



SANDEFJORD  
KOMMUNE

# TILSTANDSRAPPORT BEMANNINGS- OG OMSORGSSITUASJON

EN UNDERSØKELSE I UTVALGTE BO OG BEHANDLINGSENTRE I  
SANDEFJORD KOMMUNE

RAPPORT PARTSSAMMENSATT ARBEIDSGRUPPE  
OKTOBER 2023

## INNHOLD

1. Innledning og bakgrunn for rapporten	3
2. Fakta	3
2.1 Om Bo- og behandlingssentre (BBS) og Sandefjord medisinske senter (SMS) <sup>3</sup>	
2.2 Enheter og avdelinger ved BBS og SMS	3
2.2.1 Årsverk og pleiefaktor	4
2.2.2 Årsverk og bemanning natt tjenesten	6
3. Valg av metode	7
3.1 Primærdata	7
3.2 Sekundærdata	8
3.3 Svakheter ved undersøkelsen	8
4. Presentasjon av funn	9
4.1 Hvordan er arbeids og bemanningssituasjonen for de ansatte og oppleves arbeidsmiljøet forsvarlig, i tråd med lov og avtaleverk	9
4.1.1 Får du utført arbeidsoppgavene du er satt til å gjøre?	9
4.1.2 Opplever du at det er tilstrekkelig tid til pasientdokumentasjon?	10
4.1.3 Opplever du at det er en god fordeling av arbeidsmengde mellom ansatte på den enkelte vakt?	12
4.1.4 Opplever du at din avdeling har søkelys på å hjelpe hverandre uavhengig av profesjon og oppgavedeling?	13
4.1.5 Har du det siste året vurdert å bytte jobb pga. forhold på arbeidsplassen?	13
4.1.6 Melder du avvik når det er nødvendig?	14
4.1.7 Opplever du å ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø?	15
4.1.8 Resultater fra 10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse 2022	16
4.1.9 Oppsummert	17
4.2 Gis det god kvalitet i tjenestene og er vi innenfor lover og regler?	19
4.2.1 Brukererfaringer	20
4.2.2 I hvilken grad har du nødvendig kompetanse for å ivareta din rolle?	22
4.2.3 Dokumentasjonen og utvalgte kvalitetsindikatorer	25
4.2.4 Opplever du at organiseringen på din avdeling er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme?	29
4.2.5 Opplever du som ansatt at pasientens behov blir ivaretatt?	30
4.2.6 I hvilken grad opplever du at pårørende er fornøyde med tjenestene?	30
4.2.7 Avvik og forbedringsarbeid	31

4.2.8 Oppsummering og vurderinger	34
5. OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	36
5.1 Arbeidssituasjonen	36
5.2 Omsorg og kvalitet i tjenesten	37
5.3 Anbefalinger fra partssammensatt arbeidsgruppe	37



## 1. INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR RAPPORTEN

Kommunedirektøren har nedsatt et partssammensatt utvalg som skal vurdere om det gis god omsorg og kvalitet i tjenestene og som belyser arbeidssituasjonen for medarbeidere. I denne rapporten ser vi derfor nærmere på avdelinger ved seksjonen Bo- og behandlingssenter (BBS) og 3 døgnavdelinger ved Sandefjord medisinske senter (SMS), underlagt kommunalområdet helse, sosial og omsorg i Sandefjord kommune.

Utvalget har bestått av to rådgivere fra Organisasjon og HR, 3 ledere/rådgivere i HSO, hovedtillitsvalgte fra Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, Delta og hovedverneombud.

## 2. FAKTA

### 2.1 OM BO- OG BEHANDLINGSSENTRE (BBS) OG SANDEFJORD MEDISINSKE SENTER (SMS)

Seksjonen BBS gir døgntilbud til pasienter med forskjellig omsorgsnivå. Institusjonenes døgnplasser benyttes i hovedsak til langtidsopphold, men også til korttidsopphold og avlastning. Det er totalt 362 plasser, 287 plasser fordelt på 4 institusjoner, 48 leiligheter i tre bofelleskap, samt bemannede omsorgsboliger med 27 leiligheter i Stokke. Til sammen er det ca. 800 medarbeidere (med vikarer). Følgende institusjoner og bofelleskap er underlagt seksjonen BBS; Nygård bo- og behandlingssenter, Kamfjord bo- og behandlingssenter, Soletunet bo- og behandlingssenter med bemannede omsorgsboliger i Stokke, Andebu bo- og behandlingssenter med bofelleskap for personer med demenssykdom; Nygårdsvollen, Ranvikskogen og Bokeveien.

SMS er en egen seksjon som består av 3 døgn-/korttidsenheter i tillegg til legevakt, enhet for Forebygging og mestring, samt de kommunale legetjenestene. Det er de 3 korttidsenhetene som er valgt ut i denne rapporten: 1) Rehabilitering/korttid, 2) Intermediær/ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold), 3) Lindrende/korttid. Det er totalt 59 korttidsplasser på SMS, og pasientene kommer i hovedsak fra sykehuset for videreføring av medisinsk behandling, rehabilitering, ulike typer kartlegginger, lindring og palliativ behandling, med mer. Øyeblikkelig hjelp plassene (ØHD) benyttes etter gitte kriterier for å unngå sykehusinnleggelse. Det jobber ca. 140 medarbeidere i turnus i de 3 enhetene.

### 2.2 ENHETER OG AVDELINGER VED BBS OG SMS

Tabellen under viser en oversikt over alle avdelinger og enheter, fra lavest til høyest omsorgsnivå. Noen avdelinger er delt opp med hensyn til team som ivaretar forskjellige målgrupper:



Enhet	Type avdeling	Avdeling	Antall plasser	Langtids-plasser	Korttids-plasser
Bofellesskap	Bofellesskap	Bokeveien	16	16	
Nygårdsvollen	Bofellesskap	Nygårdsvollen	16	16	
Ranvikskogen	Bofellesskap	Ranvikskogen	16	16	
Andebu	Ordinær	Blåveis	13	13	
Nygård	Ordinær	Nygård avd. A	18	21	
Nygård	Ordinær	Nygård avd. B	18	18	
Nygård	Ordinær	Nygård avd. C	18	18	
Nygård	Ordinær	Nygård avd. D	10	10	
Nygård	Ordinær	Nygård avd. I	24	24	
Soletunet	Ordinær	Soltoppen 2.etg.	12	12	
Nygård	Demens	Nygård avd. C	18	18	
Nygård	Ordinær/ avlastning	Nygård avd. H	24	19	5
Kamfjord	Ekstra tilrettelagt demens	Kamfjord avd. 2 B	8		8
Kamfjord	Ekstra tilrettelagt demens	Kamfjord avd. 2 D	8	8	
Kamfjord	Ekstra tilrettelagt demens	Kamfjord avd. 1 B	8	8	
Kamfjord	Ekstra tilrettelagt psykiatri	Kamfjord avd. 1 D	8	8	
Andebu	Korttid/langtid/avlastning	Skogstjerna	13	11	2
Soletunet	Korttid/langtid/avlastning	Soltoppen 3.etg.	9	6	3
Soletunet	Mer tilrettelagt demens	Solstua	24	24	
Andebu	Ekstra tilrettelagt demens	Tusenfryd	13	13	
Nygård	8 Forsterket demens/psykiatri og 16 tilrettelagt for demens	Nygård avd. G	24	24	
Kamfjord	Forsterket demens/ psykiatri	Kamfjord avd. 1 A	8	8	
Kamfjord	Forsterket demens/ psykiatri	Kamfjord avd. 2 C	8	8	
Kamfjord	Forsterket psykiatri	Kamfjord avd. 1 C	8	8	
Kamfjord	Forsterket korttid demens/ psykiatri	Kamfjord avd. 2 A	8		8
SMS	Rehabilitering/korttid	1 A og B	18		18
SMS	Intermediær/ØHD	2 A og B	22		22
SMS	Lindrende/korttid	3 A og B	19		19

### 2.2.1 Årsverk og pleiefaktor

Oversikten nedenfor viser de ulike avdelingene med totalt årsverk i pleie ekskl. nattevakt, antall pasienter, pleiefaktor i grunnbemanning og faktisk pleiefaktor ved gjennomgang av regnskap for året 2023 (til og med august).

<b>Avdeling</b>	<b>Antall årsverk pleie eks. natt</b>	<b>Antall pasienter/beboere</b>	<b>Årsverk per pasient dag/kveld (pleiefaktor)</b>	<b>Årsverk per pasient dag/kveld faktisk bemanning jan-aug 23</b>
Avd. A Nygård	14,25	18	0,79	0,91
Avd. B Nygård	14,25	18	0,79	0,91
Avd. C Nygård	14,25	18	0,79	0,86
Avd. D Nygård	8,77	10	0,88	oppstart sep. 2023
Avd. G Nygård	22,17	24	0,92	1,16
Avd. H Nygård	19,92	24	0,83	0,88
Avd. I Nygård	19,13	24	0,80	0,84
Nygårdsvollen	11,11	16	0,69	0,87
Bokeveien	11,19	16	0,70	0,89
Ranvikskogen	10,81	16	0,68	0,92
1AB Kamfjord	16,17	16	1,01	1,09
1CD Kamfjord	16,17	16	1,01	0,96
2AB Kamfjord	17,16	16	1,07	1,12
2CD Kamfjord	16,17	16	1,01	1,00
Solstua	21,92	24	0,91	0,89
Soltoppen	17,44	22	0,79	0,83
Stokke BOB	20,59	27	0,76	0,65
Skogstjerna	10,43	13	0,80	0,96
Tusenfryd	10,8	12	0,90	0,99
Blåveis	10,65	14	0,76	0,84
Rehabilitering/korttid	22,23	18	1,24	1,45
Intermediær/ØHD	25,2	22	1,15	1,22
Lindrende/korttid	24,33	19	1,28	1,26

Bofelleskapene, sammen med bemannende omsorgsboliger har lavest pleiefaktor da målgruppen av pasienter anses av lavest omsorgsnivå. De er hjemmeboende og er ikke definert som institusjonsplasser. Samtidig har målgruppen endret seg over tid og i praksis er det lite forskjell sammenlignet med en institusjonsplass når det gjelder behov.

Neste omsorgsnivå er både avdelinger knyttet til personer med demens og somatikk, f.eks. Nygård avdeling A, B, C, D, H, samme gjelder avd. I, Soltoppen, Blåveis, Skogstjerna (unntaket er noen korttidsplasser).

Så har vi tilrettelagt plasser for personer med demens, høyere omsorgsnivå en forrige: Kamfjord, dvs. et av temaene på hver avdeling, Solstua, Tusenfryd.

Den høyeste omsorgsnivå i BBS er ved avdeling G og Kamfjord, i tillegg til samtlige avdelinger ved SMS. Bemanningen ved SMS må ses i sammenheng med pasientgruppene der, som krever aktiv medisinsk behandling/rehabilitering.

### 2.2.2 Årsverk og bemanning natt tjenesten

Tabellen viser bemanningen på natt på de ulike kommunale institusjonene og bofellesskap for personer med demens.

Institusjon	Antall pasienter	Antall ansatte pr. natt	Antall pasienter pr. ansatt på natt	Antall sykepleiere på natt	Antall pasienter pr. sykepleier
Ranvikskogen	16	1	16,0	0	0
Nygårdsvollen	16	1	16,0	0	0
Bokeveien	16	1	16,0	0	0
Soletunet	72	5	14,4	1	72
Andebu	39	3	13,0	1	39
Nygård	136	10	13,6	3	45
Kamfjord	64	8	8,0	1	64
SMS - rehab/korttid	18	2	9,0	1	18
SMS - intermediær/ØHD	22	2	11,0	1	22
SMS - lindrende/korttid	19	2	9,5	1	19
<b>Gjennomsnitt</b>			<b>11,7</b>		<b>45,3</b>

Både bemanning og fag andel på natt er gjort rede for i undersøkelse etter varsel på Nygård bo- og behandlingssenter i rapport av 22.06.2023. Her ble det innhentet data fra samtlige enheter (med unntak av SMS), og sammenliknet med liknende tjenester/ enheter i Vestfold (pkt.3.2 og 3.3).

Tabellen over viser at det i BBS er Kamfjord som totalt har høyeste bemanning på natt, mens Nygård har flest sykepleiere totalt.

Det kommer frem av tabellen at Andebu har den høyeste andelen sykepleierdekning pr. pasient. Her er 1 av tre nattevakter sykepleier. Samtidig er det slik at sykepleier er en del av grunnbemanningen (1 av 3) ved de tre avdelingene. Dette er også tilfellet ved de andre

enhetene i BBS med unntak av Nygård, som den eneste enheten der tre sykepleiere på natt er i tillegg til at det er helsefagarbeidere på hver avdeling.

### 3. VALG AV METODE

#### 3.1 PRIMÆRDATA

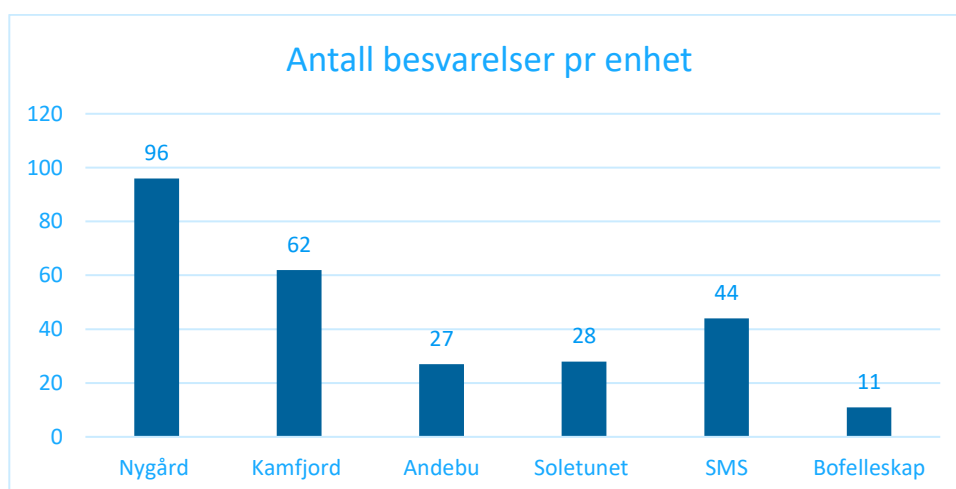
Ved gjennomgang av styrings- og kvalitetsindikatorer, ønsket partssammensatt gruppe en datainnsamling for å kartlegge det forespurte. Det ble gjennomført to kvantitative og anonyme spørreundersøkelser, den ene rettet til medarbeidere og den andre til deres ledere.

Undersøkelsen er utarbeidet med lukkede spørsmål og svaralternativer. Den er sendt elektronisk til samtlige medarbeidere, slik at resultatene skulle være mest mulig representative. Spørsmål som er valgt ut er supplerende som datasamlingsgrunnlag, jamfør mandat for rapport. Spørreundersøkelsene tar for seg forhold som er nært forbundet med hverandre slik som; kvalitet, kompetanse, organisering og ledelse. Videre er det en sterk sammenheng mellom de ulike forhold da de kan påvirke hverandre.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til totalt ca. 1000 medarbeidere tilknyttet avdelingene. 283 medarbeidere har besvart undersøkelsen. Svarprosenten på denne undersøkelsen var dessverre lav, til tross for gjentakende oppfordringer om å gjennomføre undersøkelsen. Under 30 % samlet for ansatte/vikarer, hvorav 37 % for faste ansatte.

En slik svarprosent er normalt for lav til å gi et representativt bilde, men som følge av kort gjennomføringstid for arbeidsgruppen er resultatene likevel presentert og lagt vekt på i denne rapporten.

Slik er fordelingen av antall medarbeidere blant enhetene som har besvart undersøkelsen:



Undersøkelsen ble sendt til 281 medarbeidere på Nygård, 179 på Kamfjord, 85 på Andebu bo- og behandlingssenter, 187 på Soletunet, 185 på SMS og 80 ved bofelleskapene.



