



SIVILOMBUDET STORTINGETS OMBUD FOR KONTROLL MED
FORVALTNINGEN
Postboks 3 Sentrum
0101 OSLO

Vår referanse:
20/36210-6

Deres referanse:

Saksbehandler:
Thorbjørn Engh

Dato:
06.08.2021

Svarbrev til Sivilombudet i forbindelse med besøk på Høyås bo- og rehabiliteringssenter 20-22.10.2020

Vi viser til besøksrapport fra Sivilombudet med svarfrist 06.08.2021.

Besøket til Sivilombudet kom på en krevende tid i sokkelavdelingen på Høyås bo- og rehabiliteringssenter. Det hadde vært særskilte pasientsituasjoner i avdelingen, som i tillegg til pandemiutfordringer medførte økt belastning og høyere fravær. 1 januar 2020 ble kommunene Ski og Oppegård slått sammen til Nordre Follo. Et omfattende harmoniseringsarbeid ble igangsatt, men har dessverre ikke holdt framdrift som tenkt, særskilt på grunn av at ressurser har måttet prioritere håndtering av pandemien som har rammet pleie og omsorg både i 2020 og i 2021. På tross av utfordringsbildet har vi klart å etablere et solid samarbeid på tvers av virksomhetene i pleie og omsorg. Hvert sykehjem og omsorgsbolig har nå egen fagutviklingssykepleier som sammen utgjør et faglig nettverk der arbeid med felles fagutvikling, harmonisering av fagprosedyrer, undervisning og utvikling av opplæringsmateriell står sentralt. De fleste virksomhetene har lokale team med fagsykepleiere tilknyttet avdelingene og dette satses videre på. I tillegg har Nordre Follo nylig etablert et utviklingsteam som skal jobbe på tvers av kommunalområdet helse og mestring.

På bakgrunn av den organiseringen som nå foreligger i kommunen har vi valgt å løfte anbefalingene fra Sivilombudet fra å se på en enkelt avdeling, til å se samlet på rutiner for alle sykehjemmene og omsorgsboligene våre. Målsetningen vår er å tilby likeverdige, trygge og gode tjenester til alle innbyggere uavhengig av hvor innbyggeren mottar helsetjenester. Vi ønsker derfor ikke større lokale variasjoner, men at vi alle jobber etter standardiserte og kvalitetssikrede arbeidsmetoder for å ivareta pasientsikkerheten og rettighetene til våre tjenestemottakere. Nordre Follo kommune har derfor valgt å legge forbedringsarbeidet med anbefalingene fra Sivilombudet som et eget prosjekt i utviklingsteam helse og mestring (*vedlegg 1- prosjektmandat*). Anette Bøen Sigtun er fagutviklingssykepleier og leder prosjektet som vil gå ut året 2021. I arbeidet deltar fagutviklingssykepleiere fra alle sykehjemmene og omsorgsboliger (Seks sykehjem og fire omsorgsboliger), virksomhetsleder, avdelingsledere, kvalitetsrådgiver, hovedverneombud og ressurspersoner som er relevant for å sikre bedre rutiner og oppfølging av pasienter på områdene som Sivilombudet undersøker. I tillegg til det virksomhetsovergrepene arbeidet, har Høyås bo- og rehabiliteringssenter som har hatt selve besøket særskilt fulgt opp sokkel-avdelingen. For noen kan det oppleves som krevende med en slik granskning, men det er i dag en bred enighet om at det har vært en utviklende og positiv erfaring som første sykehjem i Norge, å få besøk av Sivilombudet.

Mange av forbedringsområdene Sivilombudet påpeker handler om manglende dokumentasjon og hvordan dette kan være en risikofaktor. For å få en oversikt over hvordan situasjonsbildet for alle sykehjemmene og omsorgsboligene er, har vi startet kartlegging av dokumentasjonen hos et utvalg pasienter ved langtidsvedtak på alle sykehjemmene og omsorgsboligene. Målsetningen var å undersøke om vi har ulik dokumentasjons-kultur imellom avdelinger og virksomheter, og om variasjonen er så stor at vi kan vurdere den som uønsket (*vedlegg 2 – parametere for vurdering av pasientdokumentasjon*). Foreløpig resultat av analysen viser at alle pasienter i alle virksomheter har individuell tiltaksplan, og at virksomhetene vektlegger ulike områder i pasientens tiltaksplaner. Derfor ser vi behov for å standardisere dette ytterligere. Vi vil i prosjektrapporten foreslå minimumssituasjoner som skal ivaretas i alle tiltaksplaner, tilpasset sykehjem og omsorgsboliger (*vedlegg 4 – Minimumssituasjoner i tiltaksplan*). Undervisning i dokumentasjon holdes jevnlig i alle virksomheter og fanges også opp i felles årshjul for fagutvikling. Samtidig ser vi at dette er et område som krever kontinuerlig oppfølging fra ledere og fagpersoner.

I videre nullpunktsanalyse har vi gjennomgått uønskede hendelser/avvik i alle sykehjem knyttet opp mot vold mot ansatte i pleie og omsorgstjenesten, samt tvangsbruk. Vi erfarer at også her er det stor variasjon mellom virksomhetene på hva som rapporteres. I Nordre Follo kommune har vi et nettverk som superbrukere for kvalitetssystemet som har som ansvarsområde å fremme kunnskap om bruk av kvalitetssystemet, utvikle styrende dokumenter og holde gi opplæring i avviksrapportering. Vi erfarer gjennom prosjektet at vi mangler avvikskategorier som spesifiserer vold og trusler mot pasient, når som vil tas opp videre når disse revideres. Det planlegges for ny superbruker-samling i kommunalområdet høsten 2021.

Det er høye kvantitative og kvalitative krav til tjenesten, pressede rammebetingelser og krevende å rekruttere nok kompetent helsepersonell til tjenestene. Geriatiske pasienter kjennetegnes ved å ha et sammensatt sykdomsbilde, noe som krever høy kompetanse. Prosjektet ønsker derfor å gjennomføre kompetansekartlegginger som vi spisser mot anbefalingene som Sivilombudet presenterer i sin rapport (*vedlegg 3 -kompetansekartlegging*). Kompetansekartleggingen er delt inn i tre, én rettes mot ansatte i pleie, én til avdelingsledere og én til kommuneleger. Kartleggingen sendes ut i løpet av august 2021 og vil være nyttig for videre tilpassing av kompetansehevede tiltak. Målsetningen er å undersøke hvordan de spurte vurderer nåværende kompetansenivå. Resultatene kan benyttes i etterkant av prosjektperioden for å vurdere effekten av planlagte kompetansehevingstiltak.

