. Ansvar og trygghet

Alle sykepleierne opplever seg trygge på oppgaver og ansvar, og at de har den kompetansen som trengs. Noen trekker fram ønske om mer opplæring om vold og trusler og håndtering av disse. De sier også at det er det kommet tilbud om.

#### 4.1.3 Avvik og avvikshåndtering

På direkte spørsmål ang manglende opplæring i avvik som var beskrevet i varslet sa alle gruppene at det gjaldt helsefagarbeidere og ikke dem. De hadde god kunnskap i å skrive avvik, problemet var at de ikke hadde tid til å skrive avvik. Alle gruppene sa at avvik var veldig underrapportert fordi de ikke hadde tid til å prioritere det. En av gruppene var veldig kritiske til at avvikene ikke førte frem og visste heller ikke om de var behandlet. De sa at det hjalp lite at nærmeste leder behandlet dem når det ikke skjedde noe. De fleste sjekket svarene fra avdelingsleder, men kanskje ikke alltid. Fikk ikke konkret svar på hvor ofte de ikke får tatt pause i løpet av en natt, men det skjedde mer en halvparten av nettene mente de.

#### 4.1.4 Dokumentasjon

Sykepleierne oppdaterer seg ved å lese dokumentasjon når de kommer på jobb, men i to av gruppene var det sykepleier som sa at de sjelden hadde tid til dette. Det skjedde stort sett noe med engang de kom på jobb som gjorde at de ikke fikk tid til å lese. De hadde heller ikke tid til å dokumentere så mye i løpet av natten, det var stort sett «gitt medisin» som ble dokumentert. De hadde god kunnskap om dokumentasjon og trengte ikke mer opplæring.

#### 4.1.5 Samarbeid

Sykepleierne opplever at arbeidsbyrden for sykepleierne er blitt mye større etter at de ikke går på «topp» lenger, og at boenheter ikke kan stå tomme. De har godt samarbeid med helsefagarbeiderne, men opplever at de ikke får hjulpet dem godt nok, at de må vente lenge på hjelp. De bruker mye tid på å dele ut behovsmedisin, og mener at pasienten burde stått på mer beroligende fast. De har mange skritt på grunn av at telefonene ikke virker og at de ikke får tak i hverandre. Sparkesykkel er farlig da den mangler brems og dørene åpner seg ikke fort nok. Bygningene er ikke laget for denne pasientgruppen mener de. De stoler ikke på teknologien, det er for mange feil; tråkkematter som ikke fungerer, tagger som ikke fungerer og telefoner som ikke går igjennom.

I tillegg kom det frem at branndørene ikke kunne stå åpne på grunn av mangel på brannmagneter.

En gruppe stilte også spørsmål om hvorfor de ikke fikk tilbud om en samtale med bedriftshelsetjenesten etter å ha kommet med varselet.

De mener at det eneste som kan løse det er at de er flere på jobb på natten. De er ikke imot teknologi, men stoler ikke på den og vil ikke har RoomMate, som er digitalt tilsyn.

## 4.2 HELSEFAGARBEIDERE

Samtalene med helsefagarbeiderne er gjennomført i enkeltsamtaler og gruppe. Det var 3 enkeltsamtaler og en gruppe med 5 deltagere. Samme intervjuguide ble brukt i alle samtalene, vedlegg 2

### 4.2.1 Ivaretagelse av beboerne

Beboerne ivaretas godt og får den hjelpen de trenger ifølge ansatte. Likevel er det flere som sier at de gjerne skulle gjort mer og at de gjør så godt de kan, at de ikke får gjort den jobben de gjorde før. En av de ansatte sier at man ikke går hjem med det smilet en hadde før.

Flere peker på lange avstander som en faktor for mindre tid til beboerne. Avstandene gjør det tungvint å kikke innom, enkelte blir ikke sett til like ofte som før. Selv om man bruker sparkesykkel, så tar dørene som må åpnes i korridorene ekstra tid. I gruppesamtalen kom det fram at det er spesielt i avdeling H og I at pasienter må vente på grunn av avstand, eller at medarbeider må forlate en pasient fordi alarm går hos annen pasient med fallfare. På avdeling H skjer det noen ganger at rulleringspasientene trenger mye tid til trygging de første nettene. Stadig skifte av pasienter på rulleringsplassene oppleves krevende og uforutsigbart.

På avdeling G variere det mye hva som skjer. Det kan være krevende og det kan være behov for å beskytte pasientene fra hverandre. Selv om det er flere på jobb her opplever ikke medarbeiderne at de har god tid.

En av de ansatte forteller om utfordringer med teknologien. Det oppleves feil, og det er vanskelig å stole på systemet. Bruker mye tid på å følge opp dette.

### 4.2.2. Ansvar og trygghet

Samtlige medarbeidere opplever seg trygge på oppgaver og ansvar og at de har den kompetansen som trengs. Som nattevakt jobber man mye alene, trygghet og selvstendighet er en forutsetning.

### 4.2.3 Avvik og avvikshåndtering

Både i gruppeintervju og i enkeltsamtalene kommer det fram at det blir skrevet avvik. De vanligste områdene er utfordrende adferd, vold/trusler, manglende utstyr og feil på bygning eller systemer. Det er noe ulike oppfatninger om hvorvidt avvik følges opp og bidrar til endret praksis. Det kommer ikke fram om medarbeiderne selv sjekker ut tilsvar på meldte avvik i Compilo, kun at de ikke hører noe eller at de ikke føler det blir gjort noe. En av de ansatte er tydelig på at leder tar tak i forbedringspunktene fra meldte avvik. Flere nevner også tiltak som er i gang på avviksområdene, både kurs og tekniske forbedringer.

En av medarbeiderne har ikke opplevd å unnlate å skrive avvik. De andre forteller om gjentatte situasjoner der det ikke blir skrevet avvik hver gang, og at det hender man ikke tar seg tid det. Det blir også beskrevet at det kan være ubehagelig å rette kritikk overfor en kollega i et avvik.

#### 4.2.4 Dokumentasjon

Alle ansatte bekrefter at de oppdaterer seg ved å lese arbeidsplan når de kommer på vakt. Noen får denne på papir, andre leser på pc. Videre leses det i varierende grad i CosDoc, dette i kombinasjon med muntlig rapport. Dog melder alle at de leser når det er nye pasienter eller har vært endringer. Det leses mer første vakt etter friperiode.

Rutiner for dokumentasjon er forskjellig. Flere skriver på huskelapp i løpet av natten og fører inn i CosDoc på morgenen. Noen dokumenterer direkte i journal underveis, men venter med godkjenning til slutten av vekten. Gitt medisin blir dokumentert og godkjent fortløpende, sier noen. Ikke alle medarbeiderne har gitt opplysninger om dokumentasjon av legemidler. Flere sier det er utfordrende å dokumentere underveis på grunn av at det tar tid å logge inn og det blir ofte avbrytelser. Ingen opplyser at de har latt være å dokumentere, alle sørger for at dokumentasjon er gjennomført og godkjent før de går hjem. Flere sier de sitter utover arbeidstiden for å bli ferdige med dokumentasjon.

Ingen av medarbeiderne bruker IKOS aktivt, men noen sier at de ser på den og opplever at det gir en viss oversikt. Enkelte har tenkt at dette bare er for dag/kveldsvakter.

#### 4.2.5 Samarbeid

Medarbeideren har ulik opplevelse av samarbeid avhengig av hvilken avdeling man er knyttet til. De som er stasjonert på avdeling G med flere på vakt, forteller om godt samarbeid, de hjelper hverandre og opplever støtte i kollega i situasjoner med f.eks. utagering. Før vaktstart møtes mange av nattevaktene til en felles kaffekopp, noe som oppleves positivt og trygt, man vet hvem som er på jobb denne natta. Alle kan ringe etter hjelp, det er ulik terskel for å benytte seg av dette da man vet at andre også har det travelt. Det beskrives også at samarbeidet kan fungere ulikt fra team til team og at det er personavhengig. En av de ansatte forteller om en episode der hen ble stående alene selv om sykepleier var tilkalt for hjelp. Flere forteller om situasjoner der det har vært utfordrende å få hjelp av sykepleier til stell og oppgaver som ikke krever kompetanse utover helsefag.

På spørsmål om du får hjelp når du trenger det, er svaret ja – hvis nødalarmen blir brukt, for øvrig er det varierende fra å alltid få hjelp, til ja, hvis jeg maser. Det blir påpekt at det er personavhengig og at det er enklere å få hjelp av helsefagarbeider enn sykepleier. Etterspørres hjelp fra sykepleier blir det noen ganger diskusjon om oppgavene, hvem som skal gjøre hva. Det er en oppfatning blant flere av medarbeiderne at noen sykepleiere mener at de ikke skal bistå i stell, men være på «toppen».

#### 4.2.6 Tilgjengelig kompetanse

Helsefagarbeiderne beskriver at de har behov for sykepleiernes kompetanse til enkelte prosedyrer slik som intravenøsbehandling, oksygenbehandling, sårstell eller fall, og når det er

behov for behovsmedisiner, vurdering av dårlig pasient eller kontakt med lege.

Helsefagarbeiderne opplever at det er de som har oversikten over avdelingen og at de mestrer de aller fleste oppgaven på egenhånd eller med hjelp fra kollega med helsefag. Det gjelder også i situasjoner med vurderinger etter fall eller når pasient utagerer. Behov for behovsmedisin blir oftest vurdert av helsefagarbeider før sykepleier kontaktes. Noen ganger tar det tid å få hjelp, noe som kan være problematisk når det er behov for medisiner. En del kontakt med sykepleier er via telefonen. En av medarbeiderne har meldt avvik på episode der hen ikke lyktes med å få kontakt eller hjelp fra sykepleier.

### **4.3 SYKEHJEMSLEGE**

Vi har snakket med sykehjemslegene som var ansvarlig på Nygård i perioden denne undersøkelsen er gjennomført. De har ikke registrert noe som tilsier at det er uforsvarlige tjenester på natt. De har hatt ett møte med nattsykepleierne der de opplevde at det var ulike oppfatninger når det gjelder medikamentell behandling med beroligende medisiner på natt. Nattsykepleierne mente at pasientene var i behov av mer faste beroligende medisiner enn legene.

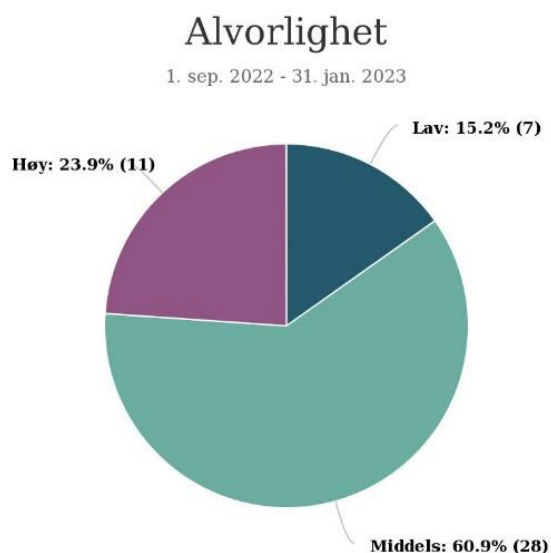


## 5. AVVIK

### 5.1 OMFANG OG ALVORLIGHETSGRAD

I perioden fra 1. september 2022 til 31. januar 2023 ble det meldt 46 avvik til avdelingsleder for Fag- og fellesfunksjoner, alle fra nattpersonalet. De fleste, 60%, ble meldt med middels alvorlighetsgrad. Det tilsvarer 28 avvik. 11 avvik ble meldt med høy alvorlighetsgrad, noe som tilsvarer 23,9%. Kun 7 avvik (15%) ble meldt med lav alvorlighetsgrad. Avvikene fordeler seg med 12 i september, 4 i oktober, 6 i november, 5 i desember og 19 i januar. Seks av avvikene i januar er registrert samme natt og knytter seg til samme hendelse. Disse avvikene er vurdert til både lav (3), middels (1) og høy (2) alvorlighetsgrad.

Avvikene er meldt både fra Aagaardstunet og de tre avdelingene G, H og I. Vi kan med sikkerhet knytte 4 av avvikene til Aagaardstunet, men vi har ikke tall på den eksakte fordelingen.

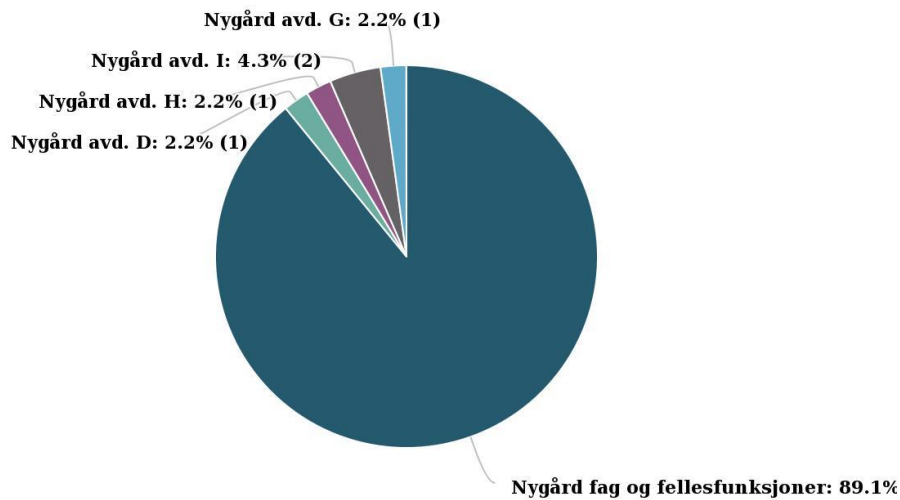


Figur 1. Antall og prosent av avvik etter alvorlighetsgrad

Av de 46 avvikene er fem videresendt til andre avdelinger. Dette er avvik som nattevaktene har registrert, men som har opphav på dag/kveld.

## Ligger hos (enhet)

1. sep. 2022 - 31. jan. 2023

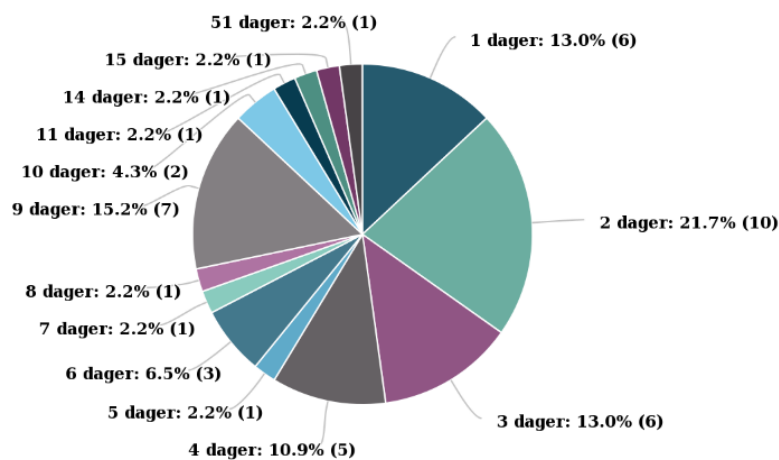


Figur 2. Antall og prosent av avvik etter hvilken avdeling avviket har oppstått.

Det tar fra 1 til 15 dager før avvikene er lukket, de fleste er lukket i løpet av fire dager (52,7%). Ett avvik har ligget i 51 dager, her har det vært knyttet et tiltak til behandlingen som det tok tid å gjennomføre. For å lukke avviket må det skrives en tilbakemelding til melder og/eller legges inn tiltak. Når avviksbehandlingen medfører prosess, tar det lenger det lenger før det lukkes. Avvikene som er behandlet her er lukket med tilbakemelding til melder og aktuelle tiltak er beskrevet i tilbakemeldingen.

## Dager før lukking

1. sep. 2022 - 31. jan. 2023

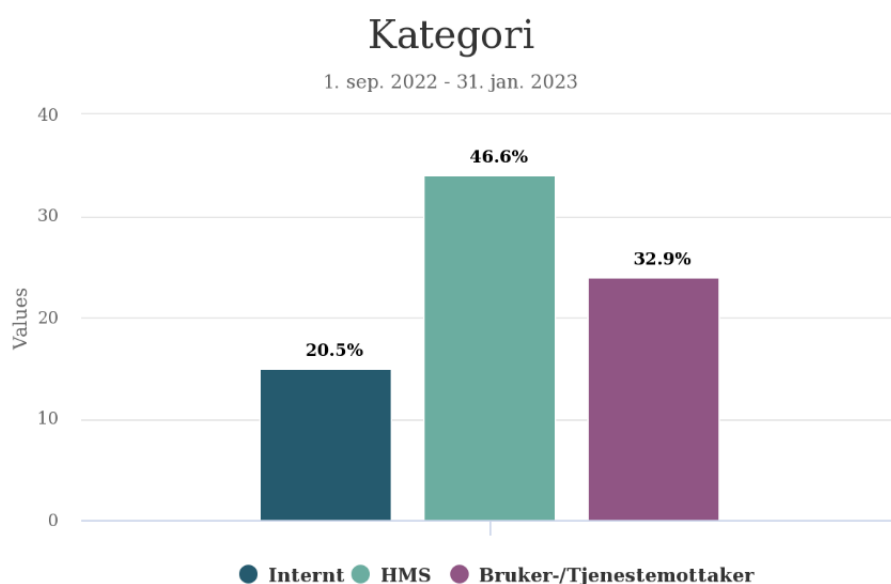


Figur 3. Antall og prosent av avvik etter hvor mange dager før lukking.