Antall svar pr enhet/hus må ses i sammenheng med antall ansatte pr enhet/hus.

Flere av de samme spørsmålene ble i tillegg sendt ut i spørreundersøkelse til ledere, 21 av 27 besvarte denne. Enkelte av spørsmålene ble omformulert til ledere med utgangspunkt i leders ståsted, for en bredere forståelse av arbeidssituasjonen, bakgrunn og sammenhenger.

78,9 % av medarbeidere som har besvart undersøkelsen har en formell utdanning, dvs. 43,7 % helsefagarbeidere og 35 % sykepleiere/vernepleiere. 14,7 % er pleiemedhjelpere uten formell kompetanse, det er her ikke stilt spørsmål hvorvidt de er i et studieløp. 6,6 % har besvart med annet.

### 3.2 SEKUNDÆRDATA

I tillegg til spørreundersøkelsen er sekundærdata innhentet. Særlig siden svarprosenten er lav er sekundærdataene viktige for å kunne understøtte funn i spørreundersøkelsen.

Sekundærdata som trekkes frem er dimensjoner knyttet til kvalitetsbegrepet; den subjektive opplevelsen av kvalitet, faglig innhold i tjenestene og det systematiske arbeidet i tråd med internkontroll, og forbedringsarbeid;

- Brukererfaringer fra pasient- og pårørendeundersøkelsen
- Gjennomgang av fag andel/fagdekning pr enhet
- Gjennomgang av kvalitetsindikatorerne i pasientdokumentasjonen ved utvalg av pasientmålgruppe ved BBS: IPLOS kartlegging, legemiddelgjennomgang, livshistorie, aktivitetsplan, kartlegging av fallrisiko og ernæringsstatus
- Gjennomgang av kvalitetsindikatorerne ved SMS: IPLOS, Innkomstsamtale, Mål for oppholdet, Kartlegging av ernæringsstatus
- Internkontroll og forbedringsarbeid
- Avvik i Sandefjord kommunes kvalitetssystem – Compilo, i perioden 01.01. – 22.09.2023
- Fritekstkommentarer i 10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse 2022

### 3.3 SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN

Arbeidsgruppen har hatt svært begrenset tid til rådighet å gjennomføre og konkludere i denne undersøkelsen.

Det ble for å kartlegge de forespurte områder sendt ut en anonym spørreundersøkelse. Svarprosenten etter to uker var kun på 29 %. Dette er en svært lav prosent med tanke på validitet.

I undersøkelsen er det ikke åpnet for fritekst, som i enkelte tilfeller kan være oppklarende. Dette med bakgrunn i at ett enkelt fritekstfelt ville kunne føre til tusen svar til gjennomgang, noe det ikke var tid til innenfor tidsrammen som var satt av til arbeidet.



Utvalget av øvrige indikatorer som er valgt ut for å understøtte konklusjoner, er ikke uttømmende, og det kan ikke utelukkes spuriøse sammenhenger, altså at en sammenheng fremstår som et årsak-virknings forhold, men ikke er det.

«God bemanning», «Omsorg og kvalitet i tjenesten» og «tjenester innenfor lov og avtaleverk» er videre omfattende og komplekse begreper som neppe lar seg avgrense til kun de sammenhenger som det er valgt å se på i denne undersøkelsen.

Arbeidsgruppen vil derfor presisere at rapporten kun er å anse som en indikator på sammenhenger eller forhold det kan være nødvendig, nyttig eller interessant å se videre på, men at å trekke konklusjoner om klare årsakssammenhenger ville kreve et mye grundigere arbeid enn det arbeidsgruppen har hatt mulighet til å gjennomføre innenfor tidsrammen.

## 4. PRESENTASJON AV FUNN

I punkt 4 og 5 presenteres funn fra de kvantitative spørreundersøkelsene, samt andre utvalgte indikatorer som kan indikere sammenhenger.

### 4.1 HVORDAN ER ARBEIDS OG BEMANNINGSSITUASJONEN FOR DE ANSATTE OG OPPLEVES ARBEIDSMILJØET FORSVARLIG, I TRÅD MED LOV OG AVTALEVERK

Denne delen av undersøkelsen tar sikte på å danne et bilde av arbeidssituasjonen for de ansatte med tanke på bemanningssituasjon og vurdering av forsvarlighet i arbeidsmiljøet.

Arbeidsgiver skal sørge for at ansatte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø jf. arbeidsmiljølovens § 4-1 (1). I sektorer hvor uheldige hendelser allikevel er påregnelig, må arbeidsgiver jobbe kontinuerlig med forebyggende arbeid for å redusere risikoen for hendelser og dermed sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø.

Spørsmål fra den kvantitative undersøkelsen er primærdata som presenteres først, deretter vil vi trekke inn sekundærdata for å se etter eventuell samvariasjon.

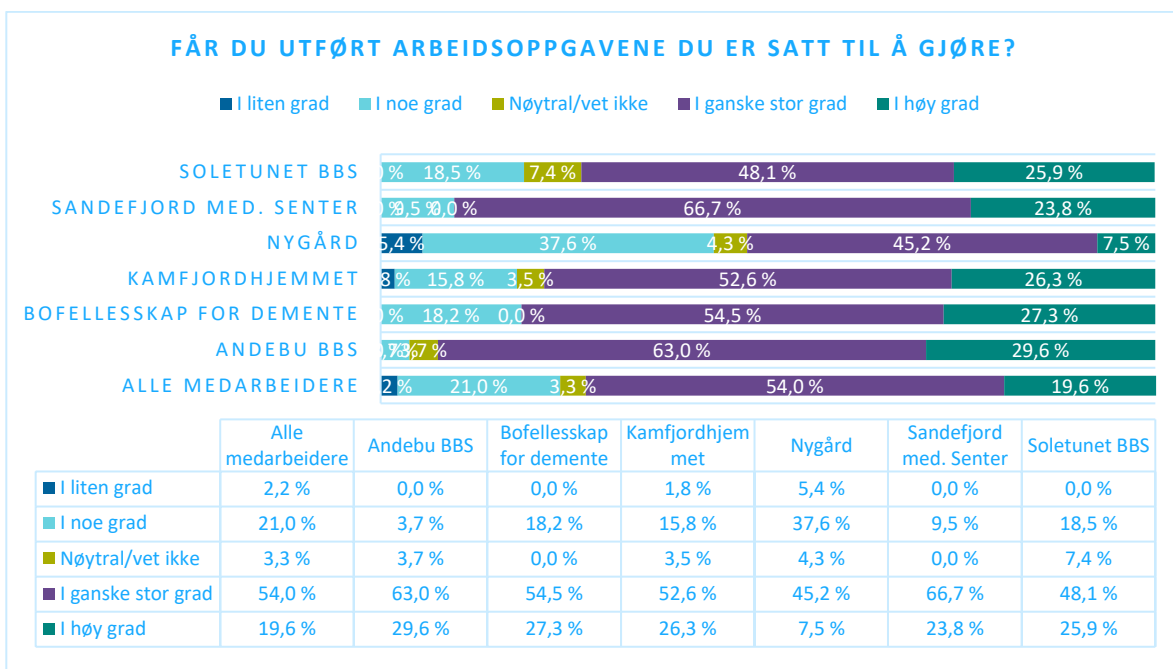
Sekundærdata til punkt 4.1 mv. Er

- Utdrag av kommentarrapport fra 10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse
- Score fra 10-FAKTOR undersøkelsen
- Avvik fra kvalitetssystemet Compilo

#### 4.1.1 Får du utført arbeidsoppgavene du er satt til å gjøre?

Et av spørsmålene i undersøkelsen er om de ansatte opplever å ha nok tid til å få utført arbeidsoppgavene de er satt til å gjøre.





#### Får du utført arbeidsoppgavene du er satt til å gjøre?

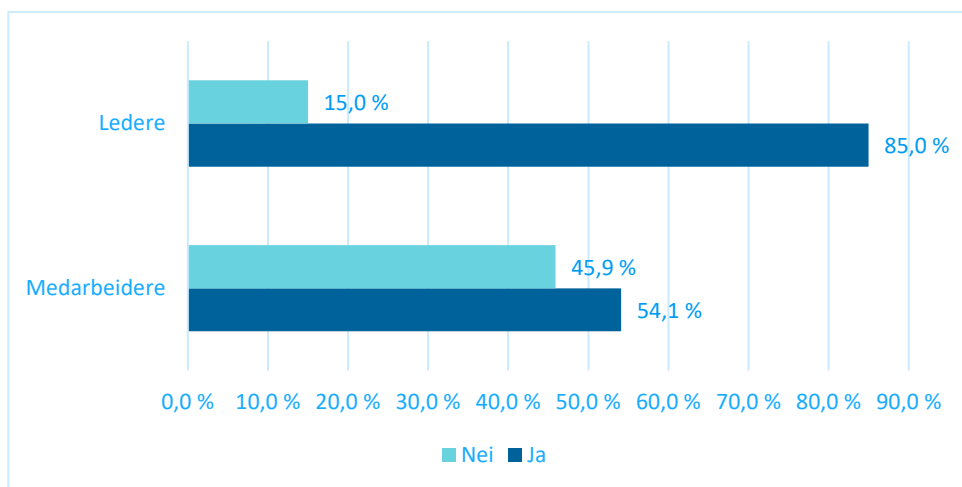
73,6 % av medarbeiderne svarer at de får utført arbeidsoppgavene de er satt til å gjøre i ganske stor grad eller i høy grad, 21 % svarer i noen grad og 2,2 % i liten grad og 3,3% nøytralt/vet ikke. Ledere fikk spørsmålet «Opplever du at dine ansatte får utført arbeidsoppgavene de er satt til å gjøre?». 85 % av lederne svarer at de opplever dette i ganske stor grad eller i høy grad og 15 % at de i liten grad opplever dette.

Ved SMS er svarprosenten 90,5% blant medarbeiderne på ganske stor grad og i høy grad, Soletunet BBS 74% og henholdsvis 78,9% ved Kamfjord BBS og Nygård BBS lavest andel for dette, 52,7%.

Andebu bo og behandlingssenter svarer høyest andel av medarbeidere at de i høy eller ganske stor grad får utført de arbeidsoppgavene de er satt til å gjøre, 92,6% svarer dette.

Funnet kan ha direkte sammenheng med at Andebu bo- og behandlingssenter BBS, fra våren 2023, har vært med på et pilotprosjekt «Tid for endring- bærekraftig og fremoverlent eldreomsorg», som er knyttet opp mot Helsepersonellkommissjonens rapport og oppgaveglidning. I forbindelse med prosjektet er medarbeidernes kompetanse kartlagt for å organisere oppgavene, slik at helsepersonell i større grad nyttiggjør sin kompetanse ved kompetanseorienterte arbeidsoppgaver.

#### 4.1.2 Opplever du at det er tilstrekkelig tid til pasientdokumentasjon?

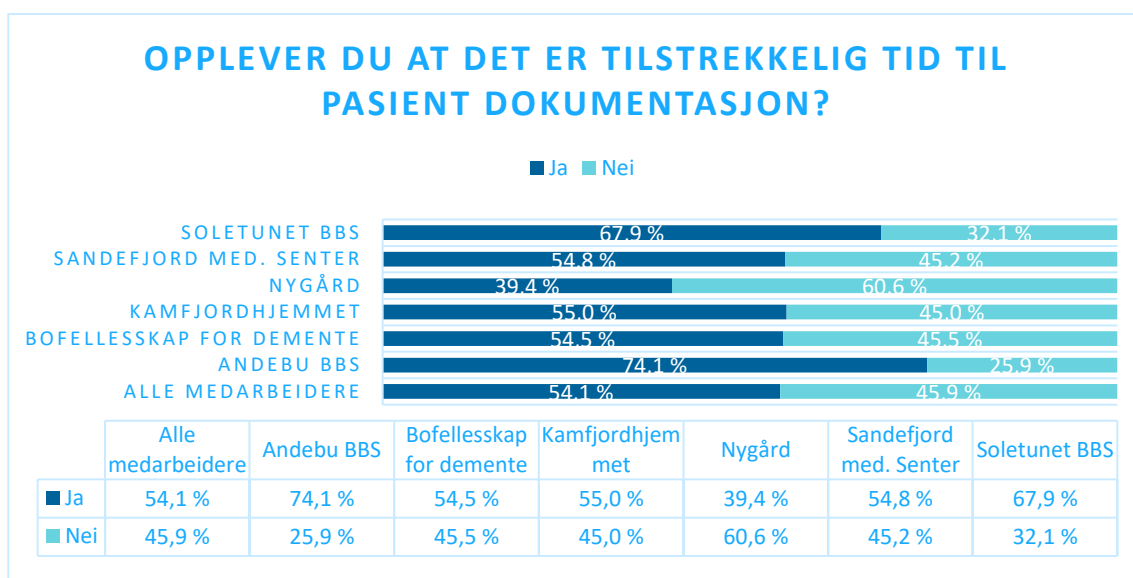


Opplever du at det er tilstrekkelig tid til dokumentasjon?

Å være oppdatert på pasientdokumentasjon er en forutsetning for å kunne løse arbeidsoppgavene knyttet til hver pasient.

Ved Andebu bo- og behandlingssenter er det flest andeler i prosent av medarbeidere som svarer ja til spørsmål om det er tilstrekkelig tid til pasientdokumentasjon, mens det ved Nygård BBS er lavest andel i prosent blant enhetene når vi sammenlikner.

85% av ledere svarer at de opplever at de ansatte har tilstrekkelig tid til pasient dokumentasjon, mens 54,1% av medarbeiderne opplever at de har tilstrekkelig tid til pasientdokumentasjon. Her er det altså et relativt stort sprik i leders oppfatning av at de ansatte har tid til dokumentasjon, og de ansattes subjektive opplevelse av dette.



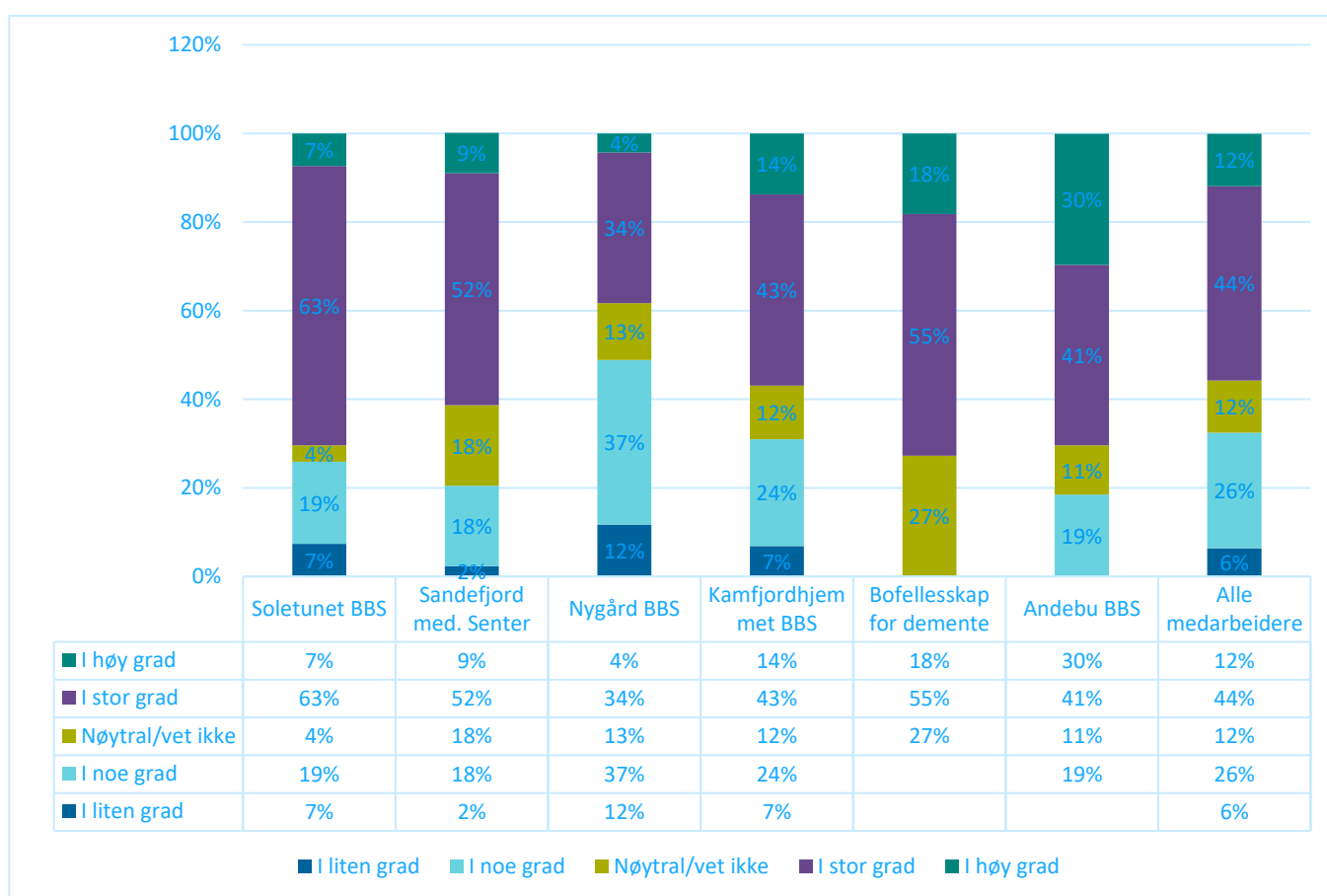
pr. enhet Opplever du at det er tilstrekkelig tid til pasient dokumentasjon?

