



# Kvalitet i pleie- og omsorg Hvaler kommune

Forvaltningsrevisjonsrapport

Rolvsøy  
26. april 2013

## INNHOLDSFORTEGNELSE

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>SAMMENDRAG</b> .....                               | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>INNLEDNING</b> .....                               | <b>4</b>  |
| 2.1      | Bakgrunn .....  | 4         |
| 2.2      | Problemstilling og avgrensing.....                    | 4         |
| 2.3      | Revisjonskriterier .....                              | 5         |
| <b>3</b> | <b>ETABLERING OG PRAKTISERING AV PROSEDYRER</b> ..... | <b>6</b>  |
| 3.1      | Revisjonskriterier .....                              | 6         |
| 3.2      | Fakta .....   | 6         |
| 3.3      | Vurderinger .....                                     | 14        |
| <b>4</b> | <b>AVVIKSHÅNTERING</b> .....                          | <b>15</b> |
| 4.1      | Revisjonskriterier .....                              | 15        |
| 4.2      | Fakta .....   | 15        |
| 4.3      | Vurderinger .....                                     | 19        |
| <b>5</b> | <b>KONKLUSJONER/ANBEFALINGER</b> .....                | <b>21</b> |
|          | <b>RÅDMANNENS KOMMENTARER</b> .....                   | <b>22</b> |
| <b>6</b> | <b>VEDLEGG</b> .....                                  | <b>23</b> |

# 1 SAMMENDRAG

Det er et overordnet mål at kommunale pleie- og omsorgstjenester skal sørge for at alle med behov for denne type tjenester får et tilfredsstillende tilbud. I lovverk skisseres en rekke spesifiserte tjenester som utgjør minstestandard for det tilbudet den enkelte kommune har plikt til å etablere. Brukerne skal få et likeverdig tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og hvor det sikres kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Bakgrunnen for prosjektet er kommunens årsrapport som har avdekket utfordringer knyttet til blant annet implementering av nødvendige prosedyrer.

Østfold kommunerevisjon IKS har gjennom dette prosjektet vurdert om Hvaler kommune har etablert nødvendige prosedyrer i henhold til kvalitetsforskriften, hvorvidt disse følges opp i praksis, samt hvordan kommunen legger til rette for avvikshåndtering. Prosjektet er avgrenset til å omhandle prosedyrer tilknyttet omsorgstjenesten, herunder sykehjem og hjemmesykepleien. Vurderingene er gjort på bakgrunn av krav i kvalitetsforskriften.

Prosjektet er gjennomført ved bruk av dokumentanalyse, stikkprøver i kvalitetssystemet og intervju. Revisjonen har gjennomgått aktuelle planer, herunder kommunens kvalitetshåndbok, organisering av kvalitetsarbeid i helse og sosial og strategisk virksomhetsplan-

omsorgstjenesten 2013. Videre er det foretatt stikkprøver i kommunens kvalitetssystem, herunder gjennomgang av aktuelle prosedyrer og system for avvikshåndtering. Vi har foretatt intervju av virksomhetsleder for omsorgstjenestene, avdelingsledere, teamledere, sykepleiere og fagarbeidere ved både hjemmetjenesten og sykehjemmet.

Fakta viser at Hvaler kommune har et system og en praksis av nødvendige prosedyrer som tilfredsstillende kravene i kvalitetsforskriften.

Videre finner revisjonen at system for avvikshåndtering er tilstede, samtidig som praksis avdekker svakheter ved implementeringen. Revisjonen gir med bakgrunn i dette følgende anbefalinger:

- Kommunen bør vurdere å gjennomføre obligatorisk og differensiert opplæring i kvalitetssystemet for alle ansatte, herunder registrering av avviksmeldinger.
- Det bør vurderes en gjennomgang av systemets avvikskategorier i hensikt å presisere kategoriens innhold.

Revisjonen takker for god tilrettelegging og godt samarbeid fra de ansatte i hjemmetjenesten og sykehjemmet ved Dypedalsåsen eldrecenter.

## 2 INNLEDNING

### 2.1 Bakgrunn

#### Faktaboks 1: Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak.

Plan for forvaltningsrevisjon 2012 – 2013 ble vedtatt i bystyret 29. mars 2012. I planen heter det: *”Sykehjemmet har hatt tilsyn på legemiddelhåndtering i sykehjem. Kommunens årsrapport viser imidlertid at kommunen også har avdekket flere avvik på tilpasset pleie og omsorg (både sykehjem og hjemmetjenesten). Virksomheten sliter også med høyt sykefravær (spesielt på sykehjemmet), restriktiv bruk av vikarer, samt bruk av vikarbyrå. I tillegg påpekes det utfordringer knyttet til helgebemanning, utvikling og implementering av nødvendige prosedyrer og sykepleierdekning. Revisjonen mener dette medfører en risiko for at kommunen ikke etterlever kvalitetsforskriften når det gjelder å tilfredsstill brukernes grunnleggende behov. Dette kan få store konsekvenser for brukere, medarbeidere og kommunens omdømme.”*

Plan for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget 29. november 2012, sak PS 12/38.

### 2.2 Problemstilling og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har Hvaler kommune etablert nødvendige prosedyrer, og hvordan følges disse opp i praksis?

2. I hvilken grad legger kommunen til rette for avvikshåndtering?

### Metode og gjennomføring

#### Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med ”Standard for forvaltningsrevisjon” (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført ved dokumentanalyse, intervjuer og gruppeintervjuer.

Dokumentasjon som har vært gjennomgått er blant annet kvalitetshåndbok, organisering av kvalitetsarbeid i helse og sosial, strategisk virksomhetsplan-omsorgstjenesten 2013. Videre har revisjonen hatt tilgang kommunes kvalitetssystem, herunder prosedyrer, avvikssystem og annet informasjonsmateriell.

Revisjonen har intervjuet virksomhetsleder for omsorgstjenestene, avdelingsleder og teamleder for hjemmetjenesten, avdelingsleder og teamleder for sykehjemmet, sykepleiere i hjemmetjenesten, sykepleiere på sykehjemmet, fagarbeidere i hjemmetjenesten og fagarbeidere på sykehjemmet. I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informanten. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Lena Longva Stavem og Bjørnar Bakker Eriksen i perioden desember 2012 til april 2013.

## 2.3 Revisjonskriterier

### Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).
- LOV 1999-06-02 nr 64: Lov om helsepersonell.
- LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter.
- 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.
- Rundskriv I-13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

Utleddning av revisjonskriteriene følger i vedlegg, samt punktvis under hver enkelt problemstilling.

## 3 ETABLERING OG PRAKTISERING AV PROSEDYRER

I hvilken grad har kommunen etablert nødvendige prosedyrer og hvordan følges disse opp i praksis?

### 3.1 Revisjonskriterier

Som det fremkommer av vedlegget innebærer systematiske styringstiltak bruk og utvikling av prosedyrer. Prosedyrene skal sikre at aktiviteter og tjenester utøves i samsvar med brukernes behov, samt at lovpålagte oppgaver ivaretas.

Kommunen skal etablere et system av skriftlige prosedyrer hvor formålet er å sikre at kvalitetsforskriftens formål etterleves. I henhold til veileder for kvalitetsforskriften bør prosedyrene 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, skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv. Disse prosedyrene skal i henhold til veileder være skriftlige, men fleksible.

Revisjonen har valgt å sammenfatte en beskrivelse av prosedyrene i forhold til kvalitetsforskriftens krav, inn i følgende punkter:

- Informasjon/ kommunikasjon og brukermedvirkning
- Ernæring
- Personlig stell
- Aktivisering og stimulering
- Lokaler/ tilretteleggelse
- Lege, medisintid, tannlege
- Verdig livsavslutning

Det er ikke tilstrekkelig med prosedyrer som kun beskriver faglig og administrativ utførelse. Det skal også dokumenteres at prosedyrene etterleves.

For vanskelige problemstillinger som ikke egner seg i prosedyrer, anbefales det at det

etableres arenaer for refleksjon og diskusjon.

### 3.2 Fakta

#### Dypedalsåsen

Virksomheten - Omsorgstjenesten i Hvaler - er organisert med virksomhetsleder som overordnet leder. Avdelingslederne leder hver sin avdeling, enten på sykehjemmet, i hjemmetjenesten eller på kjøkkenet. Det er henholdsvis to avdelingsledere på sykehjemmet, en på kjøkkenet og to i hjemmetjenesten. Disse stillingene er 100 prosent administrative med personalansvar. Det er fire teamledere på sykehjemmet og fire teamledere i hjemmetjenesten, disse har det faglige ansvaret.

