

Follo distriktsrevisjon
Forvaltningsrevisjonsrapport

**Kvalitet i tilbudet til beboere
i institusjon**

Frogn kommune


Forord

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Frogn kommune etter Kommuneloven av 25. september 1992 med endringer av 12. desember 2003. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i lovens § 77 nr. 4 som har følgende ordlyd:

Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Kontrollutvalget skal videre påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).

Prosjektet er gjennomført i perioden juni 2008 til nov 2008. Follo distriktsrevisjon vil benytte anledningen til å takke kommunens kontaktperson og øvrige ansatte i Frogn kommune som har bistått revisjonen i forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen.

Prosjektet er gjennomført av rådgiver Even Tveter.



Steinar Neby
Revisjonssjef



Even Tveter
Prosjektleder

10.12.2008

Innholdsfortegnelse

1	SAMMENDRAG	7
2	INNLEDNING	8
2.1	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	8
2.2	KVALITET I INSTITUSJON – KJENNETEGN	8
3	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	9
3.1	FORMÅL	9
3.2	PROBLEMSTILLINGER	9
3.3	AVGRENSNINGER	9
4	METODER OG GJENNOMFØRING	10
4.1	GJENNOMFØRING	10
4.2	DATAENES PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET	10
5	ANALYSE	11
5.1	RESSURSFORBRUK.....	11
5.2	STYRING AV KVALITET.	13
5.3	OPPFØLGING AV KVALITET	17
5.4	BRUKERMEDVIRKNING	21
5.5	KVALITETEN PÅ DET FOLKEVALGTE TILSYNET	26
6	KONKLUSJON	28
7	ANBEFALINGER	29
8	RÅDMANNENS UTTALELSE	30
9	REVISJONENS KOMMENTARER TIL RÅDMANNENS UTTALELSE	32
10	LITTERATURLISTE	33

1 Sammendrag

Styring av kvalitet

Frogn kommune har tatt i bruk et kvalitetsstyringssystem hvor alle prosedyrer og rutinebeskrivelser er lagt inn. Dette oppfattes av revisjonen som positivt. Etter vår vurdering bidrar de prosedyrer og rutinebeskrivelser som er etablert til at Frogn kommune kan etterleve kravene til at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud. Revisjonen har imidlertid i intervju fått opplyst at ikke alle prosedyrer er like oppdaterte, og at de heller ikke er like kjente blant pleierne. Revisjonen er av den oppfatning at det er viktig at alle prosedyrer til enhver tid er oppdaterte og at de er tilstrekkelig kjent blant de som skal forholde seg til disse. Det bør også framgå hvem som har utarbeidet prosedyren og dato for dette.

Oppfølging av kvalitet

Undersøkelsen viser at det er utarbeidet tiltaksplan for alle beboere som ble kontrollert. Planene evalueres imidlertid ikke jevnlig og det går heller ikke fram hvilke endringer som er gjort eller hvem som har foretatt endringene. Sykehjemmene har heller ingen fastsatt rutine med å trekke beboere med i utformingen av tiltaksplanene. Det synes som om sykehjemmene foretar en tilfredsstillende løpende journalføring i Geric, men at det etterspørres ytterligere opplæring i systemet. Undersøkelsen viser at primærkontakter er oppnevnt for alle beboerne.

Brukermedvirkning

Frogn kommune har utarbeidet mandat for brukerråd, men kommunen har opplyst at disse ikke er kommet i gang ennå. Det er etter revisjonens oppfatning svært viktig å få i gang aktive brukerråd ved sykehjemmene slik at de kan bli nyttige korrektiv og arenaer for innspill både fra beboere og pårørende. Revisjonen ser det som positivt at kommunen har utarbeidet en rutine for å sikre at både pårørende og beboere kan gi direkte tilbakemelding på forhold som vedrører den enkelte. De tiltakene som ble iverksatt i etterkant av den gjennomførte spørreundersøkelsen i 2006, synes relevante. Hovedinntrykket fra denne undersøkelsen var at både pårørende og beboere var godt fornøyde med det tilbudet som ble gitt.

Folkevalgt tilsyn

Etter revisjonens oppfatning har tilsynsutvalget i de to siste periodene bare delvis forholdt seg til det mandatet som er gitt. Etter revisjonens mening bør enten mandatet for tilsynsutvalget endres slik at det er i tråd med utvalgets oppfatning av hvilken rolle det ønsker å ha, eller så må utvalget endre sin måte å jobbe på for å kunne gjennomføre de oppgaver som det er tillagt gjennom mandatet.

Kvalitetsmål, arbeidsmåter og informasjon

Beboere og pårørende er gjennom serviceerklæringer, informasjonsbrosjyrer og gjennomførte møter gjort kjent med institusjonenes kvalitetsmål og arbeidsmetoder. Gjennom aktivitetssukeskjemaet gis det hver uke en oversikt over de aktiviteter som skal foregå. De daglige rutinene er gjengitt i informasjonsbrosjyren samt at det gis relevant informasjon til beboere og pårørende ved innflytting. Etter vår oppfatning synes det som at beboere og pårørende gis mulighet til å få tilfredsstillende informasjon i forbindelse med oppholdet ved institusjonen.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn for prosjektet

I kontrollutvalgsmøte 25.6.2008 sak 24/08 ble det vedtatt å gjennomføre forvaltningsrevisjonsprosjekt Kvalitet i tilbudet til beboere i institusjon. Vedtaket om å gjennomføre forvaltningsrevisjonsprosjektet er basert på plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2006-2008.

2.2 Kvalitet i institusjon – kjennetegn

For å ivareta beboernes grunnleggende behov i institusjon er det gitt en egen forskrift; *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting* etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester. Veilederen til forskriften utdyper hva kvalitet kan defineres som:

”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.”

I følge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende. Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnede og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.

Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.

3 Formål og problemstillinger

3.1 Formål

Formålet med prosjektet er å vurdere viktige aspekter ved kvaliteten i tilbudet til beboere i helseinstitusjoner i Frogn kommune.

3.2 Problemstillinger

Basert på den overordnede analysen og formålet for prosjektet ble det opprinnelig definert følgende problemstillinger:

- I. Er det lagt til rette for styring av kvaliteten ved institusjonene?
- II. Er det lagt til rette for å sikre god oppfølging av kvaliteten i tilbudet til beboere?
- III. Er det lagt til rette for brukervedvirkning?
- IV. Hvordan er kvaliteten på det folkevalgte tilsynet?
- V. Er beboere/pårørende gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål og arbeidsmåter?
- VI. Får beboerne /påørende systematisk informasjon om hvilke tilbud som finnes på institusjonen og hvilke rettigheter de har, herunder institusjonens kvalitetskrav, daglige rutiner, aktivitetstilbud, primærkontakt, kvalitetsplaner og ansvarlig sykepleier?

Med bakgrunn i diskusjoner i kontrollutvalgsmøte 25.06.08, ble det vedtatt at undersøkelsen skulle ha brukerne i fokus. Brukernes fokus er ivaretatt gjennom vurdering av kommunens gjennomførte spørreundersøkelse i 2006 og kommunens oppfølging av denne. Avsnitt 5.4 omhandler dette området. Når det gjelder problemstillingene V og VI, så er disse besvart gjennom de vurderingene og konklusjonene som er gjort under i problemstillingene I, II og III.

3.3 Avgrensninger

Kvalitet er et vidt begrep og er i veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten¹ definert til å være: *Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.*

Revisjonen har tatt utgangspunkt i om kommunen har systemer og rutiner som gjør at det kan legges til rette for at det ytes tilstrekkelig kvalitet og om det er tilfredsstillende arenaer slik at brukerens behov og ønsker i tilstrekkelig grad kan bli ivaretatt. Det er ikke foretatt en konkret vurdering av kvaliteten på den tjenesten som blir levert på sykehjemmene². Innholdet i kommunens prosedyrer og rutinebeskrivelser er ikke vurdert faglig, og det er heller ikke vurdert om det er utarbeidet prosedyrer på alle områder. De fysiske rammebetingelsene som lokaler og utstyr er heller ikke vurdert.

¹ Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet

² Grande og Ullerud sykehjem

4 Metoder og gjennomføring

4.1 Gjennomføring

Undersøkelsen bygger i hovedsak på følgende kilder:

- Prosedyrer og rutinebeskrivelser utarbeidet av kommunen
- Brukerundersøkelse pleie- og omsorg, beboere (2006)
- Brukerundersøkelse pleie- og omsorg, pårørende (2006)
- Serviceerklæringer
- Velkomstbrosjyre for beboere og pårørende Grande og Ullerud sykehjem
- Virksomhetsplan for 2008-2011 for enhet pleie og omsorg i institusjon
- Gjennomgang av 20 tiltaksplaner
- Gjennomgang av journaler i Gerica
- Intervju med enhetsleder ved enhet for pleie og omsorg i institusjon.
- Intervju med avdelingssykepleiere ved Grande og Ullerud sykehjem.