Nygård sykehjem har flest medarbeidere (60,6%) som svarer at de ikke opplever tilstrekkelig tid til pasientdokumentasjon.

Data fra fritekstbesvarelsen fra 10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse, viser at det i de tilfeller det pekes på forhold som kan sees i sammenheng med punktene ovenfor er dette

- Arbeidsoppgavene er for mange
- For mange arbeidsoppgaver er ikke-pasient relaterte
- Det går for mye tid til dokumentasjon
- U hensiktsmessig oppgavefordeling

#### 4.1.3 Opplever du at det er en god fordeling av arbeidsmengde mellom ansatte på den enkelte vakt?

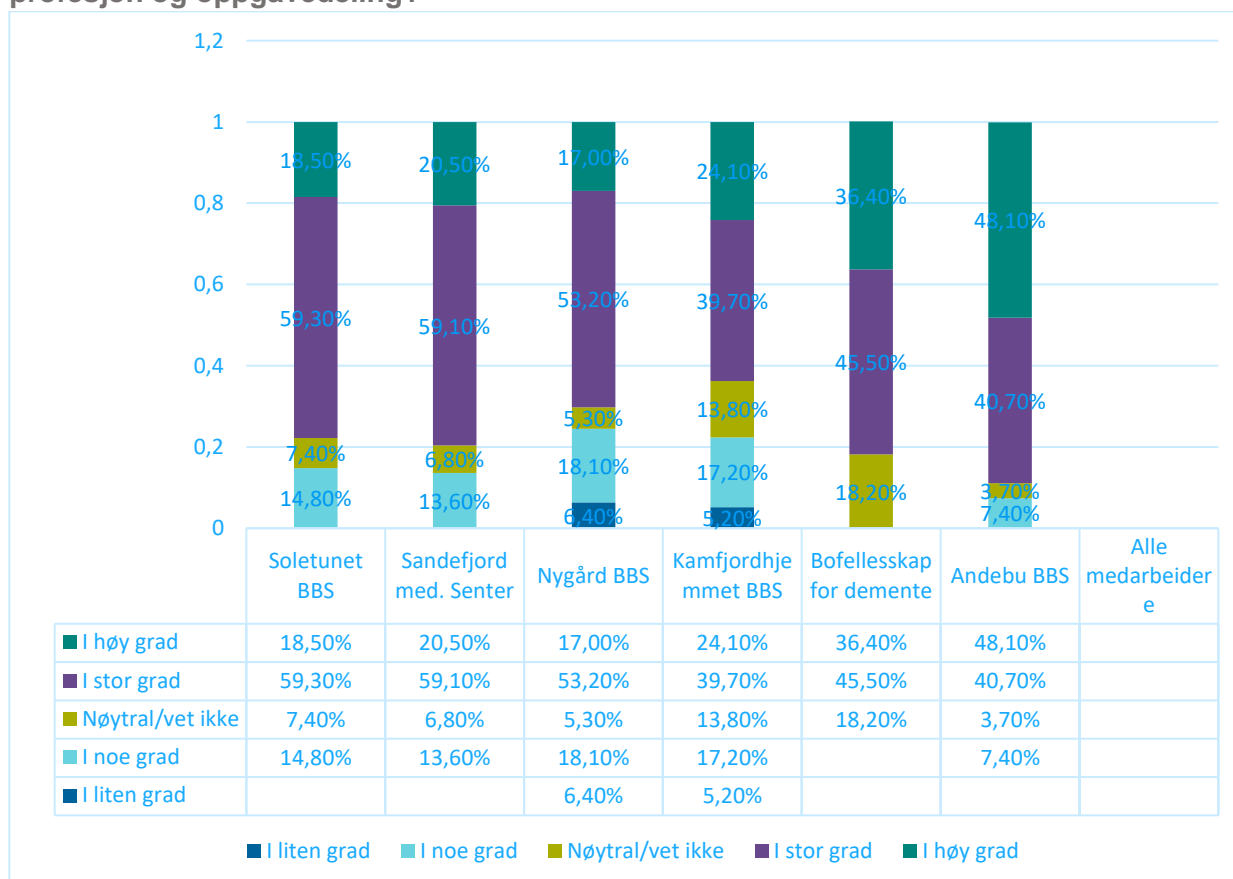


Opplever du at det er en god fordeling av arbeidsmengde mellom ansatte på den enkelte vakt?

En god fordeling av arbeidsmengde på den enkelte vakt, og dermed god oppgavefordeling er en viktig faktor for om den ansatte opplever å få utført arbeidsoppgavene sine på jobb.

Prosentandelen svar vist over viser at prosentandelen som opplever det i stor og høy grad er størst ved Soletunet BBS, 70 % svarer i stor og høy grad, ved Bofelleskap for demente svarer 73 prosentandel i stor og høy grad, Andebu BBS 71 % i stor og høy grad, mens prosentandelen på de som svarer i noe grad og liten grad er høyest ved Nygård BBS etterfulgt av Kamfjord BBS.

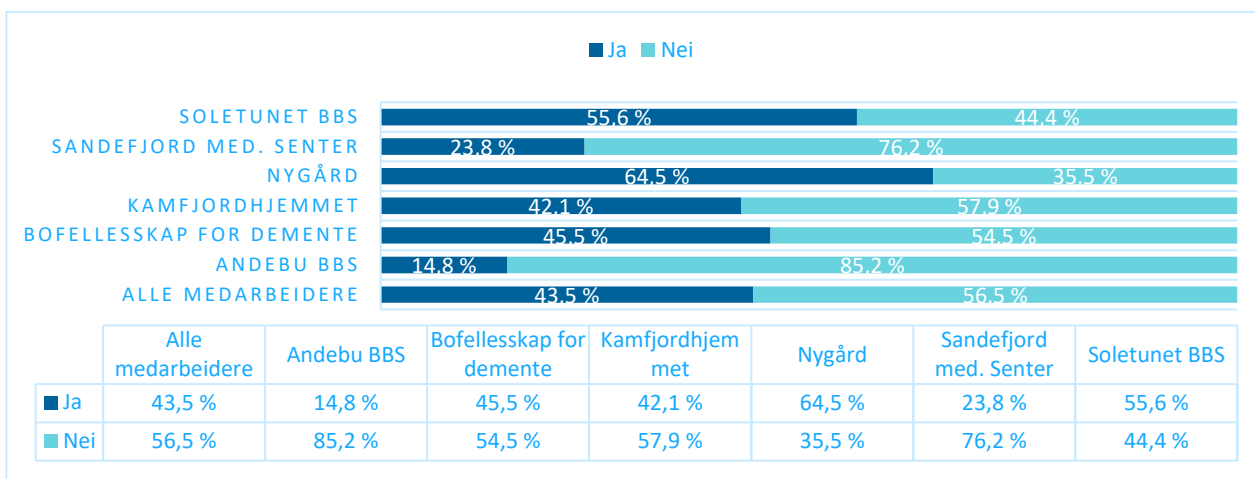
#### 4.1.4 Opplever du at din avdeling har søkelys på å hjelpe hverandre uavhengig av profesjon og oppgavedeling?



Opplever du at din avdeling har søkelys på å hjelpe hverandre uavhengig av profesjon og oppgavedeling

Medarbeiderne er også spurt om de opplever «at din avdeling har søkelys på å hjelpe hverandre, uavhengig av profesjon og oppgavedeling?» Ved Andebu BBS svarer høyest prosentandel at de i høy og stor grad opplever dette 88,8 % svaret dette. Ved bofelleskap for demente svarer 81,9 prosentandel dette. Etterfulgt av SMS hvor 79,6 prosentandel svarer dette, Soletunet 77 prosentandel og Nygård BBS med 70,2 prosentandel,

#### 4.1.5 Har du det siste året vurdert å bytte jobb pga. forhold på arbeidsplassen?



*Har du det siste året vurdert å bytte jobb pga. forhold på arbeidsplassen?*

På spørsmål om medarbeiderne det siste året har vurdert å bytte jobb pga. forholdene på arbeidsplassen svarer 43,5 % ja og 56,5 % nei. Her er ordlyden «på grunn av forhold på arbeidsplassen» valgt for å forsøke å utelukke irrelevante årsaker i denne sammenhengen.

Nygård BBS skiller seg her ut med høyest prosentandel som har vurdert å bytte jobb

Det er ved Andebu bo- og behandlingssenter flest andeler av medarbeidere som svarer nei på dette spørsmålet (85,2%), mens ved Nygård bo- og behandlingssenter er det flest som svarer ja på dette (64,5%), etterfulgt av Soletunet BBS med 55,6% og Kamfjord bo- og behandlingssenter med 42,1%

#### 4.1.6 Melder du avvik når det er nødvendig?

Hensikten med å melde avvik er å forhindre at de samme avvikene skjer gang på gang, og med det redusere risikoen for uønskede hendelser og bidra til et tryggere arbeidsmiljø.

På spørsmål om de ansatte skriver avvik når det er nødvendig svarer bare 28,4 % av medarbeiderne at de alltid skriver avvik når det er nødvendig.

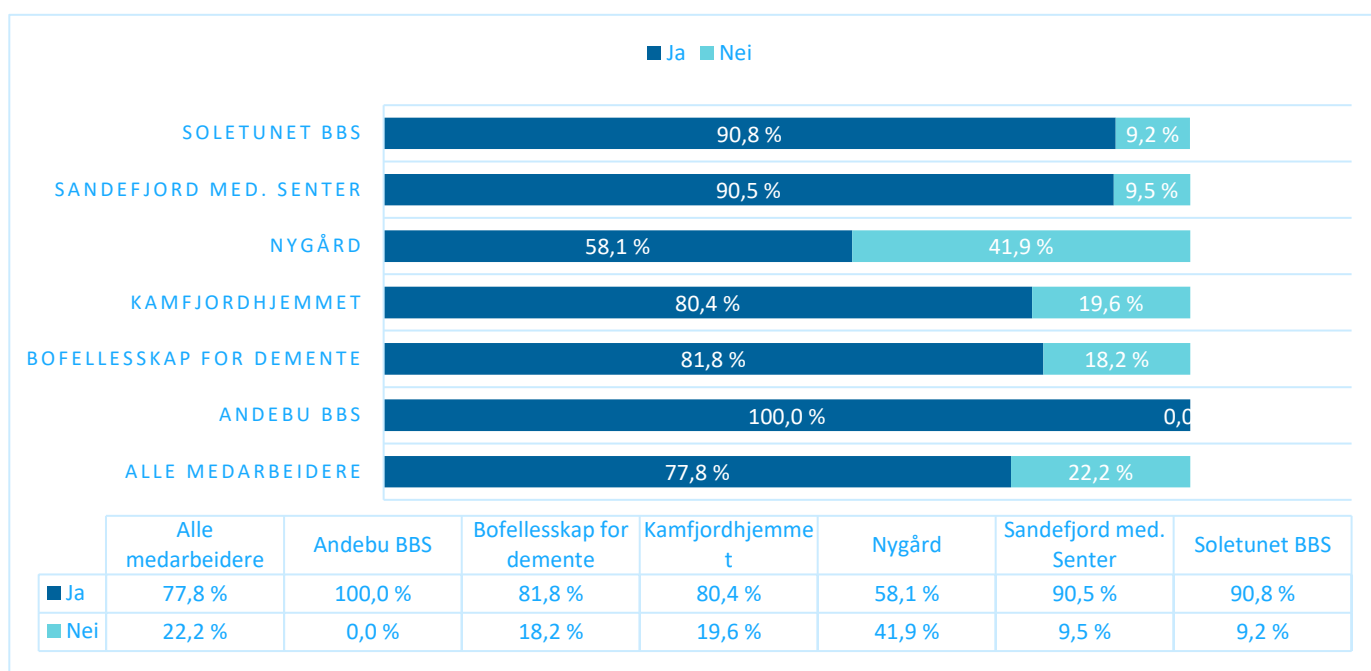
Av og til	48%
Nei	4%
Har ikke tid	9,1%
Nei, jeg opplever ikke at det skjer noe	5,8%

Lederne derimot svarer 100 % på at de oppfordrer sine ansatte til å rapportere avvik.

Andebu bo- og behandlingssenter har høyest andel medarbeidere som svarer at de alltid skriver avvik (37%) og Nygård sykehjem lavest svarprosent, hvor 16,1% svarer at de alltid skriver avvik, sammen med prosentandelen på av og til er det på 66,6%.

Samtidig svarer 94,5% av medarbeiderne i undersøkelsen at de ville meldt fra dersom de opplever kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

#### 4.1.7 Opplever du å ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø?



#### Opplever du å ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø?

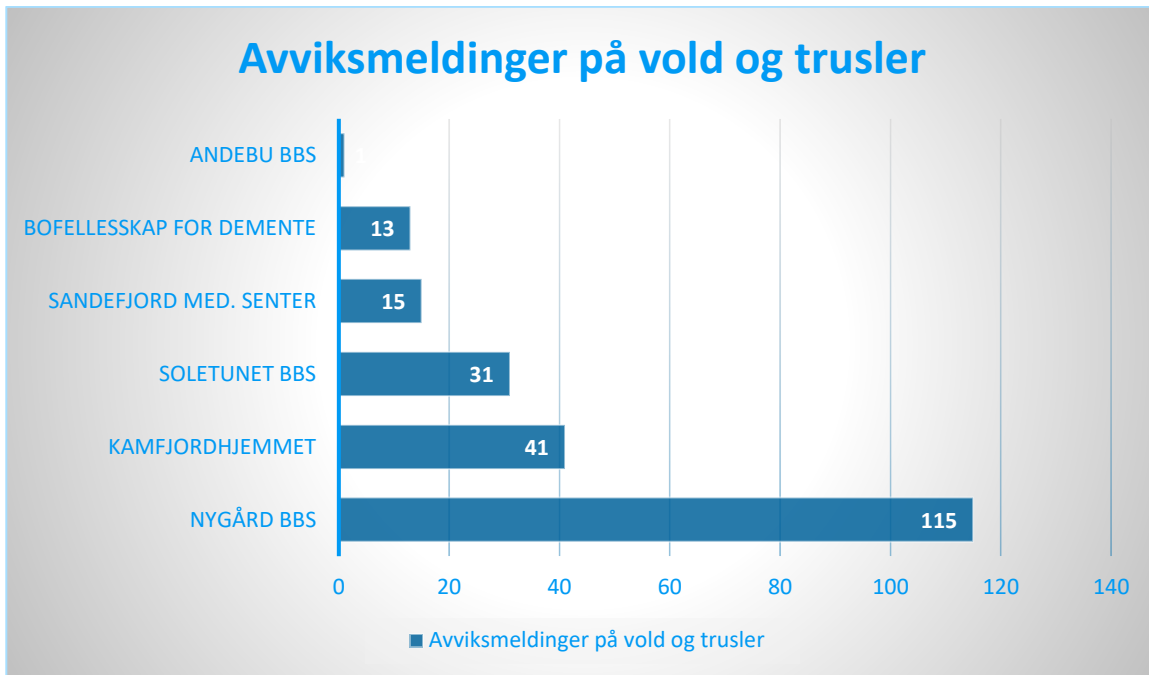
En stor andel (75,1%) svarer at de opplever å ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø, her er det noen forskjeller ved de ulike enhetene.