## 5.2 INNHOLD I AVVIKENE

Avvik som meldes deles inn i tre kategorier, internt, HMS og bruker/tjenestemottager. Kategori internt, omhandler rutiner, organisering og utstyr. Kategori HMS er avvik som går på helse, miljø og sikkerhet, fortrinnsvis for personalet. Avvik i kategori bruker/tjenestemottager beskriver svikt eller uønsket hendelse i tjenesten til beboer. Flere avvik er registrert på to eller tre kategorier.

Verneombud i avdelingen og hovedverneombud har lesetilgang til alle HMS-avvik. De ser også kommentaren som er skrevet før lukking av avviket.



Figur 4. Antall og prosent av avvik etter kategori.

### 5.2.1 Avvik som omhandler arbeidsmiljø (HMS-avvik)

Dette er kategorien med flest avvik. I kartleggingsperioden er det meldt 34 HMS-avvik, noe som tilsvarer 46,6% av avvikene totalt. Av disse er 18 også meldt i andre kategorier.

HMS-avvikene fordeler seg med 18 som omhandler vold og/eller trusler, minst ett av disse er fra Aagaardstunet. Videre omhandler ett avvik lav temperatur, ett hygiene og ett manglende utstyr. Fem omhandler uro/vandring som krever personell, to omhandler lange avstander, fire beskriver svikt i teknologi og to beskriver avvik i forhold til brannrutiner/sikkerhet.

18 avvik kommenterer bemanning i beskrivelsen eller i forbedringsforslag, 17 av disse er HMS-avvik og ett beskriver situasjon der beboer er truende mot medbeboer.

Innhold i avvik	Vold og/eller trusler	Temperatur, hygiene og manglende utstyr	Uro/vandring (personell)	Avstander	Teknologi	Brannrutiner
<b>Antall</b>	18	3	5	2	4	2
<b>%</b>	47,3	8,8	14,7	5,9	11,8	5,9

Tabell 4. Antall og prosent av HMS-avvik sortert på innhold i avvikene

Innholdet i avvikene glir over i hverandre og må sees i sammenheng. Likevel fremstår vold og trusler avvikene som den største utfordringen i arbeidsmiljøet. Dette topper seg også i perioder. Flere har etterlyst kompetanseheving/kurs i sine forbedringsforslag og det er igangsatt tiltak i form av kurs og veiledning gjennomført 10. og 27. mars 2023. Det er også satt opp nye kurs i juni.

Tilnærming til beboere med adferdsproblematikk krever samarbeid både mellom medarbeidere som er på jobb samtidig og mellom de ulike skiftene. Tiltaksplan og annen dokumentasjon er vesentlig for å få til personsentrert omsorg og helhetlig oppfølging.

### 5.2.2 Avvik som omhandler tjenesten

24 av avvikene er plassert i kategorien bruker-/tjenestemottager. Det tilsvarer 32,9%. 15 av disse er i tillegg kategorisert som HMS-avvik og/eller internavvik og minst 3 er knyttet til Aagaardtunet.

Innhold i avvik	Avstand, og bygningsmessige forhold	Teknologi	Fall	Vold og/eller trusler mot medbeboer og/eller personal	Uro/vandring behov for personal	Legemiddel-håndtering
<b>Antall</b>	4	2	2	5	6	5
<b>%</b>	16,6	8,3	8,3	20,8	25	20,8

Tabell 5. Antall og prosent av avvik i kategori Tjeneste/bruker sortert på innhold i avvikene

Av de 15 internavvikene (20,5%) som går på rutiner, er ni samtidig kategorisert som HMS-avvik eller avvik for bruker-/tjenestemottager. Ett av avvikene kan med sikkerhet knyttes til Aagaardstunet.

I denne kategorien ligger også kompetanse, eller manglende kompetanse, noe som kan forklare at enkelte avvik innenfor vold og trusler også havner her.

Innhold i avvik	Avstand, og bygningsmessige forhold	Teknologi	Vold og/eller trusler	Uro/vandring behov for personal	Legemiddel-håndtering
<b>Antall</b>	2	5	3	3	2
<b>%</b>	13,3	33,3	20	20	13,3

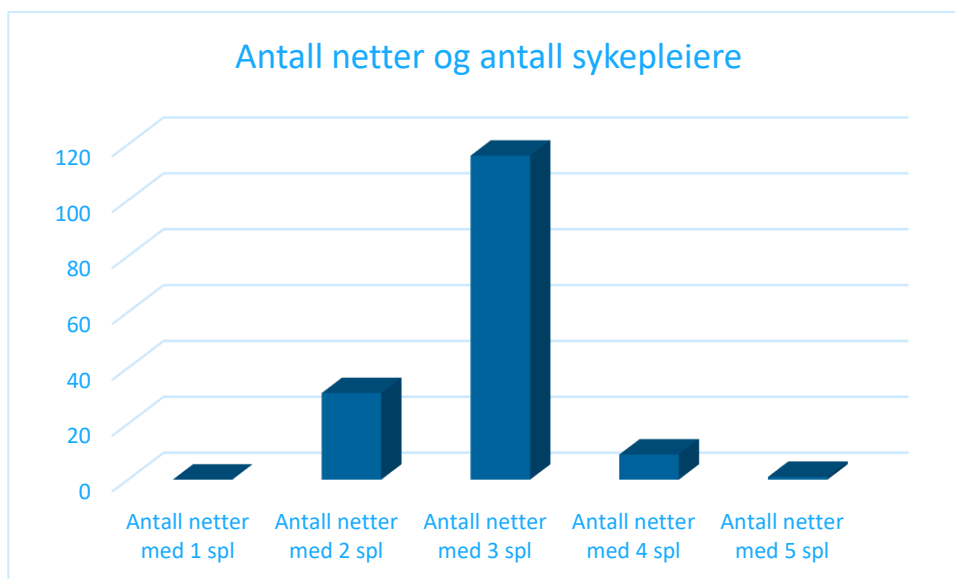
Tabell 6. Antall og prosent av tjenesteavvik sortert på innhold i avvikene

## 6. BEMANNING OG VAKTBELASTNING

### 6.1 ANTALL SYKEPLEIERE PÅ VAKT PER NATT

I bemanningsplan er det satt opp tre sykepleiere på vakt per natt. I kartleggingsperioden var institusjonen delt med drift i to bygninger, en i Kvartsveien og en i Kongensgate, og minimumsbemanning var satt til to sykepleiere per natt, en i hvert hus. Når det var tre sykepleiere på vakt var to av disse stasjonert i Kvartsveien, avdeling G, H og I.

Kartleggingsperioden strekker seg over 153 døgn, men uttrekk av turnus er gjort på fulle uker og tilsvarer derfor 161 netter. Av disse var det 10 netter med fire eller fem sykepleiere på, dette var når nyansatte og vikarer fikk opplæring. 118 netter var det ordinær bemanning med tre sykepleiere, det vil si to sykepleiere fordelt på avdeling G, H og I. Det var ingen netter under minimumsbemanning, men 33 av de 161 døgnene var det minimumsbemanning med en sykepleier i hvert hus. Når det ikke lykkes å sette inn sykepleier ved fravær, settes det i stedet inn helsefagarbeider slik at antall personer på vakt opprettholdes.



Figur 5. Antall netter og antall sykepleiere per natt

Sykepleierne beskriver det som krevende å være alene i sin yrkesgruppe i Kvartsveien. Tre av sykepleierne har ikke vært på vakt noen av nettene med minimumsbemanning, og vaktene fordeler seg heller ikke jevnt på de seks andre. To av sykepleierne har tatt 20 av de aktuelle nettene. Av disse var 8 frivillige ekstravakter. De fire andre har henholdsvis 4, 3, 3 og 1 slik vakt i perioden.

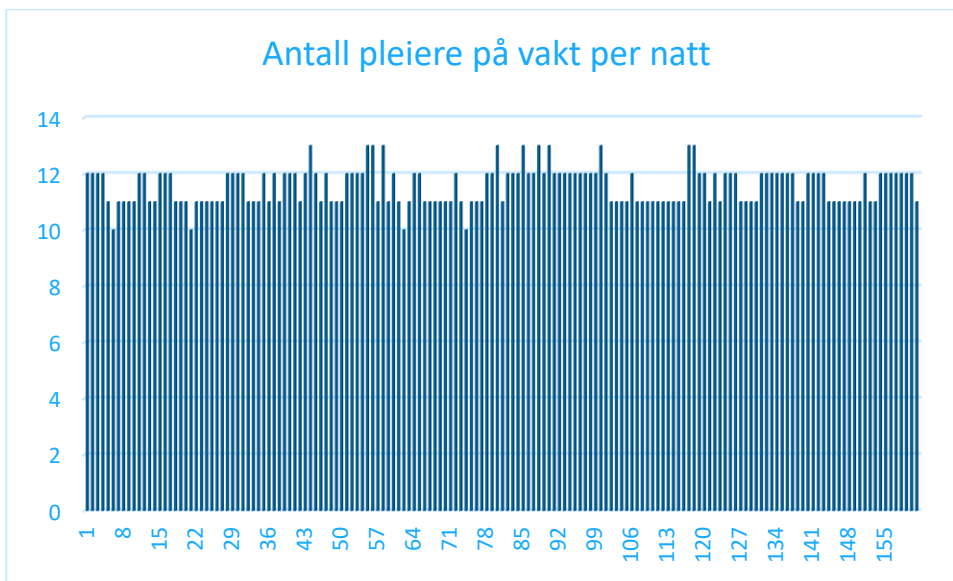


Figur 6. Antall vakter der sykepleier er alene i sin yrkesgruppe på avdeling G, H og I.

## 6.2 ANTALL ANSATTE PÅ VAKT

Bemanningsplan for natt i perioden var tre sykepleiere og sju helsefagarbeidere per natt. Bemanningen tok da høyde for drift på to lokasjoner. Med bakgrunn i et nærmest til enhver tid pasientbehov på avdeling G, ble det de fleste netter leid inn til åtte eller ni helsefagarbeidere per natt. Bemanningen fordelte seg med en sykepleier og tre helsefagarbeidere i Kongensgate og to sykepleiere og fire helsefagarbeidere i Kvartsveien. På avdeling G kunne det være pleiemedarbeider i stedet for helsefagarbeider, men alltid minst en helsefagarbeider.

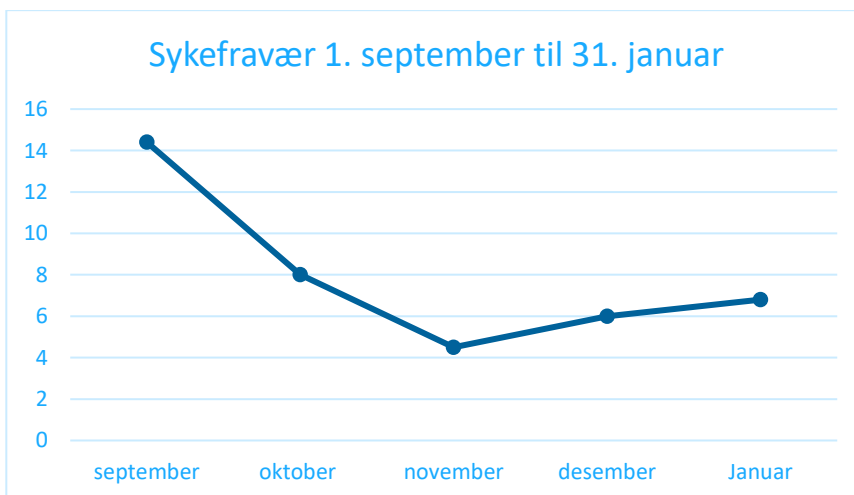
I kartleggingsperioden var det 84 netter med 12 eller flere på nattevakt, hvorav minst fire av disse på Aagaardstunet. 73 netter var det 11 på vakt og fire netter var det grunnbemanning med 10 på vakt totalt. Denne tellingen er gjort på hele uker, antall netter totalt (161) er derfor noe høyere enn antall netter i kartleggingsperioden (153)



Figur 7 Antall pleiere på vakt per natt, inkludert 4 medarbeidere stasjonert på Agaardstunet.

### 6.3 SYKEFRAVÆR I PERIODEN

I kartleggingsperioden har det totale sykefraværet gått nedover fra 14,4 i september til 6,8 i januar, og med laveste punkt i november på 4,5.





Det er store variasjoner på korttids- og langtidsfraværet i perioden. Langtidsfraværet ligger mellom 2,3 og 10,8 og korttidsfraværet mellom 0,5 og 4,5.

Måned	korttidsfravær	Langtidsfravær
September	3,7	10,8
Oktober	0,5	7,5
November	2,5	3,3
Desember	4	2
Januar	4,5	2,3

Tabell 7 Korttidsfravær og langtidsfravær per måned

Fraværet påvirker kompetanse på jobb og vaktbelastning i forhold til ekstravakter for sykepleierne. Det er også korttidsfraværet som er hovedårsaken til at det noen netter er en sykepleier på vakt på de tre avdelingene.

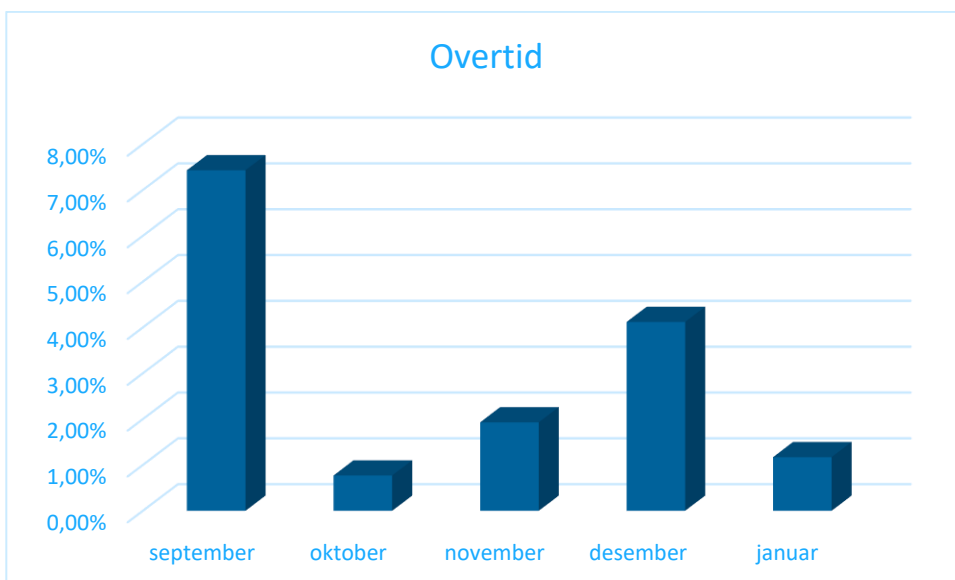
## 6.4 EKSTRAVAKTER OG OVERTID

Ekstravakter og overtid utbetales i etterskudd og vises derfor på regnskapet måneden etter at det er utført. I kartleggingen har vi tilskrevet dette den måneden det er brukt, slik at det kan sees i sammenheng med sykefravær og vaktbelastning. Tallene i vår oversikt vil derfor avvike fra tallene i regnskapet med en måneds forskyvning. Oversikt over ekstrahjelp og overtid gjelder hele avdelingen, det er ikke differensiert på de ulike bygningene eller kompetansegruppene.

Forbruket av ekstrahjelp har vært utover budsjettrammen i hele kartleggingsperioden. Det skyldes innleie av ekstra personale på grunn av pasientbehov, fortrinnsvis på avdeling G, men også i andre avdelinger i situasjoner med økt behov eller pasienter på livets siste dager.



Overtid er hovedsakelig brukt for å dekke opp med kompetanse når det er fravær på kort varsel eller i perioder der det er færre sykepleiere tilgjengelig på grunn av ferie eller sykdom.



