



Østfold kommunerevisjon IKS

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

Kvalitet i sykehjemstilbudet

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	BAKGRUNN, PROBLEMSTILLING OG AVGRENING	4
3	METODE OG GJENNOMFØRING	5
4	REVISJONSKRITERIER	6
5	SAKSGANG VED TILDELING AV TJENESTER	7
5.1	Revisjonskriterier	7
5.2	Fakta.....	7
5.3	Vurderinger og konklusjoner.....	9
6	SYSTEM OG PROSEDYRER	11
6.1	Revisjonskriterier.....	11
6.2	Fakta.....	11
6.3	Vurderinger og konklusjoner.....	17
7	TJENESTEUTØVELSE	19
7.1	Revisjonskriterier.....	19
7.2	Fakta.....	19
7.3	Vurderinger og konklusjoner.....	24
8	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	24
9	RÅDMANNENS KOMMENTARER	25
	VEDLEGG - REVISJONSKRITERIER	26

1 SAMMENDRAG

Kvalitet på tjenestene er å tilfredsstillende beskrive krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende. Østfold kommunerevisjon IKS har i dette prosjektet evaluert viktige aspekter ved kvaliteten i tilbudet til beboere/brukere ved sykehjemmet i Vestby kommune.

Prosjektet fokuserer på tre problemstillinger:

1. Saksbehandles og iverksettes tjenester ved sykehjemmet i Vestby kommune i samsvar med regelverk på området?
2. Hva slags system har Vestby kommune for å sikre at kvalitetsforskriftens krav oppfylles?
3. Er tjenesteutøvelsen i tråd med intensjonene i kvalitetsforskriften?

Undersøkelsen er gjennomført som dokumentanalyse, intervju og vedtaksgjennomgang.

Revisjonens funn viser at saksbehandling og iverksetting av tjenester ved sykehjemmet er i tråd med regelverk på området. Videre har Vestby sykehjem langt på vei, gjennom Kvalitetshåndboken/håndbok for daglig arbeid etablert et system for å ivareta kvalitetsforskriftens krav. Ytterligere fremgår at sykehjemmets praksis i stor grad ivaretar intensjonene i kvalitetsforskriften. Dette fremgår også av den brukeropplevde kvaliteten.

Samtidig er det et forbedringspotensial i dokumentasjon av arbeidet innenfor virksomhetens områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, særlig i tilknytning til avvikshåndtering og risikoanalyser.

Anbefalinger

- Det pågående arbeidet med å utvikle, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer og rutiner bør prioriteres, særlig i tilknytning til avvikshåndtering
- Det bør etableres en systematisk fremgangsmåte for å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav

2 BAKGRUNN, PROBLEMSTILLING OG AVGRENŚING

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jf. Kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kap.3. I følge denne paragraf skal revisjonen blant annet kontrollere at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak.

Østfold kommunerevisjon IKS er tildelt oppdraget etter gjennomført anbudskonkurranse. Kontrollutvalget behandlet saken i sitt møte 21. april 2010, sak 13/10. Endelig vedtak ble fattet av Kommunestyret 10. mai 2010, sak 34/10. Prosjektplan ble godkjent i kontrollutvalget i Vestby 9. juni 2010.

Formålet med prosjektet er å vurdere viktige aspekter ved kvaliteten i tilbudet til beboere/brukere ved sykehjemmet i Vestby kommune.

Kontrollutvalget i Vestby kommune utformet åtte problemstillinger gjennom konkurransegrunnlaget. Revisjonen har gruppert disse i tre problemstillinger på følgende måte:

4. **Saksbehandles og iverksettes tjenester ved sykehjemmet i Vestby kommune i samsvar med regelverk på området?**
 - a. Hva er ventetiden ved søknad om henholdsvis plass og avlastningsplass?
 - b. Hvor mange avslag gis over en 12 måneders periode og hva er den vanligste årsaken?
5. **Hva slags system har Vestby kommune for å sikre at kvalitetsforskriftens krav oppfylles?**
 - a. Hvordan styres kvaliteten ved sykehjemmet? Er det avvik fra standardene?
 - b. Hvordan sikres oppfølging av kvaliteten i tilbudet?
 - c. Hvilke retningslinjer finnes for brukermedvirkning?
6. **Er tjenesteutøvelsen i tråd med intensjonene i kvalitetsforskriften?**
 - a. Er beboere/ andre brukere/ pårørende gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål og arbeidsmåter?
 - b. Får beboerne/ pårørende systematisk informasjon om hvilke tilbud som finnes på institusjonen og hvilke rettigheter de har?
 - c. Hva er omfanget av brukermedvirkning?
 - d. Hva mener brukerne?

Prosjektet har kartlagt om sykehjemmet har utarbeidet prosedyrer i henhold til kvalitetsforskriften. Andre deler av regelverket som knytter seg til internkontroll, prosedyrer og arkivering er ikke vurdert selvstendig, men fremgår knyttet til etterlevelse av kvalitetsforskriften. Ved undersøkelser av om kommunen følger opp kravene i forskriften er det av hensyn til prosjektets timeressurs fokusert på de forhold som de tre problemstillinger konkret belyser. Imidlertid er andre krav som fremgår av forskriften i forbindelse med brukernes subjektive erfaring.

3 METODE OG GJENNOMFØRING

Sentrale elementer i revisjonens arbeidsmetode er standard for våre forvaltningsrevisjonsprosjekter. Først definerer vi problemstillingene. Deretter identifiserer vi revisjonskriterier. Dette er en samlebetegnelse på de krav og forventninger som skal benyttes som grunnlag for vurdering av kommunens virksomhet. Videre innhenter vi fakta ved å kartlegge og beskrive praksis ved de undersøkte virksomheter. Praksis blir så analysert og drøftet med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

Det er innhentet data til prosjektet ved hjelp av kvalitative intervju, dokumentanalyse og gjennomgang av vedtak.

Dokumentanalysen har tatt for seg aktuelle planer, rutiner og interne dokumenter i virksomheten. Informasjon fra disse er supplert med intervju av ledelse og ansatte ved sykehjemmet. Intervjuene er gjennomført i perioden juni-august 2010.

Det er gjennomført undersøkelser av saksbehandlingen i kommunen, gjennom beskrivelser av saksbehandlingssystemet og ved gjennomgang av et tilfeldig utvalg saker avgjort i 2009 og 2010. Totalt er det vurdert:

- 20 saker fra 2009 og 10 saker fra 2010 (10 % av totalt antall registrerte vedtak)
- Stikkprøver av avslag for 2009 og 2010

Å vurdere kvalitet ut fra objektivt kvantifiserbare indikatorer vil ikke være tilstrekkelig. Vurdering av kvalitet bør også inkludere brukerens subjektive oppfatning av hva som er godt og dårlig. Revisjonen har gjennomført kvalitative intervjuer med 12 brukere ved sykehjemmet. Intervjuene ble gjennomført i august 2010. Brukere med nedsatt bevissthet er ikke omfattet.

Det ble benyttet et systematisk og strukturert spørreskjema, hvor spørsmålene bygger på kvalitetsforskriften. Revisjonen har innhentet sykepleiefaglig bistand for å kvalitetssikre utarbeidelsen av spørsmålene.

Prosjektet er gjennomført av forvaltningsrevisor Renate Borgmo i perioden juni – oktober 2010. Oppdragsansvarlig revisor er Linda Asp.

4 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier, også kalt "foretrukket praksis", er en samlebetegnelse for de krav eller forventninger som brukes som grunnlag for å vurdere kommunens virksomhet.

Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere av følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater. Revisjonskriteriene er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik/svakheter. Kriteriene holdt sammen med faktagrunnlaget danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

Revisjonskriteriene er i denne rapporten utledet i vedlegg 1. Kriterier knyttet til den enkelte problemstilling presenteres innledningsvis til det kapittel de tilhører.

Prosjektet har benyttet følgende kilder for å utlede revisjonskriterier:

- LOV 1967-02-10 nr 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
- FOR 2003-06-27 nr 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.11.1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.12.91 om sosiale tjenester m.
- FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- IS-1201: *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*, Sosial- og Helsedirektoratet 2004
- IS-1162: *... Og bedre skal det bli!* Veileder i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten
- IS-1183: *Hvordan holde orden i eget hus*, Internkontroll i sosial og helsetjenesten
- St. mld. nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening”

5 SAKSGANG VED TILDELING AV TJENESTE]

Saksbehandles og iverksettes tjenester ved sykehjemmet i Vestby kommune i samsvar med regelverk på området?