Ved Andebu bo- og behandlingssenter svarer 100 % ja på spørsmålet om dette. Prosentandelen ved Nygård bo- og behandlingssenter er 58,1%.

Til sammenligning svarer 80,4% på Kamfjord bo- og behandlingssenter at de opplever å ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø.

Innrapportering av avvik kan gi en indikasjon på forhold som kan påvirke opplevelsen av et forsvarlig arbeidsmiljø. Vi har her sett på vold og trusler ved de utvalgte tjenestesteder.





Avviksmeldinger på vold og trusler pr. enhet

Det er rapportert flest avvik ved Nygård sykehjem som omhandler vold og trusler; 115 av 172 avvik. Altså, mer enn halvpartene av alle HMS-avvik.

Vold og trusler som kategori er rapportert mest på avdeling G, 56,2 % av tilfellene og 9 avvik, deretter er det avdeling fag og fellesfunksjoner (natt) med 17,1 % og 18 avvik.

Til sammenligning er det i samme periode rapportert om 41 avvik om vold og trusler ved Kamfjord BBS, Soletunet BBS 31, SMS 15, bofellesskap for demente 13 og Andebu BBS kun 1 avvik.

Oversikten viser store forskjeller i rapportering av avvik. Årsaken til dette er usikker; det kan være reelle forskjeller knyttet til vold og trusler, men kan også bety at rapportering av avvik ikke prioriteres blant de ansatte. Institusjonenes størrelse må også ses i sammenheng med antall meldte avvik.

#### 4.1.8 Resultater fra 10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse 2022

Sandefjord kommune bruker KF's medarbeiderundersøkelse 10-FAKTOR. 10-FAKTOR er både en medarbeiderundersøkelse og et utviklingsverktøy. I undersøkelsen måles faktorer som er ansett som avgjørende for at organisasjonen skal oppnå gode resultater. Eksempelvis et arbeidsmiljø som fremmer mestring, autonomi, læring, og deling av kunnskap og kompetanse. De ti faktorer som måles er medarbeidernes oppfattelse av å ha indre motivasjon, autonomi, relevant kompetanseutvikling, bruk av sin kompetanse, fleksibilitetsvilje, ha en mestringsorientert leder, et godt mestringsklima, rolleklarhet og prososial motivasjon.

10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse ble sist gjennomført november 2022, neste måling gjennomføres høst 2024. I perioden mellom at resultat foreligger og ny undersøkelse, skal hver leder ved sin avdeling jobbe målrettet med målbilder og tiltak til utvalgte faktorer som har scoret lavt.

Resultatene for enhetene i undersøkelsen er gjennomgående gode. Vedlagt en presentasjon av resultatene på aggregert nivå, altså samlet for hele enheter. Variasjonen er større når en se på enhetene enkeltvis, men blir for voluminøst å presentere i tabellform.

FAKTOR	Nygård	SMS	Kamfjord	Soletunet	Andebu	Bo-felleskap	Stokke BOB	Sandefjord	PLO Inst.
1. Indre motivasjon	4,2	4,2	4,2	4,1	4,2	4,1	4,3	4,2	4,1
2. Mestringstro	4,4	4,4	4,4	4,3	4,3	4,4	4,3	4,4	4,3
3. Autonomi	4,2	4,4	4,2	4,2	4,2	4,1	4,3	4,3	4,2
4. Bruk av kompetanse	4,3	4,4	4,3	4,2	4,3	4,2	4,4	4,3	4,2
5. Mestringsorientert ledelse	4,2	4,1	4,2	4,1	4,6	4,1	4,4	4,1	3,9
6. Rolleklarhet	4,5	4,5	4,6	4,5	4,4	4,6	4,5	4,4	4,4
7. Relevant kompetanseutvikling	4	3,8	4,1	3,9	4,3	4	3,9	3,8	3,7
8. Fleksibilitetsvilje	4,5	4,4	4,5	4,4	4,5	4,5	4,4	4,5	4,5
9. Mestringsklima	4,2	4,3	4,4	4,1	4,5	4,2	4,2	4,2	4,1
10. Prososial motivasjon	4,7	4,7	4,8	4,7	4,8	4,6	4,8	4,7	4,7

#### 4.1.9 Oppsummert

Innledningsvis må det igjen bemerkes at der hvor det kun ses på svar fra spørreundersøkelsen tolkes med varsomhet, gitt den lave svarprosenten. Tolkning av disse forholdene gir en best indikasjon der hvor sekundærdata også gir noe veiledning.

Svar fra undersøkelsen, utdrag fra kommentarrapport fra 10-FAKTOR medarbeiderundersøkelse og enkelte avvik indikerer at en del ansatte har en opplevelse av at de ikke får utført arbeidsoppgavene sine. Her er det ulikheter i hvor stor grad mellom enhetene. Det er også variasjon mellom tjenestestedene på i hvor stor grad det oppleves at det er god fordeling av arbeidsmengde mellom de ansatte på hver vakt, og til sist også i opplevelsen av i hvor stor grad avdelingene har en kultur for samarbeid og gjøre hverandre gode.

Oversikten i punkt 2.2.1 viser at Sandefjord ligger over norm i pleiefaktor pr pasient, og ifølge denne indikatoren er godt bemannet. En gjennomgang av grunnbemanning, sett i lys av faktisk

bemannings og det som i snitt er brukt i pleiefaktor dag kveld viser at unntakene er Kamfjord BBS 1CD,2 CD, Solstua og Stokke BOB. De har en pleiefaktor i faktisk bemanning, helt i tråd med planlagt pleiefaktor sett også opp mot pasientmålgruppen som ivaretas her og ligger ikke over norm i pleiefaktor per pasient.

Det er mange forhold som kan spille inn med hensyn til bemanning, et som er trukket frem i forbindelse med Nygård, er de lange avstandene ved å ha mindre bogrupper, altså bygningsmessig/fysiske rammer. Dette er nytt for Nygård (det nye bygg) samtidig som det har vært en utfordring også ved andre avdelinger i BBS. For eksempel har Solstua som avdeling både ganger og 4 team for å ivareta pasientmålgruppen i mindre enheter. Det samme er det Soltoppen der avdelingen er delt inn i 2 etasjer.

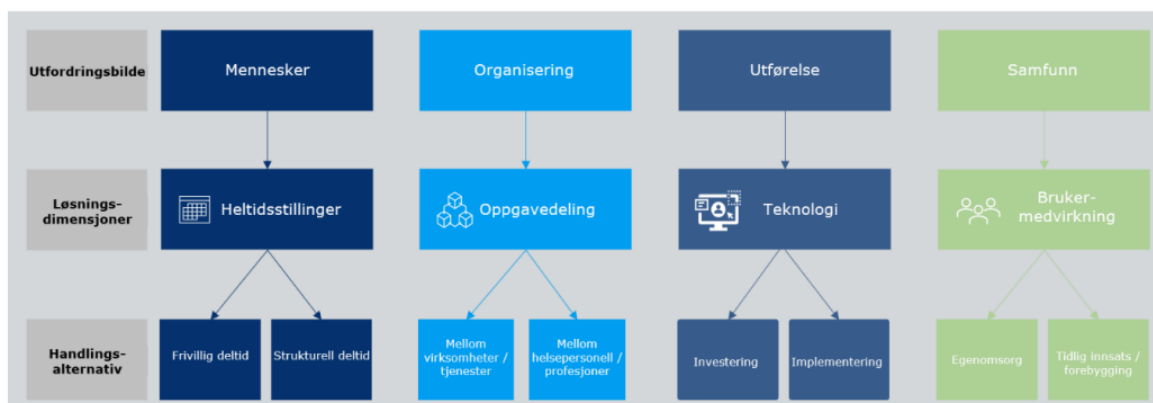
Kommunal sektor står ovenfor flere utfordringer i fremtiden. Vi går nå inn i en tid hvor behovet for helsetjenester vil akselerere og gi en dramatisk økning i det forventede behovet for årsverk. Oppgavene blir, sammen med sykdomsbildet til pasienten, stadig mer komplekst. Noe som øker presset på ressurser, kompetanse og kapasitet. Frem mot 2060 er det ventet at behovet for årsverk i sektoren vil mer enn dobles, og at det vil legge beslag på mer enn 30 prosent av arbeidsstyrken. Det er bred enighet om at rekruttering alene ikke kan løse disse utfordringene.

Utfordringene krever en omstillingsdyktig helsesektor. Tjenesteinnovasjon og digitaliseringsaktiviteter må bidra til å redusere behovet for personell og forenkle hverdagen til ansatte (KS).

En undersøkelse Rambøll har gjort for KS peker også på dette; det er essensielt å spørre hvilket potensial som ligger i nye arbeidsformer. Dette fordrer å identifisere hvilke oppgaver det gjelder, hvordan oppgavene kan løses på nye måter, og hva som skal til for å skape en ny og effektiv oppgavefordeling. Flere kommuner og sektorer har allerede gjort tilsvarende arbeid og melder om gode resultater. Også i Sandefjord kommune er tilsvarende arbeid gjort og har resultater til etterlevelse og med overføringsverdi til øvrige tjenestesteder.

Optimal oppgavefordeling er avgjørende for produktivitet og kapasitet i helse- og omsorgssektoren. Bedre utnyttelse og fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper, kan øke produktiviteten og kapasiteten til den eksisterende arbeidskraften.

*Rambøll - Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner*



Tilbake til funnene i denne rapport bør institusjoner/ avdelinger vurdere om funnene er representative for sin enhet, og i så tilfelle;

- Identifisere hemmere for løsning av arbeidsoppgaver
- Følge anbefalingene til oppfølging i rapportens punkt 5

Det er høy grad av rapportering på vold og trusler ved enkelte tjenestesteder. De fleste tjenestesteder melder om dette, men det er variasjoner mellom enhetene på antall avvik. Dette knytter seg også til at det er ulikheter i pasientgrupper med atferdsproblematikk ved de ulike enhetene. Alvorlighetsgraden varierer også. Dette viser at de ansatte er utsatt for hendelser som er uheldige, men dette er også påregnelig gitt pasientgruppen. Konsekvenser av slike hendelser er kjente arbeidsrelaterte helsebelastninger som vi vet kan få konsekvenser over tid.

Det er ulik kompetanse på målgruppen pasienter, dette kan påvirke antall meldte avvik og det er viktig å kjenne til lokale forhold som kan ha betydning. Høyere kompetanse rundt atferdsproblematikk, pasientmålgruppe og sykdom kan resultere i større grad av forebyggingsarbeid, som igjen kan gi en reduksjon i forekomst av antall hendelser og meldte avvik. Samtidig som det er variasjoner og forskjeller på hva som oppleves som en slik hendelse, videre hva som skal meldes som et avvik, og sier noe om avvikskulturen.

I møte med fremtidige utfordringer må en anta at det blir mer slik atferd ute på avdelingene. Dette handler om den demografiske utviklingen og framskrivninger på utfordringer, også på kompetanse.

Som en del av det systematiske HMS-arbeidet anbefales det at tjenestestedene;

- Sørger for opplæring i håndtering av hendelser med et mål om å forebygge helseplager, skader og sykdom som følge av hendelser knyttet til vold og trusler
- Sørger for relevant kompetanse til målgruppen pasienter

Videre anbefaling i rapportens siste del.

## 4.2 GIS DET GOD KVALITET I TJENESTENE OG ER VI INNENFOR LOVER OG REGLER?

BBS og SMS har som mål å legge til rette for at tjenesten overholder lovpålagte oppgaver, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres. BBS strategiske kompetanseplan belyser nærmere hvordan seksjonen arbeider systematisk med fag- og kompetanseutvikling, og er et eksempel på dette.

Kravene til kvalitet i helsetjenesten handler om å yte forsvarlig helsehjelp, samtidig som de forplikter oss til å selv gjennomgå og rette opp i egen svikt. Dette må ses i lys av faglig forsvarlighet, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det er i tillegg flere forhold og faktorer som spiller en rolle her; bemanning og hjelpebehov/pleietyngde, kompetanse, organisatoriske forhold, arbeidsmiljø og enhetens fysiske utforming er



bare noen eksempler. Sammenhengene kan være komplekse, og samtlige kan påvirke rammevilkår for faglig forsvarlig yrkesutøvelse.

For å belyse kvaliteten i tjenestene er det tatt utgangspunkt i dimensjoner knyttet til kvalitetsbegrepet: funn fra primær- og sekundær data trekkes frem her som kilder for helhetlige forklaringer for å beskrive både det som fungerer og ikke minst hvor forbedringsarbeid bør prioriteres fremover.

#### 4.2.1 Brukererfaringer

Brukererfaringer fra pasienter og pårørende er grunnlag for kvalitetsforbedring og forbedringsarbeid. Seksjonen BBS har siden 2020 gjennomført pasient og pårørende undersøkelse annethvert år med utarbeidelse av handlingsplan på institusjons- og avdelingsnivå og benytter seg av bedrekommune.no.

Det er et pågående arbeid i forbindelse med årets pasient- og pårørendeundersøkelse. Begge ble gjennomført i perioden 1.april - 4.juni 2023. Planen er at det skal utarbeides handlingsplan i den enkelte avdeling, ansvarlig for gjennomføring er avdelingsledere. Prosessen etter dette er at de behandles som sak i ledergruppen BBS og kvalitetsutvalget i BBS, for en samlet handlingsplan for seksjonen. Videre vil handlingsplan for seksjonen meldes inn som sak i HSO utvalget innen utgangen av 2023.

Det ble gjennomført brukerundersøkelse ved SMS i 2021, og er planlagt for tilsvarende undersøkelse i løpet av høsten 2023. På grunn av pandemien ble det ikke gjennomført pårørendeundersøkelse i 2021.

En forenklet versjon av brukerundersøkelsen fra bedrekommune.no er valgt for pasienter. Undersøkelsen har tre alternative svar på besvarelsene (skår 1: nei, skår 2: ja, og vet ikke).

Ved årets pasientundersøkelse i BBS (2023) var det 187 av 202 pasienter som besvarte denne. På mange av spørsmålene er det ingen endring i skår/ tilfredshet fra første gang undersøkelsen ble gjennomført (2020). Snitt totalt er uforandret og på 1,9 av 2 i totalt skår for undersøkelsen, tilsvarende er landsgjennomsnittet når vi sammenlikner oss med andre kommuner. Undersøkelsen fra BBS viser en forbedring/høyere skår fra forrige undersøkelse i BBS når det gjelder trivsel på rom, området som viser lavere skår fra forrige undersøkelse handler om at pasienter ikke benytter seg av aktivitetstilbudet. For SMS var det i brukerundersøkelsen i 2021 32 pasienter som besvarte, tilsvarende 53% av de spurte. Her var det et snitt på 2 på samtlige spørsmål, med unntatt av "Jeg er fornøyd med maten jeg får" = 1,9 og "Jeg benytter meg av aktivitetstilbud" =1,7.