Sykehjemmet og hjemmetjenesten ble 1. januar 2010 slått sammen til en virksomhet. Det er dermed kort avstand med tanke på å få til gode løsninger for den enkelte pasient.

#### Faktaboks 4: Omsorgstjenestens ansatte

Omsorgstjenesten består av 54,16 årsverk totalt, 21,97 årsverk i hjemmetjenesten, 25,94 årsverk på sykehjemmet og resten i kjøkkenet, vaskeri, kommunal fysioterapi og leder. Til sammen er det 91 ansatte i virksomheten.

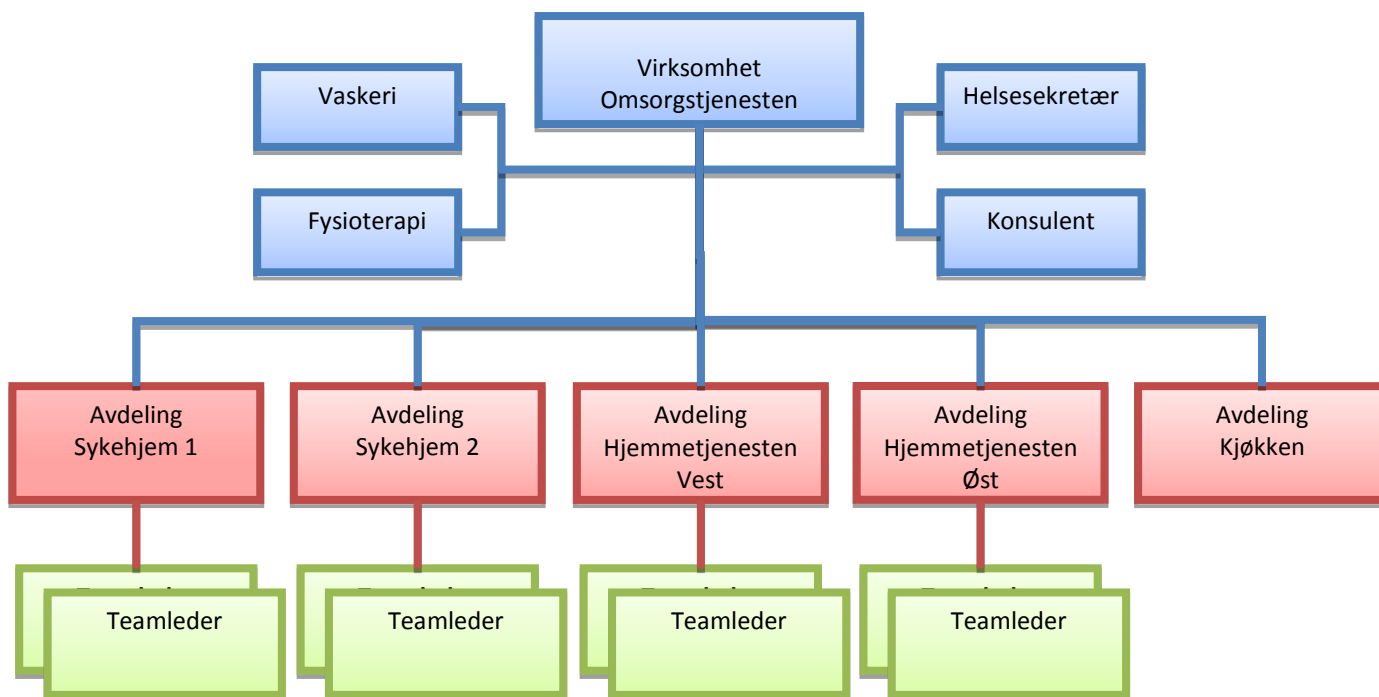
Sykehjemmet har 28 plasser og er delt inn i tre soner (Gul, Grønn og Rød). Gul sone har 12 rom (korttid/langtids). Grønn sone har 10 rom (langtids/demens). Rød sone har seks rom og er en ren demens avdeling. Fra og med 1. april 2013 vil sykehjemmet få fire<sup>1</sup> nye rom grunnet samhandlingsreformen.

<sup>1</sup> To rom på Gul sone og to rom på Grønn sone.

Hjemmetjenesten har 2 geografiske soner – Østre og Vestre, som skiller ved tunellen. Hjemmetjenesten har ca. 130 brukere.

Virksomhetsleder har ansvar for kjøkken, vaskeri, konsulent og kommunal fysioterapi i tillegg til overstående. Sykehjemslegen er medisinsk faglig ansvarlig på sykehjemmet.

Figur nr.1: Organisasjonskart over virksomheten



### System av prosedyrer

For å kvalitetssikre standarden på kommunale tjenester innen pleie- og omsorgstjenestene, har Hvaler kommune tatt utgangspunkt i kvalitetsforskriften. For at tjenestene skal ytes på et forsvarlig nivå er det i «*Standard i pleie og omsorgstjenester*»<sup>2</sup> utferdiget retningslinjer for hvordan dette skal oppnås i Hvaler kommune. Standardene er utarbeidet av ledelsen og alle ansatte i pleie- og omsorgsavdelingen i Hvaler kommune i 2003. Standardene ble gjennomgått og godkjent på nytt i kommunestyret gjennom kommunedelplan for seksjon helse og sosial i mars 2009.

Hvaler kommunes kvalitetssystem ble 7. mai 2012 gjort elektronisk<sup>3</sup>. Prosedyrene som ligger tilgjengelig i kvalitetssystemet erstatter «Brukerhåndbok nr. 13»<sup>4</sup> og finnes per dags dato kun tilgjengelig digitalt. Virksomhetsleder informerer om at de fleste prosedyrene er hentet fra Fredrikstad kommune og tilpasset omsorgstjenesten i Hvaler kommune, mens noen er helt nye.

Kvalitetssystemet inneholder også virksomhetsinterne prosedyrer som ikke direkte er knyttet til kvalitetsforskriften. Eksempler på dette er prosedyrer som omhandler blant annet bruk av «*taxi båt i hjemmetjenesten*» og «*stengt tunnel*», disse

<sup>2</sup> Standardene er behandlet og vedtatt av kommunestyret.

<sup>3</sup> Hvaler kommune benytter seg av RiskManager Dokumentstyring og RiskManager Avvikshåndtering.

<sup>4</sup> Tidligere benyttet prosedyrehåndbok.

prosedyrene er ikke ytterligere beskrevet i rapporten

### **Informasjon/ kommunikasjon og brukermedvirkning**

Prosedyren «*Brukermedvirkning i forhold til utformingen av tjenestetilbudet*» har som formål å sikre at bruker opplever trygghet, forutsigbarhet, respekt og medvirkning i forhold til tjenestetilbudet.

Avdelingsleder, teamleder og saksbehandler er ansvarlige for at bruker:

- får aktuell informasjon og veiledning om tjenestetilbudet, rettigheter og klageadgang.

Tjenesteyter skal påse at bruker har:

- mulighet for kontakt med tjenesteapparatet.
- informasjon om kontaktperson.

Tjenesteyter skal videre sørge for at:

- avtaler, målsettinger og tiltak utvikles i samarbeid med bruker.
- bruker/pårørende/hjelpeverge medvirker med planlegging eller endring av tjenestetilbudet.
- nødvendig informasjon blir overlevert til aktuelle samarbeidspartnere.

Rapporteringsrutiner skal gjennomgås jevnlig. Tjenesteyter skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Har brukeren fått informasjon om tjenestetilbud, rettigheter og klageadgang?
- Har brukeren mulighet til kontakt med tjenesteapparatet?
- Har bruker/nærmeste pårørende/hjelpeverge medvirket i planleggingen av tjenestetilbudet?

Fakta viser at det gis skriftlig vedtak for alle kommunale tjenester. Alle som får innvilget tjenester i Hvaler kommune blir også informert om dette over telefon. Avdelingsleder ved hjemmetjenesten, som også sitter som saksbehandler for tjenestene, informerer videre om at klageadgang og rettigheter blir opplyst gjennom det skriftlige vedtaket.

Ved innleggelse på sykehjemmet får bruker informasjon og veiledning vedrørende tjenestetilbudet. Det opplyses videre om at sykehjemmet har et tett samarbeid med bruker/pårørende, og at pårørende holdes godt informert. Ved behov kartlegges brukers tjenestebehov med pårørende.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten opplyser om at de har en tett dialog med bruker, og at de er fleksible i forhold til brukers ønsker når det gjelder tjenester.