Prosjektet vil avsluttes med en prosjektrapport som ferdigstilles desember 2021. Denne rapporten vil bli en del av kunnskapsgrunnlaget i Nordre Follo kommune. Vi får med det en status for dette arbeidet og kan planlegge for videre arbeid med områdene der Sivilombudet har påpekt behov for forbedring. Kommunen vil også benytte erfaringer fra dette besøket og prosjektet i sitt høringsinnspill til forslagene fra Tvangslovsutvalget.

Videre i svarbrevet vil vi redegjøre for hvordan vi har arbeidet, og planlegger for videre arbeid, med anbefalingene fra Sivilombudet.

Anbefaling: Beboernes rett til medvirkning

- *Sykehjemmet bør legge systematisk til rette for pasientenes mulighet for medbestemmelse.*

Sivilombudet trekker frem i sin rapport at de ansatte ved sokkelavdelingen tilstreber å la pasientene ta valg og at det er en kultur for å møte pasientene med tålmodighet i kommunikasjonen og samhandlingen. De ansatte er bevisst på å ta i bruk informasjon om pasientens liv og personlighet i

den daglige interaksjonen, men Sivilombudet påpeker at denne informasjonen ikke systematisk er tilgjengelig i alle tiltaksplaner. Det er en målsetning at alle pasienter på sykehjem får utpekt et primærteam bestående av en tjenesteansvarlig sykepleier og en primærkontakt (helsefagarbeider). Dette har siden rapporten forelå vært et sentralt arbeidsfokus i sokkelavdelingen gjennom møter med avdelingsleder og fagutviklingssykepleier.

I prosjektet har vi gått igjennom rutiner som er avgjørende for å sikre systematisk brukermedvirkning og som legger til rette for selvbestemmelse. Vi har igangsatt et arbeid med revisjon av sjekklister for innkost for langtidsavdelinger og for korttidsavdelinger. Sjekklister skal sikre at pasienten får opprettet sitt primærteam med tjenesteansvarlig og primærkontakt. Rollebeskrivelsene for disse er også revidert. Primærteamene har et spesielt ansvar for å sikre at pasientene får opprettet en fullstendig tiltaksplan som også ivaretar nødvendig informasjon om pasientens livshistorie og «hva er viktig for deg?».

Anbefaling: Medvirkning fra beboernes pårørende

- *Sykehjemmet bør etablere systemer og rutiner som legger til rette for god informasjonsutveksling og dialog med pårørende, også i situasjoner som kan medføre bruk av tvang.*

Samarbeid med pårørende er svært viktig for både pasient, pårørende og for de ansatte i kommunen. Pårørendesamtaler har vanligvis blitt tilbudt i forbindelse med innkost og som en fast årlig samtale i forbindelse med årskontroll for pasientene, og ellers ved behov/forespørsel. Sykehjemmene har en mal for pårørendesamtale som skal benyttes. Før pandemien har også enkelte virksomheter hatt faste pårørendemøter der fellesinformasjon har blitt formidlet ut og det har vært rom for spørsmål. Under pandemien har disse møtene blitt erstattet med individuelle samtaler og fellesinformasjon via e-post.

Vi ser ved gjennomgang av informasjonsmateriell for sykehjem og omsorgsboliger at det er behov for å revidere vår skriftlige informasjon. Derfor vil prosjektet utarbeide ny felles mal for informasjonsbrosjyre rettet til pasienter og pårørende i tjenestene. Det vil også være nyttig for pårørende å få tydelig presentert primærteamene, slik at det blir færre kontaktpersoner for de pårørende å forholde seg til. Dette blir tatt med som et av sjekkpunktene i innkostrutinene. Kontakt med pårørende er et område som vi tar inn som anbefaling til minimumssituasjon i tiltaksplan. Som oftest er det pårørende som fyller ut «Min livshistorie» når vi får nye pasienter. Dette er et godt utgangspunkt for å bli kjent med både pasient og pårørende. Vi tar med oss anbefalingen om å benytte Helsedirektoratets Pårørendeveileder i videre arbeid.

Prosjektet har utarbeidet sjekklister for samtykkevurdering og helsehjelp med tvang. Denne skal sikre involvering og samhandling med pårørende i disse situasjonene.

Anbefaling: Bemanning og kapasitet

- *Kommunen og sykehjemmet bør sikre at avdelingen alltid er bemannet slik at de ansatte har kapasitet til å ivareta beboernes grunnleggende behov.*

Sivilombudet gikk gjennom avvik som var skrevet i avdelingen fra mai til oktober 2020. I løpet av denne perioden hadde avdelingen en pasient som krevde svært mye tid og skapte store utfordringer i form av utagering og uforutsigbar adferd. Dette var før kommunen fant et passende tilbud til vedkommende. Avvikene er derfor sterkt preget av dette. Dette tilfellet fant sted på sommeren i forbindelse med ferieavvikling, og det var vanskelig å rekruttere personell ut over den planlagte grunnbemanningen. Kommunen er av den oppfatning at avdelingen under normale omstendigheter er bemannet slik at det er kapasitet til å ivareta beboernes grunnleggende behov. Virksomheten har også diskutert å se på om det kan være hensiktsmessig med hyppigere møter mellom

avdelingsledere for å sikre best utnyttelse av bemanningen på tvers av avdelinger.

Kompleksiteten i oppgavene i kommunehelsetjenesten er stadig økende, samtidig som det er utfordringer knyttet til rekruttering, spesielt av sykepleiere. Kommunen jobber med å benytte helsepersonell-ressurser på best mulig måte for å ivareta forsvarlige tjenester.

Som ny kommune er det jobbet mye med utviklingen og harmoniseringsarbeidet er pågående. Kommunen har en presset økonomi og har behov for ytterligere omstilling. Forsvarlighet er alltid førende for prioriteringene som gjøres. Vi jobber aktivt med å redusere sykefravær, øke lederkompetanse, vurdere hensiktsmessig lederspenn og organisering av fagroller.

Anbefaling: Aktivisering og fysisk aktivitet

- *Sykehjemmet bør legge til rette for at alle pasienter som ønsker det, har en reell mulighet til å oppholde seg i frisk luft daglig.*
- *Sykehjemmet bør styrke aktivitetstilbudet og sikre individuelt tilpassede aktiviteter for beboerne, inkludert fysisk aktivitet.*

I den perioden Sivilombudet var på besøk, var det innført restriksjoner som følge av korona. Dette preget aktiviteten i sykehjemmet i stor grad, blant annet i form av at aktivitetstilbudet var minimalt. Nå er sykehjemmet tilbake i normal drift. Alle boligene i Sokkelavdelingen har egen hage. Disse blir flittig brukt i vår-, sommer- og høstsesong. Personalet og frivillige har lagt ned stort arbeid i å plante og vedlikeholde hagene. I tillegg er de ordinære aktivitetene som bingo i regi av frivillige, andakt, konserter og forestillinger på plass. Det er også innført nye, populære aktiviteter: Dansetrim to ganger i uken for hele sokkelavdelingen og sykling i regi av frivillige en gang i uken. Flere pasienter får tilrettelagt trening i form av gang- og trappetrening.