	BBS 2021	SMS 2021	BBS 2023	Gj.Norge 2023
Jeg får den hjelpen jeg har behov for	1,9	2	1,9	1,9
Jeg er fornøyd med maten jeg får	1,9	1,9	1,9	1,9
Jeg benytter meg av aktivitetstilbudet	1,7	1,7	1,6	1,6

Jeg trives på rommet/ leiligheten	1,9	2	2	1,9
Jeg trives sammen med de ansatte	2	2	2	2
Jeg blir hørt når jeg gir uttrykk for hvordan jeg vil ha det	1,9	2	1,9	1,9
De ansatte behandler meg med respekt	2	2	2	2
Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det	1,9	2	1,9	1,9
De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem	2	2	2	1,9
Alt i alt, jeg er fornøyd med sykehjemmet/omsorgsboligen der jeg bor	2	2	2	1,9
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>

#### Pasientundersøkelsen BBS og SMS

BBS gjennomførte pårørendeundersøkelsen for første gang i 2020, der 151 av 314 pårørende besvarte denne. I 2023 er det 156 av 397 pårørende som besvarte pårørendeundersøkelsen. Tabellen under gir en oversikten som viser sammenlikning av årene i skår. Skårene er organisert i en 6-delt skala der 1: svært liten grad og 6: svært stor grad, også her er det mulig å svare vet ikke.

Geografisk område	Undersøkelse	Datagrunnlag	2020	2023
Seksjon Bo- og behandlingssentre		Resultat for beboeren	4.5	4.4
		Trivsel	4.6	4.7
		Brukermedvirkning	4.3	4.2
		Respektfull behandling	5.0	5.1
		Tilgjengelighet	4.8	4.6
		Informasjon	4.3	4.3
		Helhetsvurdering	4.9	4.8
		Snitt totalt	4.6	4.5

#### Pårørendeundersøkelsen BBS

Hver av dimensjonene har flere spørsmål som gir oss en oversikt over hvilke forhold spørsmålene tar for seg og som det kan jobbes konkret med i en handlingsplan. Ved pårørendeundersøkelsen i 2023 er det i BBS høyere skår ved trivsel og respektfull behandling fra forrige undersøkelse, mens resultat for beboeren, brukermidvirkning, tilgjengelighet, helhetsvurdering og snitt totalt har lavere skår.

Samtidig er det viktig å presisere her variasjoner i den enkelte enhet og avdeling i seksjonen på gjennomsnittsskår når vi ser på spørsmål ved den enkelte dimensjon. Det samme gjelder når vi sammenligner oss med landsgjennomsnittet. BBS skårer totalt sett høyere enn landsgjennomsnittet ved pårørendeundersøkelsen. Når vi sammenlikner resultater med landsgjennomsnittet, er det ved dimensjonen brukervedvirkning at BBS skårer lavere ved 1 av 6 spørsmålene som stilles til pårørende og handler om: *Beboeren får være med når det utarbeides planer (som for eksempel tiltaksplaner) som tjenesten planlegger for han/ henne?* der BBS skårer 2,5 mens det på landsbasis er 2,6 i skår. Det samme gjelder under dimensjonen Trivsel og spørsmålet om *beboeren trives med de andre beboerne*, her skårer BBS 3,9 mens det på landsbasis er 4 i skår.

Tabellen under viser gjennomsnittsskår for årets pårørendeundersøkelse i BBS når vi sammenlikner oss med landet pr. dimensjon:

03 [PLO Institusjon - Pårørendes perspektiv - Gjennomsnittlig tilfredshet for tema](#)

	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt for Norge
<b>PLO Institusjon - Pårørendes perspektiv</b>		
Resultat for beboeren	4.5	4.4
Trivsel	4.7	4.7
Brukermedvirkning	4.3	4.2
Respektfull behandling	5.1	5.0
Tilgjengelighet	4.6	4.6
Informasjon	4.3	4.3
Helhetsvurdering	4.9	4.8

Bedre kommunene 2023

Bedre kommunene.no  
Brukermedvirkning

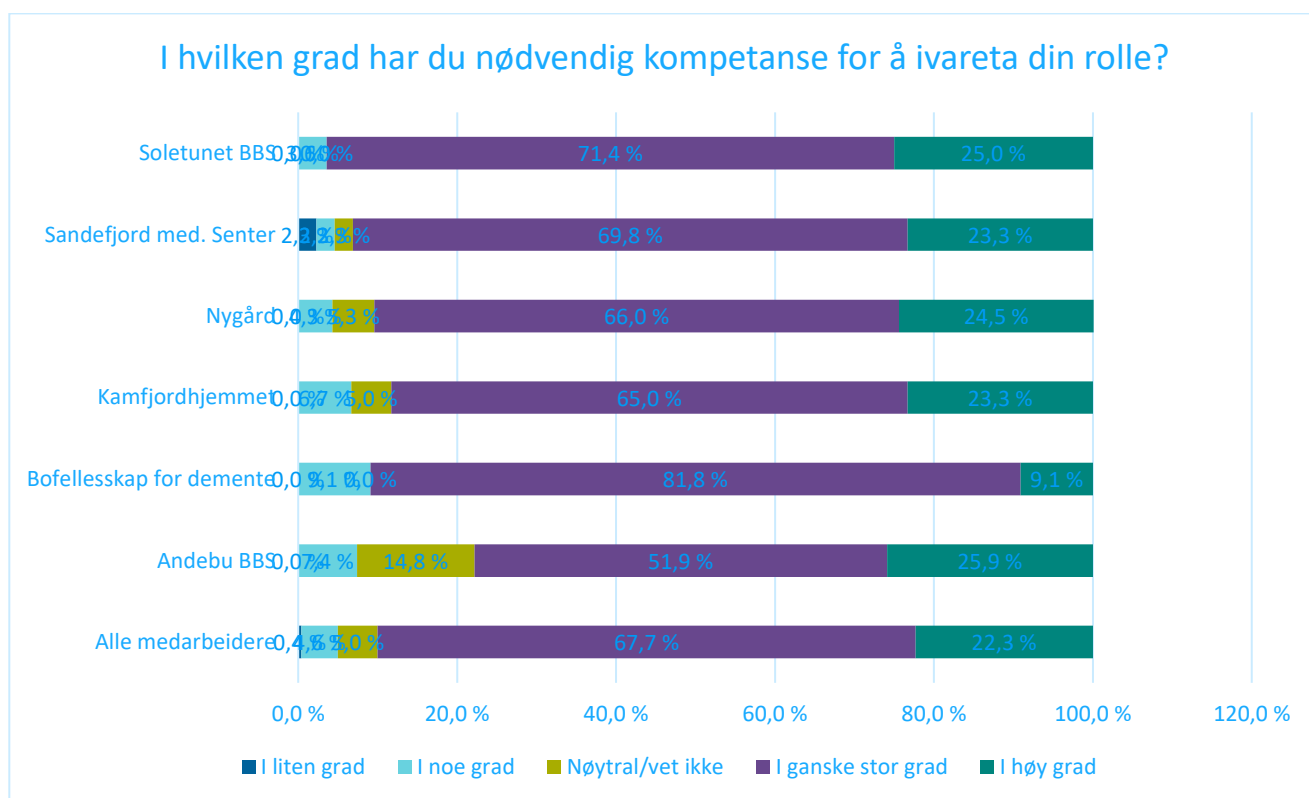
Pårørendeundersøkelsen BBS

#### 4.2.2 I hvilken grad har du nødvendig kompetanse for å ivareta din rolle?

Kompetanse er et av de sterkeste virkemidlene i arbeidet med kvalitet. Nødvendig eller tilstrekkelig kompetanse er avgjørende for at medarbeidere skal oppleve mestring, samtidig som kravene til kompetanse stadig er i endring, i takt med utviklingen. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plikter ledelsen ved den enkelte institusjon/enhet å sørge for at medarbeidere har den nødvendige kompetansen samt å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behovet for opplæring (Helsedirektoratet, 2018, §7).

Medarbeidere er kartlagt i spørreundersøkelsen om de opplever å ha nødvendig kompetanse i deres rolle. Samme spørsmål er også stilt til ledere, altså i hvilken grad deres medarbeidere har nødvendig kompetanse for å ivareta sin rolle. Det er 89,9 % av medarbeiderne som svarer at de har nødvendig kompetanse, og 90 % av lederne i undersøkelsen svarer at medarbeiderne har nødvendig kompetanse i ganske stor grad eller i høy grad. Bare 10,3 % av medarbeiderne har svart for i liten grad, i noe grad eller nøytral/vet ikke mens 10 % av lederne svarer for i noe grad og nøytral/vet ikke, ingen av lederne velger i liten grad kategorien.

Når vi sammenligner enhetene er det ved Soletunet bo- og behandlingssenter prosentandelen er høyest, det er 96,4 % av medarbeiderne som svarer i høy grad eller i stor grad på at de har nødvendig kompetanse, mens det er ved Andebu bo- og behandlingssenter at det er lavest andel i prosent som svarer dette når vi sammenlikner, her svarer 77,8 % av medarbeidere i høy grad eller i ganske stor grad.



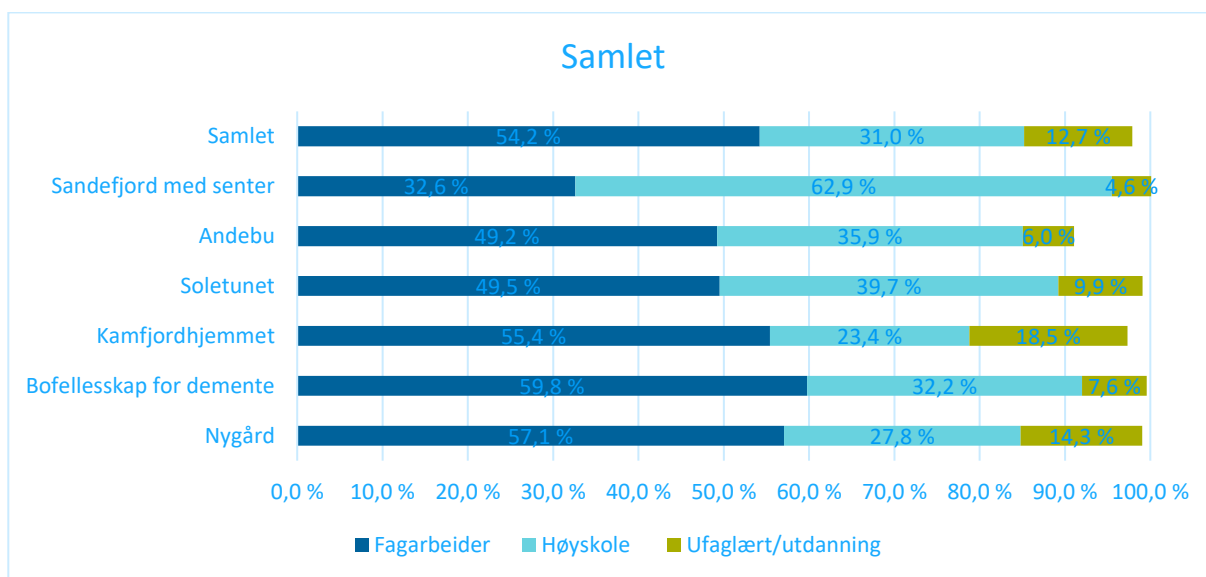
*I hvilken grad har du nødvendig kompetanse for å ivareta din rolle?*

I forbindelse med rapporten er det sett på fag-andelen/fagdekning som en kvalitetsindikator, og vises her i prosentandel blant:

- treårige høyskoleutdannede (sykepleier/vernepleier/andre),
- fagarbeidere (helsefagarbeidere/hjelpepleiere/andre)



- pleiemedhjelpere (medarbeidere uten formell utdanning/ eller som er under utdanning, hvorvidt de er under utdanning fremkommer ikke av resultatene fra spørreundersøkelsen

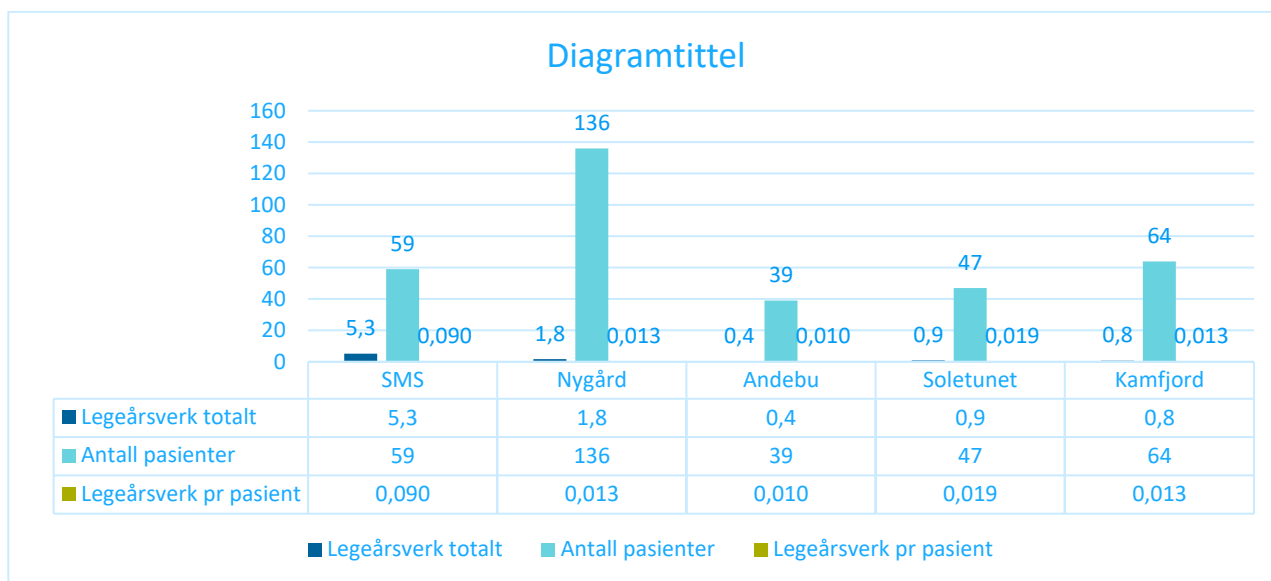


#### Fag andel /fagdekning pr. enhet

Den største andelen med treårige høyskoleutdannede blant medarbeiderne finner vi ved Sandefjord medisinske senter. Der er 62,9% ved de tre avdelingene sykepleiere/3-årige. SMS har også den største andelen medarbeidere med formell fagutdanning (3-årige og fagarbeider) på hele 95,5 %, dvs. kun 4,5 % er uten formell utdanning eller er under utdanning. Dette skyldes en bevisst strategi for å øke fagkompetansen i tråd med samhandlingsreformen og krav om mer medisinsk behandling og prosedyrekunnskap i kommunehelsetjenesten (samt målsetting på 75% 3-årige/sykepleiere, jf. handlingsplan "Leve hele livet").

Ved BBS er det variasjoner både i forhold til enhet, men også avdelinger underlagt. Det er bofellesskapene for personer med demens som samlet sett har den høyeste andelen med formell utdanning når vi ser både på treårige og fagarbeidere (92 %). Lavest andel i prosent med treårige (23,4%) og høyest andel av medarbeiderne uten formell utdanning (18,5%) er det ved Kamfjord bo- og behandlingssenter. Totalt er det ved Kamfjord bo -og behandlingssenter 78,8 % av medarbeiderne som har formell kompetanse/ fagutdanning, det er her uavklart hvor stor andel av medarbeiderne uten formell utdanning som er i et studieløp.