Prosedyren «*Pårørendesamtale sykehjem*» har som formål å sikre langtidsbeboere forsvarlig tjenesteyting og pårørende god informasjon. Avdelingsleder er ansvarlig for å:

- oversende invitasjonsbrev vedrørende pårørendesamtale til nærmeste pårørende i løpet av de to første ukene etter innleggelse.
- gjennomføre samtalen til avtalt tid innen de to første månedene av oppholdet.
- invitere til oppfølgingssamtale en gang i året.

Det skal dokumenteres i pasientjournal dersom samtalen ikke er ønsket.

Tjenesteyter skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Har alle trinn blitt gjennomført i henhold til prosedyre?
- Er første samtale gjennomført?
- Blir det gjennomført oppfølgingssamtale årlig?

Fakta viser at pårørendesamtale med brukere av sykehjemmet gjennomføres innen to måneder. For brukere med langtidsopphold gis det oppfølgingssamtale en gang i året. Om samtale ikke ønskes, dokumenteres dette i GERICA<sup>5</sup>.

I hjemmetjenesten gjennomføres pårørendesamtaler ved behov.

---

<sup>5</sup>Gerica er et journalsystem for pleie- og omsorgssektoren. Gerica benyttes som elektronisk pasientjournal (EPJ) og som pasientadministrativt system innen pleie- og omsorgssektoren.



## Ernæring

Avdelingsleder opplyser om at det foreligger en skriftlig prosedyre på ernæring som følges i praksis. Denne vil bli inkludert i det elektroniske kvalitetssystemet i løpet av april 2013.

Alle brukere på sykehjemmet har ernæringskort. Kortet inneholder informasjon om brukers allergier, matvaner o.l. Det serveres fire måltider om dagen ved sykehjemmet. Det er Dypedalsåsens eget kjøkken som tilbereder maten. Tidene for måltidene er fleksible, og det tilrettelegges ut i fra brukernes behov. Videre informeres det om at brukerne har god tid ved måltidene, og at en ansatt assisterer ved behov.

Brukere av hjemmetjenesten kan etter avtale bestille varer i butikk, og få disse kjørt hjem. Hjemmesykepleien kan bistå med levering av handleliste ved behov. Brukere av hjemmetjenesten kan også bestille mat fra Dypedalsåsens kjøkken, som leveres bruker. Dersom bruker har behov for tilsyn i forbindelse med måltider blir dette tatt hensyn til. Noen brukere må følges ekstra godt opp grunnet diabetesdiagnose eller lignende.

## Personlig stell

Prosedyren «*Ivaretagelse av egenomsorg*» skal sikre ivaretagelse av personlig hygiene, naturlige funksjoner, samt tilpasset hjelp ved av- og påkledning. Tjenestemottaker skal selv ha mulighet til å ivareta sin egenomsorg. Primærkontakt, sykepleier eller vernepleier skal:

- kartlegge brukers ressurser og behov gjennom samtale med bruker/verge/hjelpeverge/pårørende eller gjennom observasjon, søknads- eller kartleggingsskjema.
- utarbeide felles mål i samarbeid med bruker, slik at bruker får mulighet til å benytte egne ressurser.
- gi hjelp etter funksjonsevne, og det skal tas hensyn til personlig integritet.

- motivere og tilrettelegge for at bruker gis mulighet til å benytte egne ressurser, slik at funksjonsnivå i størst mulig grad opprettholdes.

Tjenesteyter skal yte bistand i henhold til pleieplan/tiltaksplan. Tiltaksplanen skal evalueres minimum hver 3. måned.

Primærkontakt, sykepleier eller vernepleier skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Er gjeldende planer med mål og tiltak fulgt?
- Har bruker medvirket i utarbeidelse av mål og tiltak?
- Blir brukers egne ressurser benyttet?

Fakta viser at det blir gjennomført en vurdering av brukers funksjonsnivå. Informasjonen blir registrert i IPLOS<sup>6</sup> og oppdateres ved behov. Alle beboere på sykehjemmet har pleieplaner. Tiltaksplaner vil erstatte pleieplaner, og arbeidet med tiltaksplaner i Gerica vil bli startet opp i april 2013.

Det legges i stor grad til rette for at bruker skal kunne ivareta egenomsorg. Et problem i hjemmetjenesten er at tiden ikke alltid strekker til. Avdelingsleder informerer om at hjemmetjenesten har pleieplaner på noen av sine brukere. Arbeidet med tiltaksplaner i Gerica starter opp i april 2013.

Sykepleierne på sykehjemmet informerer om at de i stor grad motiverer brukerne til aktivitet i det daglige. Et eksempel på dette er at de oppfordrer brukerne selv til å gjennomføre morgenstellet.

## Aktivisering og stimulering

Prosedyren «*Balanse mellom aktivitet og hvile*» har som formål å sikre tilretteleggelse av en døgnrytme som er tilpasset individuelle behov. Tjenesteyter skal:

<sup>6</sup>IPLOS: Sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren.

- kartlegge brukers vaner, behov og ønsker. Disse skal evalueres minimum hvert halvår.
- tilrettelegge for at bruker kan opprettholde den døgnrytmen som er normal for vedkommende, så lenge det ikke er til sjenanse for andre.
- motivere til aktivitet, samtidig som brukers behov for hvile skal ivaretas.
- tilby en meningsfull hverdag, og vektlegge brukers egen oppfatning av en meningsfull hverdag som grunnleggende.

Tjenesteyter skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Blir brukers individuelle behov og ønsker vektlagt og ivaretatt?

Fakta viser at de ansatte er gode til å tilrettelegge for en tilpasset døgnrytme på sykehjemmet. Brukerne kan i stor grad selv bestemme når de står opp og når de skal legge seg.

Det opplyses om at det tilbys aktiviteter på sykehjemmet både på formiddag og ettermiddag. Eksempler på aktiviteter er: gåturer, bingo og konserter. Sykehjemmet har også en sansehage som brukerne fritt kan benytte.

Fakta viser videre at hjemmetjenesten i stor grad legger til rette for en individuell og tilpasset døgnrytme. Hvilke tjenester brukeren har behov for og hvilke medisiner brukeren må ha, setter derimot visse begrensninger på valgfriheten på dette området.

Det er heller ikke uvanlig at bruker må vente på hjelp fra hjemmetjenesten, dette gjelder spesielt ved oppringninger vedrørende toalettbesøk.

Prosedyren «*Fysisk rettede tilbud og tiltak*» har som formål å sikre at det blir gitt varierte aktiviteter tilpasset den enkeltes helse og forutsetning. Teamleder, primærkontakt og sekundærkontakt skal:

- kartlegge brukers egne ressurser gjennom IPLOS og utarbeide målsettinger i samarbeid med bruker/pårørende.

Tjenesteyter skal:

- tilrettelegge omgivelsene for rullestolbrukere, mennesker med syns/hørsel- og andre funksjonshemmede i samarbeid med andre instanser.
- motivere bruker til å vedlikeholde fysisk egenaktivitet, evt. bistå bruker ved behov.

Sykepleier ved sykehjemmet kartlegger brukers egne ressurser i samarbeid med primærkontakt. Informasjonen fra kartleggingen blir registrert i IPLOS. Aktivitetene som tilbys brukerne blir tilrettelagt utfra den enkeltes helse.

Fakta viser at sykehjemmet i stor grad er tilrettelagt for rullestolbrukere og brukere med andre funksjonshemninger. Videre opplyses det om at dørene på sykehjemmet per dags dato er for smale for at en kan skyve sengeliggende brukere ut i hagen, dette er på revisjons tidspunkt under forbedring.

IPLOS benyttes også til å registrere brukers funksjonsnivå. Det er et mål at bruker skal kunne klare seg selv i henhold til eget funksjonsnivå. Hjemmetjenesten tilrettelegger det slik at bruker har mulighet til å bo hjemme så lenge vedkommende ønsker, og det er praktisk mulig.

Behov for aktivisering blir tatt opp med fastlege og fysioterapeut. Det opplyses videre om at de ansatte i hjemmesykepleien i utgangspunktet ikke har kapasitet til å sørge for aktivisering av brukerne.

Prosedyren «*Sosialt rettede tilbud og tiltak*» har som formål å sikre mulighet for samvær, sosial kontakt og fellesskap. Teamleder og primærkontakt skal:

- kartlegge brukers sosiale nettverk.
- Tjenesteyter er ansvarlig for at:
- bruker får et tilbud tilpasset sitt behov, ønsker og interesser.