## 7. DOKUMENTASJON

Elektronisk pasientjournal – CosDoc – inneholder nedtegninger om gitt helsehjelp, kartlegging, vurdering og plan for helsehjelpen. Alle beboere skal ha en individuelt utarbeidet tiltaksplan der behov, mål og tiltak er beskrevet. Helsepersonell dokumenterer gitt helsehjelp og observasjoner om endring, tiltak som ikke er gjennomført eller om beboeren har tilbakemeldinger på egen helse eller behandling.

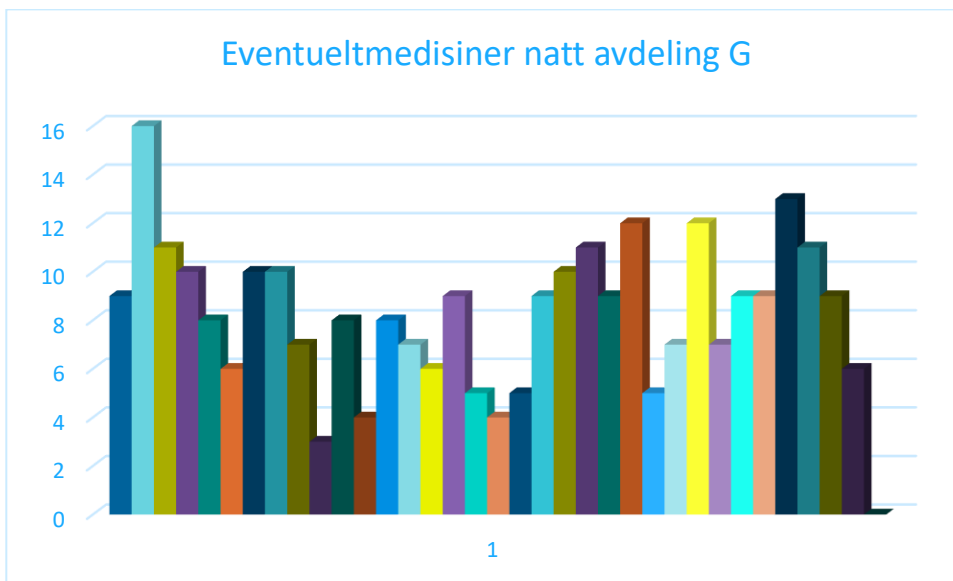
### 7.1 REGISTRERINGER I PASIENTJOURNAL

Alle forordnede legemidler er registrert i legemiddeldelen av journalen. Det skal komme fram indikasjon, hvilken lege som ordinerer og om legemidlet skal gis fast eller ved behov. Helsepersonell som utleverer legemidler, skal dokumenterer dette både på fast medikasjon og behovsmedisiner.

Dokumentasjonen på natt er kartlagt i de tre avdelingene som varslet peker på. Datamengden er stor, så det er gjort et utvalg på en uke per måned i avdeling G og en dag per måned for avdeling H og I. Det er flere avvik og mer dokumentasjon knyttet til avdeling G enn de andre avdelingene, derfor har vi gått enda grundigere inn i kartleggingen der. Vi ser forbedringspotensial på flere områder i dokumentasjonen, men velger her å presentere de funnene vi mener har betydning for å belyse varslet og bekymringen om forsvarlige tjenester. Disse områdene gir samtidig informasjon om arbeidsmengde og utfordringer i pasientsituasjoner og kan også relateres til arbeidsmiljø og oppgavebelastning for personalet.

### 7.2 LEGEMIDDELADMINISTRASJON - UTDELING AV BEHOVSMEDISINER

Kartleggingen viser at det har blitt utdelt en del behovsmedisiner i angitt tidsrom for kartlegging. Sykepleier på vakt er involvert i denne vurderingen og må hente ut medisin fra satellitt pr. i dag. På de nettene som er kartlagt varierer antall behovsmedisiner fra tre til 16, med et gjennomsnitt på 6,5 utdelte behovsmedisiner per natt.



Det er kartlagt detaljer for gitt behovsmedisin i en uke for hver måned i kartleggingsperioden. Vi ser at det er variasjoner mellom nettene, men at det jevnt over ligger på et høyt antall situasjoner hvor det er gitt behovsmedisiner. Den 2. september er det gitt behovsmedisin 16 ganger. Ni av disse er til samme pasient i forbindelse med lindring mot livets slutt.



Figur 8. Antall behovsmedisiner per natt i avdeling G i en valgt uke i september

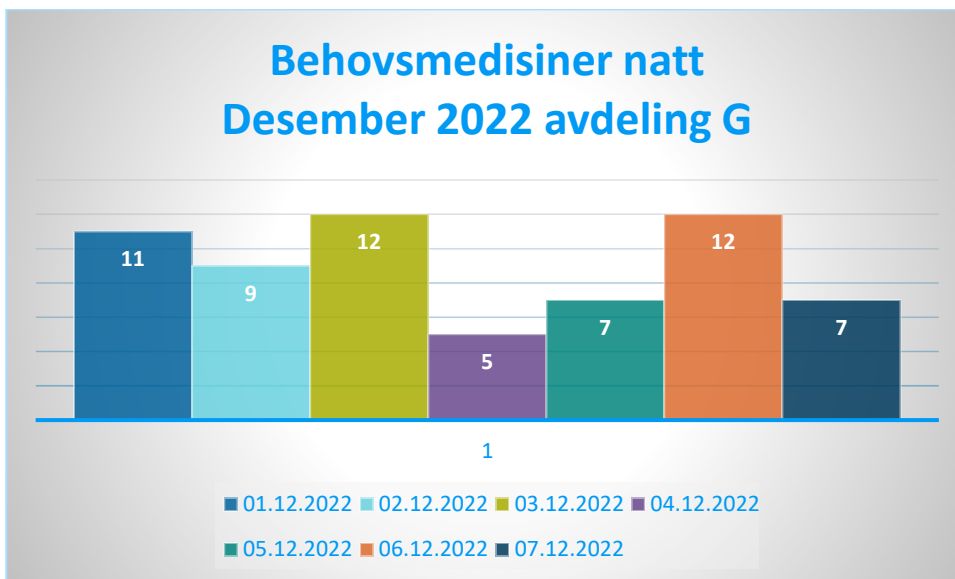


Figur 9: Antall behovsmedisiner per natt i avdeling G i en valgt uke i oktober

Kartleggingsuken i oktober viser samme trend. Her er det 10 utdelinger den natta det administreres flest behovsmedisiner. Dette er fordelt på sju pasienter.



Figur 10 Antall behovsmedisiner per natt i avdeling G i en valgt uke i november



Figur 11. Antall behovsmedisiner per natt i avdeling G i en valgt uke i desember



Figur 12. Antall behovsmedisiner per natt i avdeling G i en valgt uke i januar

Vi finner alle ukene tilfeller av mangelfull dokumentasjon på sykepleiefaglig vurderinger ved utlevering av behovsmedisiner natt.

Det er også tilfeller hvor det er utlevert medikasjon uten at indikasjon for utlevering av medikament er dokumentert, effekt er ikke dokumentert, heller ikke hvilke tillitsskapende tiltak som ble utført.

Det er flere eksempel på utlevering av Sobril som er legeforordning mot sterk utagering der det ikke finnes annen dokumentasjon fra natten enn at sykepleier har kvittert for behovsmedisin. Det finnes ikke dokumentasjon på hvorfor medisinen er gitt eller hvilken effekt pasienten hadde av medisinen.

Det finnes tilfelle hvor gitt behovsmedisin bare kommer frem i notat, men ikke dokumentert som gitt legemiddel i fane 7 i tjenestejournal.

Det finnes også tilfeller med gode sykepleiefaglig vurderinger, der det beskrives bruk av tillitsskapende tiltak, godt dokumenterte vurderinger for utgivelse av medisiner og virkninger av disse. Det finnes flere tilfeller med dokumentasjon på effekt av medisiner.

### 7.3 REGISTRERING AV FALL

I kartleggingsperioden er det til sammen registrert 40 fall som har skjedd på natt. Av disse er sju på avdeling G, seks på avdeling H og sju på avdeling I, det vil si ett fall cirka hver 3,5 uke per avdeling G/H/I på natt i denne perioden. De øvrige 20 registreringene er gjort på Aagaardstunet. Til sammenligning er det registrert 142 fall totalt i perioden, de vil si at 102 fall har skjedd dag/kveld i samme periode. Dette er tall og hendelser som bør sees nærmere på. I denne kartleggingen har vi ikke sett på årsakene, alvorlighet eller omfang av skade som følge av fallene, kun antall fall. Vi ser at antall fall registrert i pasientjournal avviker mye fra antall fall registrert i avvikssystemet. Dette er også noe om bør kartlegges nærmere.

### 7.4 MOTSETTER SEG HELSEHJELP

Kartleggingen viser noen hendelser av mangelfull dokumentasjon når pasienten motsetter seg helsehjelp. Det er dokumentert på feil sted i tiltaksplan.

Hos en pasient kommer det ikke frem hvilke tillitsskapende tiltak som er forsøkt, det fremkommer ikke om det var bruk av tvang for å få gjennomført tiltak, fremkommer bare at det var 3 involverte pleiere. Det er ingen dokumentasjon på hvordan pasienten fremsto i etterkant av utført helsehjelp. Det kommer ikke frem sykepleiefaglige vurderinger. Pasienten har vedtak etter [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#) på nødvendig personlig hygiene som er gyldig i tidsrommet.

### 7.5. UTAGERING MOT PERSONAL

Eksempler på dokumentasjon.

Godt beskrevet notat av helsefagarbeider over en situasjon hvor en pasient hadde utagering mot personal. Alarmknapp ble benyttet og personal som var i situasjonen fikk bistand fra annet personal. Det ble gitt beroligende medisin til pasient i etterkant av hendelsen. Det fremkommer ingen sykepleiefaglige vurderinger fra nattens forløp. Det ble skrevet avvik om hendelsen i Compilo.

Det framkommer noen hendelser hvor pasient har hatt fysisk utagering mot personal. Eksempel Godt beskrevet notat av sykepleier over situasjonen. Det framkommer ingen avvik fra Compilo om denne hendelsen.

## 7.6 LIVETS SISTE DAGER

Livets siste dager er en systematisk plan for lindring i livets slutfase. Verktøyet er utviklet av kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest, Helse Bergen. Planene baserer seg på kunnskapsbasert praksis og er utarbeidet for bruk i Norge. Bruk av en slik plan kan sikre en felles, overordnet ramme og struktur for behandling, pleie og omsorg i livets slutfase. Bruk av planen krever grunnleggende kompetanse i palliasjon. Det er klare kriterier for bruk og lege skal alltid involveres i beslutningen sammen med annet helsepersonell og det forutsettes at det er kommunikasjon med og involvering av beboer og/eller oftest pårørende. Planen inneholder delmål for å ivareta fysiske, psykiske, åndelige/eksistensielle og sosiale behov for pårørende.

I kartleggingsperioden er det dokumentert «Livets siste dager» for fem beboere på avdeling G, en beboer på avdeling H og fem pasienter på avdeling I.

I arbeidsplan, jf. kap. 7.9, er det registrert 7 ulike situasjoner med pasient på «Livets siste dager». Perioden med denne oppfølgingen varierer fra en til ni netter per pasient. Vi registrerer at ikke alle praktiserer å legge dette i arbeidsplanen.

## 7.7. ANTALL DØDSFALL OG UTSKRIVNINGER

Dødsfall og tiden med terminalpleie forut for dette krever oppfølging av sykepleiekompetanse. Flere samtidige situasjoner kan gjøre dette særlig krevende, både pasient og pårørende skal ha oppfølging. Avdelingen vurderer alltid behovet for eventuelt ekstra personale i denne fasen, og det gjelder også natt. Det blir ofte satt inn en ekstra person som kan være hos eller i nærheten av den døende. I kartleggingsperioden var det 19 dødsfall på hele institusjonen. Sju av disse var på Aagaardstunet. På avdeling G, H og I var det 12 dødsfall i perioden, det vil si et gjennomsnitt på ett dødsfall hver annen uke.

Utskrivning av pasienter, som regel pasienter på rulleringsopphold, krever mye av dagpersonalet da det medfører mer planlegging, samhandling, logistikk og dokumentasjon enn ellers. For nattpersonalet er konsekvensen at det kommer ny pasient som de skal gjøre seg kjent med. Selv om rulleringspasientene kommer jevnlig tilbake og slik sett kan tenkes som kjente, er det utskiftninger i gruppa og noen ganger brukes plassen til korttidsopphold for en periode. Noen pasienter er sårbare for omskifting og det er behov for ekstra innsats de første nettene.



Utskrivingstallene er i tillegg til rullerings- og korttidspasienter også basert på interne bytter av avdeling og/eller institusjon.

Avdeling	Dødsfall	Utskriving rulleringsplass/korttid	Utskriving interne bytter
Avdeling G	5		2
Avdeling H	1	45	4
Avdeling I	6		1
Totalt	12	45	7

Tabell 8. Antall dødsfall og utskrivninger per avdeling G, H og I.

## 7.8 INGEN DOKUMENTASJON

Det er flere netter hvor det hos enkeltbeboere ikke finnes noen dokumentasjon av gitt helsehjelp. Det kan være en indikasjon på at vedkommende har sovnet gjennom natten (eksempel 01.01.2023, 13 pasienter hvor det ikke finnes dokumentasjon).

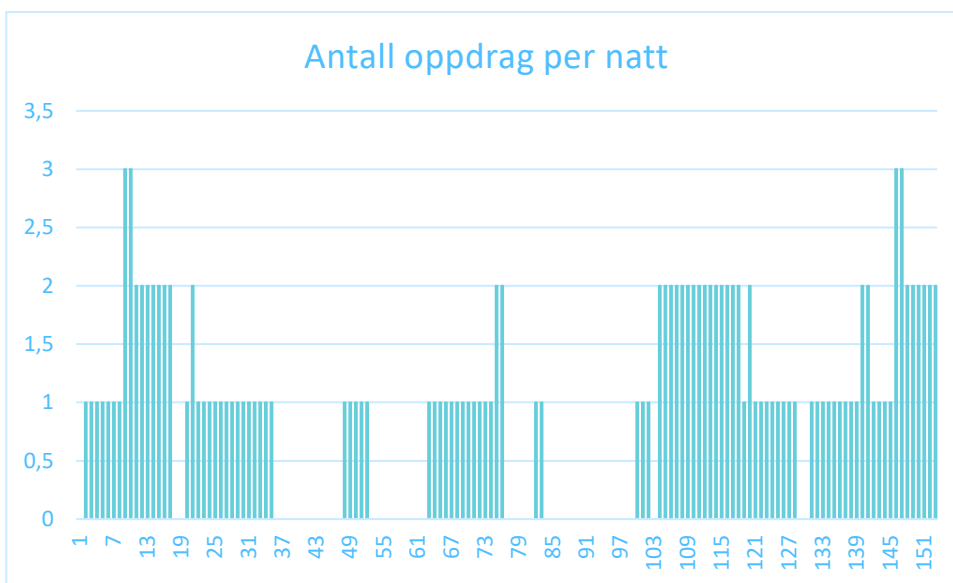
Kartlegging på avdeling H viser ingen dokumentasjon for de fleste beboerne på de valgte nettene. For alle 24 pasientene over 5 netter finner vi 67 notat. De fleste av disse omhandler medisiner (35). Ett notat beskriver situasjon som krevde sykepleierkompetanse i oppfølging og det ble tatt CRP. Ett notat bekrefter sykehusinnleggelse, men det kommer ikke fram om det har skjedd den gjeldende vekten eller tidligere. 11 notat omhandler stell og 5 notat bekrefter god søvn.

## 7.9. ARBEIDSPLAN

Arbeidsplan brukes av alle vaktlag, og fordeler oppgaver innen helsehjelpen. Arbeidsplan er et supplement til tiltaksplanen og fungerer som en huskeliste på tiltak, spesielt for oppgaver ligger utenfor de faste rutinene. Oppgavene spenner fra intravenøs væsketilførsel, sårstell til aktiviteter og dusj. Arbeidsplan inneholder også praktiske oppgaver som varebestilling og medisindosering. De fleste oppgavene i arbeidsplan for natt sorteres under helsefagarbeiderkompetanse. Oppdragene i arbeidsplan kan være faste oppdrag eller enkeltoppdrag, men behovsmedisin, vurderinger og akutte situasjoner kommer i tillegg. Bistand fra sykepleier i stell, situasjoner med uro og håndtering av alarmer sees heller ikke på arbeidsplan. Arbeidsplan gir likevel en innsikt i arbeidsbelastningen av planlagte oppgaver per natt.