I tillegg til gjennomgang av fag andel, er det også sett på legedekning. Oversikten for legedekning viser at det er ved Sandefjord medisinske senter er både flest årsverk totalt og legeårsverk pr. pasient. Beregnes dette i legetime pr. uke er det 3,36 legetimer pr. uke her. Det skyldes som tidligere nevnt at pasientene ved SMS i hovedsak blir innlagt fra sykehuset. De er ofte medisinsk uavklarte når de kommer og er i behov av videre medisinsk behandling. Øyeblikkelig hjelp pasienter på ØHD plass skal tas imot av lege. Det er viktig med høy turnover og raske avklaringer for kortest mulig pasientforløp. Dette for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset som er i behov av videre medisinsk behandling. Det er i gjennomsnitt 110 innleggelser pr måned, og tilsvarende utskrivelser.



*Legeårsverk pr.pasient og legeårsverk pr. enhet totalt*

Legedekning blant de andre enhetene viser at det er lavest ved Andebu bo og behandlingssenter (tilsvarende 0,38 legetime pr.uke), og høyest ved Soletunet bo- og behandlingssenter (tilsvarende 0,71 legetime pr.uke). Sammenlikner vi oss med andre er det i 2022 et landsgjennomsnitt på 0,62 legetime pr.uke og for Vestfold og Telemark 0,64 legetime pr.uke. Det er utarbeidet en plan for legetjenesten 2021-2024 for Sandefjord kommune med utfordringsbildet og forslag til tiltak.

#### 4.2.3 Dokumentasjonen og utvalgte kvalitetsindikatorer

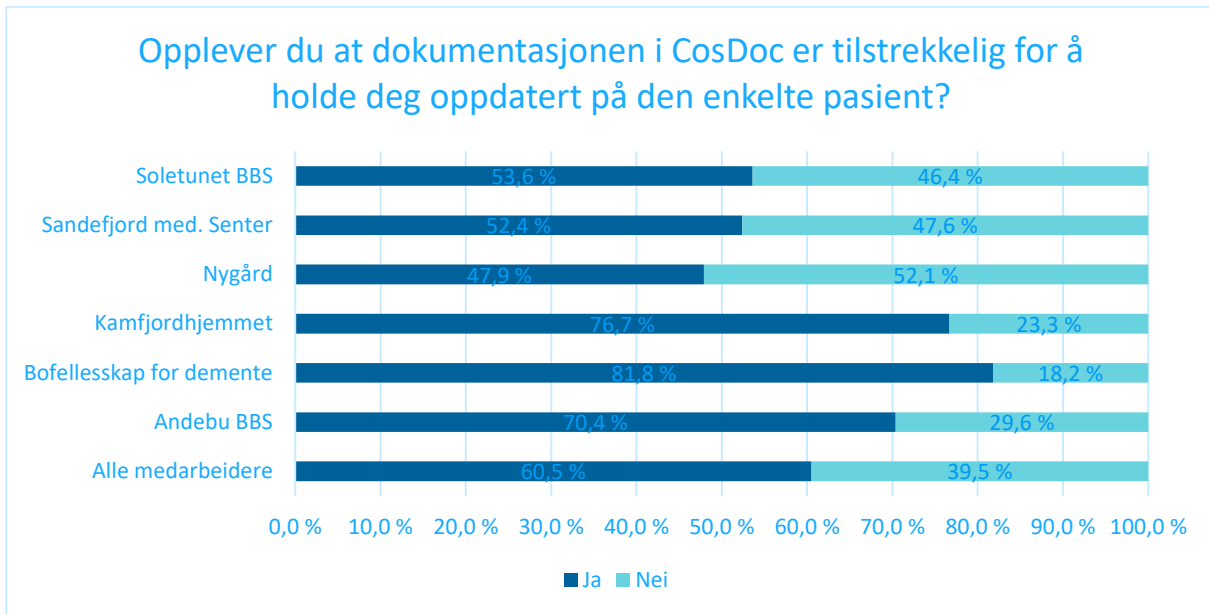
Nødvendig kompetanse er avgjørende for journalføring i pasientdokumentasjon.

Dokumentasjonen sikrer at journalforskriftene slik som helsepersonelloven kapittel 8 og forskrift om pasientjournal følges, videre er den viktig for internkontroll og kvalitetssikring. Det er også bakgrunnen for spørsmålene som dreier seg om dokumentasjon i spørreundersøkelsen. Her svarte 95 % av medarbeiderne at de bruker pasientjournalssystemet Cosdoc hver gang de er på arbeid.

Ved spørsmål om de opplever at dokumentasjonen i CosDoc er tilstrekkelig for å holde seg oppdatert på den enkelte pasient, svarte 60,5 % ja og 39,5% nei, noe som viser et klart forbedringspotensialet.

God dokumentasjon i pasientjournal gjør det enkelt å sette seg inn i pasientens situasjon, den er knyttet til ytelse av helsehjelp for den enkelte pasient og skal sikre forsvarlige tjenester.

Tabellen under viser en oversikt når vi sammenligner enhetene:



*Opplever du at dokumentasjonen i Cosdoc er tilstrekkelig for å holde deg oppdatert på den enkelte pasient?*

Bofellesskapene for personer med demens har størst prosentandel av medarbeidere som svarer ja (81,8%), at de opplever at dokumentasjonen i Cosdoc er tilstrekkelig for å holde seg oppdatert på den enkelte pasient mens Nygård bo- og behandlingssenter har lavest andel av medarbeidere som svarer dette (47,9%).

Som en forlengelse av spørsmål som er stilt til medarbeidere er det i arbeidet med rapporten gjennomgått dokumentasjon i pasientjournal, det vil si på noen kvalitetsindikatorer som trekkes frem her:

- For avdelingene i BBS er det valgt følgende kvalitetsindikatorer: IPLOS kartlegging, legemiddelgjennomgang, livshistorie, aktivitetsplan, kartlegging av fallrisiko og ernæringsstatus er valgt for BBS.
- For avdelingene ved SMS er det valgt følgende kvalitetsindikatorer: IPLOS kartlegging, inntakst lege/medikamentsamstemming, mål for opphold og ernæringskartlegging.

Indikatorerne belyser alle områder som gir oss muligheten for å sammenligne enhetene og benyttes i lokalt kvalitetsarbeid. Utvalget er gjort ved å se på pasientdokumentasjon for 1 pasient pr. avdeling (tilfeldig utvalg /tidligst født i året per avdeling).

➤ **Om IPLOS kartleggingen er gjennomført (skal gjennomføres 2 ganger årlig og ved endring i funksjonsnivå)**

IPLOS er et nasjonalt helseregister som kartlegger tjenestemottakers ressurser og bistandsbehov, lovpålagt for kommunene og forskriftsfestet (IPLOS forskriften). De siste tre årene har IPLOS vært et satsningsområde, som et viktig kartleggingsverktøy. Det er blant annet

gjennomført opplæring ved samtlige avdelinger for medarbeiderne og kompetanseheving av ressurspersoner for veiledningsansvar lokalt.

Dette kan forklare funn ved gjennomgangen: samtlige i utvalgt pasientmålgruppe/avdelinger ved BBS har dokumentert IPLOS i Cosdoc, de siste 6 måneder, og tilsvarende samtlige ved SMS har dokumentert IPLOS i Cosdoc i løpet av korttidsoppholdet. Det er ikke vurdert nærmere i forhold til innhold, hvorvidt alle funksjonsvariablene er vurdert eller om alle tilleggsopplysninger er riktig utfylt.

➤ **Om legemiddelgjennomgang (LMG) er utført jf. §5 a. Legemiddelgjennomgang i sykehjem (gjelder BBS) og om inkomstsamtale med lege/medikamentsamstemming er utført (gjelder SMS)**

Legemiddelgjennomgang er en nasjonal kvalitetsindikator som skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem og er obligatorisk for personer med langtidsopphold. LMG skal gjøres ved innkost, minst en gang årlig og ellers når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Ansvarlig for gjennomføring er tilsynslege.

Av totalt 20 avdelinger i BBS er det ved 14 avdelinger at LMG er obligatorisk. Avdeling D ved Nygård med oppstart fra 4.september er ikke tatt med da arbeidet med kartlegging av samtlige nye pasienter fortsatt pågår. 5 andre avdelinger er ikke med i denne gjennomgangen da de ikke er institusjonsplasser eller fordi det er korttidsavdeling (gjelder de tre bofelleskapene for personer med demens og bemannet omsorgsbolig som er definert hjemmeboende, samt avdeling 2 AB ved Kamfjord som er en korttidsavdeling).

LMG er gjennomført ved 7 av 14 blant utvalgte pasienter/ avdelinger i BBS og ingen enheter skiller seg ut. Det betyr at det ved halvparten (7 av totalt 14 utvalgte pasienter) er det ikke dokumentert for gjennomført legemiddelgjennomgang- LMG ved avdelingene i BBS. Når vi sammenligner med tall fra nasjonale kvalitetsindikatorer er det for Vestfold og Telemark rapportert 50,5 % i andel med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder.

Ved de 3 avdelingene ved SMS er samtlige 6 utvalgte pasienter dokumenter inkomstsamtale/medikamentsamstemming på i Cosdoc.

➤ **Om livshistorie er kartlagt og dokumentert ved BBS (gjelder ikke SMS)**

Ved innkost skal det avholdes inkomstsamtale der Min livshistorie og *Hva er viktig for deg prinsippet* blir kartlagt. Dette gjøres på bakgrunn av den enkelte pasients ønsker og behov og dokumenteres i pasientjournal (Cosdoc).

Status over kartlegging av Livshistorieskjema og dokumentasjon på den enkelte enhet/ avdelinger ved utvalgt pasientmålgruppe viser at av totalt 19 avdelinger i BBS, er det 11 som har Livshistorie dokumentert ved utvalgt pasientmålgruppe i pasientjournal mens 8 har ikke det.



➤ **Mål for korttidsoppholdet ved SMS.**

Ved innkomst settes et mål for oppholdet for alle pasienter. Dette er en vurdering som gjøres tverrfaglig, dvs. et samarbeid mellom leger, pleiepersonell og fysio-/ergoterapeuter

Ved SMS er det for alle 6 pasienter dokumentert "Mål for oppholdet".

➤ **Om utvalg av pasientmålgruppe har aktivitetsplan/ eller dokumentasjon på at denne er tilbudt (gjelder ikke SMS)**

Alle pasienter som har langtidsplass på institusjon, skal ha utarbeidet en aktivitetsplan i samarbeid med pasient og pårørende og må ses i sammenheng med kartlegging av Livshistorie. Det legges vekt på at aktivitetsplanen er tilrettelagt og tilpasset den enkelte pasient sitt behov. Ved gjennomgang av utvalgte pasienter og dokumentasjonen på den enkelte avdeling er det kun 4 som ikke har en aktivitetsplan; hvor av 3 er ved Nygård bo- og behandlingssenter. Selv om dette i hovedsak gjelder langtidsplasser er det av flere grunner utarbeidet aktivitetsplan på andre avdelinger ved BBS, for eksempel ved bofelleskap, bemannet omsorgsbolig og korttidsavdeling. Satsning på Livsgledehem ordninger kan har bidratt til dette på enkelte avdelinger.

Av total 19 utvalgte pasienter/avdelinger er det 15 som har dokumentert aktivitetsplan.

➤ **Om utvalg av pasientmålgruppe er vurdert for fallrisiko**

Pasientdokumentasjon for utvalg av pasienter er gjennomgått for å avdekke om det er kartlagt i risikoen for fall/ dokumentert, i tråd med nasjonale anbefalinger om dette. Fallrisiko vurderes ved endring av allmenntilstand, ved fall eller minst en gang årlig for langtidspasienter. Vurdering av flere andre risikofaktorer hører med i en slik kartlegging, legemiddelgjennomgang og ernæringsstatus er eksempler på dette.

Gjennomgangen ved BBS viser at flesteparten i utvalg av pasienter, dvs. 16 av 19 /avdelinger er vurdert i 2023, 3 av vurderingene er av eldre datoer (vurdert i 2021) men der siste kartlegging viser lav risiko for fall. Ved SMS kartlegges fallrisiko når det vurderes som aktuelt, og starter deretter en tiltaksplan ut fra resultat.

➤ **Om utvalgte av pasientmålgruppe er vurdert i ernæringsstatus**

MUST benyttes som kartleggingsverktøy for kartlegging av ernæringsstatus. Alle pasienter skal vurderes ved innkomst, ved risiko for underernæring skal det utarbeides en ernæringsplan. Gjennomgangen viser om det er dokumentert MUST kartlegging, det er ikke undersøkt nærmere om det er utarbeidet en ernæringsplan ved risiko.

Ved BBS er det 18 av 19 pasienter/avdelinger som har kartleggingen dokumentert i pasientjournal i 2023. 1 pasient har kartleggingen dokumentert i 2021, men der det er

dokumentert lav risiko. Ved SMS er samtlige 6 pasienter dokumentert at det er kartlagt ernæringsstatus.

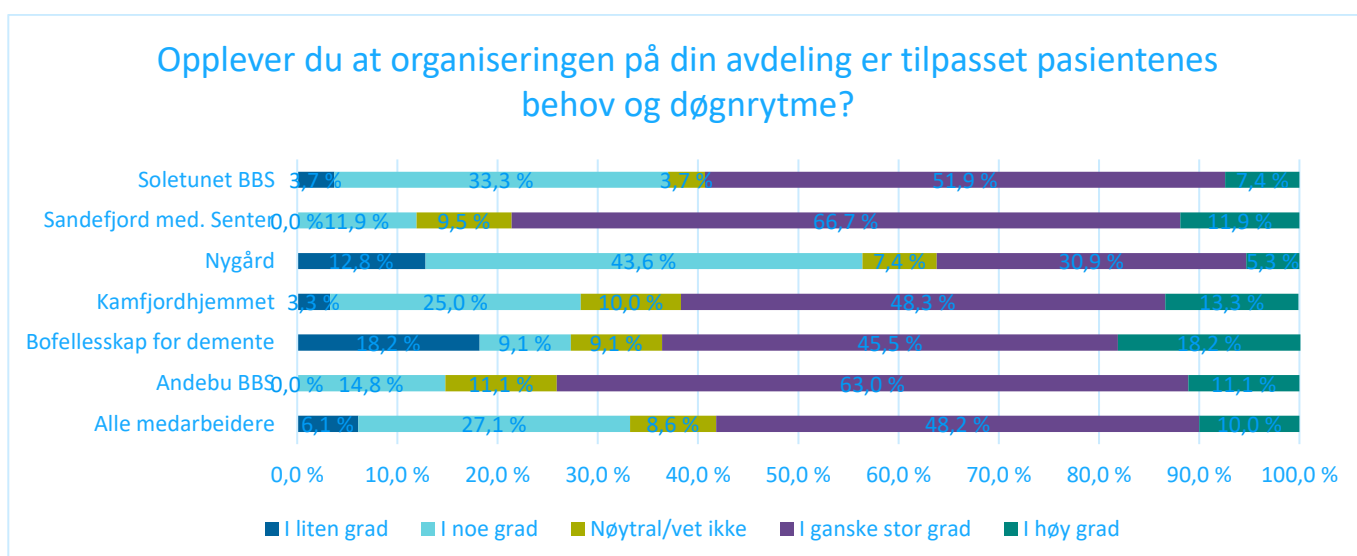
#### 4.2.4 Opplever du at organiseringen på din avdeling er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme?

I tråd med “Leve hele livet” er det de senere år i større grad rettet fokus på organisering, for å øke graden av kontinuitet og trygghet i tjenestene. Heltidskultursatsningen er et av tiltakene i kommunen som omhandler arbeidstidsordninger med målsetting om tjenestestyrte bemanningsplanlegging som fremmer kvalitet, kontinuitet og kompetanse i tjenesten. Slike prosesser kartlegger og kvalitetssikrer at organiseringen er tilpasset pasientenes behov, både i forhold til kompetanse og bemanning. I spørreundersøkelsen har medarbeidere tatt stilling til følgende spørsmål: Opplever du at organiseringen på din avdeling er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme?