5.1 Revisjonskriterier

Pleie- og omsorgssektoren kjennetegnes av et omfattende og vidtrekkende regelverk knyttet til hvilke tjenester kommunen skal sørge for, og hvilke rettigheter tjenestene etablerer for den enkelte tjenestemottaker. De overordnede mål er å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som også sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Av de retningslinjer som omtales i vedlegget kan følgende krav utledes vedrørende saksgang ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester i sykehjemmet:

- Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg
- Kommunen skal behandle saker uten ugrunnet opphold og sende foreløpig svar på søknader som ikke kan besvares i løpet av en måned

Videre stiller forvaltningsloven eksplisitte krav til formen og innholdet i et enkeltvedtak. Herunder skal et vedtak:

- Være skriftlig, med mindre dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for organet.
- Som utgangspunkt grunngis, og begrunnelsen skal gis samtidig med at vedtaket treffes. Unntak fra begrunnelsesplikten er blant annet knyttet til saker der det ikke er grunn til å tro at noen kan være misfornøyd med vedtaket.

Begrunnelsen skal vise til:

- De regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene.
 - Gjengi innholdet i reglene i nødvendig utstrekning for at parten skal forstå vedtaket.
 - Nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Der hvor de faktiske forhold er beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er det tilstrekkelig å henvise til dette.
 - Forvaltningsorganet bør dessuten nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn. Der det er gitt retningslinjer for utøvelsen av skjønnet, vil det kunne være tilstrekkelig å vise til disse. Dette forutsetter imidlertid at disse er allment tilgjengelig.
- I henhold til forvaltningsloven kan alle enkeltvedtak påklages av part eller annen med rettslig klageinteresse.

5.2 Fakta

Kvalitet i sykehjemstilbudet

Vestby Sykehjem ble bygget i 1979, totalrehabilitert og utbygd i 2006. Sykehjemmet har 78 plasser, fordelt på to avdelinger. Hver avdeling er delt inn i fire mindre enheter, totalt åtte enheter. Alle rommene er enerom og det er egen stue med balkong eller uteplass tilknyttet hver enhet. To enheter er skjermede enheter for demenspasienter, en enhet er for korttids- og rehabiliteringspasienter, mens øvrige enheter er for langtidspasienter.

Generelt om søknad og saksbehandling

I årsberetning og årsmelding 2009 for Vestby kommune fremkommer det at det i 1. halvår 2009 var økt etterspørsel etter sykehjemsplasser. I løpet av året ble det driftet inntil 4 ekstra plasser i tillegg til innleide plasser til korttidsopphold, avlastningsopphold og en rehabiliteringsplass. Fra 1.1.2010 tok sykehjemmet i bruk de siste 5 plassene. Sykehjemmet driftes nå med 78 plasser.

Det benyttes en felles henvendelse - og søknadsblankett for kommunale pleie - og omsorgstjenester i Vestby kommune. Søknaden skal inneholde personlige opplysninger, begrunnelse for søknad, samtykke/underskrift av søker og legeopplysninger. Søknader registreres av sekretær/styrer i fagprogrammet Gerica.

Innkommne søknader om sykehjemsopphold skal behandles i tildelingsteamet ved første møte. Tildelingsteamet ved Vestby sykehjem består av følgende deltakere:

- Styrer ved sykehjemmet
- Leder fra hjemmetjenestene i Vestby
- Sykehjemslege

Videre kan avdelingslederne ved sykehjemmet og hjemmetjenesten og fysio/ergo- terapeut delta ved behov. Det er sykehjemmets styrer som er leder for tildelingsteamet og juridisk ansvarlig for vedtakene som fattes. Dersom styrer ikke er tilstede, er stedfortreder delegert myndighet.

Teamet har inntaksmøter hver 14.dag hvor alle søknader blir gjennomgått. Styrer kan også fatte vedtak om tildeling av opphold mellom tildelingsmøtene i samråd med hjemmetjenesten, dersom det er akutte behov. Det foreligger ikke en skriftlig rutinebeskrivelse for tildelingsteamet, men det skrives, i følge styrer, referat fra møtene. Styrer opplyser om at saksbehandlingstiden er fra en dag til tre uker. Dersom en søknad ikke er fullstendig, etterlyses og innhentes nødvendige opplysninger.

Revisjonen er forelagt dokumentasjon over kriterier for tildeling av tjenester ved sykehjemmet, datert 27.09.00.

Likebehandling ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester ivaretas i, følge styrer, ved at alle søknader skal vurderes på like vilkår ut fra kriteriene og gjeldende lov. Søknernes helhetssituasjon blir vurdert, herunder hvilke tilbud søker har på søketidspunktet. Styrer vektlegger at alle søknader behandles individuelt. Søkere skal ikke settes opp mot hverandre i tildeling av tilbud.

Ventetid ved søknad

Revisjonens saksgjennomgang viser at behandlingstid ved søknadene er på en til to uker. Vedtakene er skriftlig grunnlagt i faktiske forhold og viser til aktuell lovhjælp og klageadgang. Det fremgår av vedtaket hvilke faglige og skjønnsmessige vurderinger som ligger til grunn for at de tiltak og tjenester som er tildelt, kan dekke det konkrete hjelpebehovet på en forsvarlig måte. Ved tildeling av korttids/rehabiliteringsopphold vises det

Kvalitet i sykehjemstilbudet

i vedtaket til målet med oppholdet. Vedtak om sykehjemsplass har umiddelbar effektuering fra vedtaksdato/saksbehandlingsdato. Der bruker har søkt om opphold for en bestemt periode angis vedtaksperioden.

Styrer opplyser om at sykehjemmet ikke praktiserer venteliste for tildeling av tjenester. Dersom det ved akutt behov ikke er plasser tilgjengelig ved sykehjemmet forklarer styrer at det kan kjøpes plasser fra andre virksomheter. Styrer viser til et eksempel fra 2009 hvor kommunen kjøpte avlastningsplasser. Ut fra søkers behov blir også andre alternative tiltak vurdert, så som tilbud om økte tjenester og aktiviteter i hjemmet.

Avslag på søknad

En oversikt over antall saker behandlet av tildelingsteamet ved sykehjemmet viser at det i 2009 ble behandlet 241 saker. Av disse ble 199 innvilget, det vil si 82,6 % av sakene. I alt 42 saker ble avslått (17,4 %). Frem til 31.05.2010 er det behandlet 97 saker. Av disse er 94 saker innvilget og 3 (2,9 %) saker avslått.

Tabell 1. Oversikt over antall søknader til opphold ved Vestby sykehjem 2009 og 2010.

01.01.2009-31.12.2009	Antall innvilgede søknader	Antall avslag på søknader
Avlastning	18	1
Kortid/rehab- opphold	85	25
Forlenget korttidsopphold	64	1
Langtidsopphold	32	15
01.01.2010-31.05.2010	Antall innvilgede søknader	Antall avslag på søknader
Avlastning	11	
Kortid/rehab- opphold	34	1
Forlenget korttidsopphold	35	
Langtidsopphold	14	2

Mappegjennomgangen viser at søkere gis avslag hvis vedkommende har, eller kan få, tilfredsstillende tilbud av kommunens hjemmehjelpstjeneste eller blir tilbudt annet utredningstilbud fra sykehjemmet, så som korttidsopphold i påvente av langtidsopphold. Det listes i vedtak opp forslag og anbefalinger til andre tiltak eller muligheter for bruker.

Styrer opplyser om at det ikke gis avslag med begrunnelse i plassmangel. Avslag på søknad om plass kan skyldes en avventing i forhold til vurdering av søkers helsetilstand, eller i påvente av egen vurdering ved et tildelt korttidsopphold ved sykehjemmet. Videre kan tildelingsteamet anbefale økt bistand i hjemmet eller anbefale bruker å søke omsorgsbolig. Det vises også til saker der brukere kan ha søkt opptil flere tjenestetilbud ved sykehjemmet og av den grunn telles i flere grupper.

5.3 Vurderinger og konklusjoner

Revisjonskriteriene inneholder klare krav til kommunen ved utredning av hjelpebehov og tildeling av tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren. Kommunen har en lovmessig plikt til å yte tjenester der brukeren er avhengig av hjelp. Loven etablerer imidlertid ingen ubetinget rett for den enkelte søker til en bestemt type tjeneste, eks. sykehjemsplass.

Revisjonen anser at Vestby sykehjem har en praksis som innebærer at man følger etablerte lover og regler knyttet til saksgangen ved tildeling av tjenester i virksomheten. Dette finner vi

Kvalitet i sykehjemstilbudet

dokumentert ved at vedtakene er skriftlige og tilfredsstillende forvaltningslovens bestemmelser om vedtakets form og innhold. Det foreligger ikke fristoverskridelser og det gis opplysninger om klageadgang i vedtaket.