Vi ser at det ville være fordelaktig å kunne tilby daglig aktivitet i frisk luft i vinterhalvåret for alle pasienter. Med det funksjonsnivået dagens sykehjems pasienter har, ville dette representere langt mer tid til på- og avkledning og tilrettelegging i forhold til de personalressursene avdelingen har til disposisjon. De fleste pasientene i en demens/skjermet demensavdeling vil også kreve mye ressurser utendørs for å sikre at de ikke kommer bort eller at de setter seg selv i fare på glatt føre eller i trafikken.

Alle sykehjemmene og omsorgsboligene har søkelys på, og ønske om, å kunne tilby et godt, variert aktivitetstilbud til tjenestemottakerne. Pleiepersonellet er ofte kreative og tenker aktivitet i dagligdagse gjøremål sammen med pasientene. Vi erfarer at ofte er det ikke så mye som skal til for å gjennomføre en aktivitet som stimulerer pasientene. Det er begrenset tilgang på ressurser innen fysio- og ergoterapi til pasienter på langtidsavdelinger, og tilbudet vil dermed være avhengig av kapasiteten hos ansatte i pleien.

For å forsøke å styrke det individuelt tilpassede aktivitetstilbudet er det avgjørende at vi kartlegger de individuelle preferansene hos pasientene og at dette nedfelles i tiltaksplan. Fysisk funksjon og aktivitet er et av områdene som vi anbefaler som minimumssituasjon i tiltaksplan.

Anbefaling: Dokumentasjon i pasientjournal

- *Sykehjemmet bør sikre at alle tiltaksplaner inneholder oppdatert informasjon om pasienten, hvilke tiltak som er nødvendige for å kunne gi pasienten den hjelpen vedkommende har krav på, og hvordan tiltakene skal gjennomføres (konkrete prosedyrer).*
- *Sykehjemmet bør sikre at løpende journal dokumenterer at tiltak og prosedyrer følges opp i det daglige.*

Vi erkjenner at det er for stor variasjon i kvaliteten på tiltaksplanene til pasientene, hvor konkrete og målbart innholdet er. Dokumentasjonen ser vi på en som en særskilt viktig kilde til kvalitetssikring av tjenesteinnholdet, men det er dessverre ikke alltid slik at det gode pasientnære arbeidet og kompetansen nedfelles slik det er ønskelig. Dette ser vi også av vår gjennomgang av tiltaksplaner i alle sykehjemmene. Kompetansekartleggingsundersøkelsen vil også gi oss informasjon om hvordan de ansatte vurderer egen kompetanse innen dokumentasjon.

Nordre Follo kommune har avtale med Norsk Helseinformatikk om e-læringskurs. Dokumentasjon er et av disse kursene som er tilgjengelig for alle ansatte og som inngår i årshjul for fagutvikling. I kurset gjennomgås blant annet helsepersonellens juridiske plikter om dokumentasjonskrav. Gjennom å sikre pasientens primærteam, prosedyre for minimumssituasjoner i tiltaksplaner, forbedre Gerica-veiledere og tilby kontinuering opplæring og oppfriskning til ansatte mener vi at vi kan forbedre praksis ytterligere.

Vi har allerede gode rutiner på plass for å sikre pasientene regelmessig ernæringskartlegging (MNA), vurderinger av funksjonsvariabler og bistandsbehov (ADL og IPLOS), fallrisikovurdering og tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (ABCDE og NEWS).

Anbefaling: Rutiner og tiltak for forebygging av vold

- *Kommunen bør sikre at det er på plass gode prosedyrer for forebygging og håndtering av vold, trusler og overgrep mot både beboere og ansatte, og sørge for at disse er godt kjent for alle ansatte.*
- *Kommunen og sykehjemmet bør sikre at alle ansatte har opplæring i hvordan de skal forebygge og håndtere utfordrende atferd.*

Ved gjennomgang av kommunens prosedyrer ser vi at det er stor overvekt av prosedyrer som har som formål å sikre ansatte fra vold og trusler fra pasienter. Det er en kjent utfordring at helsepersonell har høyere risiko for å bli utsatt for vold og trusler om vold i sitt arbeid, noe som også ses i statistikk for uønskede hendelser. Dette jobber alle i helsetjenesten med kontinuerlig, gjennom å sikre rett pasientplassering og kompetansehevende tiltak for helsepersonell. Det er viktig for kommunen å jobbe for å redusere mørketall, og man oppfordrer derfor ansatte til å ha lav terskel for å melde fra om uønskede hendelser om vold og trusler. Prosjektet oppdager imidlertid at det foreligger mangler på gjennomarbeidede prosedyrer for vold og trusler om vold mellom pasienter og mellom ansatt og pasient. Både Ski og Oppegård kommuner har tidligere hatt opplæring for ansatte om hvordan håndtere vold eller mistanke om overgrep, undervisning som har vært utviklet av organisasjonen Vern for eldre. Det samme undervisningsmateriellet har vært benyttet i ABC-opplæringen som tilbys i kommunen.

Prosjektet jobber nå med å revidere prosedyre for forebygging av vold og trusler. Vi er i prosess med å utarbeide følgende nye prosedyrer:

- Retningslinje for å forebygge og håndtere vold mellom pasienter/beboere
- Retningslinje for å forebygge og håndtere vold utøvd av ansatt mot pasient/beboer
- Veiledning for ledere for forebygging og håndtering av vold og trusler

Prosjektet planlegger en rekke aktiviteter for høsten som vil være med å styrke kompetanse blant ansatte, ledere og leger. Vi planlegger i disse dager en tverrfaglig fagdag i samarbeid med Statsforvalter, Krise- og incestsenteret i Follo og kommuneoverlege. Målet for fagdagen vil være å øke kompetanse innen forebygging og håndtering av vold, gjennomgang av nye rutiner som har kommet på plass gjennom prosjektet og øke kunnskap om tvungen helsehjelp.

På Høyås bo- og rehabiliteringssenter har det i lengere tid vært ønske om strukturert opplæring i

Verge-teknikk for å forebygge voldshendelser. Planene har dessverre ikke blitt realisert enda, fordi pandemien har begrenset mulighetene for denne typen trening. Nå som de fleste helsepersonell er vaksinert, kan sykehjemmet gjenoppta planene om opplæring og innføring av Verge-metoder. Som Sivilombudet påpeker i rapporten, finnes allerede kompetanse på dette området ved en annen skjermet enhet i kommunen, som vil bistå Høyås i det videre arbeidet.