Virksomhetsleder og avdelingsleder skal:

- samarbeide med andre grupper/etater slik at flest mulig kan nyte godt av tilbud/tiltak.
- arbeide for et bredere samarbeid med frivillige og tilrettelegge for et variert tilbud.

Virksomhetsleder, avdelingsleder og primærkontakt skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Er bruker kartlagt?
- Får bruker et tilpasset tilbud?
- Er det variasjon i tilbudet?

Avdelingsleder på sykehjemmet informerer om at brukernes nettverk kartlegges. Kontaktinformasjonen registreres i Gerica. Informasjonen føres også inn i brukerens brukerkort, som plasseres i vedkommendes brukerperm. Brukerkortet er en del av pasientens tiltaksplan/pleieplan.

### Lokaler/ tilretteleggelse

Prosedyren «Botilbud og privatliv» har som formål å sikre brukerne mulighet for ro og skjermet privatliv. Brukerne skal ha:

- et botilbud som ivaretar individuelle behov. Både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov skal ivaretas.
- et sted å trekke seg tilbake til, det skal sørges for fleksible besøkestider og oppholdsrom.
- færrest mulige tjenesteytere å forholde seg til.

Tjenesteyter skal:

- påse at brukerens krav til rettssikkerhet og diskresjon vektlegges.
- ivareta brukerens behov for ro.
- bidra til opprettholdelse av brukerens integritet.
- legge forholdene til rette for at brukeren kan ta imot familie, venner og andre.

Tjenesteyter skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Har brukeren mulighet for privatliv?
- Blir krav til rettssikkerhet og diskresjon overholdt?
- Kan brukeren ta imot besøk privat?

Fakta viser at brukerne på sykehjemmet har et botilbud som i stor grad ivaretar individuelle behov. Alle avdelingene har kun enerom, med eget bad og dusj. Sykehjemmet har også gode fellesrom. Brukerne kan motta besøk gjennom hele dagen.

Det tilrettelegges for at brukere på sykehjemmet skal ha få tjenesteytere å forholde seg til. Dette kan utgjøre en stor utfordring ved ferieavvikling, og ved høyt sykefravær. Det opplyses videre at det tas ekstra hensyn til demensavdelingen. Urolige brukere bør ha kjente ansatte rundt seg.

Ansatte i hjemmetjenesten arbeider i faste soner<sup>7</sup>, brukerne har derfor i stor grad det samme personalet å forholde seg til. Fagarbeiderne ved hjemmetjenesten fremhever videre at de har tre lister<sup>8</sup> med brukere som de arbeider med. Hver bruker har anslagsvis 15-20 forskjellige tjenesteytere. Hjemmetjenesten benytter hovedsakelig faste vikarer som kjenner brukerne godt. De ansatte opplyser at de sjeldent mottar klager på dette området, men det hender at nye brukere synes det kan være mange å forholde seg til i en startperiode.

I sommerhalvåret kan dette derimot være et problem. Både sykehjemmet og hjemmetjenesten benytter da mange vikarer. Noe som igjen fører til at brukerne må forholde seg til en del ukjent personale. På sommerhalvåret får hjemmetjenesten også ekstra brukere i form av

<sup>7</sup> Hjemmetjenesten består av to soner. Det er ca. 11 årsverk per sone.

<sup>8</sup> Det er ca. 10 brukere per liste.

sommergjester<sup>9</sup>, dette legger ytterligere press på bemanningssituasjonen.<sup>10</sup>

### Lege, medisintdeling, tannlege

Prosedyren «*Medisinsk undersøkelse og behandling i sykehjem*» har som formål å sikre at bruker får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. Epikriser og annen relevant informasjon skal innhentes.

Ansvarlig sykepleier skal:

- se til bruker ved ankomst.

Sykehjemslege skal:

- utføre legeundersøkelse uten ugrunnet opphold og skrive journal i Gerica.

Sykehjemslege og sykepleier tar innkomststatus og følger opp individuelt.

Det utføres egenkontroll på følgende punkt:

- Har alle trinn blitt fulgt i henhold til prosedyre?
- Blir brukers individuelle behov og ønsker om livskvalitet vektlagt og ivaretatt?

Teamleder ved sykehjemmet informerer om at bruker gjennomgår medisinsk undersøkelse ved innleggelse. Ved langtidsinnleggelse gjennomføres det medisinsk undersøkelse av bruker årlig. Ved innleggelse innhentes det epikriser og annen relevant informasjon vedrørende bruker.

Prosedyren «*Tannhelse og munnhygiene*» har som formål å sikre nødvendig tannbehandling og ivareta munnhygiene.

- eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og brukere av hjemmesykepleie som har vært i pleie i mer enn 3 måneder og som har vært fast bruker av tjenesten med minst ukentlig pleie kan få tilbud fra tannhelsetjenesten.
- brukere som oppfyller kriteriene skal informeres om dette.

<sup>9</sup> 2012: 22 ekstra pasienter, 2011: 16 ekstra pasienter.

<sup>10</sup> Det er innvilget 200 000 i skjønnsmidler for 2013 til omsorgstjenesten, grunnet kommunens feriegjester.

Tjenesteyter skal:

- legge forholdene til rette og gi rettledning slik at brukeren skal kunne ivareta egen tannhelse.
- tilby hjelp til daglig munnhygiene der det er grunn til å tro at brukeren ikke kan ivareta dette selv.

Tjenesteyter skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Har brukeren fått informasjon om fri tannhelsetjeneste?
- Er brukerens tannhelse/munnhygiene ivaretatt på en forsvarlig måte?

Fakta viser at brukere på Dypedalsåsen sykehjem mottar tilbud fra tannhelsetjenesten 1-2 ganger i året.

Brukerne blir oppmuntret av personalet til selv å ivareta egen tannhelse. Brukere som ikke er i stand til å gjennomføre egen tannhygiene, får hjelp fra personalet til dette daglig.

Brukere av hjemmetjenesten som har minimum ett besøk i uken av sykepleierfaglig art og som har hatt dette i minimum tre måneder, har rett på tilbud fra tannhelsetjenesten, på lik linje som brukerne av sykehjemmet.

### Verdig livsavslutning

Prosedyren «*Pleie og omsorg til alvorlig syke og døende*» har som formål å sikre brukeren en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

- ressurser og behov skal kartlegges.
- det skal registreres hvem som er nærmeste hovedkontakt.
- ansvarsfordelingen mellom den medisinskfaglige, sykepleiefaglige, pårørende og pasienten skal avklares.
- det skal utarbeides felles mål i samarbeid med pasient/eventuelt pårørende. Pasienten og pårørendes delaktighet skal vektlegges.
- pasienten kan selv velge å være hjemme eller på sykehjem og skal

forholde seg til færrest mulig tjenesteytere.

- virksomheten skal sørge for at pasienten og eventuelt nærmeste pårørende får tilstrekkelig informasjon om sykdommen, behandling og prognose.
- all informasjon skal journalføres fortløpende.

Utfører skal utføre egenkontroll på følgende punkter:

- Har alle trinn blitt fulgt i henhold til prosedyre?

Fakta viser at sykehjemmet har egne rutiner for palliative<sup>11</sup> pasienter. Virksomhetens palliative gruppe<sup>12</sup> kan benyttes, og ved behov settes det inn ekstra ressurser. På revisjonens tidspunkt finnes det en palliasjonsseng på sykehjemmets korttidsavdeling. For at denne sengen skal kunne defineres som fast palliasjonsseng, må sykehjemmet også ha ett fast pårønderom. Det arbeides med etablering av et fast pårønderom på revisjonens tidspunkt. Det opplyses om at dette arbeidet skal ferdigstilles i løpet av våren 2013.

En verdig livsavslutning er også høyt prioritert ved hjemmetjenesten. Det opplyses om at det settes inn ekstra ressurser ved behov. Hjemmetjenesten informerer om at de har et godt samarbeid med sykehusets ambulerende team<sup>13</sup> og med lindrende team<sup>14</sup> innen kreftomsorgen.

<sup>11</sup> Palliativ behandling eller palliativ medisin er en form for behandling som er mer opptatt av å redusere og lindre symptomene til en sykdom fremfor det å finne en kur. Den tar sikte på å øke livskvaliteten, og tar særlig sikte på å redusere smerte.