Kontrollutvalget har gjennom sine problemstillinger bedt revisjonen se nærmere på ventetiden ved søknad om plass, hvor mange avslag det gis over en 12 måneders periode og årsaken til dette. Lovverket etablerer ingen vurderingsnorm for dette og revisjonen vil ikke ta stilling til den skjønsmessige vurdering av den enkelte brukers pleie- og omsorgsbehov eller på hvilken måte hjelpen ytes.

Revisjonen registrerer imidlertid at det ikke praktiseres ventelister for tildeling av plass i sykehjemmet og at enkeltvedtakene effektueres umiddelbart fra vedtaksdato dersom ikke annen tidsperiode er oppgitt. Videre registrerer vi en høyere andel avslag for 2009 enn for 2010. Avslag på søknader begrunnes i brukers hjelpebehov, dette fremstår etter revisjonens vurdering som en relevant og rimelig årsak.

Konklusjon:

Det er revisjonens vurdering at saksbehandling og iverksetting av tjenester ved sykehjemmet i Vestby kommune anses å være i tråd med regelverk på området.

6

6 SYSTEM OG PROSEDYRER

Hva slags system har Vestby kommune for å sikre at kvalitetsforskriftens krav oppfylles?

6.1 Revisjonskriterier

Det er en nær sammenheng mellom kvalitetsforskriften og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Internkontrollforskriften retter fokus mot virksomhetens egne systemer og skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Kvalitetsforskriften retter på sin side søkelyset mot brukerne av pleie- og omsorgstjenestene ved at det stilles krav om å utarbeide skriftlige prosedyrer for å kvalitetssikre virksomhetens konkrete oppgaver og mål.

Av de retningslinjer som omtales i vedlegget, kan følgende krav utledes:

- Kommunen skal etablere systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lover og forskrifter.
- Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:
 - Tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slikt finnes.
 - Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
 - Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Prosedyrene bør inneholde en beskrivelse av de formål, anvendelsesområde og ansvar som skal sørge for at brukeren av tjenester opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og får mulighet for ro og skjermet privatliv og selvstendighet og styring av eget liv.

6.2 Fakta

Styring av kvaliteten ved sykehjemmet

Virksomheten har utarbeidet en ”Kvalitetshåndbok/håndbok for daglig arbeid”. Kvalitetshåndboken innbefatter et sett av prosedyrer knyttet til kvalitetsforskriften, samt skriftlige rutiner og prosedyrer knyttet til andre fagområder innenfor virksomheten. I tillegg er det etablert ”praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten”, PPS.

Vestby kommune benytter det elektroniske fagprogrammet Gericca til oppbevaring av pasientens helseopplysninger og til dokumentasjon av tjenesteutførelsen. Det er utarbeidet maler for hvordan programmet skal brukes.

Kvalitet i sykehjemstilbudet

Det er utviklet prosedyre og sjekklister for mottak av pasient fra sykehus/hjem til sykehjemmet. Videre er det sjekklister ved utskrivning fra sykehjem til sykehus eller hjem

Det er også etablert en serviceerklæring knyttet til opphold i sykehjemmet. Serviceerklæringen beskriver tjenestetilbudet, formål og forventninger, retningslinjer for betaling og informasjon om klageadgangen.

Kvalitetsprosedyrene, som i tabell under, viser til kvalitetsforskriftens ulike krav, hva som skal settes inn av tiltak, hvordan dette skal sikres og hvem som står ansvarlig for de ulike tiltakene. Prosedyrene er, i følge styrer, under revidering og evaluering og skal ferdigstilles i løpet av høsten 2010.

Tabell 2. Prosedyrer knyttet til kvalitetsforskriften.

Forskriftskrav	Beskrevne tiltak "Hva gjør vi?"	Hvordan sikre/dokumentere	Ansvar
Informasjon/kommunikasjon og brukermedvirkning			
<i>"Opplive trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet"</i>	Rekruttere nok fagpersonale. Tilstrebe fast personale. Holdningsarbeid. Bevisstgjøring. Informasjon og kommunikasjon.	Institusjonens virksomhetsplan Primærkontaktene Individuelle pleieplaner Informasjonsbrosjyre Internundervisning	RO leder Avdelingsledere
<i>"Mulighet til selv å ivareta egenomsorg"</i>	Ta tid til å vente på pasienten. Utnytte pasientens egne ressurser. Motivere de pasienter som ikke vil.	Tiltaksplan Samarbeidsavtale	Leder Primærkontakt
Ernæring			
<i>"Grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat"</i>	Verdig spisesituasjon. Individuelle matkort m/dietter og spesielle behov/ønsker. Valgfrihet for hvor og når måltidet skal inntas.	God kommunikasjon mellom kjøkken/avdeling Samarbeidsavtaler Pasienten skal tilhøre en primærgruppe	Kjøkkensjef Avdelingsledere Primærkontakt
<i>"Tilpasset ro ved måltider og nok tid og ro til å spise"</i>	Kartlegging av behov. Tilstrekkelig ro og bemanning. Nok tid.	Tiltaksplaner Hjelpemidler Skjerming Døgnrytmeplaner	Primærkontakt Leder
Personlig stell			
<i>"Få ivaretatt personlige hygiene og naturlige funksjoner (toalett)"</i>	Det skal tilbys dusj en gang i uken, samt gjøres individuelle	Tiltaksplaner Dokumentasjon Medisinpermer	Primærkontakt

Kvalitet i sykehjemstilbudet

	tilpasninger. Pasient skal følges på toalettet ved behov. Det skal sikres tilstrekkelig med drikke. Det er faste rutiner vedrørende hjelp og tilsyn.	Gerica	
<i>"Tilpasset hjelp ved av- og påkledning"</i>	Brukers hjelpebehov og ressurser skal stå omtalt i tiltaksplanen. Det skal tilrettelegges ved stellesituasjon og benyttes hjelpemidler ved behov.	Tiltaksplan	Primærkontakt
Aktivering og stimulering			
<i>"Mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne."</i>	Avdelingen har sosiale og kulturelle tilbud. Det skal søkes TT kort for taxi. Bruk av pasientvenner.	Samarbeidsavtale Tiltaksplan Aktivitetsplan/ukeplan ved aktivitør	Primærkontakt
<i>"Følge en normal døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold"</i>	Individuell samarbeidsavtale. Holdningsarbeid og døgnrytmeplaner.	Samarbeidsavtale Tiltaksplan	Primærkontakt
Lege, medisintdeling og tannlege			
<i>"Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand"</i>	Sykehjemmets pasienter ivaretas av kommunens helsetjeneste. Det er fast legevisitt to ganger i uken. Det er ved sykehjemmet mulighet for å ta blodprøver. Det skal samarbeides med spesialister og faggrupper ved behov.	Rutiner for blodprøver Rutine for demensutredning. Faste samarbeidsmøter Epikrise til fastlegen Kvalitetshåndbok for medikament-håndtering Infeksjonskontroll-program	Sykehjemslege Ledelse Primærkontakt
<i>"Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene"</i>	Daglig munnhygiene ivaretas av personalet. Rutinemessig innkalling til offentlig tannpleier/tannlege.	Dokumentasjon i Gerica Oppfølging etter avtale med tannhelsetjenesten Tannhelseskjema	Primærkontakt Avdelingsleder Tannhelsetjenesten

Kvalitet i sykehjemstilbudet

		leveres årlig	
Lokaler/tilretteleggelse			
<i>"Mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv"</i>	Tildele tjeneste som i størst mulig grad ivaretar dette (enerom). Respekt for individuelle ønsker/behov. Kontinuerlig holdningsarbeid.	Samarbeidsavtaler Tiltaksplan	Primærkontakt
Verdig livsavslutning			
<i>"En verdig død i trygge og rolige omgivelser"</i>	Felles verdier og holdninger i avdelingen. Følge avdelingens rutiner ved dødsfall. Lytte til pasientens og pårørendes ønsker. Lindrende behandling i samarbeid med lege. Sikre sykehusinnleggelse ved behov.	Kontinuerlig opplæring Rutinebeskrivelser i avdelingen Generelt direktiv	Leder Lege Primærkontakt Ansvarshaven de sykepleier

Prosedyrene finnes både elektronisk og i papirformat ved den enkelte avdeling. Alle ansatte har elektronisk tilgang. Prosedyrene skal, i følge styrer, benyttes i det daglige arbeidet og være en del av de faste rutinene ved sykehjemmet. Dette bekreftes av avdelingslederne som viser til at bruk av prosedyrer drøftes daglig ved den enkelte avdeling. Videre skal bruk av prosedyrer være tema på avdelingsmøter ved den enkelte avdeling, ved fagmøter og i rapportmøter ved behov.

Avvik ved tjenesteutførelse skal håndteres i henhold til gjeldende prosedyre. Sykehjemmets styrer opplyser om at systemet for avvikshåndtering skal revideres i løpet av høst 2010, slik aktivitetsplanen legger opp til.