Anbefaling: Trygge ansatte

- *Sykehjemmet bør sikre veiledning og systematisk oppfølging av ansatte etter vanskelige hendelser.*

Vi erkjenner at det er behov for ytterligere kompetanseheving blant ledere i oppfølging av ansatte etter vanskelige hendelser. Vi har mange erfarne ledere i våre sykehjem og omsorgsboliger, og har inntrykk av at aller fleste ansatte føler seg trygge og ivaretatt i sitt arbeid. Det er viktig at en leder har anledning til å se og følge opp sine ansatte, og at det settes av tilstrekkelig tid til samtale og erfaringsutveksling etter spesielt krevende episoder. Kommunen har et samarbeid med bedriftshelsetjeneste som ved flere anledninger har bistått kommunen i debrief-arbeid, for eksempel i forbindelse med pandemien. Prosjektet jobber med å revidere prosedyre for debrief/oppfølging etter vanskelig hendelser. Denne prosedyren vil gjøres kjent for alle ledere med personalansvar.

Kommunen og sykehjemmet er i dialog med KS om et samarbeid om etisk kompetanseheving med oppstart over sommeren 2021. Etisk kompetanse er viktig, og vi tror en økt satsing på dette vil bidra positivt i arbeidsmiljøet. To av de ansatte i Sokkelavdelingen vil bli utdannet til etikkveiledere, og etisk veiledning vil bli satt i system. Tilbudet om å utdanne etikkveiledere vil også gis til alle sykehjemmene i kommunen.

Anbefaling: Oversikt over tvangsbruk

- *Sykehjemmet bør etablere et system for intern kvalitetssikring av tvangsvedtak. Anbefaling: Kommunenes kontroll og oppfølging*
- *Kommunen bør utnevne en overordnet faglig ansvarlig for å sikre oversikt over og kvalitetssikring av tvangsbruk på sykehjem i kommunen.*

Nordre Follo kommune har besluttet at overordnet fagligansvarlig for tvangsvedtak skal ligge til kommuneoverlegefunksjonen. Kommuneoverlegene er også tilgjengelig for ledere og leger som har behov for veiledning og kvalitetssikring av vedtak. Prosjektet foreslår også å implementere oversikt over tvangsbruk som en del av internkontrollrutinene. Disse bør igjen inngå i årshjul for ledere. Slik er det ikke per i dag og vi ser behov for å sikre bedre oversikt.

Prosjektet har revidert prosedyre for helsehjelp med tvang og besluttet at det er avdelingsleder som fletter tvangsvedtakene i Gerica før innsending. Dette for å sikre at sjekklister for tvangsvedtak følges, vilkår sikres og at leder alltid er orientert om tvangsvedtak i egen avdeling. Kvalitetsrådgiver i kommunen har fremmet forslag om å opprette kvalitetsråd, både overordnet og per kommunalområde. Dette vil være et nyttig fora å for å gjennomgå status for uønskede hendelser, tvangsvedtak og risikoanalyser. Det planlegges for ytterligere opplæring for ledere i risikoanalyser og internkontrollrutiner i kommunen.

Anbefaling: Kunnskap om tvungen helsehjelp

- *Kommunen og sykehjemmet bør sikre at alle ansatte har god kompetanse i vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp (kapittel 4A), inkludert praktisk kompetanse i å skrive tvangsvedtak for de som skal kunne gjøre dette.*
- *Kommunen og sykehjemmet bør sikre at det regelmessig gis opplæring til ansatte om vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp.*
- *Kommunen og virksomheten bør sikre at alle ansatte er kjent med ansvarsfordeling og oppgaver ved bruk av tvungen helsehjelp.*

Som Sivilombudet påpeker i rapporten, har Høyås bo- og rehabiliteringssenter tidligere hatt kompetanseheving om vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp. Dette har også de andre sykehjemmene. På tross av dette ser vi at ansatte, ledere og kommuneleger kan ha utfordringer med å praktisk fatte vedtak om tvungen helsehjelp. I prosjektet har vi fått tilbakemeldinger om at etterlevelsen av regelverket oppleves krevende for mange. Dette gir en uønsket risiko for at tvang utøves uten at lovlig vedtak er fattet. Prosjektet har derfor gjennomført en omfattende revisjon av Gerica-veileder for hvordan dette skal gjøres rent teknisk.

Som nevnt tidligere er også følgende prosedyrer revidert; samtykkekompenserevurdering, helsehjelp med tvang og sjekkliste – helsehjelp med tvang. I tillegg er det utarbeidet et flytdiagram for å enklere illustrere og klargjøre gangen i arbeidet. Prosedyrene tydeliggjør nå ansvarsfordelingen ved bruk av tvungen helsehjelp. I kompetansekartleggingen (vedlegg 3) spørres det også hvordan respondenten vurderer egen kompetanse på området. Prosjektet har som en målsetning å kunne bidra til både teoretisk kompetanse, men fremfor alt; handlingskompetanse.

I forbindelse med årshjul for fagutvikling er temaene for august, september og oktober «dokumentasjon, demens, tvang og makt». Hver tema-bolk starter med at alle ansatte i pleie og omsorg får tilsendt nyhetsbrev med informasjon om nye relevante prosedyrer, aktuelle e-læringskurs og relevante fagartikler. Det legges opp til at alle sykehjem og omsorgsboliger har internundervisning som tar utgangspunkt i nyhetsbrevet og lokale behov. Arbeidet ledes av fagutviklingssykepleier og fagsykepleiere i avdelingene. I tillegg vil dette bli tema på høstens tverrfaglige fagdag. Nordre Follo kommune har invitert Statsforvalter til å informere om helseavdelingen og vergemålsavdelingen.

Prosjektet anbefaler også et videre arbeid med å implementere metoden «TID» i alle sykehjemmene og omsorgsboligene for å styrke ansattes kompetanse innen miljøterapeutiske arbeidsmetoder for å forbygge unødig tvangsbruk.

Anbefaling: Helsehjelp og pleie ved motstand

- *Sykehjemmet bør iverksette tiltak for å sikre at helsehjelp og pleie ikke gis med tvang uten at det er fattet lovlig vedtak om dette.*

Siden besøket fra Sivilombudet har sokkelavdelingen hatt fokus på hvordan praksisen i avdelingen er når pasienten har behov for helsehjelp og viser tegn til motstand. I rapporten påpekes det at de ansatte jobber aktivt med tillitsskapende tiltak, men at det avdekkes enkeltepisoder der helsehjelp ytes ved motstand uten at det er fattet vedtak. Disse funnene er trolig ikke unike for denne avdelingen. De synliggjør behov for å øke kompetansen hos ansatte, særlig rundt gråsoner/grenseoppganger for tvang. Med planlagt internundervisning, samt revisjon og opprettelse av nye prosedyrer, mener vi at dette vil bidra til forbedring i praksis. Systematisk etisk refleksjon kan også være et gunstig verktøy for å diskutere utfordrende pasient-caser på en konstruktiv og utviklende måte. Prosjektet planlegger å utarbeide et informasjonshefte med refleksjonsspørsmål omkring gråsoner som kan være til hjelp for avdelingene når man diskuterer beste og minst inngripende løsning for pasientens behov.