Kartlegging av oppdrag som krever sykepleierkompetanse viser 31 oppdrag på avdeling G, 67 oppdrag på avdeling H og 48 oppdrag på avdeling I, det vil si 146 oppdrag i løpet av periodens

153 netter. Et gjennomsnitt på 0,95 faste oppdrag per natt. Av disse gjelder 33 oppdrag pasient på «Livets siste dager». Av disse er det to netter med sammenfall av «Livets siste dager» på pasienter i to ulike avdelinger. 22 av oppdragene gjelder funksjonsfall. Ingen av disse er sammenfallende, men en natt er pasient i funksjonsfall sammenfallende med pasient på «Livets siste dager». 38 oppdrag innebærer administrasjon av antibiotika intravenøst. De fleste av disse to ganger i løpet av samme natt, oppdragene fordeler seg derfor på 21 netter. Tre av disse er sammenfallende med pasient på «Livets siste dager». En del oppdrag knyttes til håndtering av utstyr hos rulleringspasient. Det dreier seg om 44 oppdrag i tre bolker. Disse er flere ganger sammenfallende med andre oppdrag. Ni oppdrag dreier seg om oppfølging etter operasjon. 49 av nettene er det ingen faste oppdrag.



Figur 13. Antall oppdrag i arbeidsplan per natt, fra natt 1 den 1. september til natt 153 den 31. januar.

## 8. ALARMER

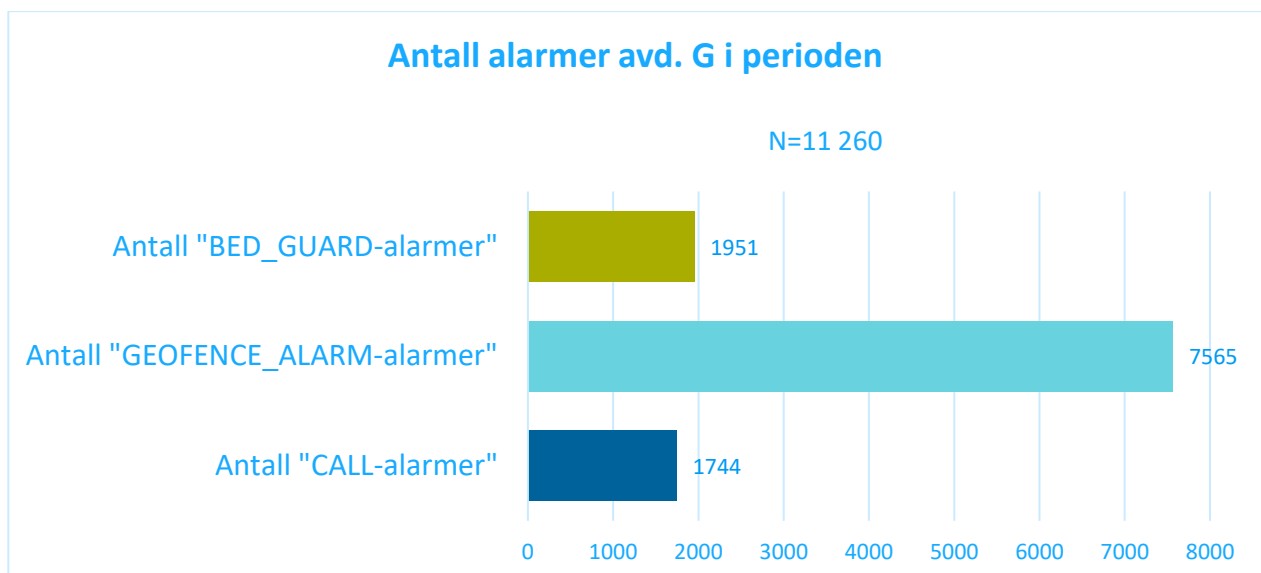
Alarmsystemet kan varsle personalet på ulike måter og brukes også i kommunikasjon personalet imellom. Beboerne har en «tag» på armen, denne viser beboerens posisjon og brukes som aktiv alarmknapp.

### 8.1 ULIKE ALARMTYPER OG ANTALL ALARMER I PERIODEN

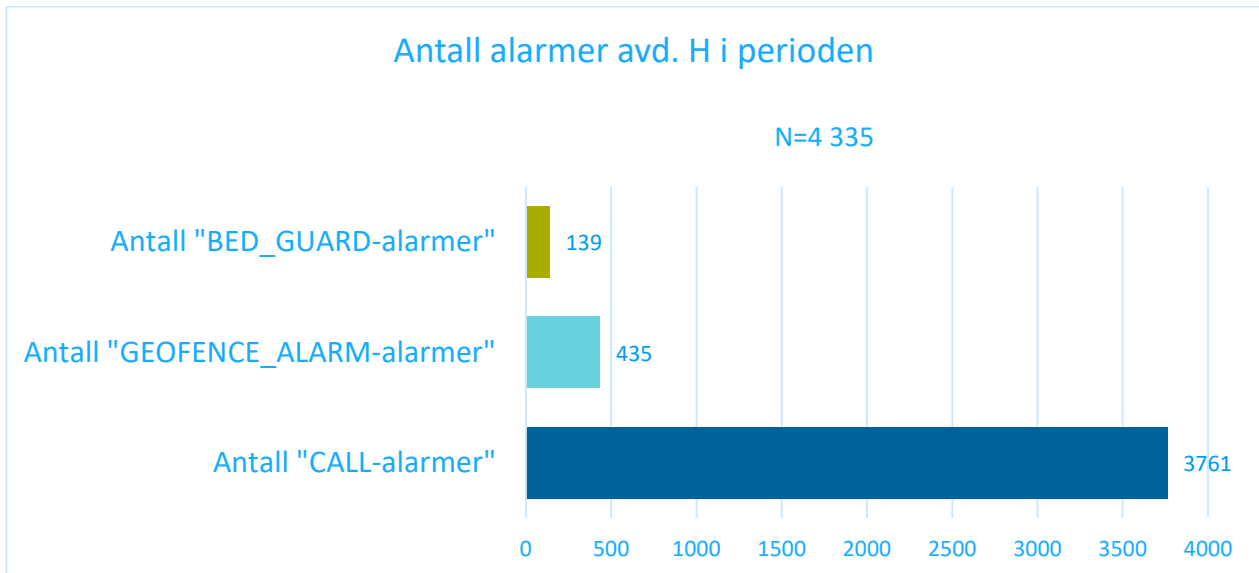
Når beboer trykker på alarmer, varsles det personal som befinner seg nærmest beboeren. Personalets posisjon defineres ved en tilsvarende tag. Alarmer som er utløst kommer på personalets telefon, med opplysning om hvem som har utløst alarmer og hvor vedkommende er. Dersom medarbeider som får alarmer er opptatt, rutes denne videre til den som er nest nærmest beboer. Når alarmer utløses ved å trykke på knappen, brukes betegnelsen aktiv alarm, eller call, som systemet kaller det.

Passive alarmer er de ulike varsler som går til personalet uten at beboer aktivt har trykket på alarmknappen. Det kan være tråkematte som ligger ved sengen og som varsler når beboeren går ut av sengen (bed-guard), eller vandre-alarmer som varsler når beboeren passerer en definert linje, for eksempel ut av eget rom (geofence-alarm). Bruk av passiv alarm krever grundig kartlegging og vurderinger før beslutning tas, og det fattes et forenklet vedtak.

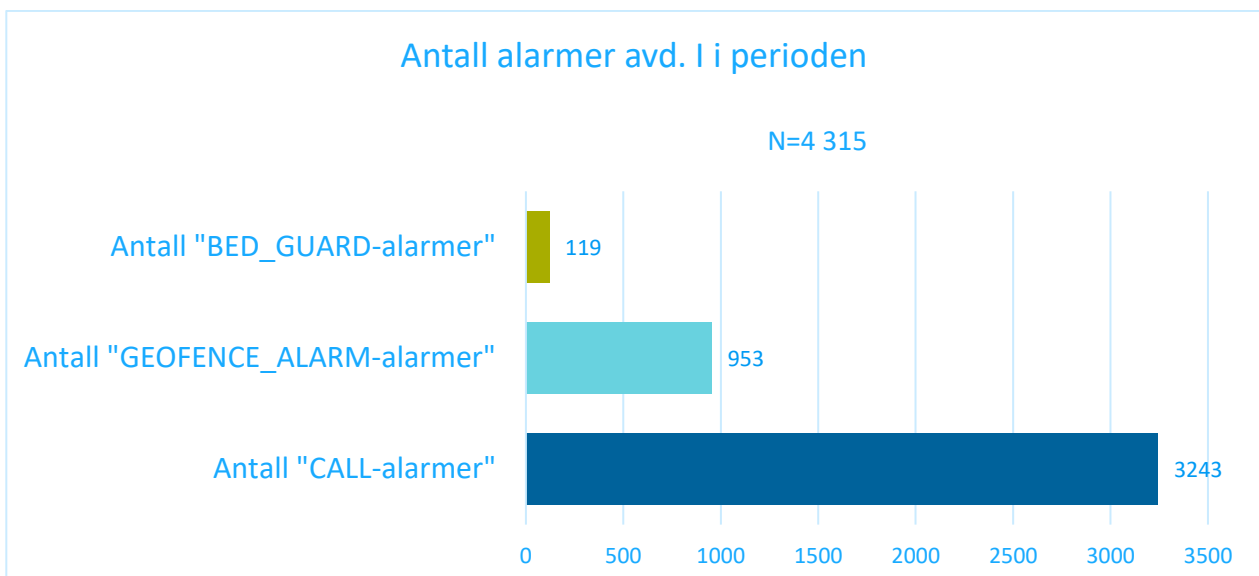
Vi ser at det utløses mange alarmer per natt og at det er ulike alarmtyper som dominerer i de forskjellige avdelingene.



Figur 14. Antall alarmer om natten på avdeling G i kartleggingsperioden. Vi ser at det er et overveiende passiv alarmer som utløses.



Figur 15. Antall alarmer om natten på avdeling H i kartleggingsperioden. Vi ser at det er et overveiende aktive alarmer som utløses.



Figur 16. Antall alarmer om natten på avdeling I i kartleggingsperioden. Vi ser at det er et overveiende aktive alarmer som utløses.

## 8.2 RESPONSTID

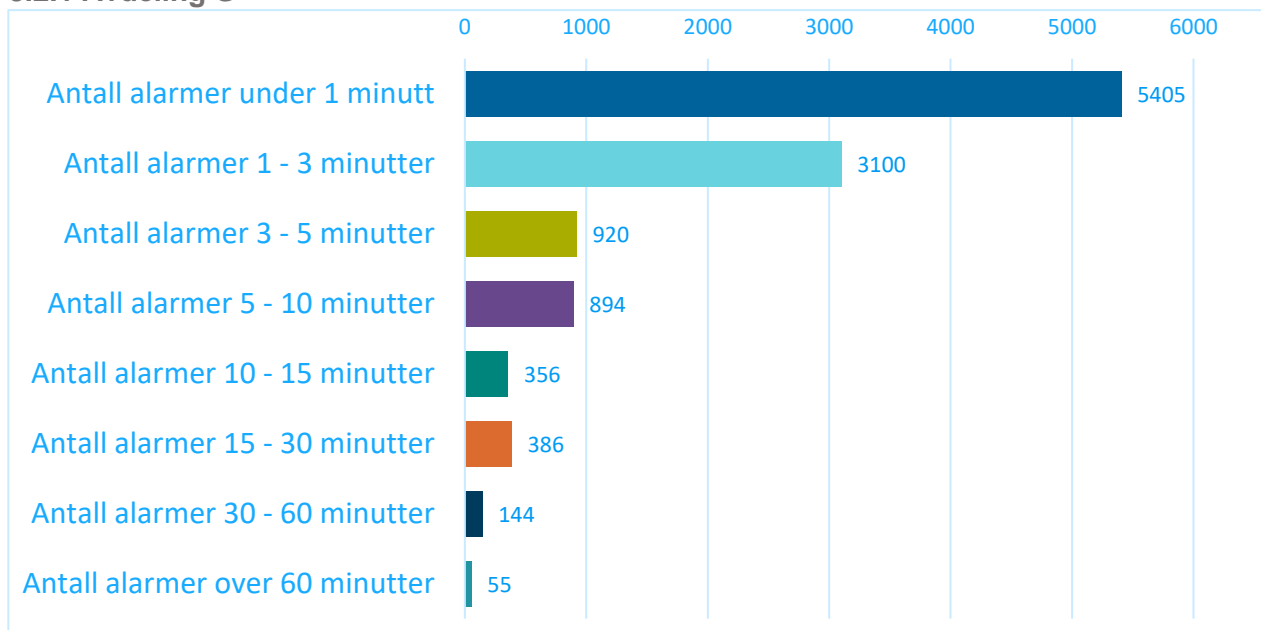
Med responstid mener vi den tiden det tar fra alarm er utløst til pleier er hos beboer og håndterer alarmen. Aktive alarmer kan være alt fra å skru av TV eller hente drikke, til hjelpebehov i pleie eller smertelindring. Passive alarmer handler om at beboer er i bevegelse, en situasjon som er viktig å håndtere raskt dersom det er stor fallfare, men mindre viktig dersom beboer rusler i korridor.

De fleste alarmene er håndtert i løpet av 3 minutter i alle avdelingene. Av 11 260 alarmer på avdeling G er 8505 håndtert på under 3 minutter og ytterlige 1814 håndtert innen 10 minutter. Alarmene som går over lenger tid er oftest vandringssalarmer, der beboer er utenfor sitt område over lenger tid. Noen få tilfeller skyldes brukerfeil, der personalet ikke har nullstilt alarmene.

Tilsvarende på avdeling H er 3294 av 4335 alarmer håndtert i løpet av tre minutter og ytterligere 812 innen 10 minutter. Vi ser at den totale alarmbelastningen er mindre på avdeling H enn på avdeling G.

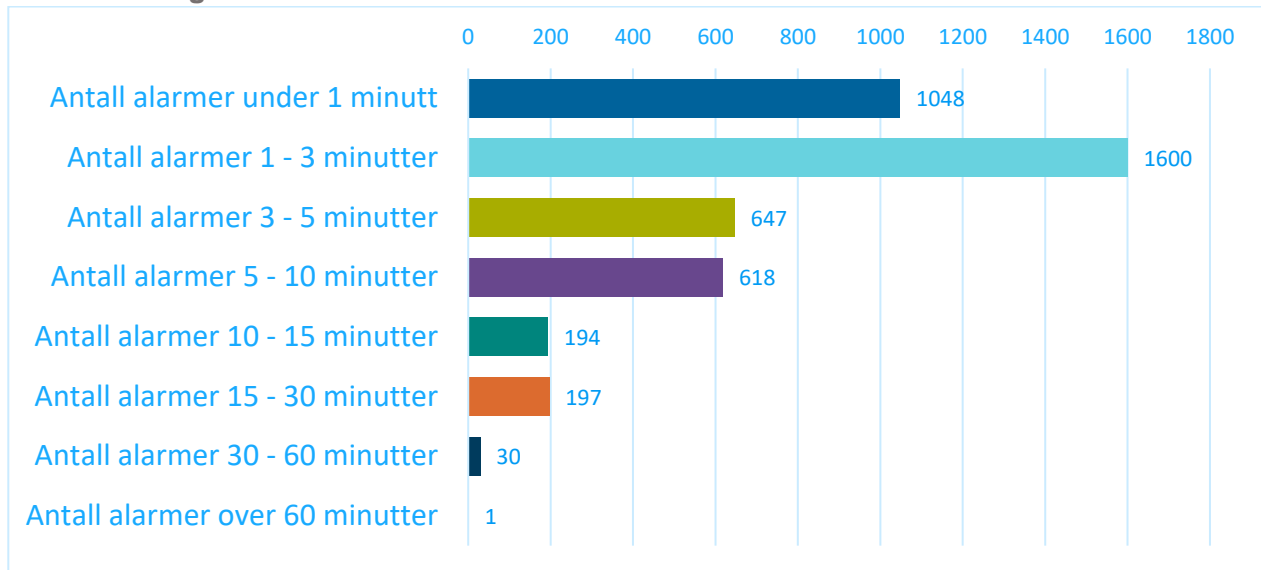
Avdeling I er ganske lik avdeling H med 3104 av 4315 alarmer håndtert i løpet av 3 minutter, og ytterligere 830 innen 10 minutter.

