



Kvalitet i omsorgstjenestene Moss kommune

Forvaltningsrevisjonsrapport

Rolvøy
13. November 2018

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	5
2.1	Bakgrunn	5
2.2	Problemstilling og avgrensing	5
2.3	Metode og gjennomføring	6
2.4	Revisjonskriterier	9
2.5	Dokumentliste.....	9
3	OPPLÆRING – INTERNKONTROLL – AVVIK	11
3.1	Revisjonskriterier	11
3.2	Fakta	11
3.3	Vurderinger	30
4	MELLØSPARKEN SYKEHJEM – BRUKERMEDVIRKNING OG INDIVIDUELL TILPASNING .	33
4.1	Revisjonskriterier	33
4.2	Fakta	33
4.3	Vurderinger	48
5	KONKLUSJONER/ANBEFALINGER	52
6	RÅDMANNENS UTTALELSE	53
7	VEDLEGG	56
7.1	Utleddning av revisjonskriterier	56

1 SAMMENDRAG

Kvalitet kan defineres på mange måter. I denne sammenheng har vi valgt å ha fokus på at kommunen/virksomheten skal oppfylle lovverkets krav til internkontroll gjennom at avvik og uheldige hendelser i helse og omsorgstjenestene følges opp, og at tiltak iverksettes for å redusere risikoen for at avviket skjer igjen, samt ivaretagelse av brukermedvirkning og individuell tilpasning. Ifølge Helsedirektoratet¹ innebærer god kvalitet for sosial- og helsetjenesten at tjenestene blant annet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, og at de er samordnet og preget av kontinuitet.

Østfold kommunerevisjon IKS har i dette prosjektet undersøkt i hvilken grad ansatte i omsorgstjenestene får opplæring innen internkontroll, herunder avvikshåndtering og risikovurdering, samt Melløsparken sykehjems arbeid for ivaretagelse av brukermedvirkning og individuell tilpasning.

Revisjonens gjennomføring

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i perioden mai 2018 til november 2018. Kriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i lovverk og forskrifter på feltet. Kriteriene fremkommer oppsummert under problemstillingene i kapittel 3 og 4, samt i sin helhet i eget vedlegg. Fakta er innhentet ved bruk av intervju, dokumentanalyse, mappegjennomgang og spørreundersøkelse. Kapittel 2.3 gir en nærmere redegjørelse for anvendt metodikk og gjennomføring.

Revisjonens funn og konklusjoner

Når det gjelder problemstilling 1 er det revisjonens overordnede konklusjon at kommunen har et godt system for å utarbeide, forbedre og implementere arbeidet med avviksregistrering/-håndtering, risikovurdering og internkontroll generelt i hele kommunalavdelingen. Vi legger her til grunn kommunens og kommunalavdelingens rutiner på feltet, at det er et system for å gjennomføre overordnede- og lokale kvalitetsutvalg, samt kvalitetsnettverk. Kommunens omsorgstjenester har også innført kvalitetsledelse «*Kontinuerlig forbedring – styrt kvalitet*». Arbeidet har som mål å etablere system for risikobasert tilnærming og kontinuerlig forbedring.

Samtidig konkluderer vi med at praksis på feltet ikke fullt ut tilfredsstillende rapportens revisjonskriterier og kommunens egen mening om hva som oppleves som tilfredsstillende. Vi legger her til grunn at spørreundersøkelsen på feltet inneholder flere resultater som fremstår som noe svake.

Når det gjelder problemstilling 2 er det revisjonens overordnede konklusjon at Melløsparken sykehjem har et system med formål om å sikre beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov. Dette skal skje gjennom utstrakt bruk av brukerundersøkelser, inkomstsamtaler, omsorgstavler, tiltaksplaner og IKOS. Samtidig konkluderer vi med at praksis på feltet ikke fullt ut tilfredsstillende rapportens revisjonskriterier og kommunens eget system på feltet. Vi legger her til grunn at inkomstsamtale, ankomstsamtale og omsorgstavler ikke er dokumentert/utarbeidet for flere av brukerne som det er kontrollert for. Flere av spørreundersøkelsens påstander omhandlende individuell tilpasning og informasjon/opplysninger om beboerne oppnår også dårligere gjennomsnittskår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende.

Melløsparken sykehjem har også et system som skal sikre beboernes aktivitet og ernæring. Vi legger her til grunn utarbeidede rutiner på feltet. Samtidig er det flere påstander omhandlende disse

¹ «... og bedre skal det bli» - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet – 2005.

temaene i spørreundersøkelsen som oppnår dårligere skår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende.

Med bakgrunn i konklusjoner og vurderingene disse bygger på anbefaler vi at:

- Kommunen bør benytte spørreundersøkelsens resultater i sitt videre forbedringsarbeid på området. Flere av resultatene på spørreundersøkelsens spørsmål/påstander omhandlende internkontroll, avvik og risikovurderinger bør forbedres.
- Melløsparken sykehjem bør sikre at sykehjemmets system omhandlende beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov etterleves i praksis.
- Melløsparken sykehjem bør benytte spørreundersøkelsens resultater i sitt videre forbedringsarbeid på området. Flere av resultatene på spørreundersøkelsens spørsmål/påstander omhandlende medvirkning, aktivitet og ernæring bør forbedres.

Revisjonen takker for samarbeidet og bistanden i forbindelse med revisjonen.

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.

Det vises til vedtak i bystyret 13. februar 2018, hvor forvaltningsrevisjonsplan 2018-2019 ble fastsatt. I vedtatt plan fremkommer det:

«Kvalitet i omsorgstjenestene var et av risikoområdene som kontrollutvalget og kommunestyret i Moss kommune mente var viktig å prioritere i forrige prosjektperiode. Det var imidlertid ikke tilstrekkelige ressurser tilgjengelig til å gjennomføre dette prosjektet i løpet av perioden.

Kvalitet i omsorgstjenestene kan knyttes til at virksomheten oppfyller lovverkets krav og leverer en kvalitativt faglig god tjeneste til brukerne. Å bli møtt med respekt og omtanke, i kombinasjon med faglig god behandling, vil for de fleste være et uttrykk for god kvalitet.

Ifølge Helsedirektoratet innebærer god kvalitet for sosial- og helsetjenesten at tjenestene blant annet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, og at de er samordnet og preget av kontinuitet.

Tilsyn og undersøkelser tyder på at det er betydelige kvalitetsforskjeller i tjenestene, både mellom kommuner og innad i kommuner. De mest grunnleggende tingene som svikter i tilbudet til eldre er mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Kommunen må sørge for velfungerende internkontroll gjennom at avvik og uheldige hendelser i helse og omsorgstjenestene følges opp, og at tiltak iverksettes for å redusere risikoen for at avviket skjer igjen. Manglende oppfølging kan få store helsemessige konsekvenser for brukerne.

Helsetilsynet gjennomførte et tilsyn med Norlandia Orkerød sykehjem i 2017. Tilsynet fant avvik knyttet til styring av legetjenesten for å sikre forsvarlige legetjenester og tverrfaglig samhandling i oppfølgingen av pasienter med ernæringsutfordringer. Det ble også funnet at pasientjournalene i virksomheten var uoversiktlige og ikke alltid inneholdt relevante og nødvendige opplysninger om pasienter som er kartlagt til å være i risiko for underernæring eller er underernærte.

Det har de siste årene vært flere medieoppslag knyttet til enkelte sykehjem i Moss kommune.

En rapport av en tjenesteanalyse av Tjenester for funksjonshemmede (TFF), som ble levert til kommunen i november 2017, konkluderte med at det var en del utfordringer for tjenesten.

Revisjonen vurderer derfor at det kan være relevant for kommunen med en undersøkelse av kommunens etterlevelse på området, spesielt med fokus på opplæring knyttet til internkontroll og avvikshåndtering.»

2.2 Problemstilling og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. Får ansatte i omsorgstjenestene tilfredsstillende opplæring innen internkontroll, herunder tilstrekkelig opplæring innen avvikshåndtering?
2. Har virksomheten system og rutiner som sørger for ivaretagelse av brukermedvirkning og individuell tilpasning?
3. I hvilken grad er tjenestetilbudet i praksis innrettet med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel?

I denne revisjonen er problemstilling 1 gjennomført på et overordnet nivå med gjennomgang av kommunalavdeling helse og sosials overordnede opplæringssystem knyttet til internkontroll. Revisjonen har valgt å ha fokus på avvikshåndtering og risiko. I problemstilling to og tre er det lagt opp til undersøkelser knyttet til en utvalgt virksomhet. Undersøkelsen retter seg både mot virksomhetens systemer for å ivareta brukermedvirkning, men også hvordan tjenestetilbudet er innrettet i praksis. I praksisgjennomgangen er det tatt utgangspunkt i verdighetsgarantien og de hensyn virksomheten må ta for å ha sørget for at tjenestetilbudet er innrettet med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Problemstillingen tar ikke for seg beboernes medisinske behov og behandling, og hvordan dette er ivare tatt. Av hensyn til leservennligheten er problemstilling 2 og 3 presentert samlet.

Valg av virksomhet

Kommunens helse- og omsorgstjeneste består av flere ulike virksomheter, herunder:

- Tjenester til funksjonshemmede
- Hjemmebaserte tjenester
- Bo- og servicesenter
- Sykehjem

I oppstartsmøte med administrasjonen fikk revisjonen informasjon om gjennomførte tjenesteanalyser og pågående forbedringsarbeid i tjenestene til funksjonshemmede. I hjemmetjenesten pågår det et omfattende og svært ressurskrevende arbeid i forbindelse med avløsning av fritt brukervalg. Administrasjonen presiserte imidlertid at det kunne være nyttig med en revisjon av hjemmebaserte tjenester på et senere tidspunkt. Revisjonen gjorde deretter nærmere undersøkelser knyttet til bo- og servicesenter og sykehjem. Basert på resultatene fra forrige brukerundersøkelse, samt organisatoriske forhold, ble Melløsparken sykehjem valgt ut.

2.3 Metode og gjennomføring

Faktaboks 2: Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med «Standard for forvaltningsrevisjon» (RSK 001). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom fakta, og revisjonens vurderinger og konklusjoner.

Fakta plasseres under egen overskrift, og er en gjengivelse av informasjon som revisjonen har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen. Informasjonen bygger på beskrivelser hentet fra skriftlige dokumenter, mappegjennomgang, spørreundersøkelse og/eller verifiserte intervjuer. Det gjøres oppmerksom på at fakta i noen tilfeller kan gjengi kommunens egen vurdering eller opplevelse av en gitt tilstand. Fakta kan også være enkeltpersoners meninger, erfaringer eller holdninger.

Prosjektet er gjennomført ved bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse av system, rutiner og retningslinjer
- Arbeidsmøte med intervju og omvisning
- Mappegjennomgang

- Spørreundersøkelser
- E-post intervju med kvalitetsleder og virksomhetsleder Melløsparken sykehjem

System, rutiner og retningslinjer

Revisjonen har gjennomgått om lag 100 dokumenter. De fleste av dokumentene er planer, rutiner og retningslinjer hentet fra kommunens kvalitetssystem, både på kommunalavdelingsnivå og virksomhetsnivå – Melløsparken sykehjem. Enkelte dokumenter er hentet direkte fra sykehjemmet.

Dokumentene som er gjennomgått fremkommer av punkt 2.5 dokumentliste.

Arbeidsmøte med intervju og omvisning

Innledningsvis i prosjektet gjennomførte revisjonen et arbeidsmøte med virksomhetsleder, avdelingssykepleiere og sykepleier ved Melløsparken sykehjem. Deler av møtet ble benyttet til intervju, og revisjonen fikk også en omvisning på sykehjemmet.

I etterkant av intervjuet ble det utarbeidet referat, som så ble verifisert av informantene. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon. I beskrivelsen av fakta henvises det til informasjon fra virksomhetsleder.

Mappegjennomgang

Revisjonen har gjennomført en gjennomgang av saksmapper knyttet til et utvalg beboere. Gjennomgangen fant sted på Melløsparken sykehjem 29.08.18 med bistand fra ansatte ved sykehjemmet. Revisjonen valgte ut 10 beboere. Utplukket ble gjort fra liste over alle beboere, delt inn i avdelinger, sortert etter romnummer. Revisjonen valgte de to første beboere i hver avdeling, altså de to med lavest romnummer. Ledelsen informerer om at tildeling av rom i avdeling er tilfeldig ut ifra hvor det er ledig, slik at romnummer i seg selv ikke vil påvirke utvalget. Revisjonen gjennomgikk tilgjengelig informasjon i Geric og fysisk mappe. Utvalgets størrelse (10 av 45) tilsier at revisjonen må vise varsomhet med å trekke slutninger basert på gjennomgangen. Funnene fra gjennomgangen ble imidlertid presentert for ledelsen ved Melløsparken sykehjem i etterkant av gjennomgangen, for å sikre oss at vi ikke hadde vært «uheldig» med utvalget. Ledelsen hadde enkelte forklaringer på avvikene, men antok at funnene var representative for praksis ved sykehjemmet. Funnene presenteres fortløpende i fakta der det er relevant.

Spørreundersøkelse

Revisjonen har gjennomført to spørreundersøkelser:

- Opplæring i internkontroll, herunder avvikshåndtering og risiko
Formålet med undersøkelsen var å undersøke hvordan kommunens opplæring innen internkontroll er forankret og oppleves av kommunalavdelingens ledere og tillitsvalgte/verneombud. Undersøkelsen har fokus på avvikshåndtering og risiko. Undersøkelsen ble sendt til 100 respondenter 26.09.2018 med frist for å besvare undersøkelsen 10.10.2018. Revisjonens kontaktperson sørget for at respondentene var informert om undersøkelsen og oppfordret de ansatte til å svare. Påminnelse ble sendt ut 01.10.2018 og 08.10.2018. 71 besvarte undersøkelsen. Dette utgjør en svarprosent på 71 prosent.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres fortløpende i fakta der det er relevant. Svarene presenteres i tekst og figurer, både i prosent og ved bruk av gjennomsnittskår.

- Brukermedvirkning ved Melløsparken sykehjem
Formålet med undersøkelsen var å undersøke hvordan sykehjemmets systemer og rutiner for brukermedvirkning fungerer i praksis, herunder hvorvidt de blir benyttet, og eventuelle årsaker til at

de ikke blir benyttet. Undersøkelsen viser også hvordan respondentene opplever at de ulike hensynene i verdighetsgarantien er ivaretatt ved sykehjemmet. I samarbeid med virksomheten ble det besluttet å sende undersøkelsen til sykepleierne ved sykehjemmet, da det var denne gruppen ansatte det ble vurdert at hadde nærmest kjennskap til dette, samt at det var denne ansattgruppen som med størst sannsynlighet ville besvare undersøkelsen. Undersøkelsen ble sendt til sykehjemmet 20 sykepleiere 19.09.18. Virksomhetsleder informerte respondentene om undersøkelsen og oppfordret de til å svare. Påminnelse ble sendt 24.09.18. På grunn av den lave svarprosenten ble det i samarbeid med kontaktperson og virksomhetsleder iverksatt ytterligere tiltak, i form av ny påminnelse 1.10.18, samt at de ansatte måtte svare på liste, for å øke svarprosenten. Undersøkelsen ble avsluttet 3.10.18. Av de 20 respondentene besvarte 13 undersøkelsen.² Dette innebærer at undersøkelsen har en svarprosent på 65. 4 av respondentene som ikke besvarte undersøkelsen var av ulike årsaker fraværende i perioden hvor spørreundersøkelsen var ute.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres fortløpende i fakta der det er relevant. Svarene presenteres i tekst og figurer, både i prosent og ved bruk av gjennomsnittskår.

Om standardavvik

Svarene på spørreundersøkelsens påstander er avgitt på en skala fra 1-5, hvor 1 er «Helt uenig» eller «I svært liten grad» og 5 er «Helt enig» eller «I svært stor grad». Dette gjelder alle figurene som presenterer gjennomsnittskår.

Det kan være store variasjoner i svarfordelingen som «forsvinner» når man kun benytter gjennomsnittsverdiene. Revisjonen mener derfor at det er nyttig å også vise til standardavviket, som er et mål på spredningen i svarene. Enkelt forklart kan man si at jo høyere standardavviket er, jo mer uenighet er det blant respondentene. Når revisjonen beskriver resultatene, har vi tatt utgangspunkt i at variasjoner i gjennomsnittskår på 0,5 eller mindre utgjør «liten variasjon», variasjon på 0,6-1 er «noe variasjon», mens variasjon i gjennomsnittskår på mer enn 1 er «stor variasjon». Revisjonen har kommentert dette særskilt for de påstandene som har et standardavvik på mer enn 1.

Siden standardavviket ikke er standardisert, på samme måte som prosent som varierer fra 0 til 100, er det ikke helt enkelt å si hva som er et stort og lite avvik fra gjennomsnittet. Standardavviket er likevel nyttig hvis vi vil sammenligne hvordan grupper avviker fra gjennomsnittet. Tolkningen blir lettere hvis det finnes sammenligningsgrunnlag.³

Validitet og reliabilitet

Revisjonen har benyttet data fra ulike kilder, og brukt ulike innsamlingsmetoder for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet. utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag er beskrevet ovenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Constance Hauser, Bjørnar Bakker Eriksen og Lene Brudal i perioden mai til november 2018.

² 10 av de 13 respondentene har vært ansatt i mer enn tolv måneder.

³ Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Line Kristoffersen, «Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode», 2005.

2.4 Revisjonskriterier

Faktaboks 3: Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet⁴. 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:

- Kommuneloven (Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr. 107).
- Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30).
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Lov om pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg.

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

2.5 Dokumentliste

Følgende dokumenter ligger til grunn for faktafremstillingen:

- MPS – Brukermedvirkning
- MPS – Innflytting av ny beboer
- MPS – Rutine for omsorgsavtale
- MPS – Aktiviteter
- MPS – Tiltaksplan
- KAHS – Brukerundersøkelser i regi av Bedre kommune – gjennomføring
- MPS – Sjekkliste for innflytting
- Brosjyre «Velkommen til Melløsparken sykehjem»
- HS – Ernæringskartlegging
- HS – Ernæring – Forebygging og behandling av underernæring
- HS – Ernæring – Ivaretagelse av brukernes behov for tilstrekkelig og variert ernæring – generell prosedyre
- Saksutredning «Brukerundersøkelsen institusjon 2018», 23.03.2018
- MK - Fordeler av god behandling og oppfølging av avvik og uønskede hendelser - Informasjonsskriv.
- MK - Hurtigguide for behandling av uønskede hendelse (avvik) – Rutine.
- MK - HMS avvik og uønskede hendelser – Rutine.
- MK - Melding og behandling av uønskede hendelser (avvik) – Rutine.
- MK - Definisjoner for avvik og uønskede hendelser, skader og varslinger – Retningslinje.
- MK - Policy for avvik og avvikshåndtering – Retningslinje.
- MK - Veiledning risikovurdering – Retningslinje.
- MK - Klassifiseringstabell for sannsynlighet og konsekvens – Informasjonsskriv.
- Strategisk kompetanseplan for helse og omsorgstjenesten 2017-2020.
- HS - Opplæringskompendium nyansatte.

⁴ Trinnhøydeprinsippet, også kalt lex superior-prinsippet, er et rettslig prinsipp som innebærer at rettsregler av høyere rang går foran regler av lavere rang dersom det er motstrid mellom reglene.

- HS - Opplæring av vikarer og nyansatte uten fagutdanning.
- HS - Organisering av kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.
- HS - Ledelsens gjennomgang – mal.
- HS - Behandling av muntlige klager – Rutine.
- HS - Melding og oppfølging av samhandlingsavvik med instanser utenfor kommunen – Rutine.
- HS - Oversikt over avvikskategorier for tjenestekvalitet helse og omsorg – Informasjonsskriv.
- HS - Varsling mistanke om overgrep, vold og trusler mot brukere – Rutine.
- HS - Funksjonsbeskrivelse avdelingsleder.
- HS - Funksjonsbeskrivelse sykepleier.
- HS - Funksjonsbeskrivelse vernepleier.
- HS - Funksjonsbeskrivelse helsefagarbeider.
- HS - Funksjonsbeskrivelse pleiemedarbeidere.
- HS - Funksjonsbeskrivelse sykehjemsleger i Moss kommune.
- KAHS – Kartlegging og risikovurdering av virksomhetens interesseparter.
- Sak 040/18 i helse- og sosialutvalget «Orientering om uønskede hendelser/avvik og gjennomføring av ledelsens gjennomgang i helse- og omsorgstjenestene».
- Sak 104/17 i helse- og sosialutvalget «Orientering om avvik og status for innføring av kvalitetsledelse».

3 OPPLÆRING – INTERNKONTROLL – AVVIK

3.1 Revisjonskriterier

Basert på utledningen av revisjonskriterier i vedlegg 8.1, legges følgende føringer til grunn for denne problemstillingen:

- De ansatte har fått opplæring knyttet til relevant regelvert, retningslinjer og veiledere, og har tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, herunder også kunnskap om hvordan man gjennomfører risikovurderinger.
- De ansatte har fått opplæring i å melde og behandle avvik, og avvik benyttes i forbedringsarbeid.

3.2 Fakta

Organisering

Kommunalavdeling helse og sosial har 886,97 årsverk som blir dekket opp av 1663 ansatte⁵ fordelt på 7 virksomheter⁶ (Melløsparken sykehjem, Peer Gynt helsehus, Forebyggende virksomhet, Hjemmebaserte tjenester, Tjenester for funksjonshemmede, Bo- og service og NAV), i tillegg til tjenestekontoret, stab, boligsosial avdeling og storkjøkken som er organisert som avdelinger.

Kvalitetsarbeid i kommunalavdeling helse og sosial

Kommunalavdeling helse og sosial har utarbeidet dokument «*Organisering av kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*». Formålet med dokumentet er å sikre at ansatte er kjent med organiseringen av kvalitetsledelse og kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Dokumentet er gjeldende for alle virksomheter og avdelinger under kommunalavdeling for helse og sosial, unntatt NAV. Av dokumentet fremkommer det at lederne i helse og omsorgstjenestene har besluttet å innføre kvalitetsledelse «*Kontinuerlig forbedring – styrt kvalitet*» tilpasset kravene i ISO 9001:2015⁷. Målet med arbeidet er:

- Økt brukertilfredshet – brukerfokus.
- Økt fokus på lederskap og menneskers engasjement.
- Etablere system for risikobasert tilnærming og kontinuerlig forbedring.
- Større oversikt over virksomhetens kontekst og hvilke faktorer som påvirker driften.

Og mandatet er å:

- Jobbe systematisk for å sikre at kommunens mål og tjenestetilbud blir ivaretatt på en forsvarlig måte.
- Ha fokus på og følge systemet for kontinuerlig forbedring – implementere det i drift.
- Utarbeide, evaluere og korrigere virksomhetsplan minimum 2 ganger pr. år etter standard mal.
- Utarbeide, evaluere og korrigere virksomhetens oversikt over interesseparter 2 ganger pr. år.
- Følge opp meldinger om uønskede hendelser/avvik på en systematisk måte – med fokus på årsaker og iverksetting av risikoreduserende tiltak.

Ifølge kvalitetsleder startet kommunalavdelingen opp med dette arbeidet høsten 2016. Det ble gitt informasjon og veiledning i virksomhetsledermøter og i kvalitetsnettverket (dette omtales senere i kapitlet). For å komme i gang med arbeidet og sikre en enhetlig prosess ble det utarbeidet mal for hvordan virksomhetene skulle kartlegge virksomhetens interesseparter og mal for innhold i virksomhetenes virksomhetsplan. Frist for kartlegging av interesseparter var mars 2017. I løpet av

⁵ Uttrekk fra HRM pr. 01.10.2018.

⁶ 8 med Orkerød, som på revisjonens tidspunkt fortsatt er driftet privat.

⁷ ISO 9001 er en standard som oppfordrer til prosesstankegang når et system for kvalitetsstyring utformes, iverksettes, og forbedres.

våren jobbet virksomhetsledergruppa med å nedsette overordnede mål for kommunalområde, på bakgrunn av overordnede mål i kommuneplan, handlingsplaner og årsbudsjett. Dette ble lagt inn i malen. Innen 15. september 2017 skulle virksomhetene utarbeide hver sin virksomhetsplan med utgangspunkt i malen. De skulle beskrive virksomhetens hovedoppgaver, prioriterte mål, fokusområder og tiltak inneværende år. Virksomhetenes mål skal være i samsvar med kommunens og kommuneområdet mål. For å følge opp arbeidet og sette dette i system ble det våren 2017 besluttet å innføre «ledelsens gjennomgang» på alle nivåer i organisasjonen. Foreløpig var mye av arbeidet gjort på ledernivå og innføring av «ledelsens gjennomgang» vil i større grad trekke ansatte inn i arbeidet. Det ble også utarbeidet en mal/rapport hvor temaer som skulle tas opp i ledelsens gjennomgang fremkommer.