Sykehjemmets ledelse er usikre på hvorvidt prosedyrene er godt nok implementert i avdelingene. Stedfortreder tror ikke alle ansatte vet hva som står i permen eller benytter seg av den i det daglige arbeidet. Samtidig legges det vekt på at de ansatte arbeider etter lov, forskrift, medisinsk- og etisk forsvarlighet. Det pekes på at formell kompetanse har direkte relevans for praksis, og at økt rekruttering av faglig kvalifisert personale også vil øke kvaliteten på omsorgen.

Sykehjemmets ledelse viser til at det meldes få eller ingen avvik, men at dette er et sentralt tema i avdelingene. Det oppgis imidlertid fra ledelsen at de ansatte er flinke til å diskutere eventuelle avvik i tjenesteutførelsen og forbedring av denne i praksis. Videre presiserer styrer at det dokumenteres i journal dersom et avvik har påført en pasient mangler ved spesifiserte krav.

Kvalitet i sykehjemstilbudet

Det opplyses om at rapporterte avvik ses på som en nyttig måte å belyse sider i tjenester hvor det svikter eller prosedyrer/rutiner ikke følges, slik at lignende situasjoner kan unngås. Det poengteres også at avviksrapportering kan være en måte å dokumentere økt behov for bemanning.

Styrer opplyser å ha statistikk over meldte avvik innenfor legemiddelhåndtering. Sykehjemmet har videre hatt en klage i løpet av de siste to år, i følge ledelsen. Gjennom ny vurdering i tildelingsutvalget ble vedtaket opphevet og søker ble tildelt opphold ved sykehjemmet.

Oppfølging av kvaliteten i sykehjemmets tjenestetilbud

Vestby kommunes handlingsprogram 2010-2013 og kommuneplan 2007-2019 viser overordnede mål, fokusområder og utfordringer for sykehjemmet.

Revisjonen er forelagt delegeringsreglement for Vestby kommune samt intern delegasjon ved sykehjemmet. Oversikten viser omfang og prinsipper for delegering av myndighet og oppgaver.

Sykehjemmet kan vise til funksjonsbeskrivelse for primærkontakt, hvor formål med funksjonen og hovedoppgaver listes opp. Videre er det utarbeidet rutiner for sykepleier dag- og kveldsvakt.

Fast ansatte med stillingsstørrelse over 40 % tilbys medarbeidersamtale årlig. Det er også medarbeiderundersøkelse hvert år¹.

Sykehjemmet har utarbeidet plan for faglig utvikling og opplæring og en opplæringsplan for nytilsatte med sjekkpunkter for gjennomgang. Det avsettes, i følge sykehjemmets ledelse, tre til fem dager til opplæring.

Styrer vektlegger viktigheten av kompetanse, og knytter dette til kvalitet i tjenestetilbudet. Virksomheten tilstreber å sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utføre sine oppgaver ved å rekruttere fagkompetanse, samt tilby videre- eller etterutdanning.

Sykehjemmets ledelse opplyser videre om at det er viktig å ha tilstrekkelig sykepleierkompetanse og annen faglært kompetanse i alle stillinger. Den faste personalgruppen ved sykehjemmet består av sykepleiere og hjelpepleier/fagarbeider innen helse- og omsorgsfaget. Det vises blant annet til at pasientgruppen er i forandring ved at sykehuset skriver ut pasienter tidligere enn før og at pasientene i større grad blir i behov for aktiv medisinsk behandling ved sykehjemmet.

Rekruttering av fagpersonell til vikariater, natt/helge- stillinger i perioder er og har vært utfordrende for sykehjemmet. Det benyttes vikarer fra Jobzone, med innleide sykepleiere som ferievikarer. Det har også i løpet av sommeren vært ansatt ufaglært hjelp i helgene, blant annet unge sommervikarer.

Tverrfaglige møter både internt og eksternt skal bidra til kunnskapsoverføring. Det samarbeides på tvers av avdelingene, blant annet er det opprettet arbeids- og kvalitetsgrupper.

¹ Undersøkelsen er gjennomført gjennom <http://www.bedrekommune.no/bedrekommune>.

Det avholdes ledermøter hver fjortende dag og ellers etter behov og det er igangsatt samarbeid med blant annet KS, Aker universitetssykehus og Gaustad sykehus innenfor aktuell tematikk.

Sykehjemmet har ikke foretatt helhetlige virksomhetsinterne risikoanalyser² og har ikke samlet sett rutiner for å avdekke områder i virksomheten hvor det er fare for svikt. Styrer ser imidlertid at det er behov for dette. Sykehjemmets ledelse viser til en praksis hvor det utføres kontrollarbeid og hvor svake områder avdekkes, imidlertid er det lite skriftlig dokumentasjon på dette.

Sykehjemmet har ikke prosedyre for intern systemrevisjon, men vektlegger at det foregår et kontinuerlig forbedringsarbeid ved at virksomheten justerer og endrer fortløpende ved behov. Som nevnt tidligere i kapitlet er det opprettet arbeids- og kvalitetsgrupper som skal revidere store deler av sykehjemmets system i perioden 2009-2012. Følgende områder skal evalueres:

- Håndbok for daglig arbeid
- Infeksjonskontrollprogrammet
- Avvikssystemet
- Legemiddelhåndbok
- Serviceerklæringer
- IK-mat (revideres årlig)
- HMS arbeid (revideres årlig)
- Brann

Det gis uttrykk for et godt samarbeid mellom styrer og rådmannsnivå. Styrer er i ledermøter med rådmann, RO-ledere og stabsledere hver fjortende dag og ellers etter behov. Styrer har inngått en lederavtale med Vestby kommune og blir resultatmålt etter denne avtalen. Videre rapporterer styrer via måneds-, tertial og årsrapporter.

Retningslinjer for brukermedvirkning

I følge rutineene er brukermedvirkning et grunnleggende prinsipp i tjenesteutførelsen. Bruker skal vises respekt og de ansatte skal så langt det er mulig og faglig forsvarlig skal ta utgangspunkt i brukernes ønsker og behov.

Det er primærkontakt som har hovedansvaret for kontakt med bruker og pårørende. Alle brukere har primærkontakt, dette formidles muntlig og henges opp som skriftlig informasjon på beboers rom.

Ved innkomst til sykehjemmet skal det utarbeides en samarbeidsavtale mellom beboer og pleie- og omsorgstjenesten i Vestby kommune. Dette gjelder både ved korttids- og langtidsopphold. I avtalen fremkommer det at målsettingen med oppholdet skal defineres og beboers fysiske, psykiske og sosiale interesseområder skal kartlegges for å sikre at tjenestetilbudet blir tilpasset brukerens behov. Avtalen beholdes av pasient og pårørende slik at de kan lese igjennom og korrigere dersom det er behov for det. Pasienten bestemmer selv om samarbeidsavtalen skal fylles ut og i de tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å svare selv, skal hjelpeverge, verge eller pårørende gjøre dette på vegne av vedkommende.

² Virksomheten hadde i desember 2009 tilsyn av Arbeidstilsynet². Arbeidstilsynet ga sykehjemmet vedtak om pålegg i forbindelse med forebygging av muskel- og skjelettplager forårsaket av tungt, uheldig eller ensformig manuelt arbeid. I forbindelse med dette utarbeidet virksomheten i samarbeid med Hjelp24 en ergonomisk kartlegging og risikovurdering med handlingsplan².

Sykehjemmet innkaller ikke systematisk til samtaler med pårørende. Imidlertid vektlegges det at pårørende kan prate med personalet etter behov og at det er en åpen dialog mellom ansatt, bruker og pårørende. Det gis alltid informasjon ved viktige endringer i beboers helsetilstand. Pårørende blir videre invitert til å delta ved trivselsarrangement ved sykehjemmet.

Det skal i følge styrer opprettes et beboerråd høst 2010, hvor også en pårørende skal delta. Siste brukerundersøkelse ved sykehjemmet ble gjennomført i 2003. Styrer ønsker å legge planer for en systematisk gjennomføring av dette gjennom kommunens handlingsprogram.

6.3 Vurderinger og konklusjoner

Revisjonskriteriene inneholder krav om systematiske, skriftlige prosedyrer, rutiner og retningslinjer for å kvalitetssikre tjenestene og sikre at virksomhetens mål og oppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Revisjonen har i sin gjennomgang funnet at Vestby sykehjem har etablert flere systematiske tiltak som kan inngå som elementer i et større internkontroll/kvalitetssystem.