### 8.2.1 Avdeling G



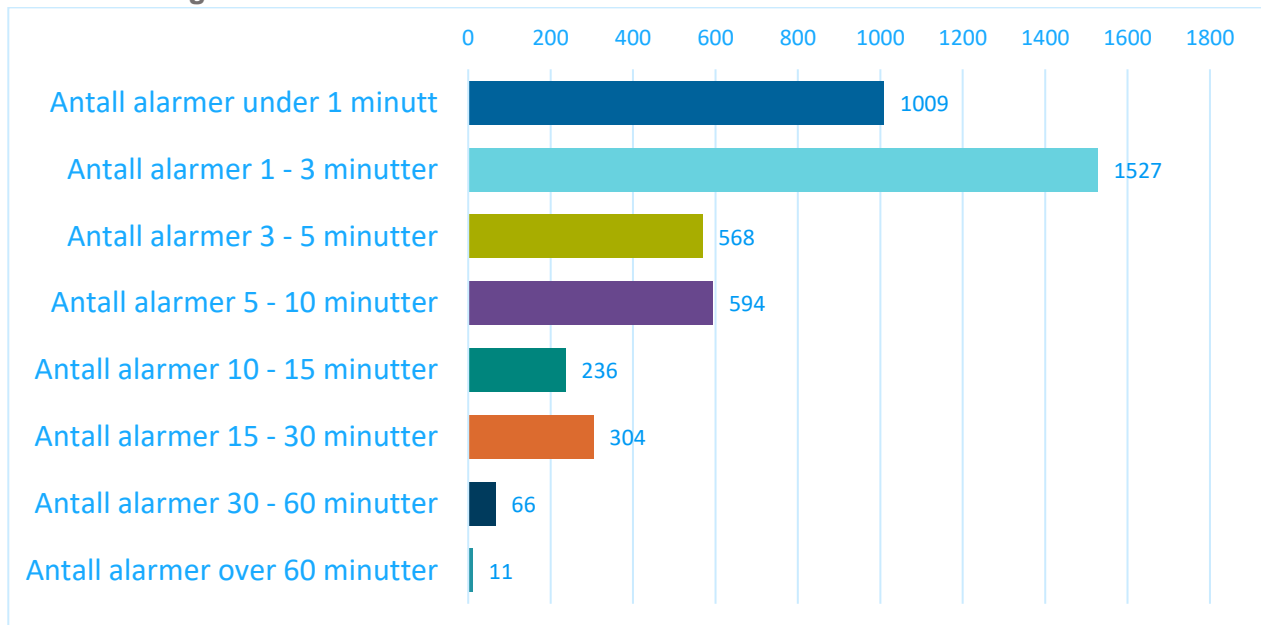
Figur 17. Responstid per alarm avdeling G

### 8.2.2 Avdeling H



Figur 18. Responstid per alarm avdeling H

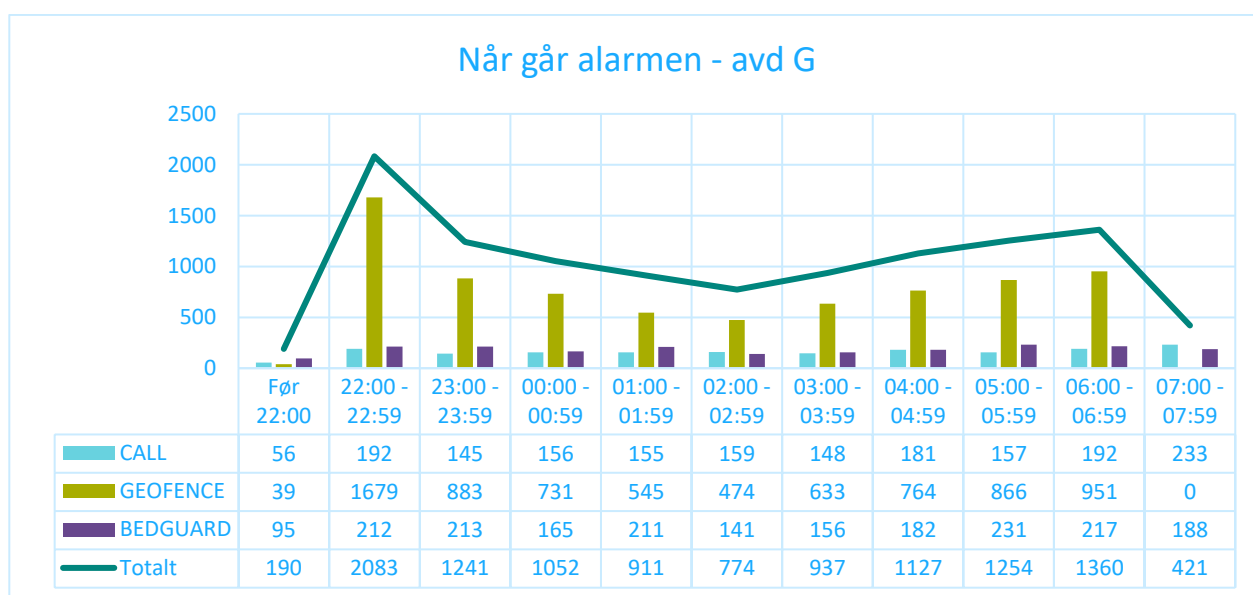
### 8.2.3 Avdeling I



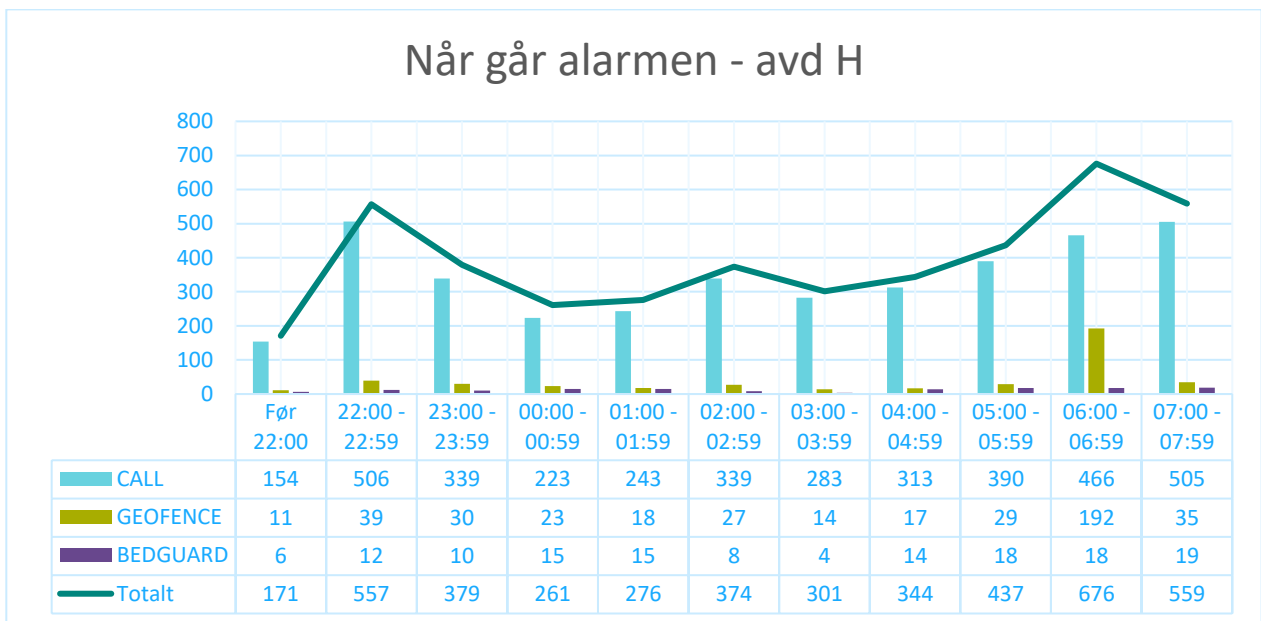
Figur 19. Responstid per alarm avdeling I

### 8.3 VARIASJONER I LØPET AV NATTEN

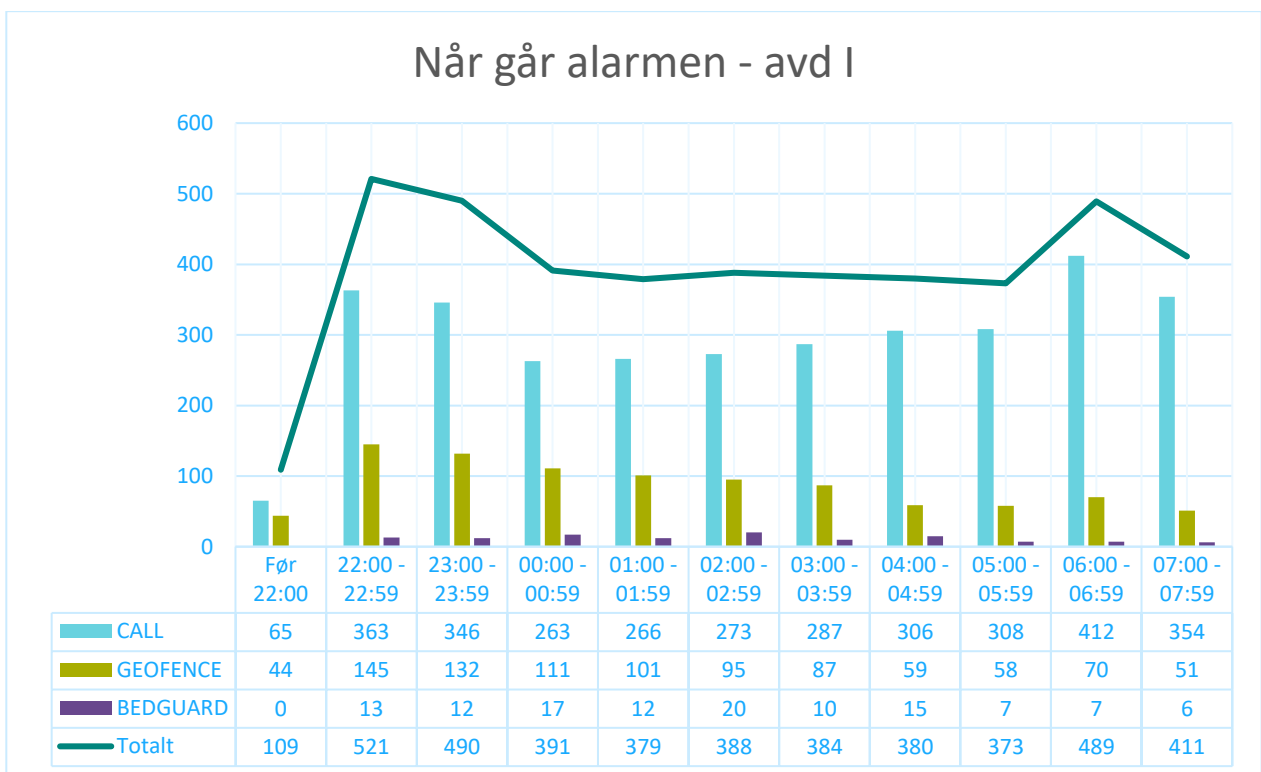
Vi ser en variasjon i alarmer og dermed oppgavemengde, i løpet av natten. Dette mønsteret fortoner seg likt i alle tre avdelinger, med en topp av aktivitet mellom klokken 22 og 23 og igjen på morgensiden mellom klokken 5 og 7. Det gjelder både passive og aktive alarmer, og viser at flere beboere er våkne og behov av hjelp på denne tiden.



Figur 20. Gjennomsnittlig antall alarmer per time gjennom natten avdeling G.



Figur 21. Gjennomsnittlig antall alarmer per time gjennom natten avdeling H.



Figur 22. Gjennomsnittlig antall alarmer per time gjennom natten avdeling I.



## 9. MEDARBEIDERUNDERSØKELSE

Sandefjord kommune bruker KS sitt verktøy 10-faktor i medarbeiderundersøkelser og organisasjonsutvikling. Resultatet fra medarbeiderundersøkelsen brukes aktivt i videre arbeid med arbeidsmiljø og kompetanse, og det lages handlingsplan på avdelingsnivå. Tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere er aktivt med i prosessene, og 10-faktor skal bidra til utvikling, gode tjenester og godt arbeidsmiljø. Det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i november 2022. For nærmere presentasjon av de 10-faktorene se vedlegg.

### 9.1 RESULTAT

Avdeling Fag- og fellesfunksjoner rommer både nattpersonell og medarbeidere i miljøavdelingen. Da undersøkelsen ble besvart, var det kun en ansatt i miljøavdelingen. 32 skjemaer ble sendt ut og 24 av disse ble besvart. På bakgrunn av dette tar vi utgangspunkt i at resultatet i hovedsak representerer nattpersonalet og at det er representativt for denne gruppen med en svarprosent på 75%.

Nygård Fag- og fellesfunksjoner svarer gjennomgående høyt på alle punkter i medarbeiderundersøkelsen. Det som har lavest skår er indre motivasjon, eller oppgavemotivasjon. Denne faktoren måler motivasjonen for oppgaven i seg selv, det vil si om oppgavene oppleves som en drivkraft og som spennende og stimulerende. Her skårer medarbeiderne på natt i gjennomsnitt 3.9. Høyeste skår er 5.

FAKTOR	382015 - Nygård fag og fellesfunksjoner	Sandefjord	PLO Institusjon
1. Indre motivasjon	3.9	4.2	4.1
2. Mestringstro	4.4	4.4	4.3
3. Autonomi	4.4	4.3	4.2
4. Bruk av kompetanse	4.3	4.3	4.2
5. Mestringsorientert ledelse	4.6	4.1	3.9
6. Rolleklarhet	4.6	4.4	4.4
7. Relevant kompetanseutvikling	4.1	3.8	3.7
8. Flexibilitetsvilje	4.4	4.5	4.5
9. Mestringsklima	4.3	4.2	4.1
10. Prososial motivasjon	4.8	4.7	4.7

Figur 23. Gjennomsnittlig skår per faktor. Fag- og fellesfunksjoner sammenlignet med Sandefjord og PLO- institusjon i landet.

## 9.2 MÅL OG HANDLINGSPLAN

I oppfølging av medarbeiderundersøkelsen presenteres resultatet og avdelingen finner fram til to faktorer de er fornøyde med og to faktorer de vil forbedre seg på. Fag- og fellesfunksjoner var fornøyde med autonomi og mestringsklima fordi de jobber selvstendig og gjør selvstendige vurderinger i jobben, og har et godt arbeidsmiljø der de stoler på hverandre og ønsker å gjøre hverandre bedre. Avdelingen har valgt rolleklarhet og relevant kompetanseutvikling som sine prioriterte områder i utviklingsarbeidet og beskriver målet slik:

### Rolleklarhet

Vi vet hverandres roller i avdelingen (hvem kan gjøre hva, hvem tar ansvar for hva).  
Vi har forståelse for hvordan de andre «vaktlagene» utfører arbeidet sitt, og har forståelse for håndteringen av ulike situasjoner som oppstår på dag/kveld og de har forståelse for natt.  
(F.eks.: om situasjoner som trenger ekstra oppfølging oppstår, setter personalet på dag/kveld i gang tiltak for å ivareta natten også, og personalet på natt følger opp dette)

### Relevant kompetanseutvikling

Vi har kompetanse på flere områder, dette er da områder som sikrer at vi ivaretar pasientsituasjoner vi møter i avdelingene.  
Vi vet hverandres kompetansestyrker.

### Handlingsplan

Handlingsplanen er fortsatt under arbeid. Allerede igangsatte tiltak er felles personalmøte dag/kveld/natt i avdeling med samhandlingsutfordring og kurstilbud i håndtering av vold og trusler.

## 10. BRUKER- OG PÅRØRENDEUNDERSØKELSEN

Våren 2023 er det gjennomført bruker- og pårørendeundersøkelse i seksjon bo- og behandlingssenter. Undersøkelsen ble avsluttet 4.6.23. For avdeling G, H og I ser vi følgende resultat for de sju områdene det er kartlagt på:

<b>Pårørendeundersøkelse</b>	<b>Gjennomsnitt avdeling G</b> (høyeste skår = 6)	<b>Gjennomsnitt avdeling H</b> (høyeste skår = 6)	<b>Gjennomsnitt avdeling I</b> (høyeste skår = 6)
<b>Område</b>			
<b>Resultat for beboeren</b>	3,9	4,1	4
<b>Trivsel</b>	4,4	4,9	4,4
<b>Brukermedvirkning</b>	3,4	3,8	4,2
<b>Respektfull behandling</b>	4,8	5,1	4,4
<b>Tilgjengelighet</b>	4	3,8	4,1
<b>Informasjon</b>	3,9	4,3	3,9
<b>Helhetsvurdering</b>	4,5	5	4,4

Tabell 9 Resultat av pårørendeundersøkelse avdeling G, H og I. Høyeste skår =6.

Svarprosent i de tre avdelingene er henholdsvis 25, 28 og 32 prosent. Området som måler resultat for beboeren består av 12 spørsmål der skårene varierer fra 1 til 5,5. Områdene med lavest skår omhandler tilgang til fysioterapi, deltakelse i aktiviteter og underholdningstilbud og det å komme ut i frisk luft. Høyest skårer privatliv, mat og måltider, smertelindring og legehjelp. Området som måler brukermedvirkning får lavest gjennomsnittlig skår i to av avdelingene, noe som omhandler medvirkning for beboer og pårørende i utarbeidelse av tiltaksplaner.