Av mal «**Ledelsens gjennomgang**»⁸ fremkommer det at det skal gjennomføres årlig på tre nivåer i helse og omsorgstjenesten:

- Avdelingsnivå med avdelingsleder og ansatte.
- Virksomhetsnivå med virksomhetsleder og avdelingsledere.
- Kommunalsjefnivå – med kommunalsjef, virksomhetsleder, avdelingsledere og kvalitetsleder.

I forkant av alle ledelsens gjennomgang må virksomhetene analysere og evaluere virksomhetens resultater ut fra standard mal og tilstrebe å få faktainformasjon om driften, herunder:

- Analyse av brukertilfredshet.
- Analyse av virksomhetens uønskede hendelser/avvik.
- Evaluering av tidligere besluttede tiltak.
- Evaluering av pågående risikovurderinger.
- Analyse av evaluering av tilsynsrapporter og gjennomførte kontroller.
- Evaluering av virksomhetsplan/handlingsplan og kartleggingen av interesseparter.

Virksomhetene gjennomførte «ledelsens gjennomgang» på avdelingsnivå og virksomhetsnivå innen utgangen av 2017. På grunn av mye arbeid har lederne meldt tilbake at de ansatte ute i driften i denne omgang ikke var veldig involvert i arbeidet. Innen midten av februar 2018 gjennomførte kommunalsjef og kvalitetsleder «ledelsens gjennomgang» med alle virksomheter, tjenestekontoret og boligsosial avdeling. Etter møtet ble det utarbeidet en rapport som Helse- og sosialutvalget fikk til orientering i mai 2018.

Overordnet kvalitetsutvalg har evaluert malen for gjennomføring av «ledelsens gjennomgang» og i september 2018 ble rutinen for gjennomføring endret. På grunn av at arbeidet var svært omfattende ble det besluttet at «ledelsens gjennomgang» skal utføres årlig og ikke to ganger i året. Målet i neste runde er å jobbe mer med implementering og inkludere de ansatte mer i arbeidet.

Ifølge kvalitetsleder er det blitt mer fokus på avvik og avvikshåndtering etter at arbeidet med kvalitetsledelse ble igangsatt. Kvalitetsleder har avvik og avvikshåndtering jevnlig på agendaen i møte med ledere. Det er tydelig formidlet at ansatte oppfordres til å melde fra om uønskede hendelser og avvik. De siste årene har meldinger av avvik vært relativt stabilt på litt i underkant av 4000 meldinger pr. år.

Kvalitetsleder opplever at det er blitt mer fokus på risikoer og forbedringsmuligheter etter at arbeidet med kvalitetsledelse ble satt i system. Kommunalavdelingen ønsker på sikt å skape en kultur for forbedring på alle nivåer og få fokus bort fra at uønskede hendelser/avvik er noe negativt. Kommunalavdelingen ønsker at fokuset med å melde avvik skal handle om muligheter for forbedring, læring og forhindre/reducere faren for at feilen/svikten oppstår igjen. Kommunalavdelingen ønsker i

⁸ Startet opp vinteren 2017/2018.

størst mulig grad å ha oversikt over de områdene hvor det er størst fare for svikt, og det oppnår kommunalavdelingen gjennom å melde uønskede hendelser og avvik. Det har i inneværende år blitt avholdt samling for alle avviksbehandlere for å øke kvaliteten på selve avviksbehandlingen.

Kommunalavdeling helse og sosial gjennomfører **overordnede- og lokale kvalitetsutvalg**.

Overordnet kvalitetsutvalg består av kommunalsjef, kommuneoverlege, virksomhetsledere, hovedtillitsvalgte og fagrådgivere. Overordnet kvalitetsutvalg gjennomføres en gang pr. måned. Mandatet er å:

- Behandle prinsipielle saker som skal avklares.
- Godkjenne overordnede rutiner.
- Gjennomgang av innkommende avvik, risikovurderinger og klager og behandling av disse for å sikre kontinuerlig forbedring.
- Følge opp pålegg eller advarsler fra tilsynsmyndigheter.
- Prioritere forbedringsprosjekter.
- Motivere og veilede til kvalitetsarbeid.

Lokale kvalitetsutvalg består av virksomhetsleder, avdelingsledere, lokale tillitsvalgte og ressurspersoner fra drift. Lokale kvalitetsutvalg gjennomføres minimum en gang pr. måned og legges i forkant av møte i det overordnede kvalitetsutvalget. Mandatet er å:

- Godkjenne lokale prosedyrer.
- Gjennomgå innkommende avvik, risikovurderinger og klager og behandling av disse for å sikre kontinuerlig forbedring.
- Sikre implementering av godkjente prosedyrer.
- Prioritere lokale forbedringsprosjekter.
- Motivere og veilede til kvalitetsarbeid i avdelingene.
- Legge frem saker til det overordnede kvalitetsutvalget som trenger prinsipiell avklaring.

Ved behov etableres **kvalitetsgrupper**. Disse består av avdelingsledere, fagansvarlige m. fl. Gjennomføres ved behov og mandatet er å:

- Fange opp signaler fra brukere og ansatte på områder som trenger kvalitetsforbedring.
- Fortløpende risikovurdere rapporterte uønskede hendelser/avvik og utarbeide plan for kvalitetsforbedring.
- Utvikle forslag til rutiner og prosedyrer.
- Rapportere til lokale kvalitetsutvalg.

Kommunalavdelingen har også et **kvalitetsnettverk** som består av ressurspersoner fra alle virksomheter, tjenestekontor og kvalitetsleder helse og sosial. Kvalitetsnettverk gjennomføres en gang pr. måned i forkant av overordnet kvalitetsutvalg og mandatet er å:

- Utarbeide forslag til rutiner som er virksomhetsovergrepene.
- Bistå i faglige spørsmål/utredninger.
- Komme med innspill til foreslåtte rutiner.
- Kvalitetssikre rutiner som skal revideres.
- Melde saker til overordnet kvalitetsutvalg.
- Bistå lederne i virksomhetene med implementering av rutiner og kvalitetsarbeid.
- Være motivatorer og pådrivere for kvalitetssystemet og ha fokus på kontinuerlig forbedring.

Opplæring av ansatte i kommunalavdeling helse og sosial - Internkontroll

Det fremkommer av «*Strategisk kompetanseplan for helse og omsorgstjenesten 2017-2020*» at alle nyansatte innen helse og omsorg gjennomfører et felles opplæringsprogram.

Av mal «*Opplæringskompendium nyansatte*» fremkommer det at helse- og omsorgstjenesten har besluttet å innføre kvalitetsledelse etter kravene i ISO (den internasjonale standardiseringsorganisasjonen). Fokus for kvalitetsledelse er økt brukertilfredshet, lederskap, prosessstankegang, risikobasert tilnærming, evaluering og kontinuerlig forbedring – korrigerende, forhindring og reduksjon av uønskede virkninger.

Videre fremkommer det at Moss kommune har et elektronisk kvalitetssystem, kalt Risk Manager. Dette systemet skal sikre at alle medarbeidere i Moss kommune har tilstrekkelig informasjon tilgjengelig slik at man kan utføre tjenesten på en faglig forsvarlig måte. Arbeidet med lovpålagt internkontroll er en kontinuerlig prosess der stadig forbedring av tjenestene har hovedfokus. Hver virksomhet har sitt eget område i kvalitetssystemet hvor det finnes relevante dokumenter og interne rutiner som bidrar til å sikre forsvarlig tjenesteutøvelse og arbeidsforhold. Kvalitetssystemet er et arbeidsverktøy for medarbeiderne og et styringssystem for ledelsen. Ved å gjøre oppslag i kvalitetssystemets dokumentasjonsmodul har alle ansatte tilgang til nyeste versjon av rutiner og prosedyrer, samt informasjon om lover og forskrifter som regulerer arbeidet. Ifølge opplæringskompendiet skall alle nyansatte få opplæring i kvalitetssystemet.

Risk Manager inneholder også en modul hvor ansatte kan melde fra om uønskede hendelse/avvik og skader. Det er nærmeste leder som skal behandle de meldinger som er meldt. For å kunne jobbe med kontinuerlig forbedring er det viktig at ansatte melder fra om uønskede hendelser/avvik og skader. Registrering og oppfølging av uønskede hendelser og avvik er en svært viktig del av kommunens kvalitetsarbeid. Formålet er å fange opp brudd på rutiner og prosedyrer/lover og forskrifter, og identifisere forhold som kan initiere læring, forebygging og forbedringsprosesser. Det skal ikke skrives sensitiv informasjon i melding om uønsket hendelse/avvik. Meldingen må være anonymisert.

I kompendiet fremkommer det også informasjon om varsling, skademelding, overordnet kvalitetsutvalg, lokalt kvalitetsutvalg, ledelsens gjennomgang og kvalitetsnettverk, samt ett kontrollskjema for gjennomført overordnet opplæring. Denne skal signeres og legges i personalmappen. Kontrollskjemaet inneholder felt «*Innføring i kvalitetssystemet Risk Manager*». Det er kontaktperson som er ansvarlig for denne gjennomgangen.

Ifølge kvalitetsleder er opplæringskompendiet gjeldende for alle nyansatte og lærlinger (de som skal være i kommunen over tid). Kommunalavdelingens kvalitetsnettverket har nå også utarbeidet forslag til et tilsvarende kompendium for studenter. Det finnes, på revisjonens tidspunkt, ikke et opplæringskompendium for avdelingsledere og virksomhetsledere. Ifølge kvalitetsleder er dette behovet meldt inn til HR-avdelingen.

Ifølge kvalitetsleder er det ikke besluttet på overordnet nivå hvordan opplæringen av kvalitetssystemet og avviksmelding skal foregå, utover det som er beskrevet i opplæringskompendiet. Lederne har et ansvar for å sikre at ansatte er kjent med systemet og melding av avvik. Det er gjennomført to e-læringsseanser for å sikre at alle ansatte har fått veiledning i hvordan man skal melde avvik og en introduksjon til bruk av kvalitetssystemet. De to e-læringene ligger tilgjengelig i Risk Manager. Kvalitetsleder har hatt samlinger med avviksbehandlere for å sikre at de har kompetanse til å behandle avvik. Kommunalavdelingens fokusområde er å bedre avviksbehandlingen og jobbe systematisk med årsaker og årsaksanalyser gjeldende meldte avvik. Arbeid med avvik følges opp i lokale kvalitetsutvalg, overordnet kvalitetsutvalg og ledelsens gjennomgang.

Fra høst 2018 er det startet opp med systematisk opplæring innen redaktøropplæring (til de som har tilgang til dokumentmodulen i Riskmanager), avvik og avvikshåndtering og risikovurdering for

ansatte/ledere i hele kommunen. Det blir satt opp en halvdagsopplæring pr. tema to ganger i halvåret. Ved behov kan man ha kurs/veiledning utenom dette.

Kommunalavdeling helse og sosial har også utarbeidet rutine «*Opplæring av vikarer og nyansatte uten fagutdanning*». Formålet med rutinen er å sikre at alle som arbeider med tjenesteavhengige i kommunal omsorgstjeneste, har et minimum av relevant faglig basiskunnskap. Opplæringen tar utgangspunkt i opplæringsmodell utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Opplæringsmodellen består av følgende fire elementer:

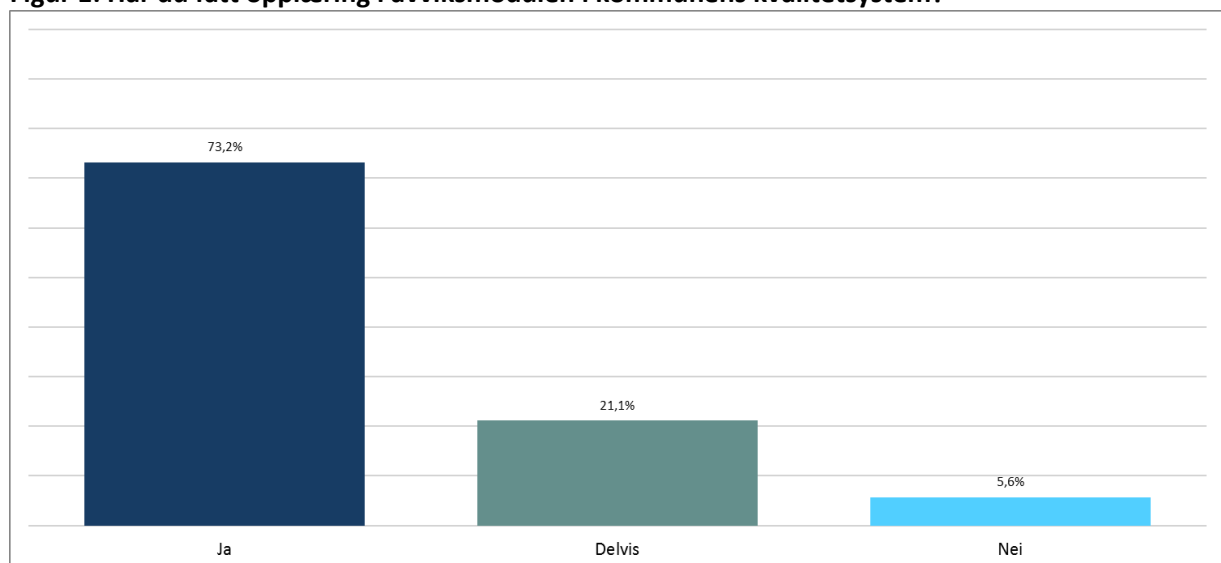
1. Et studiehefte med relevant basiskunnskap.
2. Kursdager med undervisning i temaer som omhandles i studieheftet.
3. Fadder som tildeles den nyansatte/vikaren av arbeidsgiver.
4. Sjekkliste for nyansatte/vikarer uten helsefaglig utdanning.

Kommunalavdelingen har også utarbeidet en sjekkliste for vikarer og nyansatte uten fagutdanning, med en rekke punkter som skal gåes gjennom og signeres av den som er ansvarlig for opplæringen. Avviksregistrering/ -håndtering er ikke nevnt i denne sjekklisten.

Opplæring - Spørreundersøkelse

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse til samtlige ledere, tillitsvalgte og verneombud i kommunalavdeling helse og sosial. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 100 respondenter og ble besvart av 71, hvorav 34 oppgir å være ledere og 36 oppgir å være tillitsvalgte/verneombud.⁹ Av figur 1 fremkommer hvor mange av respondentene som har fått opplæring i kvalitetsystemets avviksmodul.

Figur 1: Har du fått opplæring i avviksmodulen i kommunens kvalitetsystem?



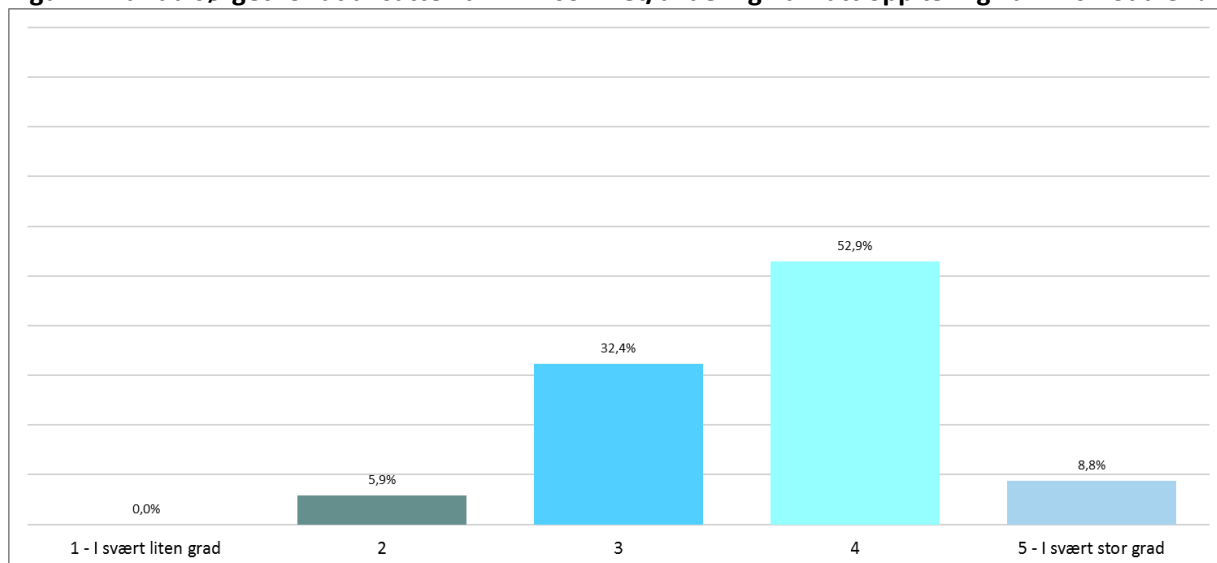
Revisors merknad: n=71.

Figuren viser at 73,2 % (52 av 71) har fått opplæring i avviksmodulen, mens 21,1 % (15 av 71) besvarer «delvis» og 5,6 % (4 av 71) ikke har fått opplæring. Av lederne besvarer 85,3 % (29 av 34) med «ja», mens 11,8 % (4 av 34) besvarer med «delvis» og 2,9 % (1 av 34) besvarer med «nei». Moss kommune mener selv at 80 prosent av respondentene bør ha fått opplæring i avviksmodulen.

⁹ 71 har besvart spørreundersøkelsen, men kun 70 har besvart spørsmålet om de er leder eller tillitsvalgt/verneombud.

Av figur 2 fremgår i hvor stor grad lederne i kommunalavdeling helse og sosial opplever å ha gitt sine ansatte opplæring i avviksmodule. Svarene er gitt på en 5-punktsskala hvor 1= «I svært liten grad» og 5= «I svært stor grad».

Figur 2: Har du sørget for at ansatte i din virksomhet/avdeling har fått opplæring i avviksmodule?

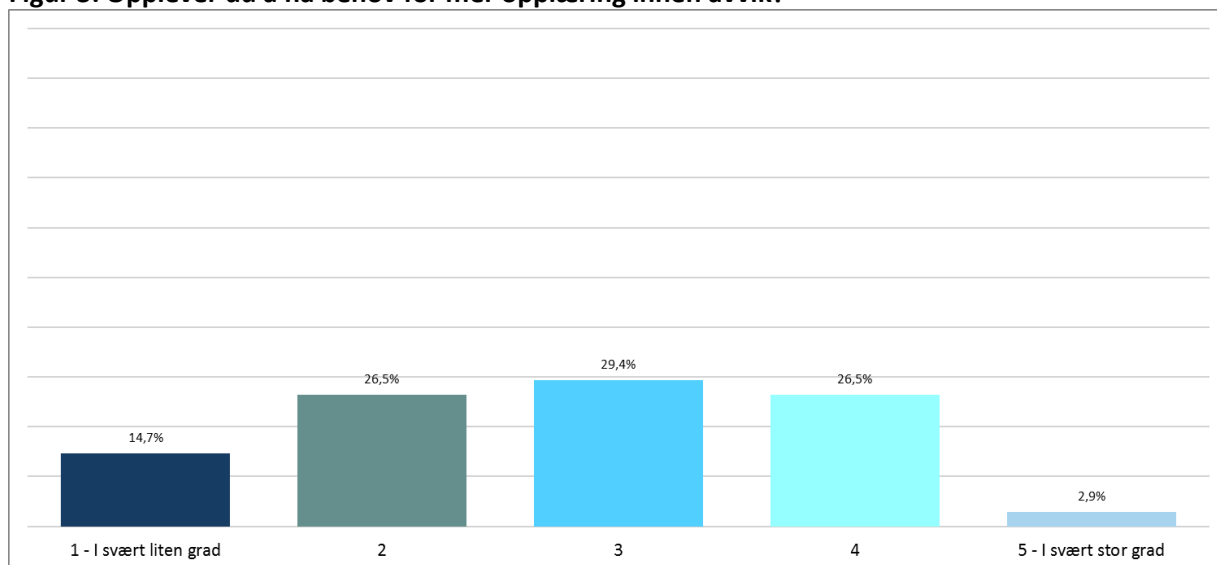


Revisors merknad: n=34.

Figuren viser at hovedvekten av ledere har besvart med svaralternativ 3 eller 4 (85,3 % - 29 av 34). 5,9 % (2 av 34) har besvart med svaralternativ 2, mens 8,8 % (3 av 34) har besvart med svaralternativ 5. Gjennomsnittskår på spørsmålet er 3,65. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være mellom 4-4,2.

Av figur 3 fremgår i hvor stor grad lederne i kommunalavdeling helse og sosial opplever å ha behov for mer opplæring innen avvik.

Figur 3: Opplever du å ha behov for mer opplæring innen avvik?



Revisors merknad: n=34.

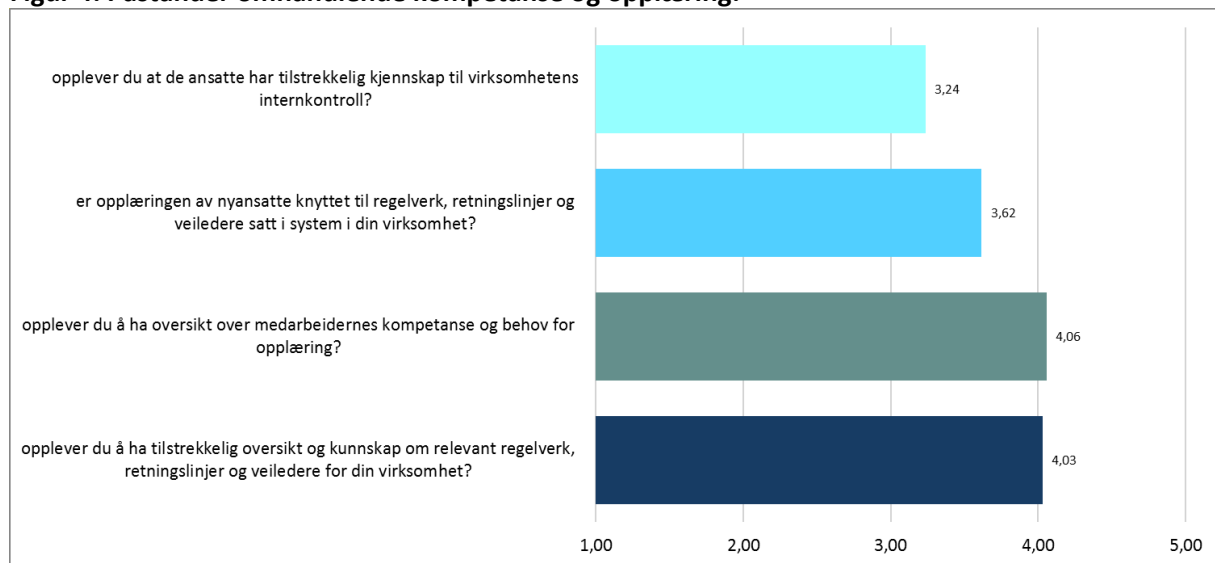
Figuren viser at respondentene har benyttet alle svaralternativene i sin besvarelse. 29,4 % (10 av 34) og 26,5 % (9 av 34) har besvart med svaralternativ 3 og 4, mens 2,9 % (1 av 34) har besvart med

svaralternativ 5. Gjennomsnittskår på spørsmålet er 2,76. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 2,0 til 1,8.

Spørsmålet «*Opplever du at de ansatte i din virksomhet/avdeling har behov for opplæring*» oppnår en gjennomsnittskår på 3,47. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 3.

Figur 4 viser hvordan lederne i kommunalavdeling helse og sosial har besvart 4 påstander omhandlende kompetanse og opplæring. Svarene er gitt på en 5-punktsskala hvor 1= «*I svært liten grad*» og 5= «*I svært stor grad*».

Figur 4: Påstander omhandlende kompetanse og opplæring:

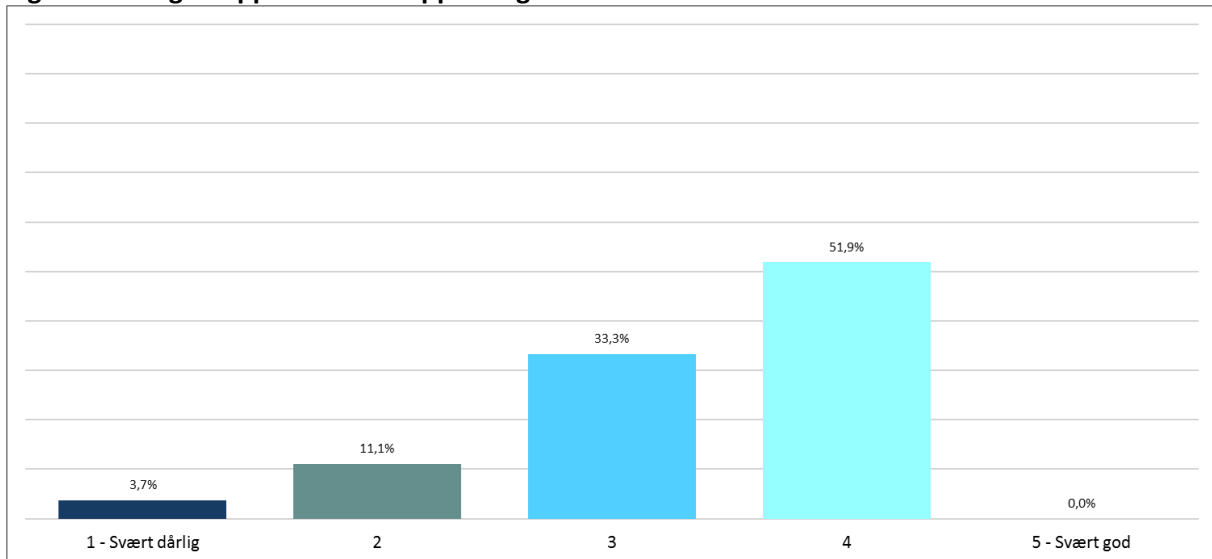


Revisors merknad: n=34.