<sup>12</sup>Jfr. prosedyre: «Hvordan bruke palliativ ressursgruppe»

<sup>13</sup> Hvaler har egen avtale med ambulerende team på Sykehuset Østfold (SØF) vedrørende hjelp til praktiske prosedyrer, samt teknisk hjelp ute og inne.

<sup>14</sup> Lindrende team er knyttet til SLB (Senter for lindrende behandling) på SØF.

## Dokumentasjon av etterlevelse

Avdelingsleder ved sykehjemmet informerer om at visse prosedyrer krever en strengere kontroll og dokumentasjon av etterlevelse enn andre. Dette gjelder spesielt prosedyrer som går på medisin håndtering. Det skal blant annet signeres for om medisiner er gitt til bruker.

Etterlevelse av prosedyrene vedrørende kvalitetsforskriften dokumenteres ikke i det daglige arbeidet. Om disse prosedyrene ikke etterleveres, så skal personalet melde avvik i kommunens kvalitetssystem. Det blir da graden av avviksmeldinger på området som blir dokumentasjonen på om prosedyrene etterleveres eller ikke.

Det opplyses videre om at de ansatte rapporterer dagens/vaktens hendelser i Gerica etter hvert vaktskift (tre ganger i døgnet).

## Arenaer for diskusjon og refleksjon

Ansatte ved sykehjemmet informerer om at arbeidsdagene som regel er hektiske, men at det settes av tid til å diskutere vanskelige saker med ledelse og kollegaer. Både avdelingsledere og teamledere oppleves som lett tilgjengelige for de ansatte. De ansatte ved hjemmetjenesten opplyser også om en god kultur vedrørende etisk refleksjon på sine avdelinger. Noe som vil si at det settes av tid til å diskutere vanskelige saker med medarbeidere og ledere når det er behov for dette.

Virksomhetsleder informerer om at Dypedalsåsen har blitt tildelt prosjektmidler fra KS på 25 000 kr for 2013. Prosjektet gjennomføres på nasjonalt nivå, hvor fokus er etisk refleksjon og holdninger hos de ansatte. Ett av tiltakene er at det skal innføres refleksjonskort på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Innholdet på kortene skal tas opp og drøftes i teamene. Innholdet går på konkrete etiske dilemmaer som kan oppstå på sykehjemmet eller ute i



hjemmetjenesten. Målet er å få en bevissthet rundt viktige temaer, samt avsette tid til diskusjon og ettertanke i en hektisk hverdag. Virksomhetsleder ser verdien i prosjektet og ønsker generelt at etiske diskusjoner jevnlig settes på dagsorden.

### 3.3 Vurderinger

Som det fremgår av revisjonskriteriene i kapittel 3 skal kommunen etablere et system av skriftlige prosedyrer hvor formålet er å sikre at kvalitetsforskriftens formål etterleves.

Revisjonen finner at kommunen har et system som ivaretar dette. Vi legger her til grunn kommunens elektroniske kvalitetssystem som inkluderer prosedyrer i henhold til kvalitetsforskriftens krav og formål.

Fakta viser videre at prosedyrer som omhandler medisin håndtering dokumenteres gjennom signatur på at medisin er gitt bruker. Når det gjelder etterlevelse av de øvrige prosedyrene i kvalitetsforskriften er praksis at antall avvik registrert på området dokumenterer i hvilken grad disse etterleves.

I henhold til kriteriene er det anbefalt etablering av arenaer for refleksjon og diskusjon. Fakta viser at dette blir ivare tatt. Revisjonen legger her til grunn de ansattes tilbakemeldinger hvor det vises til en god kultur når det gjelder å diskutere vanskelige spørsmål. Dypedalsåsen er også deltager i et nasjonalt prosjekt hvor målet er å få en bevissthet rundt etisk refleksjon.

## 4 AVVIKSHÅNDTERING

I hvilken grad legger kommunen til rette for avvikshåndtering?

### 4.1 Revisjonskriterier

Krav om internkontroll innebærer at virksomheten skal dokumentere sin aktivitet og redusere risiko for avvik. Dette skal gjøres gjennom:

- beskrivelse av virksomhetens oppgaver og mål
- en klar beskrivelse som viser hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt

Ledelsen skal legge til rette for en kultur der det oppmuntres til å bruke uønskede hendelser i et systematisk lærings- og forbedringsarbeid. Kjennetegn på dette er:

- felles interesse for å være oppdatert på ny viten som er relevant for tjenesteutøvelsen
- en organisering som sikrer at ny viten om teorier og metoder for kvalitetsforbedring tas i bruk
- ledelse som fremmer dialog, hvor refleksjon og utvikling er viktige elementer, herunder:
  - åpenhet mot feil og tro på at en skal lære av feil
  - tydelig prioritering av tid og rom for utviklings- og forbedringsarbeid

Avvikshåndtering innebærer forebyggende – og korrigerende tiltak.

Virksomheten skal registrere og følge opp sine resultater. Registrerte uønskede hendelser bør gjennomgås av de involverte i samarbeid med nærmeste overordnede. Årsaker til og konsekvenser bør klargjøres. For uønskede hendelser av en viss betydning og med gjentakelses fare, skal det iverksettes tiltak for å forhindre gjentakelse.

Arbeid med utvikling og gjennomføring av internkontroll skal være en integrert og tilpasset del av virksomhetens daglige drift.

Leder har ansvar for å følge med i den daglige driften og påse at tiltak og tjenester fungerer som planlagt. Dette kan gjøres gjennom:

- rutinemessig rapportering fra medarbeidere i for eksempel medarbeidersamtaler, personalmøter eller skriftlig rapportering
- overvåking av avvik og klager
- gjennomgang av mål- og resultatoppnåelse

Det anbefales at det gjennomføres fagmøter hvor personalgruppen gjennomgår kvalitetsforskriften og vurderer hvordan innholdet overholdes og konkretiseres.

Internforskriften viser også til at alle ansatte skal ha tilgang til de deler av sosial- og helselovgivningen som gjelder for virksomheten. Aktuelle rundskriv, veiledere og lignende bør finnes tilgjengelige.

### 4.2 Fakta

Omsorgstjenestens virksomhetsplan for 2013 viser til prioriterte mål innenfor virksomheten. Målene har sin forankring i kommuneplan, økonomiplan, eksterne og kommunale føringer, og omhandler:

1. Medvirkning og åpenhet rundt prosesser knyttet til virksomheten.
2. Bevissthet rundt klima og miljøspørsmål.

3. Fokus på nærværarbeid<sup>15</sup>.
4. Ha kontroll på kostnadsutvikling.
5. Bevissthet rundt omdømme og troverdighet i befolkningen.
6. Utvikling av tjenesten gjennom prosjekt og samarbeid.
7. Benytte funn fra brukerundersøkelse i videre arbeid.
8. Kvalitetsutvikling.
9. Gjennomføring av samhandlingsreformen.
10. Gi helsetilbud rettet mot forebyggende og helsefremmende innsats.
11. Styrke dekningsgrad av botilbud med tilhørende tjenester.
12. Opprette demensteam eller koordinator innen 2015.

Målene har tiltak, henvisninger og målemetoder, og skal rapporteres i tertialrapporter og årsmelding for 2013.

Prosedylene i kvalitetssystemet gir en klar beskrivelse av hvilket ansvar og oppgaver som hører til de ulike stillingene innenfor virksomheten.

### Lærings- og forbedringsarbeid

Kvalitetsutvalget har mandat til å videreutvikle, samt utarbeide, nye prosedyrer ved virksomheten. Utvalget består av virksomhetsleder, en avdelingsleder, en sykepleier og en hjelpepleier fra hjemmesykepleien. Fra sykehjemmet deltar to avdelingsledere, en hjelpepleier og en helsefagarbeider.

Virksomhetsleder opplyser at det er ni prosedyrer som skal ferdigstilles og legges inn i kvalitetssystemet i løpet av april 2013. Hele kvalitetssystemet, innen omsorgsområdet, skal revideres av kommunen i løpet av høsten 2013.

Avdelingsledere i utvalget har ansvar for å videreformidle nye prosedyrer til sine

<sup>15</sup> Det inkluderer blant annet oppfølging av sykemeldte, samarbeid med NAV, sosiale tiltak og lederstøtte.

medarbeidere. Referat fra møtene i kvalitetsutvalget sendes til alle på e-post. Nye prosedyrer blir lagt inn i kvalitetssystemet. Nye prosedyrer blir formidlet og gjennomgått i ulike foraer. De legges også fysisk tilgjengelig i vaktbøkene ved de ulike avdelinger.