Beboerne har svart i samtale med objektiv person, og henholdsvis 7, 11 og 10 beboere har deltatt per avdeling.

<b>Brukerundersøkelse</b>	<b>Gjennomsnitt avdeling G</b> (høyeste skår = 2)	<b>Gjennomsnitt avdeling H</b> (høyeste skår = 2)	<b>Gjennomsnitt avdeling I</b> (høyeste skår = 2)
<b>Område</b>			
<b>Jeg får den hjelpen jeg har behov for</b>	2	1,9	1,9

<b>Jeg er fornøyd med maten jeg får</b>	2	1,8	1,7
<b>Jeg benytter meg av aktivitetstilbudet</b>	1,5	1,5	1,3
<b>Jeg trives på rommet</b>	2	1,9	1,9
<b>Jeg trives sammen med de ansatte</b>	2	2	1,9
<b>Jeg blir hørt når jeg gir uttrykk for hvordan jeg har det</b>	1,7	1,8	1,9
<b>De ansatte behandler meg med respekt</b>	2	2	1,9
<b>Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det</b>	2	2	2
<b>De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem</b>	2	1,9	1,9
<b>Alt i alt, jeg er fornøyd med sykehjemmet der jeg bor</b>	2	1,9	2

Tabell 10 Resultat av brukerundersøkelse avdeling G, H og I. Høyeste skår = 2.

## 11. FORSVARLIGHET

«Forsvarlighet er en rettslig standard. Innholdet i forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven i form av faglige retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg i takt med utvikling av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger i samfunnet. Dersom helsehjelpen skiller seg fra god praksis er den ikke automatisk å betegne som uforsvarlig. Det foreligger et visst slingringsmonn fra god praksis før tjenesteutøvelsen juridisk sett blir å betrakte som uforsvarlig. Når grensen mellom det forsvarlige og uforsvarlige skal trekkes, tas det altså utgangspunkt i en rettslig norm og det utøves tilsvarende skjønn basert på hva det er rimelig og ikke rimelig å akseptere av faglige avvik fra det gode. Kravet om faglig forsvarlighet er en minstestandard. Dersom helsehjelpen blir vurdert til å ligge under minstestandard, blir den ansett som uforsvarlig», Statsforvalteren i Vestfold og Telemark 15.06.2023.

Arbeidsgiver har til enhver tid vurdert tjenestene til å være forsvarlig ut fra de systemer for oversikt og tilbakemeldinger vi bruker i det daglige. Vi mener at kartleggingen som er gjort over en periode på 5 måneder forut for varslingen bekrefter dette. Det er heller ikke avdekket noe lovbrudd for denne perioden.

Selv om det ikke er avdekket lovbrudd eller uforsvarlige tjenester har kartleggingen vist at det er flere forbedringsområder. Noen forbedringsområder kan håndteres raskt mens andre krever langsiktig tilnærming og det må lages en plan for dette som sees i sammenheng med øvrige planer for kompetanseheving og forbedring framover.

## 12. ARBEIDSGIVERS VURDERINGER

Det er undersøkt bredt i forbindelse med varslings-saken og det er gjort ulike funn i kartleggingen. Flere områder for forbedring vil vi jobbe videre med. I det videre tar vi for oss noen faglige og skjønnsmessige vurderinger, dette for å gi et helhetlig bilde fra et ledesperspektiv og leders ståsted. Vi gjør rede for hvilke faglige begrunnelser som ligger til grunn for forhold som omhandles i varsel av 2.2.23, momenter som omhandler faglig forsvarlighet og god praksis, rammer for arbeid og arbeidsmiljø. Ellers henvises det til seksjonens Virksomhets- og strategisk kompetanseplan, som sier noe om hvordan vi sikrer forsvarlige tjenester i tråd med gjeldende standard og regelverk, hvordan vi er organisert, det systematiske fag og kompetanseutvikling, vårt system for internkontroll, avvikshåndtering og forbedringsarbeid.

I tråd med kommunen prinsipper for ledelse er vurderinger her representert av seksjonsleder som øverste ansvarlig i seksjonen bo- og behandlingssentre, enhetsleder som øverste ansvarlig ved Nygård bo- og behandlingssenter, og ikke minst avdelingsleder for natt på Nygård, det vil si den av ledelsen som er tettest på driften og som har mest kjennskap til *hvor skoen trykker*. Det

er også avdelingsleder som kontinuerlig har et samarbeid med andre avdelinger og ledere på Nygård og er bindeleddet mellom dag/kveld og nattpersonell. Dialog med den enkelte medarbeider og deres tillitsvalgte underveis i prosessene danner grunnlaget for våre faglige begrunnelser.

Som kjent har Nygård bo og behandlingssenter de siste årene vært igjennom store endringsprosesser, et viktig bakteppe vi mener gir et helhetlig bilde av prosessene som har funnet sted i perioden. De har alle berørt forhold som struktur, kompetanse, arbeidsprosesser, systemer, og samhandlingsmønstre for å nevne noen. Verdt å nevne er særlig byggeprosessen, opprettelse av en ny avdeling (avdeling G), flytteprosess og med drift på 2 forskjellige lokasjoner i en midlertidig periode. Alt dette mens vi samtidig var midt i en pandemi med flere utbrudd og med de konsekvenser og påfølgende prosesser det medførte for vår drift. Det foreligger en rapport om Evaluering av utbrudd ved Nygård fra feb.2022 for mer informasjon om denne.

Fra et leders ståsted innebar alle disse prosesser et omfattende implementeringsarbeid for den enkelte leder, som er en sentral aktør i dette arbeidet. Vi har etterstrevd en støttende kultur, oppmuntret til deltakelse, medvirkning og samskaping gjennom et nært lederskap i dialog med den enkelte medarbeider og ikke minst et nært samarbeid med tillitsvalgtapparatet i prosessene. Vi er utfordret fra et faglig ståsted ved å kontinuerlig drive ledelse av endringer og håndtere det gapet som har oppstått mellom situasjonen på det tidspunkt og fremtidig /ønsket situasjon underveis i de forskjellige prosessene. Det er velkjent at slike endringsprosesser må understøttes underveis og over tid, noe vi mener har vært gjeldende fra vårt ståsted. Samtidig som vi har skapt tilslutning blant medarbeiderne og integrert det som del av den daglige drift og lederskap. Dette er et kontinuerlig arbeid, som fortsatt pågår, et eksempel på dette er bruken av velferdsteknologi, noe vi sier mer om senere i dokumentet.

Alle prosessene i perioden har utfordret oss som en organisasjon i forhold til kompetanse, både fordi kravene innen helsetjenester stadig er i endring, men særlig som følge av de pågående prosessene som er nevnt her. Kompetanse har derfor vært et satsingsområde i tråd med seksjonens målsetting, der *kompetansestyring er et lederansvar og avgjørende for å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- brukesikkerhet og at krav i helse- og omsorgslovgivning etterlevs* (BBS styringsdokument).

Kompetanse er derfor vektlagt i samtlige prosesser ved Nygård bo- og behandlingssenter, som den mest sentrale dimensjonen, i alle faser og steg i prosessene, med kontinuerlig opplæring, kursing og veiledning av personalet. Vi har lagt vekt på og tilrettelagt for å dra nytte av personalets innsikt, deres erfaringer i hva som fungerer for en god praksis i utviklings- og forbedringsarbeid underveis. Dette er også tilfellet for nattpersonell, samtidig som det er planlagt for egne gjennomganger og møter i forhold til driften på natt der det har vært naturlig.

Når varslingen ble mottatt var det ved ledelsens gjennomgang flere forhold som vi på det daværende tidspunkt var kjente med fra tidligere. Det er svært beklagelig at personalet ikke opplevde å bli tatt på alvor i forkant av det skriftlige varsel da denne beskriver forhold vi har arbeidet med over en lengre tid.

Samtidig har det etter vår vurdering vært forsvarlige tjenester, selv om vi anerkjenner at det er flere forbedringsmuligheter, dette er satsingsområder vi skal fortsette å jobbe videre med. Det samme gjelder forhold knyttet til bemanning, hva som er nok bemanning, og når er det *uforsvarlig lav bemanning* slik det henvises til i varselet. Det er nærmeste leder som er kontinuerlig og fortløpende i dialog med aktuell nattpersonell og dag/kveld personell for å kartlegge behovene som oppstår underveis og følge dette opp med konkrete tiltak. Vi vurderer at det er lav terskel for å sette inn ekstra personell for å møte pasientenes behov når det er aktuelt, slik vi kan se av kartleggingen. På et generelt grunnlag kan vi ikke si at grunnbemanningen ved Nygård på natt er for lav når vi i utgangspunktet har flest personell pr. pasient om vi sammenlikner oss med andre tilsvarende avdelinger og kommuner. Her har vi fra et lederperspektiv hatt fokus på andre forhold og faktorer som igjen kan ha betydning for arbeidsbelastningen (inkludert avstander i nybygg) ved nattarbeid, enten det dreier seg om oppgaver som skal ivaretas, velferdsteknologi som kan brukes og kompetanse som bør utvikles eller mobiliseres. Dette ses i sammenheng med arbeidsmiljøperspektivet der det jobbet med 10 Faktor undersøkelsen der det er laget en handlingsplan.

Hva som er god kvalitet på våre tjenester, avhenger derfor av de behovene pasientmålgruppene har hatt til enhver tid på natt. Her er det i tillegg andre faktorer i tråd med personsentrert omsorg som har vært avgjørende i våre vurderinger knyttet til pasientenes behov og ønsker. Både det vi opplever som faglig god praksis og brukernes opplevelser er av en slik karakter. Opplevelsen knyttet til faglig utøvelse er subjektivt, våre erfaringer er at det kan oppstå uenigheter både mellom en og samme faggruppe, mellom forskjellige faggrupper og ikke minst mellom dag/kveld og natt personell. Fra et leders ståsted legges det til rette for refleksjoner, avdelingsleder er her bindeleddet og følger dette opp med de involverte.

Vi har den senere tid hatt fokus på den dimensjonen ved kompetanse som påvirker tjenestene på natt i størst grad etter vår vurdering og der kvalitet kommer til syne i møte mellom personell og pasient på natt. Denne kompetansen innebærer først og fremst kjennskap personalet har til pasientene jf. personsentrert omsorg. Av nattpersonell er det sykepleierne som oftest rullerer mellom alle avdelinger slik organiseringen er i dag, mens helsefagarbeiderne har en større kontinuitet til avdelingen og pasientene, ved at de har fast oppmøtested/avdeling som en hovedregel. Det er oftest helsefagarbeidere som kjenner pasienten best, har innsikt i deres livshistorie, kjenner til tiltaksplan og ivaretar kontinuiteten i møte med pasient.

En annen dimensjon ved kompetansen og organiseringen er at vi har jobbet med rutiner / roller og ansvar som følge av alle prosessene som har vært. Et eksempel på dette er knyttet til nybygg som har tre adskilte bogrupper. Nattevakter hadde sine faste rutiner i forhold til runder med tilsyn der vi på nytt måtte se på måten vi organiserte tjenesten på og videre gjøre justeringer basert på behov som oppsto underveis. Hvem som faktisk trenger fysisk tilsyn på natt, slutte med rutiner som ikke var i tråd med god praksis lenger, et eksempel på dette; er å ikke gå på tilsyn hos alle pasienter bare for å gå innom (slik det tidligere ble gjort). Dette er for at vi skal ta hensyn til privatlivet til pasienten og viktigheten av søvn for pasient slik at hen ikke blir vekket unødige. Vi må vurdere behov og ønsker basert på kjennskap til pasient og deres tiltaksplan og evt. følge opp kartlegginger. Det er nå en felles forståelse for at vi må ha tilsyn med pasienter uavhengige av ønskene hvis det er avdekket et funksjonsfall.

Tiltaksplan eller IKOS tavle. Bruk av IKOS tavle er et eksempel på forbedringsområde jamfør funn fra de strukturerte samtale med nattpersonell som vi må jobber videre med.

Vi jobber kontinuerlig med kompetanseheving på dokumentasjon og journalføring. Vi har hatt fokus på viktigheten av at nattpersonell må sette seg inn i dokumentasjonen og følge konkrete tiltak og behandling fra dag og kveld som er påbegynt. En annen faglig utfordring vi har jobbet med på natt er vandring blant pasientene på natt (i korridor/ på avdeling). Gjennom en dialog med nattpersonell ble det rettet fokus på tilnæringsmetodikk og i forhold til hvordan skape en fellesforståelse for hvilke behov det dreier seg om hos pasienten og hvordan møte denne på en faglig god måte. Denne prosessen har etter vår vurdering resultert til at det er en annen forståelse for utfordringen, både i forhold til hvordan møte vandring som et behov hos pasienten på en best mulig måte, men også med hensyn til hva som skal til i oppfølging av pasient i slike situasjoner om natten.

Flere av medarbeiderne på avdelingene hadde ingen erfaring med alarmsystem fra tidligere når dette ble tatt i bruk i mars 2022. Det var derfor avgjørende å få en forståelse av den praktiske bruken av det nye systemet, lovgivningen på bruk av velferdsteknologi og en forståelse for etikken rundt bruken av velferdsteknologi. Nattpersonalet fikk 1,5 timers kurs om systemet, samt e-læringskurs. Hovedfokuset ved oppstart av den nye velferdsteknologien var på bruken av systemet, og det ble derfor nødvendig med kurs i lovgivningen og samtaler om de etiske overveielserne i bruken av velferdsteknologi hos pasienter med og uten samtykkekompetanse. Superbrukerne av velferdsteknologien har hatt ekstra opplæring, og har andre tilganger enn brukerne av velferdsteknologien. Dette ble etablert også hos nattpersonalet. Det er totalt 7 nattevakter som har denne rollen ved Nygård, noe som skal tilstrebe at det alltid er en superbruker i velferdsteknologien til stede hver natt.

Vi erfarer at slike prosesser, som å ta i bruk velferdsteknologi, handler mye om nye måter å organisere tjenesten på, og i mindre grad om teknologien, dette da de endrer premisene i hverdagen for personell. Vi anerkjenner at det både kan sette etiske verdier på spill, noe vi har vært bevisst på i prosessen, samtidig som teknologien kan medføre både muligheter og begrensninger. Vi erfarer at nattpersonell har fått dårlige erfaringer med hensyn til systemene som er tatt i bruk, at de opplever at de ikke er til å stole på. Dette er en barriere og som er viktig å følge videre opp. Det vil være et satsingsområde fremover slik at systemene oppleves som pålitelige i bruk, ved å følge opp utfordringene som nattpersonell erfarer, for en fellesforståelse i bruken av velferdsteknologi, gjennom refleksjon, læring og forbedringsarbeid.

Vi ser at det gjennomgående er mange alarmer i løpet av en natt. Det fordeler seg med flest passive alarmer på avdeling G og størst andel aktive alarmer på avdelingene H og I. Alarmene blir raskt håndtert, de fleste i løpet av tre minutter. Avdeling H og I har noe lengre responstid enn avdeling G, noe vi tenker kan tilskrives tetthet av personalet og at nattevakt på H og I må bevege seg over større avstander for å svare opp en alarm enn det nattevakt på avdeling G trenger. Generelt er det tydelig tilbakemelding på at det er store avstander og dette kommer mest til uttrykk for avdeling H og I.

Sykepleierne har få faste oppdrag, det er helsefagarbeiderne som er ansvarlig for de fleste faste oppgavene i løpet av natten. Sykepleiernes faste oppdrag varierer fra 0 til 3 per natt, fordelt på



det antall sykepleiere som er på vakt. De fleste oppgavene blir sykepleier tilkalt til, mye er utdeling av behovsmedisin. Samtidig ser vi at helsefagarbeider i stor grad også er involvert i dette, og at denne gruppen ofte både vurderer i forkant og følger opp etterpå. Sykepleierne blir også tilkalt når det oppstår endring hos beboer eller det er behov for å håndtere situasjoner med uro, fall m.m.

Det er registrert avvik som beskriver uønskede hendelser i perioden. Disse har vært krevende, men er godt håndtert av medarbeiderne på jobb. Vi finner ikke at andre beboere ikke har fått hjelp, selv om mange medarbeidere har måttet trå til på ett sted. Alarmer innenfor samme tidsrom er håndtert i løpet av rimelig tid. Variasjoner i drift er påregnelig. Det er også påregnelig med utagerende adferd i pasientgruppen. Det er viktig å møte dette med kompetanseheving, gode individuelle planer for hvordan håndtere situasjoner og system for kollegastøtte og debrifing. Det er utarbeidet risikovurdering og handlingsplan i forhold til temaet Vold og trusler som omhandler utagerende atferd hos personer med demenssykdom (nov.2021). Her tar vi utgangspunkt i at utagerende / uønsket atferd for vår målgruppe er et ledd i en sykdomsutvikling, og at det får konsekvens for både pasient, pårørende og personalet. Her er mange risiko vurdert med tiltak, inkludert bemanning, organisering, kompetanse, forhold ved den enkelte avdeling, arbeidsmiljøforhold slik som medvirkning og oppfølging av personalet. Det er utarbeidet ROS analysen om vold og trusler for institusjonen.