Vi legger her til grunn at det er utarbeidet en kvalitetshåndbok/håndbok for daglig arbeid, innbefattet et sett av prosedyrer i henhold til kvalitetsforskriften. Det er beskrevne planer som viser virksomhetens hovedoppgaver og mål. Det er daglige rutiner knyttet til gjennomgang av drift og resultater ved blant annet møtevirksomhet, rapportering og målstyring, samt iverksatte tiltak for å utvikle, evaluere og forbedre arbeidet. Det er videre etablert rutiner som skal sikre kunnskap, ferdigheter og medvirkning hos arbeidstakerne.

Samtidig viser fakta at det er få rapporterte avvik, det er ikke gjennomført risikoanalyser som en egen aktivitet og det foreligger ikke samlet sett skriftlig dokumentasjon på virksomhetens områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Kontrollutvalget har gjennom sine problemstillinger bedt revisjonen se nærmere på hvordan kvaliteten styres og følges opp ved sykehjemmet og om det er avvik fra standardene. Videre ønsker kontrollutvalget informasjon om hvilke retningslinjer som finnes for brukermedvirkning.

Slik det fremgår ovenfor er styring og oppfølging i sykehjemmet i stor grad formalisert gjennom Kvalitetshåndboken/håndbok i daglig arbeid som innbefatter kvalitetsforskriftens prosedyrer.

Det er revisjonens vurdering at prosedyrene tilfredsstiller lovkrav og statlige anbefalinger ved at de ivaretar samtlige av kvalitetsforskriftens områder. Videre finner vi at det er en tydelig ledelse og det fokuseres på gode muntlige kommunikasjonslinjer og praksis.

Etter revisjonens vurdering har virksomheten utarbeidet prosedyrer og rutiner som søker å sikre brukere og pårørende medvirkning i tråd med revisjonskriterienes krav på individnivå. Vi legger her til grunn at det utarbeides samarbeidsavtaler mellom bruker og virksomhet, det er fokus på gode kommunikasjonslinjer og det inviteres til jevnlig samtaler med brukere og deres pårørende. Revisjonen finner det positivt at det er planlagt å etablere beboerråd slik at brukerne sikres delaktighet også i overordnede fora ved utforming av tjenestetilbudet.

Slik det fremgår av fakta er det ved Vestby sykehjem en praksis som på mange måter fremstår som god. Forskrift om internkontroll viser at en virksomhet skal dokumenteres i den form og det omfang som anses nødvendig og formålstjenlig. Revisjonen vil her bemerke at det er

Kvalitet i sykehjemstilbudet

viktig å ha fokus på oppdaterte og skriftlige prosedyrer for å sikre god samhandling og helhetlige tjenester. Dette blir spesielt viktig ved bruk av vikarer ved sykehjemmet.

Konklusjon:

Etter revisjonens vurdering har Vestby sykehjem langt på vei, gjennom Kvalitets- håndboken/håndbok for daglig arbeid, etablert et system for å ivareta kvalitetsforskriftens krav. Samtidig er det et forbedringspotensial i dokumentasjon av arbeidet innenfor virksomhetens områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, særlig i tilknytning til avvikshåndtering og risikoanalyser.

7 TJENESTEUTØVELSE

Er tjenesteutøvelsen i tråd med intensjonene i kvalitetsforskriften?

7.1 Revisjonskriterier

Faktagjennomgangen i kapittel 6 viser virksomhetens prosedyrer og rutiner for å sikre kvalitet i tjenestene for brukerne. En endelig konklusjon bør i tillegg til de retningslinjer som omtales i vedlegget inneholde vurderinger av hvorvidt sykehjemmets egne prosedyrer etterleves og omsettes i praksis og hvordan de oppleves av brukerne.

Av de retningslinjer som omtales i vedlegget og faktagjennomgangen i kapittel 6, kan følgende vurderingskriterier utledes:

- Sykehjemmets beskrevne prosedyrer og rutiner knyttet til etterlevelse av kvalitetsforskriften skal følges

Medvirkning og medbestemmelse fra brukerne av pleie- og omsorgstjenestene skal sikres ved at brukerne skal:

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forholdet til tjenestetilbudet
- Få mulighet til selvstendighet og styring av eget liv

Dette beskrives nærmere ved at:

- Det bør gis informasjon om tjenestetilbudene
- Pleie- og omsorgstjenestene tar utgangspunkt i brukernes ønsker og behov

Kvalitetsforskriften lister opp en rekke punkter hvor det konkretiseres hva en legger i grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Dette gjelder blant annet områder innenfor informasjon og kommunikasjon, ernæring, aktivisering og stimulering, personlig stell, medisinsk behandling, lokaler og tilretteleggelse.

7.2 Fakta

Generelt om tjenesteutøvelse i praksis

De ansatte opplever at sykehjemmet har en tydelig kvalitetspolitikk. Det er fire små enheter ved hver avdeling, noe som medfører tett og lett tilgjengelig kontakt og overvåking av arbeidet, både mellom kollegaer og mellom ledere og medarbeidere. Videre settes det kvalitetsmål for avdelingen og den enkelte enhet. Det vektlegges at det er fokus på gode praktiske rutiner knyttet til det daglige arbeidet. Det er rapport ved hvert vaktskifte hvor pasientstatus gjennomgås. De ansatte hjelper hverandre og opplyser om at de korrigerer hverandre dersom det er behov for det.

Vedrørende kjennskap til kvalitetsforskriften og kvalitetshåndboken svarer halvparten av de intervjuede at de ikke kjenner til kvalitetsforskriften og dens formål og har ingen kjennskap til kvalitetshåndboken. De øvrige ansatte opplyser om at avdelingen har en oppdatert kvalitetshåndbok tilgjengelig på vaktrommet.

De ansatte fremhever det gode arbeidsmiljøet ved sykehjemmet og gir uttrykk for at virksomheten har fokus på å heve kompetansen hos de ansatte. Imidlertid uttrykker flere av de ansatte bekymring over virksomhetens bruk av unge vikarer og innleie av vikarer gjennom vikarbyrå. Språkvansker og liten kjennskap til pasientene er de punktene det er størst utfordringer til. Vikarene har lite erfaring noe, som medfører medansvar for øvrige ansatte.

Det opplyses videre om situasjoner der innleide sykepleiere ikke vet hva de skal gjøre i stell og pleie av pasienten³. Det vises blant annet til situasjoner som medfører brudd på sykehjemmets egne rutiner/prosedyrer for utdeling av medikamenter⁴. De innleide vikarene arbeider ofte ved flere sykehjem og de ansatte opplever at vikarene kan gå to og tre vakter etter hverandre i strekk ved de ulike sykehjemmene.

Flere av de ansatte gir uttrykk for at de blir oppfordret til å skrive avvik på tjenesteutførelse og at de har fokus på dette. Samtidig gir de ansatte uttrykk for at de har et forbedringspotensial. Dette forklares med at det er uklart hva det skal meldes avvik på og det er ulik grad av bevissthet angående hva som skal registreres som avvik. Videre oppgis faktorer som manglende tilbakemelding, tidspress og usikkerhet å påvirke forekomsten av avviksregistrering.

Manglende tilbakemeldinger på innmeldte avvik har i følge flere av de intervjuede ført til at de i mindre grad registrerer avvik skriftlig, dette bortsett fra avvik knyttet til medikamenthåndtering. De ansatte legger imidlertid vekt på at de er flinke til å diskutere eventuelle avvik i tjenesteutførelsen og forbedring av denne i praksis og det nedtegnes i pasientjournalen dersom et avvik har påført en pasient mangler ved spesifiserte krav. Det er GERICA som benyttes som dokumentasjon av all tjenesteutførelse.

De ansatte viser, i tråd med rutinene beskrevet i kapittel seks, til en praksis hvor tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med bruker. Det legges vekt på at brukers funksjonsnivå skal bevares og opprettholdes i alle situasjoner.

All mat tilberedes ved sykehjemmets kjøkken, og det opplyses av de ansatte å være et godt og variert kosthold som tilbys beboerne. Beboerne kan få andre alternativer hvis de ikke liker det som blir servert. Kjøkkenet tilrettelegger for et variert kosthold, samt for eventuell spesialkost. Det er også eget kjøkken ved hver avdeling, med pålegg og annen tørrmat. De ansatte opplyser om at de kan handle på butikken dersom en beboer ønsker noe kjøkkenet ikke kan fremskaffe.

Beboerne kan få servert mat mellom måltidene, etter behov eller ønske og spise måltidene slik de ønsker, alene på rommet eller i fellesskap.

Det er varierende praksis ved enhetene hvorvidt de ansatte smører mat til beboerne eller lar beboerne smøre selv. Dette avhenger blant annet av brukergruppen og hjelpebehovet. Flere av de ansatte gir imidlertid uttrykk for at beboerne spiser mer når de ansatte sitter sammen med de rundt bordet og de kan smøre sin egen mat.