Av figuren fremkommer det at 2 av påstandene har en gjennomsnittskår over 4,00. Påstanden «*Opplever du å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*» har den beste skåren med 4,06. Samtidig er det 2 påstander som har en gjennomsnittskår under 4,00. Påstanden «*Opplever du at de ansatte har tilstrekkelig kjennskap til virksomhetens internkontroll*» har den dårligste skåren med 3,24. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstandene bør være mellom 4,0 og 4,2.

Av figur 5 fremgår det hvor god, lederne i kommunalavdeling helse og sosial, mener opplæringen er.

Figur 5: Hvor god opplever du at opplæringen er?



Revisors merknad: n=27.

Figuren viser at hovedvekten av ledere har besvart med svaralternativ 3 eller 4 (85,2 % - 23 av 27). 11,1 % (3 av 27) har besvart med svaralternativ 2, mens 3,7 % (1 av 27) har besvart med 1. Gjennomsnittskår på spørsmålet er 3,33. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 4.

Avviksmelding og – håndtering

Av saksutredningen til sak 040/18 (29.05.2018) «*Orientering om uønskede hendelser/avvik og gjennomføring av ledelsens gjennomgang i helse- og omsorgstjenestene*» til helse- og sosialutvalget, fremkommer det at det i 2017 ble meldt fra om 3488 uønskede hendelser/avvik i helse- og omsorgstjenestene. Det er en liten nedgang fra 2016. Det er ett snitt på ca. 3500 avvik pr. år fra 2014. Alle ansatte oppfordres til å melde fra om uønskede hendelser. Hendelsene blir behandlet fortløpende av lederne. Hendelsene benyttes systematisk for å få bedre oversikt over hvilke områder det er fare for svikt i tjenestene. De uønskede hendelsene/avvikene som er meldt handler i hovedsak om det samme som tidligere; svikt vedrørende legemiddelhåndtering, manglende dokumentasjon og samhandling, IT-systemer som ikke fungerer etter intensjonen, vold og trusler mot ansatte, brudd på rutiner, fall, manglende kompetanse/personell, ikke gjennomført planlagt aktivitet og ikke overholdt tidsfrister. Ved innføring av kvalitetsledelse og ledelsens gjennomgang tilrettelegges det for at virksomhetene i enda større grad skal jobbe systematisk med avvikene og ha fokus på kontinuerlig forbedring. Ledelsens gjennomgang iverksettes for å sikre at ledelsessystemet for kvalitet er velegnet, virkningsfullt og i tråd med organisasjonens strategiske retning. Gjennomgangen skal bidra til at ansatte og ledere får kompetanse om forhold som påvirker deres drift og virksomhetenes resultat. Det skal avklares om det er samsvar mellom mål og produksjon av tjenester og sikre at beslutninger blir fulgt opp. Alle virksomheter har gjennomført ledelsens gjennomgang på avdelings- og virksomhetsnivå. Kommunalsjef og kvalitetsleder har gjennomført ledelsens gjennomgang med alle virksomhetene.

For at det skal være enklere for ansatte å melde fra om uønskede hendelser/avvik er avviksmodulen blitt endret. Det er nå obligatorisk å registrere inn avvikskategori og avviksbehandlerne registrer dette. Lederne får bedre styringsdata om hvilke områder de må jobbe med for å forhindre svikt. Det er fortsatt behov for å utvikle/forbedre avviksbehandlingen og det blir invitert til flere kurs for å melde og behandle avvik fra høst 2018. Det er behov for å jobbe mer med årsaksanalyser sammen med ansatte og jobbe mer systematisk for å iverksette forebyggende tiltak.

Av saksutredningen til sak 104/17 i helse- og sosialutvalget (07.11.2017) «*Orientering om avvik og status for innføring av kvalitetsledelse*» fremkommer det at det i helse- og omsorgstjenesten arbeides systematisk for å få innført et system for kontinuerlig forbedring. Virksomhetene har utarbeidet en kartlegging og risikovurdering av virksomhetenes interesseparter. Der det er identifisert fare for svikt kan virksomhetene iverksette forebyggende eller risikoreduserende tiltak før eventuelle uønskede hendelser oppstår. Virksomhetene har også utarbeidet en virksomhetsplan hvor de beskriver kontekst og mål. Målene i kommunale planer og styringsdokumenter er implementert i virksomhetsplanen for i større grad å sikre at virksomhetens mål er i overensstemmelse med kommunens- og kommunalområdets mål.

Ifølge kvalitetsleder orienterer administrasjonen helse og sosialutvalget om internkontroll, kvalitetsledelse og avvik to ganger pr. år (april/mai og oktober/november).

Kommunen har utarbeidet flere **overordnende dokumenter** (informasjonsskriv, rutiner og retningslinjer) som omhandler melding og behandling av avvik og uønskede hendelser:

1. Fordeler av god behandling og oppfølging av avvik og uønskede hendelser.
2. Hurtigguide for behandling av uønskede hendelse (avvik).
3. HMS avvik og uønskede hendelser.
4. Melding og behandling av uønskede hendelser (avvik).
5. Definisjoner for avvik og uønskede hendelser, skader og varslinger.
6. Policy for avvik og avvikshåndtering.

Informasjonsskriv «*Fordeler av god behandling og oppfølging av avvik og uønskede hendelser*» inneholder informasjon om hvorfor det er viktig å melde avvik, hvordan avviket bør skrives/utformes, informasjon om årsaksanalyse, informasjon om å identifisere tiltak, informasjon om kost/nyttevurdering og informasjon om implementering.

Rutine «*Hurtigguide for behandling av uønsket hendelse (avvik)*» inneholder informasjon om hvordan man rent praktisk skal melde om uønskede hendelser i kommunens kvalitetssystem Risk Manager, samt hvordan meldt avvik skal følges opp av leder.

Rutine «*HMS avvik og uønskede hendelser*» har som formål å sikre lovpålagt HMS-dokumentasjon tilpasset den enkelte virksomhet, samt sikre registrering og god oppfølging med avvik og uønskede hendelser. Leder har ansvar for oppfølging og behandling av avvik og uønskede hendelser. Alle ansatte har ansvar for å melde avvik og uønskede hendelser.

Rutine «*Melding og behandling av uønsket hendelse (avvik)*» har som formål å sikre at observerte uønskede hendelser (avvik) dokumenteres og behandles på en systematisk måte. Rutinen gjelder for alle ansatte i kommunen. Behandling av hendelsene skal sikre rask iverksetting av tiltak og forslag til forbedringer. Dokumentasjonen skal benyttes som grunnlag for kommunens internkontroll, læring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Rutinen gir videre en detaljert beskrivelse av avviksmeldings- og avviksbehandlingsprosessen.

Av retningslinje «*Definisjoner for avvik og uønskede hendelser, skader og varslinger*» fremkommer det at avvik og uønskede hendelser skal meldes i kommunens kvalitetssystem Risk Manager og modulen «Uønskede hendelser og avvik». Avvik defineres som brudd på rutiner, mål, styrende dokumenter, gjeldende lover og forskrifter. Retningslinjen inneholder også informasjon om definisjoner av uønskede hendelser, skade og varsling.

Av retningslinje «*Policy for avvik og avvikshåndtering*» fremkommer det at alle ansatte må, for å bidra til kontinuerlig forbedring på kommunens interne og eksterne tjenester, registrere avvik og

uønskede hendelser. Ledere i samarbeid med ansatte håndterer avvikene profesjonelt med gode årsaksanalyser, iverksettelse av relevante tiltak og evaluerer resultatene.

Ifølge kvalitetsleder har hun gjennomgått rutine «*Melding og behandling av uønskede hendelser (avvik)*» og «*Hurtigguide for behandling av uønskede hendelse (avvik)*» med samtlige ledere i helse og sosial. Resterende dokumenter har blitt gjennomgått i avviks og avvikshåndteringsopplæringen som startet opp høsten 2018. I tillegg er dokumentene gjennomgått i kommunalavdelingens overordnede kvalitetsutvalg og med kvalitetsnettverket. Agenda for overordnet kvalitetsutvalg blir gjennomgått i de lokale kvalitetsutvalget ute i virksomhetene. Derfra skal avdelingslederne ta de med ut til de ansatte i avdelingene.

Kommunalavdeling helse og sosial har også utarbeidet flere dokumenter (rutiner og informasjonsskriv) som omhandler melding og behandling av avvik og uønskede hendelser.

1. Behandling av muntlige klager.
2. Melding og oppfølging av samhandlingsavvik med instanser utenfor kommunen.
3. Oversikt over avvikskategorier for tjenestekvalitet helse og omsorg.
4. Varsling mistanke om overgrep, vold og trusler mot brukere.

Rutine «*Behandling av muntlige klager*» har som formål å sikre at muntlige klagemål som gjelder tjenestekvalitet og utforming av tjenester til beste for bruker/pasient. Rutinen gjelder for alle tjenesteytere og ledere ansatt i Moss kommune, helse- og sosial. Den som mottar klagen har ansvar for å følge opp etter gjeldende rutine. Virksomhetsleder er øverste instans for klagebehandling. Det fremkommer videre av rutinen at muntlige klagesaker kan være uttrykk for utilbørlig lav tjenestekvalitet eller begrensninger i kommunikasjonen mellom tjenesteyter og andre parter som berøres av tjenesten. Muntlige klagemål skal alltid forsøkes løst på laveste mulig tjenestenivå, og dermed sikre raskest mulig respons på klage. Rutinen knyttet til muntlige klagesaker fungerer som en del av Moss kommunes kontinuerlige utvikling av tjenestekvalitet.

Rutine «*Melding og oppfølging av samhandlingsavvik med instanser utenfor kommunen*» har som formål å sikre forsvarlig oppfølging av uønskede hendelse/avvik med samarbeidende instanser som Sykehuset Østfold, fastleger og de kommunen har inngått en apotek avtale med. Rutinen gjelder for alle ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og sosial har inngått avtaler med de nevnte instanser om melding og oppfølging av uønskede hendelse/avvik. Det fremkommer av rutinen at det er kvalitetssystemet Risk Manager som skal benyttes for melding av avvik som omhandles av denne rutinen.

Informasjonsskriv «*Oversikt over avvikskategorier for tjenestekvalitet helse og omsorg*» inneholder informasjon om kommunens 35 definerte avvikskategorier.

Rutine «*Varsling av mistanke om overgrep, vold og trusler mot brukere*» har som formål å bidra til å avdekke overgrep, vold og trusler mot brukere. Rutinen gjelder for alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det fremkommer av rutinen at den enkelte ansatte som får mistanke om at noen utsettes for overgrep, skal ta dette opp med nærmeste leder. Sammen må de involverte vurdere hvordan dette skal håndteres.

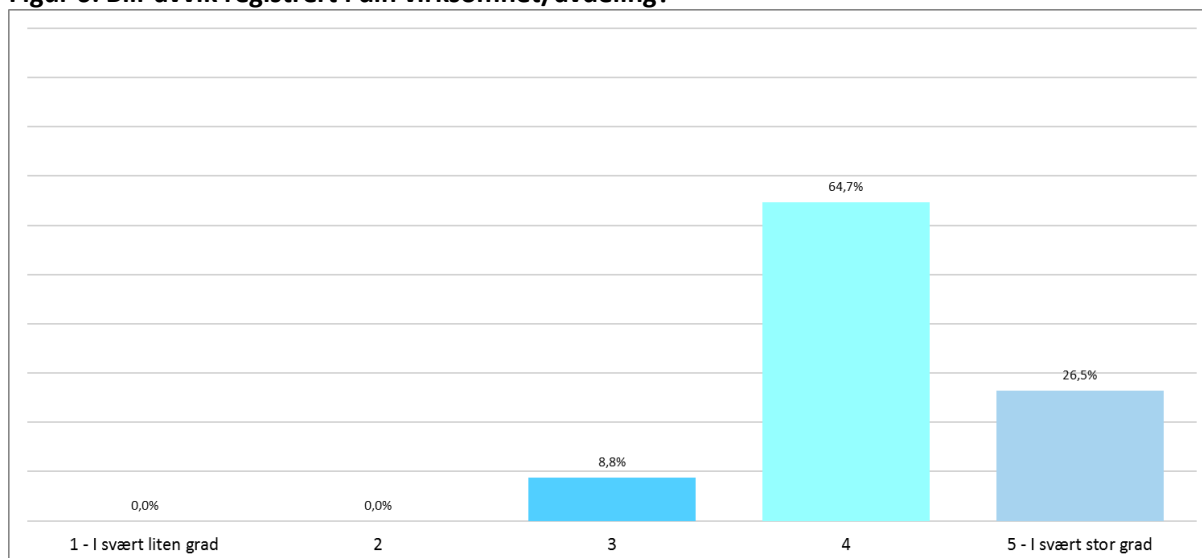
Ifølge kvalitetsleder er samtlige rutiner som blir besluttet i overordnet kvalitetsutvalg blitt kommunisert til ansatte via lederne, kvalitetsnettverket og lokale kvalitetsutvalg. I tillegg ligger alle referatene fra overordnet og lokale kvalitetsutvalg tilgjengelig i Risk Manger. I referatene fremkommer det hvilke rutiner som er godkjent og gjeldende. Alle gjeldende rutiner ligger tilgjengelig for samtlige ansatte i Risk Manger.

Kommunalavdelingens funksjonsbeskrivelser inneholder også informasjon omhandlende ansvar vedrørende kommunalavdelingens internkontroll. Av «Funksjonsbeskrivelse avdelingsleder» fremkommer det at avdelingsleder skal: «*bruke det etablerte internkontrollsystemet som innehar nødvendige styrende dokumenter og rutiner, ROS-analyser, avvikssystem og brukerundersøkelser. Dette systemet er grunnlag for rapportering til virksomhetsleder. Avdelingsleder er ansvarlig for at internkontroll er etablert og implementert for å sikre at kravet til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i avdelingen ivaretas*». Av «Funksjonsbeskrivelse sykepleier» og «Funksjonsbeskrivelse vernepleier» fremkommer det at en av ansvars og myndighetsområdet til sykepleier/vernepleier er «*å bidra til å følge opp avdelingens internkontroll. Under sykepleiers/vernepleiers hovedoppgaver fremkommer det at Sykepleier skal fremme lojal og korrekt bruk av Gerica, IKOS og kommunens kvalitetssystem – Risk Manager. Det vil si å melde avvik, uønskede hendelser, foreta risikovurderinger og komme med forslag til forbedring*». Av «Funksjonsbeskrivelse helsefagarbeider» og «Funksjonsbeskrivelse pleiemedarbeider» fremkommer det at helsefagarbeider/pleiemedarbeider: «*skal bidra til forbedringsarbeid i avdelingen ved å melde avvik i Risk Manager og komme med forslag til forbedringer*». Av «Funksjonsbeskrivelse sykehjemsleger i Moss kommune» fremkommer det at sykehjemsleger skal: «*skrive avviksmeldinger der uforutsette hendelser får konsekvenser for driften, samt melde egne avvik til avdelingssykepleier på gjeldende avdeling*».

Avviksregistrering - Spørreundersøkelse

Av figur 6 fremgår i hvor stor grad lederne i kommunalavdeling helse og sosial mener at avvik blir registrert i sin virksomhet/avdeling.

Figur 6: Blir avvik registrert i din virksomhet/avdeling?



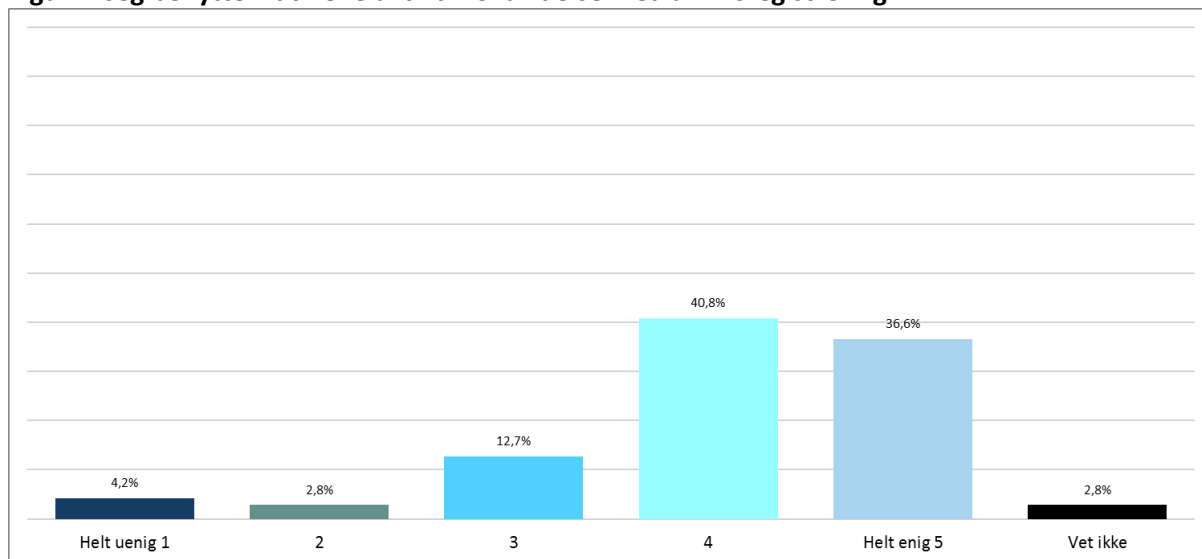
Revisors merknad: n=34.

Figuren viser at hovedvekten av ledere har besvart med svaralternativ 4 eller 5 (91,2 % - 31 av 34, 8,8 % (3 av 34) har besvart med svaralternativ 3. Gjennomsnittskår på spørsmålet er på 4,18. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 5.

På spørsmålet: «*Kjenner du til kommunens rutiner og prosedyrer for registrering av avvik*», hvor svaralternativene er «ja», «nei» og «delvis», besvarer 88,6 % (62 av 70) med «ja» og 11,4 % (8 av 70) med delvis. Av lederne besvarer 97,1 % (33 av 34) «ja» og 2,9 % (1 av 34) «delvis». Moss kommune mener selv at 80 prosent av respondentene bør svare med «ja».

Av figur 7 fremkommer i hvilken grad respondentene benytter avviksrutinene aktivt i forbindelse med avviksregistrering.

Figur 7: Jeg benytter rutinene aktivt i forbindelse med avviksregistrering:

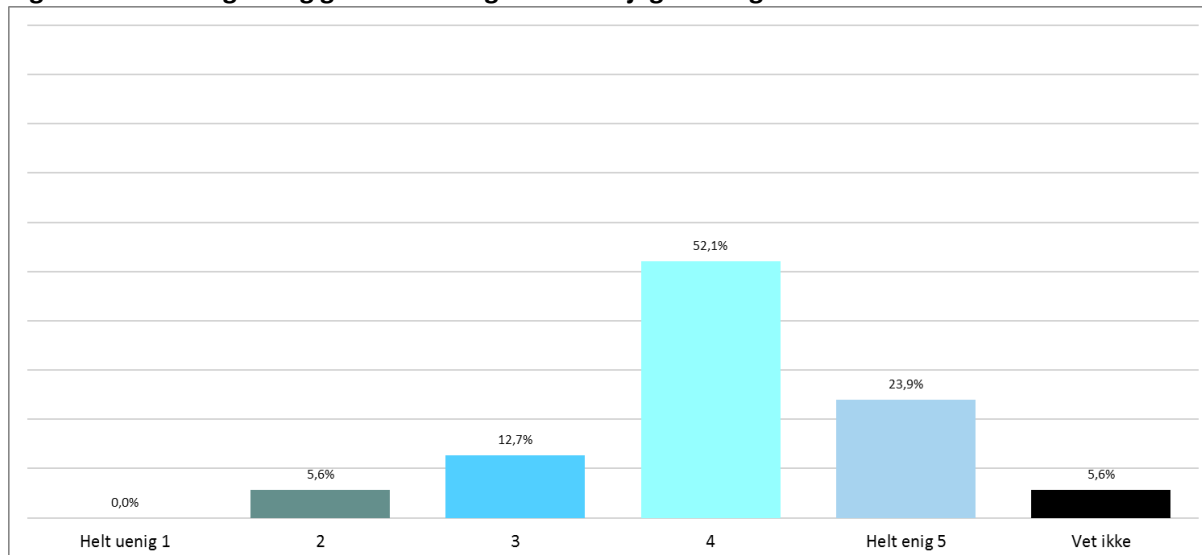


Revisors merknad: n=71.

Det fremkommer av figuren at de fleste besvarer med svaralternativ 4 (40,8 % - 29 av 70) eller 5 (36,6 % - 26 av 70). Gjennomsnittskår total er på 4,06, mens gjennomsnittskår for lederne er på 4,16. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være 4.

Figur 8 gir svar på i hvor stor grad respondentene opplever at rutinene gir god veiledning i hvordan avvik skal registreres.

Figur 8: Rutinene gir meg god veiledning i hvordan jeg skal registrere avvik:

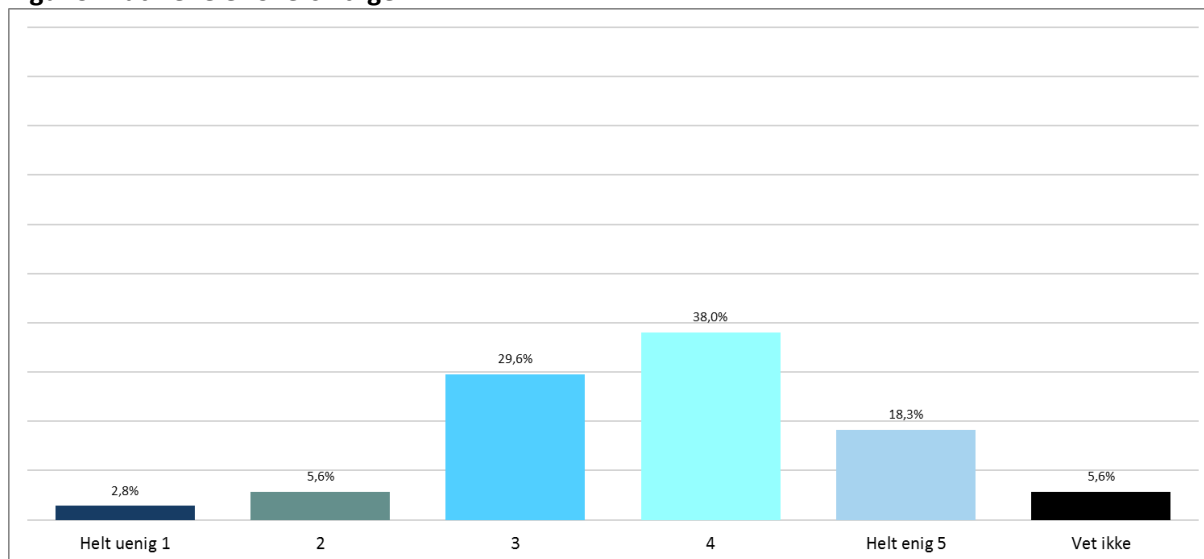


Revisors merknad: n=71.

Det fremkommer av figuren at de fleste respondentene besvarer med svaralternativ 4 (52,1 % - 37 av 71) eller 5 (23,9 % - 17 av 70), mens 5,6 % (4 av 71) besvarer med 2 og 12,7 % (9 av 71) besvarer med 3. Gjennomsnittskår total er på 4,00, mens gjennomsnittskår for lederne er på 4,09. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være 4.

Figur 9 gir svar på i hvor stor grad respondentene opplever rutinene som oversiktlige.

Figur 9: Rutinene er oversiktlige:



Revisors merknad: n=71.

Det fremkommer av figuren at hovedvekten av respondentene besvarer med svaralternativ 3 (29,6 % - 21 av 71) eller 4 (38,0 % - 27 av 71), mens 2,8 % (2 av 71) har besvart med 1 og 5,6 % (4 av 71) har besvart med 2. Gjennomsnittskår total er på 3,67, mens gjennomsnittskår for lederne er på 3,88. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være 3 .