Litt over halvparten, 58,2% av medarbeiderne svarer at de opplever at organiseringen på avdelingene er tilpasset pasientens behov og døgnrytme, dvs. når vi ser samlet på svaralternativet i ganske stor grad og i høy grad. 41,8 % av medarbeiderne svarer nøytral/vet ikke, i noe grad eller i liten grad.

Lederne svarer i større omfang på at det er tilfellet, det er 75 % av lederne som opplever at de i ganske stor grad eller i høy grad opplever at organiseringen er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme. Bare en fjerdedel av lederne, 25% svarer nøytralt/vet ikke eller i noe grad, ingen svarer i liten grad.

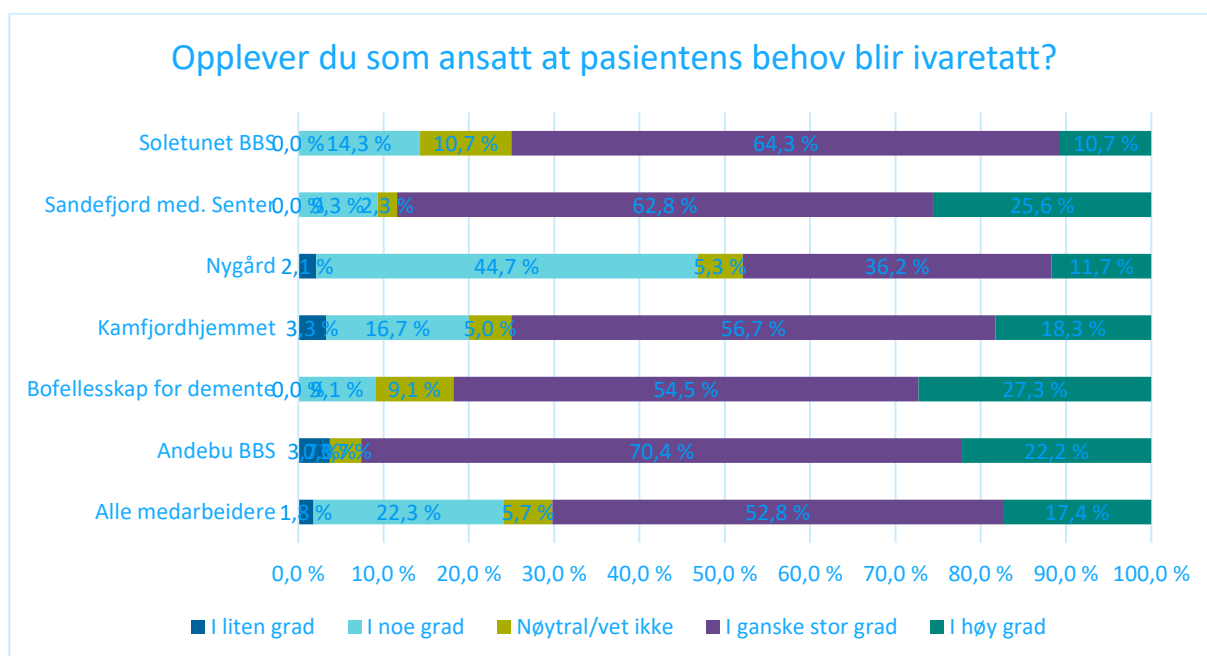
Ved sammenlikning av enhetene er det ved Sandefjord medisinske senter at det er høyest andel av medarbeidere som svarer at de opplever at organiseringen er tilpasset pasientenes behov (78,6%), det vil si når vi ser samlet på prosent av høy grad og i ganske stor grad, mens ved Nygård derimot er det lavest andel (36,9) som svarer dette.



Opplever du at organiseringen på din avdeling er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme?

#### 4.2.5 Opplever du som ansatt at pasientens behov blir ivaretatt?

Spørsmålet ses i sammenheng med det forrige spørsmålet. Videre i undersøkelsen svarer 70,2 % av medarbeiderne at de opplever at pasientenes behov blir ivaretatt i ganske stor grad eller høy grad, mens 22,3% svarer i noe grad. Bare 5,7 % svarer nøytral/vet ikke og 1,8 % i liten grad. Det er ved Andebu bo- og behandlingssenter at medarbeidere svarer mest i prosentandel (92,6 %) samlet for i høy grad og i ganske stor grad ved spørsmål om medarbeidere opplever at pasientenes behov blir ivaretatt. Ved Nygård er det lavest andel som svarer dette (47,9%), det er også mye større andel som svarer i noe grad (44,7%) enn de andre enhetene.

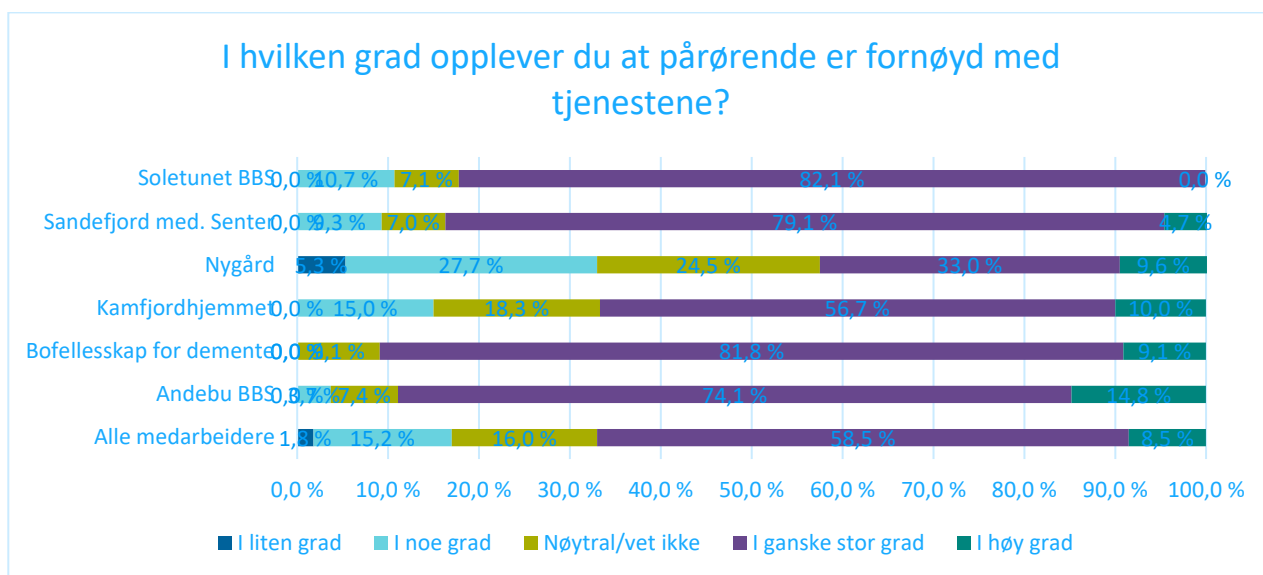


Opplever du som ansatt at pasientens behov blir ivaretatt?

#### 4.2.6 I hvilken grad opplever du at pårørende er fornøyde med tjenestene?

Pårørende er pasientens viktigste støtte og en ressurs med hensyn til at pasientens behov blir ivaretatt. Pårørendeinvolvering skjer på bakgrunn av enkeltes behov ved å legge til rette for informasjon, dialog og brukermedvirkning i forbedringsarbeid. I spørreundersøkelsen er medarbeiderne spurt om i hvilken grad de opplever at pårørende er fornøyde med tjenestene. Her er det noe ulik oppfatning mellom medarbeidere og ledere: 67% av medarbeiderne svarer at de opplever at pårørende er fornøyd med tjenestene, i ganske stor grad eller i høy grad. Til sammenlikning svarer 85 % av lederne i ganske stor grad eller i høy grad. Det er ved bofellesskapene for personer med demens at flest andel i prosent av medarbeidere (90,9%)

svarer at de opplever at pårørende er fornøyde med tjenestene når vi ser samlet på i høy grad og i ganske stor grad. Ved Nygård det lavest prosentandel som svarer dette (42,6 %).



*I hvilken grad opplever du at pårørende er fornøyd med tjenestene?*

#### 4.2.7 Avvik og forbedringsarbeid

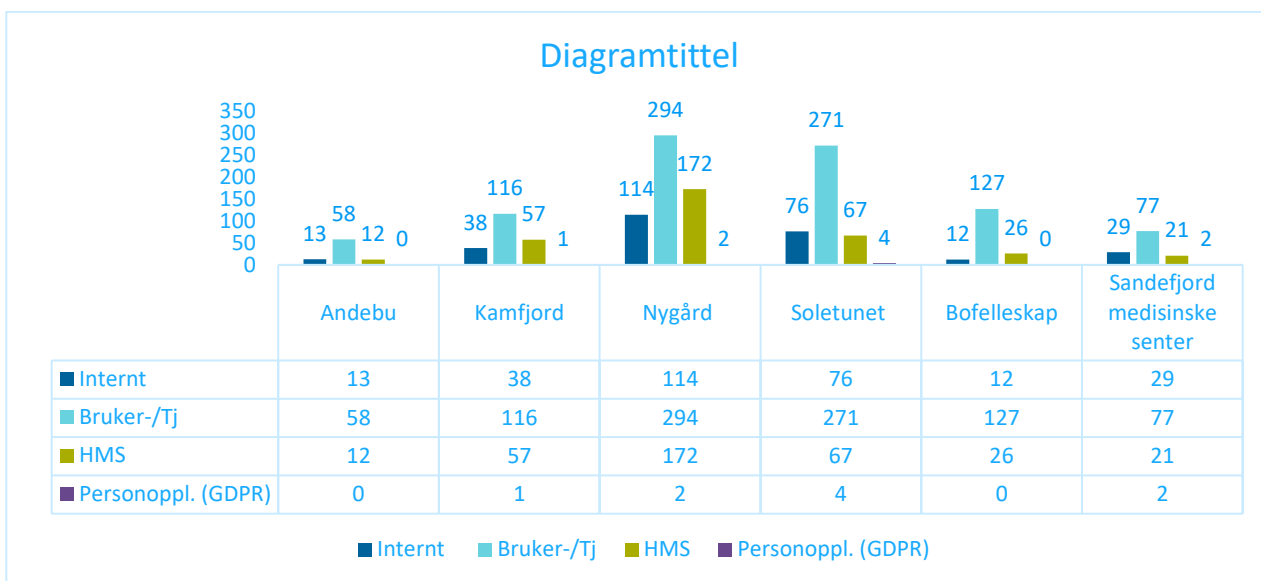
Partssammensatt gruppe har gjennomgått meldte avvik og uønskede hendelser i perioden 1.1.-22.09.23. Identifisering og oppfølging av avvik står sentralt i arbeidet med å sikre og utvikle kvaliteten på tjenestene. Les mer om avvik og avviksbehandling i overordnet retningslinje i kommunen.

Meldte avvik omhandler pleieavdelinger ved seksjonen BBS og SMS. De kategoriseres mellom 1) *Internt*, 2) *HMS*, 3) *Bruker/ Tjenestemottaker* eller 4) *Personopplysninger (GDPR)*.

Det er meldt totalt 1315 avvik i Compilo på avdelinger tilknyttet seksjonene BBS og SMS. Et avvik kategoriseres innenfor flere av kategoriene, eksempelvis vil utagerende atferd fra pasient ofte krysses av for kategorien HMS og samtidig Bruker/ Tjenestemottaker, i tillegg til Internt når forhold vurderes som aktuelle av meldere. Derfor vises det til samtlige kategorier innledningsvis før vi går nærmere inn på Bruker-/ Tjenestemottaker.

Det totale antall meldte avvik i seksjonene BBS og SMS, fordelt på ovennevnte kategorisering.



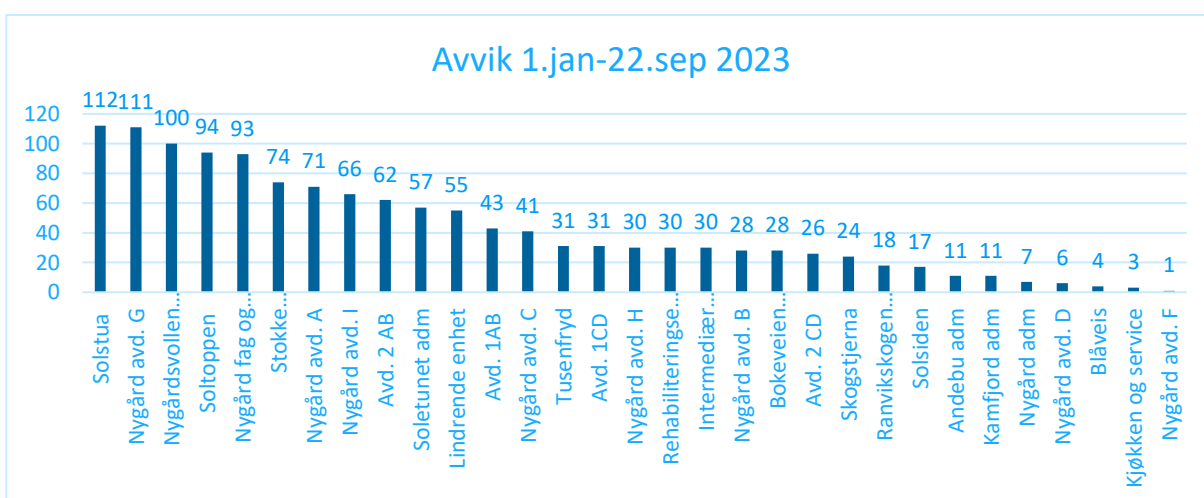


Oversikt meldte avvik pr. kategori

I fordelingen på hovedkategoriene er det flest rapporterte avvik på Bruker/Tjenestemottaker, gjelder samtlige enheter selv om summen på antall avvik varierer fra enhet til enhet, mens HMS og intern varierer på antall avvik.

Ved Bruker-/Tjenestemottaker at det er flest meldte avvik ved underkategorien som heter Behandling og pleie, ved BBS er det (71,4%), 628 av 826 meldte avvik og der 67 meldte avvik er kategorisert med høy alvorlighetsgrad. Den samme tendensen ses også ved SMS.

Den neste oversikten gir oss et bilde av volumet på antall meldte avvik på den enkelte avdeling ved BBS og SMS:



Totalt meldte avvik pr. avdeling

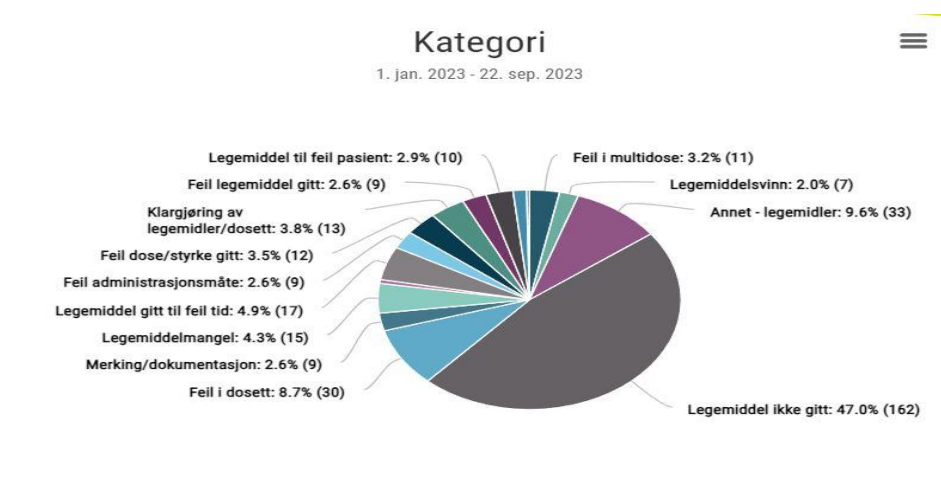
Som tabellen illustrerer, er det store variasjoner på antall i meldte avvik totalt på den enkelte avdeling. Flere lokale forhold kan være av betydning og tar utgangspunkt i den enkelte enhet/avdeling, enhetene er forskjellige med hensyn til målgruppe, størrelse og antall plasser. Ulikheter mellom institusjonene/ avdelinger på antall avvik som meldes og variasjonene på antall innrapporterte avvik kan også skyldes ulik avviks- eller meldekultur.