Basert på hvilke prosedyrer som skal gjennomgås blir det benyttet kompetanse fra kvalitetsgruppen, og de involverte får tildelt ansvar for utvikling og gjennomgang av disse.

Fakta viser en økning det siste året i antall kurs og internundervisning. Alle ansatte har mulighet til å delta på internundervisningen, og de kan selv komme med ønsker vedrørende tema. Dette oppleves som positivt blant de ansatte.

Det er ikke gitt obligatorisk undervisning i bruk av kvalitetssystemet, og det finnes ingen oversikt over hvem av de ansatte som har gjennomgått opplæring.

De fleste sykepleiere, samt alle team- og avdelingsledere har gjennomgått opplæring, og viser til at opplæringen har vært god. De som ikke har gjennomført opplæring har fått bistand fra andre kollegaer, eller ledere, i bruken av systemet.

Noen av de ansatte synes det er vanskelig å forholde seg til det elektroniske systemet av frykt for å gjøre feil.

De første ukene etter at kvalitetssystemet ble innført ble det gitt opplæring i avvikrapportering for de ansatte som meldte inn skriftlige avvik i denne perioden.

### Avvikshåndtering

Det elektroniske kvalitetssystemet inkluderer prosedyrer for melding av avvik, samt et avvikssystem hvor alle faste



ansatte har tilgang. Kurshefter for meldere og behandlere av avvik ligger også tilgjengelig i systemet.

Hver enkelt prosedyre har henvisninger til gjeldende lovverk. Lenker til lover, forskrifter, veiledere, publikasjoner og andre aktuelle sider ligger tilgjengelige i tilknytning til prosedyrene.

I henhold til prosedyre skal overordnet leder sørge for at kvalitetssystemet er tilgjengelig for alle medarbeidere. Virksomhetsleder opplyser om at alle, også vikarer, har tilgang til systemet.

Avvikene er forhåndskategorisert innfor helse- miljø og sikkerhet<sup>16</sup>, Informasjonssikkerhet og personvern<sup>17</sup>, tjenestekvalitet<sup>18</sup> og internvarsling<sup>19</sup>. Det er også en egen kategori for forbedringsforslag, samt en mulighet til å gi tilbakemelding på bruk av systemet.

#### Faktaboks 5: Definisjon på avvik

Avvik defineres som "mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav". Det innebærer i prinsippet at et avvik alltid skal knyttes til en prosedyre.

Flere ansatte, både sykepleiere og fagarbeidere, viser til at det kan være vanskelig å definere et avvik som omhandler tjenestekvalitet generelt. Avvik som omhandler legemiddelhåndtering er mer konkret, og derfor enklere å melde.

Virksomhetsleder opplyser om at det er antall avviksmeldinger som viser i hvilken grad prosedyrene etterleves. Alle avvik som meldes inn blir tatt opp, eventuelt drøftet, i ukentlige ledermøter, hvor avdelingsledere og virksomhetsleder deltar. Videre blir avvikene fulgt opp på faste torsdagsmøter, hvor kun avdelingslederne jobber sammen.

<sup>16</sup> Her meldes ulykker og personskader.

<sup>17</sup> All behandling av personopplysninger.

<sup>18</sup> Brudd på lover, rutiner og kvalitetskrav innen ulike tjenesteområder.

<sup>19</sup> Kritikverdige forhold på arbeidsplassen.

Virksomhetsleder opplyser om at avviksrapportering på alle felt har hatt en nedgang i forbindelse med overgang til elektronisk system. Dette forklares med at systemet er forholdsvis nytt, samt at noen ansatte vegrer seg for å bruke PC.

Tabell nr. 1: Antall meldte avvik i hjemmetjenesten fra 2009- 7.5.2012

| Hjemmetjenesten        | 09        | 10         | 11         | 12*       |
|------------------------|-----------|------------|------------|-----------|
| Pleie tilpasset bruker | 29        | 28         | 11         | 0         |
| Kompetanse legemidler  | 0         | 135        | 203        | 31        |
| Utlevering legemidler  | 16        | 33         | 21         | 7         |
| Andre                  | 9         | 33         | 21         | 10        |
| <b>Totalt</b>          | <b>54</b> | <b>245</b> | <b>258</b> | <b>48</b> |

Tabell nr.2: Antall meldte avvik i sykehjem fra 2009- 7.5.2012

| Sykehjem               | 09        | 10         | 11         | 12*        |
|------------------------|-----------|------------|------------|------------|
| Pleie tilpasset bruker | 48        | 37         | 59         | 4          |
| Kompetanse legemidler  | 6         | 10         | 0          | 0          |
| Utlevering legemidler  | 1         | 262        | 217        | 88         |
| Andre                  | 1         | 59         | 53         | 10         |
| <b>Totalt</b>          | <b>65</b> | <b>368</b> | <b>329</b> | <b>102</b> |

\*Tallene viser meldte avvik frem til 7.5.2012

Tallene viser en vesentlig økning i meldte avvik innenfor omsorgstjenesten fra 2009 til 2010. Forklaringen på dette er høyere fokus på avviksrapportering. I 2010 ble det også et krav om at alle fagarbeidere skulle gjennomføre et kurs i medisintutlevering. Da det i 2010 og 2011 ble benyttet en del assistenter uten denne kompetansen ble det også registrert mange avvik innenfor denne kategorien.

Tallene fra 2009 og frem til 7.5.2012 viser at det er to<sup>20</sup> hovedkategorier avvik som er meldt; *pleie og omsorg tilpasset bruker*, og *legemiddelhåndtering*. Disse avviks kategoriene finner vi igjen under tjenestekvalitet i dagens system.

En gjennomgang av meldte avvik i perioden 2009 til 2012 viser at det ikke er

<sup>20</sup> Kategoriene *kompetanse legemidler* og *utlevering legemidler* beskrives her som en kategori.

mulig å gjøre en direkte sammenligning av 2012 med tidligere statistikk. Årsaken til dette er at avvikene er kategorisert på en annen måte i det elektroniske systemet.

Tabellene under viser avviksmeldinger registrert i kvalitetssystemet fra 7.5.12

Tabell nr.3: Antall meldte avvik i hjemmetjenesten fra 7.5.2012-31.12.12

| Oversikt avvikskategorier hjemmetjenesten |           |
|---|-----------|
| Ikke kategorisert                         | 43        |
| Brudd på prosedyrer                       | 9         |
| Vold/trusler                              | 1         |
| Vold/trusler/mobbing/trakassering         | 1         |
| Arbeidsmiljø fysisk                       | 2         |
| Legemiddelhåndtering                      | 36        |
| Tap/tyveri av utstyr                      | 1         |
| Organisering                              | 1         |
| Personskade ansatt                        | 1         |
| Utlevering av personopplysninger          | 1         |
| Annet                                     | 3         |
| <b>Totalt</b>                             | <b>99</b> |

Tabell nr.4: Antall meldte avvik i sykehjem fra 7.5.2012-31.12.12

| Oversikt avvikskategorier sykehjem |           |
|------------------------------------|-----------|
| Ikke kategorisert                  | 15        |
| Brudd på prosedyrer                | 11        |
| Vold/trusler                       | 1         |
| Legemiddelhåndtering               | 24        |
| Organisering                       | 1         |
| Annet                              | 4         |
| <b>Totalt</b>                      | <b>57</b> |

Som det fremgår av tabellene er det manglende kategorisering av flere avvik.

Gjennomgang av de registrerte meldingene viser for øvrig at det er primært på områdene HMS<sup>21</sup> og tjenestekvalitet<sup>22</sup> det

<sup>21</sup> Avvik innen helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (ulykker, personskader).

<sup>22</sup> Avvik på lover, rutiner og kvalitetskrav innen ulike tjenesteområder.

meldes avvik. Under tjenestekvalitet er det flest meldinger som omhandler brudd på medisinbehandling.

Virksomhetsleder viser til at det elektroniske avvikssystemet har gjort det enklere å få en oversikt over eventuelle risikoområder.

Det er mulig å velge kun et avviksområde, men flere avvikskategorier på ett avvik.

Det ble i januar 2013 gjort en endring i systemet som innebærer at det ikke lenger er mulig å melde avvik uten å angi tittel.

I henhold til prosedyre er det leders ansvar å sikre at alle meldte avvik er kategorisert korrekt, samt foreta en eventuell korreksjon.