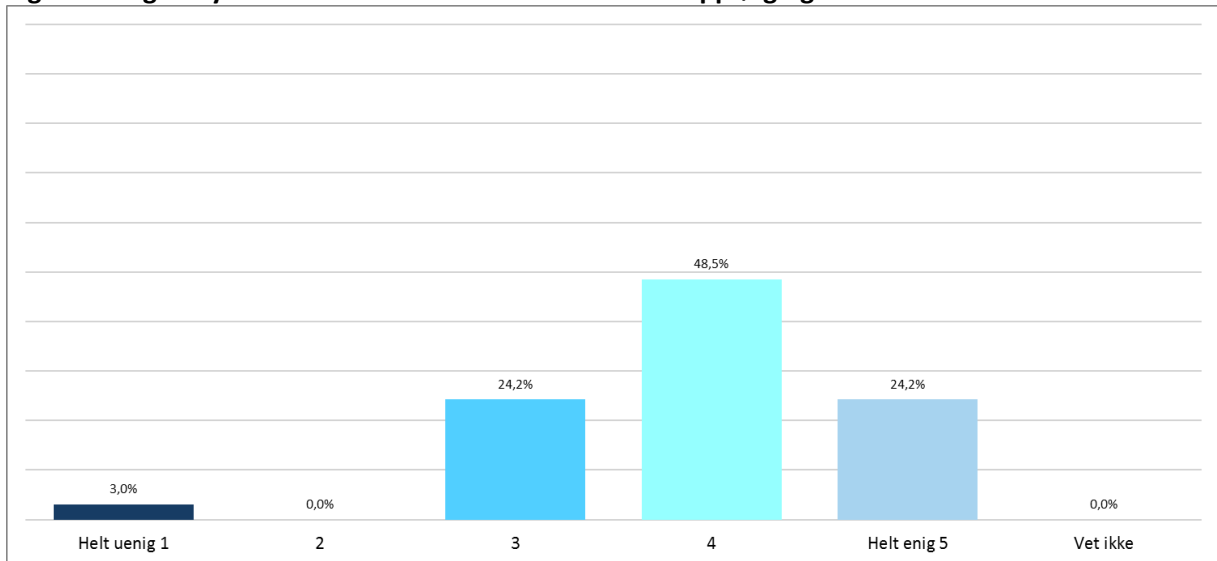
Spørsmålet som omhandler om kommunens rutiner for registrering av avvik oppleves som tilgjengelige oppnår en total gjennomsnittskår på 3,75, mens gjennomsnittskår for lederne er på 3,88. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 4,0.

Avviksoppfølging – Spørreundersøkelse

På spørsmålet om kjennskap til kommunens rutiner og prosedyrer for oppfølging av avvik besvarer 31 av 32 (96,9 %) av lederne i kommunalavdeling helse og sosial «ja», 1 av 32 besvarer «delvis» og ingen besvarer «nei». Moss kommune mener selv at 80 prosent av respondentene bør svare med «ja».

Figur 10 viser hvordan lederne i kommunalavdeling helse og sosial har besvart påstanden «Jeg benytter rutinene aktivt i forbindelse med oppfølging av avvik».

Figur 10: Jeg benytter rutinene aktivt i forbindelse med oppfølging av avvik.

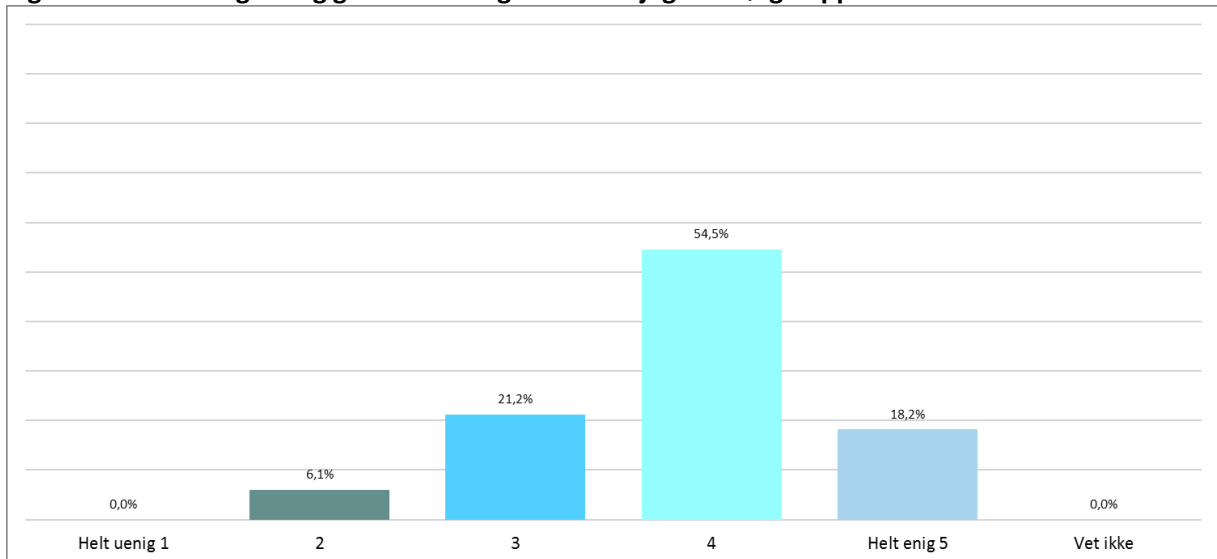


Revisors merknad: n=33.

Av figuren fremkommer det at de fleste (96,9 % - 32 av 33) har besvart med svaralternativ 3, 4 eller 5. 1 av 33 (3,00 %) har besvart med svaralternativ 1. Gjennomsnittskår er 3,91. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være mellom 4,0 og 4,2 .

Figur 11 viser hvordan lederne i kommunalavdeling helse og sosial har besvart påstanden «*Rutinene gir meg god veiledning i hvordan jeg skal følge opp avvik*».

Figur 11: Rutinene gir meg god veiledning i hvordan jeg skal følge opp avvik:

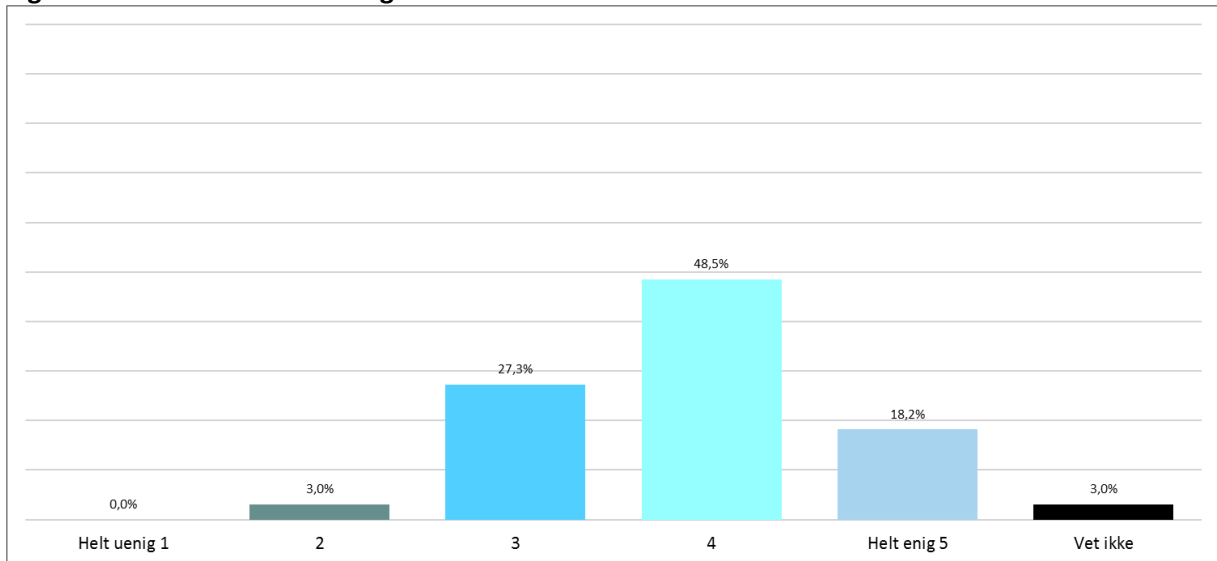


Revisors merknad: n=33.

Av figuren fremkommer det at de fleste (93,9 % 31 av 33) har besvart med svaralternativ 3, 4 eller 5. 2 av 33 (6,1 %) har besvart med svaralternativ 2. Gjennomsnittskår er 3,85. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være mellom 4,0 og 4,2 .

Figur 12 viser hvordan lederne i kommunalavdeling helse og sosial har besvart påstanden «*Rutinene er oversiktlige*».

Figur 12: Rutinene er oversiktlige.



Revisors merknad: n=33.

Av figuren fremkommer det at de fleste (96,9 % - 32 av 33) har besvart med svaralternativ 3, 4 eller 5. 1 av 33 (3,0 %) har besvart med svaralternativ 2. Gjennomsnittskår er på 3,84. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være 4,0.

Spørsmålet som omhandler om kommunens rutiner for oppfølging av avvik oppleves som tilgjengelig oppnår en gjennomsnittskår fra lederne på 3,88. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 4,0.

Figur 14 viser hvordan respondentene har besvart 9 påstander omhandlende registrering og oppfølging av avvik. Svarene er gitt på en 5-punktsskala hvor 1= «Helt uenig» og 5= «Helt enig».

Figur 14: Påstander omhandlende registrering og oppfølging av avvik:



Revisors merknad: n=69-71.

Av figuren fremkommer det at 4 av påstandene har en gjennomsnittskår over 4,00. Påstanden «Registrering og oppfølging av avvik kan gi bedre kvalitet på tjenestene» har den beste gjennomsnittskåren med 4,59 (4,50 for lederne). Samtidig er det 4 påstander som har en

gjennomsnittskår under 4,00. Påstanden «*Jeg setter av tid til å registrere avvik*» har den dårligste gjennomsnittskåren med 3,54 (3,68 for lederne). Påstanden «*Registrering av avvik er å sladre på kollegaer*» har en skår på 1,20 (1,18 for lederne). For denne påstanden er skalaen snudd, slik at 1 representerer det beste alternativet. Gjennomsnittskåren er dermed på 4,8 om vi skal sammenligne med svarene på de andre påstandene. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden:

- Avvik blir benyttet aktivt i forbedringsarbeid - bør være mellom 4,0 og 4,2 .
- Min nærmeste leder følger opp registrerte avvik på en god måte - bør være mellom 4,0 og 4,2.
- I min virksomhet er det kultur for å registrere avvik - bør være mellom 4,5 og 5,0.
- Jeg setter av tid til å registrere avvik - bør være mellom 4,5 og 5,0.
- Registrering og oppfølging av avvik kan gi bedre kvalitet på tjenestene - bør være mellom 4,0 og 4,8.
- Registrering av avvik er å sladre på kollegaer - bør være mellom 1,0 og 2,0.
- Registrering og oppfølging av avvik gjør det lettere å avdekke uhensiktsmessige rutiner og arbeidsprosesser - bør være mellom 4,0 og 4,2.
- Registrering og oppfølging av avvik gjør det lettere å avdekke behov for opplæring - bør være mellom 4,0 og 4,8.
- Registrering og oppfølging av avvik bidrar til å skape en lærende organisasjon under kontinuerlig forbedring - bør være 4,0.

Risikovurderinger

Kommunen har utarbeidet overordnet retningslinje «*Veiledning risikovurdering*» og informasjonsskriv «*Klassifiseringstabell for sannsynlighet og konsekvens*».

Av retningslinje «*Veiledning risikovurdering*» fremkommer det at målsettingen med å gjennomføre risikovurderinger blant annet er å sikre relevante risikominimerende og risikoeliminierende tiltak for å bringe risikoen til et akseptabelt nivå. Det kan for eksempel være for å sikre at ingen blir skadet eller syk på grunn av et arbeid, eller at personopplysninger ikke kommer på avveie, hindre branttilløp, hindre personalkonflikter, hindre påvirkning av ytre miljø, skade på verdier eller omdømme. Hvor omfattende en risikovurdering blir, avhenger av typen virksomhet, aktivitet, prosjekt, hvilken type arbeid som utføres og størrelsen på arbeidsplassen/endinger. Videre inneholder retningslinjen generell informasjon om hva en risikovurdering er, samt en beskrivelse av hvordan en rent praktisk skal gjennomføre en risikovurdering i Risk Manager fra A til Å.

Informasjonsskriv «*Klassifiseringstabell for sannsynlighet og konsekvens*» definerer ulike sannsynlighetsnivå og konsekvensnivå for bruk i utføringen av risikovurderinger.

Ifølge kvalitetsleder er disse retningslinjene blitt overført til drift på sammen måte som beskrevet tidligere. Kvalitetsleder har hatt en gjennomgang/opplæring med alle ledere og ressurspersoner. Kvalitetsleders oppfatning er at det i hovedsak er ledere sammen med ressurspersoner som gjennomfører risikovurderinger. Det er gjennomført risikovurderinger på kommunalavdelingsnivå, virksomhetsnivå og avdelingsnivå.

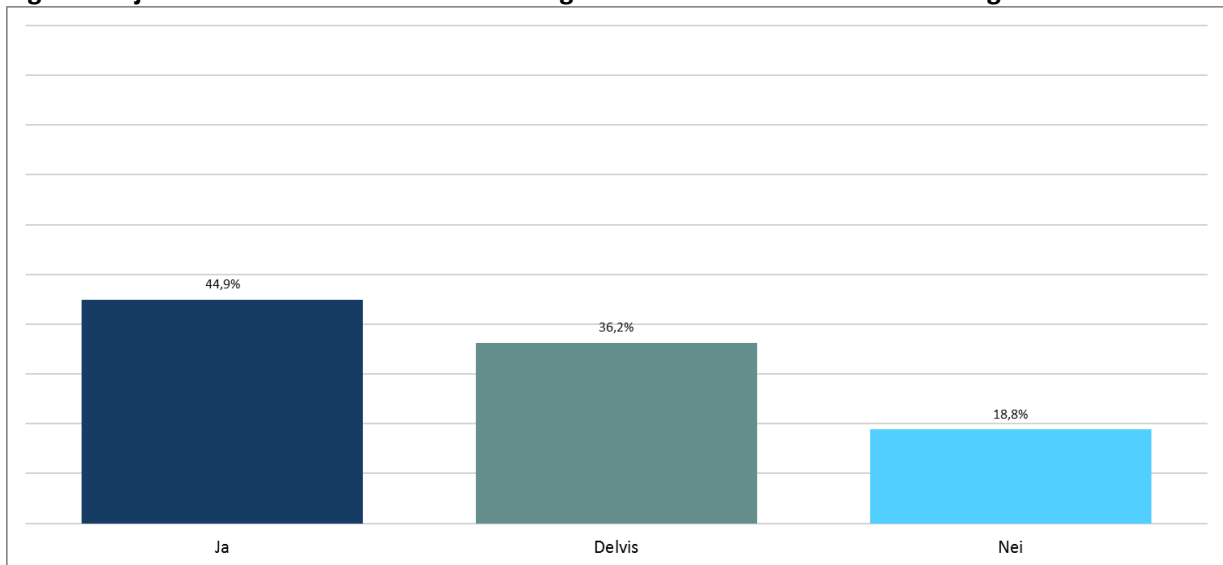
Revisjonen har også fått oversendt gjennomførte risikovurderinger fra kommunalavdelingens stab, virksomhet bo- og service, virksomhet hjemmebaserte tjenester og virksomhet Peer Gynt helsehus. Risikovurderingene inneholder informasjon om type uønsket hendelse, konsekvensområde, beskrivelse av risikoreducerende tiltak og hvem som er ansvarlig.

Risikovurdering – spørreundersøkelse

På spørsmålet «Har du fått opplæring i risikomodule i kommunens kvalitetssystem?» besvarer 29 av 70 (41,4 %) av respondentene «ja», 30 av 70 (42,9 %) besvarer «delvis» og 11 av 70 (15,7 %) bevarer «nei». 16 av 33 (48,5 %) av lederne svarer med «ja», 42,4 % (14 av 33) av lederne svarer «delvis», mens 3 av 33 (9,1 %) av lederne besvarer med «nei». 12 av 36 (33,3 %) av de tillitsvalgte/verneombudene besvarer med «ja», 16 av 36 (44,4 %) besvarer med «delvis» og 8 av 36 (22,2 %) besvarer med «nei». Moss kommune mener selv at 70 prosent av lederne bør svare med «ja». Mens 30 prosent av de tillitsvalgte/verneombudene bør svare med «ja».

Figur 15 viser hvordan respondentene har besvart spørsmålet «Kjenner du til kommunens veiledning for utarbeidelse av risikovurderinger».

Figur 15: Kjenner du til kommunens veiledning for utarbeidelse av risikovurderinger?

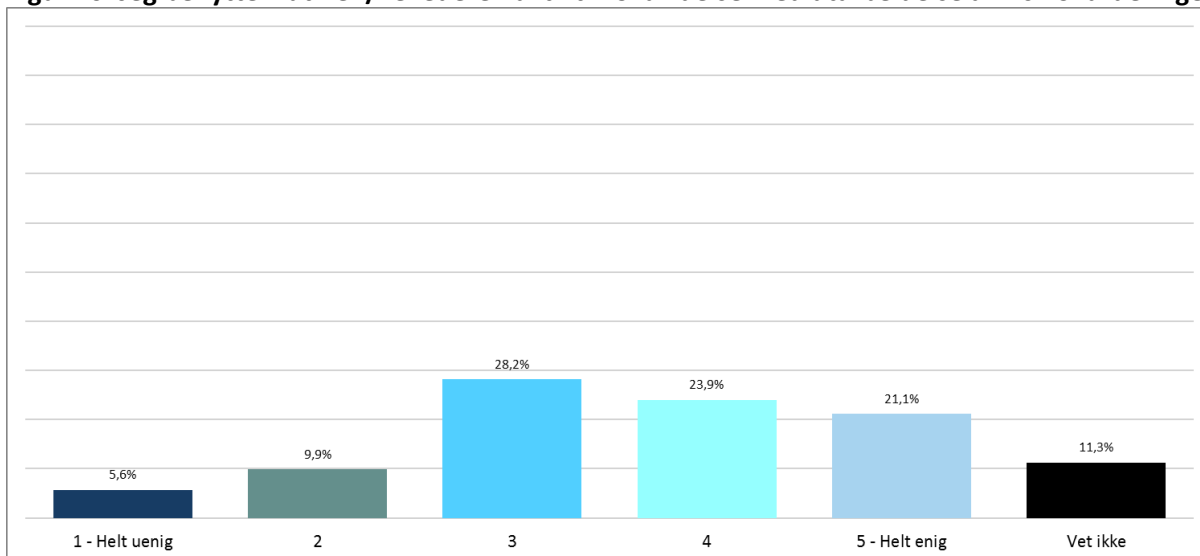


Revisors merknad: n=69.

Figuren viser at 44,9 % (31 av 69) kjenner til kommunens veiledning for utarbeidelse av risikovurderinger, mens 36,2 % (25 av 69) besvarer med «delvis» og 18,8 % (13 av 69) besvarer med «nei». Det er 69,7 % (23 av 33) av lederne som besvarer med «ja», 24,2 % (8 av 33) besvarer med «delvis» og 6,1 % (2 av 33) besvarer med «nei». Moss kommune mener selv at 70 prosent av respondentene bør svare med «ja».

Av figur 16 fremkommer i hvilken grad respondentene benytter rutinen/veilederen aktivt i forbindelse med utarbeidelse av risikovurderinger.

Figur 16: Jeg benytter rutinen/veilederen aktivt i forbindelse med utarbeidelse av risikovurderinger

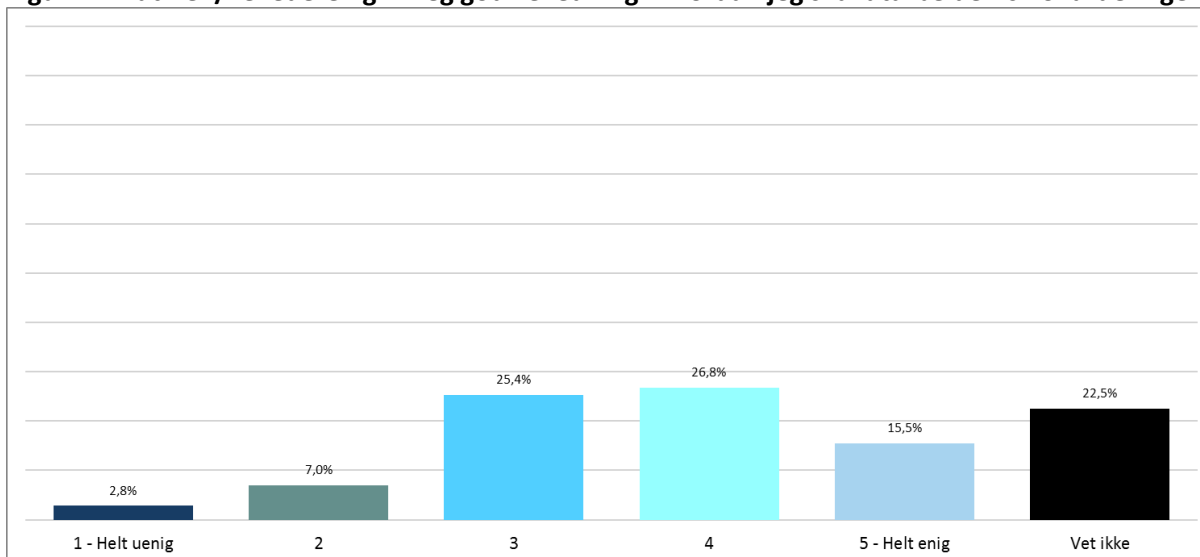


Revisors merknad: n=71.

Det fremkommer av figuren at 45,0 % (32 av 71) av respondentene besvarer med svaralternativ 4 eller 5. Gjennomsnittskår totalt er på 3,51 gjennomsnittskår for lederne er på 3,55. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være mellom 4,0 og 4,2.

Figur 17 gir svar på i hvor stor grad respondentene opplever at rutinen/veilederen gir god veiledning i hvordan risikovurderinger skal utarbeides.

Figur 17: Rutinen/veilederen gir meg god veiledning i hvordan jeg skal utarbeide risikovurderinger.

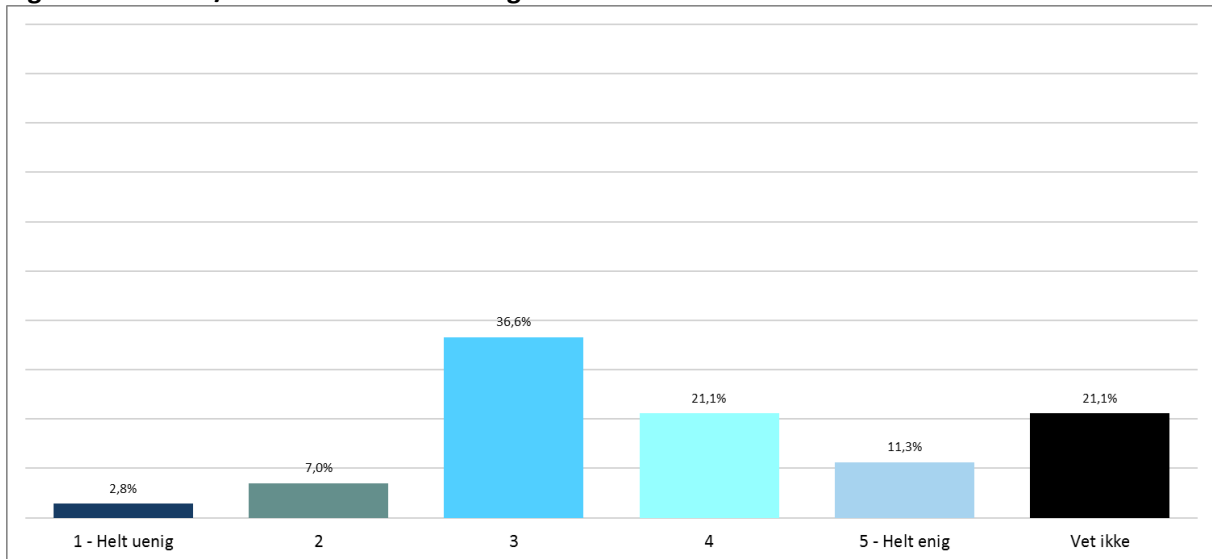


Revisors merknad: n=71.

Det fremkommer av figuren at de fleste respondentene besvarer med svaralternativ 3 eller 4 (52,2 % - 37 av 71). 22,5 % (16 av 71) besvarer med «vet ikke». Gjennomsnittskår totalt er på 3,58, gjennomsnittskår for lederne er på 3,38. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være 4,0.

Figur 18 gir svar på i hvor stor grad respondentene opplever at rutinen/veilederen er oversiktlig.

Figur 18: Rutinen/veilederen er oversiktlig.