Generelt sett analyserer vi avvikene ved å vurdere flere forhold, for eksempel alvorlighetsgraden på meldte avvik (høy- middels- lav), i tillegg til underkategoriene som er mulige å velge innenfor de fire overnevnte. Avvik av høy alvorlighet kan defineres når avviket medførte alvorlig skade, for eksempel på person eller gir høy risiko for slik skade. Den som melder avvik, registrerer alvorlighetsgrad og som hovedregel er det en basert på en subjektiv opplevelse. Leder kan ved behandling av meldte avvik vurdere både kategorisering, og alvorlighet. Gjennomgangen viser at kategorisering endres oftere mens endring av alvorlighetsgrad endres i liten grad av lederne. For at oversikten skal gi en reell oversikt i hva som utfordringsbilde ved den enkelte avdeling, er det hensiktsmessig at leder vurderer og endrer både kategorisering og alvorlighetsgrad.

For å illustrere noen avvik som er meldt med "høy alvorlighetsgrad" viser vi her noen eksempler: mistanke om at forordnet antibiotika ikke er gitt, situasjon der medarbeider avverger pasient fall når alarmsystem svikter, medpasient som er redd pga. en annen pasients truende atferd, legemiddel som manglet når den skulle gis, eller at en avdekker varslingsalarm som ikke er utløst. Dette er forhold som vurderes som avvik/uønskede hendelser, men som ikke har hatt alvorlige konsekvenser for pasient eller medarbeidere, basert på informasjon som kommer frem i meldte avvik.

En underkategori innenfor Bruker-/Tjenestemottaker er behandling og pleie. Her er over halvparten av alle avvik (54,9%), dvs. 345 meldte avvik meldt innenfor kategorien legemidler i BBS, deretter er det fall (17,4%) med 109 meldte avvik. Den samme tendensen ses også ved SMS. Legemidler har tradisjonelt vært et satsningsområde nasjonalt og lokalt som et risikoområde i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Tabellen under viser inndelingene i denne kategorien, nesten halvparten av alle meldte avvik dreier seg om at legemiddel ikke er gitt (47%)



*Meldte avvik pr. kategorien legemidler BBS*

Det er utarbeidet retningslinjer og rutiner i henhold til forskrift om legemiddelhåndtering og internkontroll, gjeldende for enhetene BBS og SMS. BBS har i tillegg utarbeidet en overordnet risikovurdering for legemiddelhåndtering, som er behandlet i seksjonens kvalitetsutvalg. Meldte avvik og statistikk tas opp som sak regelmessig i kvalitetsutvalgene.

I tillegg organiseres tilsyn (egen kontroll) ved hjelp av ekstern farmasøyt, der temaer basert på utfordringsbildet ved meldte avvik er valgt ut for revisjon. I løpet av 2022 og 2023 har samtlige enheter (med unntak av Soletunet som det planlegges for) gjennomført revisjon av tilsynsfarmasøyt med revisjonstema: utdeling av legemidler. Funn fra revisjonene er svart opp lokalt med tiltak og forbedringer.

Meldte fall følges opp på avdelings- og individnivå, her kartlegges den enkelte pasient for risiko, i tillegg til at meldte avvik følges opp/ behandles av nærmeste leder.

#### 4.2.8 Oppsummering og vurderinger

De aller fleste medarbeiderne som har besvart spørreundersøkelsen opplever i høy grad eller i ganske stor grad å ha nødvendig kompetanse i deres rolle, noe som er et godt utgangspunkt. Å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse er avgjørende for at pasientens behov blir ivaretatt.

Om medarbeiderne opplever å få brukt sin kompetanse kommer ikke frem av spørreundersøkelsen, men er avgjørende i den grad vi vurderer at kvalitet forutsetter at medarbeiderne mobiliseres til å bruke kompetansen sin på en god måte. Dette er et av områdene som følges opp i en strategisk kompetanseplan og videre i handlingsplan som følges opp fra 10 Faktor undersøkelsen (4. Bruk av kompetanse).

Med strategisk kompetanseplanlegging arbeider man for å nå definerte mål gjennom å planlegge, gjennomføre, evaluere og fornye tiltak for å sikre tjenesten og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse. I tråd med kvalitetsforskriften er det i BBS og SMS et system for internkontroll, avvikshåndtering og forbedringsarbeid.

Av enhetene er det høyest andel i svarprosent blant medarbeiderne ved Soletunet bo- og behandlingssenter som opplever i høy grad eller i ganske stor grad å ha nødvendig kompetanse i deres rolle og lavest ved Andebu bo- og behandlingssenter når vi sammenlikner. Knytter vi dette opp mot fag andelen, så er ikke svarene sammenfallende med hensyn til enhetene. Her er det Sandefjord medisinske senter som har høyest andel med treårig høyskoleutdannede og med flest legeårsverk tilknyttet. Lavest i fag andel er det ved Kamfjord bo- og behandlingssenter, variablene ufaglært/ utdanning avdekker ikke om andelen er under utdanning, noe som gjør det vanskelig å tolke dataene. Det er viktig å presisere at det er utfordrende å sammenlikne enhetene forøvrig, når de er av forskjellig størrelse, ivaretar forskjellige pasientmålgrupper, i tillegg til andre faktorer som kan være av betydning og som ikke er tatt med i betraktning her, som for eksempel økende utfordring med å rekruttere sykepleiere og vernepleiere.

Funn fra spørsmål om pasientdokumentasjon viser at det er ved Nygård bo- og behandlingssenter at det er lavest andel av medarbeiderne som opplever at Cosdoc er tilstrekkelig for å holde seg oppdatert. Funnet indikerer et forbedringspotensial i forhold til kompetanse på dokumentasjon, som et viktig redskap for å ivareta dokumentasjonen som sikre forsvarlige tjenester.

Stikkprøvene i pasientdokumentasjon derimot gir ikke indikasjon på at det forskjeller på enhetene når vi sammenlikner funnene. Her er det likt for Nygård bo- og behandlingssenter som for andre enheter ved indikatorene som er trukket frem i gjennomgangen, og det som er dokumentert hos den enkelte pasient, i deres pasientjournal.

Gjennomgangen av pasientdokumentasjonen viser forbedringspunkter generelt på samtlige enheter i BBS, oppsummert dreier det seg om at pasienter kartlegges i livshistorie og at legemiddelgjennomgang skal gjennomføres for pasienter med langtidsplass, i tråd med retningslinjene. Kartlegging av livshistorie kan knyttes direkte opp mot spørsmål om tilstrekkelig dokumentasjon, og ikke minst er denne viktig med utgangspunkt i personsentrert omsorg. Mens en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler fremheves nasjonalt som et viktig tiltak for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygging av pasientskader.

Kartlegging av livshistorie er nært forbundet med pasientenes døgnrytme og vurderinger om hvorvidt organiseringen er tilpasset deres behov. I spørreundersøkelsen opplevde bare litt over halvparten av medarbeiderne at organiseringen på avdelingen er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme.

Nygård bo- og behandlingssenter skiller seg ut fra enhetene ved lavest andel som svarer i høy grad eller i ganske stor grad, videre må vi ta utgangspunkt i at det er forskjeller også på avdelinger underlagt enheten. Funn fra spørreundersøkelsen belyser det største forbedringspotensialet med hensyn til tjenester av god kvalitet, fra et faglig perspektiv.

Tjenestestyrt bemanningsplanlegging som fremmer kvalitet, kontinuitet og kompetanse i tjenesten er en målsetting og et satsningsområde i kommunen jamfør heltidskultursatsningen og trekkes frem her som forslag til metodikk. Dette innebærer et arbeid som forutsetter ledelse av prosesser og bred medvirkning fra medarbeidere mht. Kartlegging av pasientmålgruppen og deres døgnrytme, organisering/ arbeidsflyt/ arbeidsfordeling/ roller og ansvar. Utfallet av slike prosesser er i tråd med personsentrert omsorg og som vil resultere i organisatoriske grep som er tilpasset pasientenes behov.

På systemnivå benyttes brukererfaringer for å bedre kvaliteten, gjennom tilbakemeldinger fra pasienters og pårørendes tilfredshet med tjenesten som tilbys. Skår fra brukerundersøkelsene i BBS og pasientundersøkelsen ved SMS, viser tilsvarende det som er for landsgjennomsnittet for pasientundersøkelsen i tilfredshet. Når det gjelder pårørendeundersøkelsen derimot er det høyere enn landsgjennomsnittet totalt i gjennomsnitt for BBS. Samtidig som pasientundersøkelsen viser lavest skår på at pasienter ikke benytter seg av aktivitetstilbudet, fant vi blant utvalgt pasientmålgruppe, dokumentasjon på at de fleste av pasientene i BBS hadde en aktivitetsplan.

Enheter /avdelinger med lavt antall meldte avvik bør vurdere forhold som kan være av betydning, hvorvidt dette faktisk er et reelt bilde av situasjonen eller om det skyldes



underrapportering. Enheter og avdelinger med flest antall meldte avvik bør vurdere om det er forhold som må følges opp med ytterligere tiltak eller om det høye antallet av meldte avvik skyldes en velutviklet meldekultur, jamfør lærlingsløyfer.

## 5. OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Undersøkelsen som er gjort tar sikte på å få fram et bilde av om grunnbemanningen og arbeidssituasjonen ved sykehjem og bo og behandlingssenter i Sandefjord kommune er forsvarlig, innenfor lov og avtaleverk og om det leveres tjenester med god omsorg og kvalitet i tjenesten. Kartleggingen er gjort ved å se på de to største sykehjemmene i Sandefjord kommune – Kamfjord BBS og Nygård BBS, i tillegg til Sandefjord medisinske senter og utvalgte bo og behandlingssentre.

Den kvantitative spørreundersøkelsen er gjennomført ved utsendelse av en anonym spørreundersøkelse til ca.1000 medarbeidere ved de utvalgte tjenestesteder. Egen undersøkelse, med leders oppfatning av det samme er sendt ut til 27 ledere.

Spørreundersøkelsen hadde en lav svarprosent, kun 29 % etter to ukers svarfrist.

Blant de faste ansatte var den noe høyere (37 %).

Datagrunnlag for rapporten:

- Anonym spørreundersøkelse til medarbeidere og ledere
- Avviksmeldinger fra kvalitetssystemet Compilo, 1.januar 2023-22.september 2023
- Kommentarrapport fra medarbeiderundersøkelsen november 2022
- Brukerundersøkelse fra 1.april 2023-4.juni 2023
- Pasientundersøkelse fra 1.april 2023-4.juni 2023
- 

### 5.1 ARBEIDSSITUASJONEN

Fremtidens utfordringer i kommunal sektor må sees i sammenheng med arbeidsforholdene til de ansatte i tråd med arbeidsgivers ansvar for å sørge for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø jf. 4AML § 4-1 (1).

Oversikten i punkt 2.2.1 viser at det i hovedsak brukes mer i pleiefaktor pr. pasient enn det er planlagt for. Her er det ulikheter blant enhetene som kommer av ulikheter i omsorgsbehov hos pasientgruppene ved enhetene. Det er tidligere sett på andre kommuner og tilsvarende avdelinger slik det er i BBS, og sammenliknet med andre ligger Sandefjord kommune godt over det som er vanlig når det gjelder pleiefaktor dag/kveld og det samme gjelder når vi ser samlet på total bemanningsfaktor pr. plass.



Normen i vurderingen av pleiefaktor må kontinuerlig vurderes i takt med utviklingen som beskrevet tidligere i rapporten, pasientmålgruppe, andre relevante forhold, -og i tråd med AMLs formålsbeskrivelse.

Avviksrapporter som er gjennomgått som bakgrunn for denne rapporten viser at de ansatte er utsatt for arbeidsrelaterte helsebelastninger som er påregnelig gitt pasientgruppen, men som vi vet over tid kan føre til sykefravær. Det er ikke mulig å sikre seg mot alle uheldige og negative forhold, men oppmerksomhet på disse forhold i det systematiske HMS-arbeidet må organiseres slik at eventuelle negative konsekvenser reduseres i den grad det er mulig.

Dette innebærer et kontinuerlig arbeid med kartlegginger og risikovurderinger av arbeidsmiljøet, men også fokus på relevant kompetanse tilpasset aktuell pasientgruppe, samt kompetanse på håndtering av og forebygging av vold og trusler, og emosjonelt belastende arbeid. Dette er helt nødvendig for å kunne sette inn relevante forbedringstiltak.

## 5.2 OMSORG OG KVALITET I TJENESTEN

Dimensjonene som er valgt i denne rapporten indikerer at det gis tjenester av god kvalitet ved BBS og SMS og i tråd med lovverket. Dimensjonene avdekker videre forbedringsområder for god faglig praksis i tråd med nasjonale anbefalinger og lokale retningslinjer.

Forbedringsområdene i tjenestene er hovedsakelig av organisatorisk karakter og vil bidra til å bedre faglig kvalitet. Tjenestestyrt bemanningsplanlegging er et godt eksempel på et satsningsområde i kommunen, arbeidet pågår og flere avdelinger vil starte slike prosesser fremover med hensyn til organisatoriske grep/oppgavedeling og organisering tilpasset pasientenes behov og døgnrytme.

Innsikt i avviks- og forbedringsområder, samt kompetansebehovet i tjenestene er viktige kvalitetsindikatorer i forbedringsarbeid og gir muligheter til treffsikre forbedringstiltak i det videre. Forbedringsområder som trekkes frem her er pasientdokumentasjon, livshistoriekartlegging og legemiddelgjennomgang.

Å legge til rette for og sikre kvalitetsforbedring er et arbeid som først og fremst må skje lokalt på den enkelte tjenestested, men også på system- og individ nivå. Et sentralt virkemiddel her er medarbeidernes kunnskap og kompetanse, de er nær pasienter og pårørende, vet hva som fungerer i praksis, hva som bør forbedres og har som oftest de beste forslag til tiltak som vil føre til forbedring.

## 5.3 ANBEFALINGER FRA PARTSSAMMENSATT ARBEIDSGRUPPE

- Avdelinger med meldte avvik på vold og trusler utarbeider ROS analyse og handlingsplan.
- Vurdere i større grad bruk av fagkompetanse til systematisk opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler
- Årlig HMS-undersøkelse med kartlegging av risikofaktorer i arbeidsmiljøet som

- Vold og trusler
    - Konflikter
    - Arbeidsbelastning
  - Systematisk oppfølging av 10-FAKTOR, arbeid med tiltak og handlingsplan i etterkant av medarbeiderundersøkelsen
  - Arbeide med nye arbeidsmetoder og oppgavefordeling, i tråd med tjenestestyrte bemanningsplanlegging (heltidskultur) og helsepersonellkommissjonens anbefalinger
  - Kompetansekartlegging og kompetanseplaner, må ses i sammenheng med behov for nye arbeidsmetoder
  - Relevant kompetanseutvikling
    - Relevant kompetanse opp mot aktuelle pasientgrupper
    - Økte digitale ferdigheter
    - Bruk av velferdsteknologi
    - I håndtering av emosjonell belastning og håndtering av vold og trusler
  - Rapporten behandles som sak i kvalitetsutvalg i BBS og SMS
  - Kontinuerlig vurdere grunnbemanning og harmonisering innad i seksjonene, jamfør pasientbehov og pasientmålgruppe på den enkelte avdeling
  - Fortsette pågående arbeid med dokumentasjon i pasientjournal, fokus på kartlegging av livshistorie og legemiddelgjennomgang, bruke IKOS tavle som lederverktøy for oppfølging
  - Kompetanseheving i avvik og forbedringsarbeid i årshjul.
- 