Anbefaling: Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

- *Sykehjemmet bør sikre at pasienters bevegelsesfrihet ikke begrenses i større grad enn det regelverket gir adgang til.*

De fysiske rammebetingelsene på sokkelavdelingen utgjør en stor utfordring, da avdelingen ikke er tilrettelagt optimalt for å ivareta bevegelsesfrihet samtidig som man klarer å ivareta ta sikkerhet og

fallfarebygging med de personalressursene som er tilgjengelig. De fysiske rammebetingelsene setter sånn sett ekstra press på bemanningen og utgjør ofte et dilemma for helsepersonellet. Avdelingen har et rehabiliteringsbehov, men dette arbeidet har blitt utsatt.

Fallrisikoen er stor hos flere av pasientene på avdelingen og det er derfor ansett som det minst inngripende tiltaket å skjerme trappen. Lappen som dekket for heisknappen er fjernet, slik at pasientene kan ta heisen. Nå som pasientene er vaksinert er heller ikke hovedinngangsdørene lenger låst på dagtid.

Gjennom internundervisning om helsehjelp med tvang blir også tilbakeholdelse i institusjon gjennomgått. Knapphet på legeressurser er påpekt fra Sivilombudet og vi ser at dette medfører at det ofte tar lengere tid å få på plass et gyldig vedtak enn det burde. De nye veilederne og prosedyrene vil være til hjelp for kommunelegene når vedtakene skal fattes. Avdelingen vil jobbe videre med grundig vurdering av enkeltpasientenes behov for vedtak om tvungen helsehjelp.

Anbefaling: Bruk av sensoralarm

- *Sykehjemmet bør sikre at lokaliserings- og varslingsteknologi kun brukes når det er fattet lovlig vedtak om dette.*

Sokkelavdelingen har hatt en gjennomgang av bruken av sensorteknologi og kommet frem til at det ikke er behov for å benytte dette hos et flertall av pasientene. Det er gjort forsøk i å kutte bruken helt i en av boligene, men på grunn av fallfare og økt uro ble det klart at dette var et godt tiltak for mange brukere.

I Nordre Follo kommune har vi et velferdsteknologiprogram der et av delprosjektene har som oppgave å utarbeide nødvendige prosedyrer, som vi ser ikke er på plass per i dag. Det kreves gode vurderinger av samtykkekompetanse og om pasienten motsetter seg bruk av teknologien. Det planlegges derfor for å tydeliggjøre i prosedyrene hvordan vilkårene i § 4-6a skal vurderes og følges opp. Hos mange av pasientene i sokkelavdelingen kreves det derfor at det fattes enkeltvedtak.

Arbeidet med prosjektet har avdekket at mange kommuner som har begått samme feil som oss, og tatt i bruk teknologien før tilstrekkelig prosedyrer og rutiner er utarbeidet. Vi har forståelse for hva som må på plass for å kunne ivareta lovverket ved bruk av denne type teknologi. For at kommunen skal kunne ha god oversikt over bruken av velferdsteknologi, velger vi å knytte dette til en egen tjeneste i Gerica, og ser behov for å utvikle tilsvarende veileder for bruk av varslings og lokaliseringsteknologi, som veilederen for helsehjelp med tvang. Dette er nødvendig for å sikre at pasienter som har god nytte av denne teknologi, som det minst inngripende tiltaket, får dette tilbudet.

Med hilsen

Kristine Lund
Virksomhetsleder Høyås

Anette Bøen Sigtun
Prosjektleder

Thorbjørn Engh
Områdeleder, Pleie og omsorg

PROSJEKTMANDAT



Nordre Follo
kommune

Pasientsikkerhet og rettigheter i sykehjem og omsorgsboliger

Kort beskrivelse av prosjektet:

Sivilombudet rapport og dens funn tas på alvor og arbeidet fremover har høy prioritet.

Kommunen vil benytte funnene til forbedringsarbeid. Prosjektet skal bidra til:

- *å løfte praksisen i tjenesten slik at pasientene får helsehjelp av god kvalitet*
- *at praksis imøtekommer lovverkets krav og at det etableres systemer for å kvalitetssikre etterlevelsen*
- *at ansatte på ulike nivåer får nødvendig kompetanseheving for å ivareta sine arbeidsoppgaver*

Ski, 10.05.2021

Oppdragsgiver: Styringsgruppen Helse og Mestring

Prosjektansvarlig: Prosjektleder Anette Bøen Sigtun

Status

Prosjektet er vedtatt gjennomført på bakgrunn av Sivilombudets rapport etter besøk ved Høyås bo- og rehabiliteringssenter 20-22 oktober 2020.

Sivilombudsmannens forebyggende mandat er fundert i tilleggsprotokollen i FNs torturkonvensjon som Norge sluttet seg til i 2013. Det beskriver at Norge skal ha et organ som skal forebygge at personer som er fratatt friheten, utsettes for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Beboere på sykehjem har rett til å bli behandlet med respekt for sin verdighet og til å få sine grunnleggende behov ivaretatt. Det er viktig at sykehjem legger til rette for at personer med demens så langt som mulig kan opprettholde sin personlige autonomi. Dette innebærer blant annet at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med de som bor på sykehjemmet. Det skal også systematisk legges til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende.

Det er ikke funnet tegn til umenneskelig behandling på Høyås bo- og rehabiliteringssenter. Men sivilombudsmannens funn avdekker manglende systematikk og kompetanse innenfor områdene:

- Oppfølging og ivaretagelse
- Beskyttelse og trygghet
- Tvungen helsehjelp

Prosjektet ønsker å løfte problemstillingen fra å gjelde en enkelt virksomhet, til å se på alle sykehjemmene og omsorgsboligene. Det er trolig slik at de samme utfordringene går igjen i liknende helsetjenester og det vil være et av områdene prosjektet vil undersøke gjennom nullpunktsanalyse.

I dette prosjektet ønsker man å jobbe med systematikk, kompetanse og rutiner for sykehjem og omsorgsboliger. I lys av sammenslåingen av kommunalområder, vil det være en aktuell anbefaling å vurdere muligheten for å benytte erfaringer fra prosjektet til å gjelde hele «nye Helse og Mestring» for å oppnå ytterligere harmonisering, bedret samhandling med pasientforløp i fokus, samt å samle og utvikle robuste fagmiljøer.

Mål og rammer

Selv om ikke Sivilombudsmannens ikke fører tilsyn og gir avvik, så tas et besøk med anbefalinger likeledes alvorlig som et tilsyn.

Kommunen skal gi likeverdige helsetjenester og er fremdeles i en harmoniseringsprosess. Dette prosjektet vil være en del av målområdet i Kvalitetsmeldingen for Helse og Omsorg om gjennomgang av alle rutiner og et omfattende arbeid for å styrke strukturen og pasientsikkerheten i ny kommune.