Tabell nr.5: Antall meldte avvik totalt 2009-2012

| Avviksmeldinger | 09         | 10         | 11         | 12         |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| Sykehjem        | 65         | 368        | 329        | 159        |
| Hjemmetjenesten | 54         | 245        | 258        | 147        |
| <b>Totalt</b>   | <b>119</b> | <b>613</b> | <b>587</b> | <b>306</b> |

Sammenlagt viser tallene at det har vært en vesentlig reduksjon i antall avviksmeldinger fra 2011 til 2012.

Fakta viser at endel ansatte opplever det problematisk å finne frem til riktig prosedyre i kvalitetssystemet. Dette kan føre til at avvik ikke rapporteres. Videre har noen ansatte en høy terskel for å melde avvik, noe som begrunnes med at dette gjøres elektronisk. En hektisk arbeidshverdag, samt fokus på å unngå overtid, kan også føre til at avviksrapportering ikke blir prioritert. Virksomhetsleder påpeker at avviksrapportering er noe som skal prioriteres i løpet av arbeidsdagen, og det er en lederoppgave at det avsettes tid til dette.

Alle ansatte som registrerer avvik får en tilbakemelding via e-post om at avviket er

registrert. Videre blir melder orientert, også via e-post, om hvordan avviket blir fulgt opp, eller om det avvises. De ansatte anser denne formen for tilbakemelding som positiv.

Ved melding av ufullstendige avvik blir disse returnert til melder med en orientering om hva som mangler. Denne praksisen fungerer som en videre opplæring i avviksrapportering.

Fakta viser at det er stort fokus på å melde avvik, og alle ledere oppfordrer de ansatte til å registrere avviksmeldinger. Dette har ført til at mange har meldt inn hendelser som ikke er definert som avvik, og disse blir dermed avvist.

Det opprettes automatisk en 14 dagers frist for å lukke et avvik i kvalitetssystemet, og en påminnelse blir gitt. Virksomheten selv har ingen frister i henhold til å lukke et avvik.

Det er ikke mulig å endre avvikskategori etter at et avvik er lukket. Alle avvik skal i utgangspunktet behandles på laveste administrasjonsnivå. Dersom det ikke er mulig å lukke et avvik på avdelingsnivå sendes det videre til virksomhetsleder, og eventuelt videre til rådmannens ledergruppe.

Ved behov blir avviket gjennomgått av melder sammen med nærmeste leder. Gjentakende avvik, med tilhørende prosedyrer, blir gjennomgått i felleskap i morgenrapporten. Avdelingsleder viser til at fokus på gjentakende avvik har hatt en positiv virkning med reduksjon i antall meldinger. I noen tilfeller har også rutiner blitt endret som følge avviksmeldinger. Fagarbeiderne fra hjemmetjenesten viser til at det ukentlig plukkes ut en prosedyre som gjennomgås i fellesskap. Disse prosedyrene omhandler ofte medisin håndtering, og har resultert i flere avviksmeldinger.

Det foreligger prosedyrer som beskriver behandling av avvik og gjennomføring av eventuelle tiltak.

### Daglig drift

Ved sykehjemmet gjennomføres det medarbeidersamtaler en gang i året, og personalmøter fire ganger i året. Teammøter gjennomføres en gang i måneden. Oppmøte på teammøter er ikke obligatorisk, og det er vanligvis 4-6 ansatte som deltar<sup>23</sup>.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten informerer om at det også her gjennomføres medarbeidersamtaler en gang i året. Personalmøter avholdes inntil seks ganger i året, og teammøter hver tredje uke.

## 4.3 Vurderinger

Som det fremgår av revisjonskriteriene innebærer krav om internkontroll at virksomheten skal dokumentere sin aktivitet samt redusere risiko for avvik.

Revisjonen finner at virksomheten etterfølger internkontrollforskriftens krav om dokumentasjon gjennom å gi en beskrivelse av sine oppgaver og mål.

Vi legger her til grunn virksomhetsplanen som viser til prioriterte mål. Disse målene rapporteres videre i tertialrapporter og årsmeldinger. Videre finner revisjonen at det elektroniske kvalitetssystemet inneholder prosedyrer med tilhørende beskrivelser. Prosedyrene gir også en tydelig henvisning til hvordan myndighet, ansvar og oppgaver er fordelt. Kvalitetssystemet inneholder også aktuelle lover, rundskriv og veiledere.

---

<sup>23</sup> De som møter har som regel vært, eller skal på jobb.

Revisjonskriteriene viser videre til at det skal tilrettelegges for en kultur hvor det er fokus på lærings- og forbedringsarbeid gjennom bruk av uønskede hendelser. Fakta viser at virksomheten etterfølger dette gjennom kurs og internundervisning hvor ansatte selv kan komme med ønsker vedrørende tema. Uønskede hendelser og registrerte avvik blir tatt opp med de involverte etter behov. Gjentakende avvik er tema på fellesmøter hvor hensikten er å redusere antall meldinger gjennom økt fokus. Det er også gjennomført endring av rutiner med den hensikt å redusere avvik. Praksis viser at kvalitetssystemet utvikles kontinuerlig, noe som innebærer at nye prosedyrer blir utviklet og implementert i systemet ved behov.

Kriteriene viser videre til viktigheten av å tydelig prioritere tid og rom for utviklings- og forbedringsarbeid. Selv om det avsettes tid til diskusjon rundt gjentakende avvik er det ikke er gitt obligatorisk opplæring i bruk av kvalitetssystemet, herunder bruk av avvikssystemet. De som har gjennomgått opplæring er i stor grad team- eller avdelingsledere.

Basert på de ansattes tilbakemeldinger, og reduksjonen i antall avviksmeldinger fra 2011 til 2012 er det etter revisjonens vurdering en risiko for at avvik ikke meldes. Dette underbygges av funn som viser at en del ansatte finner det vanskelig å forholde seg til det elektroniske kvalitetssystemet, og at det kan være tidkrevende å finne riktig prosedyre. Noen oppgir også at de unnlater å melde avvik på grunn av tidspress

Ved registrering av avvik er det mulig å velge flere kategorier innenfor samme avviksområde. I tillegg viser fakta at en stor del av registrerte avvik mangler kategorisering. Manglende presisjon i avvikskategoriene vil etter revisjonens vurdering medføre redusert mulighet for en løpende overvåkning, og dermed identifisering av risikoområder.

## 5 KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Basert på rapportens første problemstilling finner revisjonen at Hvaler kommune har et system og en praksis av nødvendige prosedyrer som tilfredsstillende kravene i kvalitetsforskriften.

Hva gjelder problemstilling vedrørende tilrettelegging for avvikshåndtering finner revisjonen at systemet for dette er tilstede.

Samtidig har revisjonen avdekket enkelte svakheter og kommer med følgende anbefalinger:

- Kommunen bør vurdere å gjennomføre obligatorisk og differensiert opplæring i kvalitetssystemet for alle ansatte, herunder registrering av avviksmeldinger.
- Det bør vurderes en gjennomgang av systemets avvikskategorier i hensikt å presisere kategoriens innhold.

Rolvsøy, 26. april 2013

Lena Longva-Stavem (sign.)  
forvaltningsrevisor

Bjørnar Bakker Eriksen (sign.)  
forvaltningsrevisor

Anders Svarholt (sign.)  
oppdragsansvarlig revisor

## RÅDMANNENS KOMMENTARER

Revisjonen mottok e-post med tilbakemeldinger fra kommunen 24. april 2013: «Viser til høringsutkastet til forvaltningsrevisjonsrapport «kvalitet i pleie- og omsorg» Hvaler kommune.

*På side 18 i rapporten er det en feil opplysning. Det står at det ikke er mulig å melde avvik uten å velge kategori. Dette medfører ikke riktighet. Det ble fra januar 2013 gjort endring slik at vi må skrive tittel på avviket og velge hovedområder, men det er fortsatt mulig å melde avvik uten å melde kategori. Utover dette har vi ingen andre kommentarer en at vi mener vi har fått en god rapport som vi vil benytte i vår videre forbedringsarbeid. Vi vil takke for et godt samarbeid.»*

Revisjonen har rettet opp feilen på side 18 i rapporten.

## 6 VEDLEGG

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. Helse- og omsorgstjenesteloven skisserer en rekke spesifiserte tjenester som utgjør en minstestandard for det tilbudet den enkelte kommune har plikt til å etablere<sup>24</sup>. Eksempler på slike tjenester er medisinsk behandling, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og pleie- og omsorgstjenester. 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.

### System av prosedyrer for kvalitet

Drift av sykehjem faller inn under lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven). Med hjemmel i denne loven er det gitt ut en rekke forskrifter som utdypet 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 ivare tatt på en kvalitetsmessig måte. De to forskriftene må ses i sammenheng.