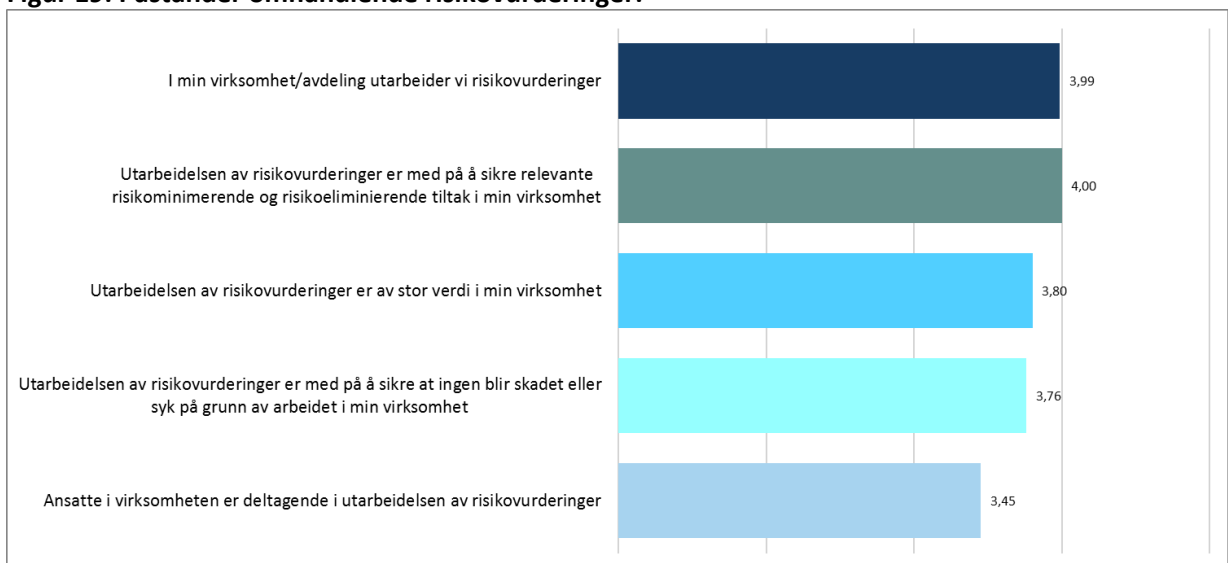
Revisors merknad: n=71

Det fremkommer av figuren at de fleste respondentene besvarer med svaralternativ 3 eller 4 (57,7 % 41 av 71). 21,1 % (15 av 71) besvarer med «vet ikke». Gjennomsnittskår total er på 3,39, mens gjennomsnittskår for lederne er på 3,25. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være 4,0.

Spørsmålet som omhandler om kommunens rutine/veileder i risikovurdering oppleves som lett tilgjengelig oppnår en total gjennomsnittskår på 3,52, mens gjennomsnittskår for lederne er på 3,38. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på spørsmålet bør være 4,0.

Figur 19 viser hvordan respondentene har besvart 5 påstander omhandlende utarbeidelse og betydningen av risikovurderinger. Svarene er gitt på en 5-punktsskala hvor 1= «Helt uenig» og 5= «Helt enig».

Figur 19: Påstander omhandlende risikovurderinger:



Revisors merknad: n=70-71.

Det fremkommer av figuren at påstanden som oppnår den beste gjennomsnittskåren (4,00 total, 3,91 for lederne) er «Utarbeidelse av risikovurderinger er med på å sikre relevante risikominimerende og

risikoeliminerende tiltak i min virksomhet», mens påstanden med dårligst skår (3,45 total, 3,59 for lederne) er «Ansatte i virksomheten er deltagende i utarbeidelsen av risikovurderinger». Moss kommune mener selv at gjennomsnittsskår på samtlige påstander bør ligge mellom 4,0 og 4,2.

3.3 Vurderinger

Som det fremkommer av revisjonskriteriene i kapittel 3.1 bør de ansatte ha fått opplæring knyttet til relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre sine oppgaver, herunder også kunnskap om hvordan man gjennomfører risikovurderinger. De ansatte skal få opplæring i å melde og behandle avvik, og avvik skal benyttes i forbedringsarbeid.

Kvalitetsarbeid

Det fremkommer av fakta at kommunens omsorgstjenester har besluttet å innføre kvalitetsledelse «*Kontinuerlig forbedring – styrt kvalitet*». Arbeidet har blant annet som mål å etablere system for risikobasert tilnærming og kontinuerlig forbedring. Dette skal sikre at tjenestene blant annet følger opp meldinger om uønskede hendelser/avvik på en systematisk måte med fokus på årsaker og iverksetting av risikoreducerende tiltak. Arbeidet frem til nå har i all vesentlighet blitt gjennomført på ledernivå, men det er planlagt at de ansatte i større grad også skal være deltagende i dette arbeidet. Det fremkommer av fakta at fokuset på avviksregistrering og –håndtering, samt risikovurderinger og forbedringsmuligheter er styrket etter oppstart av kvalitetsledelse. Videre har kommunalavdelingen organisert sitt kvalitets- og internkontrollarbeid gjennom månedlige overordnede- og lokale kvalitetsutvalg, samt kvalitetsnettverk. Dette fremstår for revisjonen som en god måte å organisere arbeidet på. En slik organiseringen av kvalitetsarbeidet bør være ett godt utgangspunkt for å utarbeide, forbedre og implementere arbeidet med avviksregistrering/-håndtering og internkontroll generelt i hele kommunalavdelingen.

Opplæring internkontroll

Det fremkommer av fakta at alle nyansatte innen helse og omsorg skal gjennomføre et felles opplæringsprogram. Vi legger her til grunn innholdet i «*Strategisk kompetanseplan for helse og omsorgstjenesten 2017-2020*». Malen «*Opplæringskompendium nyansatte*» inneholder, etter revisjonens vurdering, god informasjon om innholdet og hensikten med kommunens kvalitetssystem Risk Manager. Her fremkommer det også at alle nyansatte skal få opplæring i systemet. Det er ikke besluttet på overordnet nivå hvordan opplæringen av kvalitetssystemet og avviksmelding skal foregå utover det som er beskrevet i opplæringskompendiumet. Det er lederne som har ansvar for å sikre at ansatte er kjent med systemet og hvordan avvik skal meldes. I tillegg til opplæringen som gjennomføres ute på virksomhetene er det gjennomført to e-læringsseanser for å sikre at alle ansatte får veiledning i hvordan man skal melde avvik og en introduksjon til bruk av kvalitetssystemet. På overordnetnivå fremstår skriftligheten og organiseringen av opplæringen som god.

I spørreundersøkelsen oppgir 73,2 % (52 av 71) av respondentene at de har fått opplæring i avviksmodule, mens 21,1 % (15 av 71) besvarer med «delvis» og 5,6 % (4 av 71) oppgir at de ikke har fått opplæring. Sett opp mot revisjonskriteriene og kommunens eget system for opplæring på feltet, er det revisjonens formening, at dette er en for liten andel. Revisjonen mener alle ledere/tillitsvalgte/verneombud burde ha mottatt tilstrekkelig opplæring på feltet. Den eneste grunnen til ikke å ha mottatt tilstrekkelig opplæring er om noen av respondentene eventuelt er nyansatte i kommunen. Revisjonen mener også at flere av spørsmålene som omhandler opplæring tilknyttet internkontroll og avvik generelt sett oppnår noe svak skår. Vi legger her blant annet til grunn at spørsmålet «*Har du sørget for at ansatte i din virksomhet/avdeling har fått opplæring i avviksmodule*» oppnår ett gjennomsnittsskår på 3,65. Moss kommune mener selv at gjennomsnittsskår på spørsmålet bør være mellom 4,0 til 4,2. Revisjonen er av den formening at

gjennomsnittskår på spørsmålet burde ha lagt rundt 4,5. Det er også et vesentlig antall av respondentene (29,4 % - 10 av 34) som besvarer med svaralternativ 4 eller 5 på om de «*Opplever å ha behov for mer opplæring innen avvik*». Dette er, etter revisjonens, vurdering ikke godt nok.

Etter revisjonens vurderinger fremstår det som om lederne har en forholdsvis god oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring (gjennomsnittskår 4,06). Samtidig oppnår spørsmål omhandlende kjennskap til og opplæring av virksomhetens generelle internkontroll, etter revisjonens vurdering, en noe lav gjennomsnittskår. Dette kan illustreres med at spørsmålene: «*Opplever du at de ansatte har tilstrekkelig kjennskap til virksomhetens internkontroll*», «*Er opplæringen av nyansatte knyttet til regelverk, retningslinjer og veiledere satt i system i din virksomhet*» og «*Hvor god opplever du at opplæringen er*» oppnår gjennomsnittskår på henholdsvis 3,24, 3,62 og 3,33.

Avviksmelding og –håndtering

Det fremkommer av fakta at kommunen har utarbeidet flere overordnede dokumenter som omhandler melding og behandling av avvik. Her nevnes blant annet «*Melding og behandling av uønskede hendelser (avvik)*» og «*Hurtigguide for behandling av uønskede hendelser (avvik)*». Disse er, ifølge kvalitetsleder, gjennomgått med samtlige ledere i helse og sosial. I tillegg er dokumentene gjennomgått i kommunalavdelingens overordnede kvalitetsutvalg og kvalitetsnettverket. Agenda for overordnet kvalitetsutvalg blir gjennomgått i de lokale kvalitetsutvalgene, derfra skal avdelingslederne ta dette med ut til de ansatte i avdelingene. Om overnevnte informasjonslinje følges til punkt og prikke, er det revisjonens vurdering, at implementering av gjeldende rutiner på feltet er god.

Avvik registreres i noe mindre grad i virksomhetene/avdelingene i kommunalavdeling helse og sosial enn hva kommunen selv mener bør være tilfelle. Spørsmålet: «*Blir avvik registrert i din virksomhet/avdeling?*» oppnår en gjennomsnittskår på 4,18, mens kommunen selv mener gjennomsnittskår bør ligge på 5,0. Revisjonen stiller seg bak kommunens egen vurdering på dette feltet. Videre fremkommer det av spørreundersøkelsen at de aller fleste kjenner til, benytter og opplever at kommunens rutiner og prosedyrer for registrering av avvik gir god veiledning i hvordan avvik skal registreres. På et overordnet nivå opplever revisjonen disse resultatene som tilfredsstillende. Det fremkommer av spørreundersøkelsen at, lederne i kommunalavdeling helse og sosial, har god kjennskap til kommunens rutiner og prosedyrer for oppfølging av avvik. Videre fremkommer det at lederne i mindre grad benytter rutinene enn hva kommunens selv mener er tilfredsstillende.

På et overordnet nivå er det revisjonens oppfatning at resultatene fra spørreundersøkelsen som omhandler avviksregistrering og avvikhåndtering i stor grad fremstår som tilfredsstillende. Samtidig bør det nevnes at påstandene: «*Jeg setter av tid til å registrere avvik*» og «*I min virksomhet er det kultur for å registrere avvik*» oppnår vesentlig dårligere gjennomsnittskår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende.

Risikovurderinger

Det fremkommer av fakta at kommunen har utarbeidet overordnet retningslinje omhandlende risikovurdering. Retningslinjen inneholder generell informasjon om hva en risikovurdering er, samt en beskrivelse av hvordan en rent praktisk skal gjennomføre en risikovurdering i Risk Manager. Samtidig fremkommer det at retningslinjene er overført til drift fra overordnet kvalitetsutvalg, lokale kvalitetsutvalg, kvalitetsnettverk og kommunisert ut til de ansatte via lederne. Kvalitetsleder har også gjennomført opplæring på feltet for ledere og ressurspersoner i kommunalavdeling helse og sosial. Det er i all hovedsak ledere og ressurspersoner som, på revisjonens tidspunkt, gjennomfører risikovurderinger i kommunalavdelingen. Samtidig fremkommer det at de ansatte i større grad vil bli tatt med i dette arbeidet i fremtiden. Revisjonen finner overnevnte tilfredsstillende.

Det er revisjonens overordnede vurdering at svarene på spørsmålene/påstandene omhandlende risikovurderinger i spørreundersøkelsen er noe svake. De fleste spørsmålene/påstandene oppnår dårligere gjennomsnittskår enn hva kommunen selv anser som tilfredsstillende. Her legger vi blant annet til grunn at 48,5 % (16 av 33) av lederne besvarer «ja» på at de har fått opplæring i risikomodulen i kommunens kvalitetssystem. Kommunen mener selv at 70 prosent av lederne burde ha svart med «ja». Videre er det 44,9 % (31 av 69) av respondentene som besvarer «ja» på at de kjenner til kommunens veiledning for utarbeidelse av risikovurderinger, her mener kommunen at 70 prosent av respondentene burde ha besvart med «ja». Revisjonen stiller seg bak kommunens egen vurdering av hva som er tilfredsstillende skår. Samtidig skal det sies at det i all vesentlighet er ledere og ressurspersoner i virksomhetene som utarbeider risikovurderinger, av den grunn er det naturlig at ikke alle kjenner til veilederen.

4 MELLØSPARKEN SYKEHJEM – BRUKERMEDVIRKNING OG INDIVIDUELL TILPASNING

4.1 Revisjonskriterier

Basert på utledningen av revisjonskriterier i vedlegg 8.1, legger revisjonen følgende kriterier til grunn for besvarelsen av problemstillingen:

- Melløsparken sykehjem må ha et system som ivaretar beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov.
- Melløsparken sykehjem må særlig sørge for at:
 - beboerne får tilstrekkelig informasjon om mulighetene for medvirkning og tilpasning til individuelle behov,
 - beboere og pårørende involveres både på systemnivå og individnivå,
 - beboerne gis mulighet til å leve et mest mulig normalt liv, herunder adgang til aktiviteter, å dyrke egne interesser, og adgang til å komme ut,
 - beboerne har et variert og tilstrekkelig kosthold, med mulighet for hjelp til måltider,
 - Boformen er forsvarlig, og at det tas hensyn til funksjonshemninger og behandlingsrelaterte behov, samt tilby enerom, og at
 - skjermede enheter for senil demente har adgang til felles goder/aktiviteter og er sikret samme areal til disposisjon som andre beboere.

4.2 Fakta

Sykehjemmets organisering

I henhold til virksomhetsplan for Melløsparken sykehjem¹⁰ har sykehjemmet 45 langtidsplasser fordelt på to enheter. Enhet A består av tre avdelinger, hvorav to er demensavdelinger. Enhet B består av to avdelinger med ti beboere i hver, alle med somatiske lidelser.

Sykehjemmets ledelse er organisert med en virksomhetsleder og to avdelingsledere, som er ansvarlig for hver sin enhet. Virksomhetsleder har vært ansatt siden desember 2017, og har tidligere arbeidet som avdelingsleder for sykehjem i Våler kommune. Virksomhetsleder er utdannet sykepleier med videreutdanning i administrasjon, ledelse og økonomi. Avdelingssykepleierne har arbeidet ved sykehjemmet i 8 og 25 år, og er utdannet sykepleier og helsefagarbeider.

Sykehjemmet har 46,4 årsverk i tillegg til ledelsen. Årsverkene fordeler seg på 23 sykepleiere, 41 faglærte og 19 ufaglærte. 14 av de ufaglærte er nå er i ferd med å avslutte et utdanningsforløp (for å bli helsefagarbeidere). Virksomhetsleder informerer om at de jobber for å kunne tilby faste stillinger til faglærte i minimum 80% stilling. Virksomhetsleder informerer om at de siden 2017 har ansatt fire nye sykepleiere, samt rekruttert to tredjeårsstudenter. Sykehjemmet har derfor fire flere sykepleiere på revisjonens tidspunkt enn for ett år siden. Videre har man restrukturert organiseringen av sykepleiere, ved å plassere én sykepleier på topp pr. enhet. Virksomhetsleder legger til at økt sykepleiedekning, samt flere faglærte trolig har hatt effekt på virksomhetens sykefravær. Virksomhetsleder viser til at sykefraværet for mai 2018 var 5 %, mens det på samme tid i 2017 var 18 %.

¹⁰ Godkjent 15.9.17.

Rutiner og retningslinjer for brukermedvirkning og individuell tilpasning og sykehjemmets praktisering av disse

Moss kommune har flere rutiner og retningslinjer som omhandler brukermedvirkning. Enkelte av rutinene er etablert på overordnet nivå og gjelder for hele kommunalavdeling helse og sosial, mens enkelte av rutinene er på virksomhetsnivå – gjeldende for Melløsparken sykehjem. Rutiner og sjekklister er tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem. Relevante rutiner og retningslinjer presenteres fortløpende nedenfor. Rutinene på virksomhetsnivå gjelder for tjenesteansvarlig/sykepleier og primærkontakter/helsefagarbeider, som er ansvarlige for gjennomføring, mens ledelsen er ansvarlig for rutinen. Avdelingslederne har også et ansvar for å legge til rette for gjennomføring ved nødvendig planlegging og forberedelser ved eksempelvis innflytting av ny beboer. Virksomhetsleder informerer avslutningsvis i revisjonens analyse av innsamlet fakta at det er foretatt revisjon av rutinene ved Melløsparken sykehjem etter at virksomheten har blitt oppmerksomme på revisjonens funn underveis. Det vises bant annet til dokument som er både sjekklister, omsorgsavtale og en generell forberedelse av ny beboer – alt i ett dokument. Dette skal sikre en bedre dokumentasjon og brukermedvirkning. Revisjonen viser til rutinene som forelå ved oppstart av revisjonen, men kommenterer underveis der vi har fått informasjon om nye rutiner.

Melløsparken har utarbeidet en informasjonsbrosjyre om sykehjemmet som skal leveres ut til beboer/pårørende ved innflytting.

Av brosjyren fremgår at beboere på Melløsparken sykehjem til enhver tid vil få den hjelp og omsorg som norsk lovgivning og Moss kommune krever. Ifølge brosjyren innebærer dette at beboerne skal oppleve:

- Trygghet til at personalet til enhver tid er serviceorientert og har tilstrekkelig kunnskap for å gi nødvendig helsefaglig opplæring.
- Å få nødvendig informasjon om dagliglivets aktiviteter.
- At beboerrom er privat, med egne møbler, og at personlige eiendeler respekteres.
- At fellesarealene har en trivelig atmosfære med planter, bøker og pynteting, som i et vanlig hjem.
- Faste rutiner, men at personalet kommer raskt når alarmen benyttes.
- At personalet vil ta de samme hensyn som før, dersom man som beboer skulle miste evnen til å være orientert om tid og sted.

Brosjyren gir også praktisk informasjon om blant annet måltider, besøkstider, samarbeid med pårørende, kultur, beboerrom og mulighet for å møblere etter eget ønske. Videre fremgår at sykehjemmet tilbyr blant annet fysioterapi/ergoterapi, frisør og fotpleie, samt sansehage.

Melløsparken har utarbeidet en egen oversikt over beboernes mulighet til å medvirke «MPS-Brukermedvirkning». Her fremgår at beboerne medvirker gjennom følgende tiltak:

- Brukerundersøkelser (som gjennomføres hvert andre år)
- Lotte – modellen¹¹
- Innkomstsamtaler
- Omsorgsavtaler (revideres en gang pr. år)
- Tiltaksplaner
- IKOS

¹¹ Inspirert av det danske sykehjemmet Lotte. Hensikten er å la beboerne fortsette livet mest mulig likt det de hadde før. De eldre får selv være med på å bestemme hvordan hverdagen skal være ved blant annet å velge selv når de skal legge seg og stå opp.

Brukerundersøkelser

Ifølge overordnet rutine for gjennomføring av brukerundersøkelser – «KAHS – Brukerundersøkelser i regi av Bedre kommune – gjennomføring» skal undersøkelsen gjennomføres hvert tredje år etter oppsatt plan.

Brukerundersøkelsen omhandler pårørendes/brukernes opplevde tilfredshet ved tilbudet. Undersøkelsen er bygd opp rundt 7 hovedområder som hver består av flere påstander. Et av hovedområdene er brukermedvirkning.

Resultatet fra undersøkelsen skal legges frem for helse- og sosialutvalget, samt den aktuelle virksomhet. Resultatene skal være grunnlag for forbedringsarbeid. Virksomheten skal rapportere til ledelsen i ledelsens gjennomgang (LG-møter).

Forrige brukerundersøkelse ble gjennomført i mars 2018. Virksomhetsleder forteller om lav skår i brukerundersøkelsens del om aktivitet. Dette kom ikke som en overraskelse. Virksomhetsleder viser til situasjonen sykehjemmet har vært i med lite styring, grunnet liten kontinuitet på ledernivå de 3-4 siste årene, samt mye klager og negative tilbakemeldinger fra pårørende og negativ omtale i mediene. Resultatene fra brukerundersøkelsen 2015 var ikke blitt gjort noe med og resultatene fra denne samsvarer med den fra februar (resultatene fremkommer i tabellen nedenfor). Ifølge virksomhetsleder blir brukerundersøkelsesresultatet brukt som et verktøy til forbedring. Flere av de planlagte aktivitetene som beskrives nærmere nedenfor, samt styrking av pårørendesamarbeidet er kommet som et resultat av dette.

I tabellen nedenfor fremgår resultater fra brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2018. Tabellen viser resultatene fra Melløsparken, men også for Orkerød, Peer Gynt, gjennomsnittet for Moss og gjennomsnittet for landet. De syv hovedområdene er delt inn i flere påstander, hvor det skal vurderes grad av tilfredshet på en skal fra 1-6, hvor 1 er «Helt uenig» og 6 er «Helt enig».

Tabell 1: Resultater fra brukerundersøkelsen

Hovedområder:	Melløsparken	Orkerød	Peer Gynt	Snitt Moss	Snitt land
Resultat for beboeren	3,8	4,5	4,4	4,3	4,4
Trivsel	4,6	4,7	4,9	4,7	4,8
Brukermedvirkning	3,8	4,3	4,6	4,2	4,2
Respektfull behandling	4,9	5,1	5,2	5,1	5,0
Tilgjengelighet	4,7	5,0	4,9	4,9	4,8
Informasjon	3,7	4,5	4,6	4,3	4,3
Helhetsvurdering	4,6	5,0	5,1	4,9	4,9
Snitt totalt	4,2	4,7	4,7	4,5	4,5
Svarprosent	66 %	63 %	63 %	63 %	

Melløsparken skårer i snitt lavere enn både Orkerød og Peer Gynt. I saksutredningen fremgår at resultatene fra Melløsparken er 0,1 lavere enn i 2015. Videre fremgår at det er viktig å ha kunnskap om virksomhetens formål, drift og lokaler ved vurderingen av tilfredshet for de ulike påstandene. For Melløsparken vises det spesielt til at bygningsmassen setter enkelte begrensninger i muligheten til å komme seg ut i frisk luft og til å benytte sansehagen.

Lotte – modellen

Virksomhetsleder informerer om at denne modellen ikke lenger er i bruk – i den forstand at den kan bære spesifikt dette navnet. Modellen ble mye brukt for noen år siden og noen ideer og innhold er

tatt vare på. Virksomhetsleder viser eksempelvis til dokumentet «Sjekkliste: Forberedelse til mottak av ny beboer».

Innkomtsamtaler

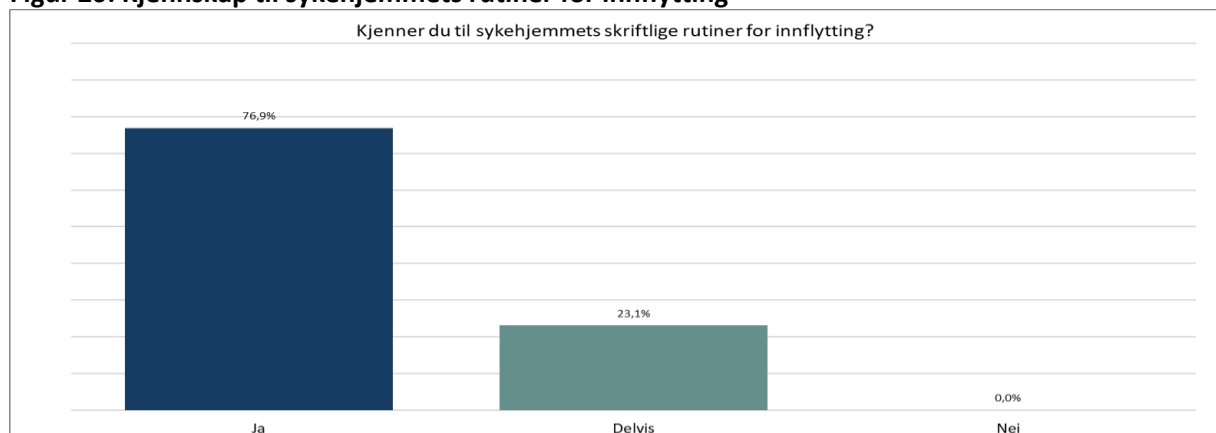
Melløsparken sykehjem har utarbeidet en egen rutine for innflytting «MPS – Innflytting av ny beboer». Av rutinen fremgår følgende:

- Ankomstsamtale gjennomføres på ankomstdagen eller en nærmere avtalt dag.
- Skjema for kostønsker gjennomgås og fylles ut.
- Innkomstrapport skal skrives i Geric.
- Innkomstapport bør inneholde:
 - når beboer ankom,
 - hvem som fulgte beboer,
 - hvor beboer kom fra og
 - hvem som tok imot beboer

I sykehjemmets sjekkliste for innflytting skal det signeres for utført innkomstrapport, innkomtsamtale og utfylt skjema for kostønsker.¹² Ved avslutning av revisjonens faktainnsamling informerer virksomhetsleder om at rutine for bruk av sjekklisten har vært dårlig, men at dette er i endring. Det vises til nytt og komprimert dokument skal benyttes for alle nye beboere. Dokumentet skal arkiveres i papirjournal og informasjon skal føres over på Geric og IKOS.