³ Det presiseres fra styrer at tilfellene det henvises til er personavhengige. Vikarene får en opplæringsvakt og er ikke like godt kjent med pasienter, deres hjelpebehov og rutiner slik de fast ansatte er.

⁴ Dette forklares på følgende måte: medikamenter tas ut av dosett, kontrolleres og settes i medisinfager med lokk og merkes med pasientens navn for utdeling. Dette i stedet for å dele direkte ut fra dosett som er prosedyre ved Vestby Sykehjem.

Kvalitet i sykehjemstilbudet

Det opplyses videre om at bemanning og ressursbruk må planlegges godt i forhold til beboernes hjelpebehov. Det understrekes at det er for få ansatte ved måltidssituasjoner, spesielt sårbart oppleves det på kveldsvaktene.

Det er ansatt aktivitør ved sykehjemmet. Det avholdes jevnlig fester og sammenkomster i forbindelse med høytider og sesong. Pårørende har en forening kalt Gledessprederen, med månedlige arrangement, busstur to ganger i året og sommerfest. Dette er aktiviteter som også øvrige pårørende blir invitert med på. Videre er det andakt ved sykehjemmet ukentlig. Andre aktiviteter som nevnes er; bingo, kino, lesestunder, dans og musikk. Informasjon om forskjellige aktiviteter blir hengt på oppslagstavler eller formidlet muntlig til beboere og pårørende.

Beboerne får, i følge de ansatte, i stor grad stå opp og legge seg etter eget ønske, som hovedregel er ingen brukere sengeliggende dersom de kan eller ønsker å være oppe. Det oppgis at det kan skje at en bruker blir liggende lenger enn ønskelig, men det tilbys stell og mat ved sengen. Hvilke beboere som prioriteres først, blir bedømt skjønnsmessig etter hvilke som har størst behov for å komme opp.

Bruk av enerom med eget bad gjør personlig stell enklere, det er kort vei til dusj og toalett hvor beboer har sine personlige ting tilgjengelig. Beboerne skal få tilbud om dusj én gang i uken. I følge de ansatte blir beboerne fulgt opp i forhold til naturlige funksjoner. Dusj og toalett registreres på eget skjema.

De ansatte er opptatt av at beboerne skal få den tiden de har behov for, slik at de kan være mest mulig selvhjulpne med egen påkledning og selv bestemme hvilke klær som skal på, men de kan få veiledning av personalet. Sykehjemmet har frisør og fotpleier tilgjengelig for beboerne. Disse tjenestene må beboerne betale for selv.

Sykehjemmet har fast sykehjemslege som har legevisitt to dager per uke. Legen kan også kontaktes ved behov etter avtale. Dersom lege ikke er tilgjengelig skal legevakt kontaktes. Sykehjemslegen ved sykehjemmet har også internundervisning for de ansatte to ganger i måneden innenfor ulike tematikk knyttet til geriatri.

Det er døgnkontinuerlig sykepleiedekning ved sykehjemmet og deres observasjon i samarbeid med hjelpepleier oppgis å være viktig for å ivareta beboers helhetsbilde. Sykepleier går igjennom pasientlisten med lege ved hver visitt og det vurderes hvem som trenger tilsyn. Ansatte med dispensasjon kan utlevere medikamenter. Det oppgis å være god dekning av faglærte og personell med dispensasjon for utdeling og det oppgis at det skrives avvik ved eventuell feilmedisinering.

Sykehjemmet har jevnlig besøk av tannpleier og det bestilles time hos tannlege ved behov. De ansatte opplyser å være behjelpelige med utførelse av daglig tannstell og dokumenterer i journal dersom en beboer ikke har villet pusse tenner over tid.

De ansatte gir uttrykk for at bruk av enerom er med på å sikre ro og skjermet privatliv. Beboerne kan låse rommene innenfra, og de ansatte oppgir at de er flinke til å banke på før de går inn på beboers rom. Det legges til rette for at beboer kan motta besøk på eget rom.

Pårørende kan være tilstede så mye som ønskelig i en avsluttende livsfase. Det gis ro rundt den døende og deres pårørende slik at det blir en verdig avslutning. De ansatte formidler kontakt med prest eller andre trossamfunn dersom dette er ønskelig. Det bemerkes imidlertid av de ansatte at det er ønskelig med større bemanning/flere ressurser når en pasient er døende.

Det oppleves som uverdigg å måtte løpe inn og ut av rommet i slike situasjoner⁵. De ansatte mener selv de strekker seg så langt de kan, men at dette igjen går utover andre pasienter.

Kvalitetsmål, arbeidsmåter og brukers rettigheter

Informasjonsskriv og serviceerklæring for sykehjemmet sendes, i tråd med rutinen beskrevet i kapittel 6, til bruker i forkant av oppholdet. Det gis informasjon om sykehjemmets rutiner og tjenestetilbud og hvilke muligheter og begrensninger som ligger i disse. Ved innkomst til sykehjemmet gis samme informasjon muntlig direkte med bruker og/eller pårørende ved en innkomstssamtale. Annen informasjon om sykehjemmets tjenester, aktivitetstilbud og lignende gis fortløpende underveis, både til brukere og pårørende.

Som rutinene beskrevet i kapittel 6, avholdes det ikke møter regelmessig med pasient og/eller pårørende, men ved behov. Det er åpen besøkstid og pårørende kan komme på besøk når de ønsker og også ta beboer med ut av sykehjemmet dersom det er ønskelig. Videre blir pårørende invitert med på ulike trivselsarrangement ved sykehjemmet. Informasjonsmøter holdes i den enkelte avdeling og dersom det er ønskelig kan pasient og pårørende møte lege, fysio/ergoterapeut for nærmere samtale.

De ansatte viser til at de alltid kontakter pårørende ved viktige endringer i beboers helsetilstand. Videre oppfordrer de ansatte både brukere og pårørende til å ta kontakt dersom det er ønske eller behov for det. Det legges vekt på at sykehjemmet er den enkelte brukers hjem og at både bruker og pårørende skal bli ivaretatt. Det fremheves også at det er viktig å ha respekt for beboer og la beboer få delta aktivt i sitt eget liv.

Omfang av brukervedvirkning

Tilsvarende systemet beskrevet i kapittel 6, viser de ansatte til en praksis hvor brukers ressurser, ønsker og behov blir kartlagt ved innkomst til sykehjemmet og det skrives en samarbeidsavtale. Hver bruker får tildelt en primærkontakt, samt muntlig og skriftlig beskjed om hvem dette er.

De ansatte vektlegger at fastsatte rutiner skal følges for å sikre en helhetlig kvalitet på tjenestene som tilbys bruker. Brukerne skal sikres selvstendighet og styring over eget liv og medvirke i størst mulig grad, både ved stell, måltider eller andre avgjørelser.

Det opplyses fra de ansatte at det etterstrebtes en praksis med utgangspunkt i brukernes ønsker og behov. Imidlertid gis det uttrykk for at dette ikke alltid lar seg gjøre i praksis. Det opplyses om at tidspress i tjenesteutførelsen kan være en utfordring og det kan oppstå situasjoner hvor de ansatte opplever det som lettere å utføre oppgavene selv enn å vente på at bruker skal klare det på egenhånd. Samtidig gir de ansatte uttrykk for at de er opptatt av å ikke lære brukerne til hjelpsløshet, men sørge for at de beholder sine egenfunksjoner så lenge som mulig.

Hva mener brukerne?

Flere av brukerne oppgir at de ikke husker hva de mottok av informasjon i perioden før og ved innflytting til sykehjemmet. Over halvparten av brukerne mener de fikk skriftlig

⁵ Styrer presiserer å ha en muntlig avtale med avdelingslederne om innleie av ekstravakt ved behov til alvorlig syke og døende pasienter. Avdelingslederne skal vurdere behovet ved hvert enkelt tilfelle. Behovet er også avhengig av om pårørende er til stede tidvis eller hele tiden. Avtalen skal skriftliggjøres i kvalitetshåndboken høst 2010.

Kvalitet i sykehjemstilbudet

informasjon fra sykehjemmet i brev med vedtak og oppgir også at informasjonen de fikk ved innflytting var tilstrekkelig.

Alle brukerne sier de har et godt forhold til de ansatte ved sykehjemmet og opplever at de ansatte kjenner bruker og brukers ønsker og behov. 10 av 12 brukere opplyser om at de ansatte bruker navneskilt. Imidlertid oppgir over halvparten av brukerne at de ikke får beskjed når det er nyansatte, elever eller studenter på avdelingen.

Samtlige brukere opplever at de ansatte viser respekt for bruker og deres pårørende. En bruker legger imidlertid til at dette er personavhengig. Brukerne er også fornøyd med måten de blir møtt på når de har tatt opp et ønske eller et problem.