Prosjektet vil bidra til ivaretagelse følgende bærekraftsmål:



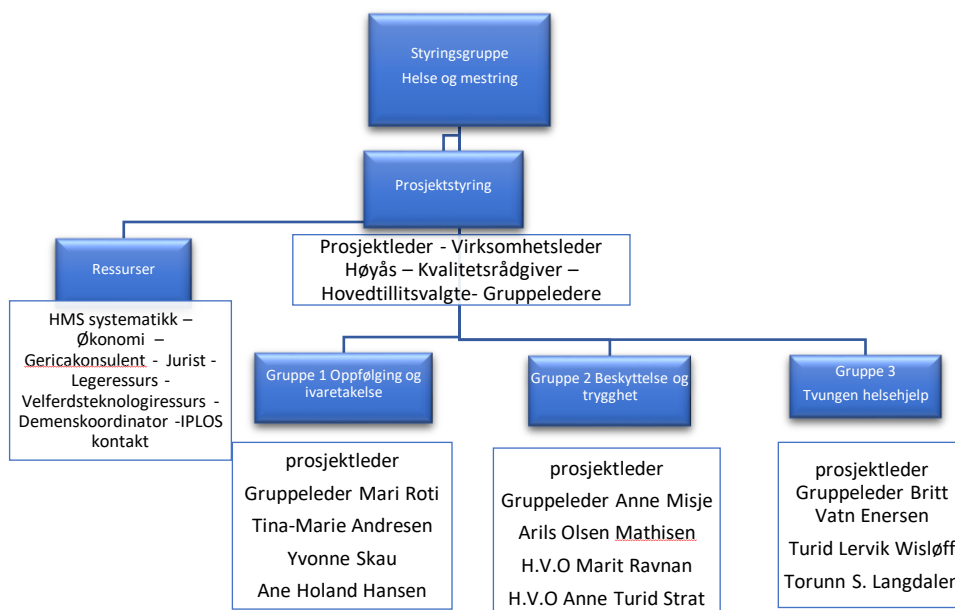
I årshjul for fagutvikling er temaene dokumentasjon, demens tvang og makt allerede planlagt område for internundervisning i pleie og omsorg i august, september og oktober 2021.

Hovedmålsetningen for prosjektet er å sikre Nordre Follo kommune bedre styring, system, kompetanse og samhandling for å ivareta pasientsikkerhet og rettigheter på sykehjem og i omsorgsboliger.

Arbeidsgruppene skal jobbe frem en plan som ivaretar anbefalingene sivilombudsmannen presenterer i besøksrapporten. Planen vil danne grunnlaget for svaret til Sivilombudsmannen fra Høyås bo- og rehabiliteringssenter, frist for dette er satt til 6 august 2021. Planen skal inneholde nullpunkt og- behovsanalyse, kompetansehevende tiltak, faglig oppdaterte prosedyrer og retningslinjer for samhandling. Endelig prosjektrapport er tenkt ferdigstilt desember 2021.

Prosjektet tildeles prosjektnummer og vil søke midler til kompetansehevende tiltak tilknyttet dette.

Organisering



Arbeidsområde for undergruppene:



Gruppe 1 – Oppfølging og ivaretagelse

- Beboernes rett til medvirkning
- Medvirkning fra beboernes pårørende
- Bemanning og kapasitet
- Aktivisering og fysisk aktivitet
- Dokumentasjon i pasientjournal
- Tilgang til lege
- Bruk av legemidler



Gruppe 2 – Beskyttelse og trygghet

- Rutiner og trygghet for å forebygge vold
- Trygge ansatte



Gruppe 3 – Tvungen helsehjelp

- Oversikt over tvangsbruk
- Kommunens kontroll og oppfølging
- Kunnskap om tvungen helsehjelp
- Helsehjelp ved pleie og motstand
- Tilbakeholdelse og generelle utgangsbegrensninger

© 2015
Kommunehelseteam

Fremdriftsplan

Plan og oppgaver som skal følges opp i perioden	Mai			Jun.			Jul.	Aug.	Sept-Okt.	Nov.	Des.				
	Uke 18	Uke 19	Uke 21	Uke 21-22	Uke 23-24	Uke 25-26	Uke 27	Uke 31	Uke 34	Uke 35-43	Uke 44-46	Uke 47	Uke 48-50		
Offentliggjøring av SiOMs rapport															Fase 1
Prosjekt-mandat godkjent															
Initiering av arbeidsgrupper – «Kick-off»															
Orienteringer: SU 27.05.2021, AMU 01.06.2021 Mail til VL / MBU 28.05.2021															
Starte kartleggingsfase og arbeidsgrupper															
Nullpunkts-analyse															
Samle statuskartlegging og nullpunkts-analyse til behovsanalyse															
Systematisering av forbedringstiltak															
Sammenstille svar til SiOM															
Nyhetsbrev PLO															
Årshjuls - undervisning PLO															
Implementering i kompetanseplan 2022															
Evalueringsprosjekt															
Ferdigstille prosjekt-rapport															
															Fase 2

Vedlegg 2 – Parametere for vurdering av dokumentasjon

- Hvor lang tid tok det fra pasienten kom til avdelingen til inntaksvurdering ble gjort?
- Hvor lang tid tok det fra pasienten kom til tiltaksplan ble opprettet?
- Møter tiltaksplanen krav for minste anbefalte situasjoner? (for Nordre Follo: personlig hygiene, væske og ernæring, medisinsk oppfølging (inkl. ABCDE-vurdering), medvirkning (Hva er viktig for deg), forflytning/fallrisiko, miljøbehandling og samhandling)
- Om pasienten har hatt tjenester i 1 år, er det gjennomført minimum 2 x MNA kartlegging (ernæring), fallrisikovurdering og legemiddelgjennomgang?
- Er situasjoner beskrevet på en måte som gir en forståelse av pasientens hjelpebehov?
- Er målsetningene konkrete og målbare?
- Er prosedyrene konkrete?
- Følges målsetninger som for eksempel «øke vekt» fulgt opp med vekt registrering i lab-journal?
- Løpende journal; oppleves innholdet faglig relevant, eller «blodfattig» (jmf journalforskriften § 40 Krav til journalens innhold).

Vedlegg 3 - Kartlegging av kompetansebehov

Prosjektet har utviklet kartleggingsundersøkelser av kompetansebehov for ansatte i pleie på alle sykehjem og omsorgsboliger, avdelingsledere og kommuneleger. Undersøkelsene er digitale i FORMS og benytter en GAP-modell for analyse. Disse undersøkelsene vil gå ut i slutten av august 2021 og analyseres i endelig prosjektrapport.