## 12.1 ARBEIDSMILJØ

Arbeidsmiljø er sammensatt av faktiske oppgaver, arbeidsflyt og interaksjon med andre og personlig opplevelse. Utgangspunktet for varslet er at medarbeidere sitter med opplevelse av belastende arbeidsmiljø, det beskrives av varslerne som uforsvarlig. Vi kan ikke se av arbeidsflyt og oppgaver at arbeidsbelastningen er av en karakter som er uforsvarlig, men aksepterer medarbeidernes opplevelse og setter derfor inn ulike tiltak som kan redusere belastningen for sykepleierne.

## 13. TILTAK OG VIDERE OPPFØLGING

Med bakgrunn i funn i undersøkelsen vil følgende tiltak jobbes videre med og iverksettes.

### 13.1 ROLLER OG FORVENTNINGSAVKLARING

Hva vil det si å være sykepleier på Nygård? Vi ser behov for en tydeligere forventningsavklaring omkring nattsykepleiers funksjon og rolle. Det har kommet fram ulike syn på hva som er relevante oppgaver og hvordan disse fordeles. Rammen for sykepleierfunksjonen er ulik i de forskjellige institusjonene, og det vil være nyttig å jobbe med oppfatningen av denne sammen med sykepleierne og på tvers av institusjonene. En stor del av sykepleiers funksjon er samhandling med andre, og helsefagarbeiderne er en viktig part som også bør innlemmes. Dette arbeidet kan sees i sammenheng med Tjenestereise som presenteres nedenfor (13.3.1)

Arbeidstakers og arbeidsgivers plikter og rettigheter reguleres i lover og forskrifter, og i Hovedavtalen. Kommunen har i tillegg beskrevet forventninger til arbeidstaker og arbeidsgiver i

dokumenter som Arbeidsreglement, Sandefjord kommunes arbeidsgiverpolitikk og Etske retningslinjer. I Sandefjord kommunes arbeidsgiverpolitikk står blant annet dette om forventninger:

*Alle ansatte skal kunne forvente en tydelig arbeidsgiver og en arbeidsplass der de får bidra med egen kompetanse for å nå målene som er satt. Som arbeidsgiver har Sandefjord kommune følgende forventninger til ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud:*

- **Ledere:** Ledere på hvert enkelt ledernivå skal ta ansvar for eget område. Dette følger av prinsippet om enhetlig ledelse som praktiseres i Sandefjord kommune, og som innebærer et totalansvar for personal, økonomi, utvikling og resultat. Ledere skal samtidig bidra til helheten og kommunens samlede tjenester.
- **Medarbeidere:** Alle medarbeidere skal ta ansvar for eget arbeid og oppnå resultater på sitt område. De skal være løsningsorienterte og gode bidragsytere i eget arbeidsmiljø.
- **Tillitsvalgte og verneombud:** Tillitsvalgte og verneombud skal ta et felles ansvar for virksomhetens utvikling gjennom godt samarbeid og god rolleforståelse i henhold til arbeidsmiljøloven og hovedavtalen.

innehar høyeste kompetanse på sine team og det innebærer forventninger til deres rolle innenfor fagutøvelse, oversikt og organisering av tilgjengelige ressurser på sitt skift.

## 13.2 KOMPETANSEUTVIKLING

Forskning viser til betydningen av kompetanse for opplevelse av mestring. Det er nylig gjort en kartlegging over hvilken kompetanse sykepleierne og vernepleierne på Nygård innehar utover grunnkompetanse/bachelor. Dette kommer til nytte i videre arbeid med intern kompetanseplan og i rekrutteringsarbeidet. Samtidig trenger vi å vite mer om hva som trengs av kompetanse på natt. Hva har den enkelte medarbeider behov for å være trygg i de situasjonene hen eksponeres for og for å oppleve mestring i arbeidet. Det framkom noen områder i samtalen, men det er behov for mer detaljert kunnskap om dette, og vi vil utarbeide en questback til alle medarbeidere på natt for en bedre kartlegging av kompetansebehovene.

Vold og trusler står for den største gruppen av avvik, og det er også her flere medarbeider har ønsket mer kompetanse både i samtalen og tidligere. Det er allerede gitt tilbud med kurs i håndtering av vold og trusler og dette fortsetter og settes inn i årshjul med gjentatte tilbud til ansatte og til alle nyansatte.

Kartleggingen har avdekket at medarbeidere finner det belastende å stå i situasjoner med stress og mye ansvar. I tillegg til lederoppfølging og tiltak for å redusere belastningen, ønsker vi å utvikle et kurstilbud i samarbeid med Bedriftshelsetjenesten der medarbeidere kan få opplæring og trening for bedre å stå i ansvar og stress.

Flere har uttrykt ønske om kurs i lindring ved livets slutt. Samtidig er dette et område med gjennomgående høy kompetanse. Det har vært kurstilbud innenfor dette temaet ved flere anledninger og mange av medarbeiderne har lang erfaring og viser trygghet på den faglige

oppfølgingen av beboer og pårørende i denne fasen. Questback vil gi oss mer informasjon om behovet, og resultatet her tas til etterretning når videre planer legges. Uansett er dette et område der vi vil ha gjentatte opplæringstilbud knyttet til årshjulet.

Nattpersonalet observerer beboerne i mange timer, timer som kan ha vesentlig betydning ved endring i helsetilstand og funksjonsfall. Observasjonskompetanse er et aktuelt kompetanseområde for både helsefagarbeidere og sykepleiere. To sykepleiere og to helsefagarbeidere på natt har deltatt på Pro-actkurs, og dette er aktuelt for alle på natt og videreføres. I tillegg oppfordres medarbeidere til videreutdanning på dette feltet.

ABC demens er svært aktuelt, mange av de utfordrende situasjonene på natt knyttes til demenssykdom. Kompetanse innen miljøbehandling og tillitsskapende tiltak er vesentlig. 3 helsefagarbeidere har gått nå, og flere har dette kurset fra tidligere. Det er løpende tilbud om deltagelse for de som ikke har gjennomført.

Dokumentasjon av helsehjelp – hva skal dokumenteres og hvordan? Dette er et stort område som vi ser må jobbes mye med. Det har vært kurs med medarbeiderne på avd G, noe som vil videreføres og utvides til flere avdelinger. Samtidig vil vi jobbe med en langsiktig plan for å bedre dokumentasjonen i tråd med de forbedringspunktene som har kommet fram i kartleggingen. Planen utarbeides høsten 2023.

Miljøbehandling/tillitsskapende tiltak er allerede nevnt i forbindelse med vold og trusler og ABC-demens. Temaet er også aktuelt i tilknytning til medisinbruk. Her kan vi ta i bruk flere tilnæringsmetoder, blant annet har vi interne ressurser som kan bistå med veiledning i spesifikke pasientsituasjoner og når tema tas opp på personalmøter.

Livsgledehem og aktivitet. Vi vil øke aktivitet på dagtid for bedre kvalitet på nattesøvn.

Dette er noen eksempler. Arbeidet forsetter sammen med medarbeiderne for å treffe viktige områder der det er behov for kompetanseheving eller vedlikehold. Vi vil også fortsatt følge med på aktuelle parametere som viser områder til forbedring og sette opp satsningsområdene knyttet til kompetanseplanen og årshjulet.

### **13.3 STRUKTUR PÅ ARBEIDSOPPGAVER – OPPGAVEGLIDNING**

Henting og utdeling av behovsmedisin er en av oppgavene som går igjen i kartleggingen som arbeidskrevende og kilde til stress. Ved å gi opplæring og bemyndigelse til helsefagarbeidere slik at de får nødvendig kompetanse til legemiddelbehandling for noe av eventuelt medisineringen, vil dette avlaste sykepleierne. Helsefagarbeiderne gjør allerede mange vurderinger knyttet til behovsmedisinering og effekt, og det synes meningsfylt å gi denne gruppen kompetanse og myndighet til å håndtere hele oppgaven i beskrevne situasjoner.

Praksis omkring behovsmedisin er drøftet med sykehjemslegene og det vil bli en gjennomgang av legemiddelbruk i samarbeid med sykehjemslege, tjenesteansvarlig og flere. Arbeidet omkring enkeltbeboere er allerede påbegynt, men vil settes i system og sammen med refleksjoner og tiltak for felles forståelse av tilnærming til dette.

Oppgaveglidning kan være aktuelt på flere områder, det er behov for ytterligere kartlegging av oppgaver og arbeidsflyt for å gå videre med dette. Jf. Tjenestereise.

### 13.3.1. Tjenestereise

Tjenestereise er en metodikk der alle oppgaver og flyten i disse blir gjennomgått. Det er medarbeiderne som er aktive i denne prosessen, ledet av en prosessveileder. Sammen kan medarbeiderne få oversikt over oppgavene og se på alternativ løsninger for organisering, tidspunkter for gjennomføring og ansvar. En del av prosessen handler om å definere kompetansebehov for de like oppgavene, slik at oppgavefordelingen i større grad bidrar til rett kompetanse på rett sted til rett tid. Tjenestereise er planlagt gjennomført høsten 2023.

## 13.4 DOKUMENTASJON

Alle avdelingene bruker IKOS som er helsepersonell og helselederes digitale samhandlingstavle for å sikre god kvalitet og oppfølging av brukere og pasienter. Denne tavlen kan med fordel også benyttes av nattpersonalet, og vi vil sammen med personellet på natt komme frem til en nyttig bruk av tavlen. Kartleggingen viser også at arbeidsplan ikke blir brukt fullt ut, og dette skal det også arbeides med for å sette inne i et bedre system. Pasientjournalssystemet skal brukes til å dokumentere helsehjelp og for å holde en oversikt på tiltak for den enkelte pasient.

Undersøkelsen viser at vi må gå gjennom rutinene for oppdatering og dokumentasjon. Det må blant annet lages flere tiltaksplaner for natt for de pasientene som trenger det. Og det er viktig å få inn gode rutiner for dokumentasjon legemiddelhåndtering – vurdering og effekt.

## 13.5 TEKNOLOGI

Det har vist seg at selv om det er et nytt bygg så er ikke wifi-dekning god nok, og mange av historiene som nattpersonellet beskriver godt at dette stemmer. Det er gjort en kartlegging og utbedring pågår, dette håper vi skal hjelpe slik at det blir trygt både for pasienter og medarbeidere. Det er også avdekket en del brukerfeil og det må derfor sikres god opplæring når ny hjelpemidler tas i bruk, og ha gode rutiner for melding av feil.

Vi må også få en raskere behandling og utbedring etter feilmeldinger.

Av ny teknologi er det meldt inn behov for 40 Room-mate til Nygård, dette er digitalt tilsyn som vil være til god hjelp spesielt på natt. Men da må nattpersonellet være trygge på at det virker.

## 13.6 SAMARBEID OG ORGANISERING

### 13.6.1 Pauser

Ett av punktene som er påpekt er utfordringer med å avvikle pauser i løpet av natten. Nattevaktene er på 10 timer og betalt pause inngår i dette. Praksis har vært at nattevaktene selv organiserer arbeidsoppgaver og pause slik det er hensiktsmessig til enhver tid.

Vi ser at det kan være behov for å legge en plan for pausene, der medarbeiderne samarbeider i og mellom avdelingene. Sykepleierne kan dekke for hverandre under pauseavvikling og har dermed mulighet til å trekke seg unna avdelingen i pausen. Det vil i større grad være en

utfordring for helsefagarbeiderne. Utformingen av og avklaring omkring behovet for en slik plan må jobbes videre med i samarbeid med tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere.

### 13.6.2 Vaktskiftene

Vi ser at det er en opphopning av oppgaver omkring tidspunktene etter og før vaktskiftene. Den første og de to siste timene av vekten har flere faste oppdrag og det utløses flere alarmer enn midt på vekten. Vi ser også at rutinene for å innhente nødvendig informasjon og for å dokumentere, er ulike. Disse områdene vil vi jobbe videre med.

Det kan være hensiktsmessig at sykepleier i vaktskiftet konsentrerer seg om avdelingen der hen har et hovedansvar, jf 13.6.3. organisering, og leser seg opp på IKOS og arbeidsplan for øvrige avdelinger. Dette vil vi se nærmere på sammen med medarbeiderne.

Samhandling med medarbeidere på andre vaktskift og hvordan tiden i vaktskiftene blir brukt, har også kommet fram som et område for forbedring. Vi vil utarbeide en plan for utvikling av dette samarbeidet. Dette henger sammen med arbeidet omkring bemanningsplaner, oppgavestruktur og pasientbehov i avdelingene, som er en del av det pågående arbeidet med heltidskultur. Målet er en sømløs overgang mellom vaktlagene og at bemanningen til enhver tid gjenspeiler behovet i beboergruppene.

### 13.6.3 Samarbeid og ulike organiseringsformer

#### *Dagens organisering*

I dag er helsefagarbeiderne plassert i hver sine avdelinger med tre på avdeling G og en i de fem andre avdelingene. De tre sykepleierne fungerer som et team som fordeleransvaret for avdelingene mellom seg ut fra situasjonen og hvor det er størst behov for sykepleierkompetanse. En sykepleier stasjonierer seg alltid på avdeling G. Avdelingene ringer sykepleier når det er behov for assistanse i form av behovsmedisin, vurderinger, uro eller pleieoppgaver som ikke kan gjøres alene. Fordeling av ressursene kan illustreres på denne måten:

Avd	A	B	C	D	G	H	I
Spl	1/3	1/3	1/3		1	1/2	1/2
HF	1	1	1		3**	1	1

*Tabell 11 Fordeling av kompetanse og bemanningsressurser i dagens organisering.*

I undersøkelsen fant vi at sykepleier opplever det belastende å stadig forflytte seg mellom avdelingene, og at de bruker mye tid på å gå. Helsefagarbeider på avdelingene H og I opplever å være mye alene om oppgavene og ikke alltid få den hjelpen de trenger. De går også lange avstander fra ende til annen i avdelingen.

Vi vil møte disse behovene ved å se annerledes på organiseringen og har satt opp tre alternative løsninger. I alternativene har vi lagt inn avdeling D som åpner i september.

#### Alternativ 1

Sykepleierne har oppmøte på avdeling G, H og I og er i hovedsak stasjonert der. Ansvaret for sykepleieoppgaver i bygg 1 legges til sykepleier på avdeling I. Helsefagarbeider fordeler tiden sin på avdeling H og I for bistand til sykepleier og en helsefagarbeider flyttes til bygg 1 for bistand i oppgaver på tvers av avdelingene der. Dersom sykepleier har mange oppgaver i bygg 1, skal helsefagarbeider fra bygg 1 gå til avdeling I og ivareta oppgavene der.

Avd	A	B	C	D	G	H	I
Spl					1	1	1
HF	1og 1/4	1og 1/4	1og 1/4	1og 1/4	3**	1/2	1/2

#### Alternativ 2

Beholde dagens organisering der sykepleierne har oppmøte på bygg 1, avdeling G og bygg 2 med ansvar for avdeling H og I.

Avd	A	B	C	D	G	H	I
Spl	1/4	1/4	1/4	1/4	1	1/2	1/2
HF	1	1	1	1	3**	1	1

#### Alternativ 3

Sykepleierne har oppmøte på avdeling G, H og I og er i hovedsak stasjonert der. Ansvaret for sykepleieoppgaver i bygg 1 legges til sykepleier på avdeling I. Helsefagarbeiderne er stasjonert med en på H og en på I samt en på hver av avdelingene A, B, C og D. Helsefagarbeiderne hjelper hverandre på tvers av avdelingene i samme etasje og tilkaller sykepleier dersom det er behov for denne kompetanse. Dersom sykepleier har mange oppgaver i bygg 1 eller de er beboer i bygg 1 som krever sykepleiefaglig oppfølging gjennom natten (for eksempel lindring i livets slutfase), skal helsefagarbeider fra gjeldene avdeling i bygg 1 være på avdeling I og ivareta oppgavene der. Løsningen er i praksis en forskyvning av ressurser som styrker bemanningen på avdeling H og I i tråd med det behovet som undersøkelsen har bekreftet.

Avd	A	B	C	D	G	H	I
Spl					1	1	1*
HF	1	1	1	1	3**	1	1

\*Ansvar for A, B, C og D – kan settes på spl avd G eller H dersom det er hensiktsmessig ut fra pasientsituasjonen.

\*\*pga ressurskrevende bruker. Grunnbemanning er 2.