I spørreundersøkelsen har revisjonen undersøkt sykepleiernes kjennskap til sykehjemmets rutiner for innflytting. Resultatene presenteres i tabellen nedenfor:

Figur 20: Kjennskap til sykehjemmets rutiner for innflytting



Revisors merknader: n= 13.

Figuren viser at 76,9 % av respondentene kjenner til sykehjemmets rutiner for innflytting. De resterende respondentene kjenner delvis til rutinene.

Virksomhetsleder fremhever betydningen av det første møtet med beboeren. Det jobbes med å forankre dette hos de ansatte. Her jobber sykepleierne inn mot fagmiljøene for å bevisstgjøre for alle ansatte hvilken betydning det første møtet har. Informasjon fra den første samtalen mellom ansatte og beboer blir ofte grunnlaget for beboers tiltaksplan.

I revisjonens mappegjennomgang ble det undersøkt hvorvidt det forelå innkomstrapport og dokumentert ankomstsamtale i beboerens journaler i Geric. 10 beboerjournaler ble undersøkt. For en av beboerne er det laget et innkomstnotat. Tre andre har legenotat, som revisjonen sidestiller

¹² I sjekklisten er det mulighet for å legge inn kommentar.

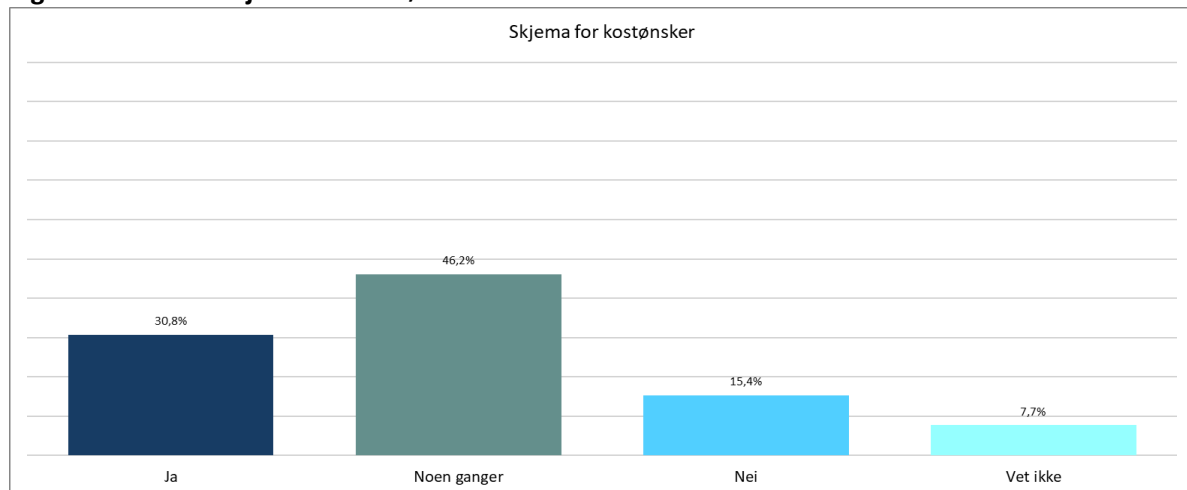
som inkomstnotat. To beboere har notat fra annet personell, mens de fire siste ikke har noe slags inkomstnotat dokumentert i Gerica. For seks av 10 beboere er det ikke dokumentert ankomstsamtale i Gerica.

I spørreundersøkelsen har revisjonen undersøkt hvorvidt det gjennomføres ankomstsamtale, og om denne dokumenteres. Samtlige respondenter svarer «Ja» på spørsmål om det gjennomføres ankomstsamtale, og 84,6 % svarer «Ja» på spørsmål om samtalen dokumenteres i Gerica. De resterende to respondentene svarer «Nei» og «Vet ikke».

Respondenten som har svart at ankomstsamtalen ikke dokumenteres oppgir følgende forklaringer: «Det er ikke tid til å dokumentere» og «Vet ikke hvordan en slik samtale skal dokumenteres».

Skjema for kostønsker er ved oppstart av revisjonen ikke tilgjengelig i kvalitetssystemet, men det skal være en del av «Min livshistorie» (omtales nedenfor). Ved avslutning av faktainnsamlingen er dette skjema gjort om til en del av et nytt dokument som også omhandler mat. I undersøkelsen har revisjonen spurt om skjema for kostønsker benyttes i utformingen av tjenestetilbudet til beboerne. Svarene fremkommer i figuren nedenfor.

Figur 21: Bruk av skjema for kostønsker



Revisors merknader: n= 13.

Figuren viser at flertallet av respondentene svarer «Ja» (30,8 %) eller «Noen ganger» (46,2 %) på spørsmål om skjema for kostønsker blir benyttet i utformingen av tjenestetilbudet. De resterende respondentene svarer «Nei» (15,4 %) eller «Vet ikke» (7,7 %) på spørsmålet.

Omsorgsavtaler

For å sikre at beboeren får et individuelt tilpasset og forutsigbart opphold hvor ønsker og forventninger mellom beboer, pårørende og personalet er avklart, har Melløsparken utarbeidet rutine for omsorgsavtale – «MPS – Rutine for omsorgsavtale». Det fremkommer av informasjonsbrosjyren som er omtalt tidligere at alle beboere får en egen omsorgsavtale hvor individuelle ønsker blir førende for hvilken og hvor mye service og omsorg hver enkelt vil motta.

Omsorgsavtalen skal beskrive:

- hvilke ønsker beboeren har for oppholdet og behovet for bistand,
- hvordan samarbeidet med pårørende ønskes å være og
- hvem som skal tas med på råd når samtykke til helsehjelp ikke foreligger, herunder også økonomisk ansvar.

Ifølge rutinen skal omsorgsavtalen være ferdigstilt innen en måned etter ankomst og skal revideres ved behov og minimum hver sjetten måned.

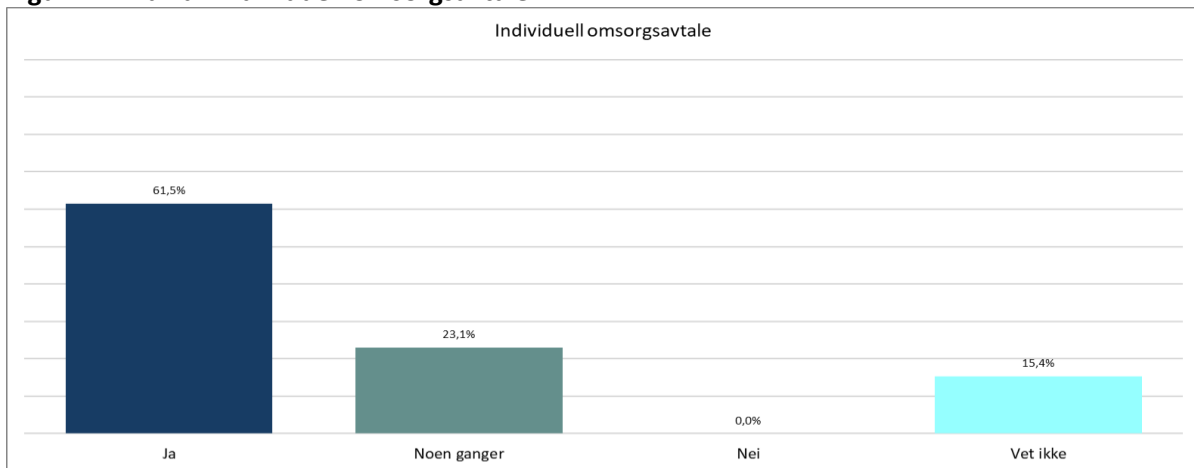
Omsorgsavtalen ligger ikke i Gerica. Hver beboer har en fysisk journal, hvor avtalen skal ligge. Ifølge rutinen skal gamle omsorgsavtaler oppbevares i B-journalen/fysisk journal.

I sykehjemmets sjekklister for innflytting skal det signeres for utfylt omsorgsavtale.

Virksomhetsleder informerer om at det utarbeides en individuell omsorgsavtale for alle beboere. Virksomheten har fokus på personsentrert tilnærming, hvor man kartlegger hva den enkelte har behov for. Virksomhetsleder informerer om at de arbeider med å forankre omsorgsavtalen blant de ansatte.

I undersøkelsen har revisjonen også spurt om individuell omsorgsavtale blir benyttet i forbindelse med utforming av tjenestetilbudet.

Figur 22: Bruk av individuell omsorgsavtale



Revisors merknader: n= 13.

Figuren viser at flertallet svarer «Ja» (61,5 %) på spørsmål om de bruker individuell omsorgsavtale i forbindelse med utformingen av tjenestetilbudet. De resterende respondentene svarer «Noen ganger» (23,1 %) eller «Vet ikke» (15,4 %).

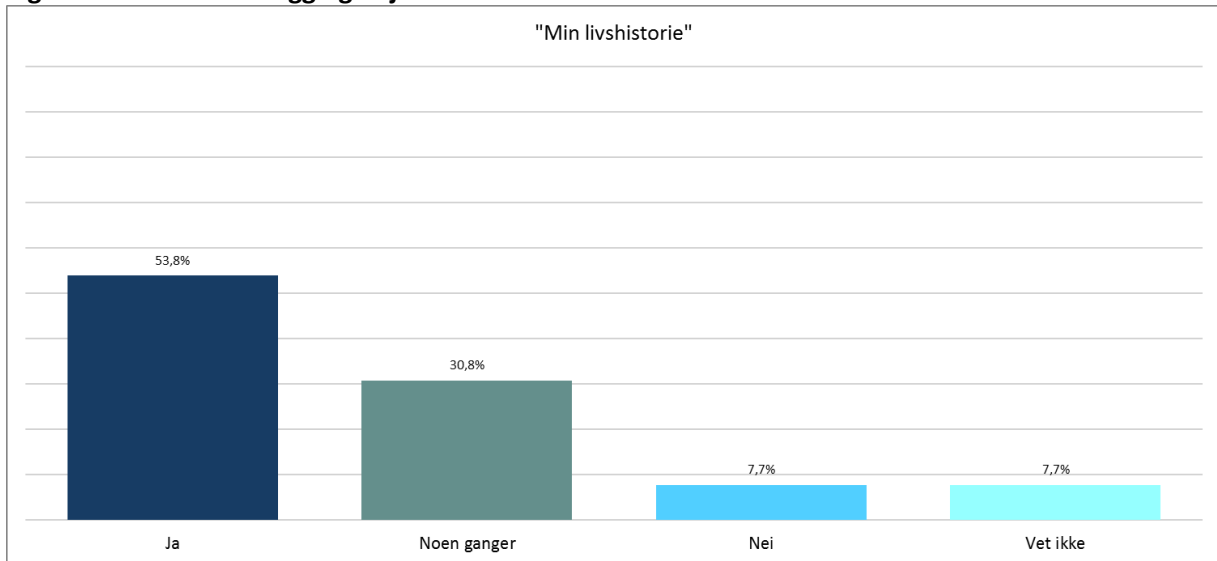
En av respondentene legger til at omsorgsavtalen ikke er godt nok utarbeidet og at det ofte er slik at pårørende ikke ønsker å bidra til å fylle den ut.

Revisjonen har gjennomgått ti beboermapper og fant omsorgsavtale i tre av disse mappene.

Virksomhetsleder forteller at skjemaet «Min livshistorie» skal benyttes til å innhente opplysninger om beboer. Dette er et kartleggingsskjema fra Nasjonalt kompetansesenter som blant annet kartlegger beboerens familie, jobb og hobbyer. Skjemaet ligger ikke i Gerica, men skal arkiveres i beboerens fysiske journal.

I undersøkelsen har revisjonen også spurt om «Min livshistorie» blir benyttet i forbindelse med utforming av tjenestetilbudet.

Figur 23: Bruk av kartleggingskjema «Min livshistorie»



Revisors merknader: n= 13.

Figuren viser at flertallet (53,8 %) oppgir at de bruker kartleggingskjema i forbindelse med utforming av tjenestetilbudet. 30,8 % av respondentene besvarer spørsmålet med «Noen ganger», og 7,7 % benytter kategoriene «Nei» og «Vet ikke».

På spørsmål om hvorfor skjema ikke benyttes svarer to av respondentene at det ikke alltid er slik at beboeren eller de pårørende ønsker å fylle ut disse skjemaene eller at de ikke kommer i retur fra pårørende.

Revisjonen har gjennomgått ti beboermapper. «Min livshistorie» var dokumentert i tre av 10 mapper.

Tiltaksplaner

Melløsparken har rutine for tiltaksplan – «MPS – Tiltaksplan». Formålet med rutinen er at alle beboere til enhver tid har en oppdatert tiltaksplan.

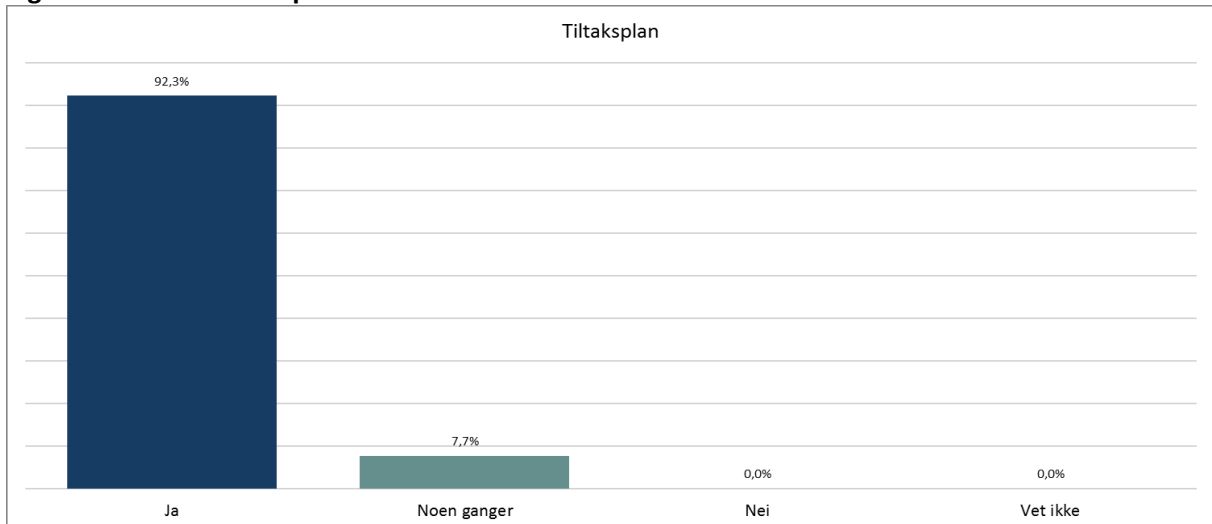
Tiltaksplanen skal inneholde beskrivelser av tiltak som sikrer at brukeren får tilfredsstilt sine grunnleggende behov, blir stimulert til egenomsorg og opplever trygghet og respekt. Tiltaksplanen skal med utgangspunkt i den enkeltes behov blant annet beskrive:

- tiltak for å oppnå mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv og
- tiltak for å stimulere til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

I sykehjemmets sjekklister for innflytting skal det signeres for at tiltaksplan er opprettet.

I spørreundersøkelsen har revisjonen spurt respondentene om de bruker tiltaksplan i forbindelse med utforming av tjenestetilbudet til beboerne.

Figur 24: Bruk av tiltaksplan



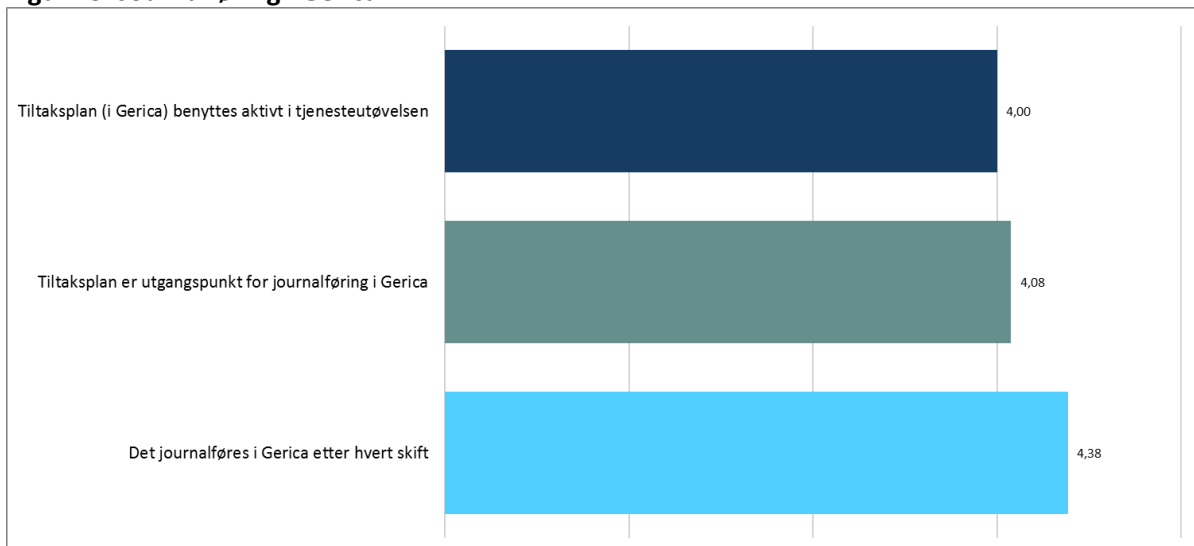
Revisors merknader: n= 13.

Figuren viser at flertallet av respondentene (92,3 %) bruker tiltaksplan i forbindelse med tjenestetilbudet til beboerne. De resterende respondentene svarer «Noen ganger».

Tiltaksplanen skal være under kontinuerlig evaluering og til enhver tid holdes oppdatert. Det skal dokumenteres ut fra tiltaksplanen etter hvert skift. Når det gjelder journalføring, forteller virksomhetsleder at det kan være en utfordring at ikke alle ansatte ved sykehjemmet er stødige i å formulere seg på norsk. Moss kommune har arrangert norsk-kurs for ansatte, og to medarbeidere ved sykehjemmet har deltatt. Virksomhetsleder håper på å kunne sende flere ansatte på nye kurs til høsten.

Figuren nedenfor viser resultater fra spørreundersøkelsens påstander knyttet til journalføring i Gerica. Svarene er avgitt på en skala fra 1-5, hvor 1 er «Helt uenig» og 5 er «Helt enig».

Figur 25: Journalføring i Gerica



Revisors merknader: n= 13. Standardavvik= 0,78, 0,73 og 0,84.

Figuren viser en gjennomsnittskår på over fire på samtlige påstander. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på samtlige påstander bør være minimum 4,5.

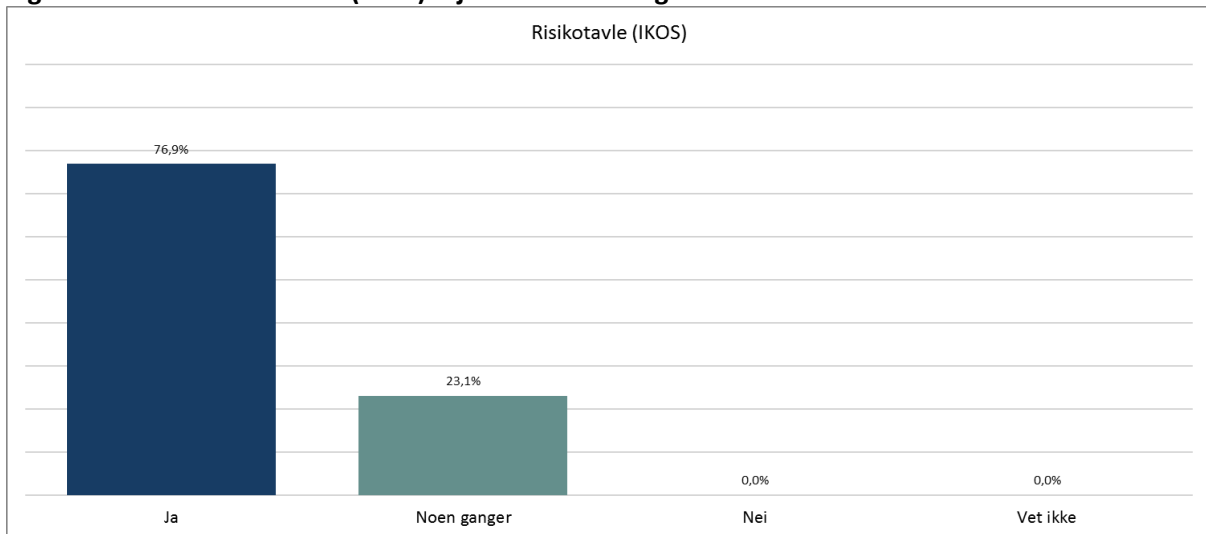
IKOS

Melløsparken sykehjem innførte IKOS¹³ som rapporteringssystem i mars 2018. IKOS Kvalitetsstyring består av en Brukertavle med oversikt over alle avdelingens brukere. Man ser brukeres helse- og livssituasjon, frister og status i oppfølgingen, hvem som har ansvar, uønskede hendelser og beskjeder.

Gjennom «*Risikotavlen*» i IKOS, kan også risikoområder for hver beboer gjennomgås, for eksempel når det gjelder ernæring, fall eller sår. Virksomhetsleder informerer om at dette skal repeteres hver dag, slik at alle ansatte kjenner risikoen.

I spørreundersøkelsen har revisjonen spurt respondentene om de bruker risikotavlen i IKOS i forbindelse med utforming av tjenestetilbudet til beboerne.

Figur 26: Bruk av risikotavle (IKOS) i tjenesteutforming



Revisors merknader: n= 13.

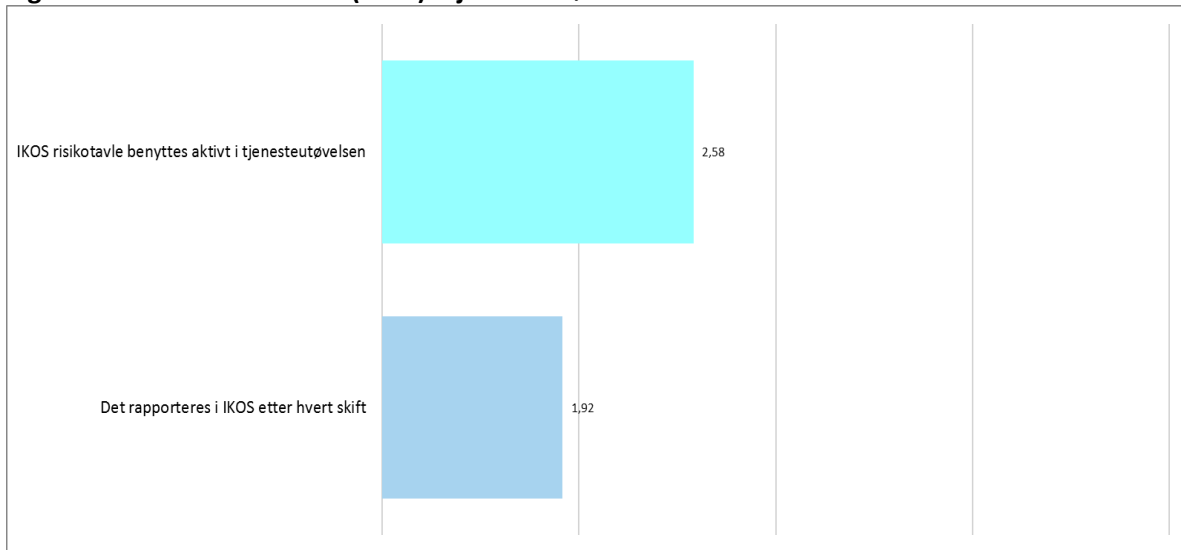
Figuren viser at flertallet (76,9 %) oppgir at de bruker risikotavlen i forbindelse med utforming av tjenestetilbudet. De resterende respondentene (23,1 %) svarer «*Noen ganger*» på spørsmålet.