Ansatte

Følgende spørsmål blir rettet til ansatte i pleie:

- Hvor jobber du?
- Hva jobber du som?
- Er du trygg i bruk av «Min livshistorie»?
- I hvilken grad har du fokus på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møte med pasientene?
- Opplever du å være trygg i kommunikasjon og samhandling med pårørende?
- Er du trygg på å gjennomføre formelle pårørendesamtaler?
- Kjenner du til bruk av forhåndssamtaler?
- Kan du opprette eller endre situasjon og mål i tiltaksplanen?
- Kan du opprette og endre prosedyre i tiltaksplanen?
- Kan du opprette ny IPLOS og ADL?
- Kan du bruke flettedokumenter i Gericca?
- Vet du hvor du finner behandlingsavklaring i Gericca?
- Tilrettelegger du for at pasienter som ønsker det kommer ut i frisk luft daglig?
- Har du kjennskap til virksomhetens aktivitetstilbud?
- Tilrettelegger du for aktivitet for pasientene i tilknytning til dagliglivets gjøremål?
- Har du kunnskap om hvordan du kan forebygge og håndtere voldsepisoder?
- Har du kunnskap om tillitsskapende tiltak?
- Har du kunnskap om hvordan du kan forebygge og håndtere utfordrende adferd?
- Opplever du støtte fra kollegaer etter vanskelige hendelser på jobb?
- Opplever du veiledning og oppfølging fra leder etter vanskelige hendelser på jobb?
- Har du kjennskap for vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp etter kapittel 4a?
- Har du kunnskap om hva som kreves av vurderinger før man kan fatte vedtak om tvungen helsehjelp?
- Er du kjent med ansvarsfordelingen mellom faggrupper ved bruk av tvungen helsehjelp?
- Opplever du at avdelingen du jobber i er bevisste over «gråsoner»/grenseoppganger for tvang?
- Har du kunnskap om hvilke situasjoner helsepersonell som ikke er lege kan fatte vedtak om helsehjelp med tvang?
- Har du erfaring med å praktisk fatte vedtak om tvungen helsehjelp?
- Opplever du at avdelingen du jobber i ivaretar pasienters rett til bevegelsesfrihet?
- Har du kjennskap til lovverk for vedtak om varslings og lokaliseringsteknologi?

Avdelingsledere

Følgende spørsmål blir rettet til avdelingsledere ved sykehjem og omsorgsboliger:

- Opplever du at avdelingen din jobber strukturert med brukermedvirkning?
- Dokumenterer de ansatte i din avdeling fortløpende brukermedvirkning i praksis?
- Opplever du at avdelingen har struktur i pårørendearbeidet?

- Dokumenterer avdelingen fortløpende sin kontakt med pårørende?
- Vurderer du aktivitetstilbudet i din avdeling som individuelt tilpasset?
- Er pasientenes behov og ønsker for aktivitet nedfelt i tiltaksplanen?
- Opplever du at dine ansatte er kjent med aktivitetstilbudet i virksomheten?
- Opplever du at dine ansatte har et bevisst forhold til å tilby pasienter mulighet for å komme ut i frisk luft daglig?
- Opplever du at dine ansatte er oppmerksomme på og tilrettelegger for pasientenes behov for fysisk aktivitet?
- Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet med legetjenesten i din avdeling?
- Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet med fysio/ergo-tjenesten i din avdeling?
- Med de personalressursene du har; opplever du at avdelingen ivaretar pasientenes grunnleggende fysiske behov (personlig hygiene, ernæring, sårbehandling o.l.)?
- Med de personalressursene du har; opplever du at avdelingen ivaretar pasientenes grunnleggende psykososiale behov (felleskap, alenetid, sosiale aktiviteter, tilhørighet o.l.)?
- Med de personalressursene du har; opplever du at avdelingen ivaretar pasientenes grunnleggende åndelige/eksistensielle behov?
- Opplever du at dine ansatte har kunnskap om hvordan de kan forebygge og håndtere voldsepisoder?
- Opplever du at dine ansatte har kunnskap om tillitsskapende tiltak?
- Opplever du at dine ansatte har kunnskap om hvordan de kan forebygge og håndtere utfordrende adferd?
- Opplever du å kunne gi veiledning og oppfølging av dine ansatte etter vanskelige hendelser på jobb?
- Opplever du at dine ansatte har kjennskap til vilkårene for bruk av tvungen helsehjelp, pbrl. kap. 4a?
- Er du kjent med ansvarsfordelingen mellom faggrupper ved bruk av tvungen helsehjelp?
- Har du kunnskap om hvilke situasjoner helsepersonell som ikke er leger kan fatte vedtak om helsehjelp med tvang?
- Har du erfaring med å praktisk fatte vedtak om tvungen helsehjelp?
- Har du kjennskap til regelverk for vedtak om lokalisering og varslingsteknologi, pbrl. §4-6a?

Kommuneleger

Følgende spørsmål blir rettet til kommuneleger:

- I hvilken grad føler du deg trygg på egen rolle i pårørendesamtaler?
- Opplever du at pasienters ønsker får praktiske konsekvenser for valg av behandling?
- Opplever du at pasienter i sykehjem har reell brukermedvirkning?
- Involverer du pårørende i vurderinger om helsehjelp med tvang?
- Involverer du pårørende i samtykkevurderinger?
- Er du trygg på å gjennomføre samtykkevurdering av geriatriske pasienter?
- Opplever du å ha tilstrekkelig kunnskap til å utføre behandlingsavklaring?
- Opplever du å ha tilstrekkelig kunnskap om tillitsskapende tiltak?
- Opplever du å ha tilstrekkelig kunnskap til å gjennomføre basal demensutredning?
- Kjenner du til psykometriske tester for utvidet kognitiv undersøkelse?
- Opplever du å ha kompetanse til å avdekke vold?
- Opplever du å ha kompetanse til å dokumentere vold?
- Har du kunnskap om hvordan forebygge og håndtere utfordrende adferd?
- Har du kunnskap om hvordan forebygge og håndtere voldsepisoder?
- Opplever du å ha tilstrekkelig kunnskap til å anvende tillitsskapende tiltak?
- Opplever du å ha tilstrekkelig kunnskap og erfaring med psykofarmaka/benzodiazepiner hos geriatriske pasienter?
- Kjenner du til nasjonale anbefalinger for bruk av psykofarmaka hos psykogeriatriske pasienter?
- Har du kjennskap til anbefalinger og begrunnelse for legemiddelbruk hos eldre pasienter?
- I hvilken grad opplever du at sykepleiere etterspør bruk av psykofarmaka/benzodiazepiner til geriatriske pasienter?
- Har du tilstrekkelig kunnskap til å gjennomføre legemiddelgjennomgang hos geriatriske pasienter?
- Tenker du det ville være hensiktsmessig med støtte fra farmasøytiske kompetanse i legemiddelarbeidet, for eksempel med legemiddelsamstemming eller legemiddelgjennomgang?
- Kjenner du til vilkårene for bruk av helsehjelp med tvang, pbrl. Kap. 4a?
- Er du trygg på dokumentasjonskrav som stilles fra Statsforvalter i vedtak om tvungen helsehjelp?
- Har du praktisk erfaring med å fatte vedtak om tvungen helsehjelp?
- Er du trygg på vilkårene for å benytte lokaliserings og varslingsteknologi, pbrl. §4-6a?
- Opplever du støtte fra kollegaer etter vanskelige hendelser på jobb?
- Opplever du veiledning og oppfølging fra leder etter vanskelige hendelser på jobb?