I alt er det gjennomgått 20 tiltaksplaner fordelt med 10 på Grande og 10 på Ullerud sykehjem. Dette utgjør i underkant av 20 % av populasjonen. Utvalget ble trukket ut tilfeldig med bakgrunn i en romfordelingsliste som ble oversendt fra sykehjemmene. Gjennomgangen av journalføringen av 10 beboere ble også plukket ut på grunnlag av et tilfeldig utplukk, og det kunne heller ikke her avdekkes systematiske forskjeller. Dette utvalget anses derfor også tilstrekkelig for formålet.

4.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Undersøkelsen bygger i første rekke på opplysninger fra gjennomgang av dokumenter og intervjuer med ulike personer som har sentrale roller i forhold til det tilbudet som blir gitt til beboere i institusjon i Frogn kommune. Informasjon som er fremkommet er referert og bekreftet av de som er intervjuet.

Kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet).

Gyldighet brukes gjerne som et uttrykk for om vi har målt det vi ønsker å måle. Gyldigheten ble sikret ved at revisjonen innhentet sentrale dokumenter som er spesifisert i revisjonskriteriene og intervjuet nøkkelpersoner blant de ansatte om praktiseringen av rutiner definert i revisjonskriteriene og beskrevet i kommunens egne dokumenter. Gyldighet er også dekket opp gjennom at det er innhentet informasjon fra flere kilder.

Pålitelighet er et uttrykk for hvor nøyaktig innsamling av data har vært, og at det ikke er skjedd systematiske feil underveis i innsamlingen. Alle dokumenter som er gjennomgått er mottatt fra Frogn kommuner. Det er skrevet referater fra intervjuer og disse er bekreftet av de intervjuede i ettertid. Det er i forbindelse med gjennomgangen av tiltaksplaner trukket ut et tilfeldig utvalg på 10 planer fra hvert av sykehjemmene. De gjennomgåtte planene viste gjennomgående en lik oppbygging.

5 Analyse

5.1 Ressursforbruk

Dette avsnittet er tatt inn i rapporten for å gi en indikasjon på hvordan Frogn kommunes ressursbruk ligger i forhold til sammenlignbare kommuner. Kapittelet er uten problemstillinger og vurderinger.

Sentrale data for Frogn kommune

I KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING) innrapporterer alle landets kommuner detaljerte tall om sin virksomhet som gir grunnlag for å belyse prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet ved hjelp av et stort antall nøkkeltall. Det er plukket ut noen sentrale nøkkeltall som kan bidra til bedre forståelse av faktorer som kan påvirke kvaliteten i Frogn kommune.

Status for Frogn kommune 2007

	Ås	Ski	Vestby	Nesodden	Frogn	Akershus	Landsgjennomsnitt
Andel innbyggere 80 år og over	3,2 %	3,1 %	2,6 %	3,1 %	3,3 %	3,6 %	4,6 %
Andel innbyggere 67 år og over	11,1 %	11,0 %	9,3 %	10,2 %	11,8 %	11,5 %	13,0 %
Netto driftsutgifter pleie og omsorg av kommunens netto driftsutgifter	30,4 %	27,6 %	27,7 %	25,1 %	30,6 %	31,6 %	33,8 %

Tabellen viser at Frogn kommune har en vesentlig lavere andel av eldre sammenlignet med landsgjennomsnittet, men har en litt større andel eldre enn sammenlignbare kommuner i Follo.

Ressursbruk i Frogn kommune 2007

	Ås	Ski	Vestby	Nesodden	Frogn	Gj.snitt Akershus	Landsgjennomsnitt
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg per innbygger 80 år og over	267 000	241 982	259 783	218 921	262 629	243 582	243 551
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 67 år og over	78 039	68 395	72 296	65 905	74 051	77 347	86 746
Netto driftsutgifter per institusjonsplass	706 181	608 133	606 667	672 175	591 536	597 852	602 857
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over	20,8 %	18,8 %	20,3 %	17,5 %	21,8 %	19,1 %	18,8 %

Oversikten viser at Frogn kommune har høyere dekningsgrad av institusjonsplasser enn nabokommunene, gjennomsnittet i Akershus og landsgjennomsnittet. Frogn kommune har også høyere netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger over 80 år sammenlignet med lands- og fylkesgjennomsnittet.

Leger og fysioterapeuter i institusjon 2007

	Ås	Ski	Vestby	Nesodden	Frogn	Gj.snitt Akershus	Landsgjennomsnitt
Årsverk leger pr 1000 plasser i institusjon	3,5	7,5	7,3	6,5	6,0	7,4	7,8
Årsverk fysioterapeuter pr 1000 plasser i institusjon	7,7	3,5	24	2,2	8,1	12	8,6

Frogn kommune har ifølge Kostra-rapporteringen litt færre årsverk med leger og fysioterapeuter enn lands- og fylkesgjennomsnittet.

Kompetanse

	Ås	Ski	Vestby	Nesodden	Frogn	Gj.snitt Akershus	Landsgjennomsnitt
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	35 %	29 %	27 %	29 %	24 %	28 %	29 %
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	33 %	39 %	37 %	34 %	44 %	39 %	42 %
Andel årsverk i brukerrettede u/fagutdanning	32 %	32 %	36 %	37 %	32 %	33 %	29 %

Frogn kommune har en høyere andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole og lavere andel årsverk med fagutdanning på høyskole/universitetsutdanning enn både fylkes- og landsgjennomsnittet og samtlige fire sammenligningskommuner i Follo.

5.2 Styring av kvalitet.

Følgende problemstilling er definert:

Er det lagt til rette for styring av kvaliteten ved institusjonene?

5.2.1 Revisjonskriterier

Sentralt lovverk på området er *lov om helsetjenesten i kommunene* med tilhørende *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting* etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester (kvalitetsforskriften).

Av forskriftens § 3, Oppgaver og innhold i tjenesten, framgår bl.a. at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slike finnes. Prosedyrene skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Prosedyrene skal videre sikre brukermedvirkning ved utforming og endring av tjenestetilbudet.

Følgende revisjonskriterier kan legges til grunn:

- Frogn kommune skal ha etablert et system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenestene vedkommende har rett til og i hht. individuell plan.
- Prosedyrene skal sikre at det gis helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.
- Prosedyrene skal sikre brukermedvirkning både ved endring og ved utforming av tjenestetilbudet.

5.2.2 Faktabeskrivelse

Virksomhetsplan

Frogn kommunes virksomhetsplan for 2008-2011 for enhet Pleie og omsorg i institusjon har som hovedmål: *Skape et godt hjem for beboerne og en god arbeidsplass for medarbeiderne.*

Serviceerklæringen

Frogn kommune har utarbeidet en serviceerklæring for langtidsplass i institusjon og for kortidsopphold i institusjon. Det er et mål i serviceerklæringen at kommunen skal gi et bo- og behandlingstilbud til personer med behov for heldøgns pleie og omsorg.

System av prosedyrer

Fra 1. mai 2008 tok Frogn kommune i bruk et kvalitetsstyringssystem. Dette er et system som er utarbeidet spesielt for kommuner og består av flere moduler, bl.a. modul for avvik og tiltaksrapportering og modul for kvalitetsdokumentasjon. Alle kommunens

prosedyrebeskrivelser og rutinebeskrivelser er i følge enhetsleder lagt inn i dette systemet. Eventuelle avvik fra kommunes rutiner skal rapporteres i dette systemet. Enhetsleder opplyser at fordi systemet er i utprøvningsfasen, skal det rapporteres ganske utfyllende på de avvikene som oppstår. Avdelingsleder kan se eventuelle avvik når de er lagt inn i systemet. Avvikene vil også bli ”lukket” i dette systemet. I følge enhetsleder kan systemet også brukes til å sammenligne seg med andre kommuner. Ved behov vil pårørende også bli informert ved avvik.

Prosedyrer

Frogn kommune har flere prosedyrer i sitt kvalitetsstyringssystem. Prosedyrene skal sikre at det gis helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Tiltaksplaner

I prosedyren *Pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*, framgår det at hver beboer skal ha sin egen skriftlige tiltaksplan. I følge prosedyren skal tiltaksplanen

- inneholde alle områder for å dekke helhetlig pleie og omsorg (fysisk, psykisk, åndelig og sosialt)
- utformes i samarbeid med beboer
- forandres etter behov og evalueres hver 3. måned

Kvalitetsmålet i prosedyren er ”å sikre at beboerne får nødvendig pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand”.

Det er i hovedsak innført ”stille rapport”. Dette innebærer at den enkelte pleier selv har ansvar for å gjøre seg kjent med tiltaksplanen til de beboerne som denne har ansvaret for. Alle avvik i forhold til planene skal registreres i det IKT-baserte omsorgssystemet Geric³. Det er primærkontakten⁴ som har ansvaret for å ”løse” avvikene. Dette kan i noen tilfeller resultere i endrede tiltaksplaner, for eksempel ved endrede behov hos beboer. Primærkontakten, sammen med sykepleierkontakten, har ansvaret for å utarbeide tiltaksplanene.

Det vises til avsnitt 5.3.2 Oppfølging av kvalitet for vurdering av tiltaksplanene.

Medisinsk undersøkelse og behandling

Det er utarbeidet prosedyre for ”Nødvendig medisinsk undersøkelse, behandling, tannbehandling og rehabilitering”.

Målet med prosedyren er å sikre at beboere får nødvendig medisinsk undersøkelse, behandling og rehabilitering.

Prosedyrer gir beskrivelse av hvilket omfang beboerne skal få tilbud om mht. tilsynslege, tannbehandling og rehabilitering.

Kvalitetskontroll

Det er utarbeidet en prosedyre for kvalitetskontroll som innebærer håndtering av *skjema for tilbakemelding på opplevd kvalitet*. Skjemaet er utarbeidet med tanke på at beboere, pårørende eller andre kan gi skriftlig tilbakemelding på forhold som går på:

³ IT basert omsorgssystem

⁴ Den som normalt har mest med beboer å gjøre (er fastsatt)

- Brukermedvirkning
- Personalets holdninger
- Privatliv
- Legetilsyn
- Maten
- Hjelpen er i samsvar med forventningene
- Annet.

Rutinen sier noe om hvem og hvordan tilbakemeldingene skal håndteres ved bl.a. dokumentasjon i brukers journal. Kvalitetsmålet for rutinebeskrivelsen er at "alle brukere er informert om retten til å melde om forhold ved kvaliteten på tjenesten de mottar". Det er ikke angitt hvem som har utarbeidet prosedyren og dato for dette.

Andre prosedyrer

Frogn kommune har utarbeidet egen beskrivelse vedrørende tannlegerutiner ved Grande sykehjem og en prosedyremal med formål å gi et tilfredsstillende fysioterapitilbud til langtidsbeboere i institusjon. Det er også utarbeidet en arbeidsbeskrivelse for sykehjemslegen. Prosedyremalen for fysioterapi og arbeidsbeskrivelsen for sykehjemslegen er ikke daterte og gir ikke informasjon om hvem som har utarbeidet disse.

Avdelingssykepleierne har opplyst at det bør foretas en gjennomgang av kommunens prosedyrer og maler da ikke alle er like oppdaterte. På Ullerud sykehjem er det ansatt en fagkoordinator som bl.a. skal gjennomgå de prosedyrene som foreligger. En del prosedyrer oppleves som bra og blir brukt. På Ullerud oppgis det at viktige prosedyrer blir diskutert jevnlig men det er varierende hvor god kunnskap den enkelte pleier har til de forskjellige prosedyrene.

Brukermedvirkning

Frogn kommune har utarbeidet et *Mandat for brukerråd i pleie og omsorg i institusjon*. Av målsettingen framgår det at: "Brukerrådet er et rådgivende organ for avdelingene. Brukerrådet skal behandle og gi råd i saker som vedrører tjenestens kvalitet og innhold. Det skal opprettes et brukerråd på Grande og et på Ullerud".

Sammensetningen skal være:

- Brukere fra hver avdeling velger to brukerrepresentanter – enten beboere, pårørende eller verge.
- To ansatte.
- Enhetsleder er sekretær for rådet.

Brukerrådet skal gi innspill som vedrører tjenestetilbudet, være høringsinstans i aktuelle saker og rådføres når det gjelder

- Utvikling av tjenestetilbudet og -produksjon
- Utarbeidelse og oppfølging av brukerundersøkelser
- Innspill til virksomhetsplan for sykehjemmene.

Rådet er rådgivende og har ingen styringsrett/ besluttede myndighet. Det skal avholdes minimum 3 møter i året.

I følge enhetsleder er ikke brukerrådene kommet skikkelig i gang ennå. Planen er at dette skal iverksettes i løpet av vinteren 2008/2009. Det har imidlertid vært avholdt beboermøter på Grande, med første møte 19. februar 2008. Det ble her enighet om at slike møter skal holdes hver 3. måned. Det lages referat fra disse møtene.

5.2.3 Vurdering

System av prosedyrer

Revisjonen ser positivt på at Frogn kommune har tatt i bruk et kvalitetsstyringssystem hvor alle prosedyrer og rutinebeskrivelser er lagt inn og hvor det kan rapporteres på de avvikene som eventuelt oppstår. Systemet er relativt nytt slik at kommunen foreløpig ikke har erfaringer med bruken. Dersom systemet brukes etter intensjonene vil det etter vår mening kunne gi Frogn kommune en god oversikt over de avvikene som oppstår og håndteringen av disse. Kommunen kan dermed også lettere gjøre tidlige grep slik som for eksempel revidering av rutiner, utarbeidelse av eventuelle nye rutiner slik at kvaliteten kan bli høyere. Systematiske svikt i rutinene kan også avdekkes på et tidligere stadium.

Prosedyrer

Vi har ikke ettersett at Frogn har utarbeidet rutiner på alle områder, men gjennomgått de rutiner som er sentrale i forbindelse med at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud. Etter vår vurdering bidrar de prosedyrer og rutinebeskrivelser som vi har gjennomgått til at Frogn kommune kan etterleve disse kravene. Rutinene har i hovedsak angitt det målet de skal oppnå samt en beskrivelse av hvilke handlinger som skal utføres for at målene kan nås. Det anses også positivt at alle rutinebeskrivelser og prosedyrer er samlet slik at det er lettere å få oversikt over hva som finnes på de forskjellige områdene.

Avdelingssykepleierne har imidlertid i intervju uttalt at ikke alle prosedyrer er like oppdaterte, og at alle prosedyrene heller ikke er like kjente blant pleierne. Revisjonen er av den oppfatning at det er viktig at alle prosedyrer til enhver tid er oppdaterte og at de er tilstrekkelig kjent blant de som skal forholde seg til disse. Det bør også framgå hvem som har utarbeidet prosedyren og dato for dette. For to av de prosedyrene som er gjennomgått gikk det ikke frem hvem som hadde utarbeidet dem eller dato for dette.

Prosedyrer for kvalitetskontroll gir etter revisjonens mening både beboere og pårørende en god mulighet til å gi tilbakemelding på (eventuell mangel på) opplevd kvalitet ved sykehjemmene.

Brukermedvirkning

Kommunen har utarbeidet et mandat for brukerråd ved sykehjemmene. Mandatet synes tilfredsstillende beskrevet, men i følge enhetsleder er ikke brukerrådene kommet i gang ved sykehjemmene. Det er etter revisjonens oppfatning viktig at dette kommer på plass og at disse blir operative etter sin hensikt.

Aktive brukerråd, kombinert med muligheten pårørende og beboere har til å gi tilbakemelding via skjemaet i prosedyre for kvalitetskontroll, vil etter revisjonens mening kunne utgjøre gode virkemidler for å kanalisere innspill til hvordan kvaliteten kan bedres ytterligere ved sykehjemmene og derigjennom øke den opplevde kvaliteten på tjenesten i Frogn kommune.

5.3 Oppfølging av kvalitet

Følgende problemstilling er definert.

Er det lagt til rette for å sikre god oppfølging av kvaliteten i tilbudet til beboere?

5.3.1 Revisjonskriterier

I følge forskrift om pasientjournal, plikter virksomheten å ha et system som bidrar til ordnede og systematiske nedtegnelser (§ 4). Det skal i følge § 5 opprettes en journal for hver pasient, som skal føres fortløpende uten ugrunnet opphold.

Av kvalitetsforskriften § 3 framkommer det at: ”Brukere av pleie- og omsorgstjenester og eventuelt pårørende/ verge/ hjelpeverge, medvirker ved utformingen eller endringen av tjenestetilbudet”. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene. Veileder til kvalitetsforskriften henviser til Sosialtjenesteloven § 8-4 som sier at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med klienten. Tjenesteyter har plikt til å rådføre seg med klienten. Det er et viktig generelt prinsipp at tjenestetilbudet så langt som mulig bør ta hensyn til den enkeltes spesielle behov og ønsker.

Frogn kommune har utarbeidet ”Prosedyrer for å sikre kvalitet – tiltaksplaner”. I denne fremgår at hver beboer skal ha sin egen skriftlige tiltaksplan. I følge prosedyren skal tiltaksplanen

- inneholde alle områder for å dekke helhetlig pleie og omsorg (fysisk, psykisk, åndelig og sosialt)
- utformes i samarbeid med beboer
- forandres etter behov og evalueres hver 3. måned.

Det går videre fram av prosedyren at alle beboerne skal ha en primær- og sekundærpleier som har ansvar for å følge opp tiltaksplanene og kontakten med pårørende.

Følgende revisjonskriterier kan legges til grunn:

- Det skal løpende føres en journal for hver beboer
- Tiltaksplaner skal være utformet i samsvar med kommunens rutinebeskrivelse.
- Beboerne skal involveres i utarbeidelse av tiltaksplaner og denne skal ta hensyn til beboerens spesielle behov og ønsker
- Alle beboerne skal ha en primærkontakt

5.3.2 Faktabeskrivelse

Journalføring i Gerica

Frogn kommune bruker IKT-systemet Gerica i forbindelse med utarbeidelse av tiltaksplaner og all journalføring i forbindelse med beboere i institusjon. Avvik i forhold til tiltaksplanen skal registres i Gerica. Gerica er et mye brukt omsorgssystem i Norge.

I følge enhetsleder har alle pleiere fått opplæring i bruken av Gerica. Det er en egen Gerica konsulent i kommunen som jobber mot alle brukerne. Det er også egne "superbrukere" på sykehjemmene som bistår ved behov. Enhetsleder opplever at de har gode rutiner i bruk av Gerica.

Avdelingssykepleier på Ullerud opplyser at alle fast ansatte og hjelpepleiere har tilgang til å registrere i Gerica. Hun mener videre at de kan ha et forbedringspotensiale med registrering fordi det ikke er alle pleierene som liker like godt å registrere. For de som ikke har tilgang, vil andre legge inn de aktuelle opplysningene. På Grande har ikke assistenter, med unntak av noen erfarne assistenter, anledning til å foreta registrering. I disse tilfellene blir registrering foretatt av andre som er på vakt. Avdelingssykepleier gir uttrykk for at kunnskapen om Gerica er for liten og at det er behov for opplæring. Begge avdelingssykepleiere er av den oppfatning at det er tilfredsstillende antall maskiner tilgjengelig for registrering. Dersom det ikke er tid til å registrere samme dag, kan det registreres senere.

For å vurdere omfanget av journalføringer i Gerica knyttet til på den enkelte beboer ved de to institusjonene, er et utvalg på 10 tilfeldige beboere fra Grande og Ullerud trukket ut for nærmere undersøkelser. August måned 2008 er valgt ut som observasjonsperiode.

	Totalt
Antall stikkprøver	10
Høyest antall journalføringer	60
Lavest antall journalføringer	4
Gjennomsnitt antall journalføringer	25

Tabellen viser at det er stor forskjell i antall registreringer i journalen mellom den beboer som hadde flest (60) og den som hadde færrest (4). Antall registreringer for enkelte beboere varierte også mye i perioden. I de tilfellene hvor det var hyppig rapportering, syntes det å ha sammenheng med kritiske hendelser for beboeren (som for eksempel sykdom, innleggelse på sykehus osv). Registreringene var foretatt av mange forskjellige pleiere, og det syntes også å ha blitt foretatt på samme dag som hendelsene har inntruffet. Det kan synes som det i hovedsak er foretatt rapportering når noe "unormalt" har inntruffet.

Tiltaksplaner

Tiltaksplaner for et utvalg på 20 beboere av en populasjon på 93 faste beboere ved Grande og Ullerud sykehjem, er gjennomgått. Fra hvert av sykehjemmene er 10 tilfeldige rom blitt plukket ut.

Undersøkelsen viste at pleieplaner forelå for samtlige beboere ved de 20 rommene. Planene inneholdt de fire sidene med pleie og omsorg som de skal inneholde (fysisk, psykisk, åndelig, og sosialt). I mange av planene fremkommer enkeltønsker fra beboere, men ikke om beboerne

har vært delaktige i utarbeidelsen av planene. I planene er det ført ned observasjoner og enkelte vurderinger. Med ett unntak hadde planene med seg status og bakgrunn for innleggelsen, men kilde for observasjonene var ikke alltid oppgitt.

Planene inneholdt individuelle tilpasninger med hensyn til blant annet ernæring, behov for ro og hvile, døgnrytme, sosiale behov, personlig hygiene, munnhygiene, på- og avkledding og medisiner. Gjennomgangen viste at enkelte av punktene var blitt revidert i noen av planene, men det var ikke mulig å se om planene var blitt jevnlig evaluert hver tredje måned i tråd med Frogn kommunes prosedyre for *Pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*. Avdelingssykepleierene ved Ullerud og Grande har opplyst at det ikke foretas noen jevnlig evaluering av tiltaksplanen hver tredje måned slik kommunens rutine tilsier. Endringer blir foretatt dersom det er behov for dette med bakgrunn i endret behov hos beboeren.

Avdelingssykepleier ved Ullerud opplyser videre at man ved institusjonen trolig ikke er flink nok til å utarbeide nye tiltak i planen, men isteden tilpasser de tiltakene som allerede er der. Ved Grande opplyser avdelingssykepleier at man ikke er flink nok til å sette gode mål og utarbeide de rette tiltakene for å nå målene i planene.

Etter det vi har har brakt i erfaring er det ingen klare rutiner etablert for å involverer beboere i utarbeidelse av tiltaksplaner. På Ullerud sykehjem er det uttalt at beboerene uttrykker få klare meninger, men at man fra institusjonens side prøver å legge forholdene til rette slik at beboerne skal føle seg hjemme. Behovene i planene baserer seg som oftest på pleierens observasjoner. Pårørende til beboere på demensavdelingen ved Ullerud sykehjem skal fylle ut skjemaet "bakgrunnsopplysninger" før ankomst. Her kan de gi opplysninger om beboerens vaner og interesser og eventuelle aktiviteter som de liker å holde på med. Hovedansvaret for utarbeidelse av planene tilligger sykepleierne i samarbeid med primærkontakten. På Grande er det også observasjoner som ligger til grunn for hvilke behov som føres i planene, man ser hva beboeren liker å gjøre og forsøker å etterkomme dennes ønsker. Mulighetene til å etterkomme beboerens ønsker må også sees i sammenheng med de ressursene som er tilgjengelig på sykehjemmet.

Samtlige avvik i forhold til tiltaksplanen skal i henhold til gjeldende rutiner registres i Gerica. Avvik kan være at de tiltakene som står i planen ikke blir gjennomført, for eksempel at beboer ikke får dusjet av ulike årsaker, feil medisiner osv. Avdelingsleder på Grande gir uttrykk for at det er tvilsomt at alle avvikene blir registrert i Gerica, men at manglende registreringer i så fall bare dreier seg om avvik knyttet til ikke-fysiske behov. Avdelingssykepleier har ansvaret for å oppfølging av avikene.

Begge institusjonene har gjennomgående de samme punktene med i sine planer. Det ble observert ulik vektlegging i de ulike tiltaksplanene på institusjonene, men undersøkelsen avdekket ikke systematiske forskjeller mellom institusjonene.

Det fremgikk ikke av planene hvem som er primær- og sekundærkontakter for den enkelte pasient. Dette fremgikk imidlertid i egne lister.

Primærkontakt

Primærkontakten er den som normalt har den daglige oppfølgingen av beboeren og som skal kjenne denne best. Både på Ullerud og på Grande er det oppnevnt primærkontakter for

beboerne. På Grande henger det liste på vaktrommet. På Ullerud var det også utarbeidet skriftlig oversikt. Ullerud har også fordelt sykepleierressursene som sekundærkontakter. På Grande var ikke oversikten oppdatert da en av beboerne som stod på listen var død. Begge avdelingssykepleierene oppgir at dersom en av primærkontaktene slutter eller er fraværende over lengre tid, overtar en annen denne funksjonen slik at ingen skal stå uten primærkontakt. En pleier i full stilling er normalt primærkontakt for en eller to beboere. Sykepleierressursen er fordelt på mange beboere. På Grande er det ikke gjennomført noen fordeling av sykepleiere som sekundærkontakter med bakgrunn i at noen stillinger har vært ubesatt.

5.3.3 Vurderinger

Journalføring i Gerica

Avdelingssykepleier på Ullerud oppgir at ikke alle pleiere liker like godt å registrere i Gerica og at de derfor kan ha et forbedringspotensial med registreringen. Avdelingssykepleier på Grande mener at kunnskapen om Gerica er for liten og at det trengs opplæring. Etter revisjonens oppfatning er det svært viktig at alle pleiere som foretar registrering er fortrolig med systemet og at de har fått tilfredsstillende opplæring. Med bakgrunn i avdelingssykepleierens uttalelser bør Frogn kommune sørge for at det gis mer opplæring i Gerica på bakgrunn av hver enkelt pleiers behov. Vår gjennomgang av journalføringen ga imidlertid ikke grunnlag for å si at journalføringen ikke var tilfredsstillende og i samsvar med de kravene som regelverket setter på området. Det ble i gjennomgangen ikke avdekket systematiske forskjeller på journalføringen. Den ble foretatt av forskjellige pleiere og i ulik hyppighet avhengig av hvilke hendelser som inntraff. Vi har imidlertid bare sett på det som er registrert i journalene og ikke vurdert forhold som ikke har vært journalført men som burde ha vært registrert.

Tiltaksplaner

Gjennomgangen av tiltaksplanene viser at Frogn kommune utarbeider tiltaksplaner for alle beboerne på sykehjemmene. Alle de gjennomgåtte planene inneholdt de elementer som de i følge rutinebeskrivelsen skal inneholde. Det kunne ikke fastslås om planene var blitt evaluert jevnlig slik rutinen skulle tilsi. Avdelingssykepleierne opplyste at dette ikke blir gjort. Det er etter revisjonens oppfatning viktig at planene evalueres jevnlig slik at eventuelle endringer av behov kan fanges opp og at beboeren får sine individuelle behov dekket. Det er også viktig at det dokumenteres at evaluering har funnet sted, hvem som har foretatt evalueringen, hvilke endringer som er gjort og dato for endringene. Det framgikk ikke av de gjennomgåtte planene hvem som hadde utarbeidet disse. Etter revisjonens oppfatning bør dette framgå, samt hvem som har ansvaret for å følge opp planene.

Ingen av sykehjemmene har rutiner for å trekke beboeren med i utformingen av tiltaksplanene. Avdelingssykepleierne ved både Ullerud og Grande oppgir at de prøver å legge forholdene til rette slik at beboerne føler seg hjemme. Begge oppgir videre at de individuelle behovene i planene baserer seg på observasjoner og at man ser hva beboerne liker å gjøre. De gjennomgåtte tiltaksplanene inneholdt flere elementer av individuelle behov av ulik omfang og karakter, men etter vår mening bør også beboeren i sterkere grad trekkes med i utformingen av planene jfr. kvalitetsforskriftens § 3 og sosialtjenesteloven § 8-4 som sier at tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med klienten. Kommunen bør utarbeide rutiner som sikrer dette, og at det blir en ensartet praksis på begge sykehjemmene.

Primærkontakt

Undersøkelsen viste at primærkontakter var oppnevnt for alle beboere slik regelverket tilsier. Listen over primærkontakter på Grande var imidlertid ikke oppdatert. Grande sykehjem har heller ikke oppnevnt sekundærkontakter slik kommunens prosedyre tilsier.

5.4 Brukermedvirkning

Følgende problemstilling er definert:

Er det lagt til rette for brukermedvirkning?

5.4.1 Revisjonskriterier

Av kvalitetsforskriften § 3 framkommer det at: Brukere av pleie- og omsorgstjenester og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utformingen eller endringen av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.

5.4.2 Faktabeskrivelse

Det er utarbeidet et *Mandat for brukerråd i pleie og omsorg i institusjon*. Av målsettingen framgår det at: Brukerrådet er et rådgivende organ for avdelingene. Brukerrådet skal behandle og gi råd i saker som vedrører tjenestens kvalitet og innhold. Det skal opprettes et brukerråd på Grande og et på Ullerud.

Sammensetningen skal være:

- Brukere fra hver avdeling velger to brukerrepresentanter – enten beboere, pårørende eller verge.
- To ansatte.
- Enhetsleder er sekretær for rådet.

Brukerrådet skal gi innspill som vedrører tjenestetilbudet, være høringsinstans i aktuelle saker og rådføres når det gjelder

- Utvikling av tjenestetilbudet og -produksjon
- Utarbeidelse og oppfølging av brukerundersøkelser
- Innspill til virksomhetsplan for sykehjemmene.

Rådet er rådgivende og har ingen styringsrett/ besluttende myndighet. Det skal avholdes minimum 3 møter i året.

I følge enhetsleder er ikke brukerrådene kommet skikkelig i gang enda. Planen er at dette skal iverksettes i løpet av høsten. Det har imidlertid vært avholdt beboermøter på Grande, med

første møte 19. februar i år. Det ble her enighet om at slike møter skal holdes hver 3. måned. Det lages referat fra disse møtene. Til stede på det første møtet var to pårørende og 4 ansatte, deriblant enhetsleder.

Det er utarbeidet en prosedyre for kvalitetskontroll som innebærer håndtering av *skjema for tilbakemelding på opplevd kvalitet*. Skjemaet er utarbeidet med tanke på at beboere, pårørende eller andre kan gi skriftlig tilbakemelding på forhold som går på:

- Brukermedvirkning
- Personalets holdninger
- Privatliv
- Legetilsyn
- Maten
- Hjelpen er i samsvar med forventningene
- Annet.

Rutinen sier noe om hvem og hvordan tilbakemeldingene skal håndteres ved bl.a. dokumentasjon i brukers journal.

Brukerundersøkelsen 2006 og oppfølgingen av denne

Frogn kommune gjennomførte i 2006 en brukerundersøkelse blant pårørende og beboere ved Grande og Ullerud sykehjem. Kommunen har selv utarbeidet spørsmålene i undersøkelsen basert på kvalitetsforskriften⁵. Blant beboerne ble det plukket ut 11 personer som man mente kunne besvare undersøkelsen. Samtlige av disse har besvart. Samtlige pårørende fikk tilsendt undersøkelsen, og det kom inn svar fra 36 av totalt 103 pårørende⁶. Enhetsleder har opplyst at målet med undersøkelsen var å få innspill til å øke kvaliteten på tjenesten. Hun har videre opplyst at de hadde trodd at svarprosenten fra de pårørende skulle være høyere, men de har valgt å tro at det var de som følte at de hadde noe å bidra med som har svart. Det vil bli gjennomført en tilsvarende brukerundersøkelse i løpet av vinteren 2008/2009.

Beboerne har svart følgende på spørsmålene i spørreundersøkelsen:

Spørsmål	Ja	Nei	Sum
Fikk du god nok informasjon før innleggelsen på sykehjemmet	8	3	11
Opplevde du å bli godt mottatt på sykehjemmet	11	0	11
Vet du hvem som er din primærkontakt	6	5	11
Vet du hvem som er avdelingssykepleieren	10	1	11
Har du hatt kontakt med tilsynslegen ved sykehjemmet	8	2	10
Savner du flere samtaler/ møter med noen av betjeningen på avdelingen eller tilsynslegen	5	5	10
Får du tilfredsstillende med informasjon om din helsetilstand?	7	4	11
Får du nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset din tilstand?	9	2	11
Får du nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene	11	0	11
Blir du tatt med på råd av personalet når det tas avgjørelser som	8	3	11

⁵ Forskrift av 27. juni 2003 fastsatt av Sosial- og helsedepartementet

⁶ En pårørende pr. beboer

angår deg			
Opplever du at du blir møtt med respekt og forståelse		1	10
Får du nok ro til å ha et skjermet privatliv	10	1	11
Opplever du at personalet har tilstrekkelig med tid til deg	6	3	9
Bli dine sosiale behov dekket som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet	9	2	11
Følger du en normal livs- og døgnrytme på sykehjemmet og unngår uønsket og unødig sengeopphold	11	0	11
Får du ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner på en tilfredsstillende måte	10	1	11
Får du nok hjelp i spisesituasjoner	10	0	10
Får du dekket en variert og helsefremmende kost og tilstrekkelig med drikke	11	0	11
Har du en rimelig valgfrihet i forhold til mat	10	1	11

Pårørende har svart følgende på spørsmålene i spørreundersøkelsen:

Spørsmål	Ja	Nei	Sum
Fikk dere god nok informasjon før innleggelsen på sykehjemmet	35	1	36
Opplevde dere å bli godt mottatt på sykehjemmet	34	0	34
Vet du hvem som er deres pårørendes primærkontakt	21	14	35
Vet dere hvem som er avdelingssykepleier på avdelingen	28	8	36
Har dere hatt kontakt med tilsynslegen ved sykehjemmet	14	21	35
Savner dere flere samtaler/ møter med noen av betjeningen på avdelingen eller tilsynslegen	16	17	33
Får deres pårørende nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand?	23	8	31
Får deres pårørende nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene	29	4	33
Bli deres pårørende tatt med på råd av personalet når det tas avgjørelser som angår ham/henne	23	7	30
Bli dere pårørende møtt med respekt og forståelse	35	0	35
Får deres pårørende mulighet for nok skjerming og ro	33	1	34
Bruker personalet tilstrekkelig med tid på deres pårørende	31	3	34
Bli deres pårørende tilfredsstillende sosialt aktivisert	24	8	32
Følger deres pårørende en normal livs- og døgnrytme på sykehjemmet og unngår uønsket og unødig sengeopphold	32	1	33
Får deres pårørende ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner på en tilfredsstillende måte	32	2	34
Får deres pårørende nok hjelp i spisesituasjoner	32	2	34
Får deres pårørende variert og helsefremmende kost og tilstrekkelig med drikke	32	0	32
Får deres pårørende ro og tid nok til å spise	34	0	34
Har deres pårørende en rimelig valgfrihet i forhold til mat	30	3	33
Kjenner dere til vår hjemmeside på internett	8	27	35
Får dere tilfredsstillende med informasjon om deres pårørendes	22	9	31

helsetilstand og ellers hvordan han/hun har det på sykehjemmet			
Dersom deres pårørende har demenssykdom, har han/hun fått et tilrettelagt tilbud for personer med demens	8	5	13

Av svarene ovenfor kan vi se at både beboere og pårørende i hovedsak var godt fornøyd med kommunens tjenester. Det beboerne og pårørende ikke var så godt fornøyd med, handler mye om kommunikasjon. Halvparten svarte at de savnet flere samtaler/møter med betjeningen eller tilsynslegen. Dette gjaldt både pårørende og beboere. Nesten halvparten visste heller ikke hvem som var primærkontakten til beboeren. Verken beboerne eller de pårørende var helt fornøyd med den informasjonen som ble gitt rundt helsetilstanden til beboeren. Tre av ni beboere mente at personalet ikke hadde tilstrekkelig med tid til beboeren. Blant de pårørende var det bare tre av 34 som opplevde at personalet ikke hadde tid nok. Tre av 11 mente at de ikke ble tatt med på råd når det skulle tas avgjørelser som vedrørte den enkelte. De pårørende hadde omtrent den samme oppfattelsen som beboerne.

Oppfølging av spørreundersøkelsen

Som en oppfølging av svarene i spørreundersøkelsen som ble gjennomført, har enheten foretatt en del tiltak på de områdene hvor det ble avdekket et forbedringspotensial.

I forbindelse med manglende informasjon er det utarbeidet en velkomstbrosjyre både for Grande og Ullerud. I denne foretas det en kort "beskrivelse" av sykehjemmet med bl.a. presentasjon av de forskjellige avdelingene. Sykehjemmets daglige rutine med angivelse av måltider er angitt og det er også listet opp de ulike tilbud som beboerne kan benytte seg av. Brosjyren angir også hvem som er avdelingssykepleier på de forskjellige avdelingene. Enhetsleder har også opplyst at det gjennomføres pårørende-møter rett etter innflytting hvor det gis relevant informasjon til beboer og pårørende, deriblant hvem som er primærkontakt. Det avholdes også jevnlig møter med pårørende. Serviceerklæringen blir sendt ut sammen med vedtaket om tildeling av plass. I denne framgår formålet med tjenesten samt en beskrivelse av de tjenestene som kan gis ved oppholdet.

Flere svarte i spørreundersøkelsen at de savnet samtaler med legen og informasjon om sin egen helsetilstand. I den forbindelse er total legetid på sykehjemmene økt til 70 % stilling. Det er også utarbeidet egen instruks for legen. Han skal nå ha på seg hvit frakk slik at beboerne lettere skal kunne kjenne igjen legen og vite at han er tilstede.

Når det gjelder spørsmålet til pårørende-gruppen om de oppfatter at deres pårørende har fått et tilrettelagt tilbud for personer med demens, har 5 av 13 svart nei. Enhetsleder har kommentert dette svaret med at det ikke er lett for de pårørende å kunne vurdere dette fordi det dreier seg om å ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å vurdere spørsmålet.

Når det gjelder informasjon om aktiviteter på sykehjemmene så utarbeides det hver uke et *Aktivitetssukeskjema* både for Grande og Ullerud. Skjemaet skal være tilgjengelig både for beboere og pårørende. Av dette framgår det hvilke daglige aktiviteter som er planlagt på sykehjemmene. Det blir også utarbeidet en meny som går over flere dager. Enhetsleder har opplyst at dette er blitt godt mottatt av beboerne.

Sykehjemmene har mottatt en testamentarisk gave på en million kroner, hvor det kan bevilges penger til trivselstiltak 2 ganger i året med en maksimumssum på kr 40 000 per søknad. Midlene er bl.a. blitt brukt til å leie inn kjente artister, tur med Jacobine og lignende.

Sykehjemmene har også avtale med ”den kulturelle spaserstokken” som betyr musikalsk underholdning månedlig fra Akershus Musikkråd.

5.4.3 Vurderinger

Mandatet for brukerrådene er utarbeidet, men rådene er ikke kommet i gang ennå. Det er opplyst at de skal komme i gang i løpet av høsten. Det er etter revisjons oppfatning svært viktig å få i gang aktive brukerråd ved sykehjemmene slik at de kan bli nyttige korrektiv og arenaer for innspill både fra beboere og pårørende. Revisjonen ser det som positivt at kommunen har utarbeidet en rutine med et skjema slik at både pårørende og beboere kan gi direkte tilbakemelding på forhold som vedrører den enkelte og hvordan de opplever det generelt på sykehjemmene. Dette kan bli nyttige innspill slik at kvaliteten på kommunens tjenester kan bli enda bedre.

Det ble i 2006 gjennomført en omfattende spørreundersøkelse blant både beboere og pårørende. Spørsmålene var basert på kvalitetsforskriften og var således svært relevante for å få beboere og pårørendes mening om den opplevde kvaliteten ved sykehjemmene. Hovedinntrykket fra undersøkelsen var at både beboere og pårørende var godt fornøyd med det tilbudet som ble gitt. Enhetsleder har redegjort for de endringer/ tiltak som er gjennomført med bakgrunn i svarene fra undersøkelsen. De områder som det var minst tilfredshet på gjaldt kommunikasjon og det at pleierne hadde for liten tid til beboerne. Etter revisjonens mening synes de tiltakene som enheten har satt i verk for å bedre kommunikasjon og øke informasjonsmengden som relevante. Når det gjelder å ha nok tid til beboerne så handler det mye om totale ressurser, noe revisjon ikke har vurdert. Vi vil imidlertid bemerke at det også er viktig å prioritere tiden på best mulig måte.

Av de 13 pårørende til demente svarte 5 at de ikke oppfattet at deres pårørende hadde fått et tilrettelagt tilbud. Enhetsleder har kommentert det med at de ikke har tilstrekkelig faglig kunnskap til å vurdere dette. Etter revisjonens mening er det viktig at de pårørende har tilstrekkelig forståelse av det faglige tilbudet som gis slik at de ikke blir et gap mellom forventninger og det tilbudet som gis. Det er i denne sammenhengen svært viktig med en dialog med pårørende omkring temaet.

Kommunens serviceerklæring blir sendt ut sammen med vedtaket om plass. I denne framgår formålet med tjenesten, samt en beskrivelse av de tjenestene som kan gis ved sykehjemmene. Det blir også gjennomført møter med beboer og pårørende rett etter innflytting hvor det gis relevant informasjon. Beboerne og pårørende kan dermed sies å ha blitt gjort kjent med institusjonens kvalitetsmål og hvilke rettigheter de har. Revisjonen ser det som positivt at det gis godt med informasjon til beboere/pårørende ved innflytning, og den utarbeidede velkomstbrosjyren bidrar også til dette. Revisjonen ser det også som positivt at det utarbeides *aktivitetsukeskjema* hvor ukens aktiviteter på sykehjemmet framgår. Det synes som om det er muligheter for ulike aktiviteter i forbindelse med at sykehjemmene har gaver de kan ta av i forbindelse iverksetting av ulike trivselstiltak. Menyen som utarbeides er også med på å gi forutsigbarhet for beboerne.

5.5 Kvaliteten på det folkevalgte tilsynet

Følgende problemstilling er definert:

Hvordan er kvaliteten på det folkevalgte tilsynet?

5.5.1 Revisjonskriterier

Frogn kommune har opprettet et Tilsynsutvalg for omsorgstjenester. Utvalg for Oppvekst og omsorg har vedtatt reglement for tilsynsutvalget.

Revisjonen har lagt følgende til grunn for vurderingen:

- Tilsynsutvalget skal forholde seg til kommunens vedtatte reglement.

5.5.2 Faktabeskrivelse

Tilsynsutvalget er for tiden underlagt og oppnevnt av Utvalget for oppvekst, omsorg og kultur (OOK), som har overtatt rollen fra det tidligere Utvalget for Oppvekst og Omsorg. Reglement for Tilsynsutvalget ble gitt av det daværende Utvalget for oppvekst og omsorg.

Tilsynsutvalgets rolle er å

- Være bindeleddet mellom brukerne av omsorgstjenesten/deres pårørende og OOK.
- Påse at omsorgstjenesten blir drevet innenfor gjeldende lover og regler.
- Påse at driften av omsorgstjenesten er i samsvar med brukers behov.
- Rapportere til OOK om forhold utvalget mener bør forandres eller revurderes.
- Legge frem årsmelding for OOK.

Tilsynsutvalget består av leder fra OOK, representant fra eldrerådet, representant for eldresenteret, to medlemmer fra brukere/pårørende og sekretær oppnevnt av rådmannen. Utvalget hadde sin første periode fra 2004 – 2007, og andre periode startet opp i 2008.

I årsmeldingen for 2006 oppgir utvalget at det ikke er et ordentlig tilsynsutvalg, slik som flere kommuner har. Utvalget følte selv at de er et slags kontaktorgan mellom brukerne og kommunen. Når sykehjemmene har etablert egne brukerråd ved institusjonene, mente tilsynsutvalget at det kanskje var på tide å se på om tilsynsutvalget var slik de ønsket det før nye medlemmer eventuelt skulle oppnevnes i ny kommunestyreperiode. Sekretærene for tidligere og nytt utvalg opplyser at det ikke ble gjennomført en slik gjennomgang i forbindelse med ny periode.

Det ble ikke lagt frem en årsmelding for 2007. Dette var ved ny valgperiode, der flertallet av medlemmene i utvalget ble skiftet ut omkring årsskifter 2007/08.

Av møtereferatene fremkommer det at flertallet av sakene dreier seg om orienteringer fra omsorgstjenestene. Utvalget har kun hatt en egen sak som følge av tips eller klage fra

pårørende eller beboer. Møtene har vært avholdt på de ulike institusjonene, men dette har vært planlagte møter og ikke vært avholdt som uvarslet tilsyn ved institusjonene.

OOK har benyttet tilsynsutvalget som høringsinstans i planen for ”Helhetlig omsorgsplan”. Tilsynsutvalget har for øvrig ikke brakt frem egne saker som OOK har behandlet.

I 2008 er det konstituert et nytt utvalg med ny leder. Fra første møtereferat fremkommer det klart at utvalget har ambisjoner om å være synlig og et bindeledd mellom brukere og politikere, og hvor utvalget ønsker å markedsføre sin eksistens med kontaktinformasjon på offentlige plasser og pressehenvendelser. Utvalget ønsker å motta henvendelser og være på møteplasser der de kan komme i kontakt med brukere. De ønsker ikke å ha noen tilsynsrolle i den form at den vil oppsøke institusjonen for å se om omsorgstjenestene blir drevet innenfor gjeldende lover og regler.

Tabellen under viser antatt møter i tilsynsutvalget i de respektive årene.

År	2004/05*	2006*	2007**	2008**
Antall møter i Tilsynsutvalget for omsorgstjenester	5	4	2	3

*Kilde: Årsmeldinger for 2004-2005 og 2006 fra Tilsynsutvalget for omsorgstjenester

**Antall møtereferater frem til 20.09.08.

5.5.3 Vurderinger

Frogn kommune har hatt oppnevnt tilsynsutvalg fra 2004 slik at dagens utvalg er det andre utvalget som er oppnevnt. Etter revisjonens oppfatning har utvalget i periodene bare delvis forholdt seg til det mandatet som er gitt gjennom reglementet som utvalg for Oppvekst og omsorg har vedtatt. Utvalget har hatt ulik aktivitet gjennom hele perioden men med flere møter i året. For 2007 er det ikke avgitt årsmelding slik reglementet tilsier at skal gjøres.

Punktene vedrørende å påse at omsorgstjenesten blir drevet innenfor gjeldende lover og regler og at driften er i samsvar med brukernes behov, har utvalget selv sagt at det ikke har prioritert. I årsmeldingen for 2006 oppgir utvalget at de selv føler at de er et slags kontaktorgan mellom brukerne og kommunen. Dagens utvalg ønsker å bli betydelig mer synlig og har ambisjon om å være et bindeledd mellom brukere og politikere, de sier videre at de ikke ønsker å ha noe tilsynsrolle i den form at de vil oppsøke institusjoner for å se om omsorgstjenesten blir drevet innenfor gjeldene lover og regler.

Etter revisjonens mening bør enten mandatet for tilsynsutvalget endres slik at det er i tråd med utvalgets oppfatning av hvilken rolle det ønsker å ha, ellers så må utvalget endre sin måte å jobbe på for å kunne gjennomføre de oppgaver som det er tillagt gjennom det mandatet som er gitt av Utvalg for oppvekst og omsorg.

6 Konklusjon

Styring av kvalitet

Frogn kommune har tatt i bruk et kvalitetsstyringssystem hvor alle prosedyrer og rutinebeskrivelser er lagt inn. Dersom systemet og prosedyrene brukes på rett måte kan det etter vår mening bidra til at Frogn kommune blir i stand til styre kvaliteten i institusjonene blir samsvarende med beboernes forventninger.

Vi har ikke ettersett at kommunen har utarbeidet rutiner på alle områder, men gjennomgått de som er mest sentrale. Revisjonen har i intervju fått opplyst at ikke alle prosedyrer er like kjente eller oppdaterte. Det er etter vår mening svært viktig for at kvalitetssystemet skal fungere at alle pleierne er tilstrekkelig kjent med de prosedyrene som gjelder og at disse er tilstrekkelig oppdaterte.

Oppfølging av kvalitet

Alle beboere som ble plukket ut hadde utarbeidet tiltaksplaner. Planene evalueres imidlertid ikke jevnlig og det går heller ikke fram hvilke endringer som er gjort eller hvem som har foretatt endringen. Sykehjemmene har heller ingen fastsatt rutine med å trekke beboere med i utformingen av tiltaksplanene. Det synes som om sykehjemmene foretar en tilfredsstillende løpende journalføring i Geric, men at det etterspørres ytterligere opplæring i systemet.

Brukermedvirkning

Frogn kommune har lagt til rette for brukermedvirkning på flere områder. Prosedyre for kvalitetskontroll innebærer et skjema som beboere og pårørende kan gi tilbakemelding på opplevd kvalitet på forskjellige områder. Det er gjennomført en spørreundersøkelse i 2006 blant beboere og pårørende basert på kvalitetsforskriften. Det er planlagt en tilsvarende undersøkelse i slutten av 2008. Det er utarbeidet mandat for brukerråd men rådene er ennå ikke kommet i gang. Det er etter vår mening svært viktig å få i gang et aktivt brukerråd ved sykehjemmene som kan gi innspill både fra beboere og pårørende.

Folkevalgt tilsyn

Det folkevalgte tilsynet har i perioden bare delvis forholdt seg til det mandatet som foreligger. Det har ikke gjennomført kontroller for å påse at omsorgstjenesten blir drevet innenfor gjeldene lover og regler og at driften er i samsvar med brukers behov. Det er ikke avgitt årsmelding for 2007 og aktiviteten har vært varierende i perioden.

Kvalitetsmål, arbeidsmåter og informasjon

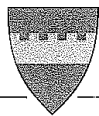
Beboere og pårørende er gjennom serviceerklæringer, informasjonsbrosjyrer og gjennomførte møter gjort kjent med institusjonenes kvalitetsmål og arbeidsmetoder. Gjennom aktivitetsukeskjemaet gis det hver uke en oversikt over de aktiviteter som skal foregå. De daglige rutinene er gjengitt i informasjonsbrosjyren samt at det gis relevant informasjon til beboere og pårørende ved innflytting. Det synes etter vår oppfatning at beboer og pårørende gis mulighet til å få tilfredsstillende informasjon i forbindelse med oppholdet ved institusjonen.