IKOS er på revisjonens tidspunkt ikke kompatibel med Gericia, men skal etter planen bli det. Enn så lenge fører systemet med seg en del dobbeltarbeid hva gjelder dokumentasjon og rapportering. Virksomhetsleder forteller at det på revisjonens tidspunkt fortsatt er en utfordring å få alle ansatte til å benytte seg av IKOS-rapportene.

Figuren nedenfor viser resultater fra spørreundersøkelsens påstander knyttet til bruk og rapportering i IKOS. Svarene er avgitt på en skala fra 1-5, hvor 1 er «*Helt uenig*» og 5 er «*Helt enig*».

¹³ Elektronisk tavle som gir oversikt for oppfølging av den enkelte avdelings brukere.

Figur 27: Bruk av risikotavle (IKOS) i tjenesteutøvelsen



Revisors merknader: n= 13. Standardavvik= 1,19 og 1,26.

Figuren viser en gjennomsnittskår på 2,58 på påstanden om bruk av IKOS risikotavle i tjenesteutøvelsen og 1,92 på påstanden om det rapporteres i systemet etter hvert skift. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på begge påstandene bør være minimum 4.

Involvering av pårørende

Kommunikasjonen med pårørende har vært et av områdene som virksomhetsleder har hatt fokus på siden han begynte i stillingen i desember 2017. Virksomhetsleder informerer om at det blant annet skal gjennomføres faste pårørendesamlinger. Etter tilbakemeldinger fra de pårørende vil samlingene gjennomføres hvert halvår. Første samling ble avholdt i februar i år og virksomhetsleder opplevde samlingen som et konstruktivt møte med god dialog.

Virksomhetsleder forteller at det også sendes ut informasjonsskriv og orientering om driften til alle pårørende. Dette gjøres i form av julebrev og sommerbrev, hvor man får ønsket god jul og god sommer, og samtidig gi en oversikt over status, og spille med åpne kort om utfordringer. Virksomhetsleder påpeker at åpenhet om drift, utfordringer og løsninger er helt sentralt og kjempeviktig.

Pårørende blir også kontaktet i forkant av beboernes årskontroll, for å høre om de ønsker å være til stede under kontrollen. Pårørende skal for øvrig også informeres om alle endringer, for eksempel ved endring av medisiner.

Aktiviteter

Melløsparken sykehjem har en egen rutine for aktiviteter – «MPS – Aktiviteter». Formålet med rutinen er at alle beboere skal få oppleve en stimulerende og meningsfull hverdag ut i fra sine forutsetninger.

Rutinen beskriver aktivisering som en væremåte og ikke nødvendigvis et strukturert program. Rutinen nevner for eksempel deltakelse i hverdagslige aktiviteter. Ledelsen ved Melløsparken sykehjem informerer om at beboerne blant annet har mulighet til å delta på aktiviteter som for eksempel baking og kortspill. De har også tilgang til lydbøker. Det hender også at avdelingene drar på besøk til hverandre. Videre kan alle beboere motta besøk når de selv ønsker det.

Melløsparken sykehjem har ikke ansatt aktivitører, da medarbeiderne selv skal dekke dette behovet.

På bakgrunn av resultatene fra brukerundersøkelsen og pårørendesamlingen er dette et området som sykehjemmet har tatt tak i. Virksomhetsleder påpeker at det ikke er lett å snu en kultur med lite fokus på samhandling med pårørende. Kulturen var også preget av at aktivitet ikke ble prioritert, samt at dårlig omdømme også ga avtrykk inn i personalgruppa. Virksomhetsleder mener at sykehjemmet fortsatt har litt å gå på når det gjelder aktiviteter og frisk luft. Alle beboere som vil ut, er ute daglig. Ved pent vær hender det at de spiser utendørs. Virksomhetsleder forteller at det er enklere å organisere det slik at beboerne får være mer ute på de vaktene hvor sykehjemmet har lærlinger, studenter eller praksiskandidater.

Aktivitetsplan

I henhold til rutinen for aktiviteter skal beboerne ha tilbud om faste aktiviteter gjennom uken. En aktivitetsplan skal henge synlig for alle beboerne og pårørende. Planen skal både inneholde fellesaktiviteter for hele institusjonen og aktiviteter for en avdeling eller gruppe. Beboerne skal få nødvendig hjelp til å delta i disse aktivitetene.

Sansehagen

Melløsparken sykehjem fikk sansehage for ca. syv år siden. Med den fulgte en avtale om vedlikehold, som siden gikk ut, uten at noen tok ansvar for fornyelse av avtalen. Dermed forfalt hagen. Sansehagen ble en mediasak, og Rotary tilbød seg å hjelpe. Hagen er nå rustet opp, takket være Rotary og de ansattes egen dugnadsinnsats. Sykehjemmet kommuniserer nå med MK Eiendom for å sikre vedlikehold av hagen, men har selv ansvar for den.

Samarbeid med dagsenteret

Siden februar/mars 2018 har sykehjemmet samarbeidet med dagsenteret. Fra klokken 10 til 12 hver dag, har sykehjemmets beboere full adgang til å slå seg sammen med bo og servicesenteret i tilbud fra dagsenteret. Sykehjemmet har også anledning til å låne dagsenterets buss og dra på turer. Dessverre tar ikke bussen rullestoler. Dette begrenser bruken, da ca. 39 av 45 beboere ved sykehjemmet sitter i rullestol på revisjonens tidspunkt.

Planlagte aktiviteter

Samspill med barnehagen

Virksomhetsleder forteller at de gjennom møter med barnehagen, som ligger ved siden av sykehjemmet, har blitt enige om et samspillprosjekt. Dette prosjektet starter opp i september 2018. To avdelinger fra barnehagen vil da komme på besøk til faste avdelinger på sykehjemmet.

Besøkshunder

Sykehjemmet har vært i møte med frivillige som tilbyr besøkshunder, og etter planen skal fire hunder bytte på å komme to og to på besøk på kveldstid. Dette blir i første omgang et tilbud på somatisk avdeling.

Fysioterapi

Fra høsten 2018 skal fysioterapeut drive opplæring av ansatte ved sykehjemmet, for å motivere og gi kompetanse til å gjennomføre gruppetrim og andre aktiviteter med beboerne. Dette vil hjelpe beboerne til mer aktivitet. Det er planlagt oppstart av fellestrim med fysioterapeut hver tirsdag.

Avsluttede aktiviteter

Sykehjemmet har tidligere hatt besøk av ponni, samt klovner. Klovnene kunne tilby åtte gratis besøk, takket være sponing fra Sparebank1. Dette var profesjonelle skuespillere, som hadde spesialisert seg på å underholde demente. Dette ble opplevd som et svært vellykket tiltak.

Videre har sykehjemmet hatt et samarbeid med Røde Kors. Røde Kors kunne tilby forskjellige tjenester, blant annet besøk fra ungdom. Beboerne fikk også tilbud om å komme gratis på fotballkamp ved Melløs stadion. Dette ble kun gjennomført én gang, da det var problematisk å få med seg beboere i rullestol.

Ernæring

Kommunen har utarbeidet en generell prosedyre – «*HS – Ernæring – Ivaretagelse av brukernes behov for tilstrekkelig og variert ernæring – generell prosedyre*». Formålet med prosedyren er at beboerne får et ernæringsmessig godt og variert kosthold og forebygge underernæring. Prosedyren legger føringer for kartlegging av ernæringsstatus og kostvaner. Her nevnes både MNA-skjema og MUST. Videre inneholder prosedyren føringer innenfor følgende områder:

- Kartlegge ressurser og begrensninger
- Informasjon om menyen
- Oppfølging av ernæringstilstand
- Skape trivsel rundt matbordet
- Forebygge/behandle ernæringsproblemer

I tillegg har kommunen rutinen «*HS – Ernæring – forebygging og behandling av underernæring*». Rutinen viser til at MNA-skjema skal benyttes til kartlegging, og at slik kartlegging skal skje senest en uke etter ankomst. Rutinen regulerer også veiefrekvens for beboere med risiko for underernæring, samt legger føringer på hva som skal kartlegges og hvordan underernæring skal behandles.

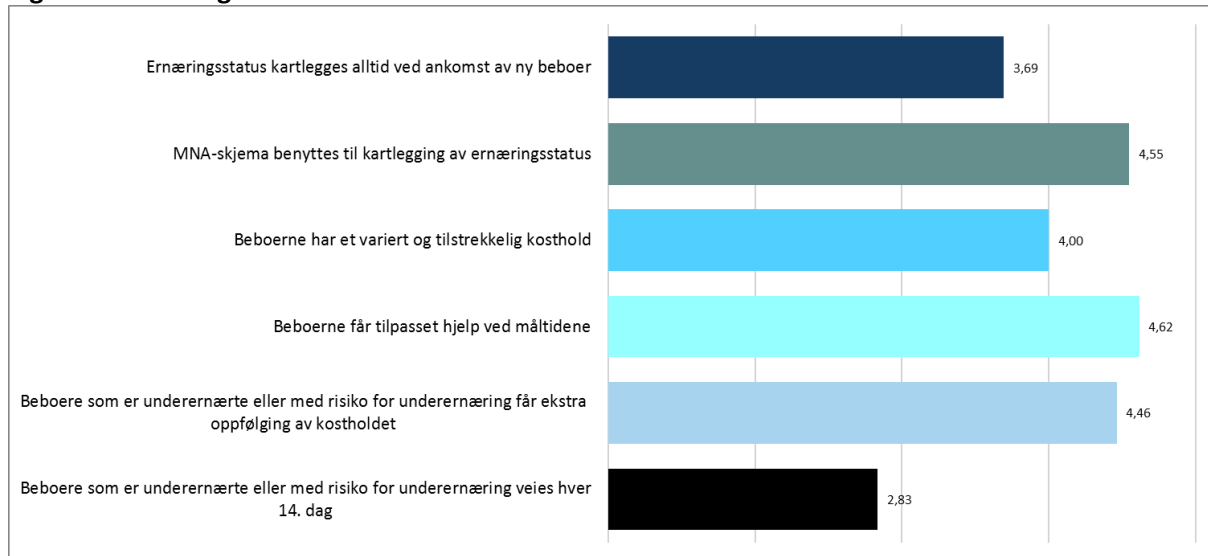
I henhold til rutine «*HS – Ernæringskartlegging*» skal ernæringsstatus alltid kartlegges ved innkomst og minimum en gang pr. år ved årskontroller. MNA-skjema skal benyttes til dette. Beboere som er i faresonen for underernæring veies hver måned, mens beboere hvor det er avdekket vekttnap og tegn på underernæring skal veies hver 14. dag, samt at det skal settes i verk tiltak. Det skal være tett dialog mellom storkjøkkenet og sykehjemmet slik at spesialkost og energiberiket kost kan tilbys når det er behov for det. Videre følger det av rutinene at fleksibilitet og valgfrihet for hva, når og hvor beboerne inntar sine måltider skal tilstrebes.

Virksomhetsleder ved sykehjemmet informerer om at de ansatte kartlegger beboernes ernæringsbehov via MNA-skjema for alle beboere. Det er flere som i perioder har behov for væske intravenøst, i tillegg har mange behov for næringsdrikker. De ansatte har nært samarbeid med storkjøkkenet, som oppleves som fleksible.

Videre forteller virksomhetsleder ved sykehjemmet at de ansatte smører brødkiver med det pålegget beboeren selv ønsker, og dersom noen synes det er lenge mellom kveldsmat og frokost, lager nattevaktene mat. Alle beboere veies ofte, og legen vurderer næringstilskudd løpende.

I spørreundersøkelsen har revisjonen undersøkt flere påstander knyttet til ernæring. Resultatene fremgår av figuren nedenfor. Svarene er avgitt på en skala fra 1-5, hvor 1 er «*Helt uenig*» og 5 er «*Helt enig*».

Figur 28: Ernæring



Revisors merknader: n= 13. Standardavvik= 0,72, 0,78, 1,18, 0,62, 0,75, og 1,28.

Figuren viser at sykehjemmet oppnår en gjennomsnittlig skår på mer enn fire på fire av seks påstander. De påstandene som oppnår lavest skår er «*Ernæringsstatus kartlegges alltid ved ankomst av ny beboer*» og «*Beboere som er underernærte eller med risiko for underernæring veies hver 14. dag*». Her oppnår sykehjemmet en skår på henholdsvis 3,69 og 2,83. To av påstandene har et standardavvik på mer enn 1. Det vil si at det er stor spredning i svarene på disse påstandene. Moss kommune mener selv at gjennomsnittsskår på samtlige påstander bør være minimum 4,5.

To av respondentene har kommentert påstandene: «*Det er begrenset hvor mye man får gjort ved ankomst av ny beboer samme dag, men det gjøres ernæringskartlegging i løpet av 3 uker.*» «*Vi veier alle beboere en gang i mnd. MNA-skjema er dårlig fungerende for beboere i sykehjem, da de automatisk får lav score bare grunnet sykehjemsplass og av den grunn har lett for å havne i kategorien "risiko for underernæring". Dersom beboere er underernærte utover dette punktet i screeningen, igangsettes umiddelbart tiltak og hyppigere veiing enn x 1/mnd.*»

Revisjonen har gjennomgått ti beboermapper. Gjennomgangen viste at MNA-skjema manglet for fire av 10 beboere. MNA-kartleggingen foregår ifølge sykepleier to ganger i året, og to av beboerne som mangler skjema er så nye at de ikke har rukket å være med på kartlegging enda.¹⁴ Disse ankom sykehjemmet 14.5.18 og 18.6.18. De to siste som mangler skjema ankom i 2016 og 2017. En av disse to har et kostønske-skjema i sin fysiske mappe. Den andre av disse to har ingen skjema knyttet til kost, og er dokumentert veid to ganger siden ankomst 22.1.18. En av de to som mangler MNA-skjema fordi de er nye, blir veid annenhver måned. For den andre av disse to finnes ingen registrert vekt i Geric. Denne beboeren mangler også fysisk mappe.

To av seks beboere med MNA-skjema er kartlagt som «*Underernært*», de resterende med «*Risiko for underernæring*». En av de seks er veid hver måned. Denne pasienten har kartlagt risiko for underernæring. Resten er stort sett veid hver måned (kun en er veid oftere i perioder – hver 3. uke.), men samtlige har i løpet av det siste året hatt opphold i veiingen på 1,5 til 3 måneder.

Sykehjemmets utforming

Alle beboere har enerom og eget bad, og beboerne har adgang til å møblere rommene slik de ønsker, så lenge det ikke hindrer nødvendig behandling.

¹⁴ Revisjonens gjennomgang fant sted i august 2018.

Virksomhetsleder forteller til revisjonen at bygget oppleves som vanskelig å drifte effektivt. Det er stor avstand mellom avdelingene, både fysisk og når det gjelder samarbeid på tvers. Det oppleves som utfordrende å tenke «*ett sykehjem*», ikke avdeling.

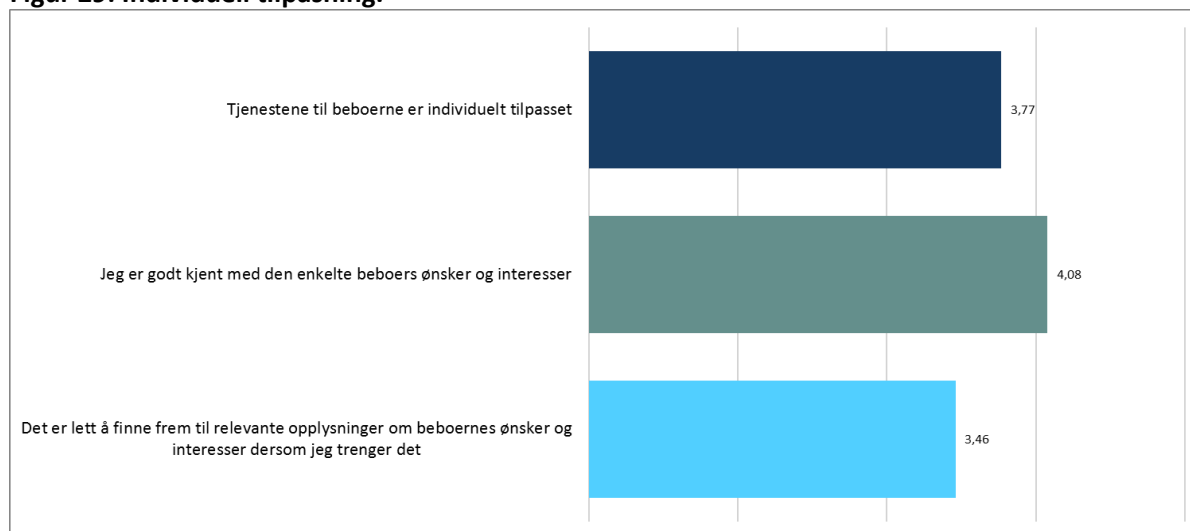
Virksomhetsleder informerer om at beboerne i de to demensavdelingene krever tett oppfølging, og i perioder også skjerming. En av disse demensavdelingene ligger i byggets tredje etasje. Virksomhetsleder forteller at denne avdelingen ikke er fysisk tilpasset slik dagens sykehjem krever. Virksomhetsleder påpeker videre at denne avdelingen strengt tatt ikke kan defineres som en demensavdeling. Den har en lang og trang korridor, og det er ikke muligheter for skjerming i skjermet enhet. De ansatte kan oppleve dette som skummelt ved utagering og truende situasjoner. På grunn av den fysiske utformingen bør det helst ikke være flere enn to rullestolbrukere i denne etasjen, derfor forsøker man å plassere beboere som er noe sprekere fysisk ved denne avdelingen.

Flere av enhetene ligger slik til at det ikke er fri adgang til sansehagen – her må beboerne til vestibyle og videre nedover i vestibylen for å komme seg ut i hagen. Ellers skal ikke det bygningsmessige være noe hinder for at beboere får ulike aktiviteter.

Individuell tilpasning og sykehjemmet utfordringer – Spørreundersøkelse

I spørreundersøkelsen har revisjonen gjennom ulike påstander avdekket respondentenes opplevelse av hvorvidt de oppfatter tjenestene beboerne mottar som individuelt tilpasset, hvor godt de kjenner beboernes ønsker og interesser, samt hvor lett det er å finne opplysninger om dette ved behov.

Figur 29: Individuell tilpasning.

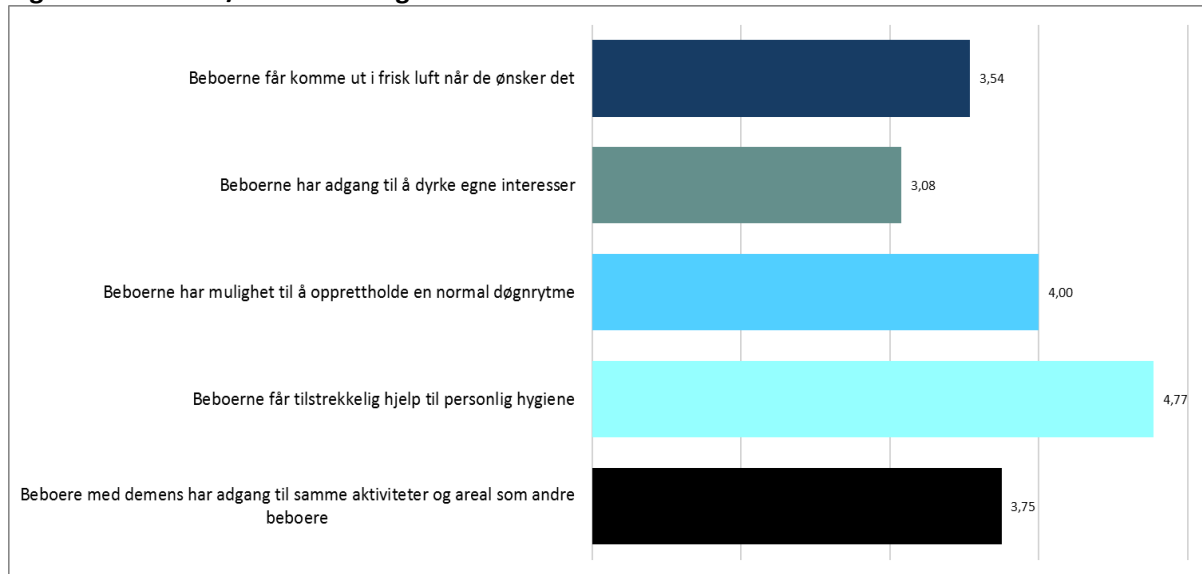


Revisors merknader: n= 13. Standardavvik= 0,8, 1 og 0,84.

Figuren viser en gjennomsnittsskår på 3,77 på påstanden om tjenestene er individuelt tilpasset. Påstanden om kjennskap til beboerne ønsker og interesser oppnår en skår på 4,08, mens påstanden om det er lett å finne frem til relevante opplysninger om dette oppnår 3,46. Moss kommune mener selv at gjennomsnittsskår på samtlige påstander bør være minimum 4,5.

Figuren nedenfor viser respondentenes vurdering av hvorvidt ulike elementer ved tjenestetilbudet er tilfredsstillende. Svarene er avgitt på en skala fra 1-5, hvor 1 er «*Helt uenig*» og 5 er «*Helt enig*».

Figur 30: Frisk luft/ aktiviteter og interesser

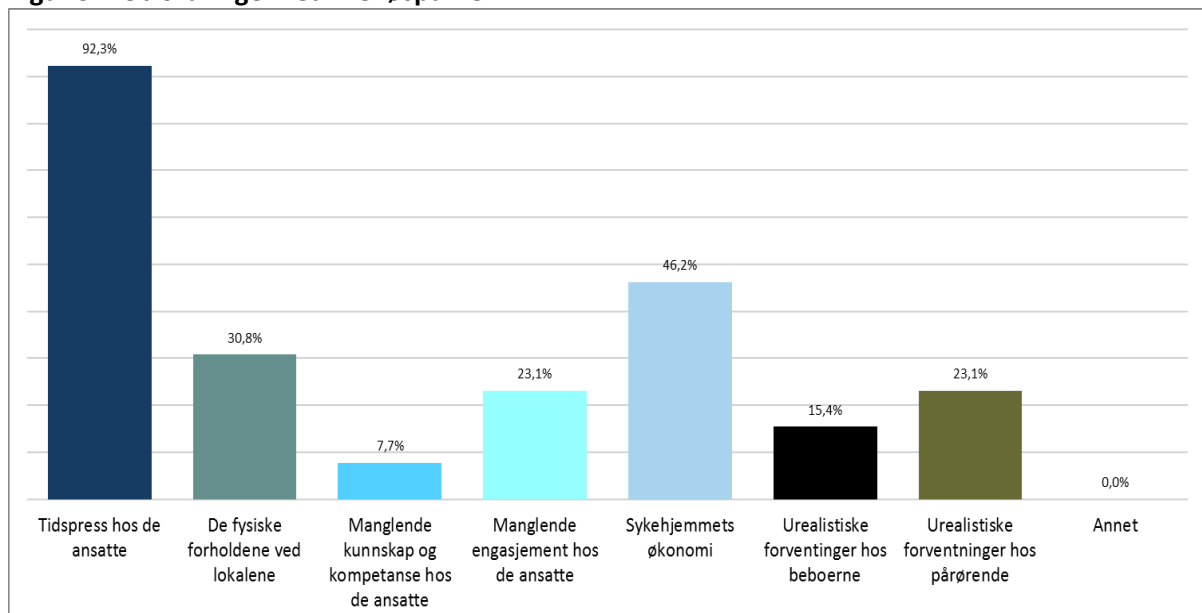


Revisors merknader: n= 13. Standardavvik= 1,01, 1,21, 1,3, 0,42 og 1,16.

Figuren viser en gjennomsnittskår på mer enn 3 på samtlige påstander. Foruten påstanden om beboerne får tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene, er det stor variasjon i hvilket svaralternativ respondentene velger. Moss kommune mener selv at gjennomsnittskår på samtlige påstander bør være minimum 4.

I spørreundersøkelsen har revisjonen spurt respondentene om hva de anser som sykehjemmets største utfordringer når det kommer til å gi beboerne et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Respondentene har hatt anledning til å velge flere alternativer.

Figur 31: Utfordringer ved Melløsparken



Revisors merknader: n= 13.

Figuren viser at «Tidspress hos de ansatte» er den utfordringen de fleste av respondentene krysser av for (92,3 %). Deretter er det «Sykehjemmets økonomi» (46,2 %), «De fysiske forholdene ved lokalene» (30,8 %), «Urealistiske forventninger hos pårørende» (23,1 %), samt «Manglende engasjement hos de

ansatte» (23,1 %), som flest av respondentene krysser av på som den største utfordringen til sykehjemmet.

4.3 Vurderinger

Som det fremkommer av revisjonskriteriene i kapittel 4.1 må Melløsparken sykehjem ha et system som ivaretar beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov.