Vedlegg 4 – Minimumssituasjoner i tiltaksplanen

OBLIGATORISK TILTAKSPLAN

Alle pasienter skal ha situasjonene og prosedyrene (tiltak) som er beskrevet under. I tillegg opprettes situasjoner og tiltak utfra pasientens individuelle behov

Husk brukerstatus:

Skrives samme dag som pasienten ankommer og oppdateres ved endring i pas tilstand. Statusendringer dokumenteres rett i feltet med standardtekst *Brakerstatus tiltaksplan*. Skal IKKE brukes til fortløpende rapport.

Situasjon	Brukes for å beskrive	Minimumsprosedyrer (tiltak) og hva som skal journalføres på de enkelte
1. Væske og ernæring	Mat- og drikkevaner, vekt, diett (Diabetes, cøliaki mm.) svelgeproblemer, tannstatus, hjelpemidler, kultur/religion og MNA registrering, beregning av behov for næringsstoffer Prosedyre: «Ernæringskartlegging-prosedyre» Flytskjema: «Flytdiagram MNA- ernæringskartlegging» NB! Vekt og høyde registreres i labmodul,	21.3.5 Ernæringskartlegging Beskriv frekvens – minimum hver 6.mnd. Lag tidsplan. MNA- skjema hentes som flettedokument (lagres som postjournal). Dokumenter at MNA er tatt, henvis til dato for postjournal. Beskriv DEL 1 og evt. DEL 2.
		21.3.8 Vekt Legg inn tidsplan for hvor ofte det skal tas vekt. Dokumenter om vekt er på vei opp/ned/er stabil. Dokumenter tiltak som iverksettes og evaluering av tiltak. Skal tiltak fortsette eller endres?
2. Personlig hygiene	Pasientens behov for hjelp til å ivareta sin personlige hygiene. Hva er pasientens ressurser? Hvilke behov har pasienten?	21.1.1Morgenstell 21.12 Kveldstell 21.13 Bad/dusj
		Beskriv pasientens ressurser og behov for hjelp. Er det spesielle hensyn å ta, evt hjelpemidler som brukes? Lag tidsplan
		Hvis prosedyrene er godt beskrevet så holder det å «Lagre uten fritekst».
		21.1.4 Munn/tann pleie Beskriv når og hvordan munn/tann pleie utføres. Dokumenter når utført. Hvis prosedyrene er godt beskrevet så holder det å «Lagre uten fritekst».
5. Eliminasjon	Urin, avføring, hyppighet, lukt, utseende, konsistens, toalettvaner	21.16 Frisør Beskriv pasientens ønsker, og hvor ofte pasienten vil til frisør. Dokumenter når pasienten har vært hos frisør.
		21.1.5 Fot/håndpleie Beskriv pasientens ønsker, og hvor ofte pasienten vil til fotpleier. Dokumenter når pasienten har vært hos forpleier.
6. Bevegelse/ Fysisk funksjon	Bevegelse innendørs/utendørs, trening, balanse, hjelpemidler, trening med fysio, screening risiko fall ved innkomst	21.4.7 Fallrisiko-kartlegging Beskriv i prosedyren at pasienten fallrisiko vurderes: Fallrisikoskjema Downton. Hentes fra kvalitetssystemet og må scannes inn. Dokumenter når utført. Vis til resultat og opprett aktuelle tiltak ved risiko.
10. Miljøbehandling	Aktiviteter og tilbud, samt individualiserte miljøbehandling, tillitsskapende tiltak m.m	21.21.2 Aktiviteter/grupper Beskriv aktiviteter pasienten deltar på -tidspunkt og hvem som har ansvar for gjennomføringen. Dokumenter pasientens deltagelse.

12. Medisinsk oppfølging	Er knyttet til pasientens behov for medisinsk oppfølging:	21.11.8 Administrere medisiner Beskriv om pasientens behov for hjelp; tar medisiner selv/helt delvis? m.m. Dokumenter om det er <u>avvik</u> fra prosedyren.
	NB! Journal 4 – evt medisin gitt må registreres fra journalbildet	21.11.10 Legemiddelgjennomgang Utføres minimum 1xår. Husk å oppdatere IPLOS. Dokumenter etter prosedyre i Kvalitetssystemet
	Prosedyre: «Legemiddelgjennomgang på sykehjem»	21.11.11 Sykepleievurdering Oppfølging og sammenfatning av medisinsk behandling. Dokumenter oppsummeringer av helsetilstand som ikke er akutte (akutt skrives på ABCDE) Hvis lege skal ha beskjed knyttes dokumentasjon til journal 121 «til legevisitt»
	Skjema: «Kartleggings skjema før LMG i sykehjem og hjemmetjenesten»	21.11.2 ABCDE-vurdering Skal utføres minimum hver 3.mnd. Dokumenters ved bruk av hjelpetekst <i>ABCDE-vurdering</i>
		21.11.7 Eventuell medisin Dokumentasjon gitt vaksiner og annen eventuell medisin
13. Samhandling	Brukes for å dokumentere samhandling med: Pårørende, eksterne partnere (sykehus, fastlegekontor og andre samarbeidsinstanser), samt tverrfaglig samarbeid på sykehjemmet	21.24.1 Samhandling med pasient/pårørende
		21.24.3 Overføring av helseopplysninger
		21.24.4 Kontakt med samarbeidspartnere
14. Psykisk /kognitiv Funksjon	Kognitiv funksjoner, orientering tid/sted, hukommelse, ta egne Beslutninger, fungere sosialt, styre egen atferd, forvirring, psykiske lidelser, depresjon, psykose, alkohol/pillemisbruk	21.14.5 Kartlegging/observasjon av psykisk/kognitiv funksjon/delir
15. Brukermedvirkning	Brukes for å beskrive pasientens konkrete ønsker i forhold til egen livssituasjon/egen helse/behandling, evt pårørendes ønsker	21.20.2 Hva er viktig for deg Beskriv hva er viktig for pasienten og hvordan skal tiltakene følges opp. Dokumenter effekt av tiltak og målene nås
22. Søvn og hvile	Sovemønstre, vaner og ønsker, omgivelser og hyppighet tilsyn natt	21.17.1 Søvn og hvile Beskriv i prosedyren tiltak for å nå oppgitte mål. Dokumenter aktivitet og hvile.

Dokumentet er godkjent elektronisk.