### **13.7 BEMANNING**

Helt siden åpningen av avdeling G har det vært satt inn en person ekstra hver natt. Dette er utenfor grunnbemanningen, men har vært systematisk praktisert med bakgrunn i det vurderte behovet. I 2023 videreføres dette som en fast ordning som legges i turnus, men som en fleksibel ressurs knyttet til BBS. Ressursen brukes for tiden på Nygård, men kan flyttes til annen institusjon dersom behovet endres.

Dagens praksis med løpende vurdering av behovet for ekstra bemanning i forbindelse med livets siste dager, nye beboere eller utfordrende situasjoner, videreføres.

### **13.8 VIDERE UTREDNING**

I undersøkelsen har det kommet fram flere forbedringspunkter som arbeides videre med på kort og lang sikt og på ulike forvaltningsnivå. Kommunedirektøren setter ned et partssammensatt utvalg som vil se på bemanning og kvalitet ved alle sykehjemmene. Lokalt vil vi jobbe med dokumentasjon, organisering, arbeidsflyt, oppgaveglidning og samarbeid, og det lages en plan for involvering og framdrift på de ulike områdene. Tjenestereise vil være ett av flere viktige verktøy i prosessen.

## VEDLEGG

### VEDLEGG 1: VARSEL OM KRITIKKVERDIGE FORHOLD

Hva er det kritikkverdige forholdet?:

██████████ Nygård Bo- og behandlingssenter opplever hyppig en for høy grad av arbeidsbelastning på arbeidsstedet som følge av det vi mener er uforsvarlig lav bemanning, og en arbeidssituasjon hvor både pasientsikkerhet og personalets sikkerhet er truet som følge av dette.

Kort redegjørelse av bemanningen:

Dagens grunnbemanning er satt til totalt seks ansatte på natt, hvorav to av disse er sykepleiere. Det leies inn kontinuerlig en ekstra ansatt utover de rammene som er satt for grunnbemanningen, slik at vi er totalt syv ansatte på jobb.

Det er bemannet med én ansatt på avdeling I og én ansatt på avdeling H. På hver av disse avdelingene er det totalt 24 pasienter fordelt på tre uoversiktlige enheter, med lange avstander mellom hver enhet. I tillegg til denne bemanningen er det én sykepleier som har det overordnede medisinske ansvaret, og denne sykepleieren skal også bistå med å avlaste arbeidsmengden på disse to avdelingene.

På avdeling G, som er en avdeling bestående av pasienter som krever tett oppfølging på grunn av varierende grad av utfordrende atferd, er det bemannet med fire ansatte, hvorav én av disse leies inn utover fastsatt grunnbemanning hver natt. Av disse fire er én sykepleier. Denne avdelingen har også tre enheter med 24 pasienter totalt. Enhet 1 (forsterket enhet) har to ansatte på åtte pasienter, hvorav en er innleie. Enhet 2 og 3 er bemannet med én ansatt hver, hvorav én er sykepleier. I utgangspunktet er tanken bak bemanningen at sykepleier skal ha det overordnede medisinske ansvaret for avdeling G, samt avlaste øvrige ansatte på avdelingen. Dette er imidlertid ikke gjennomførbart, da ingen enheter kan stå tomme på bakgrunn av pasientenes sykdomsbilde og symptomtrykk (uro, angst, utagering og stor fallfare).

Kritikkverdige forholdene:

Avdeling I har i løpet av en natt mange faste arbeidsoppdrag og oppfølging av somatisk syke- og pleietrengende pasienter spredt utover et stort og uoversiktlig areal. I tillegg er avdelingen belastet med hyppige pasientalarmer og telefonhenvendelser fra kollega som trenger bistand. Det må påpekes at ikke alle pasienter evner å ta i bruk alarmsystemet adekvat, og flere roper etter hjelp. Ansatte har ofte ikke kapasitet til å fange opp de som roper primært på grunn av bemanningskapasiteten, men også på grunn av de store og uoversiktlige bygningsarealene. I tillegg til roping, forekommer også hyppig vandring blant pasienter med ulik grad av fallfare, på søken etter hjelp- eller trygging. Noen av disse har også utferdstrang. Disse pasientene er ofte ikke under oppsyn, da ansatt(e) står opptatt i en annen enhet på avdelingen. Som følge av utilstrekkelig bemanning og byggets konstruksjon, har det forekommet fall med fraktur som utfall. Hendelsen ble ikke oppdaget av tilknyttede ansatt(e) før en annen avdeling fanget opp roping fra



etasjen over. Vi [REDACTED] stiller spørsmål om dette kan regnes som forsvarlig helsehjelp, med tidvis ubemannede enheter?

[REDACTED] opplever at øvrige ansatte knyttet til avdeling I og H er under stor belastning i forhold til å kunne ivareta pasientenes store pleie- og omsorgsbehov, men også som følge av byggets arealmessige konstruksjon med manglende kapasitet til oversikt. Sykepleieren som er tilknyttet avdeling I og H er ofte i kontinuerlig bevegelse mellom avdelingene, for å avlaste med arbeidsmengden.

02. februar 2023 Avdeling H har de samme utfordringene som avdeling I, men her må det understrekes at denne avdelingen også har flere rulleringsplasser. På sikt skal 16 av avdelingens 24 plasser være rulleringsplasser. Det krever mye tid av de ansatte å sette seg inn i de ulike rulleringspasientenes sykdomsbilde og pleiebehov. Det må også nevnes at flere av rulleringspasientene er svært urolige og tidvis fysisk og verbalt utagerende.

Avdeling G har en pasientgruppe oppleves svært belastende for ansatte som følge av deres krevende sykdomsbilde og atferd. Pasientgruppen kjennetegnes med svært høy grad av engstelse og verbal- og motorisk uro, og noen av pasientene innehar også en voldelig og aggressiv atferd [REDACTED]. Her står ansatte og andre pasienter i svært stor fare for fysiske angrep, hvilket truer ansattes helse- og sikkerhet, men også pasientsikkerheten. Pasientgruppen på avdeling G – alle enheter, krever høy grad av tilstedeværelse for trygging, oppfølging, fallforebygging og deeskalering av fysiske situasjoner. Dette lar seg vanskelig gjøre med dagens grunnbemanning på natt. Sykepleier som bemanner én av enhetene på avdeling G, må svært ofte forlate sin enhet for å bistå de andre enhetene på avdelingen. Dette mener [REDACTED] er en svært uheldig praksis.

#### Generelt:

[REDACTED] opplever ofte å ha manglende oversikt over pasientene, pasienter som på grunn av utilstrekkelig bemanningen ikke får det vi mener er nødvendig tilsyn og oppfølging. Tidvis tomme enheter resulterer ofte i utrygghet hos pasienter som kommer ut av rommene sine på søken etter hjelp. I akutte situasjoner kan avdelinger risikere å stå tomme over lang tid uten oppsyn fra ansatte, grunnet behovet for å være flere ansatte i disse kritiske situasjonene på andre avdelinger.

Som følge av arbeidsbelastningen og utilstrekkelig bemanning, må sykepleier ofte låse ut behovsmedikamenter på forhånd for samtlige pasienter. Dette for å sikre at pasientene får den nødvendige medisineren. Ofte må den kliniske vurderingen foretas av øvrige ansatte hos pasienter med lavere grad av prioritering, da sykepleieren står opptatt i andre situasjoner med høyere prioriteringsgrad. Medisinutdelingen av A og B preparater foregår dernest av de ansatte i samråd med sykepleier gjennom telefonkontakt. Sykepleier må på grunn av den utilstrekkelige bemanningen stole fullt og helt på vurderingskompetansen til de øvrige ansatte. Nattsykepleiere har også sjelden mulighet til å gjennomføre den nødvendige dobbeltkontrollen av medikamenter grunnet arbeidsbelastningen sykepleierne har hver for seg. Det vil si at riktig legemiddel gis til riktig pasient, til riktig tid og på riktig måte. Vi mener at dette viser at institusjonen ikke er overholder sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven §16 «*Virksomhet som yter helse- og*

*omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter».*

På grunn av bemanningssituasjonen og den høye arbeidsbelastningen, vanskeliggjøres samarbeid mellom sykepleierne i de ulike avdelingene. I tillegg til at øvrige ansatte ofte må vente urimelig lenge i situasjoner som krever to eller flere ansatte, eksempelvis situasjoner med stor pleietyngde.

Vold og trusler:

Samtlige arbeidstakere på natt er utsatt for og har opplevd vold og trusler på arbeidsplassen av pasienter med historikk på voldelig og truende atferd. Ikke bare medfører dette fare for ansattes helse og sikkerhet, men også andre pasienters helse og sikkerhet som tidligere beskrevet. Pasienter som i utgangspunktet skal være trygge i sitt eget nåværende hjem, er utsatt for- og opplever en grad av vold fra enkelte medpasienter. Dette innebærer alt fra slag, spark, biting og kloring. Dette kunne i større grad vært unngått hvis bemanningen hadde vært tilstrekkelig, slik at man kunne jobbet forebyggende, men 02. februar 2023 også i større grad med deeskalerende arbeid i trusselsituasjoner som kan lede til vold. [REDAKERT] opplever at dette har blitt formidlet gjentatte ganger til ledelsen, uten at de nødvendige og langsiktige tiltakene har blitt iverksatt og at pasientenes og de ansattes helse og sikkerhet har blitt tatt tilstrekkelig på alvor.

Bygningsmessig konstruksjon:

Avdeling G oppleves å ikke være tilstrekkelig tilrettelagt for pasientgruppen som bor der. Det er ikke mulig å løse dørene inne på enhetene ved påtrengende nødvendig helsehjelp, når det foreligger stort behov for å beskytte øvrige pasienter og ansatte mot utagerende og voldelige pasienter med skjerming. Pasientene har også relativt enkel tilgang til avdelingens kjøkken, hvor skarpe gjenstander er oppbevart usikkert. Dette oppleves utrygt i høyeste grad. I tillegg opplever vi at den tekniske installasjonen ikke er egnet til den bruk den var tiltenkt. Ansatte har ved flere anledninger opplevd at pasienter på enhet 1 har revet ned stikkontakter og brytere, som medfører berøringsfare og risiko for strømgjennomgang. Det har også blitt revet ned adgangskontrollpaneler, som har medført at dører har åpnet seg på natt og som har gitt pasienter adgang til andre oppholdsrom i institusjonen uten nødvendig oppsyn.

Alarmsystemet på huset (HIT-systemet) oppleves å ikke fungere på en tilstrekkelig måte grunnet det vi antar er nettverksproblemer. Det begrenser og vanskeliggjør samhandling mellom de ansatte. [REDAKERT] har også opplevd at pasientalarmer heller ikke nødvendigvis har kommet inn på systemet eller har vært forsinket. Samtlige av oss har også erfart at vandringsalarmer hos pasienter med ustøhet ikke har blitt utløst til riktig tidspunkt, slik at fallfaren har økt.

Som følge av den høye arbeidsbelastningen og manglende opplæring i dokumentasjon og avvikhåndtering, mener [REDAKERT] at det til stadighet forekommer underrapportering av alvorlige hendelser i institusjonen. Dette omfatter både dokumentasjon og avviksrapportering. Mange ansatte har også latt være å skrive avvik, da de fra tidligere erfaringer har følt at det ikke har ført frem. Ledelsen er orientert om potensielle mørketall.

Konsekvenser for de ansatte:

Stor arbeidsbelastning har over tid ført til fysiske plager i ulik grad og variasjon [REDACTED]

[REDACTED] har også store utfordringer med å snu døgnet etter arbeidsperioder. Dette har ikke vært et problem tidligere i det omfanget det er nå.

Arbeidsbelastningen har også bidratt til at [REDACTED] opplever å føle seg uopplagt på jobb. [REDACTED] har også erfart å gå hele vakter uten tilstrekkelig tid til pause, og i mange tilfeller har mat, drikke og toalettbesøk måttet nedprioriteres.

Som nevnt er samtlige arbeidstakere utsatt for trusler og stadige voldsangrep av pasienter med historikk på voldelig atferd. Dette medfører ikke bare fysisk skade, men også psykiske belastninger i form av utrygghet, frykt og at den enkelte ansatte tar med seg belastningen av hendelsen hjem. Vi er nå i en slik situasjon hvor [REDACTED] gruer seg til å gå på jobb som følge av den store arbeidsbelastningen og utilstrekkelig bemanning, men også den store sannsynligheten for vold og trusler.

Hvem er involvert i det kritikkverdige forholdet:

[REDACTED] og samtlige pasienter ved Nygård Bo- og behandlingssenter. I tillegg opplever 02. februar 2023 [REDACTED] i stor grad at andre faggrupper på natt er berørt av de kritikkverdige forholdene.

Hvor har det kritikkverdige forholdet funnet sted:

Det kritikkverdige forholdet finner sted ved Nygård Bo- og behandlingssenter på natt. Det gjelder i ulik grad i alle avdelingene ved institusjonen. Nevnte kritikkverdige forhold vitner om det vi nattsykepleierne mener er uforsvarlig arbeidsmiljø. Dette mener vi at kunne vært forebygget i større grad ved å sørge for tilstrekkelig bemanning på natt. Ifølge arbeidsmiljøloven §4-3, «skal enhver arbeidstaker så langt det er mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre». Etter gjentatte varsler og tilbakemeldinger om kritikkverdige forhold i institusjonen, har ikke forholdene blitt bedre. [REDACTED] ved Nygård Bo- og behandlingssenter ønsker å påminne om at brudd på arbeidsmiljøloven kan i ytterste konsekvens lede til straffeforfølgelse av arbeidsgiver, jf. arbeidsmiljøloven §19.

[REDACTED] ønsker å bidra til en verdig eldreomsorg, men som følge av utilstrekkelig bemanning i institusjonen, oppleves dette som svært utfordrende. Vi mener at situasjonen vil kunne løses med å øke grunnbemanningen på natt og fremmer derfor forslag om følgende minimumsgrunnbemanning;

Fem ansatte på avdeling G, hvorav én er sykepleier og fire ansatte på avdeling I og H, hvorav én er sykepleier. ...

Med vennlig hilsen [REDACTED] Nygård Bo- og behandlingssenter;

[REDACTED]

## VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

### Samtaleguide helsefagarbeidere natt

- Opplever du at beboerne ivaretas på en god måte i løpet av natten?
- Opplever du deg trygg på oppgaver og ansvar?
- Har du skrevet avvik? Hva går det ut på?
- Opplever du at du får tilbakemelding fra leder når du har skrevet avvik?
- Har du opplevd situasjoner der du har unnlatt å skrive avvik, men tenker at det burde vært gjort?
- Hvilken rutine har du for å lese arbeidsplan, rapport, tiltaksplan og legemiddelopplysninger?
- Hvilken rutine har du for dokumentasjon? Er det situasjoner der du ikke har dokumentert gitt helsehjelp? I så fall, hva er grunnen til det?
- Bruker du IKOS? Hvis ikke, hvordan får du da innsikt/oversikt over situasjonen i avdelingen?
- Hvordan opplever du balansen mellom arbeid og hvile gjennom en vakt?
- På hvilken måte opplever du samarbeidet på tvers av bogruppene?
- Får du hjelp når du trenger det?
- Hvordan skjer det tverrfaglige samarbeidet i løpet av natta?
- I hvilke situasjoner trenger du sykepleiekompetansen?
- Er sykepleierkompetansen tilgjengelig for deg når du trenger det i pasientsituasjoner eller for veiledning?

## VEDLEGG 3: DE 10 FAKTORENE



1. Oppgavemotivasjon: motivasjon for selve oppgavene (fagbegrep: indre motivasjon)



2. Mestringstro: tiltro til egen jobbkompetanse



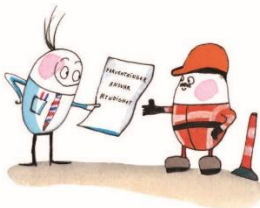
3. **Selvstendighet:** opplevd tillit og mulighet til å jobbe selvstendig (fagbegrep: autonomi)



4. **Bruk av kompetanse:** opplevd bruk av egen kompetanse (fagbegrep: kompetansemobilisering)



5. **Mestringsorientert ledelse:** ledelse med vekt på å gjøre medarbeiderne best mulig ut fra sine forutsetninger, slik det oppleves av medarbeiderne



6. **Rolleklarhet:** tydelig kommuniserte forventninger, slik det oppleves av medarbeiderne



7. Relevant kompetanseutvikling: opplevd mulighet for utvikling av relevant formal- og realkompetanse



8. Flexibilitetsvilje: villighet til å være fleksibel på jobb



9. Mestringsklima: opplevd kultur for å samarbeide og gjøre hverandre gode



10. Nytteorientert motivasjon: ønske om å bidra til andres måloppnåelse (fagbegrep: prososial motivasjon)