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

<sup>24</sup> Se Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2

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.

Kvalitetsforskriftens formål § 1 sier følgende:

*”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivare tatt 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 behov<sup>25</sup>. 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.<sup>26</sup>

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

<sup>25</sup> IS-1201 Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

<sup>26</sup> IS-1201 Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene



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.<sup>27</sup> Disse prosedyrer skal i henhold til veileder være skriftlige, men fleksible. Det er imidlertid ikke nok med prosedyrer for den faglige og administrative utførelsen. Det må også dokumenteres at prosedyrene etterleves.<sup>28</sup>

For å løse oppgavene under § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med grunnleggende behov menes blant annet:

- *Opplive respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
- *Selvstendighet og styring av eget liv*
- *Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
- *Sosiale behov som muligheter for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet*
- *Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*

<sup>27</sup> IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

<sup>28</sup> IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

- *Mulighet for ro og skjermet privatliv*
- *Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
- *Mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
- *En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
- *Nødvendige medisinske undersøkelser og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
- *Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
- *Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig å formulere sine behov*
- *Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
- *Tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
- *Tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
- *Tilbud om varierte og tilpassede tjenester*

I veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene anbefales det at det innenfor virksomheten gjennomføres fagmøte/fellesmøte hvor personalgruppen gjennomgår kvalitetsforskriften og vurderer hvordan det sikres at de 16 punktene i kvalitetsforskriften og andre grunnleggende behov overholdes og konkretiseres.

Innen helse- og sosialtjenesten finnes det mange vanskelige etiske problemstillinger som krever godt samarbeid og evne til etiske refleksjoner. Alle problemstillinger er ikke egnet for å utarbeide i prosedyrer. Av den grunn anbefales det å etablere arenaer for refleksjon og ettertanke. Det kan for eksempel være en rutine at det i forbindelse med spesielt vanskelige avgjørelser settes ned en gruppe som drøfter gjennom problemene før beslutningen fattes. Tilsvarende bør det være arenaer for samtale om erfaringene i ettertid.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene



## Internkontroll

Forskrift om internkontroll er hjemlet blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven<sup>30</sup> og 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. Forskrift om internkontroll 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”.

## Avvik og avvikshåndtering

Internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten, § 4- 2.ledd sier følgende: f)... ”skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav”

I henhold til veileder for internkontroll må virksomheten foreta en systematisk gjennomgang av sine tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Målet for kartleggingen er å:

- finne fram til områder der svikt kan inntre oftere enn akseptabelt
- finne fram til områder der svikt kan få alvorlige eller uheldige følger for klienter, pasienter eller andre
- hindre at svikt skjer

<sup>30</sup> Andre lover som utgjør forskriftenes hjemmelsgrunnlag er lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, helsepersonelloven, lov om tannhelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesteloven.

Internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten, § 4- 2.ledd sier følgende: g)... ”utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen”

I henhold til veileder for internkontroll omfatter dette punktet faglige og administrative rutiner generelt, samt avviksbehandling spesielt. Tiltakene som hører inn under dette punktet, utgjør den største delen av virksomhetens internkontrollsystem. I tiltakene inngår en vurdering av om de eksisterende ordninger, rutiner og praksis er tilfredsstillende, og eventuelt utvikle og iverksette nye og forbedrede rutiner, instruksjoner, mv der det er behov for det. De ulike funksjoner og arbeidsprosesser bør gjennomgås og vurderes i et risiko- og sårbarhetsperspektiv.

Et sentralt element i internkontrollen er et system for avvikshåndtering. Avvik er definert som ”mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav”.<sup>31</sup> Det kan oppstå avvik i forhold til myndighetskrav, brukerkrav eller virksomhetskrav. I sammenheng med kvalitetssikring i pleie- og omsorgstjenestene vil tilsynsmyndighetene kun benytte begrepet avvik i forbindelse med manglende etterlevelse av krav fastsatt i lov eller forskrift.<sup>32</sup> Ledelsen må legge til rette for en kultur der det oppmuntres til å bruke uønskede hendelser i et systematisk lærings- og forbedringsarbeid, og at virksomheten registrerer og følger opp sine resultater. Den enkelte virksomhet må utarbeide prosedyrer og andre alternative tiltak for å sikre at aktivitetene planlegges, utføres, vedlikeholdes og kontrolleres i samsvar med gjeldende krav i lover eller forskrifter.

<sup>31</sup> Rundskriv I-13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

<sup>32</sup> Rundskriv I-13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

I følge NS-ISO 8402 vil ivaretagelse av myndighetskravene utgjøre en vesentlig del av et kvalitetssystem.<sup>33</sup>

Avvikshåndtering vil bestå av to komponenter:

- *Forebyggende tiltak*, dvs. tiltak for å fjerne årsakene til potensielt avvik, feil eller annen uønsket situasjon i den hensikt å hindre at de oppstår.
- *Korrigerende tiltak*, dvs. tiltak for å fjerne årsakene til eksisterende avvik, feil eller annen uønsket situasjon i den hensikt å hindre at de gjentas.

Et velfungerende system for å håndtere avvik er helt avgjørende dersom svikt skal kunne forebygges. Effektiv avvikshåndtering er et viktig redskap i bestrebelsene for å videreutvikle tjenestene og dermed sikre kvaliteten. Å finne feil og avvik kan være en fin anledning til å påvise svakheter i sin egen virksomhet for deretter å sette inn tiltak for å gjøre virksomheten bedre.<sup>34</sup>

Registrerte uønskede hendelser bør gjennomgås av de involverte i samarbeid med deres nærmeste overordnede. Årsaker til og konsekvenser av hendelsen bør klargjøres. For uønskede hendelser som kan gjenta seg og som er av en viss betydning, skal det iverksettes tiltak for å forhindre gjentakelse. Dersom det foreligger tiltak som kan forhindre gjentakelse og gjennomføringen av disse ikke krever urimelig store ressurser, bør forebyggende tiltak gjennomføres og effekten evalueres (se § 4-2.ledd). Det ligger til lederansvaret å følge med i den daglige driften og påse at tiltak og tjenester fungerer som planlagt. Dette kan gjøres gjennom:

- Rutinemessig rapportering fra medarbeiderne i for eksempel

medarbeidersamtaler, personalmøter eller skriftlig rapportering

- Overvåkning av avvik, klager, ventetider (eksternt og internt), ekstern kvalitetskontroll eller lignende
- Gjennomgang av mål- og resultatoppnåelse
- Praksisbesøk

Internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten, § 4- 2.ledd sier følgende: *h) ... "foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten"*

I henhold til veileder for internkontroll har dette punktet fokus på ledelsens ansvar og oppgaver når det gjelder oppfølging og kontroll med egen virksomhet. Det innebærer blant annet at den øverste ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt i hva som fungerer bra og hva som bør forbedres, og at ledelsen setter i verk nødvendige forbedringstiltak ved behov. Virkemidler for systematisk overvåking og gjennomgang av drift og resultater kan være intern rapportering, muntlig eller skriftlig, eller mer systematiske gjennomganger som f. eks interne revisjoner.

Å utvikle en godt fungerende internkontroll er en side ved utviklingen av selve organisasjonen. De tekniske sidene som prosedyrer, sjekklister og metoder for risikoanalyser er viktige elementer i internkontrollen. I veileder for internkontroll påpeker de videre at den fremste utfordringen i dette arbeidet består i å skape en kultur som understøtter de ansattes motivasjon, initiativ og entusiasme for å ha fokus på kontinuerlig forbedring av tjenestene. Viktige kjennetegn på en slik kultur er:

- En felles interesse for å være oppdatert på ny viten som er relevant for

<sup>33</sup> IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

<sup>34</sup> Rundskriv I-13/97 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

tjenesteutøvelsen, både blant ledelsen og tjenesteutøverne

- En organisatorisk fleksibilitet som sikrer at ny viten om teorier og metoder for kvalitetsforbedring tas i bruk
- En ledelsesform som fremmer åpen dialog, hvor utvikling, refleksjon og læring er vesentlige elementer, herunder:
  - En åpenhet mot feil og tro på at man kan lære av feil
  - En tydelig prioritering av tid og rom for utviklings- og forbedringsarbeid

I henhold til veileder for internkontroll forutsettes det at arbeid med utvikling og gjennomføring av internkontroll er en integrert og tilpasset del av virksomhetens løpende drift.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> IS-1201: Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene