



Rapport

Kvalitet i sykehjem

**April 2008
Hå kommune**

1 Innhold

1	Innhold	1
2	Sammendrag.....	2
2.1	Formål	2
2.2	Hovedfunn.....	2
2.3	Anbefalinger.....	2
3	Innledning	4
3.1	Kommunens hjemmel for forvaltningsrevisjon	4
3.2	Formål	4
3.3	Problemstillinger	4
3.4	Revisjonskriterier	4
3.5	Avgrensning	6
3.6	Datagrunnlag.....	7
4	Nøkkeltall, funn og vurderinger.....	8
4.1	Organisering.....	8
4.2	Noen sentrale nøkkeltall	9
4.3	Overordnet kvalitetsstyring	16
4.4	Direkte kvalitetsstyring mot brukerne.....	17
4.5	Beboerne trives godt.....	18
4.6	Aktivisering og muligheter for å komme ut i frisk luft	19
4.7	Brukermedvirkning	21
4.8	Rettferdig fordelte og tilgjengelige tjenester	22
4.9	Informasjonsoverføring og samordning	23
4.10	De ansattes kompetanse	24
5	Konklusjoner og anbefalinger	25
5.1	Hovedinntrykk	25
5.2	Aktivitetstilbud og muligheter for å komme seg ut i frisk luft.....	25
5.3	Kvalitetssystem og avviksregistreringer.....	26
5.4	Tydligere kvalitetsmål og bedre kobling mellom styringsdokumenter	27
5.5	Bruk av pleieplan og pasientjournal i fagsystem.....	28
5.6	Informasjonsoverføring og samordning	28
5.7	Brukermedvirkning	29
5.8	Andre funn.....	29
6	Rådmannens kommentarer	31
7	Vedlegg	33

Leserveiledning: Rapportens målgrupper er kontrollutvalget, andre folkevalgte, administrativ ledelse og fagfolk. Behovene varierer, men her er en leserveiledning med nivåer for hvor dypt rapporten kan behandles:

1. Gå gjennom innholdsfortegnelsen, sammendraget og rådmannens kommentarer.
2. Les deretter konklusjoner og anbefalinger i kapittel 5.
3. Les så funn og vurderinger i kapittel 4, og supplere evt. med faktagrunnlaget i Vedlegget.

2 Sammendrag

2.1 Formål

Prosjektets formål har vært å vurdere kvaliteten ved sykehjemstjenesten i Hå, slik kvaliteten oppleves av brukerne og styres av administrasjonen.

Vi har til sammen intervjuet 37 personer, hvorav 20 beboere/pårørende. I tillegg har vi vurdert 13 pasientjournaler/pleieplaner, kommunens kvalitetssystem, sentrale styringsdokumenter, nøkkeltall fra SSB og kommunen, og faglitteratur innenfor feltet.

2.2 Hovedfunn

Positive trekk

- Beboere og pårørende er i all hovedsak fornøyde med kvaliteten på sykehjemstjenesten i Hå. Beboerne trives godt, og pleierne omtales i meget positive ordelag.
- Kommunen scorer bra på kvalitetsindikatorerne i KOSTRA sammenlignet med andre kommuner.
- Kommunen har et helhetlig kvalitetssystem der avviksregistreringer og oppfølging av disse utgjør en sentral del.
- Organiseringen av tildelingen av institusjonsplass skaper et godt utgangspunkt for likebehandling og rettferdig fordelte tjenester.
- Samordning og informasjonsoverføring synes i hovedsak å fungere bra.
- Hå kommune har kommet langt i forhold til bruk av elektronisk pasientdokumentasjon, til tross for at dette ble innført så sent som i 2006
- Kommunen skal gjennomføre en brukerundersøkelse i løpet av 2008

Negative trekk

- Pleiere og brukere er noe misfornøyde med aktivitetstilbudet, og hevder at det var bedre før. Intervjuene tyder på at beboerne får kommet seg for lite ut i frisk luft.
- Gjennomgangen vår indikerer at det rapporteres om for få avvik, og svært få avvik i hht. kvalitetsforskrift
- Det er få konkrete kvalitetsmål om innholdet i tjenesten. Vi etterlyser tydeligere kvalitetsmål, en sterkere kobling mellom måldokumentene, og en bedre evalueringspraksis.
- Det er lite fokus på pasientenes ressurser og muligheter i pasientdokumentasjonen.
- Bruk av elektronisk pasientjournal og pleieplan har et forbedringspotensial. Blant annet hadde ingen av våre utvalgte pleieplaner nedskrevne evalueringer.
- Det er lite informasjon om pleie- og omsorgstilbudet på internett.
- Presset på institusjonstjenestene synes å ha økt den siste tiden.

2.3 Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- Vurdere måter å forbedre aktivitetstilbudet for beboerne, og kanskje særlig aktiviteter i frisk luft.
- Formulere tydeligere kvalitetsmål for innholdet i pleie- og omsorgssektoren, og innarbeide disse i kvalitetssystemet. Bruke formuleringene i kvalitetsforskriften, og eventuelt sykehjemsforskriften, som utgangspunkt for dette arbeidet.

- Skape en felles forankring og en sterkere kobling mellom de ulike måldokumentene, slik at de ”trekker i samme retning.”
 - Konkretisere avvikskategoriene, og bygge inn kvalitetsavvik som en egen avvikskategori.
 - Fokusere mer på pasientens ressurser i den daglige pleien og i pasientdokumentasjonen.
 - Foreta jevnlig skriftlige evalueringer av pleieplanene, og tidfeste disse. Ha tidsfrister for når pleieplan skal være fullstendig, og når den skal godkjennes av journalansvarlig.
 - Sikre at dokumentasjonsplikt i henhold til forskrift og interne retningslinjer overholdes i fagsystemet og bedre kvalitetssikringen av de innrapporterte tallene til KOSTRA.
-
- Utarbeide en egen informasjonsfolder for Hå sjukeheim.
 - Legge ut mer utfyllende informasjon om pleie- og omsorgssektoren på internett.
 - Sikre brukerne bedre muligheter til å være med å utvikle pleieplanen.

3 Innledning

3.1 Kommunens hjemmel for forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det årlig gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærmere utdypet i revisjonsforskriftens [kapittel 3](#) og kontrollutvalgsforskriftens [kapittel 5](#).

Hå kommunes kontrollutvalg vedtok 27.03.2007 dette prosjektets formål og problemstillinger.

3.2 Formål

Prosjektets formål er å vurdere kvaliteten ved heldøgnsplasser med bemanning, slik kvaliteten oppleves av brukerne og styres av administrasjonen.

3.3 Problemstillinger

- Hvordan er sykehjemstjenesten (og lignende botilbud) organisert og styrt?
- Hvordan styres kvaliteten?
 - Hvilke kvalitetsmål brukes?
 - Hvilke rutiner, retningslinjer og prosedyrer er satt?
 - Hvilke redskaper bruker kommunen for å vurdere kvaliteten på tjenestene (brukerundersøkelser, objektive kvalitetsindikatorer osv.)?
 - Med hvilken ressursinnsats og kompetanse blir tjenestene levert?
- Hvilket samsvar er det mellom målsettinger og praksis (resultater) og hvordan rapporteres dette?
- Hvordan er brukeropplevelsen av kvaliteten på tjenestene, for eksempel med hensyn til trivsel, brukervedvirkning, respektfull behandling, pålitelighet, tilgjengelighet, informasjon?
- Hvilke avvik finner vi mellom brukeropplevelser og kvalitetssystemet (teoretisk og praktisk)?
- Hvilke forbedringer kan eventuelt gjennomføres overfor brukerne og i forhold til kommunens kvalitetssystem?

3.4 Revisjonskriterier

Det finnes en rekke lover og forskrifter som regulerer tjenestene i helse- og sosialsektoren. Vi har valgt å ikke vurdere alle relevante bestemmelser, men har i hovedsak tatt utgangspunkt i bestemmelsene i kvalitetsforskriften. I en viss utstrekning ses disse i relasjon til bestemmelsene i internkontrollforskriften. Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre kvaliteten på pleie og omsorgstjenester, mens interkontrollforskriften skal bidra til faglig forsvarlige tjenester gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid.

3.4.1 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 kreves det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

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

For å løse disse oppgavene skal kommunen ifølge samme paragraf utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Dette presiseres i følgende punkter:

- Oppleve **respekt, forutsigbarhet og trygghet** i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- Fysiologiske behov som **tilstrekkelig næring** (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig **valgfrihet** i forhold til mat
- **Sosiale behov** som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Følge en **normal livs- og døgnrytme**, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- Mulighet for ro og et **skjermet privatliv**
- Få ivare tatt personlig **hygiene** og naturlige funksjoner (toalett)
- Mulighet til selv å ivareta **egenomsorg**
- En verdig livsavslutning i **trygge og rolige omgivelser**
- **Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling**, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig **tannbehandling** og ivare tatt munnhygiene
- **Tilbud tilrettelagt for personer med demens** og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Tilpasset **hjelp ved måltider** og nok tid og ro til å spise
- Tilpasset hjelp ved **av- og påkledning**
- Tilbud om **eget rom** ved langtidsopphold
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

3.4.2 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og at sosial og helse-lovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Med internkontroll forstås det i forskriften ”systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes med krav fastsatt i, eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

3.4.3 Sammenhengen mellom forskriftene om kvalitet og internkontroll

Det er nær sammenheng mellom kvalitetsforskriften og forskriften om internkontroll¹. Kvalitetsforskriften retter søkelyset mot brukerne av pleie- og omsorgstjenestene, mens internkontrollforskriften retter fokus mot den enkelte virksomhets egne systemer. I dette ligger det

¹ Veileder til forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, 2004.
Kvalitet i sykehjem

et krav om systematiske tiltak og styring av sosial- og helsetjenestene. Det legges videre vekt på at virksomheten foretar egen kontroll av rutiner og systemer.

Kvalitetsforskriften pålegger kommunene å etablere et system som skal sikre kvalitet på tjenester som imøtekommer brukernes grunnleggende behov. Bruk og utvikling av prosedyrer er sentrale føringer i internkontrollforskriften, fordi systematiske styringstiltak skal sikre at tjenesten utføres i samsvar med brukernes behov, og de krav som stilles i lov og forskrifter.

3.5 Avgrensning

3.5.1 Fokus på eldre i institusjoner

Helsetilsynet foretok en gjennomgang av pleie- og omsorgssektoren i Hå kommune i tidsrommet august 2006 til januar 2007. Tilsynet var rettet mot hvordan kommunen sikrer tilde-ling av nødvendig helsehjelp i form av hjemmesykepleie og sosiale tjenester i form av praktisk bistand/hjemmehjelp. Helsetilsynet fant ingen avvik og hadde ingen merknader.

Siden tilsyn med hjemmetjenestene i Hå nylig var gjennomført, fokuserte forvaltningsrevisjonen på institusjonstjenestene.

Av de tre institusjonene i kommunen er det Hå sykehjem og Heimtun bu- og velferdssenter som er analysert. Da får vi med oss et rent sykehjem, og et aldershjem som i en viss utstrekning fungerer som en avlastning for sykehjemmet. Nærlandstunet eldrekollektiv er ikke inkludert. Dette er et landsdekkende tilbud med pasienter fra alle landsdeler, og er i ferd med å trappes ned.

Fokuset i dette prosjektet er på eldre sykehjemsbeboere, dvs. beboere over 67 år.

3.5.2 Kvalitetsstyring og brukeropplevd kvalitet

I prosjektet skal vi se nærmere på hvordan kvaliteten styres av de ansatte i kommunen, og hvordan kvaliteten oppleves av brukerne. Dette vil bli gjort på følgende måte:

Vi vil først se på den overordnede kvalitetsstyringen av pleie- og omsorgssektoren, dvs. de overordnede målene for styringen av kvalitet, og hvordan disse er forankret i sykehjemmenes målformuleringer. Vi vil også vurdere hvordan den direkte kvalitetsstyring mot brukerne skjer ved bruk av pleieplan og pasientjournal². Det vil være aktuelt å vurdere hvordan føringene i kvalitetsforskriften og reflekteres i den overordnede og individuelle kvalitetsstyringen.

På bakgrunn av føringene i kvalitetsforskriften har vi gjort et utvalg av punkter der vi ser nærmere på den brukeropplevde kvaliteten og den faglig styrte kvaliteten. Det vi vurderer er:

- Brukermedvirkning
- Aktivisering og sosiale behov
- I hvilken grad tjenestene er rettferdig fordelt og tilgjengelige
- Informasjonsoverføring og samordning

- Vi vil også vurdere brukernes trivsel på sykehjemmene.

² Vi ser i prosjektet ikke på bruken av individuell plan. Det har blant annet sammenheng med at et fåtall av våre utvalgte brukere hadde det.

3.5.3 Begrepsbruk

I gjennomgangen brukes betegnelsen sykehjem om både Hå sjukeheim og Heimtun bu- og velferdssenter.

I teksten veksles det mellom begrepene beboere og pasienter når vi omtaler de som bor på sykehjemmene. Brukere fungerer som en samlebetegnelse for beboere og deres pårørende.

3.6 Datagrunnlag

Datamaterialet baserer seg på muntlige og skriftlige kilder.

Vi har til sammen intervjuet 37 personer:

- 20 beboere/pårørende, hvorav 13 beboere og 7 pårørende.
- 13 ansatte på institusjonene, hvorav 5 ledere og 8 pleiere.
- 4 personer i sentraladministrasjonen. Noen har vi snakket med flere ganger.

Skriftlige kilder:

- Lover, forskrifter og veiledere: Lov om helsetjenester, Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), kvalitetsforskriften (med veileder), internkontrollforskriften (med veileder) og journalforskriften.
- Gjennomgang av fagsystemet Cosdoc, med et hovedfokus på 13 journaler og pleieplaner.
- Interne nøkkeltall, tall fra KOSTRA og tall mottatt fra SSB³
- Sentrale styringsdokumenter, interne statistikker osv.
- Styringsdokumenter for kommunen og virksomhetene
- Helsetilsynets tilsyn i perioden august 2006 – januar 2007
- Fagartikler

Denne rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg, og kvalitetssikret av leder for forvaltningsrevisjon, Bård Humberstet.

³ Tallene fra KOSTRA og SSB tolkes med en viss varsomhet, ettersom man har avdekket en noe ufullstendig rapporteringspraksis i en del kommuner. Dataene er likevel egnet til å gi et bilde av utviklingen i Hå sammenlignet med nabokommunene.

4 Nøkkeltall, funn og vurderinger

4.1 Organisering

Kommunen er organisert i tre etater som ledes av kommunalsjef. Disse rapporterer direkte til rådmannen. Etat for helse- og sosialsaker er delt inn i fem tjenesteområder, blant annet pleie- og omsorgstjenesten. Dette tjenesteområdet ledes av pleie- og omsorgssjef, og er delt inn i åtte ulike avdelinger ([se vedlegg](#)), blant annet Hå sjukeheim og Heimtun Bu og velferdssenter.

Som vi var inne på i metodekapittelet er det disse to institusjonene som er vårt fokus i dette prosjektet. Derfor vil bare disse bli omtalt nedenfor, selv om det er tre institusjoner i Hå.

4.1.1 Hå sykehjem

Sykehjemmet har 79 plasser, og er en institusjon etter kommunehelsetjenesteloven. Plassene er fordelt slik:

- | | |
|--|-------------------|
| • Somatisk avdeling, langtid 1. etasje | 16 plasser |
| • Somatisk avdeling, langtid 2. etasje | 19 plasser |
| • 3. og 4. etasje, avdeling for senil demente, langtid | 28 plasser |
| • Rehabiliteringsavdeling 2. etasje | 16 plasser |
| • Totalt | 79 plasser |

På sykehjemmet finnes også en egen dagavdeling.

Ulikt andre kommuner er kommunens pleie- og omsorgssjef også leder for sykehjemmet. Sykehjemmet har fire avdelingsledere, som følger inndelingen over. Tredje og fjerde etasje har én leder. Ledergruppen for sykehjemmet består av pleie- og omsorgssjef samt avdelingslederne, som møtes en gang i uken. Lederansvaret for gruppen rullerer.

Avdelingene har ansvaret for budsjettet på sykehjemmet, og avdelingene leverer også egne årsmeldinger.

4.1.2 Heimtun bu- og velferdssenter

I Heimtuns informasjonsfolder beskrives aldershjemmet som en institusjon for eldre som har behov for et felleskap på døgnbasis. Heimtun har 17 plasser for personer som har behov for mer tilsyn og pleie enn det kan gis i en omsorgsbolig. Heimtun er en institusjon etter sosialtjenesteloven § 4-2.⁴ I utgangspunktet skal beboerne være relativt selvhjulpne (skal kunne kle på seg selv, gå på toalettet selv etc.), men de fleste har et større pleiebehov.⁵ Det er hovedsakelig tre årsaker til dette: 1) De har bodd der lenge, og ønsker ikke å flytte. 2) Søkere som har krav på heldøgns omsorg, men som ikke får plass på sykehjemmet. 3) Beboere som flytter fra sykehjemmet til Heimtun. I 2006 flyttet 4 beboere til Heimtun fra Hå sykehjem (5 året før)⁶. Heimtun har mange likhetstrekk med Soltun alderspensjonat i Sola kommune.

⁴ Punkt a) De sosiale tjenester skal omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

⁵ Tilbakemelding fra virksomhetsleder.

⁶ Tilbakemelding fra virksomhetsleder.

Rundt Heimtun finnes 18 kommunale boliger og 14 omsorgsboliger. Personalet ved Heimtun har ansvaret for at beboerne her får nødvendig hjemmesykepleie.

4.2 Noen sentrale nøkkeltall

I tabell 4-1 ser vi nærmere på noen utvalgte nøkkeltall om prioritering, produktivitet og dekningsgrader.

Tabell 4-1 Noen utvalgte nøkkeltall om prioritering, produktivitet og dekningsgrader – 2006 (KOSTRA) ⁷			
Indikator	Hå	KG 11	Rogaland
Prioritering			
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, plom-tjenesten	10936	12725	9428
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 80 år +	294848	227378	242150
Produktivitet/enhetskostnader			
Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av kommunale plom	301422	256664	272519
Korrigerte brutto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker i kr	172271	153139	163324
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass	677588	653420	702608
Dekningsgrader			
Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester	39,7	38,7	34,8
Andel innbyggere 80 og over som er beboere på institusjon	16,5	14,4	14
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	22	18,2	18,4

Vi ser at Hå kommune bruker mer penger på pleie- og omsorg pr. innbygger over 80 enn de andre kommunene. Kommunen har også relativt høye utgifter pr. mottaker av pleie og omsorgstjenester, men ikke spesielt høye utgifter pr. institusjonsplass, sammenlignet med de andre kommunene.

Hå kommune har videre en relativt høy andel institusjonsplasser i prosent av innbyggere over 80, og en høy andel innbyggere over 80 som bor på institusjon. Gjennomgangen vår tyder imidlertid på at de innrapporterte tallene gir et noe misvisende bilde av situasjonen i Hå. Som vi skal se nedenfor er det innrapportert 8 plasser til personer med psykiatriske lidelser (Klok-kartunet) som aldershjemplasser⁸.

I tillegg er Nærlandstunet oppgitt som aldershjemsinstitusjon. Nærlandstunet er et landsdekkende tilbud som kommunen får vertskommunetilskudd for, og huser beboere fra hele Norge. Nøkkeltallene herfra inngår i kommunens rapportering til KOSTRA selv om Nærlandstunet ikke er et tilbud for innbyggerne i Hå. I 2006 bodde 16 personer på Nærlandstunet (15 i 2007).

Det er vanskelig å si noe helt presist om hvilke utslag dette gir på andre KOSTRA-indikatorer, men det er grunn til å tro at verdiene på enkelte indikatorer blir høyere enn hva som reelt sett er tilfelle. Den nye IPLOS-registreringen innebærer imidlertid at det fremover blir mulig å knytte opp beboere på et landsdekkende tilbud til deres hjemstedskommune⁹. Dette vil bidra til at tallene vil gi et langt mer nøyaktig bilde av situasjonen i Hå.

⁷ KG 11 er en forkortelse for kommunegruppe 11. Denne gruppen er definert av SSB som en gruppe bestående av mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter. Det er totalt 48 kommuner i denne gruppen. Rogaland er gjennomsnittet av alle Rogalandskommunene.

⁸ Jf. Telefonsamtale med pleie- og omsorgssjef.

⁹ Jf. Samtale Dag R. Abrahamsen, fagansvarlig kommunal pleie- og omsorgsstatistikk SSB.

I KOSTRA finnes det også lett tilgjengelige kvalitetsindikatorer der man kan sammenligne Hå med andre kommuner. To av disse er allerede presentert over, *andel plasser på tidsbegrenset opphold og andel plasser i enerom*. De øvrige presenteres i tabellen nedenfor:

Tabell 4-2 Kvalitetsindikatorer KOSTRA – Hå sammenlignet med andre kommuner (2006)			
Indikator	Hå	Kg 11	Rogaland
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,34	0,26	0,29
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,61	0,27	0,26
Andel beboere på tidsbegrenset opphold	9,5	12,6	14,1
Andel plasser i enerom i plom-institusjoner	100	92,2	91,8
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc	13,8	53,7	63,2
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	82	71	73
Andel legemeldt sykefravær av tot. ant. kom. årsverk i brukerrettet tj	6,5	8,3	7,1

Tabellen viser at Hå kommer godt ut på nesten alle disse indikatorene. Fra pleie og omsorgssjefen får vi opplyst at de innrapporterte tallene på brukertilpassede enerom m/eget bad er feil. Det riktige tallet skal være 60 prosent, dvs. på nivå med snittet i Rogaland¹⁰.

En annen kvalitetsindikator er system for brukerundersøkelser i institusjon og hjemmetjenester. Dette kan vi ikke sammenligne med gjennomsnittet av kommunegruppe 11 og kommunen i Rogaland ettersom det ikke går an å vise snitt fra denne indikatoren. Vi får opplyst fra pleie- og omsorgssjefen at det er satt av midler til å gjennomføre en brukerundersøkelse i 2008.

4.2.1 Legedekning

I 2007 ble det vedtatt en ny norm for legedekning på 0,38 timer pr. uke¹¹. Dette utgjør 30 legetimer i uka, dvs. en 80 % legestilling. Stillingen som tilsynslege er delt mellom to personer - en i 60 prosent og en i 20 prosents stilling. Hå sykehjem er dessuten lokalisert sammen med Hå helsesenter. Dette gir sykehjemmet tilgang til fysio- og ergoterapi, laboratorium, og lege når tilsynslegen ikke er tilstede.

Legedekningen ved Heimtun er lavere. Vi får opplyst fra styrer ved Heimtun at institusjonen har 2 legetimer i uken fordelt på 17 beboere. Dette gir en legedekning på 0,12 timer i uken. Men som vi har vært inne på er Heimtun en institusjon hvor beboerne i utgangspunktet skal være relativt selvhjulpne, selv om flere har et større pleiebehov. Det rapporteres dessuten om gode muligheter for å tilkalle lege ved behov.

Sosial- og helsedirektoratets rapport om normering av legetjenester viser at sykehjemmene i Norge i 2005 hadde i gjennomsnitt 0,27 legetimer pr. pasient pr. uke¹². Antall avtalte ukentlige legetimer pr. pasient svingte mellom 0,19 og 0,49, avhengig av kommunestørrelse. På spørsmålet om hva som er nødvendige legetjenester, konkluderes det ikke med noen kvantitativ minstenorm for bemanning.¹³

¹⁰ Dette står også i Handlings- og økonomiplanen 2008-201.

¹¹ *Ny norm for legetjenester på sjukeheimen*, Utvalg for helse- og sosialsaker, 19.12.07.

¹² *Normering av legetjenester i sykehjem*, Sosial- og helsedirektoratet, oktober 2005.

¹³ Direktoratet skriver i oppsummeringen: ” *Det må utøves varsomhet mht. å tallfeste en nasjonal bemanningsnorm for legetjenester i sykehjem. Vi mener det ikke er en hensiktsmessig tilnærming for å sikre nødvendige legetjenester. Dernest mener vi det er en svært krevende øvelse å utvikle og begrunne et nasjonalt normtall.*

Legeforeningen har laget sin egen minstenorm i forbindelse med en høringsuttalelse til direktoratets rapport. Denne normen gjengis i tabellen under. Vi ser at legeforeningen både opererer med en norm for legedekningen totalt, og for de ulike plasstypene, og at bemanningsnormen er langt høyere enn det som er gjennomsnitt for landets kommuner. Rubrikken som heter prosent viser den gjennomsnittlige nasjonale prosentandelen for de ulike plasstypene (SSB)¹⁴.

Tabell 4-3 Legeforeningens norm og prosentandel beboere på de ulike plasstypene			
Plasstype	Legeforeningens norm	Prosent	Norm x andel
"Vanlige" langtidsplasser	0,33	65,8	0,22
Skjermet enhet senil demente	0,5	21,42	0,11
"Vanlige" korttidsplasser	1,5	7,06	0,11
Rehabiliteringsplasser	3	5,03	0,15
Pallative plasser	5	1,17	0,06
Sum		99,96	0,65

Også Sola kommune har vedtatt en ny veiledende norm for legedekning på sykehjem i kommunen. Kommunens mål er å få en samlet legedekning på 0,63 timer pr. uke pr pasient. Sola har imidlertid et stykke å gå før man når dette målet, og for 2008 vil kommunen ha en dekning på nivå med Hå kommune.

Tabell 4-4 Sola kommunes nylig innførte veiledende norm for legedekning ¹⁵	
Plasstype	Sola kommunes norm
"Vanlige" langtidsplasser	0,25
Skjermet enhet senil demente	1
"Vanlige" korttidsplasser	1
Rehabiliteringsplasser	1,4
Pallative plasser	2,5
Aldershjem	0,17

Oppsummering: Hå kommune ligger godt an når det gjelder legedekning på sykehjem, sammenlignet med andre kommuner. Det synes dessuten som en stor fordel at sykehjemmet har tilgang til leger og laboratorium gjennom samlokaliseringen med Hå helsesenter.

4.2.2 Korttidsplasser og sirkulasjon

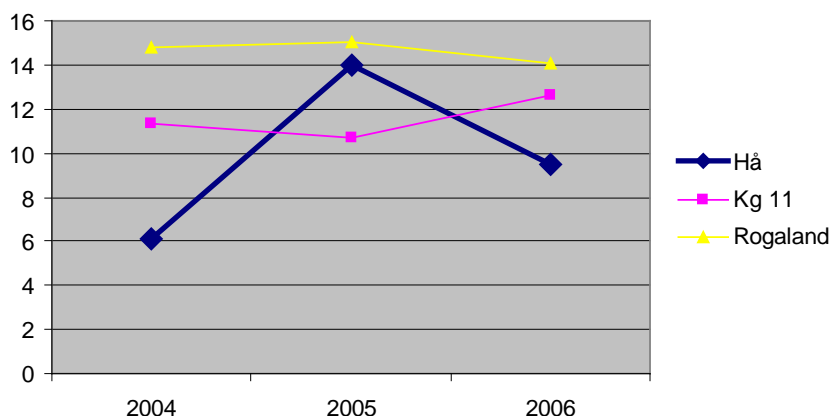
Andelen beboere på tidsbegrenset opphold (heretter kalt korttidsplasser) har betydning for tilgjengeligheten på sykehjemstjenesten, ettersom det er høyest sirkulasjonen på disse plassene. Figuren under viser utviklingen i Hå de siste tre årene, sammenlignet med andre kommuner. Vi ser at det har vært store variasjoner i Hå, og at kommunen i grove trekk har en noe lavere andel beboere på tidsbegrenset opphold enn de andre kommunene.

Det er totalt 16 plasser avsatt til rehabilitering (korttid), men vi får opplyst fra pleie- og omsorgsjefen at det har vært en del langtidspasienter i rehabiliteringssenger den siste tiden.

¹⁴ Utvalget representerer 83 prosent av landets heldøgnsplasser.

¹⁵ Normering av legetjenestene ved institusjonene i Sola, kommunestyret 27.09.07.

Figur 4-1 Andel beboere på tidsbegrenset opphold



Men tilgjengeligheten bestemmes også av en annen viktig faktor, nemlig lengden på korttidsoppholdene eller antall opphold pr. seng korttidsseng. Tallene vi har fått fra SSB viser at det er store forskjeller mellom kommunene i Rogaland. Bjerkreim kommune disponerer bare en korttidsseng, men det har vært hele 51 opphold i denne sengen. Det betyr at gjennomsnittlig lengde på korttidsoppholdene er på ca. en uke. I motsatt ende finner vi Hjelmeland som har 5,6 opphold pr. plass, noe som gir en gjennomsnittlig oppholdslengde på ca 9 uker.

I tabellen på neste side sammenligner vi Hå med et utvalg kommuner i Rogaland. Grunnen til dette er at vi ikke har tall for gjennomsnittet av kommunene i Rogaland og kommunegruppe 11. Vi ser for eksempel at Klepp har flere utskrevne fra korttidsopphold totalt enn Hå, til tross for at Klepp har færre beboere på korttidsopphold. Årsaken til dette er at Klepp har om lag dobbelt så mange beboere pr. plass som Hå.

Tabell 4-5 Antall korttidsbeboere, beboere pr. plass og antall utskrevne totalt (2006)¹⁶

Kommune	Antall beboere	Beboere pr. plass	Antall utskrevne totalt
Hå	12	17,6	211
Klepp	9	35,7	321
Time	6	31,0	186
Gjesdal	8	14,3	114
Sola	9	18,9	170
Randaberg	4	15,3	61
Eigersund	14	19,7	276
Sandnes	32	15,0	480
Stavanger	144	15,5	2233

Et annet interessant eksempel er Stavanger og Sandnes. Disse kommunene har om lag like mange beboere pr. plass, men fordi Stavanger har over fire ganger så mange beboere i korttidsopphold har også kommunen over fire ganger flere utskrevne beboere.

Disse eksemplene illustrerer at både antall (eller andel) korttidsbeboere og antall beboere pr. plass har stor betydning for antall tilgjengelige plasser.

¹⁶ Vi tar her utgangspunkt i det faktiske antallet korttids plasser som ble rapportert inn 31.12.06, og ikke plasser til disposisjon. Dette har sammenheng med at det er det reelle antall korttids plasser som har betydning for sirkulasjonen, og at en del kommuner sliter med at langtidspasienter opptar senger som er avsatt til korttidspasienter.

Tallene vi har fått fra SSB viser videre at Hå i 2006 i alt hadde 73 langtidsbeboere, og av disse ble 47 utskrevet. Det var dermed nesten tre ganger så mange utskrevne fra korttidsplasser som fra langtidsplasser, til tross for at det er langt færre korttidsplasser.

Oppsummering: Tilgjengeligheten til sykehjem er mer avhengig av pasientsirkulasjon enn av deknningen av sykehjemsplasser (volum). Dette samsvarer med et av hovedfunnene i en artikkel i tidsskriftet Aldring og livsløp¹⁷. Artikkelforfatterne konkluderer med at dette innebærer at en eventuell kødannelse først bør vurderes i forhold til sirkulasjon, og deretter i forhold til deknningen av plasser.

4.2.3 Utviklingen i antall beboere og tjenestemottakere

Nedenfor viser vi utviklingen i antall institusjonsbeboere, hjemmetjenestemottakere og institusjonsplasser.

Tabell 4-6 Beboere, mottakere og antall plasser (Hå kommune) ¹⁸					
Indikator	2002	2003	2004	2005	2006
Mottakere av pleie og omsorgstjenester	653	610	696	627	611
Beboere i institusjon i alt	122	121	114	114	126
Beboere i institusjon 80 år og over	74	85	87	84	92
Beboere på tidsbegrenset opphold	21	19	7	16	12
Beboere på langtidsopphold	101	102	107	98	114
Sykehjemsbeboere			81	80	85
Utskrevet etter langtidsopphold			42	48	47
Plasser i sykehjem			83	83	82
Plasser i aldershjem			17	17	17
Mottakere av hjemmetjenester i alt	529	489	571	502	480
Mottakere som bare får praktisk bistand	144	139	141	138	134
Mottakere som bare får hjemmesykepleie	186	145	196	172	167
Mottakere som får både praktisk bistand og hjsykepl	199	205	234	192	179

Her kan følgende være verdt å merke seg.

- Antall langtidsplasser har økt, mens antall korttidsplasser har gått ned.
- Det er høy beleggsprosent på sykehjem, 82 plasser og 85 beboere. Vi får opplyst fra pleie og omsorgssjefen at det har vært et tiltakende press på institusjonstjenester den siste tiden. Enkelte beboere har frivillig samtykket til å bo to på ett rom.

Vi får opplyst fra kommunen at tallene for hjemmetjenester ikke er helt korrekte. Kommunen gikk over til elektronisk pasientjournal i fagsystemet Cosdoc i 2006, og de innrapporterte tallene for dette er ikke helt pålitelige. Fra 2006 og årene fremover skal imidlertid både interne tall og tall rapportert inn til KOSTRA være pålitelige. Som vi tidligere har vært inne på er det dessuten oppgitt et for høyt antall aldershjems plasser, men dette er det korrigert for i tabellen.

¹⁷ Nr. 1 2007. Forfattere: Hans Knut Otterstad, bedriftslege i Jernbarneverket og Harald Tønseth, statsviter og seniorrådgiver i SSB.

¹⁸ Kilde: KOSTRA. Antall aldershjems plasser korrigert for Klokkartunet og Nærlandstunet.
Kvalitet i sykehjem

Leder for rehabiliteringsavdelingen ved Hå sjukeheim har statistikk som blant annet viser hvilke diagnosegrupper som er hyppigst ved sykehjemmet, hvor de er innlagt fra, og hvor de er utskrevet til.

Tallene viser for det første at det i perioden 2001 – 2007 har vært en liten vekst i slagpasienter og pasienter med demens. Mens det i 2001 var 21 pasienter med demens, var det 24 i 2007. For slagpasienter har økningen vært fra 24 til 30. Og da er ikke desember 2007 regnet med¹⁹.

I 2007 kom 59 prosent av søkerne til sykehjemmet hjemmefra, mens 36 prosent søkte fra sykehuset. De fleste, 73 prosent, ble utskrevet til hjemmet.

4.2.4 Antall plasser pr årsverk

I tabellen under ser vi nærmere på antall institusjonsplasser pr. årsverk på Heimtun og ved de fire avdelingene på Hå sjukeheim. Det er ikke skilt ut brukerretnede årsverk eller andel med fagutdanning. For mer om utregning, se fotnote.²⁰

Vi ser antall plasser pr årsverk opp mot den gjennomsnittlige pleietyngde ved Heimtun og ved den enkelte avdeling ved Hå sykehjem. Vurderinger av brukernes helsetilstand eller pleietyngde registreres i IPLOS.²¹ I dette ligger det vurderinger langs en rekke variabler, for eksempel ivaretagelse av egen helse, sosial deltakelse, hørsel, hukommelse etc - til sammen 17 variabler. Alle disse variablene skal registreres på en skala fra 1 til 5. I sosial- og helsedirektoratets veileder står det at det går et klart skille mellom score 2 og 3. *"For score 3 til 5 forutsettes personbistand"*

Tabell 4-7 Beboere, mottakere og antall plasser				
Avdeling/institusjon	Antall årsverk	Antall plasser	Antall plasser pr årsverk	Pleietyngde
Heimtun	15,6	17	1,09	2,97
Somatisk avd. 1.et	13,5	16	1,18	
Somatisk avd. 2.et	16,2	19	1,17	3,43
Skjernet 3 og 4	23,1	28	1,21	
Rehabilitering	16,2	16	0,99	2,1

Følgende momenter er verdt å merke seg:

- Pleietyngden er høyest i langtidsavdelingene, og lavest i rehabiliteringsavdelingen.
 - Pasientene ved rehabiliteringsavdelingen er som regel på sykehjem i kort tid for å få behandlet en eller noen få lidelser. Disse pasientene scorer vanligvis

¹⁹ Fire demenspasienter i rullerende opphold har hatt til sammen 48 innleggelses, mens 3 slagpasienter med rullerende opphold har hatt til sammen 33 innleggelses. Totalt hadde sykehjemmet derfor 72 innleggelses av demenspasienter, og 63 innleggelses av slagpasienter. Dette viser at det kan være store forskjeller mellom antall registrerte innleggelses og antall innleggelses av unike pasienter.

²⁰ Heimtun har i utgangspunktet 18,14 årsverk, men vi får opplyst at 2,5 av disse brukes i trygde- og omsorgsboligene rundt institusjonen. I forhold til de tallene vi fikk oppgitt for avdelingene ved Hå sykehjem har vi lagt til antall årsverk til nattevaktteamet (7,23) og delt dette på de fire avdelingene. Pleietyngdetallene er tatt ut den 6.12.07, og langtidsplasser er behandlet samlet, hvilket betyr at de to somatiske avdelingene og demensavdelingen er behandlet under ett. Det kan selvsagt tenkes at det er visse forskjeller mellom disse avdelingene.

²¹Sosial- og helsedirektoratet står for innføringen på nasjonal basis. Målet er å få et bedre grunnlag for politisk og administrative beslutninger innen dette området, både nasjonalt og lokalt (www.shdir.no).

høyt på de kognitive og mentale variablene, men har dårlig score på de fysiske variablene (3 og 4)²².

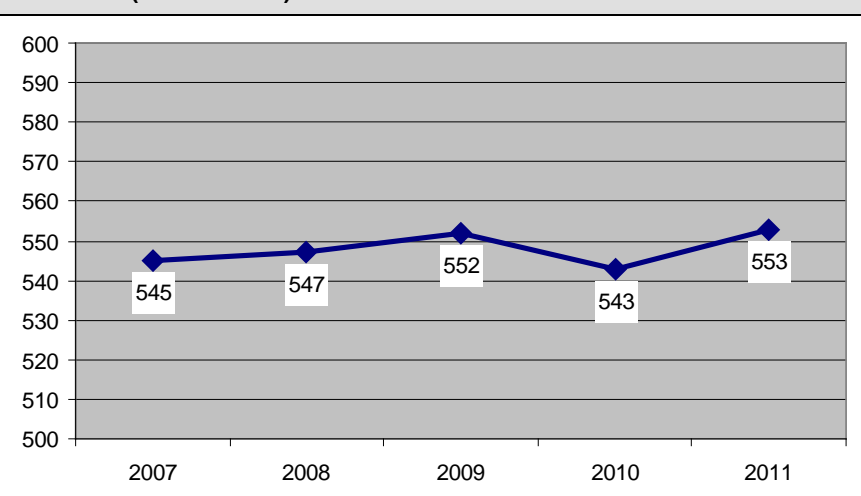
- Vi ser også at Heimtun, som i utgangspunktet er et aldershjem, har høy pleietyngde.
- Heimtun har færre plasser pr. årsverk enn det de tre somatiske avdelingene ved sykehjemmet. Det samme har rehabiliteringsavdelingen. At sistnevnte har flere årsverk pr. plass enn de andre skyldes sannsynligvis at pasientene trenger mye oppfølging den korte tiden de er inne, og at høy pasientsirkulasjon i sengene krever mer arbeid. På Heimtun brukes noe ressurser til innkjøp av mat til måltider utenom middag for institusjon og trygde- og omsorgsboliger, og vask av private klær for disse.

Vi har også fått tall på den gjennomsnittlige pleietyngden hos mottakere av hjemmetjenester i de fire distriktene, Nærbø, Oгна, Varhaug og Vigrestad. Her skiller Oгна seg ut. Mens de tre andre distriktene ligger på mellom 1,68 – 1,80, er den gjennomsnittlige pleietyngden i Oгна 2,23. En mulig forklaring er at dette er det distriktet i kommunen som ligger lengst unna Nærbø, og at terskelen for å søke om institusjonsplass derfor er høyere.

4.2.5 Demografisk utvikling

For å estimere den fremtidige befolkningsveksten bruker SSB ulike variabler som angir mulige fremtidsscenarioer.

Figur 4-2 Økning i antall personer over 80 i perioden 2007-2011 i Hå kommune (faktisk antall)



Eksempelvis er det en for *ingen flytting*, en annen for *lav nasjonal vekst*, og en for *høy nasjonal vekst*. Vi har her brukt variabelen for *høy nasjonal vekst* ettersom dette er vanlig for kommuner i storbyregioner.

Vi ser i figuren at det i Hå bare vil bli en marginal økning i antall personer over åtti fra 2007 til 2011.

Fra 2011 til 2020, dvs. når alle forventer at eldrebølgen begynner å skylle innover oss, øker antall personer over åtti fra 553 til 598, dvs. en økning på ca. 8 prosent.

Dette tyder på at Hå kommune kommer til å få en **moderat vekst i antall personer over åtti** i årene fremover. Til sammenligning kan vi nevne at Sola kommune, som vi har utført et lignende forvaltningsrevisjon av, vil få en langt høyere vekst i personer over åtti. Samme fremtidsscenario viser en økning på 34 prosent fra 2011 til 2020. I tidsrommet 2007 til 2011 vil Sola få en økning på 13 prosent.

²² Jf. Tilbakemelding fra leder for rehabiliteringsavdeling.
Kvalitet i sykehjem

4.3 Overordnet kvalitetsstyring

4.3.1 Revisjonskriterium

En av hovedproblemstillingene i dette prosjektet er hvordan kvaliteten i sykehjemstjenesten er styrt og hvilke kvalitetsmål som brukes. Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre kvaliteten på pleie og omsorgstjenester, mens interkontrollforskriften skal bidra til faglig forsvarlige tjenester gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Nedenfor ser vi nærmere på de overordnede kvalitetsmålene og satsingsområdene for kommunen, og hvordan disse følges opp. Vi ser videre på hvordan kvalitetsarbeidet er organisert, på hvilke prosedyrer og rutiner som er satt i kommunens kvalitetssystem, og på hvilke redskaper kommunen bruker for å vurdere kvaliteten på tjenestene.

I del 4-4 ser vi på den direkte kvalitetsstyringen mot brukerne ved bruk av pleieplan og pasientjournal.

4.3.2 Funn og vurderinger

Få konkrete kvalitetsmål om innholdet i tjenesten

I dag finnes det en del målformuleringer innenfor pleie- og omsorgssektoren, men få konkrete mål om innholdet i tjenesten. Det finnes dessuten ulike kommunale måldokumenter²³, men det er etter vår oppfatning ikke noen tydelig kobling mellom dem. Det er selvfølgelig ikke noe i veien for at ulike avdelinger, enheter eller nivåer fokuserer noe ulikt i målformuleringene, men vi savner en tydeligere felles kommunal forankring. Det vil si at institusjonene i større grad utleder konkrete kvalitetsmål om innholdet i tjenesten på bakgrunn av de overordnede styringsdokumentene.

Gjennomgangen vår tyder på at det i liten grad gis svar på om målene nås, eller i hvilken utstrekning de nås. Dette kan ha sammenheng med at målformuleringene er generelle, eller at det ikke er praksis for å evaluere disse i kommunen.

Det vi etterlyser er altså tydeligere kvalitetsmål i forhold til innholdet i tjenesten, en sterkere kobling mellom måldokumentene, og en bedre evalueringspraksis. Som vi skal se lenger bak i rapporten rapporteres det om manglende aktivisering av beboerne og for lite frisk luft. Dette er opplagt forhold man kunne rapportert på i et evalueringsdokument. Men for å løfte frem slike forhold i en evaluering er det som regel nødvendig å ha noen målsettinger man vurderer praksis ut i fra.

I den forbindelse er det bra at kommunen skal foreta en felles brukerundersøkelse for hele sektoren i 2008. En måte å gjøre dette på er å ta utgangspunkt i målformuleringene i kvalitetsforskriften og rettighetsformuleringene i sykehjemsforskriften²⁴, og designe spørreundersøkelsen på bakgrunn av disse. Da vil man kunne få tilbakemelding på hvilke områder man fremdeles har et forbedringspotensial.

Tilbakemeldingene fra brukerundersøkelsen vil være et godt utgangspunkt for å formulere kommunale kvalitetsmål, og for å formulere kvalitetsmål for den enkelte virksomhet. Dette sikrer at målene både får en lokal forankring og en forankring i nasjonalt regelverk.

²³ Kommuneplan, Eldreplan, Økonomiplan, Årsrapport, og institusjonenes styringsdokumenter.

²⁴ Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
Kvalitet i sykehjem

I sum innebærer dette at måldokumentene vil få en sterkere felles forankring, og at utgangspunktet for kvalitetsstyringen blir lik - selv om man kan tenke seg at institusjonene eller avdelingene har noe ulike kvalitetsmål alt etter hvilke utfordringer de har.

Kvalitetssystem og avviksregistreringer

Det er positivt at kommunen har et helhetlig kvalitetssystem med jevnlig avviksregistreringer og oppfølging av disse. Gjennomgangen tyder også på at man har organisert kvalitetsarbeidet på en god måte.

Gjennomgangen vår tyder imidlertid på at det rapporteres om for få avvik. Gjennomgangen av Hå kommunes avviksstatistikk for 2007 viser at det er 1,7 avvik pr. seng i gjennomsnitt i løpet av året. Tall fra Stavanger fra 2006 viser at sykehjemmene her hadde innrapportert 5,8 avvik pr seng i gjennomsnitt²⁵. Det desidert laveste innrapporterte avviket fra et sykehjem i Stavanger var 2,5 pr seng, og det høyeste var 8,1. De store forskjellene mellom Hå og Stavanger kan være en indikasjon på at det innrapporteres for få avvik i Hå

Dette kan nok ha sammenheng med at man i kommunen har relativt kort erfaring med bruk av elektronisk pasientjournal (se nedenfor). Men det kan også ha sammenheng med at avvikskategoriene er litt for generelle og at pleierne er usikre på hva de skal rapportere, eller at pleierne trenger mer oppfølging eller å motiveres til å rapportere avvik.

4.4 Direkte kvalitetsstyring mot brukerne

4.4.1 Revisjonskriterium

Den direkte kvalitetsstyringen mot brukerne skjer ved bruk av pleieplanen og avviksregistreringer. Pleieplanen befinner seg i pasientjournalen i fagsystemet. Ifølge helsepersonelloven skal journalen ”...inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (...). Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen²⁶.”

Pleieplanen befinner seg i pasientjournalen, og er organisert etter aktuelle fokusområder, alt etter hvilket behov beboeren har. Eksempel på fokusområder kan være medisinsk situasjon, hygiene, sosiale forhold og fungering. Innenfor hvert område skal det være en hovedmålsetting, prosedyrer/tiltak for å nå disse målene og evaluering. I tillegg føres det hyppige rapportjournaler som gir løpende informasjon om pasienten innenfor dette området.

4.4.2 Funn og vurderinger

Alle våre utvalgte beboere hadde pleieplan, men de planene vi har vurdert har hatt varierende kvalitet.

Målene og tiltakene i de fleste pleieplanene synes å være ganske presise, men ingen av våre utvalgte pleieplaner hadde nedskrevne evalueringer. Dette gjør det vanskeligere å vurdere i hvilken grad de valgte tiltakene har hatt den tilsiktede effekten i forhold til målene, eller om andre tiltak kan tenkes å fungere bedre. Dersom man har tidfestede evalueringer vil man i større grad kunne vurdere hvor oppdaterte pleieplanene er.

²⁵ Tallene er basert på 17 sykehjem i Stavanger, men er innsamlet i desember 2006. Det er derfor grunn til å tro at det endelige tallet for året ble noe høyere.

²⁶ Helsepersonelloven § 40.

Vi finner også enkelte eksempler på generelle og lite presise mål og tiltak. Dess mer presise mål og tiltak man har i pleieplan, dess større forutsetninger er det for en forutsigbar behandling, uavhengig av hvilken pleier som er på jobb. Generelle og lite presise mål kan bidra til å svekke forutsigbarheten i behandlingen.

Gjennomgangen viser at det er et forbedringspotensial i forhold til dokumentasjon og registreringer i fagsystem. Samtidig er det viktig å understreke at Hå har kommet langt i forhold til registreringer og bruk av elektronisk pasientdokumentasjon - til tross for at dette ble innført så sent som i 2006.

Avviksregistreringer og oppfølging av avvik er viktig i forhold til den direkte kvalitetsstyringen mot enkeltbruker. I Hå finnes både avvik og pleieplan i fagsystemet, noe som gjør det relativt enkelt å knytte avvikene direkte opp mot tiltak i pleieplanen. Dette er positivt.

I Hå vurderer man for tiden å innføre individuelle kvalitetsregistreringer på bakgrunn av punktene i kvalitetsforskriften. Dette er positivt fordi det vil kunne skaffe kommunen og den enkelte virksomheten oversikt over hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Samtidig kan dette bidra til at pleierne får kvalitetsforskriften ”under huden.”

Mens en brukerundersøkelse vil gi tilbakemeldinger på hvordan det står til med den brukeropplevde kvaliteten, vil kvalitetsregistreringer gi et bilde av hvordan de ansatte opplever den faglig styrte kvaliteten.

4.5 Beboerne trives godt

4.5.1 Revisjonskriterium

I de følgende punktene, 4-5 til 4-9 ser vi nærmere på den brukeropplevde og faglig styrte kvaliteten i forbindelse med våre utvalgte variabler; trivsel, aktivisering, brukermedvirkning, tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester, og informasjon og samordning av tilbudene.

Selv om ikke trivsel nevnes som et eget punkt i kvalitetsforskriften, er trivsel et sentralt kriterium for den brukeropplevde kvaliteten. Trivsel er dessuten et tema som betones i sykehjemmets og Heimtuns informasjonsbrosjyre.

4.5.2 Funn og vurderinger

Trivselen bestemmes gjerne av flere forhold. To viktige faktorer er kvaliteten på pleien og hvordan kontakten mellom pleier og pasient er. Men det er også viktig hvilken innstilling den enkelte beboer selv har.

De fleste brukerne (beboere og pårørende) vi intervjuet, gir uttrykk for at beboerne i all hovedsak trives godt på institusjonene.

- *Jeg trives voldsomt godt.*
- *Jeg bestilte kake for å feire mors bursdag. Da kommer de med kaffe, kopper, teskjeer og alt. Det er fantastisk, de er veldig hjelpsomme.*
- *Fantastisk personale som er her – de må bli veldig sletne. Det er nok slitsomt i et slikt yrke, men de stiller alltid opp.*
- *Lite å klage på, betjeningen er enestående*

- *Voldsomt kjekke, alle uten unntak*

Det tegnes altså i all hovedsak et positivt bilde av institusjonstjenestene i Hå, men vi skal se nedenfor at kommunen har et forbedringspotensial på noen områder. Tilbakemeldingene fra både ansatte og brukere tyder på at man skulle ønske at følgende forhold var bedre:

- Beboernes muligheter til å komme seg ut i frisk luft
- Aktivitetstilbudet

I forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets lansering av Demensplan 2015 ble disse to punktene trukket frem av eldreombudet i Oslo som det de pårørende var mest opptatt av. Disse forholdene kommer vi tilbake til i avsnittet under.

4.6 Aktivisering og muligheter for å komme ut i frisk luft

4.6.1 Revisjonskriterium

Fra kvalitetsforskriften:

- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- Mulighet for ro og et skjermet privatliv

4.6.2 Funn og vurderinger

Gode muligheter for et skjermet privatliv

Det er positivt at de aller fleste beboerne bor på enerom, og at de gir uttrykk for at det er god mulighet for å ha et skjermet privatliv. Både beboerne og deres pårørende forteller at de kan trekke seg tilbake når de måtte ønske det, og det er godt tilrettelagt for å kunne ta imot besøk. Flere av de pårørende gir også uttrykk for at de føler seg veldig velkomne når de er på besøk.

Aktivitetstilbudet – bedre før

Gjennomgangen vår tyder imidlertid at både pleiere og brukere er noe misfornøyde med aktivitetstilbudet. Heimtun hadde egen aktivitører tidligere, men det har man ikke lenger. Hå sykehjem har hatt aktivitører frem til sommeren 2007, men denne er i ett års permisjon. Vi får opplyst at det ikke er bevilget midler til en vikar.

Til sammenligning har eksempelvis alle institusjonene i Sola en egen aktivitører.

Det er forøvrig positivt at kommunen har fått midler fra staten til den ”Kulturelle spaserstokk”, som skal bidra til at de eldre får en mer aktivt og meningsfylt hverdag.

For lite ute i frisk luft

Intervjuene vår tyder videre på at beboerne får kommet seg for lite ut i frisk luft. Pleierne har vanskeligheter med å tallfeste hvor ofte beboerne får komme seg ut i frisk luft, men både brukere og pleiere gir uttrykk for at de skulle ønske mulighetene var bedre.

I intervjuene blir det pekt på at frisk luft er viktig for beboernes fysiske og mentale helse. Gjennomgangen vår tyder videre på at det er visse forskjeller mellom avdelingene på sykehjemmet og Heimtun.

Sistnevnte tilbyr ukentlige bussturer for sine beboere, mens dette tilbys langt sjeldnere på sykehjemmet. Kapasitetsmangel oppgis som grunn på sykehjemmet. Vi ser imidlertid at Heimtun bruker en ufaglært person til bussturen, mens sykehjemmet bruker to faglærte pleiere²⁷. Vi ønsker ikke å ta stilling til hva som er forsvarlig bemanning på en slik busstur – dette vil nok variere alt etter hvilke pasienter som ønsker å være med. Kanskje vil det likevel være muligheter for å organisere turene litt annerledes ved sykehjemmet, slik at busstilbudet økes.

Tilbakemeldingene kan tyde på beboernes mulighet for å komme seg ut er spesielt dårlige i fjerde etasje ved sykehjemmet. Fjerde etasje er en skjermet avdeling for demente, og har flere pasienter som er relativt funksjonsfriske. Det er spesielt tre forhold som svekker beboernes muligheter for å komme seg ut. 1) Avdelingen er låst slik at de mest demente pasientene ikke skal klare å komme seg ut. Dette innebærer at ingen pasienter kan komme seg ut på egenhånd. 2) Avdelingen er høyest oppe i bygningen, noe som hever terskelen for å komme seg ut i frisk luft ytterligere. 3) Pleierne gir uttrykk for at det daglige stellet tar så mye tid at de ikke har tid til å prioritere frisk luft regelmessig.

I sykehjemsforskriften står det at beboere fra skjermede enheter ”skal ha adgang til felles goder/aktiviteter og sikres samme areal til disposisjon som andre beboere.”

I intervjuene pekes det på at det ville vært ideelt å ha den skjermede avdelingen på bakkeplan. Enkelte tar også til orde for å knytte en slik avdeling opp mot en sansehage med blomster, benker osv. Bare lukten av Jæren om våren vil kunne ha positive effekter, blir det hevdet. Det hevdes at det er fullt mulig å gjerde inn en sansehage slik at alle fikk lettere adgang til frisk luft.

I regjeringens ”Demensplan 2015” tas det også til orde for bedre tilrettelegging for aktiviteter i frisk luft og sansehager. Her pekes det på at de store sykehjemmene er dårlig tilrettelagte for langtidsbeboere med demens, og at man ønsker å tilrettelegge institusjoner bygningsmessig og organisatorisk. Med dette menes små enheter på bakkeplan, eller i nærhet til bakkeplan.

Demensplanen tyder videre på at problemene med tilrettelegging for demente ikke er noe som spesielt for Hå, men utfordring for de fleste av landets kommuner.

Demensavdelingene i 3 og 4 (den i tredje er en åpen avdeling) har 14 pasienter hver. I demensplanens innledning pekes det på at det med små enheter menes enheter med plass til seks til åtte personer. I sykehjemsforskriften står det at skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 personer. Hå kommune har altså flere demente pasienter pr skjermet enhet enn hva som anbefales i nasjonale forskrifter og planer.

Pleierne på demensavdelingen i fjerde gir også uttrykk for at de ikke har nok ressurser til å ha en person permanent i fellesstuen, men at de hadde det tidligere. Dette kombinert med at det er mange pasienter gjør at det noen ganger oppstår konflikter mellom pasientene, og at noen blir urolige, hevdes det. Ifølge pleierne resulterer dette i at de må skynde seg å hjelpe pasientene slik at de rekker å sjekke fellesstuen jevnlig. Dette fører igjen til at pleierne utfører oppgaver som beboerne kunne klart selv (knytte sko, knappe skjorter osv.), men som går fortere når pleierne gjør det. Dermed svekkes beboernes medvirkning i utførelsen av på- og avkledningen, og deres mestringsfølelse.

²⁷ Jf. Intervjuer.
Kvalitet i sykehjem

4.7 Brukermedvirkning

4.7.1 Revisjonskriterium

I kvalitetsforskriften står det at brukere, eventuelt pårørende medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.

I pasientrettighetsloven står det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen (§ 3-1). ”Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.”

*På kommunens nettsted står det at en hovedmålsetting for etat for helse- og sosialsaker er blant annet: Service og brukermedvirkning.*²⁸

4.7.2 Funn og vurderinger

Dataene våre tyder på at beboerne selv bestemmer når de skal stå opp og når de skal legge seg, at de er fornøyde med den informasjonen de får, og at de mener de har anledning til å delta i beslutninger som angår dem.

Det er også positivt at kommunen skal utarbeide en felles brukerundersøkelse for pleie- og omsorgssektoren i løpet av 2008. Dette vil gi brukerne en bedre mulighet for medvirkning, og kommunen nyttige tilbakemeldinger fra brukerne.

Verken Hå sjukeheim eller Heimtun har egne forum for brukermedvirkning. Hå sykehjem har tidligere hatt en ordning med en egen talsmann for beboerne ved institusjonen. Vi får opplyst at denne ordningen har ”ligget nede” i to-tre år, men at det nå arbeides for å gjeninnføre ordningen.

Alle beboerne har en pleieplan, men det er sjelden brukerne deltar i utarbeidelsen av denne.

Utarbeidelsen og oppdateringene av pleieplanen gjøres som regel uten at pasienten eller pårørende er direkte involvert i dette. Dette samsvarer med funn i tilsvarende gjennomgang i Stavanger og Sola kommune. Selv om det i Stavanger ble lagt opp til at beboerne fikk mulighet til å selv bestemme om de ville delta i utarbeidelsen av pleieplanen, skjedde ikke dette i praksis.

Intervjuene tyder videre på at pasientene og deres pårørende ikke kjenner til at det finnes en pleieplan. Pasientene gir også uttrykk for at de ikke er så opptatt av om de har en pleieplan eller dennes innhold. Det viktigste er at man trives og blir behandlet på en fin måte, hevdes det.

Dataene våre tyder på at brukermedvirkningen i forhold til pleieplanen først og fremst er muntlig og indirekte. *Muntlig* gjennom den daglige kontakten mellom brukere og pleiepersonell, og *indirekte* gjennom at brukerne kan komme med ønsker som berører mål og tiltak i pleieplanen, uten at de har et bevisst forhold til denne.

²⁸ <http://www.ha.kommune.no/artikkel.aspx?AIId=197&back=1&MIId=12&Print=1>
Kvalitet i sykehjem

Gjennomgangen vår tyder på at pleierne er ganske flinke til samle inn bakgrunnsopplysninger om pasienter ved de demensavdelingene, selv om disse sjelden legges inn i fagsystemet. Bakgrunnsopplysninger gir et bilde av *hele pasienten* (historie, interesser, vaner osv.), ikke bare sykdomsdelen.

Gjennomgangen av fagsystemet tyder på at pleierne er mindre flinke til å samle inn bakgrunnsopplysninger om somatiske pasienter. Dette finner vi i også i andre kommuner. Våre utvalgte journaler indikerer videre på at pleierne ikke bruker rubrikken som forteller hva beboeren er informert om, og om hun har spesielle reservasjoner og ønsker.

Videre tyder våre data på at pasientjournalen og pleieplanen har sterkt fokus på den ”syke delen” av beboeren. Dette er ikke unaturlig ettersom det er pasienter med sammensatte diagnoser det er snakk om. Men et økt fokus på pasientens ressurser, herunder styrker, interesser osv., vil kunne bidra til å styrke kvaliteten på tjenesten og fremme beboernes trivsel og helse.

Disse funnene samsvarer i all hovedsak med funn i to tilsvarende forvaltningsrevisjoner i Sola og Stavanger kommune, og med funn i forskningen på pasientdokumentasjon.

4.8 Rettferdig fordelte og tilgjengelige tjenester

4.8.1 Revisjonskriterium:

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 kreves det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at *tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.*

Rettferdig fordeling betyr at brukere har likest mulig tilgang på helsetjenester uavhengig av kjønn, sosial status og bosted²⁹.

På kommunens nettsted står det at en hovedmålsetting for etat for helse- og sosialsaker blant annet er *tilgang og kort ventetid.*

Mer konkret ønsker vi å se på om organiseringen av tjenestetildelingen skaper et godt utgangspunkt for likebehandling og rettferdig fordelte tjenester. I tillegg vil vi se på hvor mange som får avslag på søknadene sine, og på hvor lenge de venter på sykehjemsplass.

4.8.2 Funn og vurderinger

Det er vårt inntrykk at organiseringen av tjenestetildelingen skaper et godt utgangspunkt for likebehandling og rettferdig fordelte tjenester. Det er faste kriterier for tildeling av opphold, faste saksbehandlingsprosedyrer, og felles drøftinger i utvalget.

Vurderinger av brukernes funksjonsnivå registreres i IPLOS, som er et verktøy for å vurdere pasientenes pleietyngde. På 17 ulike variabler gir man pasienten en verdi fra 1 til 5, hvor 1 er ”lettest” og 5 er ”tyngst”. Gjennomgangen vår tyder på at oppdateringer i IPLOS gjøres nokså regelmessig og systematisk, og at de ansatte i all hovedsak er positivt innstilt til bruk av verktøyet.

²⁹ Hentet fra ”...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.”
Kvalitet i sykehjem

Kommunen har ikke tall på hvor mange som prosentvis får avslag på søknad om institusjonsplass, og hvor lenge de som oppfyller kriteriene for institusjonsplass har ventet. Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på det har vært få avslag, og at det har vært relativt kort ventetid.

Det finnes imidlertid indikasjoner på at presset på plassene har økt den siste tiden. For eksempel har enkelte beboere frivillig samtykket til å bo to på ett rom. Et annet eksempel: Kommunen har en avtale med SUS om at de må betale dagbøter på 1900 kroner for hver utskrivningsklare pasienter som oppholder seg på sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud. Betaling kan kreves fra 10 dager etter at pasienten er utskrivningsklar, og skriftlig varsel er mottatt. Vi får opplyst fra kommunen at det først er i 2007 at kommunen har måttet betale slike bøter. Beløpet var da på mellom 30 000 og 40 000, og det dreide seg kun om en pasient.

Et annet moment er at et system med bøter fra sykehuset gir kommunen økonomiske insentiver til å prioritere disse pasientene fremfor de som kommer hjemmefra. Det er viktig å understreke at vi ikke har noen indikasjoner på at dette faktisk skjer, men vi ønsker bare å påpeke at ordningen gir et insentiv i denne retningen.

4.9 Informasjonsoverføring og samordning

4.9.1 Revisjonskriterium

Kvalitetsforskriftens punkt om samordning og kontinuitet utdypes på denne måten i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring³⁰: ”God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet. Brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak.”

4.9.2 Funn og vurderinger

Samordning og informasjonsoverføring rapporteres i hovedsak å fungere bra. Dette gjelder både mellom pleiere, pårørende og beboere selv, og mellom sykehjem, sykehus, fastlege, fysio- og ergoterapeut. Informasjonsoverføringen mellom vaktskiftene rapporteres også i all hovedsak å fungere greit, og enkelte pårørende skryter av hvor godt orienterte pleierne er.

I tillegg sikres informasjonsutvekslingen og dialogen mellom relevante kommunale enheter gjennom Boligutvalgsmøtene, som vi tidligere har vært inne på.

Enkelte pleiere erkjenner at de har et forbedringspotensial i forhold til å registrere hendelser i fagsystemet. Flere hevder bruk av fagsystemet enkelte ganger kan være ganske tidkrevende og tungvint. Dette begrunnes med at det tar tid å logge seg på, at systemet ”henger” en del, og at systemet noen ganger ”ligger” nede. Det vises også til at pc'ene (en eller to på hver avd.) noen ganger er opptatt av kollegaer som bruker fagsystemet.

Det er positivt at både Heimtun og rehabiliteringsavdelingen på Hå sjukeheim har informasjonsfoldere/skriv til beboerne. Vi anbefaler imidlertid Hå sykehjem å utarbeide en felles informasjonsfolder for hele institusjonen. Selv om det vil være forskjeller mellom avdelingene ifht. pasientgrupper og pasientenes mål for oppholdene, tror vi likevel dette vil være en god ide.

³⁰ Hentet fra ”...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)” Side 24. Sosial og helsedirektoratet
Kvalitet i sykehjem

Vi savner mer utfyllende informasjon om pleie- og omsorgstilbudet på internett. Dette gjelder både sektoren som helhet og institusjonstjenestene, og er informasjon som allerede foreligger på papir. Mer og bedre informasjon om kommunens pleie- og omsorgstilbud vil bidra til å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for søkere, tjenestemottakere, og spesielt deres pårørende. Det vil dessuten være lettere for virksomhetene å gjøre eventuelle endringer på nett enn i en folder.

Vi vil også anbefale kommunen å vurdere hvilken annen type informasjon man bør legge ut på nettsidene. I dette arbeidet bør en se litt på hvordan andre kommuner har gjort det. Et eksempel er nettsidene til Drammen kommune. Her står det blant annet hva tjenestemottaker kan forvente av institusjonsoppholdet, og hva som forventes av tjenestemottakere og deres pårørende. Det finnes også informasjon om de ulike oppholdstypene, som langtidsopphold, rehabiliteringsopphold, skjernet langtidsopphold og lindrende opphold.

4.10 De ansattes kompetanse

4.10.1 Revisjonskriterium

Den ene av problemstillingene i prosjektet dreier seg om de ansattes kompetanse og kunnskaper. Ifølge interkontrollforskriften skal den/de ansvarlige sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning.

4.10.2 Funn og vurderinger

Kommunen har en høy andel ansatte i pleie- og omsorgssektoren med relevant fagutdanning, sammenlignet med andre kommuner. Opplæringen av nyansatte synes også å fungere ganske godt. I intervjuene pekes det på gode muligheter for etter- og videreutdanning, og mer begrensede muligheter for å gå på kurs. Sistnevnte synes først og fremst å skyldes magre vikarbudsjetter på den enkelte avdeling eller institusjon.

Rekrutteringssituasjonen i Hå synes å være relativt god, sammenlignet med andre kommuner i regionen. Men det rapporteres om vansker med å skaffe vikarer og folk til helgevaktene.

5 Konklusjoner og anbefalinger

5.1 Hovedinntrykk

Beboere og pårørende er i all hovedsak fornøyde med kvaliteten på institusjonstjenesten i Hå. Beboerne trives godt og omtaler pleierne i meget positive ordelag. Kommunen scorer også bra på kvalitetsindikatorerne i KOSTRA, sammenlignet med andre kommuner. Blant annet gjelder dette legedekning, andel beboere med enerom, andel pleiere med fagutdanning og sykefravær.

Undersøkelsen vår avdekker samtidig at kommunen har et forbedringspotensial på en del områder. Tilbakemeldingene fra både ansatte og brukere tyder på at man ikke er helt fornøyd med følgende forhold:

- Beboernes muligheter til å komme ut i frisk luft
- Aktivitetstilbudet

I tillegg viser gjennomgangen at kommunen har et forbedringspotensial i forhold til styring av kvalitet og dokumentasjon, og brukervedvirkning. Dette kommer vi nærmere inn på under.

5.2 Aktivitetstilbud og muligheter for å komme seg ut i frisk luft

Pleiere og brukere er noe misfornøyde med aktivitetstilbudet, og hevder at det var bedre før. Både Heimtun og sykehjemmet hadde egne aktivitører tidligere, men det har de ikke i dag. I Sola kommune har eksempelvis alle institusjonene en egen aktivitør.

Intervjuene våre tyder videre på at beboerne får kommet seg for lite ut i frisk luft. Pleierne har vanskeligheter med å tallfeste hvor ofte beboerne får komme seg ut i frisk luft, men både brukere og pleiere gir uttrykk for at de skulle ønske at mulighetene var bedre.

Dataene våre tyder på visse forskjeller mellom Heimtun og avdelingene på Hå sjukeheim. Gjennomgangen vår indikerer at beboernes mulighet for å komme seg utendørs er spesielt dårlige i fjerde etasje ved sykehjemmet, som er en skjermet avdeling for demente. Denne avdelingen har en del relativt fysisk funksjonsfriske pasienter. Men avdelingen er låst og ligger høyest oppe i bygningen. I tillegg hevder pleierne at det daglige stedet tar så mye tid at de ikke har tid til å prioritere luft regelmessig.

Problemene med tilrettelegging for demente er ikke spesielle for Hå, men beskrives i regjeringens "Demensplan 2015" å være et nasjonalt problem og en nasjonal utfordring. I planen tas det til orde for bedre tilrettelegging for aktiviteter i frisk luft og sansehager, og bedre bygningsmessig og organisatorisk tilrettelegging av institusjonene. Dette innebærer mindre avdelinger i nærhet til bakkeplan. På Hå sjukeheim er avdelingene i dag større enn det som anbefales i nasjonale forskrifter og planer.

Vi anbefaler kommunen å

- bedre aktivitetstilbudet for beboerne og sørge for en bedre tilrettelegging for aktiviteter i frisk luft.

Fra 2008 vil det være mulig for kommunen å søke det nye investeringstilskuddet i Husbanken. Hensikten med dette tilskuddet er å stimulere kommunene til å modernisere og tilpasse sykehjem og omsorgsboliger til mennesker med demens og kognitiv svikt.

Mer aktiviteter og frisk luft vil kunne ha en positiv helseeffekt for den enkelte beboer. Det store spørsmålet er imidlertid hva som er et godt nok aktivitetstilbud? Hva er et idealet, hva er et realistisk mål i konkurranse med andre viktige mål og budsjettposter, og hva er uakseptabelt? I hvilken grad kan/bør pårørende eller frivillige trekkes med i arbeidet med aktivisere beboerne?

En kan eksempelvis tenke seg at kommune etablerer konkrete kvalitetsmål om aktivisering og frisk luft. En mulighet er å ha en målsetting om at institusjonsbeboere i Hå skal få tilbud om å komme ut i frisk luft minimum én gang i uken i sommerhalvåret (dersom dette er helsemessig forsvarlig). Og så kan man eventuelt registrere avvik dersom man ikke klarer å oppfylle denne målsettingen for en eller flere beboere. Eventuelle forskjeller mellom avdelinger eller sykehjem vil dermed lettere kunne la seg avdekke, og eventuelt korrigeres.

Det kan også tenkes at det er mer hensiktsmessig å individualisere målene ettersom beboernes behov gjerne er svært ulike. Da kan man bruke pleieplanene til å utarbeide individuelle mål og tiltak for den enkelte beboer. Eventuelle avvik fra dette kan føres som kvalitetsavvik i kvalitetssystemet.

5.3 Kvalitetssystem og avviksregistreringer

Det er positivt at kommunen har et helhetlig kvalitetssystem der avviksregistreringer og oppfølging av disse utgjør en sentral del av kvalitetsarbeidet. Organiseringen av kvalitetsarbeidet synes også å være god.

Vi finner imidlertid indikasjoner på at det rapporteres for få avvik. Dette kan nok ha sammenheng med at kommunen har relativt kort erfaring med bruk av elektronisk pasientjournal. Men det kan også ha sammenheng med at avviskategoriene er litt for generelle, at pleierne er usikre på hva de skal rapportere, eller at pleierne trenger mer oppfølging.

Vi tror kommunen kan ha stort utbytte av å konkretisere avviskategoriene og etablere en klarere felles oppfatning av hva som er et avvik. I tillegg bør kvalitetsavvik eller avvik i forhold til kvalitetsforskrift være en egen avviskategori. Det er det ikke i dag, og det er svært få av de innrapporterte avvikene fra 2007 som kan regnes som kvalitetsavvik.

I dag opereres det med disse avviskategoriene i Hå:

- Brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner
- Ikke oppnådd målsetting/standard/andre spesifiserte krav/ eller andre kritikkverdige forhold
- Alvorlige feil/mangler/skade på utstyr
- Alvorlig nestenuhell som kunne ha ført til betydelig skade på personer eller materiell.
- Ved feil i utstyr, program eller bruk, som kan ha innvirkning på informasjonssikkerheten eller driften i datasystemet.
- All avvik/skade hvor pasient/klient er involvert (skal føres i Cosdoc, jf rutinebok for Cosdoc og/eller håndbok for legemiddelrutiner i Cosdoc)

Stavanger kommune opererer med følgende avviskategorier

- Fall
- Feilmedisinering/nesten feil
- Kvalitetsforskrift

- Skade/nesten skade tjenestebruker
- Vold/trussel om vold
- Rutinesvikt
- Svikt teknisk utstyr

Vi ser at Stavanger kommunes kategorier er mer konkrete, og sannsynligvis lettere å forholde seg til for dem som skal rapportere avvik. Stavanger har også en egen avvikskategori som refererer til kvalitetsforskriften.

Det er ikke sikkert at denne inndelingen er optimal for Hå kommune, men den kan fungere som en illustrasjon på hvordan man kan gjøre det.

Vi anbefaler kommunen å konkretisere avvikskategoriene, og bygge inn kvalitetsavvik som en egen avvikskategori.

5.4 Tydeligere kvalitetsmål og bedre kobling mellom styringsdokumenter

Revisjonen mener at kommunen vil vært tjent med å ha tydeligere felles formulerte kvalitetsmål for pleie- og omsorgssektoren. I dag finnes det en del målformuleringer innenfor pleie- og omsorgssektoren, men få konkrete mål om innholdet i tjenesten. Koblingen mellom de ulike kommunale måldokumentene er også noe uklar.

Vi etterlyser tydeligere kvalitetsmål om innholdet i tjenesten, en sterkere kobling mellom måldokumentene, og en bedre evalueringspraksis.

I den forbindelse er det bra at kommunen skal foreta en brukerundersøkelse for pleie- og omsorgssektoren. Tilbakemeldingene herfra vil gi et godt utgangspunkt for å formulere kommunale kvalitetsmål, og kvalitetsmål for den enkelte virksomhet. Dette sikrer at målene får en lokal forankring, og en forankring i nasjonalt regelverk.

Samtidig er det positivt at kommunen arbeider med å innføre individuelle kvalitetsregistreringer på bakgrunn av kvalitetsforskriften. Dette vil gi faglige tilbakemeldinger på hvilke områder det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av lovkrav. Samtidig kan det bidra til at pleierne i større grad får kvalitetsforskriften ”under huden.”

I sum gir brukerundersøkelsene og kvalitetsregistreringene både faglige og brukerrettede vurderinger av kvaliteten i tjenesten, basert på kvalitetsforskriften. Dette bidrar til en sterkere forankring av kvalitetsforskriften i kvalitetsstyringen.

Vi anbefaler kommunen å

- formulere tydeligere kvalitetsmål for pleie- og omsorgssektoren, og innarbeide disse i kvalitetssystemet.
- skape en felles forankring og en sterkere kobling mellom de ulike måldokumentene, slik at de ”trekker i samme retning”
- bruke formuleringene i kvalitetsforskriften, og eventuelt sykehjemsforskriften, som utgangspunkt for dette arbeidet.

5.5 Bruk av pleieplan og pasientjournal i fagsystem

Gjennomgangen vår tyder på at Hå har kommet langt i forhold til bruk av elektronisk pasientdokumentasjon - til tross for at dette ble innført så sent som i 2006. Men vi finner også følgende:

- Ingen av våre utvalgte pleieplaner hadde nedskrevne evalueringer
- Enkelte eksempler på generelle og lite presise mål og tiltak i pleieplanene
- Flere beboere stod ikke oppført med primærkontakt. Vårt utvalg kan tyde på forskjeller mellom avdelinger. Heimtun og 3 og 4 etasje på sykehjemmet kommer best ut.
 - Til dette kan det legges til: Dataene våre tyder på at alle beboerne har primærkontakt, men at det først og fremst er registreringene i fagsystemet det slurves litt med
- Det er lagt inn få bakgrunnsopplysninger om beboer, og det er lite informasjon om pasientens ressurser
- Rubrikkene i fagsystemet som er mest eksplisitte på brukermedvirkning ble ikke brukt på noen av våre utvalgte beboere.

De siste to punktene kommer vi litt tilbake til under punktet om brukermedvirkning.

Vi anbefaler kommunen å:

- Foreta jevnlig skriftlige evalueringer av pleieplanene, og tidfeste disse.
- Ha tidsfrister for når pleieplan skal være fullstendig, og når den skal godkjennes av journalansvarlig.
- Sikre at dokumentasjonsplikt i henhold til forskrift og interne retningslinjer overholdes i fagsystemet.

5.6 Informasjonsoverføring og samordning

Samordning og informasjonsoverføring rapporteres i hovedsak å fungere bra. Dette gjelder både internt i kommunen mellom ulike etater, og fastleger og sykehus. Informasjonsutvekslingen mellom vaktskiftene rapporteres også i hovedsak å fungere bra.

Ett forhold bør likevel kommenteres. Selv om de intervjuede jevnt over er ganske fornøyde med fagsystemet, rapporteres det at å bruke det kan være ganske tidkrevende og tungvint. Dette begrunnes blant annet med at systemet "henger" en del, og at systemet noen ganger "ligger" nede. Det vises også til at pc'ene noen ganger er opptatt av kollegaer som bruker fagsystemet.

Disse problemene tror vi kan reduseres gjennom å etablere en fast praksis på å rapportere problemer med systemet til IT-avdelingen, slik at antall gjentakelser reduseres. Det vil kanskje også være mulig å organisere tiden til de ansatte foran pc'en på en annen måte enn hva som gjøres i dag, slik at man slipper "kødannelse."

Gjennomgangen vår tyder videre på at kommunen har et forbedringspotensial i forhold til den skriftlige informasjonen om pleie- og omsorgstilbudet.

Vi anbefaler kommunen å

- Utarbeide en egen informasjonsfolder for Hå sjukeheim
- Legge ut mer utfyllende informasjon om pleie- og omsorgssektoren på internett

5.7 Brukermedvirkning

Det er positivt at kommunen har et bevisst forhold til brukermedvirkning, og at brukerne er fornøyde med egne deltakelsesmuligheter. Det er også positivt at kommunen i 2008 skal gjennomføre en brukerundersøkelse. Dette vil gi brukerne bedre muligheter for medvirkning, og kommunen nyttige tilbakemeldinger fra brukerne.

Verken Hå sjukeheim eller Heimtun har egne forum for brukermedvirkning, men sykehjemmet skal gjeninnføre ordningen med en egen talsmann for beboerne. Vi anbefaler Heimtun å gjøre noe tilsvarende.

Alle beboerne har en pleieplan, men de blir sjelden spurt om de ønsker å delta i utarbeidelsen av denne. Gjennomgangen tyder på at pleierne i liten grad samler inn og skriver ned bakgrunnsopplysninger om somatiske pasienter. Dette er opplysninger som skal gi innsikt i hvem pasienten er, dennes historie, interesser, vaner osv.

I pasientdokumentasjonen er det vanskelig å finne ut hvem beboer er, utover å være syk og pleietrengende. Det er selvfølgelig naturlig at pasientdokumentasjonen inneholder mye informasjon om den "syke delen" - ettersom beboerne ofte har flere og sammensatte diagnoser. Men journalene og pleieplanene inneholder lite om hva som er pasientens historie, hennes ressurser, styrker, hva som inspirerer henne, hva hun liker, eller hva som gjør henne glad. Det er også få mål om slike forhold i pleieplanen, selv om vi finner noen unntak.

Et økt fokus på beboers ressurser vil kunne bidra til å stimulere beboernes positive og sterke sider. Dette vil i større grad løfte frem pasientens individualitet. Engasjement er viktig for vårt velvære, og vi mennesker har et iboende ønske om å utvikle oss, gjøre ting vi liker, og mestre noe. Selv om det nok vil variere hvor sterk denne trangen er blant eldre og syke, er det grunn til å tro at de fleste fremdeles har slike ønsker.

Vi anbefaler kommunen å:

- Fokuserer mer på pasientens ressurser i pasientdokumentasjonen, og i den daglige pleien.
- Sikre brukerne bedre muligheter til å være med å utvikle pleieplanen.

Dette vil kunne bidra til å sikre en sterkere brukermedvirkning, opprettholde pasientens funksjonsnivå og autonomi, og fremme pasientens helse. Kort sagt vil det kunne bidra til å heve kvaliteten på pleien.

Vi tror videre det vil være en god ide å gjøre pasientens stemme mer synlig i pasientdokumentasjonen. Det kan gjøres gjennom å bruke rubrikkene i fagsystemet som er mest eksplisitte på brukermedvirkning eller gjennom formuleringer som "*pasienten sier han ønsker*", og "*pasienten gir uttrykk for.*" Dette vil kunne bidra til et tydeligere skille mellom beboeres innspill og pleiernes vurderinger.

5.8 Andre funn

Press på plasser og pasientsirkulasjon: Tilgjengeligheten på institusjonstjenester synes å ha vært god de siste årene, men vi ser indikasjoner på at presset på plassene har økt den siste tiden. Det er viktig å være oppmerksom på denne utviklingen videre. Vi anbefaler samtidig kommunen å se dette i sammen med et annet funn i rapporten – at tilgjengeligheten på sykehjemsplass er mer avhengig av pasientsirkulasjon enn av dekningsgrad (volum). Dette samsvarer med et av hovedfunnene i en artikkel i tidsskriftet Aldring og livsløp. Artikkelforfatterne

konkluderer med at dette innebærer at en eventuell kødannelse først bør vurderes i forhold til sirkulasjon, og deretter i forhold til deknningen av plasser. Vi slutter oss til en slik konklusjon.

KOSTRA-tall: Gjennomgangen vår tyder på at antall innrapporterte aldershjems plasser til KOSTRA gir et misvisende bilde av den faktiske situasjonen i Hå.

I 2006 ser det ut til at kommunen både har oppgitt Klokkartunet (8 plasser) og Nærlandstunet (16 plasser) som aldershjems plasser. Mens Klokkartunet er et tilbud til personer med psykiske lidelser, er Nærlandstunet et landsdekkende tilbud som kommunen får vertskommunetilskudd for. Nærlandstunet er altså ikke et aldershjemstilbud til innbyggere i Hå.

Så langt har det vært vanskelig å rapportere plassene på Nærlandstunet annerledes, men fremover vil dette bli mulig. Vi har vært i kontakt med SSB. Herfra forteller de at den nye IPLOS-registreringen innebærer at det fremover blir mulig å knytte opp beboere på et landsdekkende tilbud til deres hjemstedskommune. Dermed vil Hå kunne sjalte ut både Nærlandstunet og Klokkartunet av aldershjems- og institusjonsstatistikken. Hvordan dette vil slå ut helt konkret vet vi ikke, bortsett fra at antall institusjons plasser og dekningsgrad vil gå ned.

Vi anbefaler kommunen å bedre kvalitetssikringen av de innrapporterte tallene til KOSTRA

6 Rådmannens kommentarer

Rådmannen uttaler følgende i epost av 25.04.2008:

Kvalitet i sykehjem - Forvaltningsrevisjon

Hovedinntrykket er at beboere og pårørende er fornødde med institusjonstjenesten i Hå. Undersøkelsen avdekket likevel områder med et forbedringspotensial. Dette er områder som vi kjenner til og som det arbeides med.

Kvalitetsforbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess med fokus på helheten. Det arbeides kontinuerlig med å

- Definere innhold i tjenesten, sett i forhold til lovkrav, faglige og etiske krav, samt innbyggerne sine behov og forventninger
- Forbedre tjenestene, dette innebærer blant annet tilgjengelighet, kontinuitet, forutsigbarhet og fleksibilitet
- Knytte kvalitetsforbedringsarbeidet opp mot den daglige praksis i kommunen.

Kommentarer

Ad 5.2

Aktivitetstilbud og muligheter til å komme seg ut i frisk luft, samt spesielt tilrettelegging for demente.

Kommunen arbeider på flere områder for å bedre tilbudet

- Prosjekt "Den kulturelle spaserstokk"
- I eldeplanen er det satt et spesielt fokus på tilbudet til mennesker med demens, med hensikt å forbedre rammevilkårene til denne brukergruppen
- Det arbeides med å lage et system for å kunne vurdere tjenesteleveringen på individ og systemnivå opp mot Kvalitetsforskriften, samt brukers behov.
- Forbedringer av pleieplaner for den enkelte bruker, blir det kontinuerlig arbeidet med. Arbeidet innebærer opplæring, veiledning i å formulere problem, mål, tiltak, samt evaluere plan. I overgangen til elektronisk pasientjournal har vi allerede oppnådd en forbedring, så her er vi godt i gang. Det arbeides samtidig med å utvikle den elektroniske pasientjournalen i tråd med nye føringer.
- En aktivtørstilling står i dag vakant pga permisjon.

Ad 5.3

Kvalitetssystem og avvikregistreringer

Underrapportering i forhold til avvik er et kjent problem, som det er sett fokus på

- Forenkling av rapporteringen for eksempel selvforklarende ledetekst, forbedringer i fagsystemet
- Opplæring og veiledning

Ad 5.4

Tydligere kvalitetsmål og bedre kobling mellom styringsdokumenter

Felles mål/begrep forståelse vil alltid være en utfordring når flere aktører skal samhandle.

- Kvalitetsforskriften må operasjonaliseres slik at den får relevans i praksis.
 - definere kvalitetsindikatorer på systemnivå, samt individnivå
 - system for å registrere/handtere avvik

Ad 5.5

Bruk av pleieplan og pasientjournal i fagsystemet

Vi er godt i gang, og vil fortsette til dette er på plass og forankra.

- Forbedringer av pleieplaner for den enkelte bruker, blir det kontinuerlig arbeidet med. Utfordringen er å ikke la tiden som brukes i direkte tjenestelevering i møte med bruker reduseres til fordel for dokumentasjon.

- Arbeidet innebærer opplæring, veiledning i å formulere problem, mål, tiltak, samt evaluere plan med få ord og i et enkelt språk som alle involverte forstår. I overgangen til elektronisk pasientjournal har vi allerede oppnådd en forbedring
- Forbedre fagsystemet – det arbeides parallelt med å forbedre den elektroniske pasientjournal slik at det blir et godt verktøy tilpasset den enkelte ansatte/faggruppe.

Ad 5.6

Informasjonsoverføring og samordning.

Nå mange aktører skal være på banen, vil dette være en utfordring. Kommunen har stort fokus på hvordan en skal legge til rette for at nødvendig og aktuell informasjon når fram til rett vedkommende til rett tid.

- Utvikling av intra/internett
- E-post
- Internt e-meldingssystem i fagprogrammet
- Faste møter
- Skjema for melding av feil med det elektroniske fagsystemet
- Risikovurderinger

Ad 5.7

Brukermedvirkning

Flertallet av brukerne på Hå sjukeheim og Heimtun bu og velferdsenter er avhengig av pårørende eventuelt hjelpeverge til å påvirke sin sak. Flertallet ønsker at pleie og omsorg ivaretar tjenesteleveringen i tråd med faglige anbefalinger tilpasset bruker uten direkte involvering.

I spesielle problemstillinger ønsker likevel bruker eller den som representerer bruker å bli involvert, i praksis foregår dette som telefonsamtaler eller nettverksmøter. I tillegg har Hå sjukeheim, samt Heimtun bu og velferdsenter innført primærkontaktsystem, det vil si at hver bruker får sin individuelle kontakt. Primærkontakten har ansvar for å tilby faste nettverksmøter, samt ha et ekstra fokus på de brukerne de har ansvar for sitt individuelle behov, dette fungerer bra. Når det gjelder å dokumentere dette i pasientjournalen er det et forbedringspotensial som en arbeider med.

- Øke kompetansen slik at en tar i bruk de forskjellige registreringstypene som finnes i den elektroniske pasientjournalen, blant anna registreringstypene som omhandler brukermedvirkning.

Ad 5.8

Andre funn

Press på plasser

Kommunen har merket seg en økning i press på langtidsplass i institusjon, dette er det satt fokus på i eldreplanen.

KOSTRA tall

Tallene i tabellen som er brukt henviser til KOSTRA. På forespørsel til Revisjonen opplyses det at tallene er hentet fra SSB. Disse bygger på rapporteringen fra kommunen. Det er vanskelig å vite hvordan SSB har gruppert tallene som så blir brukt i rapporten. De tallene en finner ser en ikke er korrigerert for at Hå er vertskommune for tidligere HVPU beboere. Hå har tidligere vertskommunebeboere boende både i boliger og i institusjon på Nærland.

Kommunen arbeider kontinuerlig med å øke presisjonsnivået på datafangsten

- Samarbeid KOSTRA – IPLOS
- Kurs for ledere i KOSTRA/IPLOS
- Kurs for dokumentasjonspliktige i IPLOS
- Veiledning/hjelp til lederne ved KOSTRA innrapporteringen

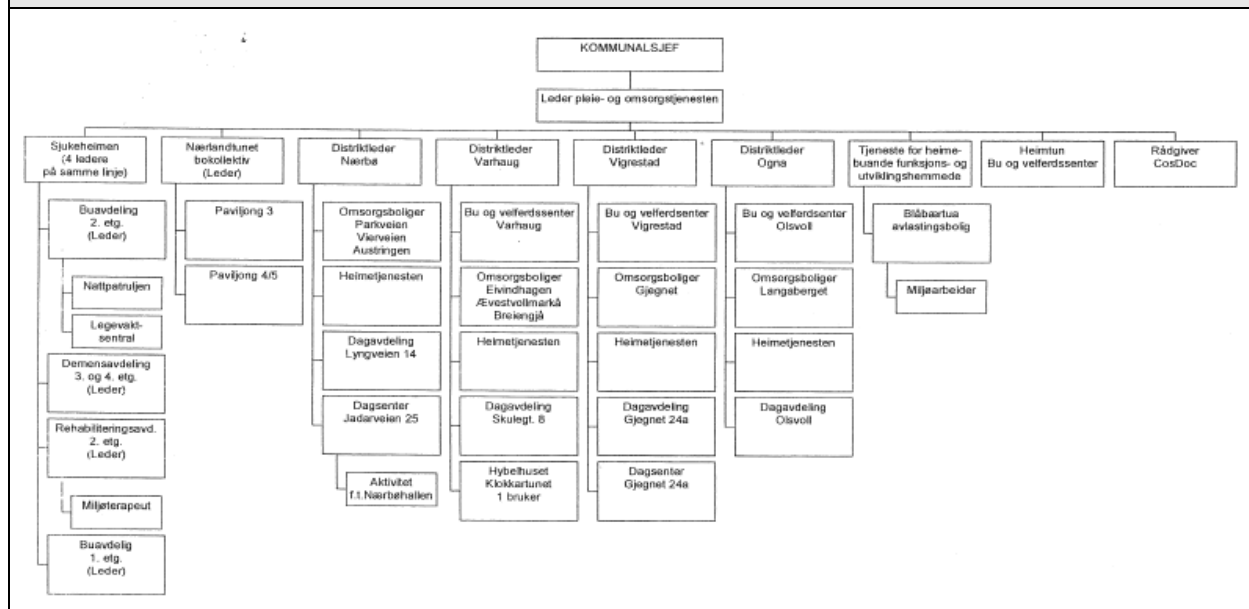
Vårt mål er å ha et så faglig godt tilbud som mulig. Innenfor gitte økonomiske rammer, som ikke er ubegrensa, vil en alltid måtte prioritere.

Med et økende forventningspress om tjenesteinnhold, både når det gjelder omfang av tiltak og kvalitet, vil det å prioritere noe opp og noe ned være en stor utfordring.

7 Vedlegg

Organisasjonskart

Tabell 7-1 Organisasjonskart pleie- og omsorgstjenesten



Overordnet kvalitetsstyring

Sentrale styringsdokumenter

De mest sentrale styringsdokumentene for pleie- og omsorgssektoren er:

- Lov, forskrifter - herunder lov om helsetjenester, kvalitetsforskriften, forskrift om internkontroll og pasientrettighetsloven.
- Kommuneplan 2007-2022
- Eldreplan 2008
- Handlings- og økonomiplan
- Årsrapport

Overordnede kvalitetsmål

Kommuneplan

Hovedmålet under avsnittet Eldre i kommuneplanen i Hå formuleres slik:

- Sikre dei eldre ein trygg og meningsfull livssituasjon saman med den eldre sjølv, familien og nærmiljøet.

Delmål: Dei eldre skal ha ein trygg og meningsfull livssituasjon.

Strategier:

- Leggja opp tenestetilbodet slik at dei eldre kan bli buande lengst mogleig i heimen
- Omsorgstenester skal i størst mogleg grad ytast lokalt.
- Sikra at pasientere frå spesialisthelsetenesta vert tatt godt vare på.
- Utbygging av heildøgns omsorgsplassar.
- Sikra optimal balanse mellom sjukeheim, omsorgsbustader, dagtilbod og heimtenester
- Sikra eit faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tenestetilbod for demente
- Sikre tilstrekkelig mengde kvalifisert arbeidskraft, og auke kompetansen.

Delmål: **Den eldre sjølv, familien, og nærmiljøet skal involverast.**

Strategier:

- Ivareta eldre sine individuelle behov i planlegginga av pleie- og omsorgstenester.

- Planleggja og driva det kommunale tenestetilbodet i nær kontakt med brukarane.
- Ta vare på, og støtta, omsorgsevna til pårørende og frivillige.

Eldreplan

Satsingsområdene fra kommuneplanen er gjengitt i utkast til Eldreplan for 2008³¹. Utkastet er i første rekke en statusvurdering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen, og bidrar ikke til å konkretisere mål og strategier ytterligere.

I utkastet refereres det til Stortingsmelding 45 (2002-2003), som legger opp til utvikling av kvalitetsindikatorer. Det vises også til enkelte av kvalitetsindikatorene i KOSTRA, men konkretiseres ikke hvilke kvalitetsmål kommunen skal styre pleie- og omsorgssektoren etter. Vi får opplyst at den endelige versjonen av Eldreplanen skal vedtas sommeren 2008.

Økonomiplan, Årsrapport og hjemmeside

I økonomiplanen for 2008-2011 er det ikke skissert noen målsettinger for pleie- og omsorgssektoren i Hå kommune. Målet for 2007-2010 er å: *Øke antall plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/WC når sykehjemmet blir oppgradert i 2008-2010.*

Ifølge Årsrapporten for 2006 er satsingsområdene for pleie og omsorgssektoren 2007:

- Klokkartunet – få til god interkommunal drift. Oppstart Evaprojekt
- Psykiatritjenesten – oppfølging av psykiatriplanen
- Rullere eldreplanen - omsorgsplan

På hjemmesiden til Etat for helse- og sosialsaker står det at etatens hovedmålsetting er å yte likeverdige helse- og sosialtjenester med vekt på

- Tilgang
- Kort ventetid
- God faglig standard
- Service og brukervedvirkning

Institusjonenes og avdelingenes måldokumenter og årsmeldinger

Når det gjelder Hå sykehjem finnes det ikke noen felles kvalitetsmål for hele sykehjemmet, og det varierer i hvilken grad avdelingene opererer med mål. Eksempelvis har rehabiliteringsavdelingen følgende hovedmålsetting: *Skape trygghet og trivsel for pasientene i et miljø som stimulerer til å styrke og opprettholde psykiske, fysiske, åndelige og sosiale ferdigheter og evner.* Dette målet er knyttet opp til mer konkrete prosedyrebeskrivelser som viser hvordan stellet skal foregå, hvordan måltider skal foregå. Målsettingen var også knyttet opp mot aktivitetstil-taket "Miljøgrupper", som lesegrupper, bakegrupper, trim og turgrupper osv.

I demensavdelingen har man fokus på å skape gode øyeblikk. Det fokuseres på tre øyeblikk, mestringsøyeblikk, øyeblikk med nærhet og øyeblikk med stillhet.

Heimtuns mål er blant annet å vektlegge et trygt miljø og trivsel, ta vare på hele mennesket fysisk, psykisk, åndelig og sosialt. Fungerer mer som en visjon og handlingsregel for ansatte.

Heimtun og hver av de fire avdelingene på Hå sykehjem leverer interne årsmeldinger til pleie- og omsorgssjef. Disse er kortfattede og presise, og enhetene må svare på fast oppsatte spørsmål (tall, ja/nei eller åpne felter). Årsmeldingene gir et greit bilde av enhetenes aktiviteter fra år til år. Hovedinntrykket fra disse er at det rapporteres om et godt arbeidsmiljø, at pleietyngden har økt, og for lite bemanning. Alle svarer også ja på det faste spørsmålet om den faglige kvaliteten på tjenesten er tilfredsstillende. Alle årsmeldingene inneholder målsettinger for enheten, men felles for disse er at det er få konkrete kvalitetsmål om innholdet i tjenesten.

Organisering av kvalitetsarbeid

I Hå kommune er det et eget kvalitetsutvalg. Dette har som formål å "sikre samordning og framdrift med å kvalitets sikre de tjenester som ansatte innen etat for helse og sosialsaker skal yte overfor brukere på bakgrunn av..." aktuelt regelverk, blant annet kvalitetsforskriften.

Kvalitetsutvalget består av kommunalsjef for helse- og sosialsaker, kommuneoverlege, sosialleder, kontorleder (i dette tilfelle pleie- og omsorgssjef), konsulent og HMS-ansvarlig. Utvalget møtes en gang i måneden, og behandler forslag til prosedyrer, rutiner, kartlegginger, planforslag, avviksregistreringer, og spørsmål som meldes fra avdelingene.

³¹ Datert 28.11.07.
Kvalitet i sykehjem

Avviksstatistikk

Tabell 7-2 Antall avvik, de tre viktigste avvikskategoriene (2007)

Avdeling	Feilmedisinering	Fall	Annen skade/Nesten skade	Antall avvik pr avdeling
Sykehjemmet 1. et	0	1	0	1
Sykehjemmet 2. et	3	10	0	13
Sykehjemmet 3. et	15	7	4	26
Sykehjemmet rehab	3	8	1	12
Sykehjemmet 4 et.	5	26	8	39
Heimtun	8	34	0	42
Sum alle avdelinger	34	86	13	133

Vi ser at det er visse variasjoner i antall avvik fra avdeling til avdeling. Dette kan imidlertid vanskelig tolkes i noen bestemt retning. Det er ikke slik at mange innrapporterte avvik eller en økning i innrapporterte avvik nødvendigvis er et symptom på at kvaliteten på tjenesten er forringet. Det kan tvert imot være et uttrykk for at avdelingen er flinke, eller blitt flinkere, til å rapportere om avvik. Faktisk kan det også være slik at det er de flinkeste som rapporterer om flest avvik. Forskjeller kan også skyldes at noen underrapporterer mens andre overrapporterer.³² Hovedpoenget er derfor at man må gå "bak" en eventuell avviksøkningen og se på årsaken til en økning.

I tillegg til disse avvikene ble det ført 28 avvik på Hå sykehjem under kategorien annet.

De innrapporterte tallene kan tyde på at det rapporteres inn for få avvik ved institusjonene i Hå kommune. Dette kan illustreres på følgende måte: Heimtun og Hå sykehjem hadde 161 innrapporterte avvik i 2007 fordelt på 96 beboere. Det gir 1,7 avvik pr. seng i gjennomsnitt. Tall fra Stavanger fra 2006 viser at sykehjemmene her hadde innrapportert 5,8 avvik pr seng i gjennomsnitt³³. Det desidert laveste innrapporterte avviket fra et sykehjem i Stavanger var 2,5 pr seng, og det høyeste var 8,1. De store forskjellene mellom Hå og Stavanger kan være en indikasjon på at det innrapporteres for få avvik i Hå.

Samtidig tyder dataene våre på at det kan være ulikheter i oppfattelsen av hva som er et avvik, og eventuelt hvilken type avvik det er. Dette finner vi også i andre kommuner vi har vurdert, blant annet Sola og Stavanger. En rapport om legemiddelhåndteringen i Stavanger anbefaler å ha en klarere og mer operasjonell definisjon for avvik.

Avviksregistreringer – sentrale elementer i kommunens forbedringsarbeid

Vi får opplyst at avviksregistreringer og oppfølging av avvik er sentrale elementer i kommunens forbedringsarbeid. Hovedformålet med registreringene er å klarlegge årsaken for avviket, og sette i verk tiltak som hindrer gjentakelse. I kommunens prosedyre for behandling av avvik og nestenulykker presiseres det at hensikten med registreringene ikke er å finne en syndebugg, men å forhindre at avvik skjer igjen.

Man kan registrere avvik innenfor følgende hovedkategorier:

- *Brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner*
- *Ikke oppnådd målsetting/standard/andre spesifiserte krav/ eller andre kritikkverdige forhold*
- *Alvorlige feil/mangler/skade på utstyr*
- *Alvorlig nestenuhell som kunne ha ført til betydelig skade på personer eller materiell.*
- *Ved feil i utstyr, program eller bruk, som kan ha innvirkning på informasjonssikkerheten eller driften i datasystemet.*
- *All avvik/skade hvor pasient/klient er involvert (skal føres i Cosdoc, jf rutinebok for Cosdoc og/eller håndbok for legemiddelrutiner i Cosdoc)*

Prosess: Avvikene blir først meldt til avdelingsleder (evt. distriktsleder eller styrer Heimtun), som vurderer om avvik kan lukkes, eller om det er så alvorlig at det skal sendes videre til leder for pleie og omsorg. Avvikene skal registreres i Cosdoc, noe som innebærer at man ikke trenger å sende avvikene fysisk videre – avvikene overføres elektronisk. Avvikene blir vurdert samlet i kvalitetsutvalget (på aggregert nivå).

Synspunkter på prosess: Det er noe delte meninger blant pleierne i forhold til hvordan avviksregistreringene og oppfølgingen av disse fungerer. Enkelte mener at de blir ansvarliggjort i registreringskjemaet, at avviket tas opp

³² Det er også slik at avdelinger med mange demenspasienter gjerne har flere avvik fordi disse pasientene er utsatt for fall oftere enn andre pasienter.

³³ Tallene er basert på 17 sykehjem i Stavanger, men er innsamlet i desember 2006. Det er derfor grunn til å tro at det endelige tallet for året ble noe høyere.

der og da, og at de lager pleieplan på bakgrunn av det. De savner ikke noen ytterligere oppfølging. Andre peker på at de sjelden får tilbakemelding på hva som skjer med avvikene som registreres. *"Vi sender det av gårde, og vet ikke hva som skjer etterpå. Jeg savner oppfølging"*. Atter andre hevder at de sjelden registrerer avvik, og at de kan bli flinkere til det. Disse peker på at de ikke alltid vet hva som skal regnes som et avvik.

Direkte kvalitetsstyring mot brukerne

Elektronisk pasientjournal

I Hå begynte man å ta i bruk fagsystemet Cosdoc (elektronisk pasientjournal) fra januar 2006. Før dette var alle journalene papirbaserte. En elektronisk pasientjournal bidrar til at kommunikasjon og informasjonsoverføring blir lettere, og er et unikt verktøy for å registrere, lagre, gjenfinne, sammenstille og gjenbruke data.³⁴ En elektronisk pasientjournal kan derfor bli et mer effektivt og kraftfullt redskap enn papirjournal.

Gjennomgangen av pasientjournaler og pleieplaner tyder på at Hå har kommet langt i forhold til den elektroniske registreringen. Det kan for eksempel nevnes at Stavanger kommune begynte med elektronisk pasientjournal i 2002, og vi ser en del av de samme utfordringene her som i Hå.

Bruk av pleieplan

Alle våre utvalgte beboere hadde pleieplan, men de planene vi har vurdert har hatt varierende kvalitet.

Det mest fremtredende trekket er at ingen av våre vurderte pleieplaner hadde nedskrevne evalueringer. Enkelte peker på at evalueringene gjerne føres i de løpende journalnotatene. Gjennomgangen vår viser imidlertid at journalnotatene som regel ikke gir svar på hvordan tiltakene har virket, og om de har hatt den ønskede effekten i forhold til målet. Hvis målet har vært at beboer skal føle seg trygg står det gjerne i notatene hvordan pasienten har hatt det de siste dagene.

Ellers synes målene og tiltakene å være relativt oppdaterte – de fleste er av nyere dato – og ganske presise. Men vi finner også enkelte unntak. Et eksempel: I den ene pleieplanen er et av hovedmålene *at beboer skal ha hjelp til å administrere hverdagen*. Det er ikke knyttet noe tiltak til målet. Hva betyr det å få hjelp til å administrere hverdagen? Dette er en formulering som kan tolkes på flere måter, og det vil være vanskelig for en helgevakt eller en vikar å vite hva en skal gjøre for å oppfylle målsettingen.

Generelle og lite presise mål kan bidra til å svekke forutsigbarheten i behandlingen.

Vi får opplyst at det ikke er satt opp noen absolutt tidsfrist for når en pleieplan må være på plass, og når den skal godkjennes. Som regel lages et utkast kort tid etter ankomst, og så fullføres den i løpet av noen uker.

Avviksregistreringer og oppfølging av avvik er viktig i forhold til den direkte kvalitetsstyringen mot enkeltbruker. I Hå finnes både avvik og pleieplan i fagsystemet, noe som gjør det relativt enkelt å knytte avvikene direkte opp mot tiltak i pleieplanen. I vår gjennomgang fant vi eksempler på at avviksregistreringer førte til nødvendige endringer av tiltak. Men vi fant også eksempler på det motsatte, at flere avvik på fall ikke førte til at dette ble satt opp som et fokusområde i pleieplanen.

Elektronisk pasientjournal - kommet langt men forbedringspotensial

Andre funn ved vår gjennomgang av fagsystemet:

- I alle journalene stod det hvem som var journalansvarlig.³⁵
- av 13 beboere står oppført med primærkontakt. Her er det klare forskjeller mellom avdelinger og institusjoner³⁶.
 - Ved Heimtun og i fjerde etasje ved Hå sjukeheim står alle oppført med primærkontakt. I boavdeling i første og andre etasje, samt rehabiliteringsavdelingen ved sykehjemmet står ingen oppført med primærkontakt. Det bør presiseres at utvalget fra hver avdeling er lite, men det kan muligens være uttrykk for en tendens.
 - Datamaterialet vårt tyder på at beboerne har primærkontakt, men at det først og fremst er registreringene i fagsystemet det slurves litt med
- Det er få inkomstrapper³⁷.

³⁴ Ibid.

³⁵ Vi får opplyst at

³⁶ Ved sykehjemmet har man også sekundærkontakt. Det har man ikke ved Heimtun hvor man har valgt å organisert dette litt annerledes. Samme mønsteret viser på sykehjemmet seg i forhold til registrering av hvem som er sekundærkontakt som det gjorde i forhold til primærkontakt.

Dette skyldes at beboerne har kommet inn på institusjon før man startet med bruk av Cosdoc. Enten er ikke de gamle papiroppløysningene skrevet inn i fagsystemet eller så ble ikke denne type opplysninger registrert før og dermed ikke kommet inn.

Gjennomgangen viser videre at pleierne i svært liten grad bruker rubrikkene som forteller om hva pasientene er informert om, er hun gitt noen spesielle tilbud, og har vedkommende fremsatt noen reserverasjoner og ønsker. Det er lagt inn få bakgrunnsoppløysninger om beboer, og det er lite informasjon om pasientens ressurser. Dette kommer vi tilbake til i avsnittet om brukervedvirkning.

Vi får opplyst fra fagsystemansvarlig at det er disse forholdene som gjenstår i oppløring og bruk av fagsystem. I perioden fra innføringen til i dag har hovedprioritetene vært hovedkort, journal og pleieplan – i den rekkefølgen.

Tilbakemeldingene tyder på at de ansatte er positive til bruken av fagsystemet, noen opplever at det noen ganger kan være tungvint og tidkrevende å bruke det. For mer om dette se avsnitt om informasjonsoverføring og samordning.

Kvalitetsregistreringer

I Hå vurderer man for tiden å innføre individuelle kvalitetsregistreringer på bakgrunn av punktene i kvalitetsforskriften. Dette gjøres i Stavanger, og innebærer at det foretas jevnlig faglige vurderinger av hvordan virksomheten ivaretar den enkelte brukers behov. Dermed får man også en løpende kvalitetskontroll på bakgrunn av den løpende dokumentasjonen som foreligger i pleieplanen, eventuelle avviksregistreringer, samt faglig skjønn. I Stavanger foretas slike registreringer hver tredje måned.

Hensikten med denne internkontrollen er å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Samtidig skal den bidra til at pleiepersonellet får det som står i forskriften "under huden", slik at den blir en integrert del av kvalitetsarbeidet. Tilbakemeldingene i intervjuene kan tyde på at pleierne har varierende kjennskap til kvalitetsforskriften.

Mens en brukerundersøkelse vil gi tilbakemeldinger på hvordan det står til med den brukeropplevde kvaliteten, vil kvalitetsregistreringer gi et bilde av hvordan de ansatte opplever den faglig styrte kvaliteten.

Aktivering og mulighet til å komme ut i frisk luft

Livs- og døgnrytme og mulighet for et skjermet privatliv

Alle beboerne i Hå kommune bor på enerom, og beboerne gir uttrykk for at det er god mulighet for å ha et skjermet privatliv. Både beboerne og deres pårørende forteller at de kan trekke seg tilbake når de måtte ønske det, og det er godt tilrettelagt for å kunne ta imot besøk. Flere av de pårørende gir også uttrykk for at de føler seg veldig velkomne når de er på besøk.

Aktivitetstilbudet – bedre før

Som regel tilbys aktiviteter som andakt, sang, bingo, avislesning på institusjonene³⁷. Tidvis er det organisasjoner innom som har fellesarrangement for beboerne. Både Frelsesarmeen og Røde Kors er på månedlige besøk, og av og til kommer blir institusjonene besøkt av andre organisasjoner og lag.

Gjennomgangstonen i datamaterialet er imidlertid at aktivitetstilbudet ikke er godt nok, og at det var bedre tidligere. Dette gir både pleiere og brukere uttrykk for. Da hadde man i større grad mulighet til å involvere beboerne i spill, maling, baking, ordtakskort osv. Det pekes på at både Heimtun og Hå sykehjem har hatt egne aktivitetører tidligere, men at de ikke har det lenger. Hå sykehjem har hatt aktivitetører frem til sommeren 2007, men denne er i ett års permisjon. Vi får opplyst at det ikke er bevilget midler til en vikar. En av beboerne kommenterte dette slik: "vi hadde en veldig kjekk aktivitetører tidligere. Vi malte hver torsdag, og sang viser. Hun tok meg med på sanserommet. Men nå er hun i permisjon. Vi hadde også en vikar fra Varhaug, men hun fikk ikke steppe inn igjen. Hun var et aller tiders menneske. Vi malte og stekte kaker hver torsdag noen timer med henne. Det var aller tiders (...) nå er det ingenting. (...) de kuttet ut alt det der."

Pleierne forteller at de er opptatte av å være sammen med beboerne, at miljø og aktivitet har høy prioritet, men at tiden ofte ikke strekker til. Samtidig pekes det på at det gjøres en del bra ting for å gi beboerne et godt aktivitets-tilbud. Eksempler: Dans, maling, kjøp av orgel, bestilling av rullestol med motor og regnslag for å øke beboernes aktiviseringsmuligheter

³⁷ Inkomstrapporten skal gi en del medisinske og sosiale bakgrunnsoppløysninger som sier noe om beboerens status på tidspunktet for inkomst

³⁸ Rehabiliteringsavdelingen vil naturlig nok tilby mye trening.

Samtidig er det ikke alle beboerne som ønsker å være med på aktivitetene. Mange er slitne og ønsker primært ro og fred. Grovt sett kan man dele beboerne inn i *fire grupper*. De som sjelden kan tenke seg å være med på aktiviteter, og ønsker å ha det stille og rolig. De som ønsker aktiviteter, og som er positivt innstilt til disse. De som er skeptiske til aktiviteter, men som kan ha stor glede av disse når de blir dratt med, og de som rent fysisk ikke kan delta i aktiviteten.

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på det er en god del beboere i de to siste gruppene. Det er for eksempel en del beboere som ikke kan delta i trimaktivitetene. Pleierne hevder at disse likevel kan ha utbytte av å være til stede, som en del av fellesskapet. Bare å være sammen med andre som gjør ting i fellesskap er en stor verdi for disse. I intervjuene pekes det på at de som er skeptiske til aktiviteter gjerne må motiveres til å delta, og at dette motivasjonsarbeidet ble bedre ivaretatt når man hadde egen aktivitør.

Når det gjelder sosial kontakt med andre peker enkelte på at det noen ganger er vanskelig å være en av få mentalt oppegående. En av beboerne sa det slik: *"Når hun flyttet inn satt alle og sov på oppholdsrommet. Det var ikke mulig å snakke med dem, i begynnelsen. Så kom fru x, og da ble det bedre."* Tilbakemeldingene tyder på at dette er forhold som har betydning for hvorvidt man ønsker å delta i fellesskapet eller å trekke seg tilbake på rommet.

Hå kommune har nylig fått tildelt 100 000,- fra staten til den "Kulturelle spaserstokk". Begrepet stammer fra regjeringens Omsorgsplan 2015, og er et virkemiddel for at de eldre skal få en mer aktiv og meningsfylt hverdag.

For lite ute i frisk luft

Både pleierne, avdelingsledere og flere av brukerne hevder at beboerne får kommet seg for lite ut i frisk luft. "Frisk luft blir det for lite av. Jeg vet ikke hvor mange som vil, men vi tilbyr det ikke. Jeg skulle ønske vi kunne spurt hver dag." Manglende kapasitet trekkes frem som hovedforklaringen på dette.

Pleierne forteller at de forsøker å bruke de pårørende i dette arbeidet, men erkjenner at en del beboere har et lite nettverk å spille på.

I intervjuene pekes det på at frisk luft er veldig viktig for beboernes fysiske og mentale helse. "Det er veldig viktig, spesielt når vi ser hvordan mor blomstrer når hun har vært ute.(..) vi ser at det bygger seg opp noe positivt med konsentrasjonen." Pleierne peker også på at kvaliteten på søvnen bedres av aktivitet ute.

I intervjuene pekes det på at mange beboere har vært bønder eller har en sterkt tilknytning til gård, og at disse kunne hatt stort utbytte av gårdsbesøk. Bare det å kunne gå ut og puste inn den umiskjennelige duften av vår på Jæren vil være av stor verdi, hevdes det.

Både Heimtun og Hå sjukeheim disponerer minibuss. På Heimtun tilbys beboerne ukentlige bussturer, mens dette skjer langt sjeldnere for beboerne på sykehjemmet. De ansatte på sykehjemmet peker på at dette har blitt nedprioritert fordi det er meget ressurskrevende. Vi får opplyst at det som regel krever at minimum to pleiere blir med – en som kjører og en som kan bidra ved eventuelle akutsituasjoner. Fra Heimtun får vi opplyst at det en støttekontakt som kjører bussen, uten at annet pleiepersonell er til stede.

Tilbakemeldingene i intervjuene kan tyde på at det er en del forskjeller mellom avdelingene og institusjonene ifht. å kunne komme seg ut i frisk luft. Flere faktorer spiller inn her - som beboernes funksjonsevne, fysisk tilrettelegging for å kunne gå ut, og personalets muligheter for å følge beboerne ut.

Beboere på bakkeplan eller nært opptil bakkeplan har bedre muligheter for å kunne komme seg ut enn avdelingene som ligger lengre fra bakkeplan. I så måte er de fysiske forutsetningene for å kunne komme ut på Heimtun ganske gode, ettersom institusjonen kun har to etasjer.

I et lignende prosjekt i Stavanger så vi av kommunens brukerundersøkelse at det sykehjemmet som befant seg på ett plan scoret høyere på mulighetene for å komme seg ut i frisk luft, enn sykehjem som hadde flere etasjer.

I tredje og fjerde etasje ved Hå sykehjem er beboerne demente. Tredje etasje er en åpen avdeling, mens fjerde er en skjermet avdeling. Vi får opplyst at pasientene i fjerde er mer funksjonsfriske. Tilbakemeldingene kan tyde på at mulighetene til å komme seg ut er spesielt små i fjerde etasje. En av de ansatte sa det slik: "Vi har en som er veldig glad i å gå tur. Vi har ikke mulighet til å følge ham. Det sliter. Dette ville vi hatt i pleieplanen dersom vi hadde hatt tid til å gjøre det En halvtimes tur hver dag, tenk hva det hadde gjort for helsen hans".

Det er spesielt tre forhold som svekker beboernes muligheter for å komme seg ut i fjerde etasje. 1) Avdelingen er låst slik at de mest forvirrede pasientene ikke skal klare å komme seg ut. Dette innebærer at ingen pasienter kan komme seg ut på egenhånd. 2) Avdelingen er høyest oppe i bygningen, noe som hever terskelen for å komme seg ut i frisk luft ytterligere. 3) Pleierne gir uttrykk for at den daglige stellet tar så mye tid at de ikke har tid til å prioritere frisk luft regelmessig.

Samtidig pekes det på at beboerne får anledning til å komme ut, og at de har vært en del ute sommerhalvåret. "På varme sommerdager låste vi avdelingen og tok dem med ut".

De ansatte på dem skjermede avdelingen peker på at det ville vært ideelt om de lå på bakkeplan. Enkelte ansatte og brukere tar også til orde for å knytte en slik avdeling opp mot en sansehage med blomster, benker osv. Videre hevdes det at det ville vært fullt mulig å inngjerde denne hagen slik at man slapp å låse døren til avdelingen, og på denne måten muliggjorde aktiviteter i frisk luft.

Gjennomgangstonen er at mer frisk luft, og flere aktiviteter ute, ville økt livskvaliteten for flere beboere. Samtidig "... hadde vært bra for roen på avdelingen. Motsatt hevdes det at stressnivået øker, og at det begynner "å koke litt", når beboerne vil ut og pleierne ikke har anledning til å følge dem.

Tid til å sette seg ned med beboerne

De fleste av de vi intervjuet gav uttrykk for at de følte seg trygge på institusjonene. Men det fantes enkelte unntak. På demensavdelingen i fjerde etasje på Hå sykehjem hevdes det at beboerne blir utrygge når det ikke er personal på oppholdsrommet. "De blir urolige hvis det ikke er pleiere på stuen, og når noen blir urolige smitter det på de andre beboerne." Brukerne gir uttrykk for at betjeningen gjør en god jobb, og at de er observante i forhold til den enkeltes behov, men at det trengs mer bemanning.

Pleierne hevder at det ikke er nok bemanning til å ha en ansatt permanent i fellesstuen, og at dette er en stressfaktor. En av dem sa det slik: "Før hadde vi alltid et menneske der inne. Da var beboerne mer trygge i stellet." Ifølge pleierne må de i dag skynde seg å hjelpe pasientene slik at de rekker å sjekke stuen ved jevne mellomrom. Dette gjør at pleierne utfører oppgaver som beboerne kunne klart selv (knytte sko, knappe skjorter osv.), men som går fortere når pleierne gjør det.

Vi får opplyst at det gjerne er åtte personer som sitter sammen på fellesstuen, og at det uten tilsyn kan oppstå konflikter mellom enkelte av dem. De ansatte peker på at en person permanent på stuen blant annet ville kunne bidra til å forebygge konflikter, men at det i dag foregår "...mer brannslukking enn forebygging."

I sykehjemsforskriften står det at skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 personer. På hver av de to demensavdelingene i tredje og fjerde etasje på sykehjemmet er det til sammen 28 pasienter, 14 på hver avdeling. De ansatte hevder at dette er for mange pasienter, og peker på at en demensavdeling ideelt sett ikke burde ha flere enn 8 pasienter. Dette pekes det også på i regjeringens *Demensplan 2015*³⁹. Her står det følgende: "Det er bred støtte i fagmiljøene om at de store sykehjemmene er svært dårlig tilpasset langtidsbeboere med demens." (...) Regjeringen vil legge til rette for at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres, blir tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Da handler det i hovedsak om at "smått er godt." Det betyr små enheter både bygningsmessig og organisatorisk."

Fra 2008 vil det være mulig for kommunen å søke det nye investeringstilskuddet i Husbanken. Hensikten med dette tilskuddet er å stimulere kommunene til å modernisere og tilpasse sykehjem og omsorgsboliger til mennesker med demens og kognitiv svikt.

Brukermedvirkning

Informasjon, selvbestemmelse og brukermedvirkning

De aller fleste brukerne gir uttrykk for at de får informasjon om viktige beslutninger som angår dem, og at de har god anledning til å delta i beslutninger som angår dem. Tilbakemeldingene tyder videre på at pleierne er flinke til å snakke klart og tydelig.

Beboere og pleiere gir uttrykk for at beboerne selv bestemmer når de skal legge seg og når de skal stå opp. Som regel ønsker beboerne å legge seg tidlig, og dersom det er veldig tidlig (fem eller seks), forsøker man gjerne å holde dem oppe litt lenger slik at de sover godt om natten.

Vi får også opplyst at pleierne har samtaler med pårørende så fort som mulig etter innleggelse. Etter dette får beboerne og deres pårørende som regel får tilbud om fellessamtaler minimum en gang i året. I tillegg inviteres pårørende til å være med på en del tilstelninger, som for eksempel julefest. På rehabiliteringsavdelingen har man et eget målsetningsmøte og sluttevalueringsmøte hvor blant annet beboer, relevant pleiepersonell og evt pårørende deltar. Ved behov avholdes samarbeidsmøte. Årsaken til at denne tette oppfølgingen av rehabiliteringspasientene er at de inne for en kortere periode og at de er blant de få ved et sykehjem som kan regne med en merkbar forbedring av helsetilstanden i løpet av oppholdet.

³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. *Kvalitet i sykehjem*

Som vi har vært inne på i avsnittet over hender det at pleierne tar over oppgaver som beboerne kunne ha klart selv, noe som har betydning for deres mestringfølelse. Pleierne forklarer at dette gjøres for at det skal gå fortere slik at man rekker over alle arbeidsoppgavene.

Deltakelsesarenaer

Ved mange institusjoner finnes det kollektive deltakelsesarenaer, som beboerråd, velforening eller lignende. Dette har man eksempelvis på institusjonene i Sola kommune. Verken Hå sykehjem eller Heimtun bu- og velferdssenter har egne forum for brukermedvirkning (velforening, deltakelse i styre eller lignende).

Hå sykehjem har tidligere hatt en ordning med en egen talsmann for beboerne ved institusjonen. Vi får opplyst at denne ordningen har "ligget nede" to-tre år. I brev av 06.12.07 tar pleie- og omsorgssjefen til orde for å gjeninnføre denne ordningen, og ber om at det foreslås en ny talsmann for beboerne.

Brukermedvirkning i utformingen av helsehjelpen

Gjennomgangen vår tyder på at beboerne ikke blir spurt om de ønsker å delta i utformingen pleieplanen. Utarbeidelsen og oppdateringene av pleieplanen gjøres som regel uten at pasienten eller pårørende er direkte involvert i dette. Dette samsvarer med det vi fant når vi gjorde tilsvarende gjennomganger i Sola og Stavanger kommune. Selv om det i Stavanger ble lagt opp til at beboerne fikk mulighet til å bestemme om de ville delta i utarbeidelsen av pleieplanen, skjedde ikke dette i praksis.

Intervjuene tyder videre på at pasientene og deres pårørende ikke kjenner til at det finnes en pleieplan. Pasientene gir også uttrykk for at de ikke er så opptatt av om de har en pleieplan eller dennes innhold. Det viktigste er at man trives og blir behandlet på en fin måte, hevdes det.

Dataene våre tyder på at brukermedvirkningen i forhold til pleieplanen først og fremst er muntlig og indirekte. *Muntlig* gjennom den daglige kontakten mellom brukere og pleiepersonell, og *indirekte* gjennom at brukerne kan komme med ønsker som berører mål og tiltak i pleieplanen, uten at de har et bevisst forhold til denne. "

Hvilke opplysninger innhentes om pasienten?

Vi får opplyst at opplysninger om pasientens bakgrunn ofte hentes inn uformelt muntlig, og at det ikke registreres i fagsystemet.

Det finnes ikke noe fast kommunal mal for hvilke bakgrunnsopplysninger som skal hentes inn, men rehabiliteringsavdelingen ved Hå sykehjem har en slik mal. Denne inneholder nøkkelopplysninger om forhold som sosial kontakt, daglige aktiviteter og interesser/ønsker.

I intervjuene pekes det på at man er flinkere til å samle inn bakgrunnsopplysninger i forbindelse med utarbeiding av pleieplaner for pasienter ved de demente avdelingene. Dette finner vi også i Stavanger, og i Stavanger forklares det ved at det har vært et langt sterkere fokus på bakgrunnsopplysninger i forhold til pasienter med senil demens. Da er det spesielt viktig å vite litt om pasientens nettverk, interesser, fortid osv.

Vi får opplyst at denne informasjonen ikke registreres i den elektroniske pasientjournalen, men oppbevares på papir. Det pekes på at registrering av denne type opplysninger er det neste steget i arbeidet med å få all pasientinformasjonen inn i fagsystemet (jf over).

Gjennomgangen vår tyder videre på at pasientjournalen og pleieplanen har et sterkt fokus på den "syke delen" av beboeren. Dette henger nok sammen med det som er nevnt i avsnittet over. Det er også ganske naturlig at man har et fokus på den syke delen av pasienten ettersom pasientene ofte har flere og sammensatte diagnoser. Men journalene gir lite informasjon om pasientens ressurser, herunder pasientens styrker, interesser, historie, dvs. det som definerer hvem personen er og har vært.

Dette samsvarer med funn i to tilsvarende forvaltningsrevisjoner i Stavanger og Sola kommune, og med funn i forskningen på pasientdokumentasjon⁴⁰.

Rettferdig fordelte og tilgjengelige tjenester

Boligutvalg og prosedyrer for tildeling av institusjonstjenester

I Hå kommune har man et eget utvalg, Boligutvalget, som behandler søknader om opphold i institusjoner og boliger.

⁴⁰ For mer om dette temaet se rapportene våre om kvalitet i sykehjem i Stavanger og Sola.
Kvalitet i sykehjem

Utvalget møtes en gang i uken og ledes av leder for rehabiliteringsavdelingen ved Hå sjukeheim. Andre medlemmer er leder for pleie- og omsorgstjenesten, tilsynslegen, distriktsledere, og avdelingsledere for sykehjemmet. De to sistnevnte gruppene deltar bare i saker som angår deres distrikt eller avdelinger. I tillegg deltar leder for Heimtun, leder for avdeling rus og psykiatri, sosialleder og rådgiver for funksjonshemmede som bor hjemme.

Leder for utvalget har blant annet ansvaret for at saksbehandling, innkalling av utvalgets medlemmer eller deres stedfortreder, og for tildeling av plasser og interne flyttinger i samråd med aktuelle ledere.

Det finnes en egen prosedyrebeskrivelse som omhandler forholdene nevnt over, samt en rekke andre forhold, som prosedyrer og kriterier for tildeling av langtidsopphold, tildeling av tidsbegrenset opphold, og for akuttinnleggelse ved Hå sykehjem.

Saksbehandlingen foregår på bakgrunn av gjeldende prosedyrer og kriterier, og kartleggingens omfang av avgjøres av hvor godt man kjenner søker fra før. Som regel mottar søkerne som regel hjemmesykepleie fra kommunen fra før. Da har de allerede en journal i Cosdoc som inneholder en rekke opplysninger om søker.

Det er leder for Boligutvalget som er ansvarlig for saksbehandlingen av søknader om sykehjemsplass som kommer fra sykehuset. De som søker hjemmefra blir saksbehandlet av hjemmetjenesten i det distriktet de tilhører.⁴¹ Alle søkerne som får plass etter helsetjenesteloven får først en plass på rehabiliteringsavdelingen der det foretas en bred kartlegging av pasientens funksjonsnivå og muligheter over tid. På bakgrunn av denne kartleggingen og nettverksmøter sammen med pasient og pårørende avgjøres hva som skal skje videre. I noen tilfeller vil vedkommende ha behov for mer rehabilitering, i andre tilfeller kan hun reise hjem, og i atter andre tilfeller sendes hun videre til en annen avdeling ved sykehjemmet eller til Heimtun.

I utgangspunktet er det slik at de søkerne som får vedtak etter helsetjenesteloven får plass på Hå sykehjem, mens de som får vedtak på Heimtun får vedtak etter sosialtjenesteloven. Dette innebærer at de med rett til helsehjelp får plass på sykehjemmet, mens de med rett til plass i institusjon på grunn av alder får plass på Heimtun. Men i de tilfellene der det ikke er plass på sykehjemmet tar Heimtun i mot mer pleietrengende pasienter. I tillegg forekommer det at de "friskeste" på sykehjemmet flyttes over til Heimtun.

Vurderinger av brukernes funksjonsnivå eller pleietyngde registreres i IPLOS.⁴² I dette ligger det vurderinger langs en rekke variabler, for eksempel sosial deltakelse, ivaretagelse av egen helse, hørsel, hukommelse etc. Til sammen er det 17 variabler. Alle disse variablene skal registreres på en skala fra 1 til 5. I sosial- og helsedirektoratets veileder står det at det går et klart skille mellom score 2 og 3. *"For score 3 til 5 forutsettes personbistand."*

Tall fra kommunen viser at det er klare forskjeller mellom den gjennomsnittlige pleietyngden for beboere på langtids- og rehabiliteringsopphold, og opphold utenfor institusjon.

Vi får opplyst fra kommunen at man har stor tro på dette verktøyet og at man arbeider for å få inn automatikken i oppdateringene av disse helseopplysningene. Ansvarlig for Cosdoc i kommunen peker på at det går raskt å foreta en slik registrering eller oppdatering, og at fagsystemet "tvinger" pleierne til å foreta en IPLOS-registrering i forbindelse med saksbehandlingen. Gjennomgangen vår av et utvalg pasientjournaler kan tyde på at oppdateringer i IPLOS gjøres nokså regelmessig og systematisk. Cosdocansvarlig hevder at de ansatte er blitt flinke til å oppdatere IPLOS, men at det fremdeles er et stykke og gå. I intervjuene ble det også pekt på at det hender at pleierne glemmer å oppdatere hendelser som har betydning for funksjonsnivået, for eksempel brudd.

Hvor mange søkere får plass og hvor lenge venter de?

Få avslag

Vi har ikke fått tall på hvor mange som prosentvis får plass av de som søker, og prosentvis hvor mange som søker. Vi får imidlertid opplyst at det er få avslag.

Noe venting

Hå kommune har ikke tall på hvor lang gjennomsnittlig ventetid er på institusjonsplass, men tilbakemeldingene tyder på at det går ganske fort.

Følgende eksempel kan være en indikasjon på dette. Kommunen har en avtale med SUS om at de må betale dagbøter på 1900 kroner for hver utskrivningsklare pasienter som oppholder seg på sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud. Betaling kan kreves fra 10 dager etter at pasienten er utskrivningsklar, og skriftlig varsel er mot-

⁴¹ Ognå, Vigrestad, Varhaug og Nærbø.

⁴² Sosial- og helsedirektoratet står for innføringen på nasjonal basis. Målet er å få et bedre grunnlag for politisk og administrative beslutninger innen dette området, både nasjonalt og lokalt (www.shdir.no).

tatt. Vi får opplyst fra kommunen at det først er i 2007 at kommunen har måttet betale slike bøter. Beløpet var da på mellom 30 000 og 40 000, og det dreide seg kun om en pasient.

Til sammenligning har Sola kommune⁴³ i 2005, 2006 og 2007 betalt hhv. 168 000,-, 59 200,- og ca 300 000,-.

Størrelsen på bøtene fra SUS gir bare indikasjoner på hvor lang ventetiden er for de pasientene som kommer direkte fra sykehuset, ikke de som kommer hjemmefra og som ofte mottar hjemmesykepleie.

I et tilsvarende prosjekt i Sola kommune beregnet vi den gjennomsnittlige ventetiden for våre utvalgte beboere. Dette kan vi dessverre ikke gjøre i dette prosjektet fordi mange av beboerne står ikke oppført søknads- og vedtakstidspunkt. Grunnen til dette er at flere av beboerne har fått vedtak før opplysningene ble lagt inn i den elektroniske pasientjournalen (2006). Enten er ikke disse opplysningene ført opp i den gamle papirdokumentasjonen, eller så har man glemt å overføre disse opplysningene i Cosdoc.

Informasjonsoverføring og samordning

Samarbeidet med både brukere, sykehus og fastleger og andre kommunale enheter som hjemmetjenester og fysioterapi rapporteres i all hovedsak å fungere bra. Informasjonsoverføring mellom kommunale enheter synes å ha blitt betydelig forenklet etter innføringen av elektronisk pasientdokumentasjon (Cosdoc). I tillegg sikres informasjonsutvekslingen og dialogen mellom relevante kommunale enheter gjennom Boligutvalgsmøtene, som vi tidligere har vært inne på.

I pleie- og omsorgssektoren er det flere skift pr. dag, helgevakter, samt en rekke deltidsstillinger. Dette gjør at beboerne må forholde seg til mange ulike pleiere. Beboerne ble spurt om alle pleierne likevel var godt orientert om deres situasjon, noe de fleste svarte bekræftende på. En av de pårørende sa det slik: *"Her vil jeg skryte litt av kommunen. Når jeg ringer eller kommer på besøk er det alltid noen som vet en del om henne.(...) Det er alltid noen som vet det jeg har behov for å vite."*

Tilbakemeldingene tyder på at informasjonsoverføringen i forbindelse med vaktskiftene i all hovedsak fungerer greit. Pleierne tar ut rapporter fra vaktskiftet, og overleverer disse muntlig. Enkelte peker på at informasjonen tidvis ikke når frem til alle, og at man kan bli flinkere til å selv ta ansvar for å spørre i forbindelse med vaktskiftene.

Ved Hå sykehjem er det fast praksis at sykepleier følger legen rundt på legevisitten. Det pekes på at dette er viktig for at informasjonen fra lege til pleiere videreføres, og eventuelle tiltak følges opp på en god måte. På Heimtun er ikke dette fast praksis. Vi er informert om at sykepleier følger legen dersom legen eller pasienten ønsker dette. Hensikten med denne praksisen er å ta hensyn til beboerens rett/ønske om å snakke med lege alene.

En viktig del av informasjonsoverføringen er registreringer av hendelser i Cosdoc, og videreføringen av denne kunnskapen. Enkelte peker på at de ikke får registrert det de skal i fagsystemet, fordi de ikke får tid til dette før vaktskiftet. Dersom det står mellom pasienter og registreringer i fagsystemet, må nesten alltid sistnevnte vike: *"Det er vanskelig for oss å si at vi kommer om ti minutter, pasientene forstår ikke det."*

Enkelte pleiere innrømmer at de har et betydelig forbedringspotensial i forhold til å registrere hendelser i fagsystemet. Flere hevder bruk av fagsystemet enkelte ganger kan være ganske tidkrevende og tungvint. Dette begrunnes med at det tar tid å logge seg på, at systemet "henger" en del, og at systemet noen ganger "ligger" nede. Det vises også til at pc'ene (en eller to på hver avd.) noen ganger er opptatt av kollegaer som bruker fagsystemet.

Inntrykket vårt for øvrig er at de fleste er positive til bruk av fagsystemet, og de muligheter som ligger der i forhold til kommunikasjon og kunnskapsformidling.

Et annet moment som blir nevnt i den ene avdelingen er at sykepleiere bruker mye tid på å få tak i vikarer, og på å få tak i lege. Det vises til at dette går utover det faglige sykepleierarbeidet. Dette er et moment som også som ble trukket frem ved et sykehjem i Karmøy (artikkel i Haugesunds Avis 31.05.07). Bente Thorsen fra Karmøy FrP var utplassert ved en av kommunens pleieinstitusjoner i noen dager og kommenterte følgende: *"Jeg opplevde at fagansvarlig (...) måtte bruke mye tid på å få tak i vikarer. (...) Det ble for lite til det de egentlig skulle gjøre."* I intervjuene pekes det samtidig på at det er langt fra sikkert at en eventuell delegering av et slikt ansvar til for eksempel assistenter ville medført en reell arbeidsbesparelse.

Hå sykehjem har en ikke en egen informasjonsbrosjyre til brukerne. Det vil si, det finnes en, men denne er gammel, ikke oppdatert, og ikke i bruk. Det nærmeste man kommer er rehabiliteringens informasjonsskriv som heter *Velkommen til rehabiliteringsavdelingen*. Her står det litt om de daglige rutinene i avdelingen, som tidspunkt for måltid, trening og utdeling av medisiner. Ellers står det litt informasjon om klær, frisør, fotpleie, aktiviteter og svømmebasseng. Heimtun har også en egne infofolder som inneholder opplysninger om institusjonen, legeopplysninger, stell, mat, rom, klær og medisin og legetilsyn.

⁴³ Sola har omtrent samme antall institusjonsplasser som Hå.
Kvalitet i sykehjem

Det finnes også lite informasjon om institusjonene på **internett**, se tabell under. Dette gjelder også andre deler av pleie- og omsorgssektoren.

Tabell 7-3 Informasjon på internett om institusjonene

Pleie og omsorg

Institusjoner:

Hå sjukeheim, Lyngvn. 14, 4365 Nærbø – tlf 51 79 98 02

80 døgnpasienter

Sjukeheimen tar i mot pasienter med behov for rehabilitering, og pleie og omsorg. Her finnes dagavdeling, arbeidsstove, kantine for middagservering, kjøkken og vaskeri.

Heimtun bu- og velferdssenter, Nærbøgt. 32, 4365 Nærbø – tlf 51 43 33 49

Heimtun har 17 plasser for personer som har behov for mer tilsyn og pleie enn det kan gis i omsorgsbolig.

Nærlandtunet eldrekollektiv, Grensevn. Nærland – tlf 51 79 92 40

Eldrekollektiv for personer med utviklingshemming.

Omsorgsboliger:

Pr. 01.03.04 finnes 166 omsorgsboliger som kan tildeles eldre av helsemessige grunner og funksjonshemmede. En del av disse har døgnbemannning og/eller ligger i tilknytning til bemannet base.

Søknad om omsorgsbolig tas opp med leder for aktuelt distrikt, se nedenfor.

Heimetjenesten – Åpen omsorg

omfatter psykiatrisk / somatisk heimesjukepleie og heimehjelp.

Heimetjenesten er delt i 4 distrikt:

Distrikt Nærbø, adr. Lyngvn. 14, tlf 51 799842

Distrikt Varhaug, adr. Skulegt. 8, tlf 51 430946

Distrikt Vigrestad, adr. Gjegnet 24a, tlf 51 437729

Distrikt Ogna, Olsvollvn, tlf 51 793920

Psykiatri og rusverntjenesten, Jadarvn. 25, tlf 51 791691

Heimesjukepleie:

Somatisk og psykiatrisk sjukepleie etter faglig vurdert behov til pasienter som bur heime. Tjenesten er gratis. Vaktordning med hjelp på kveldstid.

Heimehjelp:

Heimehjelp blir tildelt eldre og funksjonshemmede som trenger hjelp til det daglige gjøremål.

Hjelpen blir tildelt etter avtale ut fra vurdering av behovet.

Betaling for tjenesten er inntektsregulert, og er blitt fastsatt årlig av kommunestyret.

Dagavdelinger / Dagsenter

Lavterskeltilbud med fysiske og sosiale aktiviteter.

Søknad om plass ved avdelingsleder for heimetjenesten i distriktet.

Dagavdeling ved sjukeheimen, Lyngvn. 14, 4365 Nærbø, tlf 51 799835

Varhaug bu og velferdssenter, Skulegt. 8, 4360 Varhaug, tlf 51 430946

Vigrestad bu og velferdssenter, Gjegnet 24a, 4362 Vigrestad, tlf 51 437729

Olsvoll bu og velferdssenter, Olsvollvn. Ogna, 4364 Sirevåg tlf 51 793920

Aktivitetssenter, Nordra Tjemsland 12, 4360 Varhaug, tlf 51 798480

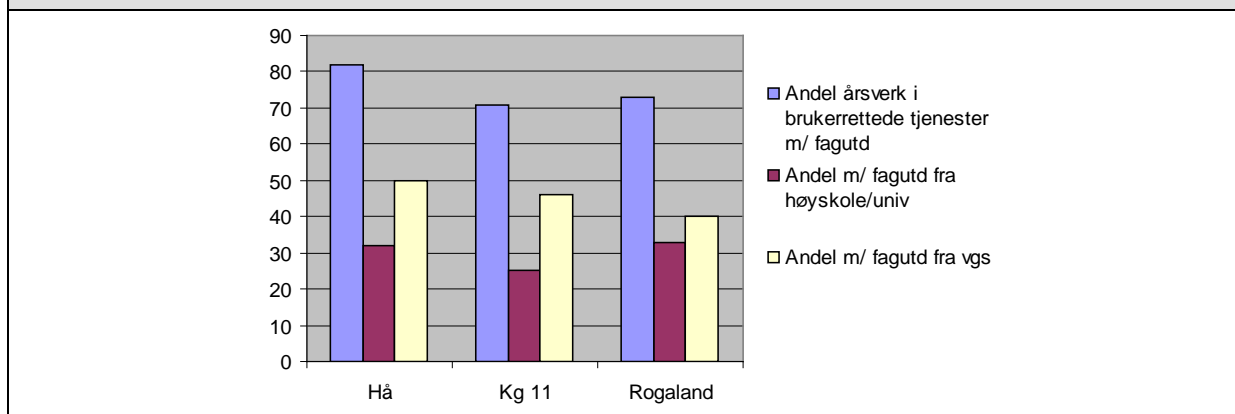
Dagsenter, Jadarvn. 17, 4365 Nærbø, tlf 51 791696

Dagsenter, Gjegnet 24, 4362 Vigrestad, tlf 51 437886

De ansattes kompetanse

Andel ansatte i pleie- og omsorgssektoren med relevant fagutdanning

Figuren under viser andel ansatte i pleie- og omsorgssektoren som har relevant fagutdanning. Hå er sammenlignet med snittet av kommunegruppe 11 og Rogaland. Vi ser at Hå har en høy andel fagpersonell sammenlignet med andre kommuner.

Figur 7-1 Andel ansatte i brukerrettede tjenester som har relevant fagutdanning i 2006 (Kilde:KOSTRA)

Dette innebærer at det er relativt få ufaglærte i Hå sammenlignet med andre kommuner. Samtidig ser vi at de fleste med fagutdanning har denne fra videregående skole. Når det gjelder andel med fagutdanning fra høyskole eller universitet, ligger Hå på nivå med Rogalandssnittet.

Introduksjonskurs og opplæring

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at det ikke er noe fast introduksjonskurs i Hå kommune. Fast praksis ved opplæring er at det først foretas en samtale med den nyansatte og orienterer om rutiner ved avdelingen eller institusjonen. Deretter er den nyansatte med på to til tre opplæringsvakter, og til slutt skal vedkommende skrive under på et skjema som viser hva den enkelte ansatte har vært igjennom.

I intervjuene gir både pleiere og ledere uttrykk for det er gode muligheter for å ta videreutdanning i kommunen. Det pekes på at kommune har gode videreutdanningsordninger, som stipend, dekning av bokutgifter og rett til opp til tjue fridager i året. Man er mindre fornøyde med mulighetene med å gå på faglig relevante kurs. Dette forklares dels med at kursbudsjettene er magre, men mest med at det ikke er penger til å sette inn vikar. Dermed blir de ansatte ofte henvist til å gå på kurs i fritiden, noe som gjerne "fører til at folk ikke går på kurs".

Rekrutteringssituasjonen

Rekrutteringssituasjonen i Hå kommune synes å være relativt god - i motsetning til mange andre kommuner i regionen. Dette er i alle fall tilbakemeldingene som gis i intervjuene.

Det man synes å slite mest med i kommunen er å skaffe vikarer og folk til å ta helgevaktene. Vi får opplyst av pleie- og omsorgssjefen at man har hatt et deltidsprosjekt for å kartlegge omfanget av ufrivillig deltid. Konklusjonen her var at de fleste ønsker å arbeide deltid, og at de ansatte som regel ikke ønsker å ha deler av stillingen en annen plass.



Rogaland Revisjon IKS

Løkkeveien 10
4008 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Fax 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no