Medvirkning og individuell tilpasning

Melløsparken har utarbeidet en oversikt over beboernes mulighet til å medvirke¹⁵. Her fremkommer det at beboerne kan medvirke gjennom **brukerundersøkelser, innkomtsamtaler, omsorgstavler, tiltaksplaner og IKOS**.

Det skal gjennomføres **brukerundersøkelse** hvert tredje år og siste brukerundersøkelse ved Melløsparken sykehjem ble gjennomført i mars 2018. Brukerundersøkelsesresultatet blir brukt som et verktøy til forbedring. Ifølge revisjonens vurdering fremstår kommunenes system for gjennomføring og utførelsen av brukerundersøkelser som tilfredsstillende. Samtidig bør det fremheves at Melløsparken skiller seg noe negativt ut resultatmessig når en sammenligner resultatene ved Melløsparken med snitt i Moss kommune og snitt for landet som helhet. Det er resultatene for område «*brukermedvirkning*» og «*informasjon*» som skiller seg spesielt dårlig ut, med gjennomsnittskår på henholdsvis 3,8 og 3,7.

Melløsparken har utarbeidet rutine for **innflytting**¹⁶, noe revisjonen finner tilfredsstillende. Rutinen skal blant annet sikre at det gjennomføres en ankomtsamtale på ankomstdagen eller en nærmere avtalt dag, at skjema for kostønsker gjennomgås og fylles ut, samt at det skrives innkomstrappert i Gericca. Samtidig fremkommer det av revisjonens mappegjennomgang at fire av 10 ikke har dokumentert innkomstnotat i Gericca, samt at det for seks av 10 ikke er dokumentert ankomtsamtale i Gericca. Ut ifra resultatene av mappegjennomgangen, er det revisjonens vurdering, at praksis på feltet ikke etterlever kommunens system fullt ut.

Melløsparken har utarbeidet rutine for **omsorgstavle**¹⁷. Dette skal sikre at beboeren får et individuelt tilpasset og forutsigbart opphold hvor ønsker og forventninger mellom beboer, pårørende og personalet er avklart. Omsorgstavlen skal beskrive hvilke ønsker beboeren har for oppholdet og behovet for bistand, hvordan samarbeidet med pårørende ønskes å være og hvem som skal tas med på råd når samtykke til helsehjelp ikke foreligger. Samtidig fremkommer det av revisjonens spørreundersøkelse og mappegjennomgang at systemet ikke fullt ut etterleveres. Vi legger her til grunn at det kun er 61,5 prosent som besvarer «ja» på spørsmålet om de bruker individuell omsorgstavle i forbindelse med utformingen av tjenestetilbudet, 23,1 prosent bruker det «noen ganger» og 14,4 prosent besvarer med «vet ikke». Samtidig fant vi omsorgstavler i kun tre av 10 beboermapper. Etter revisjonens vurderinger fremstår overnevnte praksis som for dårlig, noe som kan være med på å svekke hensikten med omsorgstavlene, nettopp at beboerne skal få et individuelt og tilpasset opphold.

¹⁵ MPS - Brukermedvirkning.

¹⁶ MPS – Innflytting av ny beboer.

¹⁷ MPS – Rutine for omsorgstavle.

Melløsparken har utarbeidet rutine for **tiltaksplan**¹⁸. Tiltaksplanen skal inneholde beskrivelser av tiltak som sikrer at brukeren får tilfredsstilt sine grunnleggende behov, blir stimulert til egenomsorg og opplever trygghet og respekt. Tiltaksplanen skal med utgangspunkt i den enkeltes behov blant annet beskrive; tiltak for å oppnå mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv og tiltak for å stimulere til samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet. Det fremkommer av revisjonens spørreundersøkelse at tiltaksplaner i stor grad benyttes i forbindelse med tjenestetilbudet til beboerne, noe revisjonen finner tilfredsstillende.

Melløsparken benytter **IKOS** som rapporteringssystem. IKOS Kvalitetsstyring består av en brukertavle med oversikt over alle avdelingens brukere. Her har man oversikt over brukernes helse- og livssituasjon, frister og status i oppfølgingen, hvem som har ansvar, uønskede hendelser og beskjeder. Det fremkommer av spørreundersøkelsen at risikotavlen i IKOS i stor grad benyttes i forbindelse med utformingen av tjenestetilbudet til beboerne. Samtidig oppnår påstandene «*IKOS risikotavle benyttes aktivt i tjenesteutøvelsen*» og «*Det rapporteres på IKOS etter hvert skift*» gjennomsnittskår på kun 2,58 og 1,92. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan tyde på at risikotavlen utarbeides, men at den i liten grad benyttes aktivt i den daglige tjenesteutøvelsen. Kommunen mener selv at gjennomsnittskår på påstanden bør være minimum 4. Det er revisjonens vurdering at resultatene på feltet ikke er tilfredsstillende.

Påstander omhandlende individuell tilpasning og kunnskap om beboerne, i revisjonens spørreundersøkelse, oppnår lavere skår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende. Dette kan illustreres med påstandene, «*Tjenestene til beboerne er individuelt tilpasset*» og «*Det er lett å finne frem til relevante opplysninger om beboernes ønsker og interesser dersom jeg trenger det*», som oppnår et gjennomsnittskår på henholdsvis 3,77 og 3,46. Kommunen mener selv at gjennomsnittskår på disse påstandene bør være minimum 4,5. Skjemaet «*Min livshistorie*» skal benyttes for å innhente opplysninger om beboer. Dette er et kartleggings skjema som blant annet skal inneholde informasjon om beboerens familie, jobb og hobbyer. Av mappegjennomgangen fremkommer det at «*Min livshistorie*» kun var dokumentert for tre av 10 beboere. Etter revisjonens vurdering fremstår dette som lite tilfredsstillende.

Det er revisjonens overordnede vurdering at Melløsparken har et system som skal ivareta beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov, samt at pårørende og brukere blir involvert både på system- og individnivå. Basert på overnevnte fremstilling fremstår det derimot for revisjonen som om systemet ikke fullt ut etterleveres i praksis på flere punkter. Mangler i dokumentasjon på feltet, samt at flere av spørreundersøkelsens spørsmål/påstander oppnår dårligere skår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende tyder på at sykehjemmets arbeid med medvirkning og individuell tilpasning av tjenestene burde ha vært bedre.

Aktiviteter

Videre fremkommer det av revisjonskriteriene at beboerne skal gis mulighet til å leve et mest mulig normalt liv, herunder adgang til aktiviteter, å dyrke egne interesser, samt adgang til å komme ut. Beboerne skal ha et variert og tilstrekkelig kosthold, med mulighet for hjelp til måltider.

¹⁸ MPS - Tiltaksplan.

Melløsparken har utarbeidet rutine for **aktiviteter**¹⁹. Formålet med rutinen er at alle beboere skal få oppleve en stimulerende og meningsfull hverdag ut i fra sine forutsetninger. Rutinen beskriver aktivisering som en væremåte og ikke nødvendigvis et strukturert program. Det fremstår på revisjonen som om Melløsparken tilbyr enkle aktiviteter som for eksempel baking, kortspill og besøk av besøkshunder. Sykehjemmet har en egen sansehage, samt at beboeren har adgang til å slå seg sammen med bo og servicesenteret i tilbud fra dagsenteret. Beboere som vil ut, har mulighet til å komme ut daglig, samtidig fremkommer det at sykehjemmet fortsatt har litt å gå på når det gjelder aktivitet og friskluft. Sykehjemmet har ikke ansatt aktivitør, da de ansatte på sykehjemmet selv skal dekke dette behovet. Påstander omhandlende frisk luft og aktivitet, i revisjonens spørreundersøkelse, oppnår noe lavere skår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende. Dette kan illustreres med påstandene, «*Beboerne får komme ut i frisk luft når de ønsker det*» og «*Beboerne har adgang til å dyrke egne interesser*», som oppnår et gjennomsnittskår på henholdsvis 3,54 og 3,08. Etter revisjonens vurdering fremstår disse resultatene som for dårlig. Kommunen mener selv at gjennomsnittskår på disse påstandene bør være minimum 4,0.

Ernæring

Kommunen har utarbeidet flere prosedyrer som skal sikre at beboerne får et ernæringsmessig godt og variert kosthold som forebygger underernæring. Ernæringsstatus skal alltid kartlegges ved inntak og minimum en gang pr. år ved årskontroller. Det vises til at MNA-skjema skal benyttes ved kartlegging, og at slik kartlegging skal skje senest en uke etter ankomst. Beboere som er i faresonen for underernæring skal veies hver måned, mens beboere hvor det er avdekket vekttap og tegn på underernæring skal veies hver 14. dag. Videre fremkommer det at flere av spørreundersøkelsens påstander omhandlende ernæring oppnår lite tilfredsstillende gjennomsnittskår. Dette gjelder spesielt påstandene, «*Ernæringsstatus kartlegges alltid ved ankomst av ny beboer*» og «*Beboere som er underernært eller med risiko for underernæring veies hver 14.dag*», som oppnår en gjennomsnittskår på henholdsvis 3,69 og 2,83. Dette fremstår for revisjonens som lite tilfredsstillende, og viser at rutinene ikke fullt ut etterleves på dette feltet. At rutinene ikke fullt ut etterleves underbygges også av at fire av 10 beboere mangler MNA-skjema. Påstandene «*Beboere har et variert og tilstrekkelig kosthold*» og «*Beboerne får tilpasset hjelp ved måltidene*» oppnår, etter revisjonens vurdering, forholdsvis gode gjennomsnittskår, henholdsvis 4,00 og 4,62.

Boform – enerom

Det fremkommer av revisjonskriteriene at Melløsparken må sørge for en forsvarlig boform, og at det tas hensyn til funksjonshemninger og behandlingsrelaterte behov, samt tilby enerom. Skjermede enheter for senil demente har adgang til felles goder/aktiviteter og er sikret samme areal til disposisjon som andre beboere.

Det fremkommer av fakta at alle beboere har enerom og eget bad. Beboerne har adgang til å møblere rommene slik de ønsker, så lenge det ikke hindrer nødvendig behandling. Noe revisjonen finner tilfredsstillende. Videre fremkommer det at sykehjemmet har to demensavdelinger som krever tett oppfølging, og i perioder skjerming. En av disse demensavdelingene ligger i tredje etasje og er ikke fysisk tilpasset slik dagens sykehjem krever. Denne avdelingen kan strengt tatt, ifølge virksomhetsleder, ikke defineres som en demensavdeling. Den har en lang korridor, og det er ikke muligheter for skjerming i skjermet enhet. Flere av enhetene ligger slik til at det ikke er fri

¹⁹ MPS – Aktiviteter.

adgang til sansehagen. Overnevnte tilfredsstillende ikke rapportens revisjonskriterier fullt ut, noe som etter revisjonens vurdering, fremstår som lite tilfredsstillende.

5 KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Når det gjelder problemstilling 1 er det revisjonens overordnede konklusjon at kommunen har et godt system for å utarbeide, forbedre og implementere arbeidet med avviksregistrering/-håndtering, risikovurdering og internkontroll generelt i hele kommunalavdelingen. Vi legger her til grunn kommunens og kommunalavdelingens rutiner på feltet, at det er et system for å gjennomføre overordnede- og lokale kvalitetsutvalg, samt kvalitetsnettverk. Kommunens omsorgstjenester har også innført kvalitetsledelse «*Kontinuerlig forbedring – styrt kvalitet*». Arbeidet har som mål å etablere system for risikobasert tilnærming og kontinuerlig forbedring.

Samtidig konkluderer vi med at praksis på feltet ikke fullt ut tilfredsstillende rapportens revisjonskriterier og kommunens egen mening om hva som oppleves som tilfredsstillende. Vi legger her til grunn at spørreundersøkelsen på feltet inneholder flere resultater som fremstår som noe svake.

Når det gjelder problemstilling 2 er det revisjonens overordnede konklusjon at Melløsparken sykehjem har et system med formål om å sikre beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov. Dette skal skje gjennom utstrakt bruk av brukerundersøkelser, inkomstsamtaler, omsorgstavler, tiltaksplaner og IKOS. Samtidig konkluderer vi med at praksis på feltet ikke fullt ut tilfredsstillende rapportens revisjonskriterier og kommunens eget system på feltet. Vi legger her til grunn at inkomstsamtale, ankomstsamtale og omsorgstavler ikke er dokumentert/utarbeidet for flere av brukerne som det er kontrollert for. Flere av spørreundersøkelsens påstander omhandlende individuell tilpasning og informasjon/opplysninger om beboerne oppnår også dårligere gjennomsnittskår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende.

Melløsparken sykehjem har også et system som skal sikre beboernes aktivitet og ernæring. Vi legger her til grunn utarbeidede rutiner på feltet. Samtidig er det flere påstander omhandlende disse temaene i spørreundersøkelsen som oppnår dårligere skår enn hva kommunen selv mener er tilfredsstillende.

Med bakgrunn i konklusjoner og vurderingene disse bygger på anbefaler vi at:

- Kommunen bør benytte spørreundersøkelsens resultater i sitt videre forbedringsarbeid på området. Flere av resultatene på spørreundersøkelsens spørsmål/påstander omhandlende internkontroll, avvik og risikovurderinger bør forbedres.
- Melløsparken sykehjem bør sikre at sykehjemmets system omhandlende beboernes rett til medvirkning og tilpasning av tjenestene til individuelle behov etterleves i praksis.
- Melløsparken sykehjem bør benytte spørreundersøkelsens resultater i sitt videre forbedringsarbeid på området. Flere av resultatene på spørreundersøkelsens spørsmål/påstander omhandlende medvirkning, aktivitet og ernæring bør forbedres.

Rolvøy, 13.11.2018

Lene Brudal (sign.)
forvaltningsrevisor

Bjørnar B. Eriksen (sign.)
forvaltningsrevisor

Bjørnar B. Holmedahl (sign.)
oppdragsansvarlig revisor

6 RÅDMANNENS UTTALELSE



Moss kommune

Østfold Kommunerevisjon Iks
Råkollveien 103
1664 ROLVSØY

Deres ref.:

Vår ref.: 18/2829-7- SLA

Dato: 13.11.2018

Rådmannens uttalelse - Kvalitet i omsorgstjenestene

Østfold kommunerevisjon har gjennomført en forvaltningsrevisjon vedrørende kvalitet i omsorgstjenestene. Rådmannen tar rapporten til følge og er i hovedsak enig i revisjonens vurdering og konklusjon.

Helse- og omsorgstjenesten har iverksatt ett stort arbeid for å bedre kvaliteten på tjenestene og utarbeide ett system for internkontroll og kontinuerlig forbedring. De startet opp høsten 2016. Som opplyst til revisjonen har mye av arbeidet frem til nå omhandlet å etablere lik struktur for alle virksomhetene og sikre systematisk oppfølging/kontroll. Mye av arbeidet med innføring av kvalitetsledelse har blitt gjennomført av ledere og ressurspersoner. Neste trinn er å tilrettelegge for at de ansatte deltar mer i forbedringsarbeidet og implementere systemene ute i drift.

Kommentarer til revisjonens funn: Opplæring – Internkontroll - Avvik

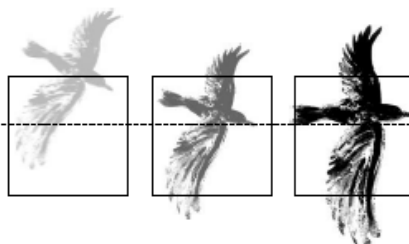
Lederne i helse- og omsorgstjenesten har tydelig formidlet til ansatte at de skal melde fra om uønskede hendelser/avvik. Det er også kommunisert at det å melde fra ikke må ses på som noe negativt. Målet er at hendelsene skal dokumenteres og behandles på en forsvarlig og systematisk måte. Dokumentasjonen skal benyttes som grunnlag for kommunens internkontroll, læring og kontinuerlig forbedringsarbeid.

I inneværende år har det vært arrangert 4 samlinger hvor ledere som har behov for opplæring i avvikshåndtering kan delta. På samlingen som ble avholdt i januar 2018 var det obligatorisk oppmøte. Dette for å sikre at alle avviksbehandlerne fikk med seg endringer som var gjort i ny rutine for melding og behandling av uønskede hendelser (avvik). På tidspunktet hvor revisjonens spørreundersøkelse ble sendt ut var det noen nye ledere som deltok som ennå ikke hadde fått opplæring i systemet.

Revisjonens spørreundersøkelser avdekker at det er behov for mer opplæring rundt temaet både for ledere og ansatte. Resultatet av undersøkelsen vil bli gjennomgått i et seminar med alle lederne i januar/februar 2019. Målet med seminaret vil være å avklare hva lederne har av behov for opplæring og hvordan det skal tilrettelegges for at ansatte skal få nødvendig opplæring utover den e-læringen som alle skal ha fått.

Kommunalavdeling helse og sosial

Rådhuset postboks 175, 1501 Moss T 69 24 80 00 F 69 24 80 01
E post@moss.kommune.no I www.moss.kommune.no
Org.nr. 944383476 Bankkonto 1080 29 65600



Det er ikke overraskende at flere av de som har besvart undersøkelsen vurderer at de har behov for mer opplæring for utarbeidelse av risikovurderinger. Det har ikke vært gjennomført systematisk opplæring på området. Det er i hovedsak ledere og ressurspersoner som benytter modulen i Riskmanager til risikovurdering. Rutinen og veiledningen er blitt gjennomgått i ledermøter. Fra høst 2018 er det blitt gjennomført halvdagskurs i risikovurdering og avvikshåndtering. Det blir gjennomført kurs 2 ganger hvert halvår.

Kommentarer til revisjonens funn: Melløsparken sykehjem – Brukermedvirkning og individuell tilpasning.

På bakgrunn av revisjonens funn har Melløsparken sykehjem utarbeidet en velkomstmappe som nye beboere får ved ankomst. Mappen inneholder en brosjyre om tilbudet ved sykehjemmet og informasjon om deres kontaktpersoner, samt et skjema hvor beboeren sammen med sine pårørende kan skrive «min livshistorie». Virksomheten har også utarbeidet en sjekklister som skal tas i bruk. Sjekklister skal sikre at relevante opplysninger blir dokumentert og fulgt opp ved mottak av nye beboere. Opplysninger som skal registreres er blant annet hvem som skal ha ansvar for oppfølging av den enkelte beboer, sikre innhenting nødvendige medisinske opplysninger, beskrive hva som er viktig for beboeren og hvordan kommunikasjon med bruker og pårørende skal foregå, sikre at en inkomstsamtale blir gjennomført og at «min livshistorie» blir skrevet, avklare behov/ønsker for aktiviteter og oppfølging av ernæringsstatus.

Status for sjekklister blir satt opp som fast på agendaen i det lokale kvalitetsutvalget hver mnd. Dette for å kvalitetssikre at oppgavene på sjekklister til hver beboer er utført etter planen. For å sikre at rutiner er kjent i virksomheten benyttes lokalt kvalitetsutvalg, sykepleiermøter, helsefagarbeidermøter og teammøter til informasjon. Utover dette informeres viktig informasjon i e-post til ansatte.

Arbeidet med IKOS i tjenesteutøvelsen er påbegynt, men virksomheten har ennå ikke tatt programmet fullt i bruk. Ansatte har hatt opplæring i systemet våren 2018. Systemet brukes på nåværende tidspunkt som en visuell pasientoversikt over alle brukerne og som en risikotavle i forhold til oppfølging av ernæring, legemiddelbruk, forebygge fall, oppfølging/forebygging av sår og urinveisinfeksjoner.

Arbeidet med involvering av pårørende fortsetter og det holdes halvårige møter i februar og august. Virksomheten har fått god tilbakemelding på dette tiltaket. Møtet sikrer dialog og åpenhet i forhold til drift.

Virksomheten har i inneværende år hatt mye fokus på å øke aktivitetsnivået og tilby mer aktivitet. Hver beboer har nå fått utarbeidet en individuell aktivitetsplan. Det er innført felles trim med veiledning fra fysioterapeut hver tirsdag. Fysioterapeuten har også opplæring med ansatte. I spørreundersøkelsen fremkom det at oppfølgingen av brukerens ernæringsstatus ikke er god nok. For å sikre bedre oppfølging settes ernæringsstatus som ett fast punkt på agendaen i sykepleiermøte hver 14 dag. De som deltar i sykepleiermøter er virksomhetsleder, avdelingsledere og sykepleiere.

Avsluttende kommentar

I forvaltningsrapporten beskrives det at revisjonen vurderer at overordnede systemer som er utarbeidet for å ivareta internkontroll, opplæring samt avvikshåndtering er tilfredsstillende. Helse- og omsorgstjenesten er klar over at det er implementering av arbeidet som nå må prioriteres. Lederne har besluttet at det ikke skal iverksettes flere utviklingsoppgaver i kommende periode. Fokuset skal være å øke kompetansen til ansatte om systemet for kvalitetsledelse og tilrettelegge for mer medvirkning. Det er helt nødvendig for å få til ett godt system for kontinuerlig forbedring. Det vurderes at de tiltakene og oppfølgingen av praksis som er/blir iverksatt ved Melløsparken sykehjem vil bidra til å øke brukermedvirkning, individuell tilpasning og kvalitet på tjenestene.

Resultatet av revisjonens spørreundersøkelse vil bli benyttet i kommunens forbedringsarbeid.

Med hilsen

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent av
Bente Hedum*

Stine Lauritzen Sinding
rådgiver tlf 980 93 453

Side 3 av 3

7 VEDLEGG

7.1 Utledning av revisjonskriterier

Problemstilling 1 - Får ansatte i omsorgstjenestene tilfredsstillende opplæring innen internkontroll, herunder tilstrekkelig opplæring innen avviksoppfølging?

I henhold til kommunelovens § 23, punkt 2, skal administrasjonssjefen (rådmann) sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenester, er kommunen i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. pliktet til å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Om interkontroll sier tredje ledd av §3-1 følgende: *Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.*

Videre sier § 4-2 av samme lov, følgende:

«Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.»

Nærmere bestemmelser om internkontroll ved den enkelte virksomhet finner vi i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. I henhold til § 3 i denne forskriften, skal virksomhetsleder sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Virksomheten skal ha et styringssystem som sørger for at forskriftens plikter vedrørende planlegging (§ 6), gjennomføring (§ 7), evaluering (§ 8) og korrigering (§ 9) blir overholdt. I samtlige av de ulike fasene gis det føringer som fokuserer på virksomhetens internkontroll:

«§ 6.Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b) *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c) *ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d) *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*

- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold.
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

Basert på disse føringene vil revisjonen legge følgende revisjonskriterier til grunn for denne problemstillingen:

- De ansatte har fått opplæring knyttet til relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og har tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, herunder også kunnskap om hvordan man gjennomfører risikovurderinger.

- De ansatte har fått opplæring i å melde og behandle avvik, og avvik benyttes i forbedringsarbeid.

Problemstilling 2 og 3 – Har virksomheten system og rutiner som sørger for ivaretagelse av brukermedvirkning og individuell tilpasning?

I hvilken grad er tjenestetilbudet i praksis innrettet med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel?

I helse- og omsorgstjenestelovens § 1-1, beskrives lovens formål:

«Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»

I følge lovens § 3-10 skal kommunen sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgstjenesten skal videre legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og friville organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.²⁰ Lovens kapittel 3 tar for seg pasient og brukers rett til medvirkning og informasjon. Her fremkommer det blant annet at pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.²¹ Det presiseres videre at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker.²²

Pasient- og brukerrettighetsloven sier følgende om pasientens rett til medvirkning:

«§ 3-1. Pasientens eller brukerens rett til medvirkning

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne

²⁰ Jf. § 1-1

²¹ § 3-1, første ledd. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

²² § 3-1, andre ledd.

seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.»

For å kunne medvirke og gi uttrykk for individuelle behov, er pasienten avhengig av informasjon fra helse- og omsorgstjenesten. I pasient- og brukerrettighetslovens loven § 3-2 fremkommer følgende om pasientens rett til informasjon:

«§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven¹ § 7-4.

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.»

I forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, gis det føringer knyttet til beboeres rettigheter. I § 4-1 fremkommer det at virksomhetens bygning skal ta hensyn til funksjonshemninger og behandling, pleie og assistansebehov hos beboerne. Videre fremkommer det at beboernes rom som hovedregel skal være enerom. Det kan innredes et rom for to dersom ektefeller eller andre ønsker å bo sammen.

I henhold til forskriftens § 4-4 skal beboerne ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker, i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandlingen, driften av boformen og av hensynet til andre beboere. § 4-5 fastslår at beboerne fritt skal kunne motta besøk, og § 4-6 sier at beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn. Ifølge § 4-9 skal beboerne på forhånd orienteres om forslag til endringer som kan ha betydning for deres liv og trivsel i boformen, og gis anledning til å uttale seg.

Ifølge verdighetsgarantien § 3, skal tjenestetilbudet innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legges til rette for at følgende hensyn ivaretas:

a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.

- b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- e) Lindrende behandling og en verdig død.
- f) Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.
- h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.