10 av 12 brukere mener de ansatte har nok tid til beboer. Flere gir imidlertid uttrykk for at det er mange arbeidsoppgaver på få ansatte og beskriver en hverdag hvor de ansatte løper mellom beboerrommene.

Brukerne er veldig godt fornøyd med maten som blir servert ved sykehjemmet. Flere av de intervjuede uttrykker at de aldri har spist bedre mat. Det gis uttrykk for å være nok mat og drikke, og god variasjon av menyen.

Brukerne bekrefter at de kan få servert mat utenom faste måltider hvis de ønsker det. Videre svarer samtlige brukere at de får tilrettelagt hjelp ved måltidet og at de kan spise måltidene slik de ønsker det.

10 av 12 brukere svarer ja på spørsmålet om de har mulighet til å komme ut i frisk luft hvis de ønsker det. Det opplyses om fra flere at de har mulighet til å gå ut på egenhånd.

11 av 12 brukere oppgir å få informasjon om det som skjer på sykehjemmet og de får hjelp til å være med på aktiviteter de ønsker. Samtidig opplyser flere av brukerne om at det er lite aktiviteter å være med på, men også at de ikke orker å delta på så mye. Brukerne sier videre at de ikke savner flere aktiviteter og at det eksisterende tilbudet er tilfredsstillende.

Brukerne svarer at de kan stå opp og legge seg etter eget ønske. 10 av 12 brukere ved sykehjemmet oppgir at de ikke må vente lenge på hjelp. Samtidig oppgir de at det kan skje en sjelden gang. Samtlige respondenter viser imidlertid full forståelse for at de ansatte har mye å gjøre og at dette ikke skjer så ofte.

Brukerne gir uttrykk for at de får nok hjelp til å vaske seg, de får dusje en gang i uken og opplyser om at det er ofte nok. Brukerne får hjelp til å kle seg slik de ønsker, men flere oppgir at de klarer å kle seg selv.

Samtlige brukere svarer at de får hjelp til å stelle håret. Det oppgis at det benyttes frisør til hårstell og klipp, mens personalet tar seg av det daglige stellet. Brukere som har behov for barbering, får hjelp til dette dersom det er ønskelig. Det samme gjelder for daglig tannstell. Brukerne svarer at de får stelt føttene av fotpleier.

Brukerne vet hvem som er deres sykehjemslege og oppgir at de kan snakke med legen når de har behov for det. 11 av 12 brukere opplever at legen tar en selv eller ens helseproblemer på alvor. Videre oppgir 10 av 12 brukere at de får komme til tannlege/tannpleier når de har behov for dette.

Brukerne opplever at de har mulighet for privatliv, bruken av enerom gjør dette enklere. De får være alene når de ønsker det og opplever at det tilrettelegges for besøk av familien når det er ønskelig.

7.3 Vurderinger og konklusjoner

Revisjonskriteriene baseres på hvorvidt prosedyrer og rutiner beskrevet i kapittel 6 er omsatt i praksis og hvordan de oppleves av brukerne.

Det er revisjonens vurdering at de ansatte har iverksatt flere tiltak som beskrevet i Kvalitetshåndbok/håndbok for daglig arbeid. Her legger vi til grunn en tydelig kvalitetspolitikk, fokus på gode praktiske rutiner og et tjenestetilbud som utformes i samarbeid med bruker. Samtidig vises det til utfordringer i forhold til implementering og praktiske erfaringer.

Avviksprosedyrer og fokus på avvikshåndtering beskrives i samsvar med rutiner som omtalt i kapittel 6. Imidlertid er det etter revisjonens vurdering usikkert om virksomhetens system fungerer eller er tilstrekkelig implementert. Her legger vi til grunn tilbakemeldinger om ulik grad av bevissthet med hensyn til hva som skal registreres som avvik, tidsutfordringer og manglende tilbakemeldinger på innmeldte avvik.

Kontrollutvalget har gjennom sine problemstillinger bedt revisjonen se nærmere på om brukerne er gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål, om det gis systematisk informasjon om hvilke tilbud som finnes på institusjonen, omfanget av brukermedvirkning og hva brukerne selv mener.

I tråd med rutiner beskrevet i kapittel 6, anser revisjonen at brukere og pårørende gjennom serviceerklæringer og løpende informasjon blir gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål og arbeidsmåter.

Brukermedvirkning og brukers deltakelse i egne prosesser beskrives i samsvar med rutiner som omtalt i kapittel 6. Det fremgår av fakta at brukerne skal sikres selvstendighet og styring over eget liv og medvirke i størst mulig grad, både i stell, pleie og ved aktiviteter. Samtidig gis det tilbakemeldinger om at tidspress og lave ressurser kan gi praktiske utfordringer på området.

Pleie og omsorgstjenester handler om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene blir knyttet til grunnleggende behov, opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. I tråd med kvalitetsforskriftens intensjoner gir brukerne tilbakemeldinger om en tjenesteutøvelse som i all hovedsak sørger for at de opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet. Brukerne gis mulighet for ro og skjermet privatliv, de får dekket fysiske og sosiale behov og opplever å ha stor grad av selvstendighet og : get liv.

Konklusjon:

Det er revisjonens vurdering at sykehjemmets praksis i stor grad ivaretar kvalitetsforskriften. Videre er dette i samsvar med den brukeropplevde k

8 i

8 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Kvalitet i sykehjemstilbudet

Kvalitet på tjenestene er å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende.

Etter revisjonens vurdering har Vestby sykehjem langt på vei, gjennom praksis for saksgang ved tildeling av tjenester og Kvalitetshåndbok/håndbok for daglig arbeid, etablert et system som ivaretar forvaltningsloven og kvalitetsforskriftens krav. Samtidig finner revisjonen et forbedringspotensial i dokumentasjon av arbeidet innenfor virksomhetens områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Pleie og omsorgstjenester handler om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvaliteten på tjenesten blir knyttet til grunnleggende behov, opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utøves slik at mottakerne opplever at de blir respektert, opplever egenverd og blir verdsatt, slik intensjonene i kvalitetsforskriften tilsier. Revisjonen finner at tjenesteutøvelse og brukeropplevd kvalitet ved sykehjemmet er i tråd med intensjonene i kvalitetsforskriften på de fleste områder.

Anbefaling:

- Det pågående arbeidet med å utvikle, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer og rutiner bør prioriteres, særlig i tilknytning til avvikshåndtering
- Det bør etableres en systematisk fremgangsmåte for å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav

Rolvsøy, 22.10.2010.

Renate Borgmo
Forvaltningsrevisor

Linda Asp
Oppdragsansvarlig revisor

9

9 RÅDMANNENS KOMMENTARER



Vestby kommune

Østfold kommunerevisjon IKS
Råkollveien 103

1664 ROLVSØY

Arkivkode
216 H12

Deres ref.

Saksnr.
10/1383

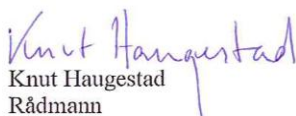
Løpenr.
15283/10

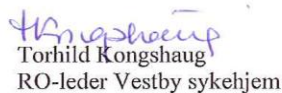
Dato
08.10.2010

FORVALTNINGSRAPPORT VEDRØRENDE KVALITET I SYKEHJEMSTILBUDET

Vi viser til Østfold kommunerevisjon IKS sine konklusjoner og anbefalinger.:
Rådmannen ser positivt på forvaltningsrevisjon av tjenestens innhold og er i det vesentlige tilfreds med de funn som er gjort. Arbeidet med å evaluere, utvikle og forbedre nødvendige prosedyrer herunder avvikshåndteringen vil bli fulgt opp av sykehjemmet innen 31.12.2010 i henhold til egen aktivitetsplan. Det vil samtidig bli utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse.

Med hilsen


Knut Haugestad
Rådmann


Torhild Kongshaug
RO-leder Vestby sykehjem

Post- og besøksadresse
Randembakken 5
1540 Vestby

Telefon 64 98 24 20
Telefax 64 98 24 21
E-post: post@vestby.kommune.no

Bankgirokonto
1613.07.00342

Postgirokonto
0808 5349709

VEDLEGG - REVISJONSKRITERIER

Saksbehandling ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester

Pleie- og omsorgssektoren kjennetegnes av et omfattende og vidtrekkende regelverk knyttet til hvilke tjenester kommunen skal sørge for, og hvilke rettigheter tjenestene etablerer for den enkelte tjenestemottaker. Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skisserer hver en rekke spesifiserte tjenester som utgjør en minstestandard for det tilbudet den enkelte kommune har plikt til å etablere⁶. Eksempler på slike tjenester er medisinsk behandling, habilitering og rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester, tjenester for økt aktivitet og et tilpasset boligtilbud. De overordnede mål for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som også sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

I § 4-3 i sosialtjenesteloven⁷ heter det at de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller er helt avhengig av praktisk hjelp til daglige gjøremål, har krav på hjelp. I § 4-2 står det hvilke tjenester de har krav på, herunder praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistanse, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester.

Rett til kommunal helsehjelp reguleres av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 som fastslår at *...”enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg”*. Videre står det at forvaltningslovens regler gjelder for vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns- omsorg og pleie⁸.

Forvaltningsloven § 11a stiller krav om at forvaltningen skal behandle saker *”uten ugrunnet opphold”*, og at det skal sendes foreløpig svar dersom behandlingen vil ta uforholdsmessig lang tid, eller dersom enkeltvedtak ikke kan avgjøres innen en måned.

Forvaltningslovens kapittel V stiller eksplisitte krav til formen og innholdet i enkeltvedtak. Det følger av §§ 23-27 at:

- Vedtak i regelen skal være skriftlige, med mindre dette av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for organet.
- Vedtak skal som utgangspunkt grunngis, og begrunnelsen skal gis samtidig med at vedtaket treffes. Unntak fra begrunnelsesplikten er blant annet knyttet til saker der det ikke er grunn til å tro at noen kan være misfornøyd med vedtaket.
- Begrunnelsen skal vise til:
 - De regler vedtaket bygger på, med mindre parten kjenner reglene.
 - Gjengi innholdet i reglene i nødvendig utstrekning for at parten skal forstå vedtaket.
 - Nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Der hvor de faktiske forhold er beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er det tilstrekkelig å henvise til dette.
 - Forvaltningsorganet bør dessuten nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn. Der det er gitt retningslinjer for utøvelsen av skjønnet, vil det kunne være tilstrekkelig å vise til disse. Dette forutsetter imidlertid at disse er allment tilgjengelig.

⁶ Se Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 jf. § 2-1, Lov om sosiale tjenester m.v. § 4-2 og 4-3 for en oversikt.

⁷ Lov av 13.12.1991 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)

⁸ Dette til forskjell fra øvrige vedtak som fattes etter § 2-1 i kommunehelsetjenesteloven.

Partene skal underrettes så snart som mulig, og i regelen skriftlig dersom dette ikke er særlig byrdefullt for forvaltningsorganet.

I henhold til forvaltningsloven § 28 kan alle enkeltvedtak påklages av part eller annen med rettslig klageinteresse.

Hva forstås med kvalitet?

I følge IS – 1201 Veileder til kvalitet i pleie og omsorgstjenester har ordet kvalitet flere dimensjoner og betydninger. Det ene er knyttet til egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller tjeneste. Den andre betydningen er knyttet til verdier og verdinormer.

Kvalitet kan defineres som⁹:

”Kvalitet er helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dens evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller uttalte og underforståtte behov.”

I følge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende.

Det er en grunnleggende verdi at tjenestene skal være preget av respekt for menneskeverdet, omsorg og ansvar for den enkelte, uavhengig av alder, kjønn og rase, uavhengig av sykdom, plager og fase i livsløpet. Kvalitet i prosess og resultat, trygghet, tilgjengelighet, omsorg og respekt i møte med brukeren utgjør sosial- og helsetjenestens kjerneverdier. Informasjon, medbestemmelse og kvalitetsforbedring er nødvendig for riktig og effektiv behandling – og for brukerens trygghet¹⁰.

I den nasjonale kvalitetsstrategien ”... og bedre skal det bli” setter Sosial- og helsedirektoratet opp noen kjennetegn for tjenester av god kvalitet. For Sosial- og helsetjenesten innebærer dette at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

System av prosedyrer

Drift av sykehjem faller inn under lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 (kommunehelsetjenesteloven) og lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 (sosialtjenesteloven). Med hjemmel i disse lovene er det gitt ut en rekke forskrifter som utdyper bestemmelsene. Mange av disse er direkte knyttet til kvalitetsarbeid og oppfølging av dette.

Kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften skal medvirke til at tjenester etter Sosial- og helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig måte. De to forskriftene må ses i sammenheng.

⁹ IS-1201 Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene – Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk standard

¹⁰ Se blant annet veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet, St.meld. 25, NOU 2005, IS-1162:10 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten; ”...og bedre skal det bli!” og avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten mellom regjeringen og KS.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten retter fokus mot ”den enkelte virksomhets egne systemer”. Bruk og utvikling av prosedyrer er sentrale føringer i forskriften, fordi systematiske styringstiltak skal sikre at aktiviteter og tjenester utøves i samsvar med brukerens behov og de krav som stilles i gjeldende rett.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene retter på sin side søkelyset mot ”brukerne” av pleie- og omsorgstjenestene ved at det stilles krav om å utarbeide skriftlige prosedyrer for å kvalitetssikre virksomhetens konkrete oppgaver og mål.

Forskrift om internkontroll¹¹ pålegger i §§2 og 3 virksomheter som omfattes av helselovgivningen å etablere ”systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen”. Kravet om internkontroll retter seg ikke mot innholdet i tjenestene, men innebærer at virksomheten skal kunne dokumentere sin aktivitet og redusere risiko for avvik. Internkontrollforskriftens formål § 1 er å ”bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene”.

Kvalitetsforskriftens formål § 1 sier følgende:

”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”.

Kvalitetsforskriften skal ivareta kvaliteten på tjenesten ved en helhetlig tilnærming til brukerens behov¹². Tjenestene skal i størst mulig grad utformes og utføres med selvbestemmelsesrett som et førende prinsipp, slik at brukerne opplever å bli møtt med respekt og at tjenestene er forutsigbare og kjennes trygge. Selvbestemmelsesrett innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva bruker selv ønsker.¹³

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene stiller i § 3 krav om at ”Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slikt finnes.
- Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.”

Prosedyrene bør inneholde en beskrivelse av de formål, anvendelsesområde og ansvar som skal sørge for at brukeren av tjenester opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet og får mulighet for ro og skjermet privatliv og selvstendighet og styring av eget liv.¹⁴ Disse prosedyrer skal i henhold til veileder være skriftlige, men fleksible. Det er imidlertid ikke nok

¹¹ Hjemlet blant annet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven

¹² IS-1201 Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

¹³ IS-1201 Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

¹⁴ IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

med prosedyrer for den faglige og administrative utførelsen. Det må også dokumenteres at prosedyrene etterleves.¹⁵

Tjenesteutøvelse

Kvalitetsforskriftens veileder fremhever at pleie- og omsorgstjenester handler om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene blir knyttet til grunnleggende behov, opplevelse av livskvalitet og viktige verdier hos brukerne. Tjenestene må derfor utøves slik at mottakerne opplever at de blir respektert, opplever egenverd og blir verdsatt slik intensjonene i kvalitetsforskriften tilsier.

For å ivareta dette skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.

Kvalitetsforskriften definerer nærmere hva som bør omfattes i § 3, 2. ledd:

- ... ”respekt, forutsigbarhet og trygghet i forholdet til tjenestetilbudet
- ... selvstendighet og styring av eget liv
- ... fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- ... tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- ... sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- ... tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
- ... å følge en normal livs og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- ... mulighet til selv å ivareta egen omsorg
- ... tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- ... få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- ... nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- ... nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- ... tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- ... mulighet for ro og skjermet privatliv
- ... en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser”

Brukermedvirkning er i nyere retningslinjer fremhevet som et viktig og grunnleggende prinsipp i tjenesteutøvelsen innenfor helse- og omsorgssektoren. Prinsippet skal også ligge til grunn for alt arbeid for å bedre kvaliteten i tjenestene på området. Pleie- og omsorgstjenestene skal så langt det er mulig og faglig forsvarlig ta utgangspunkt i brukernes ønsker og behov¹⁶.

Medvirkning og medbestemmelse fra brukerne av pleie- og omsorgstjenestene er også understreket i kvalitetsforskriftens § 3, 1.ledd, ”forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”.

Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker. I den praktiske utføringen av tjenestene innebærer dette at brukerne kan være med på å bestemme hvordan tjenestene skal utføres¹⁷. Kvalitetsforskriftens veileder fremhever at en prosedyre bør innebære kartlegging

¹⁵ IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

¹⁶ ”...og bedre skal det bli!”, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene.

¹⁷ IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

Kvalitet i sykehjemstilbudet

av den enkeltes ønsker, behov og ressurser. Dette er subjektive indikatorer for kvalitet. Brukeren skal styrkes gjennom å anerkjenne hans eller hennes egne opplevelser og erfaringer. Det er viktig å gi brukerne kunnskap om bestemmelser og rettigheter.