7 Anbefalinger

På bakgrunn av undersøkelsen anbefales det at Frogn kommune sikrer at:

- Kommunen etablerer rutiner for å involvere beboerne i forbindelse med utformingen av tiltaksplaner.
- Alle prosedyrer og rutinebeskrivelser som berører beboerne ved institusjonene blir tilstrekkelig oppdaterte, med angivelse av dato og hvem som har utarbeidet disse.
- Alle prosedyrer blir gjort tilstrekkelig kjent blant pleierne.
- Alle tiltaksplaner evalueres jevnlig og at dette dokumenteres.
- Det er tilstrekkelig kompetanse blant pleierne til å registrere i Geric.
- Brukerrådene får en aktiv rolle på sykehjemmene.
- Tilsynsutvalgets arbeid blir i samsvar med mandatet.

8 Rådmannens uttalelse



**FROGN
KOMMUNE**

Pleie og omsorg i institusjon



Follo Distriktsrevisjon v/Even Tveter
Postboks 3010

1402 SKI

Vår ref.:
08/1431/HA
09/544

Deres ref.:

Ark.:
216 H12

Dato:
13.01.2009

Rådmannens uttalelse i henhold til forvaltningsrevisjonsrapport av "Kvalitet i tilbud til beboere i institusjon.", Frogn kommune.

Under henvisning til forvaltningsrevisjonsrapporten fra Follo distriktsrevisjon vedrørende "Kvalitet i tilbud til beboere i institusjon" har Rådmannen følgende kommentarer:

Rådmannen opplever det har vært gitt en god og tilstrekkelig informasjon om prosjektet i forkant blant annet ved inkludering av enheten ved utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen.

Metodebruken, anvendte kilder og data synes å være relevante og gode. Utvelgelse av intervju personer kan likevel virke litt snevert – det er gjort intervju med enhetsleder og avdelingssykepleier men ikke gjennomført intervju med andre ansatte, beboerne eller deres pårørende.

Tiltaksplanene er ikke gjennomgått sammen med fagpersoner. Tiltaksplanene inneholder faguttrykk som kan mistolkes og eventuelt føre til feil konklusjon.

Rådmannen finner revisjonskriteriene relevante i forhold til gjeldende lover og forskrifter.

Samlet vurderer Rådmannen revisjonsrapportens konklusjoner og anbefalinger som et nyttig verktøy i det videre arbeidet med kvalitetssikring i Frogn kommunenes sykehjem. Rapporten gir et godt bilde av de prosedyre og rutiner som i dag finnes i institusjonsenheten for å ivareta kvaliteten i tilbudet til beboerne ved kommunens institusjoner i tillegg til gode anbefalinger til forbedringer.

Enhet for pleie og omsorg i institusjon vil videreføre sitt påbegynte arbeide for å bedre brukermedvirkning. Brukerrådet har hatt sitt første møte. Innkommende svar på opplevd kvalitet er tatt opp i brukerrådet og på avdelingene. Fagkoordinator er ansatt fra 1. januar 2009 på begge sykehjemmene og vil bli en viktig koordinator i det videre kvalitetsarbeide i enheten. Fagkoordinator har det faglige ansvaret for at prosedyre og rutinebeskrivelser blir revurdert en gang i året. Revisjonens anbefalinger implementeres ved revurderingen i 2009.

Fagkoordinator vil i samarbeid med lederteamet i enheten lage en opplæringsplan for de ansatte. Planen inkluderer opplæring i bruk av Gerica og andre fagsystemer slik at riktig kompetanse i forhold til rapportering i Gerica blir ivaretatt.

Opplæringstiltak i forhold til rutinene rundt tiltaksplanene vil være aktuelle i enhetens opplæringsplan for 2009.

GATEADRESSE: Rådhusveien 6 1440 DRØBAK	POSTADRESSE: Postboks 10 1440 DRØBAK	TELEFON: 64 90 60 00 www.frogn.kommune.no	TELEFAX: 64 90 60 01	BANKGIRO SKATT: 7855 05 02150 postmottak@frogn.kommune.no	BANKGIRO: 1617 07 02720	ORG.NR.: 963 999 089
---	---	--	--------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

Opplæringstiltak i forhold til rutinene rundt tiltaksplanene vil være aktuelle i enhetens opplæringsplan for 2009.

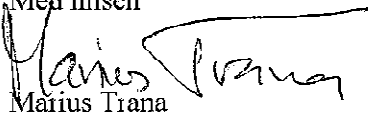
Det pågår for tiden en registrering av opplæringsbehovet i forhold til ansattes IT kompetanse.

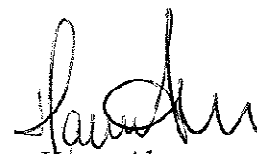
Gjennomføring av tiltak i forhold til kvalitet i institusjonsenheten er under stadig utvikling blant annet i forhold til lover og forskrifter. Anbefalingene fra revisjonsrapporten vil bli implementert i enhetens virksomhetsplan for 2009- 2012.

I forhold til det folkevalgte tilsynsutvalg vil revisjonsrapporten bli sendt utvalget for uttalelse.

Frogn kommune takker for et godt samarbeid med revisjonen i forhold til arbeidet med revisjonsrapporten.

Med hilsen


Marius Trana
Rådmann


Hanne Alm
Enhetsleder

Kopi sendt:

9 Revisjonens kommentarer til rådmannens uttalelse

Revisjonen registrerer at rådmannen vurderer revisjonsrapportens konklusjoner og anbefalinger som et nyttig verktøy i det videre arbeidet med kvalitetssikring i Frogn kommunenes sykehjem.

Revisjonen ser det som positivt at brukerrådet har hatt sitt første møte og at kommunen vil videreføre sitt arbeide på dette området. Det er videre positivt at fagkoordinatorer nå er på plass og at disse gis en viktig rolle i det videre kvalitetsarbeidet i enhetene. Vi er tilfreds med at revisjonens anbefalinger vil bli implementert ved revidering av prosedyrer og rutinebeskrivelser i 2009. Det synes også positivt at kommunen vil lage en opplæringsplan for de ansatte.

Når det gjelder utvelgelsen av intervju personer var det bevisst valg innenfor prosjektets ressurser at ikke beboere og pårørende skulle intervjues. For å få fram deres syn ble det valgt å bygge på den spørreundersøkelsen som kommunen selv hadde gjennomført.

Når det gjelder tiltaksplanene, ble ikke det faglige innholdet i disse vurdert. Det ble vurdert at alle hadde utarbeidede planer og at de elementene som de skulle inneholde i følge rutinebeskrivelsen var med. De avvikene som ble avdekket vedrørte revidering av planer og brukervedvirkning og ikke faglige forhold.

Rådmannens uttalelse gir etter revisjonens vurdering ikke grunnlag for å foreta endringer i rapporten.

10 Litteraturliste

Lov

- Lov om helsetjenester i kommunene 1982-11-19 nr 66

Forskrift

- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 2003-06-27 nr 792

Veileder

- Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester 11/04

Dokumenter fra Frogn kommune:

- Velkomstbrosjyre for beboere og pårørende, Grande Sykehjem
- Velkomstbrosjyre for beboere og pårørende, Ullerud sykehjem
- Virksomhetsplan 2008-2011
- Serviceerklæring, kortidsopphold i institusjon
- Serviceerklæring, matlevering til hjemmeboende
- Serviceerklæring, lagtidsplass i institusjon
- Mandat for brukerråd i pleie og omsorg i institusjon
- Prosedyre for kvalitetskontroll, tilbakemelding på opplevd kvalitet
- Skjema for tilbakemelding på opplevd kvalitet
- Prosedyre for pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.
- Prosedyre for nødvendig medisinsk undersøkelse, behandling, tannbehandling og rehabilitering.
- Arbeidsbeskrivelse, sykehjemslege, Grande og Ullerud sykehjem
- Prosedyremal, fysioterapi
- Tannlegerutiner v/Grande sykehjem
- Handlingsprogram for Frogn 2008-2011 , Velferd, helse og omsorg
- Referat beboermøte 19/2-08
- Årsmelding for 2004-2005 fra Tilsynsutvalget for omsorgstjenesten i Frogn
- Årsmelding for 2006 fra Tilsynsutvalget for omsorgstjenester i Frogn
- Brukerundersøkelse Pleie- og omsorg, **beboere**
- Brukerundersøkelse Pleie- og omsorg, **pårørende**
- Rapport fra tilsyn med helsetjenesten ved Grande sykehjem 2005
- Aktivitetsukeskjema for Grande Sykehjem uke 23, 22, og 16
- Eksempel på tiltaksplan – aktive tiltak.
- Aktivitetsprogram Ullerud sykehjem, oktober 2006-mars 2007